

Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées

2024



CCSMH
Canadian Coalition for
Seniors' Mental Health

CCSMPA
Coalition canadienne pour la
santé mentale des personnes âgées



cagp | acgp
CANADIAN ACADEMY OF
GERIATRIC PSYCHIATRY |
ACADÉMIE CANADIENNE
DE GÉRONTOPSYCHIATRIE



Remerciements

Ce projet a été rendu possible grâce au généreux soutien philanthropique d'une fondation anonyme. Nous remercions tout particulièrement les membres du groupe de travail qui ont consacré d'innombrables heures à l'élaboration de ces lignes directrices. Nous tenons également à remercier les docteurs Sid Feldman, Chase McMurren et Samir Sinha pour leur soutien lors de la révision du document et pour

leur précieux point de vue. Nous sommes profondément reconnaissants du travail exceptionnel du personnel de la CCSMPA et de nos associés de recherche.

La CCSMPA est un projet mis sur pied par l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

Déni de responsabilité

Le présent document est publié uniquement à des fins d'information et ne doit pas être interprété ou utilisé à titre de norme d'exercice de la médecine. Tout a été mis en œuvre pour s'assurer de l'exactitude du contenu du document; néanmoins, l'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la réalisation du document déclinent toute responsabilité quant à l'exactitude, à l'exhaustivité ou au caractère actuel du contenu.

La présente publication est distribuée sous réserve que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à sa rédaction n'offrent des conseils de nature professionnelle. Les médecins et les autres lecteurs doivent déterminer les

soins cliniques qui conviennent à chaque patient/client, en fonction des données cliniques connues dans chaque cas particulier. L'éditeur et toutes les personnes ayant participé à la rédaction de la présente publication se dégagent de toute responsabilité à l'égard de qui que ce soit concernant le contenu ou les conséquences découlant de son utilisation dans le cadre d'une entente contractuelle ou à la suite de négligence ou d'un autre motif d'action.

Nous encourageons la copie et la distribution de ces lignes directrices, pourvu que celles-ci soient attribuées à la bonne source. Veuillez vous référer à la citation suggérée ci-dessous.

Dans ce document, l'emploi du masculin pour désigner des personnes n'a d'autres fins que celle d'alléger le texte. L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

Citation suggérée :

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2024).
Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. Toronto, Canada.

© Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024
20, Crown Steel Drive, bureau 6
Markham (Ontario) L3R 9X9
Téléphone : 1 888 214-7080, poste 102
Courriel: info@ccsmh.ca
www.ccsmpa.ca

Groupe de travail

David K. Conn, M.B., B.Ch., BAO, FRCPC Responsable

- Vice-président exécutif de l'éducation et directeur des études, *Baycrest Academy for Research & Education*
- Coprésident de la CCSMPA
- Professeur, Département de psychiatrie, Université de Toronto

Tanya Billard, M.Serv.Soc., T.S.I.

- Consultante en promotion systémique des droits, *Office of the Seniors' Advocate*, Terre-Neuve-et-Labrador

Suzanne Dupuis-Blanchard, R.N., Ph.D., FCAN, FRSC

- Professeure titulaire, École de science infirmière
- Chaire de recherche en santé sur le vieillissement des populations et directrice du Centre d'études du vieillissement, Université de Moncton

Amy K. Freedman, M.D., CCFP (COE), FCFP

- Professeure adjointe, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto
- Médecin de famille, *St. Michael's Academic Family Health Team* et *Baycrest Health Sciences*

Peter M. Hoang, M.D., FRCPC

- Résident en médecine gériatrique, Université de Toronto, Département de médecine, Division de médecine gériatrique

Mélanie Levasseur, Ph.D., erg.

- Professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
- Directrice de *Research Lab Connect* et chaire de recherche canadienne de niveau 1 sur la participation et la connexion sociales des personnes âgées, Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Nancy E. Newall, Ph.D.

- Professeure agrégée, Département de psychologie, Faculté des sciences, Université de Brandon
- Adjointe de recherche, Centre sur le vieillissement, Université du Manitoba

Mary Pat Sullivan, B.Serv.Soc., M.Serv.Soc., Ph.D.

- Professeure titulaire, École de travail social et directrice, *Rare Dementia Support Canada*, Université de Nipissing

Andrew V. Wister, H.B.A., M.A., Ph.D.

- Directeur et professeur, Centre de recherche et département de gérontologie, Université Simon Fraser

Les membres du groupe de travail n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts potentiel en ce qui concerne la recherche, les droits d'auteur ou la publication de ces lignes directrices.

Personnel de projet de la CCSMPA

Claire Checkland, B.A.

- Directrice générale

Bette Watson-Borg, B.Sc., M.A.

- Directrice de projet

John Saunders, Ph.D., M.A., B.A.

- Coordonnateur des communications et de l'application des connaissances

Lisa Tinley, B.A., BRLS

- Coordonnatrice de l'engagement et de la sensibilisation

Associés de recherche

Jeanette C. Prorok, B.H.Sc., M.Sc., Ph.D.

- Consultante, *JPRO Research & Consulting*
- Professeure associée, *School of Rehabilitation Sciences*, Université Queen's

Salinda Horgan, B.H.Sc., M.A., Ph.D.

- Consultante en recherche et évaluation des services de santé
- Professeure associée, *School of Rehabilitation Sciences* et Département de psychiatrie, Université Queen's

Contenu

Champ d'application.....	2
Glossaire	2
La méthode GRADE.....	3
Résumé des recommandations.....	4
Introduction	7
Principes directeurs	8
Méthodologie.....	8
Prévention	9
Dépistage et évaluation.....	13
Interventions.....	20
Populations particulières de personnes âgées.....	28
Autres points	31
Références	32

Champ d'application

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a reçu une subvention d'une fondation anonyme pour élaborer un ensemble de lignes directrices cliniques concernant l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux (PSSS). L'objectif de ces lignes directrices est d'habiliter et de soutenir le personnel clinique dans leur travail avec les personnes âgées qui risquent de souffrir ou souffrent déjà des effets de l'isolement social et de la solitude sur la santé. Nous avons nommé spécifiquement les PSSS, car nous pensons que ces deux groupes jouent un rôle essentiel, idéalement en travaillant ensemble. Notre analyse de la documentation indique que ces lignes directrices cliniques sont les premières du genre à être élaborées au Canada et à l'échelle internationale.

Ce projet a clairement mis en évidence le fait que la recherche sur ce sujet en est encore à ses débuts. Malgré l'importance croissante du travail entrepris dans les communautés, les secteurs à but non lucratif et les gouvernements dans l'ensemble du Canada pour reconnaître et traiter l'isolement

social et la solitude chez les personnes âgées, l'étendue et la profondeur des données probantes publiées à l'appui des meilleures pratiques dans ce domaine restent limitées. Ce constat a conduit à une adaptation de la méthode GRADE (décrite ci-dessous), qui a été utilisée pour l'élaboration des présentes lignes directrices.

Compte tenu de la diversité des publics cliniques visés, les lignes directrices ont été structurées de manière à ce que les lecteurs puissent trouver des recommandations correspondant à leur rôle et à leurs responsabilités et susceptibles d'ouvrir de nouvelles perspectives et de susciter de nouvelles actions. En outre, ces lignes directrices sont destinées à informer et à soutenir les personnes âgées, leurs proches aidants les administrateurs de soins et les preneurs de décisions. Sur la base de l'analyse initiale de la documentation, nous avons retenu quatre axes principaux : la prévention, le dépistage, l'évaluation et les interventions. Nous espérons que ces lignes directrices susciteront également une prise de conscience, stimuleront la réflexion et favoriseront les conversations sur ce défi de santé et de société de plus en plus important.

Glossaire

Ces lignes directrices reconnaissent que les termes « isolement social » et « solitude » sont tous deux définis de diverses manières dans la recherche, la littérature grise, ainsi que dans la diversité des médias grand public, des publications et des conversations informelles. Dans certains cas, il existe une spécificité pour l'isolement social ou la solitude; cependant, dans la plupart des cas, les termes sont utilisés conjointement. Les présentes lignes directrices utilisent souvent les deux termes ensemble, en notant qu'il s'agit de concepts différents, mais qui se chevauchent.

La solitude, un état **subjectif** pénible, peut être défini comme un « sentiment qui accompagne la perception que les besoins sociaux d'une personne ne sont pas satisfaits par la quantité ou surtout la qualité de ses relations sociales » (Hawkley et Cacioppo, 2010; p.1).

Cette définition met l'accent sur l'importance des relations sociales souhaitées par rapport aux relations sociales réelles, ce qui permet de comprendre la solitude comme une expérience émotionnelle : une déficience perçue dans le nombre ou la qualité des relations existantes d'une personne.

Types de solitude

Il existe différents types de solitude. Les trois catégories suivantes sont les plus fréquemment recensées dans les données probantes et la documentation sur la solitude :

- **Solitude émotionnelle** – le sentiment d'absence de relations significatives
- **Solitude sociale** – un déficit perçu dans la qualité et la quantité des relations sociales

- **Solitude existentielle** – le sentiment d'être fondamentalement séparé des autres et du reste du monde

L'isolement social peut être défini comme « avoir peu de relations sociales ou des contacts sociaux peu fréquents » (Wu, 2020; p.2). Il s'agit d'un état mesurable **objectif** qui reflète le niveau et la fréquence des interactions sociales d'une personne.

La solitude est souvent, mais pas toujours, associée à l'isolement. Il est également important de souligner qu'une personne peut être isolée socialement par choix, et qu'il peut s'agir d'un état qu'elle préfère, et qu'une personne peut éprouver un sentiment de solitude, même si elle est socialement connectée.

Abréviations

CCSMPA : Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.

PSSS : Professionnels de la santé et des services sociaux. Les présentes lignes directrices sont destinées à la diversité des pratiques cliniques et des professionnels de la santé et des services sociaux. Le terme désignant ce collectif de professionnels a été abrégé dans les présentes lignes directrices par PSSS.

2ELGBTQIA+ : Personnes deux esprits, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers ou en questionnement, intersexuées, asexuelles; le plus reflète les diverses manières affirmatives dont les personnes choisissent de s'auto-identifier.

La méthode GRADE

La méthode GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) ou classification des recommandations, examen, élaboration et évaluation en français) a été utilisée comme méthode de classement de la qualité des données probantes et de la solidité des recommandations. Conformément au processus de classement GRADE, la première étape consistait à classer la qualité des données probantes connues à l'appui de chaque recommandation. Ensuite, la solidité générale de la recommandation a été classée, en tenant compte non seulement de la qualité des données probantes, mais aussi d'autres facteurs tels que le potentiel de conséquences nocives, le coût et la faisabilité. Une catégorie distincte de recommandations a également été développée, qui n'est pas

principalement basée sur des données empiriques, mais plutôt sur le consensus des experts du groupe de travail selon lequel ces recommandations représentent la meilleure pratique clinique. Ces recommandations comprennent par exemple les procédures optimales d'évaluation de même que les recommandations liées à l'éducation ou aux politiques. Ces recommandations ont été classées dans la catégorie **Consensus**. La méthode GRADE n'a pas été utilisée pour ces recommandations. Une façon de faire semblable a été utilisée pour d'autres ensembles de lignes directrices, p. ex. les lignes directrices de la British Association for Psychopharmacology (Lingford-Hughes et coll., 2012). Bien que ce type de recommandations ne soit pas fondé sur des données empiriques, nous croyons qu'elles sont tout de même utiles et importantes.

GRADE

Qualité des données probantes	Solidité de la recommandation
<p>La qualité des données probantes pour chaque recommandation est déterminée par l'examen des facteurs suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La conception de l'étude et la qualité des études incluses; 2. Le caractère direct de la donnée probante (généralisation ou applicabilité); 3. Le niveau de confiance que les patients/clients bénéficieront du traitement. 	<p>La solidité de chaque recommandation est déterminée par l'examen des facteurs suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'équilibre entre les avantages et les effets indésirables/risques; 2. L'incertitude entourant les valeurs et les préférences des patients/clients ou leurs variabilités; 3. Les ressources associées aux options de gestion.

Remarque : Des données probantes de qualité élevée ne donnent pas nécessairement lieu à des recommandations fermes, et des recommandations fermes peuvent découler de données probantes de faible qualité.

Qualité des données probantes	
Élevée	Des recherches plus poussées sont peu susceptibles de modifier le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs.
Modérée	Des recherches plus poussées sont susceptibles d'avoir une incidence importante sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et pourraient donner lieu à leur modification.
Faible	Des recherches plus poussées sont très susceptibles d'avoir une incidence importante sur le niveau de confiance à l'égard des effets estimatifs et de donner lieu à leur modification.

Remarque : Les méta-analyses et les essais randomisés contrôlés sont considérés comme étant de qualité élevée, alors que les études observationnelles sont considérées comme étant de faible qualité.

Solidité de la recommandation	
Forte	Des recommandations fortes dénotent une forte conviction que les conséquences désirables de la ligne de conduite proposée l'emportent sur les conséquences indésirables, ou vice versa. Dans certains cas, des recommandations fortes sont formulées sans données probantes de haute qualité.
Faible	Des recommandations faibles indiquent qu'il y a un équilibre étroit entre les avantages et les inconvénients (y compris les effets nuisibles et le fardeau du traitement), une incertitude entourant l'ampleur des avantages et des inconvénients, une incertitude ou grande variabilité à l'égard des valeurs et des préférences des patients/clients, ou que le coût ou le fardeau de l'intervention proposée pourrait ne pas être justifié.

(Adapté de Guyatt et coll., 2008)

Résumé des recommandations

Recommandation n° 1 – Connaissance des facteurs de risque d’isolement social et de solitude chez les personnes âgées

Les professionnels de la santé et des services sociaux (PSSS) devraient connaître les principaux facteurs de risque d’isolement social et de solitude afin de repérer les personnes âgées susceptibles d’être isolées socialement ou de se sentir seules, et d’anticiper avec leurs patients/clients tout changement éventuel dans leur vie qui pourrait les exposer à un risque d’isolement social et de solitude.

GRADE : Données probantes : modérées; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 2 – Éducation et formation des professionnels de la santé et des services sociaux

L’éducation concernant l’isolement social et la solitude chez les personnes âgées devrait faire partie du programme d’études de la communauté étudiante en soins de santé et en services sociaux, ainsi que des PSSS en exercice. La formation doit porter sur la prévention, les facteurs de risque, le dépistage, l’évaluation et les interventions, ainsi que sur les stratégies visant à s’engager auprès des patients/clients, des proches aidants et de la communauté.

Consensus

Recommandation n° 3 – Les professionnels de la santé et des services sociaux en tant qu’agents de changement

Les PSSS devraient utiliser leur rôle d’agents de changement pour contribuer à informer et à éduquer les patients/clients et le grand public sur le lien entre l’isolement social et la solitude, d’une part, et une mauvaise santé mentale et physique, d’autre part, et pour promouvoir les liens sociaux.

Consensus

Recommandation n° 4 – Dépistage ciblé des personnes âgées à risque

Les PSSS devraient recourir à un dépistage ciblé pour les personnes âgées qui présentent des facteurs de risque d’isolement social et de solitude.

Consensus

Recommandation n° 5 – Outils de dépistage

Lors du dépistage des patients/clients, les PSSS devraient utiliser des outils de dépistage fondés sur des données probantes pour détecter les patients/clients qui sont socialement isolés ou seuls, pour évaluer la gravité du problème et pour effectuer un suivi de routine afin de déterminer si la situation sociale du patient/client a changé et si les interventions sont efficaces.

GRADE : Données probantes : modérées; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 6 – Dossiers médicaux

Lorsque l’isolement social et la solitude sont constatés chez les personnes âgées, ils devraient être consignés dans le dossier médical au même titre que les autres conditions et facteurs de risque. Des efforts devraient être faits pour collecter des données sur l’isolement social et la solitude en tant que déterminants sociaux importants de la santé. La solitude et l’isolement social peuvent être considérés comme des « signes vitaux psychosociaux » en raison de leur incidence sur la santé.

Consensus

Recommandation n° 7 – Évaluation

Une évaluation clinique exhaustive d’un patient/client qui est socialement isolé ou seul devrait viser à explorer les causes possibles et à déterminer tout problème de santé sous-jacent qui pourrait être un facteur contributif. Les autres causes possibles doivent également être recensées en adoptant une approche biopsychosociale. Une évaluation exhaustive peut guider l’élaboration d’un plan de gestion approprié. L’évaluation peut varier en fonction du champ de pratique du professionnel de la santé et des services sociaux.

Les principaux éléments de l’évaluation peuvent notamment comprendre :

- a. Antécédents médicaux
- b. Antécédents sociaux
- c. Santé mentale
- d. Cognition
- e. Dépistage de la consommation de substances psychoactives
- f. Environnement et finances
- g. Événements récents de la vie
- h. Facteurs liés au mode de vie
- i. Perception et motivation pour le changement

Consensus

Recommandation n° 8 – Intervention : une approche générale

Les PSSS devraient appliquer plusieurs principes pour aider les patients/clients âgés qui sont isolés socialement ou qui se sentent seuls, notamment :

- a. S'assurer initialement ou simultanément qu'un traitement est fourni pour toute condition médicale sous-jacente ou tout problème de santé mentale constaté lors de l'évaluation;
- b. Adopter une approche individualisée, avec une prise de décision partagée;
- c. Déterminer les intérêts des patients/clients afin de définir les interventions les mieux adaptées, tout en évaluant les ressources individuelles et environnementales disponibles;
- d. Reconnaître la diversité des populations de personnes âgées et envisager avec les patients/clients l'intégration de leur culture et de leurs expériences vécues.

Les PSSS devraient envisager les interventions possibles suivantes pour les personnes âgées : prescription sociale, activités sociales, activité physique, thérapies psychologiques, thérapies assistées par l'animal et possession d'un animal, développement des compétences en loisirs et activités de loisirs, et les technologies. La thérapie pharmacologique n'est pas recommandée, sauf pour le traitement d'un trouble sous-jacent. Il convient de noter qu'il existe un certain chevauchement entre ces catégories d'interventions.

Consensus

Recommandation n° 9 – Prescription sociale

- a. La prescription sociale est à envisager pour gérer ou atténuer l'isolement social et la solitude. Il peut s'agir, par exemple, de mettre leurs patients/clients en contact avec des organisations, des programmes ou des ressources communautaires appropriés qui offrent des occasions d'interaction sociale ou d'autosoins. La prescription sociale peut également porter sur les déterminants sociaux de la santé, qui sont souvent essentiels pour améliorer les résultats pour la santé qui peuvent être influencés par l'isolement social ou la solitude.
- b. Les PSSS devraient envisager une approche de soins par étapes pour la prescription sociale, en commençant par les interventions les moins intensives, à l'instar d'autres interventions en santé mentale. Un examen régulier dans le cadre d'une approche par étapes peut aider à déterminer si d'autres interventions sont nécessaires ou si les bénéficiaires ont été en mesure de renforcer ou d'étendre leurs capacités.
- c. Les agents de liaison ou les navigateurs du système peuvent jouer un rôle important en évaluant les besoins d'une personne et en la mettant en contact avec des

organisations appropriées afin de créer ou de favoriser un lien social plus fort et de réduire la solitude. Ils peuvent ainsi aider le personnel médical qui pourrait ne pas avoir la même connaissance des ressources.

- d. Les organismes de santé et de services sociaux devraient envisager de développer des stratégies ou des équipes de prescription sociale, notamment en désignant une équipe centrale de personnel chargée d'appuyer la mise en œuvre de la stratégie.
- e. De même, les organisations communautaires devraient envisager d'établir des relations ou des partenariats avec des organisations cliniques afin de partager les ressources pertinentes relatives à la prescription sociale.

GRADE : Données probantes : modérées; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 10 – Activités sociales

Les PSSS devraient soutenir, encourager et habiliter les personnes âgées à s'engager à leur niveau optimal d'activité sociale.

GRADE : Données probantes : modérées; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 11 – Activité physique

Les PSSS devraient encourager leurs patients/clients à pratiquer une activité physique en groupe ou individuelle afin de réduire l'isolement social et la solitude et d'améliorer leur état de santé général. Les données sont insuffisantes pour recommander une forme spécifique d'activité physique. Les PSSS sont encouragés à discuter avec leurs patients/clients des occasions de pratiquer une activité physique et d'adopter un mode de vie actif.

GRADE : Données probantes : modérées; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 12 – Thérapies psychologiques

Les thérapies psychologiques devraient être envisagées pour certaines personnes âgées souffrant d'isolement social ou de solitude. Les thérapies psychologiques comprennent notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie sociale cognitive, la thérapie par reminiscence et la réduction du stress basée sur la pleine conscience. Les thérapies psychologiques disposent de plus de données probantes sur la réduction de la solitude comparativement à l'isolement social.

GRADE : Données probantes : modérées; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 13 – Thérapies assistées par l’animal et la possession d’un animal

Les interventions assistées par l’animal et la possession d’un animal de compagnie peuvent être utiles à certaines personnes, bien que les données probantes relatives à ces interventions soient limitées.

GRADE : Données probantes : faibles; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 14 – Développement des compétences en loisirs et activités de loisir

Les PSSS sont encouragés à discuter du développement des compétences et des activités de loisirs comme une occasion pour les personnes âgées d’acquérir de nouvelles compétences et de s’engager dans la communauté. Ces activités et compétences peuvent inclure l’éducation aux loisirs, l’art-thérapie, la bibliothérapie, l’horticulture et les interventions liées à la nature, ainsi que la musicothérapie, entre autres.

GRADE : Données probantes : faibles; Solidité de la recommandation : faible

Recommandation n° 15 – Technologie

Les PSSS devraient s’engager intentionnellement auprès de leurs patients/clients pour mieux comprendre leur accès à la technologie ou leur utilisation de celle-ci dans leur quotidien, et les occasions d’utiliser la technologie pour réduire l’isolement social et la solitude. Il est important de tenir compte de l’intérêt de la personne, de sa culture numérique, de ses éventuelles limitations sensorielles et de sa capacité financière à accéder à Internet et aux appareils numériques.

GRADE : Données probantes : modérées; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 16 – Thérapie pharmacologique

Les PSSS ne devraient **pas utiliser** d’agents pharmacologiques comme traitement de l’isolement social et de la solitude chez les personnes âgées. Des médicaments peuvent être indiqués en cas de trouble mental ou de maladie physique sous-jacente.

GRADE : Données probantes : faibles; Solidité de la recommandation : forte

Recommandation n° 17 – Réévaluation

Les PSSS devraient adopter une approche individualisée du suivi de l’isolement social et de la solitude. Nous recommandons aux PSSS de réévaluer l’efficacité de l’intervention et l’adhésion, en privilégiant un suivi à court terme.

Consensus

Introduction

L'isolement social et la solitude sont des concepts sociaux relativement récents et l'apparition de mots comme « lonely » (seul) et « loneliness » (solitude) remonte aux années 1800. Les premières définitions faisaient référence à des personnes et des lieux éloignés de leurs voisins, associées à un sentiment de danger lié à l'isolement. « Il y a encore un siècle, presque personne ne vivait seul; aujourd'hui, nombreux sont ceux qui supportent seuls les fermetures et les confinements. Comment la vie moderne est-elle devenue si solitaire? » (Lepore, 2020).

Au cours des deux derniers siècles et jusqu'à aujourd'hui, la société a évolué en ce qui a trait à la signification de la solitude et de l'isolement social dans un contexte moderne. Worsley (2018) souligne que « ... depuis, la solitude s'est déplacée vers l'intérieur - et est devenue beaucoup plus difficile à guérir. Parce qu'elle s'est installée dans les esprits, même dans ceux des résidents des villes animées, elle ne peut pas toujours être réglée par la compagnie. La solitude moderne ne se limite pas à l'éloignement physique des autres personnes. Il s'agit plutôt d'un état émotionnel où l'on se sent à l'écart des autres, sans l'être nécessairement. »

Il est de plus en plus reconnu que l'isolement social et la solitude ont des répercussions importantes sur la santé, en particulier chez les personnes âgées. Même avant la pandémie de COVID-19 et la mise en place de mesures d'isolement, un rapport du Conseil national des aînés du Canada (2016) soulignait l'importance de cet enjeu. Peut-être en raison de l'expérience universelle de la pandémie de COVID-19, la question de l'isolement social et de la solitude fait l'objet d'une attention croissante sous de multiples angles. Les données de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ÉLCV) ont montré des augmentations relatives estimées de la solitude pendant la pandémie allant de 33 % à 67 % selon l'âge ou le sexe (Kadowaki et Wister, 2023). Les données des études sur la prévalence de l'isolement social et de la solitude varient considérablement en fonction des méthodes utilisées. Les dernières estimations canadiennes de l'enquête 2022 des *National Institutes on Aging* (NIA) sur les adultes de plus de 50 ans ont révélé que 58 % d'entre eux ont connu un certain degré de solitude et que 41 % sont menacés d'isolement social (NIA, 2023).

Plusieurs rapports de grande envergure ont été réalisés pour attirer l'attention sur l'isolement social et la solitude. En 2018, le Royaume-Uni a lancé une campagne nationale pour mettre fin à la solitude. Le rapport 2022 de l'Institut national du vieillissement, *Understanding Social Isolation and Loneliness among Older Canadians and How to Address It* (*Comprendre l'isolement social et la solitude chez les Canadiens âgés et comment y remédier*), présente six recommandations de politiques canadiennes pour aider à faire avancer une approche nationale et collective. Au début de l'année 2023, le rapport de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis affirme que « Notre épidémie de solitude et d'isolement a été une crise de santé publique sous-estimée qui a nui

à la santé des individus et de la société. Compte tenu des conséquences importantes de la solitude et de l'isolement sur la santé, nous devons accorder la même priorité au renforcement des liens sociaux qu'à d'autres problèmes de santé publique comme le tabagisme, l'obésité et les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Ensemble, nous pouvons bâtir un pays en meilleure santé, plus résilient, moins solitaire et plus connecté » (Bureau de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis, 2023).

Plus particulièrement, des voix de plus en plus nombreuses et diversifiées parlent du rôle important que les professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne pourraient jouer dans la résolution de ce problème. Le rapport de l'Académie nationale des sciences, de l'ingénierie et de la médecine sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées : Les occasions pour le système de soins de santé (2020) examine le renforcement du rôle des systèmes de soins de santé dans la lutte contre les effets sur la santé de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées.

Holt-Lunstad et Perissinotto (2023) soulignent l'importance de l'isolement social en tant que « problème médical ». Ils insistent sur le fait que les personnes âgées sont souvent confrontées à de multiples facteurs qui augmentent la probabilité de souffrir d'isolement social et de solitude. Ils recommandent d'évaluer périodiquement l'isolement social et la solitude et de les inclure dans les dossiers médicaux. Cela permet au personnel clinique d'effectuer un suivi dans le temps et de moduler leurs réponses en fonction de l'évolution des besoins et des événements. Ils reconnaissent qu'en dépit des données probantes sur les effets de l'isolement social et de la solitude sur la santé, les PSSS ont souvent du mal à trouver la meilleure façon d'aider. Ils suggèrent que la réponse aux besoins sociaux d'un patient/client peut être intégrée dans les soins cliniques afin d'améliorer les résultats du traitement. Freedman et Nicolle (2020) soulignent qu'il s'agit d'une occasion à saisir, car les médecins de famille sont particulièrement bien placés pour déterminer et mettre en place des services à l'intention des personnes âgées seules et isolées socialement.

En raison de l'intérêt et de l'élan croissants autour de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées en tant que problème de santé grave, et grâce au soutien financier d'une fondation anonyme, la CCSMPA a lancé un projet de deux ans visant à étudier l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées et à élaborer les Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. Ce travail sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées s'appuie sur les antécédents et l'expérience de la CCSMPA dans l'élaboration de lignes directrices cliniques sur une variété de sujets de santé mentale pour les personnes âgées, notamment l'anxiété, la dépression, la santé mentale dans les soins de longue durée, la consommation de substances et la dépendance, ainsi que le risque de suicide et sa prévention (CCSMPA).

Un premier examen de la documentation pour ce projet a mis en évidence qu'il n'existe pas de lignes directrices cliniques sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. La majorité des publications font état de données probantes limitées dans ce domaine et recommandent de poursuivre les recherches afin d'étoffer le corpus de connaissances sur les pratiques cliniques. L'absence de lignes directrices cliniques peut s'expliquer par la complexité de cette question et le fait que l'isolement social et la solitude ne sont pas des diagnostics médicaux.

Les présentes lignes directrices visent à mettre en évidence les connaissances actuelles, y compris la littérature grise et les pratiques prometteuses. Il est reconnu que ce sujet est très complexe et qu'un nombre croissant d'organisations travaillent dans ce domaine. Dans ce contexte, les recommandations contenues dans les lignes directrices

sont destinées à soutenir la diversité des PSSS dans leur rôle essentiel de soutien aux besoins et aux intérêts individuels uniques des personnes âgées en matière de santé.

Les présentes lignes directrices reconnaissent également que les PSSS font partie de systèmes de santé et communautaires complexes et à multiples facettes, ainsi que de la société. Les résultats d'une enquête nationale sur les PSSS au début de l'année 2023, suivie d'une enquête nationale auprès de plus de 2 000 personnes âgées plus tard dans l'année, ont renforcé le fait que pour réussir à donner vie à ces lignes directrices, il faut une approche centrée sur le patient ou le client. Il s'agit notamment de donner aux personnes âgées les moyens de comprendre comment elles peuvent prévenir la solitude et entretenir des liens sociaux, en travaillant en collaboration avec les cliniciens, les proches aidants, la famille et la communauté.

Principes directeurs

Les principes directeurs suivants ont été élaborés par le groupe de travail au début du projet pour servir de points de référence auxquels nous aspirons au cours de l'élaboration des lignes directrices cliniques :

1. Mobiliser et intégrer les points de vue et les expériences des fournisseurs de services sociaux et de santé.
2. Mobiliser et intégrer les points de vue et les expériences des personnes âgées.
3. Reconnaître l'importance des processus sensibles à la culture, de la diversité linguistique et de l'utilisation d'une langue ou de mots qui reflètent la diversité des publics visés par les présentes lignes directrices.
4. Intégrer les données probantes issues de la littérature universitaire et grise, notamment les pratiques prometteuses.
5. Établir un lien avec l'individu dans son contexte biologique, psychologique et social.
6. S'appuyer sur les connaissances existantes et cerner les lacunes en matière de connaissances.
7. Reconnaître la complexité du patient/client, de l'état de santé et de la situation sociale, la diversité des environnements dans lesquels les personnes exercent et la disponibilité des ressources et en tenir compte.
8. Reconnaître les travaux qui intègrent différentes méthodologies.
9. Accorder la priorité aux groupes à haut risque ou marginalisés.
10. Utiliser une approche basée sur les points forts peut aider à définir les attributs positifs et les facteurs de protection d'une personne tout en évitant la stigmatisation qui peut résulter d'un langage déficitaire, de l'âgisme, d'images de dépendance, etc.

Méthodologie

La méthodologie et les processus associés à l'élaboration de ces lignes directrices comprennent notamment :

- a. Un groupe de leaders cliniques et scientifiques recruté dans tout le Canada pour s'engager en tant que membres bénévoles d'un groupe de travail sur les lignes directrices, et pour remplir des rôles comme la recherche, la rédaction, et l'apport d'idées et d'expériences professionnelles au document général sur les lignes directrices. Les détails concernant d'éventuels conflits d'intérêts ont été obtenus.
- b. Des principes directeurs établis pour servir de points de référence à l'élaboration des lignes directrices.
- c. Une analyse de la documentation et des pratiques prometteuses, y compris une recherche dans la littérature universitaire et grise (canadienne et internationale). La recherche s'est concentrée sur les outils et les interventions, avec un accent particulier sur ceux qui sont pertinents pour les professionnels de la santé et des services sociaux de première ligne dans tous les contextes de soins. La recherche initiale de la littérature universitaire, utilisant un processus rapide et intégratif de revue de la portée, a été limitée aux revues systématiques entre janvier 2017 et août 2022, rédigées en anglais ou en français et portant sur des adultes de 45 ans et plus. La recherche initiale a donné 1 576

- résultats. Au total, 1 109 documents ont été initialement supprimés en raison de doublons et de la pertinence des titres. Les résumés des 467 documents restants ont été examinés. Ce processus a permis de recenser 267 documents ne répondant pas aux critères d'admissibilité. Les 200 documents restants ont fait l'objet d'une analyse du texte intégral. Cela a entraîné la suppression de 129 autres documents, pour un total définitif de 71 documents, dont 38 articles de synthèse. Dans un premier temps, cinq domaines d'intervention ont été fixés, étant entendu qu'ils pourraient évoluer au fur et à mesure de l'exploration de la documentation. Ces domaines comprennent la prévention, le dépistage, l'évaluation, les interventions et le suivi.
- d. Le groupe de travail et l'équipe de personnel qui ont trouvé des recherches complémentaires et de la littérature grise et qui ont effectué des recherches documentaires ciblées en rapport avec les recommandations des lignes directrices individuelles. Il est à noter que nous n'avons pas pu répertorier de lignes directrices cliniques antérieures portant sur l'isolement social ou la solitude.
 - e. En raison du peu de données disponibles dans la documentation, une méthode GRADE adaptée a été utilisée, y compris l'utilisation d'une recommandation consensuelle pour quelques recommandations qui manquaient de données empiriques.
 - f. Deux enquêtes nationales conçues et mises en œuvre, avec l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université Queen's, afin de comprendre les perspectives, les expériences et les idées concernant l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées. La première enquête a été menée auprès des PSSS. Cette enquête a généré plus de 350 réponses. La seconde enquête a porté sur les adultes âgés de 65 ans et plus. Plus de 2 000 personnes y ont répondu. Les enseignements tirés de cette enquête ont été incorporés dans les lignes directrices.
 - g. Du personnel médical de tout le Canada invité à participer à plusieurs occasions à des ateliers afin d'obtenir des informations supplémentaires et des commentaires constructifs sur les lignes directrices.
 - h. Un groupe de spécialistes recruté pour apporter un éclairage complémentaire et des commentaires constructifs sur la clarté et le contenu.
 - i. Les recommandations finales sur les lignes directrices approuvées par le groupe de travail à l'issue d'un processus interactif visant à parvenir à un accord et à un vote ultérieur.

Prévention

La prévention *universelle* est axée sur le grand public ou un groupe de population entier sans égard au degré de risque. La prévention *sélective* cible des individus ou des sous-groupes présentant un risque plus accru de souffrir de troubles que la moyenne des individus ou sous-groupes. Une troisième catégorie, appelée *prévention indiquée*, cible les personnes qui présentent des symptômes précoces. Il existe peu de données probantes concernant les interventions efficaces pour la *prévention universelle* de l'isolement social et de la solitude, bien que l'accent soit mis de plus en plus sur la promotion des liens sociaux, ce qui est encourageant. Dans ces lignes directrices, les approches de prévention *indiquée* sont incluses dans la section Interventions. Nos recommandations dans cette section portent sur la connaissance des facteurs de risque, le besoin d'éducation et de formation et le rôle des PSSS en tant qu'agents de changement.



Recommandation n° 1 – Connaissance des facteurs de risque d'isolement social et de solitude chez les personnes âgées

Les professionnels de la santé et des services sociaux (PSSS) devraient connaître les principaux facteurs de risque d'isolement social et de solitude afin de repérer les personnes âgées susceptibles d'être isolées socialement ou de se sentir seules, et d'anticiper avec leurs patients/clients tout changement éventuel dans leur vie qui pourrait les exposer à un risque d'isolement social et de solitude.

**GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité de la recommandation : forte**

De nombreux facteurs de risque et de protection associés à l'isolement social et à la solitude chez les personnes âgées ont été relevés dans la documentation (p. ex. NSC, 2014a, 2014b; 2016; De Jong Gierveld et coll., 2015; Courtin et Knapp, 2017; Donovan et Blazer, 2022). Cette recherche a été accélérée par les effets délétères de la pandémie de COVID-19, qui a exacerbé l'isolement social et la solitude en tant que problème de santé publique (Adepoju et coll., 2021; Choi et coll., 2021; Holt-Lunstad, 2021; Kadowaki et Wister, 2022; Holt-Lunstad et Perissinotto, 2023; Kirkland et coll., 2023; Li et coll., 2023). Les facteurs de risque et de protection qui sont modifiables

présentent un intérêt particulier dans le cadre de ce rapport du point de vue de la promotion de la santé; toutefois, les caractéristiques du risque sont également utiles pour déterminer les groupes cibles de personnes âgées. Il convient également de noter qu'il peut exister des schémas bidirectionnels entre les facteurs de risque et la propension à l'isolement. En outre, c'est souvent l'intersectionnalité ou les effets cumulatifs de multiples facteurs de risque qui entraînent des niveaux plus élevés d'isolement social et de solitude.

Parmi les déterminants sociaux démographiques, citons l'âge, le sexe, le statut conjugal et le mode de vie, en particulier chez les personnes âgées qui sont seules (célibataires, veuves, divorcées) et qui vivent seules (De Jong Gierveld et coll., 2014; NSC, 2014a, 2014b, 2016; Courtin et Knapp, 2017; Choi et coll., 2021; Wister et Kadowaki, 2021; Li et coll., 2023). Dans certaines études, le fait d'être une femme âgée a été associé à un plus grand isolement et à une plus grande solitude (De Jong Gierveld, 2015; Kirkland et coll., 2015; Choi et coll., 2021; Kirkland et coll., 2023).

La recherche montre également que l'isolement social et la solitude sont plus fréquents chez les personnes âgées vivant avec un faible revenu et dans la pauvreté, et chez celles qui ont un faible niveau d'éducation ou dont le logement et les conditions de vie sont instables (De Jong Gierveld, 2015; Kirkland et coll., 2015; Choi et coll., 2021; Kadowaki et Wister, 2022; Li et coll., 2023). La recherche soutient également les associations démontrant des niveaux plus élevés d'isolement social chez les personnes racialisées (y compris les personnes âgées autochtones et les nouveaux immigrants) (NSC, 2014a, 2014b; Kadowaki et Wister, 2022; Georgeou et coll., 2023), les personnes âgées 2ELGBTQIA+ (NSC 2014a, 2014b; Kneale et coll., 2021), et les personnes vivant dans des milieux éloignés ou ruraux avec un faible accès à la communauté et aux services à domicile et de santé (NSC, 2014a,b; 2016; De Jong Gierveld et coll., 2015; Kadowaki et coll., 2015; Levasseur et coll., 2015, 2017; Courtin et Knapp, 2017; D'cruz et Banerjee, 2020; Losada-Baltar et coll., 2021; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023).

Il n'est pas surprenant que le mauvais état de santé, y compris les maladies chroniques multiples et les faibles niveaux de santé mentale aient été reconnus comme des facteurs de risque d'isolement social et de solitude dans de nombreuses études, à la fois avant et pendant la pandémie (p. ex., NSC 2014a, 2014b; De Jong Gierveld et coll., 2015; Kirkland et coll., 2015; Courtin et Knapp, 2017; Donovan et Blazer, 2022; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023; Li et coll.,

2023). De plus, les problèmes de santé qui entraînent des limitations fonctionnelles dans l'accomplissement des tâches quotidiennes, comme la multimorbidité, sont des facteurs de risque d'isolement social (NSC 2016; Mauvais-Jarvis, 2020; Mitra et coll., 2020; Wister et Kadowaki, 2021). Par ailleurs, un mauvais état de santé mentale (dépression, anxiété, psychoses, etc.) est également un facteur de risque d'isolement social (Kirkland et coll., 2015; NCS 2014a, 2014b; Robb et coll., 2020; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023).

Le fait d'être la personne proche aidante d'une personne âgée augmente également le risque d'isolement social et d'exclusion (Li et coll., 2020, 2023), en particulier pour les partenaires et les personnes non apparentées (comparativement aux enfants adultes) et pour les personnes qui fournissent des soins intensifs (D'cruz et Banerjee, 2020; Li et coll., 2020, 2023).

Les recherches menées dans de multiples disciplines ont également recensé des facteurs de protection contre l'isolement social et la solitude, notamment des réseaux de soutien solides, des activités de loisirs et la participation sociale (De Jong Gierveld et coll., 2015; Fortier, 2016; Burholt et coll., 2019; Levasseur et coll., 2015, 2017; Polenick et coll., 2021; Strutt et coll., 2021), le fait de vivre avec d'autres personnes (Van Tilburg et coll., 2020, Polenick et coll., 2021) et l'accès aux technologies, en particulier pendant la pandémie (Ibarra et coll., 2021; Strutt et coll., 2021).

La récente pandémie a accru les niveaux d'isolement social et de solitude (Wister et Kadowaki, 2022), et si la plupart des facteurs de risque étaient communs avant et pendant la pandémie, certaines différences peuvent être observées. En ce qui concerne les contextes spécifiques à la pandémie, l'isolement social et la solitude ont été associés à des pertes personnelles, comme un décès (Van Tilburg et coll., 2020), des contraintes financières (Polenick et coll., 2021), de l'anxiété ou des inquiétudes liées à la COVID-19 (Van Tilburg et coll., 2020; Gaeta et Brydges, 2020; Kivi et coll., 2021; Polenick et coll., 2021), l'intolérance à l'incertitude (Parlapani et coll., 2020), les rôles et l'intensité des soins (Li et coll., 2020; Wister et coll., 2022), et le fait d'avoir un membre de la famille infecté par la COVID-19 (Cihan et Gökgöz Durmaz, 2021). Le fait de vivre seul a été systématiquement défini comme un facteur de risque associé à des taux plus élevés de solitude pendant la pandémie (Emerson, 2020; Fingerman et coll., 2020; Choi et coll., 2021; Stolz et coll., 2021; Strutt et coll., 2021; Kirkland et coll., 2023; Li et coll., 2023).

Tableau 1. Facteurs de risque et groupes associés à l'isolement social et à la solitude

- a. **Âge avancé** (NSC, 2014a, 2014b; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023)
- b. **Être une femme** (De Jong Gierveld, 2015; Kirkland et coll., 2015; Choi et coll., 2021; Kirkland et coll., 2023)
- c. **Race, ethnicité, autochtonéité, culture** (NSC, 2014a, 2014b; Kadowaki et Wister, 2022; Georgeou et coll., 2023)
- d. **Vivre seul** (De Jong Gierveld, 2015; Kirkland et coll., 2015; Choi et coll., 2021; Kadowaki et Wister, 2022; Li et coll., 2023)
- e. **Veuvage ou divorce** (NSC 2014a, 2014b; De Jong Gierveld, 2015; Kirkland et coll., 2015; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023)
- f. **Faible revenu, pauvreté ou faible éducation** (De Jong Gierveld, 2015; Kirkland et coll., 2015; Choi et coll., 2021; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023; Li et coll., 2023)
- g. **Manque de logements abordables ou de refuges**, mauvaises conditions dans le quartier, perte d'options communautaires, urbaines et de soins à domicile (NSC 2014a, 2014b, 2016; Kadowaki et coll., 2015; Levasseur et coll., 2015; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023)
- h. **Problèmes de santé physique épisodiques ou permanents**, y compris la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de trouble neurocognitif majeur, la fragilité, y compris la perte de mobilité, la perte sensorielle (audition et vision), la multimorbidité (NSC 2014a, 2014b; Kirkland et coll., 2015; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023; Li et coll., 2023)
- i. **Problèmes de santé mentale épisodiques ou permanents** y compris dépression, anxiété liée à la pandémie ou autres formes d'anxiété, psychose (Kirkland et coll., 2015; NCS 2014a, 2014b; Robb et coll., 2020; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023)
- j. **Mauvais choix de santé**, notamment le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la sédentarité, l'obésité et la mauvaise alimentation (Kirkland et coll., 2023)
- k. **Réseau social restreint ou en régression** (NSC 2014a, 2014b; De Jong Gierveld, 2015; Kirkland et coll., 2015; Kadowaki et Wister, 2022; Kirkland et coll., 2023; Li et coll., 2023)
- l. **Défis liés à l'utilisation des technologies**, tels que la fracture numérique ou la littératie numérique, l'accès au WiFi, les coûts, la littératie, le confort (Cosco et coll., 2021; Wister et coll., 2022; Kadowaki et Wister, 2022)
- m. **Personnes âgées 2ELGBTQIA+** (NSC 2014a, 2014b; Kneale et coll., 2021)
- n. **Personnes proches aidantes** (surtout les partenaires et les personnes non apparentées) avec intensité élevée (Li et coll. 2020, 2023)

Recommandation n° 2 – Éducation et formation des professionnels de la santé et des services sociaux

L'éducation concernant l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées devrait faire partie du programme d'études de la communauté étudiante en soins de santé et en services sociaux, ainsi que des PSSS en exercice. La formation doit porter sur la prévention, les facteurs de risque, le dépistage, l'évaluation et les interventions, ainsi que sur les stratégies visant à s'engager auprès des patients/clients, des proches aidants et de la communauté.

Consensus

La sensibilisation croissante à l'isolement social et à la solitude, et le fait que de plus en plus de PSSS se concentrent sur des interventions visant à résoudre ce problème, nécessitent une éducation, une formation et un soutien appropriés (NASEM, 2020). Thompson et Halcomb (2023) ont évoqué la nécessité de comprendre les répercussions sur la santé physique et mentale, et la manière dont le personnel médical peut aborder cette question dans le cadre des soins habituels prodigués à leurs patients/clients. Il est essentiel de comprendre les facteurs de risque, les stratégies d'évaluation, la morbidité et la mortalité, ainsi que les interventions disponibles et les stratégies d'aiguillage (NASEM, 2020).

Les NASEM (2020) recommandent que les professions de la santé intègrent l'isolement social et la solitude dans leurs normes et compétences et que les établissements d'enseignement supérieur destinés aux PSSS intègrent l'éducation et la formation à l'isolement social et à la solitude dans leurs programmes d'études. Le rapport de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis sur les effets curatifs des liens sociaux et de la communauté (Bureau de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis, 2023) formule des recommandations similaires.

Le rapport des NASEM note que la formation des utilisateurs aux pratiques fondées sur des données probantes est une étape nécessaire, mais non suffisante, pour changer la pratique, et que la formation didactique seule ne permet guère de changer le comportement des praticiens. Leathers et coll. (2016) souligne que la formation en personne sous forme d'atelier limité dans le temps est une stratégie de mise en œuvre couramment utilisée pour fournir des renseignements sur les nouvelles pratiques aux prestataires de soins de santé mentale en place. En outre, le soutien après la formation, comme les commentaires sur les performances, les rappels et les consultations de spécialistes, favorise l'utilisation des nouvelles pratiques.

L'éducation devrait également se concentrer sur une approche d'équipe collaborative. Il s'agit notamment de comprendre le rôle des autres membres interdisciplinaires. Cette formation doit également mettre l'accent sur les partenariats avec les organismes communautaires - ce qui est disponible dans la communauté et par qui, afin de garantir une gamme complète de services et de soins. Les PSSS qui travaillent avec des personnes âgées socialement isolées ou seules devraient également envisager une formation à la sécurité culturelle (Centre for Effective Practice, 2023).

Recommandation n° 3 – Les professionnels de la santé et des services sociaux en tant qu'agents de changement

Les PSSS devraient utiliser leur rôle d'agents de changement pour contribuer à informer et à éduquer les patients/clients et le grand public sur le lien entre l'isolement social et la solitude, d'une part, et une mauvaise santé mentale et physique, d'autre part, et pour promouvoir les liens sociaux.

Consensus

Avec l'âge, le nombre de visites chez les professionnels de la santé augmente souvent, en particulier pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Les PSSS deviennent souvent un point de contact pour les personnes âgées et sont donc bien placés pour établir un lien lors des visites lorsque ces personnes sont isolées socialement ou qu'elles se sentent seules. Le personnel médical a souvent développé une relation de confiance avec les patients/clients grâce à des visites fréquentes, ce qui lui donne l'occasion de faire de l'éducation (Thompson et Halcomb, 2023). Holt-Lunstad et Perissinotto (2023) ont présenté le cadre *EAR - Educate, Assess and Respond* (éduquer, évaluer et répondre) - pour lutter contre l'isolement social et la solitude. Ils ont souligné l'importance de l'éducation des patients/clients et la façon dont l'intégration de l'éducation dans les soins peut aider à prendre les mesures appropriées pour réduire le risque.

Le rapport 2023 de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis sur les effets curatifs des liens sociaux et de la communauté sur la solitude et l'isolement indique que « nous devons également créer des systèmes qui permettent et incitent les professionnels de la santé à éduquer les patients dans le cadre des soins préventifs, à évaluer la déconnexion sociale et à répondre aux besoins sociaux liés à la santé des patients ». Il propose également des programmes d'éducation du public et des campagnes de sensibilisation élaborés et menés par du personnel médical (Bureau de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis, 2023).

Dépistage et évaluation

La section Dépistage et évaluation comprend des recommandations pour le dépistage ciblé des personnes âgées à risque, l'utilisation d'outils de dépistage fondés sur des données probantes et la nécessité d'une documentation dans les dossiers médicaux. En conclusion, elle recommande une évaluation exhaustive fondée sur une approche biopsychosociale.

Recommandation n° 4 – Dépistage ciblé des personnes âgées à risque

Les PSSS devraient recourir à un dépistage ciblé pour les personnes âgées qui présentent des facteurs de risque d'isolement social et de solitude.

Consensus

Les données probantes sont insuffisantes pour recommander un dépistage systématique et universel de l'isolement social et de la solitude chez toutes les personnes âgées. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs et le Groupe d'étude américain sur les services préventifs (*US Preventive Services Task Force*) examinent les données probantes et élaborent des lignes directrices qui aident les professionnels de la santé à dispenser des soins de santé préventifs en Amérique du Nord. Ces groupes de travail n'ont pas étudié le dépistage de l'isolement social et de la solitude.

Le rapport 2020 des *National Academies of Science, Engineering and Medicine* (Académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine) a conclu que « en raison de la rareté de la documentation sur les interventions réussies pour des populations spécifiques, il est difficile de conclure que des protocoles formels de dépistage de l'isolement social et de la solitude dans la population générale pourraient réduire la prévalence ou les conséquences négatives sur la santé de l'isolement social et de la solitude ». L'étude exploratoire réalisée dans le cadre de ce projet n'a pas répertorié d'études évaluant le rapport coût-efficacité (années de vie gagnées en fonction de la qualité) du dépistage de l'isolement social et de la solitude ou des interventions dans ce domaine. Comme alternative au dépistage universel, nous recommandons un dépistage ciblé des personnes présentant des facteurs de risque.

Les barrières structurelles dans les soins primaires (comme les charges de travail administratives et cliniques, les responsabilités multiples et concurrentes) peuvent contribuer au sous-dépistage ou à la non-reconnaissance de l'isolement social et de la solitude plutôt qu'à un manque d'outils de mesure ou de connaissances sur l'importance de ces problèmes (Galvez-Hernandez et coll., 2022). Des efforts devraient être déployés pour lever ces obstacles grâce à des modèles alternatifs de prestation de soins primaires.

Recommandation n° 5 – Outils de dépistage

Lors du dépistage des patients/clients, les PSSS devraient utiliser des outils de dépistage fondés sur des données probantes pour détecter les patients/clients qui sont socialement isolés ou seuls, pour évaluer la gravité du problème et pour effectuer un suivi de routine afin de déterminer si la situation sociale du patient/client a changé et si les interventions sont efficaces.

**GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité de la recommandation : forte**

En raison des répercussions que la déconnexion sociale peut avoir sur la santé et le bien-être d'un patient/client, il est important que le personnel médical évalue régulièrement la situation sociale du patient/client. Nous espérons que le personnel médical envisagera systématiquement la possibilité que le patient/client se sent seul ou isolé. L'utilisation d'outils de dépistage (voir ci-dessous) peut aider à déterminer la gravité du problème. Un suivi régulier et des mesures au fil du temps peuvent aider à déterminer si le problème est chronique ou passager et si les interventions fonctionnent pour améliorer le lien social du patient/client et réduire leur isolement social et leur solitude. Il est important pour le personnel médical d'utiliser des outils validés et fiables et de ne pas supposer qu'une personne est ou n'est pas seule ou isolée socialement (voir Perissinotto et coll., 2019).

Les PSSS doivent prendre en compte à la fois l'isolement social et la solitude chez leurs patients/clients, car l'isolement social et la solitude sont liés, mais distincts. La solitude peut être ressentie même si l'on est entouré de gens ou si l'on dispose d'un vaste réseau de famille et d'amis. Inversement, une personne ayant peu de relations sociales peut ne pas se sentir seule si elle se sent satisfaite de ses relations.

En raison de la stigmatisation associée à la solitude, certaines personnes peuvent être moins ouvertes à l'idée de parler de la solitude ou d'être étiquetées comme personne seule (p. ex. Galvez-Hernandez et coll., 2022). Par ailleurs, certaines personnes socialement isolées peuvent ne pas percevoir leur isolement social comme un problème, en particulier si elles ne se sentent pas seules (Newall et Menec, 2019a). Néanmoins, il est important de vérifier régulièrement les facteurs sociaux à l'aide d'outils de dépistage, ce qui peut être l'occasion de discuter de l'importance du lien social pour la santé et de fournir des informations sur les services disponibles afin que leurs patients/clients aient le choix d'y recourir.

Outils de dépistage

Les outils de dépistage ont été largement testés dans le cadre de la recherche, mais il y a eu moins de recherches sur leur utilisation dans un contexte clinique. Toutefois, le dépistage et l'évaluation de routine à l'aide d'échelles de mesure sont toujours recommandés, car ils constituent un moyen fiable et valable d'évaluer la situation sociale d'une personne. Actuellement, les recherches limitées suggèrent que les patients/clients ne sont généralement pas soumis à un dépistage de l'isolement social ou de la solitude avant d'être orientés vers des interventions, ce qui peut entraîner une confusion chez le patient/client quant à la raison de l'aiguillage ou des interventions qui ne répondent pas à ses besoins (Galvez-Hernandez et coll., 2022). Le *US Institute of Medicine Committee* a recommandé l'utilisation de l'indice *Berkman-Symme* (indice d'isolement social structurel) dans les dossiers médicaux électroniques (*Institute of Medicine*, 2014). Récemment, Wong et coll. (2022) a fourni des recommandations pratiques sur l'utilisation de l'échelle de solitude *De Jong Gierveld Loneliness Scale* pour évaluer la solitude dans les établissements de soins de longue durée. Des recherches sont en cours pour développer et tester des outils en milieu clinique (p. ex., Galvez-Hernandez et coll., 2022; Newall, Menec, et Rose, 2022; Perissinotto et coll., 2019). Nous passons ici en revue quelques outils de dépistage prometteurs que le personnel médical peut utiliser. Comme la plupart des outils de dépistage mesurent soit l'isolement social, soit la solitude (mais pas les deux), nous les examinons séparément.

Mesure de la solitude

Les mesures de la solitude s'appuient généralement sur :

- La solitude affective (p. ex. le manque de proximité affective)
- La solitude sociale (p. ex. la perception d'un manque de personnes dans l'entourage)

Dans son rapport de 2015, *UK Campaign to End Loneliness* (Campagne britannique pour mettre fin à la solitude) décrit

les outils courants de dépistage de la solitude. Nous en présentons quatre ici (voir Tableau 2). Le premier est une question unique de l'échelle de dépression CES-D. L'avantage d'une mesure à un seul élément est qu'elle est courte et directe. Cependant, en raison de la stigmatisation potentielle, certains patients/clients peuvent ne pas se sentir à l'aise de parler de leur solitude. En fonction de la situation et des rapports avec le patient/client, les PSSS peuvent envisager d'utiliser des échelles qui mesurent la solitude de manière plus indirecte. L'échelle de solitude UCLA à trois éléments (Hughes et coll., 2004) et l'échelle de solitude *De Jong Gierveld* à six éléments (De Jong Gierveld et Van Tilburg, 2006) ont toutes deux été largement utilisées dans la recherche sur les personnes âgées (Tableau 2).

Mesure de l'isolement social

Les outils de mesure de l'isolement social s'appuient généralement sur les caractéristiques structurelles ou fonctionnelles des relations :

- Peu de contacts sociaux
- Faible participation sociale (p. ex. nombre d'activités sociales)
- Vivre seul
- Faible soutien affectif (p. ex. personne à qui se confier)
- Faible soutien tangible (p. ex. personne à contacter en cas d'urgence)

Dans leur rapport 2023, Newall et Menec ont mis en évidence des mesures courantes de l'isolement social. Nous en présentons trois ici (voir le Tableau 2 ci-dessous), dont l'outil CARED qui cible l'isolement social, qui a été développé pour les professionnels de la santé et des services sociaux afin de déterminer rapidement si une personne est socialement isolée ou seule et doit être orientée vers des services. L'échelle d'isolement social de Lubben (Lubben et coll., 2006) et les échelles d'isolement social structurel de type Berkman-Syme (1979) (p. ex. Menec et coll., 2019; Newall et Menec, 2019b; Steptoe et coll., 2013) ont été largement utilisées dans la littérature de recherche (Tableau 2).



Tableau 2. Résumé des outils de mesure de la solitude et de l'isolement social

(Ces descriptions ont été traduites de l'anglais et sont destinées à fournir des informations aux cliniciens. Il ne s'agit pas d'adaptations officielles ou testées.)

Échelle	Question(s)	Options de réponses	Score
Solitude à un élément (Radloff, 1977)	Au cours de la <u>semaine</u> passée, à quelle fréquence avez-vous ressenti de la solitude?	<i>Rarement ou pas du tout</i> (p. ex. moins d'un jour) <i>Parfois ou peu souvent</i> (p. ex. 1 à 2 jours) <i>Souvent ou pendant une période modérée</i> (p. ex. 3 à 4 jours) <i>Presque tout le temps</i> (p. ex. 5 à 7 jours)	Pas de solitude = rarement ou pas du tout Solitude = parfois ou plus
Échelle de mesure de la solitude UCLA (Hughes et coll., 2004)	À quelle fréquence avez-vous l'impression de manquer de compagnie? À quelle fréquence sentez-vous que l'on vous laisse de côté? À quelle fréquence vous sentez-vous isolé(e) des autres?	<i>Presque jamais = 1</i> <i>Parfois = 2</i> <i>Souvent = 3</i>	Le score peut aller de 1 à 9. Scores élevés = solitude plus élevée. Habituellement, les scores de 6 à 9 indiquent la solitude.
Échelle de la Campagne britannique pour mettre fin à la solitude (UK Campaign to End Loneliness, 2015)	Je suis satisfait(e) de mes amitiés et de mes relations J'ai suffisamment de personnes à qui je me sens à l'aise de demander de l'aide à tout moment Mes relations sont aussi satisfaisantes que je le souhaiterais	<i>Fortement en désaccord = 4</i> <i>En désaccord = 3</i> <i>Neutre = 2</i> <i>D'accord = 1</i> <i>Fortement d'accord = 0</i>	Le score va de 0 à 12. Les scores de 10 à 12 indiquent un niveau élevé de solitude.
Échelle de mesure de la solitude De Jong-Gierveld (De Jong Gierveld et Van Tilburg, 2006)	Ressentez-vous un sentiment général de vide? Oui = 1; Non = 0 La présence des gens vous manque-t-elle? Oui = 1; Non = 0 Ressentez-vous souvent un sentiment de rejet? Oui = 1; Non = 0 *Y a-t-il beaucoup de personnes sur lesquelles vous pouvez compter en cas de problème? Oui = 0*; Non = 1 *Y a-t-il beaucoup de personnes en qui vous avez entièrement confiance? Oui = 0*; Non = 1 *Y a-t-il suffisamment de personnes dont vous vous sentez proche? Oui = 0*; Non = 1	<i>Oui = 1</i> <i>Non = 0</i> <i>* indique un codage inversé de façon à ce que</i> <i>Oui = 0</i> <i>Non = 1</i>	Le score peut aller de 0 à 6. Scores élevés = solitude plus élevée. Habituellement, les scores de 5 à 6 indiquent que la personne se sent seule.

Échelle	Question(s)	Options de réponses	Score
<p>CARED</p> <p>Outil d'aiguillage sur l'isolement social et la solitude (Newall et Menec, 2023)</p>	<p>C = Connexion Est-ce que la personne se sent seule?</p> <p>A = Activités Est-ce qu'elle participe à peu d'activités sociales? (moins de 2 par mois et ne travaille pas)</p> <p>R = Relations Est-ce qu'elle voit rarement les membres de sa famille, ses amis, voisins, etc.? (moins d'une fois par mois)</p> <p>E = <i>Emergency contact</i> (personne à contacter en cas d'urgence) Est-ce qu'il lui manque une personne à contacter en cas d'urgence?</p> <p>D = <i>Dwelling</i> (logement) Est-ce qu'elle vit seule ou est-ce qu'elle se sent vulnérable dans son logement?</p>	<p><i>Oui</i> = 1</p> <p><i>Non</i> = 0</p>	<p>Le score peut aller de 0 à 5. Score élevé = solitude et isolement social plus élevés</p> <p>0 = pas à risque</p> <p>1 à 2 = faible risque, mais vérifier à nouveau</p> <p>3 à 5 = la personne est socialement isolée</p>
<p>Échelle de mesure de l'isolement social de Lubben (Lubben et coll., 2006)</p>	<p>Combien de membres de votre famille (y compris votre partenaire) voyez-vous ou de combien avez-vous des nouvelles au moins une fois par mois?</p> <p>De combien de membres de votre famille (y compris votre partenaire) vous sentez-vous proche, au point de pouvoir leur demander de l'aide?</p> <p>Avec combien de membres de votre famille (y compris votre partenaire) vous sentez-vous à l'aise et pouvez-vous parler de choses personnelles?</p> <p>Combien d'amis voyez-vous ou de combien avez-vous des nouvelles au moins une fois par mois?</p> <p>De combien d'amis vous sentez-vous proche, au point de pouvoir leur demander de l'aide?</p> <p>Avec combien d'amis vous sentez-vous à l'aise et pouvez-vous parler de choses personnelles?</p>	<p><i>Aucun</i> = 0;</p> <p><i>Un</i> = 1;</p> <p><i>Deux</i> = 2;</p> <p><i>Trois ou quatre</i> = 3;</p> <p><i>Cinq à huit</i> = 4;</p> <p><i>Neuf ou plus</i> = 5</p>	<p>Le score peut aller de 0 à 30. Score élevé = isolement social faible.</p> <p>Habituellement, un score de 0 à 11 signifie que la personne est socialement isolée.</p>
<p>Échelle mesurant l'isolement social structurel (Menec et coll., 2019; Newall et Menec 2019b; Steptoe et coll., 2013)</p>	<p>Cinq indicateurs :</p> <p>Ne vit pas avec d'autres personnes</p> <p>Contact avec des enfants moins d'une fois par mois</p> <p>Contact avec des membres de la famille moins d'une fois par mois</p> <p>Contact avec des amis ou des voisins moins d'une fois par mois</p> <p>Ne travaille pas et participe à moins de deux activités sociales par mois</p>	<p><i>Oui</i> = 1</p> <p><i>Non</i> = 0</p>	<p>Le score peut aller de 0 à 5. Score élevé = isolement social plus élevé.</p> <p>Un score de 3 à 5 indique que la personne est socialement isolée.</p>

Choix d'un outil de dépistage approprié

Différentes mesures sont conçues pour évaluer les différents éléments de la (dé)connexion sociale. À ce stade, il n'existe pas d'outil recommandé pour une utilisation clinique. L'outil CARED est la seule mesure qui évalue à la fois la solitude et l'isolement social. Il est important de noter que le choix d'un outil peut dépendre de caractéristiques qui devraient changer au fil des interventions (p. ex. augmentation des activités sociales, élaboration d'un plan d'urgence, réduction de la solitude). Discuter de ces attentes avec votre patient/client peut aider à orienter les interventions.

Stigmatisation

Dans leur étude sur la stigmatisation associée à la solitude, Barreto et coll. (2022) notent que les personnes qui se sentent seules sont souvent perçues comme socialement inaptes, mal adaptées, peu sympathiques et généralement incompetentes. Ils suggèrent également que les sentiments de solitude peuvent être intériorisés et perçus de manière tout aussi négative. Les attitudes négatives et les préjugés, internes et externes, à l'égard des personnes qui se sentent seules peuvent avoir une incidence importante sur la qualité de vie de ces personnes et leur faire ressentir de la honte et de l'embarras. Cela peut empêcher autant les gens d'obtenir de l'aide que le personnel médical de s'apercevoir qu'une personne a besoin d'aide. C'est pourquoi les conversations sur les sentiments de solitude et les expériences d'isolement social doivent être menées sans jugement et sans âgisme, en mettant en avant les expériences et les valeurs de la personne. La stigmatisation et le stéréotypage s'observent lorsqu'on fait des présomptions, consciemment ou non, au sujet du degré de soins auquel a droit une personne âgée, de la valeur de la vie d'une personne âgée ou des raisons sous-jacentes au mode de vie d'une personne. La stigmatisation peut être exercée par la société ou par soi-même. Les gens font preuve de stigmatisation lorsqu'ils présument que les symptômes de la solitude ou de l'isolement social ne sont simplement que les symptômes du vieillissement.

Les PSSS doivent se questionner eux-mêmes et entre eux pour surmonter les présomptions et les stéréotypes et s'assurer de fournir les meilleurs soins possibles à leurs patient/clients. La stigmatisation peut être réduite par l'utilisation des mots appropriés et par l'ouverture, la volonté et la capacité à entamer des discussions parfois difficiles sur la solitude et d'autres sujets inconfortables avec leur patient/client. La stigmatisation de la solitude est problématique, car elle peut (1) aggraver l'expérience de la solitude et (2) rendre plus difficile la recherche d'aide ou la reprise de contact (Barreto et coll., 2022).



Recommandation n° 6 – Dossiers médicaux

Lorsque l'isolement social et la solitude sont constatés chez les personnes âgées, ils devraient être consignés dans le dossier médical au même titre que les autres conditions et facteurs de risque. Des efforts devraient être faits pour collecter des données sur l'isolement social et la solitude en tant que déterminants sociaux importants de la santé. La solitude et l'isolement social peuvent être considérés comme des « signes vitaux psychosociaux » en raison de leur incidence sur la santé.

Consensus

Lorsque l'isolement social et la solitude sont constatés chez les personnes âgées, ils doivent être consignés dans un endroit central du dossier médical au même titre que les autres conditions et facteurs de risque. L'isolement social et la solitude peuvent être considérés comme des « signes vitaux psychosociaux » en raison de leur incidence sur la santé. On reconnaît de plus en plus l'importance de documenter les facteurs non médicaux qui influencent les résultats pour la santé (déterminants sociaux de la santé) dans le dossier du patient/client. Les déterminants sociaux de la santé comprennent le soutien social en plus du revenu, du développement de la petite enfance, de l'éducation, de l'emploi et du logement (Organisation mondiale de la Santé, 2003). L'isolement social est un déterminant social de la santé potentiellement modifiable. En 2014, l'*Institute of Medicine* (IOM) a réuni une équipe multidisciplinaire pour établir un consensus fondé sur des données probantes concernant un « signe vital » psychosocial à inclure dans les dossiers médicaux électroniques (DME). L'IOM a désigné les « liens sociaux et l'isolement social » comme un domaine crucial à inclure, au même titre que d'autres données sociodémographiques, psychosociales et de santé telles que la race et l'origine ethnique, l'éducation, la dépression, l'activité physique, le tabagisme, l'insécurité alimentaire et l'insécurité du logement (*Institute of Medicine*, 2014). Le rapport des NASEM (2020) sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées a également approuvé la recommandation des rapports précédents des Académies nationales (*National Academies*) selon laquelle l'isolement social devrait être inclus dans le DME.

Bien que l'isolement social et la solitude soient des déterminants importants de la santé, ils sont rarement enregistrés dans le DME à un endroit standard ou codés de manière cohérente. Le recensement au sein du DME peut mettre en évidence ces conditions en tant que facteurs de risque de mauvaise santé, soutenir une action coordonnée pour améliorer la santé du patient/client et des personnes (Matthews et coll., 2016), relever les inégalités en matière de santé (Upstream Lab) et peut stimuler l'élaboration et l'évaluation de nouveaux programmes et de la recherche.

Les PSSS devraient disposer d'un emplacement standard pour documenter l'isolement social et la solitude, comme ils le font pour d'autres conditions médicales ou facteurs de risque communs tels que le tabagisme ou l'alcool (c'est-à-dire, le profil cumulatif du patient/client dans un dossier médical de médecine familiale). Malgré l'intérêt porté à la saisie des déterminants sociaux de la santé dans les dossiers médicaux électroniques, ces informations sont généralement contenues dans des notes cliniques non structurées. Les stratégies futures pourraient consister à détecter les personnes à risque à l'aide d'algorithmes d'apprentissage automatique du langage naturel qui explorent de manière autonome les mots-clés relatifs à l'isolement social ou à la solitude dans les dossiers médicaux électroniques (Galvez-Hernandez et coll., 2022; Zhu et coll., 2019).

Recommandation n° 7 – Évaluation

Une évaluation clinique exhaustive d'un patient/client qui est socialement isolé ou seul devrait viser à explorer les causes possibles et à déterminer tout problème de santé sous-jacent qui pourrait être un facteur contributif. Les autres causes possibles doivent également être recensées en adoptant une approche biopsychosociale. Une évaluation exhaustive peut guider l'élaboration d'un plan de gestion approprié. L'évaluation peut varier en fonction du champ de pratique du professionnel de la santé et des services sociaux.

Les principaux éléments de l'évaluation peuvent notamment comprendre :

- a. Antécédents médicaux
- b. Antécédents sociaux
- c. Santé mentale
- d. Cognition
- e. Dépistage de la consommation de substances psychoactives
- f. Environnement et finances
- g. Événements récents de la vie
- h. Facteurs liés au mode de vie
- i. Perception et motivation pour le changement

Consensus

Le texte qui suit fournit des détails supplémentaires sur chacun des éléments de l'évaluation :

- a. **Antécédents médicaux**
Il s'agit notamment des maladies actuelles qui peuvent avoir une incidence sur la capacité de la personne à

communiquer, à voyager et à fonctionner de manière autonome. Les problèmes d'audition ou de vision doivent être repérés. Les maladies chroniques peuvent avoir des répercussions sur la capacité d'une personne à socialiser ou à participer à des activités.

- b. **Antécédents sociaux**

Il convient de recueillir les antécédents sociaux du patient/client afin de comprendre son milieu culturel, son exclusion sociale antérieure et son réseau de soutien social, notamment sa famille, ses amis et sa participation à la vie de la communauté. Il s'agit également de comprendre les loisirs et les centres d'intérêt de la personne.

- c. **Santé mentale**

Il s'agit notamment d'évaluer les symptômes actuels d'anxiété, de dépression ou de psychose. Il est également important de connaître les antécédents en matière de troubles de l'humeur, d'anxiété ou d'autres troubles mentaux. Si la personne est actuellement déprimée, il convient d'inclure une évaluation du risque de suicide. Il est également conseillé de tenir compte du style de personnalité de la personne. Certaines personnes peuvent être très introverties et avoir une tendance permanente à éviter les relations sociales intimes ou avoir d'autres traits de personnalité qui peuvent avoir une influence sur leur capacité à avoir des relations significatives et satisfaisantes.

- d. **Cognition**

Évaluer le fonctionnement cognitif de la personne et les effets d'un éventuel trouble. Il peut s'agir des activités de la vie quotidienne, ainsi que de la capacité à instaurer des interactions sociales, ainsi qu'à planifier et à résoudre des problèmes.

- e. **Dépistage de la consommation de substances psychoactives**

Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives et l'abus de celles-ci peuvent contribuer à la solitude et à l'isolement social.

- f. **Environnement et finances**

Il est important de comprendre les conditions de vie de la personne, y compris son accès aux transports et l'accessibilité physique de son domicile. Les PSSS doivent évaluer la capacité du patient/client à se procurer les produits de première nécessité.

- g. **Événements récents de la vie**

Les changements de vie importants, notamment, la perte de membres de la famille ou d'amis, la retraite ou les déménagements récents, doivent être évalués.

- h. **Facteurs liés au mode de vie**

Le mode de vie, notamment le manque d'activité physique, une mauvaise alimentation et un mauvais sommeil, peut également contribuer à la solitude et à l'isolement social.

i. Perception et motivation pour le changement

Il est important de comprendre dans quelle mesure la personne considère son isolement ou sa solitude comme un problème. Il est également important de discuter des possibilités d'intervention avec la personne et d'évaluer si elle est motivée pour suivre les recommandations.

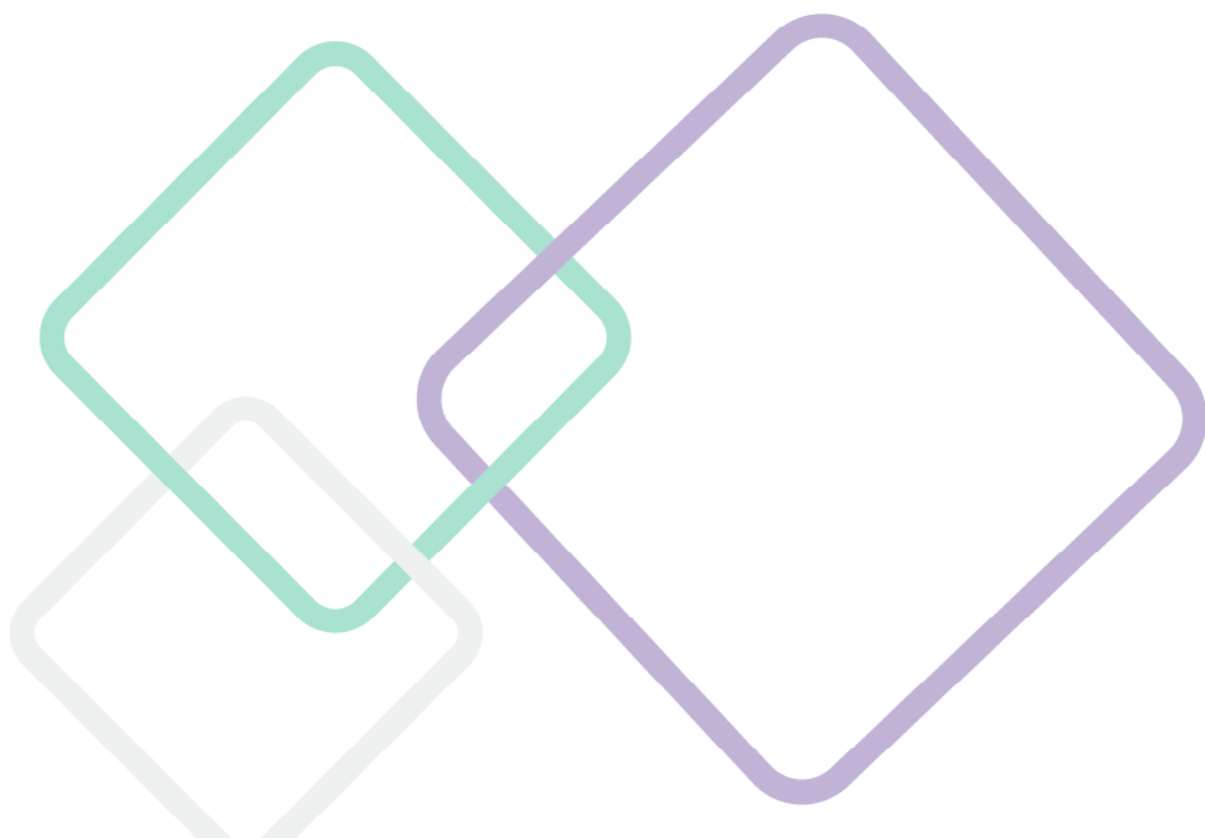
Comme indiqué ci-dessus, de nombreux facteurs peuvent contribuer à l'isolement social et à la solitude. Nous recommandons donc une évaluation exhaustive lorsque cela est possible, tout en reconnaissant que le champ d'application de la pratique est très large.

Le rapport des *National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine* (2020) sur les occasions pour le système de santé de réduire l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées recommande :

« Pour les personnes âgées qui sont actuellement isolées socialement ou seules, les professionnels de la santé devraient tenter de déterminer les causes sous-jacentes et utiliser des pratiques fondées sur des données probantes adaptées à ces causes (p. ex. perte d'audition, limitation de la mobilité). »

Le rapport des NASEM note également que des recherches supplémentaires sur l'évaluation sont nécessaires pour évaluer les enjeux éthiques et les conséquences involontaires des évaluations, ainsi que pour déterminer les paramètres de mise en œuvre spécifiques, y compris :

- qui doit recevoir l'évaluation;
- qui doit mener l'évaluation;
- la fréquence idéale d'évaluation pour les différentes sous-populations;
- les interventions, les aiguillages et les soins de suivi appropriés.



Interventions

La section Interventions commence par une description de l'approche globale recommandée. Elle souligne la nécessité d'adopter une approche individuelle, avec une prise de décision partagée, en reconnaissant la diversité des populations de personnes âgées. Nous insistons également sur la nécessité de traiter toute condition médicale ou mentale sous-jacente qui pourrait contribuer à l'isolement social et à la solitude. Nous formulons ensuite des recommandations concernant une variété d'interventions potentielles que le personnel médical devrait envisager.

Recommandation n° 8 – Intervention : une approche générale

Les PSSS devraient appliquer plusieurs principes pour aider les patients/clients âgés qui sont isolés socialement ou qui se sentent seuls, notamment :

- a. **S'assurer initialement ou simultanément qu'un traitement est fourni pour toute condition médicale sous-jacente ou tout problème de santé mentale constaté lors de l'évaluation;**
- b. **Adopter une approche individualisée, avec une prise de décision partagée;**
- c. **Déterminer les intérêts des patients/clients afin de définir les interventions les mieux adaptées, tout en évaluant les ressources individuelles et environnementales disponibles;**
- d. **Reconnaître la diversité des populations de personnes âgées et envisager avec les patients/clients l'intégration de leur culture et de leurs expériences vécues.**

Les PSSS devraient envisager les interventions possibles suivantes pour les personnes âgées : prescription sociale, activités sociales, activité physique, thérapies psychologiques, thérapies assistées par l'animal et possession d'un animal, développement des compétences en loisirs et activités de loisirs, et les technologies. La thérapie pharmacologique n'est pas recommandée, sauf pour le traitement d'un trouble sous-jacent. Il convient de noter qu'il existe un certain chevauchement entre ces catégories d'interventions.

Consensus

Diverses interventions visant à lutter contre l'isolement social et la solitude ont été étudiées à différents niveaux des soins de santé. Cela inclut les interventions mises en œuvre dans un groupe ou individuellement, ainsi que les interventions appliquées aux cadres communautaires et aux systèmes de santé publique (Elder et Retrum, 2012; NASEM, 2020). Compte tenu de la nature hétérogène de l'isolement social et de la solitude, le niveau de données probantes reste globalement faible, mais la prise en charge et l'intervention sont essentielles. Il est donc impératif que les PSSS explorent les facteurs individuels, sociaux et systémiques qui contribuent à la solitude et à l'isolement social dans leur prise en charge et leurs interventions. Ceux-ci sont décrits dans les sections Facteurs de risque et Évaluation, mais en résumé, ils peuvent inclure les éléments suivants :

- Facteurs individuels : comorbidité mentale ou physique, mode de vie sédentaire, problèmes de mobilité, troubles sensoriels.
- Facteurs sociaux : réseaux sociaux, milieu de vie, revenus.
- Facteurs systémiques et structurels : disponibilité des services locaux, y compris la concordance des langues, des genres et des cultures, l'accès aux transports, ainsi que les inégalités systémiques pour les populations défavorisées (autochtones, racisées, 2ELGBTQIA+, faible revenu, handicap fonctionnel).

Les interventions fondées sur les résultats de l'évaluation sont énumérées dans le Tableau 3. Malgré l'absence d'études évaluant les résultats de bon nombre de ces approches spécifiques en matière de réduction de la solitude et de l'isolement social, l'incidence potentielle sur la qualité de vie et les occasions d'engagement social ne peut être sous-estimée (Freedman et Nicolle, 2020).

Plusieurs ressources ont été développées pour évaluer les facteurs contributifs et les stratégies de prise en charge, comme l'outil CARED (Connexions, Activités, Relations, *Emergency contact* « Personne à contacter en cas d'urgence », *Dwelling* « Logement ») qui peut aider à déterminer le besoin d'aiguillage (Targeting Isolation, 2023).

L'un des enjeux essentiels est celui de la motivation à être socialement connecté et à prévenir la solitude (Kimberlee, 2016). Malgré les meilleurs efforts pour aider les patients/clients à trouver des occasions de lutter contre l'isolement et la solitude, les résultats risquent de ne pas être optimaux s'ils ne sont pas motivés à faire des changements. Certaines stratégies peuvent aider les patients/clients à fixer leurs propres objectifs, qui sont idéalement SMART (Spécifiques, Mesurables, Atteignables, Réalistes et Temporels). Le programme Fontaine de la santé fournit des outils pour aider le personnel médical et leurs patients/clients à modifier positivement leur mode de vie (lafontainedelasante.ca).

Tableau 3. Interventions possibles sur la base des résultats de l'évaluation clinique de l'isolement social et de la solitude

Élément de l'évaluation	Conditions identifiées	Approche d'intervention
Antécédents médicaux	Trouble sensoriel ou de la communication	<ol style="list-style-type: none"> Évaluation de la vue et de l'ouïe par un professionnel de la santé agréé, le cas échéant (optométriste, ophtalmologue, audiologiste, etc.) <ul style="list-style-type: none"> Dispositifs d'amplification de la voix (p. ex. appareil auditif ou <i>Pocket Talker</i>) Interventions visuelles (lunettes, chirurgie, etc.) Évaluation de la parole et du langage pour définir les différentes stratégies de communication
	Maladies chroniques ou mobilité réduite	<ol style="list-style-type: none"> Prise en charge des maladies chroniques Dispositifs de mobilité (p. ex. aiguillage vers un ergothérapeute ou un physiothérapeute pour l'obtention d'une aide à la marche)
	Déficit cognitif	Orientation vers des ressources locales, le cas échéant
Antécédents sociaux et mode de vie	Réseaux sociaux et loisirs	<ol style="list-style-type: none"> Prescription sociale Développement des compétences en loisirs Interventions fondées sur les intérêts
	Revenu et insécurité alimentaire	<ol style="list-style-type: none"> Ressources locales gratuites ou peu coûteuses Avantages fiscaux ou gouvernementaux
	Activité physique et exercice	Encourager l'activité physique
	Obstacles au transport et environnementaux	<ol style="list-style-type: none"> Options de transport abordables Accessibilité de l'environnement (p. ex. situations de handicap)
Santé mentale	Condition psychiatrique (p. ex. trouble de l'humeur)	<ol style="list-style-type: none"> Traiter les troubles psychiatriques sous-jacents Interventions cognitivo-comportementales ou autres thérapies psychologiques, le cas échéant
	Événements de la vie importants récents	<ol style="list-style-type: none"> Gestion du deuil, du chagrin et des troubles de l'adaptation Interventions cognitivo-comportementales, le cas échéant

Recommandation n° 9 – Prescription sociale

- a. La prescription sociale est à envisager pour gérer ou atténuer l'isolement social et la solitude. Il peut s'agir, par exemple, de mettre leurs patients/clients en contact avec des organisations, des programmes ou des ressources communautaires appropriés qui offrent des occasions d'interaction sociale ou d'autosoins. La prescription sociale peut également porter sur les déterminants sociaux de la santé, qui sont souvent essentiels pour améliorer les résultats pour la santé qui peuvent être influencés par l'isolement social ou la solitude.
- b. Les PSSS devraient envisager une approche de soins par étapes pour la prescription sociale, en commençant par les interventions les moins intensives, à l'instar d'autres interventions en santé mentale. Un examen régulier dans le cadre d'une approche par étapes peut aider à déterminer si d'autres interventions sont nécessaires ou si les bénéficiaires ont été en mesure de renforcer ou d'étendre leurs capacités.
- c. Les agents de liaison ou les navigateurs du système peuvent jouer un rôle important en évaluant les besoins d'une personne et en la mettant en contact avec des organisations appropriées afin de créer ou de favoriser un lien social plus fort et de réduire la solitude. Ils peuvent ainsi aider le personnel médical qui pourrait ne pas avoir la même connaissance des ressources.
- d. Les organismes de santé et de services sociaux devraient envisager de développer des stratégies ou des équipes de prescription sociale, notamment en désignant une équipe centrale de personnel chargée d'appuyer la mise en œuvre de la stratégie.
- e. De même, les organisations communautaires devraient envisager d'établir des relations ou des partenariats avec des organisations cliniques afin de partager les ressources pertinentes relatives à la prescription sociale.

**GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité de la recommandation : forte**

Pour lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées, les PSSS peuvent envisager la prescription sociale : mettre le patient/client en contact avec des organisations, des ressources ou des activités communautaires adaptées. Il peut s'agir d'activités artistiques ou récréatives, d'activités physiques ou d'activités d'interaction sociale, pour des individus ou des groupes. En substance, les prestataires fournissent à leurs patients/clients une « prescription » pour entrer en contact avec un groupe ou une ressource, ou pour entreprendre une activité spécifique, dans le but d'établir ou de favoriser des liens sociaux plus étroits ou de réduire la solitude (Alliance pour des communautés en santé, 2019). Pescheny et coll. (2018) décrit six modèles de prescription sociale en fonction du type de personnel concerné par le programme. Une approche de soins par étapes facilite également l'évaluation de la résilience des patients/clients, ce qui permet de modifier les interventions (*Care Services Improvement Partnership*; Richards et coll., 2012).

Il existe des données probantes en faveur de la prescription sociale dans le cadre d'une *intervention multimodale* qui combine des interventions psychologiques avec des stratégies communautaires pour gérer l'isolement social et la solitude (Coughtrey et coll., 2020). Il existe également des données probantes indiquant que la prescription sociale peut contribuer à traiter les problèmes de santé liés aux déterminants sociaux de la santé (par l'intermédiaire de la sécurité alimentaire, du logement, de la réduction de la pauvreté et des programmes de santé publique) (Sabey et coll., 2022). Des données probantes appuient le recours à des agents de liaison ou à des navigateurs du système pour évaluer les personnes et les mettre en contact avec des organisations ou des soutiens communautaires appropriés, et les prestataires, tels que les médecins, devraient mettre les patients/clients en contact avec des agents de liaison pour des interventions spécifiques de prescription sociale (Bild et Panchana, 2022). Cette démarche peut également nécessiter des ressources financières et humaines supplémentaires, ou une réorganisation des lieux de travail, des responsabilités du personnel, etc. Les PSSS peuvent envisager d'examiner le cadre du *Centre for Effective Practice* (2023) pour intégrer la prescription sociale dans leur pratique.

Recommandation n° 10 – Activités sociales

Les PSSS devraient soutenir, encourager et habiliter les personnes à s'engager à leur niveau optimal d'activité sociale.

**GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité de la recommandation : forte**

Les caractéristiques des services et des interventions efficaces comportant des activités sociales comprennent la promotion de l'autonomisation des personnes âgées, la préservation de leur autonomie, le soutien au développement de relations et d'activités significatives, la personnalisation et la durée

d'au moins six mois (Raymond et coll., 2013). Les PSSS devraient explorer les activités sociales que leur patient/client a déjà pratiquées, qu'elle pratique ou qu'elle pourrait pratiquer en fonction de ses ressources personnelles et environnementales et de ses centres d'intérêt.

Selon l'examen systématique de Manjunath et collègues (2021), les études de la plus haute qualité portant sur les interventions de groupe et centrées sur la personne visant à réduire l'isolement social ont montré que l'isolement social ressenti par les personnes âgées diminuait après l'intervention, et que cet effet se maintenait dans les études de suivi. Les interventions basées sur le bénévolat semblent également atténuer l'isolement; toutefois, des études de suivi supplémentaires sont nécessaires pour déterminer leur efficacité à long terme. D'après l'examen systématique de Poscia et coll. (2018), les nouvelles technologies représentent un outil prometteur pour lutter contre l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées, au même titre que les arts communautaires, qui ont donné des résultats positifs, en particulier chez les populations souffrant de troubles sensoriels. Les programmes intergénérationnels ont été utilisés avec des résultats prometteurs pour les personnes âgées, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les approches optimales (Galbraith et coll., 2015; Whear et coll., 2023).

Une synthèse de la documentation par Salway et coll. (2020) soutient que les initiatives d'amitié ont conduit à la réduction de la solitude, à l'augmentation de l'estime de soi chez les personnes qui se lient d'amitié et à la diminution des liens et des interactions négatifs (avec les membres de la famille ou les professionnels). En ce qui concerne l'augmentation des contacts avec les autres, davantage d'éléments ont été trouvés en faveur des interventions de facilitation sociale qui renforcent les relations entre pairs par rapport aux interventions d'amitié, qui se concentrent sur la création active de nouveaux amis. Cette première catégorie consiste à faciliter l'interaction entre les personnes du réseau déjà connues, tandis que la seconde se concentre sur la création active de nouvelles amitiés. Les données les plus probantes concernant la facilitation sociale trouvées dans cette étude suggèrent qu'il peut être plus bénéfique de fournir aux personnes isolées ou seules un moyen d'interagir avec leurs cercles sociaux existants que de se faire de nouveaux amis. Toutefois, étant donné que peu d'études ont été trouvées sur les interventions de type création d'amitié (*befriending* en anglais), ces résultats doivent être interprétés avec prudence.

Il existe un nombre limité d'études sur les effets, notamment le rapport coût-efficacité et la mise en œuvre (exécution, pratique professionnelle, y compris les tâches, les rôles et les compétences) des interventions concernant les activités sociales, ce qui limite les connaissances sur l'aspect pratique (ressources nécessaires, modifications en réponse aux contraintes de ressources), l'acceptabilité (facilitateurs et obstacles et recommandations du personnel médical) et la faisabilité (comment, quand et avec qui). À notre connaissance, aucune étude ne s'est penchée sur les effets

néfastes des activités sociales, mais ces effets pourraient être faibles lorsque les activités sont adaptées au participant et supervisées par un professionnel.

Recommandation n° 11 – Activité physique

Les PSSS devraient encourager leurs patients/clients à pratiquer une activité physique en groupe ou individuelle afin de réduire l'isolement social et la solitude et d'améliorer leur état de santé général. Les données sont insuffisantes pour recommander une forme spécifique d'activité physique. Les PSSS sont encouragés à discuter avec leurs patients/clients des occasions de pratiquer une activité physique et d'adopter un mode de vie actif.

**GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité de la recommandation : forte**

Shvedko et collègues (2018) a inclus 38 études dans son examen systématique et 23 essais contrôlés randomisés dans sa méta-analyse des interventions d'activité physique chez les personnes âgées vivant dans la communauté, en analysant les résultats de l'isolement social, de la solitude et du soutien social. Les personnes participant à ces interventions ont été comparées à un groupe physiquement inactif ou aux soins habituels. L'âge moyen des participants était de 51 à 82 ans, avec une prédominance de femmes (67 %). Environ la moitié des études comportaient une composante d'interaction sociale, quatorze utilisaient des exercices d'aérobic, six incluaient des exercices de résistance et d'autres comportaient des composantes des deux types d'exercices (p. ex. tai-chi). Les interventions allaient de six semaines à un an, la majorité d'entre elles ayant une durée de 12 semaines et se déroulant en groupe. La fréquence moyenne était de trois fois par semaine. Alors qu'aucun changement significatif n'a été constaté pour le soutien social ou les réseaux sociaux, un léger effet positif a été observé sur le fonctionnement social (différence des moyennes standardisées = 0,30 [intervalle de confiance à 95 % : 0,12-0,49], hétérogénéité importante). Aucune méta-analyse des résultats sur la solitude et l'isolement social n'a été réalisée. Une analyse de sous-groupe a montré un léger avantage en matière d'interaction sociale en groupe, mais pas dans les environnements individuels d'activité physique (différence des moyennes standardisées = 0,34 [intervalle de confiance à 95 % : 0,10 à 0,59]) (Shvedko et coll., 2018), ce qui pourrait souligner l'importance accrue des environnements de groupe.

Plusieurs autres études de méthodologie variable ont abordé le rôle de l'activité physique (Freedman et Nicolle, 2020; Hoang et coll., 2022; Masi et coll., 2011). Hoang et collègues a fait état d'une petite taille d'effet pour les études communautaires menées sur la solitude, le soutien social et l'isolement social, limitée par le nombre d'études qui ont pu être incluses dans la méta-analyse. Bien que la taille d'effet soit modérée dans les soins de longue durée (-0,53 [intervalle

de confiance à 95 %, -0,86 à -0,20]), ces interventions étaient multimodales et le rôle spécifique de l'exercice ou de l'activité physique n'a pas pu être distingué. Il est donc recommandé de poursuivre les recherches dans le domaine des soins de longue durée.

Il est noté que les données probantes sont plus solides pour les personnes âgées vivant dans la communauté, et qu'elles sont plus limitées dans les établissements de soins de longue durée. Bien que nous ne puissions pas recommander une forme spécifique d'activité physique pour l'isolement social et la solitude, nous soulignons les recommandations canadiennes et de l'Organisation mondiale de la Santé disponibles sur l'activité physique chez les personnes âgées pour la santé générale et le bien-être (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2020; Organisation mondiale de la Santé, 2022). La SCPE recommande un minimum de 150 minutes d'activité physique aérobique modérée-vigoureuse par semaine, et un renforcement musculaire au moins deux fois par semaine, tandis que l'OMS recommande une activité physique à composantes multiples trois jours ou plus par semaine (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2020; Organisation mondiale de la Santé, 2022). L'absence d'études sur la mise en œuvre limite la force de la recommandation, et l'on sait peu de choses sur les ressources nécessaires, le format, la dose, le rapport coût-efficacité, l'acceptabilité et la faisabilité. À notre connaissance, aucune étude n'a abordé les effets néfastes de l'activité physique, mais ceux-ci pourraient être faibles dans les contextes où les activités peuvent être adaptées au participant et supervisées par un professionnel.

Recommandation n° 12 – Thérapies psychologiques

Les thérapies psychologiques devraient être envisagées pour certaines personnes âgées souffrant d'isolement social ou de solitude. Les thérapies psychologiques comprennent notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie sociale cognitive, la thérapie par réminiscence et la réduction du stress basée sur la pleine conscience. Les thérapies psychologiques disposent de plus de données probantes sur la réduction de la solitude comparativement à l'isolement social.

**GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité de la recommandation : forte**

Cinq examens ont été répertoriés, allant de l'examen narratif à la méta-analyse et à la méta-synthèse sur les thérapies psychologiques visant à réduire la solitude et l'isolement social chez les personnes âgées. Un examen réalisé par Coughtrey et coll. sur la base de 22 études a montré que les données probantes les plus solides concernaient les interventions cognitivo-comportementales ciblant

différentes manières de surmonter les difficultés (Coughtrey et coll., aucune date). Tous les types d'études ont été inclus, et presque toutes les interventions ont été menées dans un environnement de groupe. Coughtrey et coll. ont également synthétisé le rapport coût-efficacité, soulignant l'importance de mesurer ces résultats dans les études futures (Coughtrey et coll., aucune date). Deux examens ont porté sur l'utilisation des interventions à distance, l'un étant un examen rapide des examens et l'autre un examen narratif (Boulton et coll., 2020; Gorenko et coll., 2021). L'examen narratif de Gorenko et coll. a spécifiquement étudié l'utilisation d'interventions à distance dans le contexte de la COVID-19. L'étude de Gorenko et coll. ne comportait que deux études sur les thérapies psychologiques (en particulier la TCC), qui montraient des avantages dans les soins de longue durée. Les thérapies psychologiques (thérapie par réminiscence et TCC ou psychothérapie) ont montré une hétérogénéité substantielle à la fois dans la communauté et dans les établissements de soins de longue durée (Hoang et coll., 2022).

Trois études portant sur des interventions visant à réduire la solitude chez les participants de tous âges ont été trouvées (Hickin et coll., 2021; Masi et coll., 2011; Veronese et coll., 2021). Vingt-huit études ont été recensées par Hickin et coll. qui ont trouvé une taille d'effet faible à modérée (taille d'effet = 0,43 [intervalle de confiance à 95 % : 0,18-0,68]). Le fait que les interventions soient basées ou non sur la TCC n'a pas eu d'influence significative sur le résultat de la solitude ($p = 0,60$). Deux études sur la réduction du stress basée sur la pleine conscience ont fait l'objet d'une méta-analyse par Veronese et coll. qui a mis en évidence un effet très important (taille d'effet = -6,03 [intervalle de confiance 95 %: -9,33 à -2,73]). Masi et coll. a inclus des études sur le soutien social et l'entraînement social cognitif, et a trouvé des tailles d'effet faibles à modérées dans les études contrôlées avant-après et randomisées. Nous insistons donc sur le fait que les données probantes relatives aux interventions psychologiques visant à réduire la solitude sont plus solides que celles relatives à l'isolement social.

Les données sur les études de mise en œuvre sont encore peu nombreuses. Bien que les ressources nécessaires puissent potentiellement être importantes, les avantages vont au-delà de la solitude et de l'isolement social, y compris la prise en charge des symptômes de l'humeur et des stratégies d'adaptation qui ont d'importantes répercussions sur la santé. Les thérapies autres que la TCC, telles que la thérapie interpersonnelle, qui met l'accent sur les transitions de rôle, et celles mentionnées ci-dessus peuvent être envisagées, bien que la plupart des données probantes concernent la TCC en groupe. Enfin, la durée des études d'intervention psychologique typiques a été limitée à quelques semaines ou mois, et les effets après la période d'intervention sont inconnus (Hickin et coll., 2021, Hoang et coll., 2022). Bien qu'il existe un potentiel de plateformes virtuelles pour la thérapie psychologique, l'importance de la langue, de l'accès équitable à la technologie et de la littérature technologique ne doit pas être sous-estimée.

Recommandation n° 13 – Thérapies assistées par l'animal et la possession d'un animal

Les interventions assistées par l'animal et la possession d'un animal de compagnie peuvent être utiles à certaines personnes, bien que les données probantes relatives à ces interventions soient limitées.

GRADE : Données probantes : faibles; Solidité de la recommandation : forte

Nous utilisons les définitions contemporaines des interventions assistées par l'animal (IAA), qui incluent toutes les interventions d'interactions humain-animal (Matchock, 2015). La thérapie assistée par l'animal est définie comme l'utilisation d'animaux pour « améliorer le fonctionnement physique, social, émotionnel ou cognitif » et est généralement structurée (p. ex. entraîneur formé et objectifs clairs) (*American Psychological Association*, 2018). Les activités non structurées, généralement définies comme des activités assistées par des animaux, comprennent les visites d'animaux de compagnie. Ce type d'intervention présente une grande hétérogénéité et nous reconnaissons l'absence de consensus sur les types d'interventions animales. Nous utilisons les interventions assistées par l'animal pour englober toutes les formes d'interventions animales (Bert et coll., 2016). Les examens des interventions assistées par l'animal ont montré une réduction de la solitude et une amélioration des comportements sociaux ou des interactions sociales (Abbott et coll., 2019; Abdi et coll., 2018; Hoang et coll., 2022, Gee et Mueller, 2019). Cependant, il n'existe qu'un petit nombre d'études randomisées, avec un risque de biais globalement élevé. Les interactions humain-animal peuvent également inclure la possession d'un animal de compagnie et d'autres formes de compagnonnage humain-animal, et bien qu'elles soient reconnues d'un point de vue épidémiologique, de telles études sont limitées (Gee et Mueller, 2019; Hui Gan et coll., 2020; Kretzler et coll., 2022). Il existe également une grande variabilité dans les études sur la possession d'un animal de compagnie, qui est soumise aux limites méthodologiques des études observationnelles.

Nous résumons ci-dessous les études récentes sur les interventions assistées par l'animal pour lutter contre la solitude et l'isolement social. Hoang et coll. (2022) a montré un effet important dans les soins de longue durée (taille d'effet = -1,05 [intervalle de confiance à 95 %, -2,93 à 0,84; I2 = 95 %; p < 0,001]), qui incluaient principalement des animaux de compagnie. Dans un examen systématique réalisé par Gee et Mueller, les auteurs rapportent que la plupart des 32 études sur les IAA ont fait état d'effets positifs sur la solitude, les comportements sociaux ou les interactions sociales. Un examen sur la compagnie des animaux a inclus 24 études portant sur des participants de toutes les tranches d'âge (Kretzler et coll., 2022). Les résultats de l'étude sont très hétérogènes, allant de l'augmentation de la solitude à la diminution de la solitude, en passant par l'absence de

différence significative. Une étude a montré une association entre la possession actuelle ou passée d'un animal de compagnie et la diminution de l'isolement social (Kretzler et coll., 2022). Un examen des « robopets » (robots-animaux) par Abbott et coll. (2019) a montré une réduction de la solitude et une amélioration des interactions sociales dans les soins de longue durée.

Les recommandations pour les recherches futures comprennent l'exploration des points de vue et des expériences des personnes âgées en matière d'interactions entre l'humain et l'animal, la réalisation d'études étayées par des cadres théoriques et la conduite d'un plus grand nombre d'essais contrôlés avec des personnes âgées, y compris celles qui vivent à domicile et dans des établissements résidentiels (Hughes et coll., 2020; Gee et Mueller, 2019; Chur-Hansen et coll., 2010). Enfin, une recherche rigoureuse explorant les conditions dans lesquelles les humains et les animaux bénéficient ou non de l'interaction contribuerait à améliorer le bien-être des deux parties dans les environnements de soins de santé.

Recommandation n° 14 – Développement des compétences en loisirs et activités de loisir

Les PSSS sont encouragés à discuter du développement des compétences et des activités de loisirs comme une occasion pour les personnes âgées d'acquérir de nouvelles compétences et de s'engager dans la communauté. Ces activités et compétences peuvent inclure l'éducation aux loisirs, l'art-thérapie, la bibliothérapie, l'horticulture et les interventions liées à la nature, ainsi que la musicothérapie, entre autres.

GRADE : Données probantes : faibles; Solidité de la recommandation : faible

Un examen systématique a spécifiquement évalué les interventions en faveur de l'engagement dans les loisirs, pour lesquelles six études ont été incluses. Les interventions comprenaient l'éducation aux loisirs, l'autogestion des maladies chroniques avec un ergothérapeute et des appareils d'assistance (Smallfield et Molitor, 2018). Les résultats comprenaient la fréquence des activités, la participation et l'amélioration de la qualité de vie, mais les résultats relatifs à la solitude n'ont pas été spécifiquement rapportés. Cet examen visait à déterminer l'efficacité de l'ergothérapie pour améliorer l'engagement dans les loisirs et la participation sociale. Hoang et collègues a intégré la musicothérapie dans son examen et n'a montré aucun effet sur l'isolement social : taille d'effet = -0,11 (intervalle de confiance 95 %, -0,57 à 0,35) (Hoang et coll., 2022). Les interventions technologiques (p. ex. formation informatique) sont très hétérogènes étant donné la nature des interventions basées sur la technologie. Un examen de Chipps et coll. n'a pas appuyé de manière

concluante le rôle de la formation à l'informatique et à Internet dans la réduction de la solitude (Chipps et coll., 2017), tandis qu'un examen de Forsman et coll. a fait état d'effets positifs sur le soutien social (Forsman et coll., 2018). Ce point est abordé plus en détail dans la section Technologie.

D'autres formes d'activités de loisirs ont été envisagées, telles que la bibliothérapie, l'art-thérapie, l'horticulture et le contact avec la nature. Un petit nombre d'études montrent une réduction de la solitude lors de la pratique de l'art (Tymoszuk et coll., 2020) et une amélioration du lien social après la bibliothérapie (Ed et Fisher, 2022). Une étude observationnelle menée par Hammoud et coll. a montré que le contact avec la nature renforce l'association entre l'inclusion sociale et la solitude (Hammoud et coll., 2021). Un examen systématique réalisé par Astell-Burt et coll. a porté sur 22 études de l'effet des espaces verts urbains sur la solitude chez toutes les populations, y compris les personnes âgées, 67 % des études ayant révélé une réduction de la solitude avec une plus grande exposition aux espaces verts ou une plus grande expérience des espaces verts (Astell-Burt et coll., 2022). D'autres études sont nécessaires pour évaluer le rôle du développement des compétences en matière de loisirs et de l'engagement dans des activités de loisirs. Il s'agit d'une stratégie de prise en charge très hétérogène pour laquelle les données probantes sont limitées. L'objectif de ces interventions devrait inclure la prise de décision partagée et la création d'objectifs pour aider les personnes à trouver des activités qui leur seraient bénéfiques et qui auraient un sens pour elles. De même, il est impératif de mettre en place des initiatives éducatives communautaires qui intègrent les besoins de toutes les personnes et ne visent pas uniquement la participation en tant que résultat.

Recommandation n°15 – Technologie

Les PSSS devraient s'engager intentionnellement auprès de leurs patients/clients pour mieux comprendre leur accès à la technologie ou leur utilisation de celle-ci dans leur quotidien, et les occasions d'utiliser la technologie pour réduire l'isolement social et la solitude. Il est important de tenir compte de l'intérêt de la personne, de sa culture numérique, de ses éventuelles limitations sensorielles et de sa capacité financière à accéder à Internet et aux appareils numériques.

**GRADE : Données probantes : modérées;
Solidité de la recommandation : forte**

Avant la pandémie, on avait conscience d'une fraction numérique croissante (Tomer et coll., 2020) entre ceux qui avaient accès à Internet et à des appareils à leur domicile et savaient comment utiliser les outils, comparativement à ceux qui n'étaient pas inclus numériquement. La pandémie

a exacerbé ce phénomène social, alors que les gens étaient contraints de rester chez eux et que toutes les informations relatives à la santé publique étaient échangées par voie numérique. Il existe un mouvement croissant pour considérer l'inclusion numérique comme un « super déterminant social de la santé » (Sieck et coll., 2021), car elle a une incidence sur la quasi-totalité des autres déterminants.

Selon Davidson et Schimmele (2019), bien que l'accès à Internet ait augmenté au cours de la dernière décennie, 22 % des personnes de 65 ans et plus ne sont pas connectées numériquement. Ces différences ne font que s'accroître lorsqu'on examine la question par groupes de revenus : 54 % des personnes âgées ayant des revenus inférieurs à 20 000 \$ déclarent utiliser Internet, comparativement à 73 % des personnes âgées ayant des revenus compris entre 60 000 et 79 000 \$ (Davidson et Schimmele, 2019). Les personnes âgées vivant dans des communautés rurales ont souvent un accès réduit à un service Internet fiable.

Une proportion croissante de personnes âgées utilise les technologies et certaines ressources éducatives ou techniques sont disponibles pour les aider. De nouvelles technologies (p. ex. applications, robots sociaux) destinées à lutter contre l'isolement social et la solitude se développent rapidement. Bien que les études évaluant l'utilisation d'Internet ou des médias sociaux aient rapporté des résultats mitigés, un plus grand nombre d'entre elles ont constaté que les interventions en ligne pouvaient augmenter les liens et diminuer l'isolement, mais d'autres n'ont montré aucune association. Des recherches supplémentaires sont nécessaires sur les retombées des technologies visant à réduire l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées, en particulier sur les robots sociaux et les agents conversationnels. Dans le cadre de l'exploration de la technologie, il est important de comprendre où il peut y avoir des obstacles ou des préoccupations réels ou perçus associés à la technologie, y compris la fraude sur Internet, le harcèlement, etc. (Holgersson et coll., 2021).

L'engagement du personnel médical avec leurs patients/clients autour de la technologie sera influencé par sa propre familiarité avec son accès à l'équipement et à Internet, son aisance et sa confiance dans l'utilisation de la technologie, ainsi que par sa compréhension des questions réglementaires comme les enjeux éthiques et légaux.

Recommandation n° 16 – Thérapie pharmacologique

Les PSSS ne devraient pas utiliser d'agents pharmacologiques comme traitement de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées. Des médicaments peuvent être indiqués en cas de trouble mental ou de maladie physique sous-jacente.

GRADE : Données probantes : faibles; Solidité de la recommandation : forte

Les études précédentes qui ont examiné le rôle possible des agents pharmacologiques dans l'isolement social ou la solitude ont principalement été menées sur des animaux ou sur des humains souffrant de troubles mentaux. Les études menées chez les humains présentent d'importantes limites (voir ci-dessous). Parmi les interventions, on compte : ISRS (fluoxétine), alloprégnanolone (ALLO) et ocytocine. L'ALLO est un dérivé de la progestérone qui est associé à la potentialisation des récepteurs GABA_A et dont on pense qu'il joue un rôle pharmacologique en tant qu'anxiolytique et antidépresseur, avec des effets anti-stress (Diviccaro et coll., 2022). L'utilisation d'une thérapie complémentaire a déjà été suggérée par Cacioppo et collègues, qui a émis l'hypothèse que ces agents pourraient jouer un rôle thérapeutique dans la solitude et l'isolement social (Cacioppo et coll., 2015). Il convient de noter que les antidépresseurs peuvent être très utiles pour les personnes souffrant d'une dépression ou d'un trouble anxieux sous-jacent.

ISRS et ALLO : Un examen des études menées sur des souris avec des antidépresseurs (fluoxétine, paroxétine et sertraline) et l'ALLO a révélé que les souris présentaient des comportements dépressifs et anxieux lorsqu'elles étaient élevées dans l'isolement social, et qu'elles présentaient des niveaux inférieurs d'ALLO avec des changements dans les structures neurobiologiques (Mayo-Wilson et coll., 2014). L'étude de ces agents dans la modulation neuro-hormonale doit encore faire l'objet de recherches approfondies chez les humains. En outre, le rôle de l'ALLO dans les troubles neuropsychiatriques chez les humains a été limité à la dépression (Taheri Zadeh et coll., 2021, Kanés et coll., 2017).

Ocytocine : Un examen par Bartz et coll. (2011) décrit le rôle de l'ocytocine dans l'amélioration des comportements sociaux lors d'une administration aiguë chez les humains. Il indique également que 21 % des personnes traitées à l'ocytocine ont décrit des effets antisociaux. Cet examen, en particulier, souligne l'importance des facteurs contextuels et individuels en tant que modulateurs de la réponse neuronale aux stimuli sociaux (Brown et coll., 2014).

Les études sur les humains sont rares et on ne sait pas si ces thérapies doivent être un complément à une thérapie non pharmacologique ou si elles doivent être utilisées comme thérapie tout court. L'utilisation de tous les médicaments

mentionnés ci-dessus, y compris l'ocytocine, peut entraîner des effets indésirables, et la durée des effets souhaités et indésirables reste inconnue. Pour les quelques études réalisées sur des participants humains, beaucoup d'entre eux souffraient d'un problème de santé mentale et les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des personnes âgées.

Nous ne négligeons pas le rôle du modèle biopsychosocial dans la solitude et l'isolement social et nous recommandons de poursuivre les études afin d'établir l'efficacité potentielle d'une approche pharmacologique.

Recommandation n° 17 – Réévaluation

Les PSSS devraient adopter une approche individualisée du suivi de l'isolement social et de la solitude. Nous recommandons aux PSSS de réévaluer l'efficacité de l'intervention et l'adhésion, en privilégiant un suivi à court terme.

Consensus

Le rapport de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis sur les effets curatifs des liens sociaux et de la communauté, publié en 2023, recommande que les professionnels de la santé, à tous les niveaux de soins, évaluent activement le niveau de liens sociaux de leurs patients/clients et que les professionnels de la santé publique surveillent les liens sociaux. Malheureusement, la fréquence des évaluations n'est pas connue (Bureau de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis, 2023).

Un nombre limité d'études ont réévalué en série les participants après la fin de l'intervention. Les études qui ont répété l'évaluation de l'isolement social et de la solitude après la fin de l'intervention l'ont généralement fait sur plusieurs mois. La durabilité des effets d'une intervention étant incertaine, le personnel médical doit réévaluer les personnes afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention et l'adhésion au traitement. Nous recommandons un suivi à court terme, mais le moment choisi peut être spécifique à chaque cas. Les causes systémiques, sociales et individuelles de l'isolement social et de la solitude varient selon la personne. Ces facteurs doivent faire l'objet d'un suivi actif tout au long de l'intervention, y compris après l'arrêt ou la fin de celle-ci. Il convient de noter qu'aucun rapport résumé ou directive n'a défini d'intervalle pour réévaluer les symptômes de la solitude et de l'isolement social.

Populations particulières de personnes âgées

La diversité des populations de personnes âgées

On reconnaît de plus en plus la nécessité d'interventions culturellement appropriées qui tiennent compte de la diversité des populations de personnes âgées. L'analyse exhaustive de la documentation pour les présentes lignes directrices n'a pas permis de découvrir de données probantes définitives suggérant qu'un type d'intervention est plus efficace pour un sexe, un genre ou un groupe culturel particulier, ou qu'il existe un sous-type spécifique d'intervention qui fonctionne mieux pour un groupe ou une population spécifique. Plusieurs analyses ont souligné la nécessité d'adapter les interventions au sexe, au genre et aux groupes ou populations culturels (et la nécessité d'évaluer ensuite les effets de ces interventions à l'aide de processus d'analyse appropriés fondés sur le genre et la culture; voir, par exemple, Browne et coll. 2021, Cornect-Benoit et coll. 2020 et Dassieu et coll. 2021) et qu'il faut poursuivre les recherches.

Ces lignes directrices ont été élaborées pour situer les personnes dans leur contexte biologique, psychologique et social. Deux enquêtes nationales ont été menées pour mieux connaître la diversité des expériences cliniques des prestataires de services sociaux et de santé et l'expérience vécue des personnes âgées. Cependant, étant donné la nature encore émergente des données cliniques sur la meilleure façon de lutter contre l'isolement social et la solitude, il n'est pas toujours évident de savoir comment des recommandations spécifiques peuvent répondre à la diversité des personnes confrontées à l'isolement social et à la solitude.

Néanmoins, on reconnaît de plus en plus la nécessité d'interventions culturellement appropriées qui tiennent compte de la diversité des populations de personnes âgées. Cette reconnaissance constitue en effet l'un des piliers de l'approche de l'Institut national du vieillissement pour lutter contre l'isolement social et la solitude :

« Les interventions doivent être conçues de manière à être socialement et culturellement appropriées et sûres pour répondre aux besoins de populations spécifiques, telles que les communautés 2ELGBTQIA+ ou les communautés racialisées et ethnoculturelles » (Institut national du vieillissement, 2022: 44).

Certaines recherches ont montré les résultats positifs d'interventions visant à lutter contre l'isolement social au sein de groupes spécifiques de personnes âgées, notamment les minorités linguistiques (Nyqvist et coll., 2021; Beogo et coll., 2021), les communautés rurales (Carver et coll., 2018), les communautés d'immigrants (Dhillon et Humble, 2021; Salway et coll., 2020) et les communautés 2ELGBTQIA+ (Yang, Chu et Salmon, 2023). L'isolement social et la solitude chez les personnes âgées autochtones, racisées, 2ELGBTQIA+ pourraient être spécifiquement abordés dans le cadre d'un processus mené par ces communautés (Persaud et coll., 2023).

Voici quelques ressources qui fournissent des informations supplémentaires :

- [*Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'ânés*](#), du Conseil national des ânés (2016), qui recense les facteurs de risque chez différents groupes de personnes âgées, notamment les personnes âgées immigrées, les personnes âgées 2ELGBTQIA+, les personnes âgées vivant dans des régions éloignées ou rurales, et les personnes âgées ayant un faible revenu ou vivant dans la pauvreté.
- [*Isolement social des ânés : un regard sur les ânés autochtones au Canada*](#), d'Emploi et Développement social Canada (2018a), qui décrit les facteurs de risque, les approches de prévention, ainsi que les stratégies et les outils permettant de susciter l'engagement des personnes âgées autochtones.
- [*Health in Focus: LGBTQ2SQ Seniors*](#), de Rainbow Health Ontario (2021), qui présente des enjeux et des informations sur la santé physique et mentale des personnes âgées 2ELGBTQIA+, y compris des stratégies pour comprendre et combattre l'isolement social et la solitude.
- [*Isolement social des ânés : un regard sur les nouveaux immigrants et réfugiés ânés au Canada*](#), d'Emploi et Développement social Canada (2018b), qui se concentre spécifiquement sur le renforcement des liens sociaux pour les nouveaux arrivants.



Isolement social et solitude chez les personnes âgées autochtones

Les PSSS doivent être conscients que les personnes âgées autochtones peuvent être confrontées à des risques plus élevés d'isolement social « comme le racisme, la marginalisation de leurs langues, la culture, la pauvreté et les antécédents historiques » (Emploi et Développement social Canada, 2018a : 3). Dans le même temps, compte tenu de la diversité des communautés et des cultures autochtones, les expériences des personnes âgées autochtones sont hétérogènes, ce qui nécessite des approches tenant compte des situations individuelles et culturelles.

Bien qu'un certain nombre de facteurs influençant l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées aient été définis (et sont décrits dans les présentes lignes directrices), il existe des facteurs supplémentaires dont il faut tenir compte pour les personnes âgées autochtones (en particulier en ce qui concerne l'isolement social). Ils comprennent :

- Avoir des soutiens sociaux (individuels, familiaux et collectifs) qui offrent une aide concrète, des interactions positives, un soutien affectif et de l'amitié;
- Appartenir à une communauté qui encourage le respect envers le mode de vie et les valeurs culturelles autochtones;
- Appartenir à une communauté promouvant le respect des personnes âgées autochtones, de leur sagesse et de leurs connaissances (Emploi et Développement social Canada, 2018a: 13).

Pour une analyse plus approfondie des facteurs de protection, ainsi que des outils et des ressources permettant de développer des moyens appropriés et pertinents pour favoriser le lien social chez les personnes âgées autochtones, consulter *Isolement social des aînés : un regard sur les aînés autochtones au Canada* (Emploi et Développement social Canada, 2018a).

Personnes qui résident dans des établissements de soins de longue durée

Bethell et coll. (2020) a publié une étude exploratoire des stratégies qui peuvent être employées dans les établissements de soins de longue durée (SLD) pour renforcer les liens sociaux. Bien qu'il se soit d'abord concentré sur les questions liées à la pandémie de COVID-19, cet examen détaillé est tout aussi utile après la pandémie. Il a permis de définir 12 stratégies énumérées dans le Tableau 4. L'examen a porté sur 72 études observationnelles et interventionnelles. Il a insisté sur l'importance des soins de base, notamment en ce qui concerne la douleur, le sommeil, l'audition et la vision. Il a constaté les limites de la documentation actuelle, mais a souligné que cela ne diminuait en rien la nécessité d'aborder la question du lien social dans les établissements de SLD.

Personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur

Le nombre de personnes âgées atteinte d'un trouble neurocognitif majeur est en augmentation et cette tendance devrait se poursuivre (Institut canadien d'information sur la santé). Les PSSS devraient être conscients du fait que les personnes âgées vivant avec un trouble neurocognitif majeur risquent davantage de souffrir d'isolement social et de solitude, et des conséquences possibles de ces phénomènes sur la santé. Il existe également certaines données probantes indiquant que la solitude peut contribuer à augmenter le risque de trouble neurocognitif majeur (Sutin et coll., 2020). Tout en reconnaissant la complexité des troubles neurocognitifs majeurs et la nécessité de poursuivre les recherches sur les liens entre ceux-ci et l'isolement social et la solitude, il est important que les PSSS tiennent compte de l'influence ou des répercussions qu'ils peuvent avoir sur l'isolement social et la solitude potentiels de leurs patients/clients.

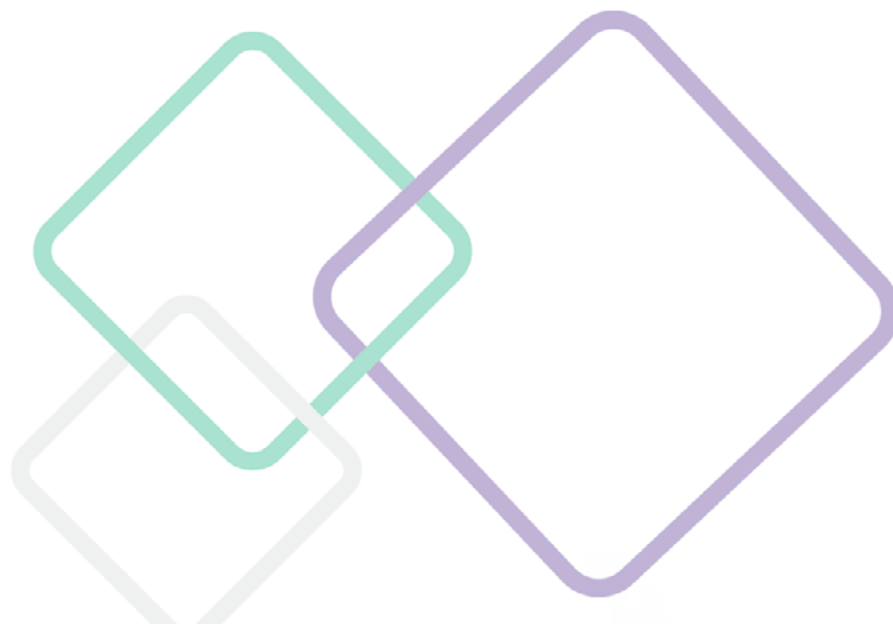


Tableau 4 . Stratégies (avec certaines données probantes) démontrant une incidence positive sur le lien social dans les établissements de soins de longue durée

Gérer la douleur

Traiter la perte de vision et d'audition

Dormir la nuit, pas le jour

Occasions d'expression créative

Exercice

Maintenir les pratiques religieuses et culturelles

Jardiner, à l'intérieur ou à l'extérieur

Participer à des visites avec des animaux

Utiliser la technologie pour communiquer

Rire ensemble

Se remémorer des événements, des personnes et des lieux

Traiter les troubles de la communication

(Bethel et coll., 2020)



Autres points

Ces recommandations cliniques sont les plus utiles lorsqu'elles sont mises en œuvre dans un contexte relationnel fort qui inclut une communication ouverte, la confiance, l'empathie, la sécurité et le soutien. Les professionnels de la santé et des services sociaux, ainsi que les systèmes dans lesquels ils travaillent, doivent se considérer et être considérés par leurs patients/clients comme des partenaires motivés dans le parcours du vieillissement. Les PSSS et leurs organisations peuvent et devraient offrir davantage pour aider les personnes âgées à prévenir ou à gérer les effets négatifs de l'isolement social et de la solitude sur la santé mentale et physique. Les PSSS et leurs organisations ont besoin de soutien pour remplir ce rôle.

Notre société commence à peine à comprendre la complexité de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées. Les recommandations contenues dans ces lignes directrices ont été élaborées sur la base d'un examen de la documentation et des données probantes existantes. Toutefois, la documentation sur la pratique clinique concernant la prévention, le dépistage, l'évaluation et l'intervention, en particulier pour les personnes âgées, est insuffisante. Ces lacunes dans la recherche et les connaissances font apparaître de nombreuses occasions que les PSSS, leurs organisations, les services communautaires pour les personnes âgées, le secteur privé et tous les niveaux de gouvernement devront prendre en considération à l'avenir, notamment :

- Reconnaissance à l'échelle nationale que l'isolement social et la solitude constituent un géant « gériatrique » et qu'en raison de leur complexité, ils exigeront l'attention collective d'un grand nombre de personnes travaillant ensemble pour sensibiliser l'opinion et trouver des solutions. Nous reconnaissons que d'autres initiatives similaires voient le jour dans le monde, comme au Royaume-Uni et aux États-Unis, et que nous pouvons collaborer et apprendre les uns des autres.
- Recherche ciblée pour aider à comprendre les aspects uniques de l'isolement social et de la solitude et les conséquences de chacun d'entre eux sur la santé physique et mentale des personnes âgées.
- Compte tenu des facteurs de risque nettement plus élevés pour les personnes âgées issues de groupes racialisés, de communautés autochtones, de communautés 2ELGBTQIA+ et de divers groupes linguistiques et culturels, d'autres investissements spécifiques pour soutenir les programmes et la recherche axés sur ces groupes sont nécessaires.
- Politique organisationnelle, protocoles, pratiques qui responsabilisent et soutiennent les PSSS afin qu'ils puissent remplir activement leur rôle de partenaires de santé auprès de leurs patients/clients qui peuvent être à risque ou qui subissent déjà les conséquences de l'isolement social et de la solitude sur la santé mentale ou physique.
- Suivi longitudinal de l'isolement social et de la solitude, en tant que questions distinctes, dans les enquêtes de population afin d'évaluer les tendances et les effets des interventions locales, provinciales et nationales.

Références

- Abbott, R., Orr, N., McGill, P., Whear, R., Bethel, A., Garside, R., Stein, K., & Thompson-Coon, J. (2019). How do “robotpets” impact the health and well-being of residents in care homes? A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International Journal of Older People Nursing*, 14(3). <https://doi.org/10.1111/opn.12239>
- Abdi, J., Al-Hindawi, A., Ng, T., & Vizcaychipi, M. P. (2018). Scoping review on the use of socially assistive robot technology in elderly care. *BMJ Open*, 8(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018815>
- Adepoju, O. E., Chae, M., Woodard, L., Smith, K. L., Herrera, L., Han, D., et coll. (2021). Correlates of social isolation among community-dwelling older adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 9, 702965. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.702965>
- Alliance pour des communautés en santé (2019). Rx : Communauté : La prescription sociale en Ontario, rapport d'étape. <https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Rx-Community-Progress-Report-FR-June2019-web.pdf>
- American Psychological Association (2018). APA dictionary of psychology: Animal-assisted therapy. <https://dictionary.apa.org/animal-assisted-therapy>
- Anderson, K. A., Lord, L. K., Hill, L. N., & McCune, S. (2015). Fostering the human-animal bond for older adults: Challenges and opportunities. *Activities, Adaptation & Aging*, 39(1), 32–42. <https://doi.org/10.1080/01924788.2015.994447>
- Astell-Burt, T., Hartig, T., Putra, I. G. N. E., Walsan, R., Dendup, T., & Feng, X. (2022). Green space and loneliness: A systematic review with theoretical and methodological guidance for future research. *Science of The Total Environment*, 847, 157521. <https://doi.org/10.1016/J.SCITOTENV.2022.157521>
- Banks, M. R., & Banks, W. A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(7). <https://doi.org/10.1093/GERONA/57.7.M428>
- Banks, M. R., & Banks, W. A. (2005). The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Journal of Gerontology*, 18(4), 396–408. <https://doi.org/10.2752/089279305785593983>
- Banks, M. R., Willoughby, L. M., & Banks, W. A. (2008). Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: Use of robotic versus living dogs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(3), 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.11.007>
- Barreto, M., van Breen, J., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T., & Qualter, P. (2022). Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness. *Journal of social and personal relationships*, 39(9), 2658–2679. <https://doi.org/10.1177/02654075221087190>
- Bartz, J.A., Zaki, J., Bolger, N., Ochsner, K.N. (2011). Social effects of oxytocin in humans: Context and person matter. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(7), 301–309. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2011.05.002>
- Beogo, I., Ramdé, J., Nguemeleu Tchouaket, E., Sia, D., Bationo, N. J., Collin, S., Anne, A., & Gagnon, M. P. (2021). Co-Development of a web-based hub (eSocial-hub) to combat social isolation and loneliness in Francophone and Anglophone older people in the linguistic minority context (Quebec, Manitoba, and New Brunswick): Protocol for a mixed-method interventional study. *JMIR Research Protocols*, 10(9), e30802. <https://doi.org/10.2196/30802>
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186–204. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112674>
- Bert, F., Gualano, M. R., Camussi, E., Pieve, G., Voglino, G., & Siliquini, R. (2016). Animal assisted intervention: A systematic review of benefits and risks. *European Journal of Integrative Medicine*, 8(5), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2016.05.005>
- Bertotti, M., Frostick, C., Hutt, P., Sohanpal, R., & Carnes, D. (2018). A realist evaluation of social prescribing: an exploration into the context and mechanisms underpinning a pathway linking primary care with the voluntary sector. *Primary Health Care Research & Development*, 19(3), 232–245. <https://doi.org/10.1017/S1463423617000706>
- Bethell, J., Aelick, K., Babineau, J., Bretzlaff, M., Edwards, C., Gibson, J. L., Hewitt Colborne, D., Iaboni, A., Lender, D., Schon, D., & McGilton, K. S. (2021). Social connection in Long-Term Care homes: A scoping review of published research on the mental health impacts and potential strategies during COVID-19. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2), 228–237. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.11.025>
- Bild, E., & Pachana, N. A. (2022). Social prescribing: A narrative review of how community engagement can improve wellbeing in later life. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 32(6), 1149–1215. <https://doi.org/10.1002/casp.2631>
- Boulton, E., Kneale, D., Stansfield, C., Heron, P., Sutcliffe, K., Hayanga, B., Hall, A., Bower, P., Casey, D., Jefferson, L., Craig, D., Gilbody, S., Hanratty, B., McMillan, D., Thomas, J., & Todd, C. (2020). Rapid review of reviews: what remotely delivered interventions can reduce social isolation and loneliness among older adults? *OPFPRU EPPI-Centre York Befriending and Social Support in Isolation Report*. <http://eppi.ioe.ac.uk/CMS/Portals/0/Rapid%20Review%20Remotely%20Delivered%20Interventions%20to%20Reduce%20Loneliness%20and%20S...pdf>
- Bridgeable (2022). *Current State of Social Prescribing in Canada Summary Report*. <https://www.bridgeable.com/wp-content/uploads/Bridgeable-CISP-Social-Prescribing-Phase-1-Summary-Report.pdf>
- Brown, E. S., Park, J., Marx, C. E., Hynan, L. S., Gardner, C., Davila, D., Nakamura, A., Sunderajan, P., Lo, A., & Holmes, T. (2014). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pregnenolone for bipolar depression. *Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 39(12), 2867–2873. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.138>

- Browne, J., Walker, T., Brown, A., Sherriff, S., Christidis, R., Egan, M., Versace, V., Allender, S., & Backholer, K. (2021). Systems thinking for Aboriginal Health: Understanding the value and acceptability of group model building approaches. *SSM - Population Health*, 15, 100874. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100874>
- Burholt, V., Winter, B., Aartsen, M., Constantinou, C., Dahlberg, L., Feliciano, V., De Jong Gierveld, J., Van Regenmortel, S., Waldegrave, C., & Working Group on Exclusion from Social Relations, part of the COST-financed Research Network 'Reducing Old-Age Exclusion: Collaborations in Research and Policy' (ROSENet). (2019). A critical review and development of a conceptual model of exclusion from social relations for older people. *European Journal of Ageing*, 17(1), 3–19. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00506-0>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 238–249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Campaign to End Loneliness. (aucune date). *Facts and statistics about loneliness*. <https://www.campaigntoendloneliness.org/facts-and-statistics>
- Campaign to End Loneliness. (2015). *Measuring your impact on loneliness in later life*. <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Loneliness-Measurement-Guidance1.pdf>
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (aucune date). *Domaines d'intérêt de la CCSMPA - Lignes directrices*. <https://ccsmh.ca/domaines-dinteret/?lang=fr>
- Institut canadien d'information sur la santé. (aucune date). *La démence au Canada : sommaire*. <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/la-demence-au-canada-sommaire>
- Conseil national des aînés. (2017). *Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2017/revue-isolement-social-aines.html>
- Conseil national des aînés. (2014). *Rapport sur l'isolement social des aînés*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/isolement-social-aines.html>
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. (2020). *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 h pour les adultes (65 ans et plus)*. <https://csepguidelines.ca/language/fr/>
- Care Services Improvement Partnership. (aucune date). *Social prescribing for mental health – a guide to commissioning and delivery*. <https://citizen-network.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf>
- Carver, L. F., Beamish, R., Phillips, S. P., & Villeneuve, M. (2018). A scoping review: Social participation as a cornerstone of successful aging in place among rural older adults. *Geriatrics (Basel, Suisse)*, 3(4), 75. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040075>
- Centre for Effective Practice. (2023). *Social prescribing: A resource for health professionals*. <https://tools.cep.health/tool/social-prescribing/#assess-and-understand-the-social-factors-impacting-health>
- Chippis, J., Jarvis, M. A., & Ramlall, S. (2017). The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(10), 817–827. <https://doi.org/10.1177/1357633X17733773>
- Choi, E. Y., Farina, M. P., Wu, Q., & Ailshire, J. (2021). COVID-19 social distancing measures and loneliness among older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 77(7), e167–e178. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab009>
- Chur-Hansen, A., Stern, C., & Winefield, H. (2010). Gaps in the evidence about companion animals and human health: Some suggestions for progress. *International Journal of Evidence-Based Health care*, 8(3), 140–146. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00176.x>
- Cihan, F. & Gökgöz Durmaz, F. (2021). Evaluation of COVID-19 phobia and the feeling of loneliness in the geriatric age group. *International Journal of Clinical Practice*, 75(6), e14089. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14089>
- Cooper, M., Avery, L., Scott, J., Ashley, K., Jordan, C., Errington, L. & Flynn, D. (2022). Effectiveness and active ingredients of social prescribing interventions targeting mental health: a systematic review. *BMJ Open*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060214>
- Cornect-Benoit, A., Pitawanakwat, K., Walker, J., Manitowabi, D., & Jacklin, K. (2020). Nurturing meaningful intergenerational social engagements to support healthy brain aging for Anishinaabe older adults: Nakaazang Wenjishing naagdawendiwin, nji gechipiitziig Anishnaabek. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 39(2), 263–283. <https://doi.org/10.1017/s0714980819000527>
- Costco, T. D., Fortuna, K., Wister, A., Riadi, I., Wagner, K., & Sixsmith, A. (2021). COVID-19, social isolation, and mental health among older adults: A digital Catch-22. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5), e21864. <https://doi.org/10.2196/21864>
- Costa, A., Sousa, C. J., Seabra, P. R. C., Virgolino, A., Santos, O., Lopes, J., & Alarcão, V. (2021). Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: a systematic literature review. *Sustainability*, 13(5), 2731. <https://doi.org/10.5334/s21511.6472>
- Coughtrey, A., Birken, M., Steare, T., Bennett, S., Johnson, S., Pitman, A., & Shafran, R. (2019). *Initial evidence review – strategies for encouraging psychological and emotional resilience in response to loneliness*. <https://www.ucl.ac.uk/psychiatry/sites/psychiatry/files/evidence-synthesis-for-psychology-of-loneliness-report.pdf>
- Courtin, E. & Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Dassieu, L., Heino, A., Develay, É., Kaboré, J. L., Pagé, M. G., Hudspith, M., Moor, G., & Choinière, M. (2021). Conversations about opioids: Impact of the opioid overdose epidemic on social interactions for people who live with chronic pain. *Qualitative Health Research*, 31(9), 1657–1669. <https://doi.org/10.1177/10497323211003063>

- Davidson, J. and Schimmele, C. (2019). *Évolution de l'utilisation d'Internet chez les aînés canadiens*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11f0019m/11f0019m2019015-fra.htm>
- D'cruz, M., & Banerjee, D. (2020). 'An invisible human rights crisis': The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic - An advocacy review. *Psychiatry Research*, 292, 113369. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113369>
- De Jong Gierveld, J., Keating, N., & Fast, J. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging*, 34(2), 125–136. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000070>
- De Jong Gierveld, J. & Van Tilburg, T. (2006). A six-item scale for overall, emotional, and social loneliness. *Research on Aging*, 28, 582–598. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0164027506289723>
- Dhillon, S., & Humble, Á. M. (2021). The sociocultural relationships of older immigrant Punjabi women living in Nova Scotia: Implications for well-being. *Journal of Women & Aging*, 33(4), 442–454. <https://doi.org/10.1080/08952841.2020.1845563>
- Diviccaro, S., Cioffi, L., Falvo, E., Giatti, S., & Melcangi, R. C. (2022). Allopregnanolone: An overview on its synthesis and effects. *Journal of Neuroendocrinology*, 34(2), e12996. <https://doi.org/10.1111/jne.12996>
- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: review and commentary of a national academies report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233–1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- Elder, K. and Retrum, J. (2012). *Framework for isolation in adults over 50*. American Association of Retired Persons Foundation. https://www.aarp.org/content/dam/aarp/aarp_foundation/2012_PDFs/AARP-Foundation-Isolation-Framework-Report.pdf
- Emerson, K. G. (2020). Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Revista Panamericana de Salud Publica / Pan American Journal of Public Health*, 44, e81. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81>
- Emploi et Développement social Canada. (2018a). *Isolement social des aînés : un regard sur les aînés autochtones au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/isolement-social-autochtones.html>
- Emploi et Développement social Canada. (2018b). *Isolement social des aînés : un regard sur les nouveaux immigrants et réfugiés aînés au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/isolement-social-immigrants-refugies.html>
- Fingerman, K. L., Ng, Y. T., Zhang, S., Britt, K., Colera, G., Birditt, K. S., & Charles, S. T. (2021). Living alone during COVID-19: Social contact and emotional well-being among older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(3), e116–e121. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa200>
- Fisher, R. E. (2022). *A qualitative study of senior adults' perceptions of connectedness after bibliotherapy*. [Doctoral dissertation, Southeastern University]. <https://firescholars.seu.edu/coe/131/>
- Forsman, A. K., Nordmyr, J., Matosevic, T., Park, A., Wahlbeck, K., & McDaid, D. (2018). Promoting mental wellbeing among older people: Technology-based interventions. *Health Promotion International*, 33(6), 1042–1054. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax047>
- Fortier, J. (2016). *Grille d'analyse du partenariat*. Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés. Université Laval. https://www.ivpsa.ulaval.ca/sites/ivpsa.ulaval.ca/files/uploads/grille_analyse_du_partenariat_02-2-2017.pdf
- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian Family Physician / Le Médecin de famille canadien*, 66(3), 176–182. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc8302356/>
- Gaeta, L., & Brydges, C. R. (2021). Coronavirus-related anxiety, social isolation, and loneliness in older adults in northern California during the stay-at-home order. *Journal of Aging & Social Policy*, 33(4-5), 320–331. <https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1824541>
- Galbraith, B., Larkin, H., Moorhouse, A., & Oomen, T. (2015). Intergenerational programs for persons with dementia: A scoping review. *J Gerontol Soc Work*, 58(4):357-78. <https://doi.org/10.1080/01634372.2015.1008166>
- Galvez-Hernandez, P., González-de Paz, L., & Muntaner, C. (2022). Primary care-based interventions addressing social isolation and loneliness in older people: a scoping review. *BMJ Open*, 12(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057729>
- Gee, N. R., & Mueller, M. K. (2019). A systematic review of research on pet ownership and animal interactions among older adults. *Anthrozoos*, 32(2), 183–207. <https://doi.org/10.1080/08927936.2019.1569903>
- GEO Nova Scotia. (2023). *Annual report to community: Reflections, learning and evaluation 2022-2023*. <https://geonovascotia.ca/learning-evaluation>
- Georgeou, N., Schismenos, S., Wali, N., Mackay, K., & Moraitakis, E. (2023). A scoping review of aging experiences among culturally and linguistically diverse people in Australia: Toward better aging policy and cultural well-being for migrant and refugee adults. *The Gerontologist*, 63(1), 182–199. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab191>
- Gorenko, J. A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K., & Konnert, C. (2021). Social isolation and psychological distress among older adults related to COVID-19: A narrative review of remotely-delivered interventions and recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/0733464820958550>
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *Bmj*, 336(7650), 924–926. <https://doi.org/10.1136/bmj.39489.470347.AD>
- Hammoud, R., Tognin, S., Bakolis, I., Ivanova, D., Fitzpatrick, N., Burgess, L., Smythe, M., Gibbons, J., Davidson, N., & Mechelli, A. (2021). Lonely in a crowd: investigating the association between overcrowding and loneliness using smartphone technologies. *Scientific Reports*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-03398-2>

- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hickin, N., Käll, A., Shafran, R., Sutcliffe, S., Manzotti, G., & Langan, D. (2021). The effectiveness of psychological interventions for loneliness: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88(April). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102066>
- Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Tan, C. V., Whaley, C., & McMillan, J. (2022). Interventions associated with reduced loneliness and social isolation in older adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(10), e2236676–e2236676. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2022.36676>
- Holt-Lunstad, J. (2021). Loneliness and social isolation as risk factors: The power of social connection in prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 15(5), 567–573. <https://doi.org/10.1177/15598276211009454>
- Holt-Lunstad, J., & Perissinotto, C. P. M. M., Dr. (2023). Social isolation and loneliness as medical issues. *New England Journal of Medicine*, (388), 193–195. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2208029>
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C. and Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Ageing*, 26(6), 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Hughes, A. M., Braun, L., Putnam, A., Martinez, D., & Fine, A. (2021). Advancing human–animal interaction to counter social isolation and loneliness in the time of COVID-19: A model for an interdisciplinary public health consortium. *Animals*, 11(8), 2325. <https://doi.org/10.3390/ani11082325>
- Hui Gan, G. Z., Hill, A.-M., Yeung, P., Keesing, S., & Netto, J. A. (2020). Pet ownership and its influence on mental health in older adults. *Ageing & Mental Health*, 24(10), 1605–1612. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1633620>
- Ibarra, F., Baez, M., Cernuzzi, L., & Casati, F. (2020). A systematic review on technology-supported interventions to improve old-age social wellbeing: Loneliness, social isolation, and connectedness. *Journal of Healthcare Engineering*, 2020, 2036842. <https://doi.org/10.1155/2020/2036842>
- Ikeuchi, T., Taniguchi, Y., Abe, T., Seino, S., Shimada, C., Kitamura, A., & Shinkai, S. (2021). Association between experience of pet ownership and psychological health among socially isolated and non-isolated older adults. *Animals*, 11(3), 595. <https://doi.org/10.3390/ani11030595>
- Institute of Medicine. Committee on the Recommended Social and Behavioral Domains and Measures for Electronic Health Records; Board on Population Health and Public Health Practice. (2014). Capturing social and behavioral domains in electronic health records: Phase 1. *National Academies Press*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195994/>
- Johansson, M., Ahlström, G., & Jönsson, A.-C. (2014). Living with companion animals after stroke: Experiences of older people in community and primary care nursing. *British Journal of Community Nursing*, 19(12), 578–584. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.12.578>
- Kadowaki, L., & Wister, A. (2023). Older adults and social isolation and loneliness during the COVID-19 pandemic: An integrated review of patterns, effects, and interventions. *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement*, 42(2), 199–216. <https://doi.org/10.1017/S0714980822000459>
- Kanes, S., Colquhoun, H., Gunduz-Bruce, H., Raines, S., Arnold, R., Schacterle, A., Doherty, J., Epperson, C.N., Deligiannidis, K.M., Riesenber, R., Hoffman, E., Rubinow, D., Jonas, J., Paul, S., & Meltzer-Brody, S. (2017). Brexanolone (SAGE-547 injection) in post-partum depression: a randomised controlled trial. *Lancet*, 390(10093), 480–489. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31264-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31264-3)
- Kimberlee, R. (2016). What is the value of social prescribing? *Advances in Social Sciences Research Journal*, 3(3), 29–35. <https://doi.org/10.14738/assrj.33.1889>
- Kirkland, S. A., Griffith, L. E., Oz, U. E., Thompson, M., Wister, A., Kadowaki, L., Basta, N. E., McMillan, J., Wolfson, C., Raina, P., & Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) Team (2023). Increased prevalence of loneliness and associated risk factors during the COVID-19 pandemic: findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *BMC Public Health*, 23(1), 872. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15807-4>
- Kivi, M., Hansson, I., & Bjälkebring, P. (2021). Up and about: Older adults' well-being during the COVID-19 pandemic in a Swedish longitudinal study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), e4–e9. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>
- Kneale, D., Henley, J., Thomas, J., & French, R. (2021). Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: a systematic scoping review. *Ageing and Society*, 41(3), 493–515. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001326>
- Kretzler, B., König, H. H., & Hajek, A. (2022). Pet ownership, loneliness, and social isolation: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(10), 1935. <https://doi.org/10.1007/S00127-022-02332-9>
- Leathers, S. J., Spielfogel, J. E., Blakey, J., Christian, E., & Atkins, M. S. (2016). The effect of a change agent on use of evidence-based mental health practices. *Administration and Policy in Mental Health*, 43(5), 768–782. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0694-1>
- Lepore, J. (2020, 6 avril). The history of loneliness. *The New Yorker*. <https://www.newyorker.com/magazine/2020/04/06/the-history-of-loneliness>
- Levasseur, M., Cohen, A. A., Dubois, M. F., Généreux, M., Richard, L., Therrien, F. H., & Payette, H. (2015). Environmental factors associated with social participation of older adults living in metropolitan, urban, and rural areas: The NuAge study. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1718–1725. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302415>

- Levasseur, M., Roy, M., Michallet, B., St-Hilaire, F., Maltais, D., & Généreux, M. (2017). Associations between resilience, community belonging, and social participation among community-dwelling older adults: Results from the Eastern Townships Population Health Survey. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(12), 2422–2432. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2017.03.025>
- Li, L., Wister, A., & Mitchell, B. (2020). Social isolation among spousal and adult-child caregivers: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Journals of Gerontology, Series B*, 76(7), 1415–1429. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa197>
- Li, W., Yin, H., Song, Y., Tu, W., Wang, L., Liang, Y., Bai, Y., & Xu, G. (2023). Evaluating the risk of social isolation in older people: AHP-fuzzy comprehensive evaluation. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 79–92. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S383031>
- Losada-Baltar, A., Martínez-Huertas, J. Á., Jiménez-Gonzalo, L., Pedrosa-Chaparro, M. D. S., Gallego-Alberto, L., Fernandes-Pires, J., & Márquez-González, M. (2022). Longitudinal correlates of loneliness and psychological distress during the lockdown situation due to COVID-19: Effects of age and self-perceptions of aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 77(4), 652–660. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab012>
- Lubben, J., Blozik, E., Gillman, G., Iliffe, S., von Rentln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*, 46, 503–513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Manjunath, J., Manoj, N., & Alchalabi, T. (2021). Interventions against social isolation of older adults: A systematic review of existing literature and interventions. *Geriatrics (Basel, Suisse)*, 6(3), 82. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6030082>
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Matchock, R. L. (2015). Pet ownership and physical health. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(5), 386–392. <https://doi.org/10.1097/ycp.000000000000183>
- Matthews, K. A., Adler, N. E., Forrest, C. B., & Stead, W. W. (2016). Collecting psychosocial “vital signs” in electronic health records: Why now? What are they? What’s new for psychology? *American Psychologist*, 71(6), 497–504. <https://doi.org/10.1037/a0040317>
- Mauvais-Jarvis, F. (2020). Aging, male sex, obesity, and metabolic inflammation create the perfect storm for COVID-19. *Diabetes*, 69(9), 1857–1863. <https://doi.org/10.2337/dbi19-0023>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 1(5), 368–376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)
- Menec, V. H., Newall, N. E., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., & Nowicki, S. (2019). Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PloS One*, 14(2), e0211143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211143>
- Mitra, A.R., Fergusson, N.A., Lloyd-Smith, E., Wormsbecker, A., Foster, D., Karpov, A., Crowe, S., Haljan, G., Chittock, D.R., Kanji, H.D., Sekhon, M.S., & Griesdale, D. (2020). Baseline characteristics and outcomes of patients with COVID-19 admitted to intensive care units in Vancouver, Canada: a case series. *Canadian Medical Association Journal*, 192(26), E694–E701. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200794>
- National Academies of Science, Engineering and Medicine (2020). *Social isolation and loneliness in older adults - opportunities for the health care system*. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the-health-care-system>
- Institut national du vieillissement. (2020). *Pandemic perspectives on ageing in Canada in light of COVID-19: Findings from a National Institute on Ageing/TELUS Health National Survey*. <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5f85fe24729f041f154f5668/1602616868871/PandemicPerspectives+oct13.pdf>
- Institut national du vieillissement. (2022). *Understanding social isolation and loneliness among older Canadians and how to address it*. <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/637628e674654241f5624512/1668688106493/Social+Isolation+Report++FINAL2.pdf>
- Conseil national des aînés. (2014). *Revue exploratoire de la littérature : L'isolement social des aînés 2013–2014*. Ressources humaines et Développement des compétences Canada, et ministère d'État aux aînés. <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2014/revue-isolement-social.html>
- Conseil national des aînés. (2016). *Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés*. <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2017/revue-isolement-social-aines.html>
- Newall, N., & Menec, V. (2019a). Loneliness and social isolation of older adults. Why it is important to examine these social aspects together. *Journal of Social and Emotional Relationships*, 36(3), 925–939. <https://doi.org/10.1177/0265407517749045>
- Newall, N., & Menec, V. (2019b). A comparison of different definitions of social isolation using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *Ageing & Society*, 40(12), 2671–2694. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000801>
- Newall, N. & Menec, V. (2023). *Targeting isolation*. <https://www.targetingisolation.com>
- Newall, N., Menec, V., & Rose, A. (2022). *Developing a community connector program to reach socially isolated older adults: First steps* [presentation]. Canadian Association on Gerontology Annual Meeting.

- Nyqvist, F., Häkkinen, E., Renaud, A., Bouchard, L., & Prys, C. (2021). Social exclusion among official language minority older adults: A rapid review of the literature in Canada, Finland and Wales. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, 36(3), 285–307. <https://doi.org/10.1007/s10823-021-09433-z>
- Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., Sereslis, K., Athanasiadou, M., Godosidis, A., Stephanou, T., & Diakogiannis, I. (2020). Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 842. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00842>
- Peschery, J. V., Pappas, Y. & Randhawa, G. (2018). Facilitators and barriers of implementing and delivering social prescribing services: A systematic review. *BMC Health Services Research* 18(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2893-4>
- Perissinotto, C., Holt-Lunstad, J., Periyakoil, V. S., & Covinsky, K. (2019). A practical approach to assessing and mitigating loneliness and isolation in older adults. *JAGS*, 67, 657-662. <https://doi.org/10.1111/jgs.15746>
- Perlman, D., & Peplau, L.A. (1998). Loneliness research: Basic concepts and findings. Dans : Sarason B.R. (éd.). *Social support: Theory, research and applications*. 24e éd. Springer.
- Persaud, N., Sabir, A., Woods, H., Sayani, A., Agarwal, A., Chowdhury, M., de Leon-Demare, K., Ibezi, S., Hameed Jan, S., Katz, A., LaFortune, F., Lewis, M., McFarlane, T., Oberai, A., Oladele, Y., Onyekwelu, O., Peters, L., Wong, P., Lofters, A. (2023). Preventive care recommendations to promote health equity. *Canadian Medical Association Journal*, 195(37), E1250-E1273. <https://doi.org/10.1503/cmaj.230237>
- Polenick, C. A., Perbix, E. A., Salwi, S. M., Maust, D. T., Birditt, K. S., & Brooks, J. M. (2021). Loneliness during the COVID-19 pandemic among older adults with chronic conditions. *Journal of Applied Gerontology*, 40(8), 804–813. <https://doi.org/10.1177/0733464821996527>
- Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., Onder, G., Collamati, A., Ricciardi, W., & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental Gerontology*, 102, 133–144. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.11.017>
- Putnam, R.D. (2001). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Rainbow Health Ontario. (2021). *Health in focus: LBGT2SQ Seniors*. https://www.rainbowhealthontario.ca/wp-content/uploads/2021/03/Health-in-focus_LBGT2SQ-Seniors.pdf
- Raymond, E., Sévigny, A., Tourigny, A., Vézina, A., Verreault, R. & Guilbert, A.C. (2013). On the track of evaluated programmes targeting the social participation of seniors: a typology proposal. *Ageing and Society*, 33(2), 267-296. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X11001152>
- Richards, D. et al. (2012). Delivering stepped care: An analysis of implementation in routine practice. *Implementation Science*, 7(3). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-3>
- Robb, C. E., de Jager, C. A., Ahmadi-Abhari, S., Giannakopoulou, P., Udeh-Momoh, C., McKeand, J., Price, G., Car, J., Majeed, A., Ward, H., & Middleton, L. (2020). Associations of social isolation with anxiety and depression during the early COVID-19 pandemic: A survey of older adults in London, UK. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 591120. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.591120>
- Sabey, A., Seers, H., Chatterjee, H.J., & Polley, M. (2022). *How can social prescribing support older people in poverty? A rapid scoping review of interventions*. National Academy for Social Prescribing. <https://socialprescribingacademy.org.uk/media/tvtbo20q/nasp-evidence-review-older-people.pdf>
- Salway, S., Such, E., Preston, L., Booth, A., Zubair, M., Victor, C., & Raghavan, R. (2020). Reducing loneliness among migrant and ethnic minority people: a participatory evidence synthesis. *Public Health Research*, 8(10). <https://doi.org/10.3310/phr08100>
- Shvedko, A., Whittaker, A. C., Thompson, J. L., & Greig, C. A. (2018). Physical activity interventions for treatment of social isolation, loneliness or low social support in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychology of Sport and Exercise*, 34, 128–137. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2017.10.003>
- Sieck, C.J., Sheon, A., Ancker, J.S., Castek, J., Callahan, B., & Siefer, A. (2020). Digital inclusion as a social determinant of health. *NPJ Digital Medicine*, 4(1). <https://doi.org/10.1038/s41746-021-00413-8>
- Smallfield, S., & Lucas Molitor, W. (2018). Occupational therapy interventions supporting social participation and leisure engagement for community-dwelling older adults: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 204190020p1–7204190020p8. <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.030627>
- Smith, T. B., Workman, C., Andrews, C., Barton, B., Cook, M., Layton, R., Morrey, A., Petersen, D., & Holt-Lunstad, J. (2021). Effects of psychosocial support interventions on survival in inpatient and outpatient health care settings: A meta-analysis of 106 randomized controlled trials. *PLoS Medicine*, 18(5), e1003595. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003595>
- Stanley, I. H., Conwell, Y., Bowen, C., & Van Orden, K. A. (2014). Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone. *Ageing & Mental Health*, 18(3), 394–399. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.837147>
- Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110, 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Stolz, E., Mayerl, H., & Freidl, W. (2021). The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *European Journal of Public Health*, 31(1), 44–49. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa238>
- Strutt, P. A., Johnco, C. J., Chen, J., Muir, C., Maurice, O., Dawes, P., Siette, J., Botelho Dias, C., Hillebrandt, H., & Wuthrich, V. M. (2021). Stress and coping in older Australians during COVID-19: Health, service utilization, grandparenting, and technology use. *Clinical Gerontologist*, 45(1), 106–119. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1884158>

- Sutin, A., Stephan, Y., Luchetti, M., & Terracciano, A. (2020). Loneliness and risk of dementia. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(7), 1414–1422. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby112>
- Targeting Isolation (2023). CARED Conversation Starters. <https://www.targetingisolation.com/post/cared-conversation-starters>
- Taheri Zadeh, Z., Rahmani, S., Alidadi, F., Joushi, S., & Esmaeilpour, K. (2021). Depression, anxiety and other cognitive consequences of social isolation: Drug and non-drug treatments. *International Journal of Clinical Practice*, 75(12), e14949. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14949>
- Thompson, C. & Halcomb, E. (2023) The contribution of primary care practitioners to interventions reducing loneliness and social isolation in older people – An integrative review. *Scandinavia Journal of Caring Sciences*, 37(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/scs.13151>
- Tomer, A., Fishbane, L., Siefer, A., & Callahan, B. (2020). *Digital prosperity: How broadband can deliver health and equity to all communities*. Metropolitan Infrastructure Initiative: Brookings Institution. https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2020/02/20200227_BrookingsMetro_Digital-Prosperty-Report-final.pdf
- Toohy, A. M., Hewson, J. A., Adams, C. L., & Rock, M. J. (2018). Pets, social participation, and aging-in-place: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 37(2), 200–217. <https://doi.org/doi:10.1017/S0714980818000107>
- Tymoszek, U., Perkins, R., Fancourt, D., & Williamon, A. (2020). Cross-sectional and longitudinal associations between receptive arts engagement and loneliness among older adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 891–900. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01764-0>
- U.S. Surgeon General's Office. Office of the U.S. Surgeon General; Washington, DC: 2023. *Our epidemic of loneliness and isolation: The U.S. Surgeon General's advisory on the healing effects of social connection and community*. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>
- Upstream Lab. (aucune date). *Screening for poverty and related social determinants and intervening to improve knowledge of and links to resources (SPARK) study - findings*. <https://docs.google.com/document/d/1uEGP6g7aQdMb26lluJ6ZbkeT7dSFC7BYzm1T0F1dRu0/edit>
- van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2021). Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: A study among Dutch older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(7), e249–e255. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
- Veazie, S., Gilbert, J., Winchell, K., Paynter, R., & Guise, J. M. (2019). *Addressing social isolation to improve the health of older adults: A rapid review*. Agency for Health care Research and Quality. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/nbk537909/>
- Veronese, N., Galvano, D., D'Antiga, F., Vecchiato, C., Furegon, E., Allocco, R., Smith, L., Gelmini, G., Gareri, P., Solmi, M., Yang, L., Trabucchi, M., De Leo, D., & Demurtas, J. (2021). Interventions for reducing loneliness: An umbrella review of intervention studies. *Health and Social Care in the Community*, 29(5), e89–e96. <https://doi.org/10.1111/hsc.13248>
- Whear, R., Campbell, F., Rogers, M., Sutton, A., Robinson-Carter, E., Sharpe, R., Cohen, S., Fergy, R., Garside, R., Kneale, D., Melendez-Torres, G.J., & Thompson-Coon, J. (2023). What is the effect of intergenerational activities on the wellbeing and mental health of older people?: A systematic review. *Campbell Syst Rev*. 3;19(4):e1355. <https://doi.org/10.1002/cl2.1355>
- Wister, A. V., & Kadowaki, L. pour le Forum fédéral, provincial et territorial des ministres responsables des aînés. (2021). *Isolement social chez les aînés pendant la pandémie*. Emploi et Développement social Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/corporate/seniors/forum/covid-19-social-isolation/covid-19-social-isolation-fr.pdf>
- Wong, K., Smith, C., To-Miles, F., Dunn, S., Gregorio, M., Wong, L., Huynh, P., & Hung, L. (2022). Timely considerations of using the De Jong Gierveld Loneliness Scale with older adults living in long-term care homes: A critical reflection. *Journal of Long-Term Care*, 163–172. <https://doi.org/10.31389/jltc.141>
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. https://intranet.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Worsley, A. (2018). The history of loneliness. *The Conversation*. <https://theconversation.com/a-history-of-loneliness-91542>
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: A global challenge. *Glob Health Res Policy*, 5. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>
- Yang, J., Chu, Y., & Salmon, M. (2023). Predicting perceived isolation among midlife and older LGBT adults: The role of welcoming aging service providers. *The Gerontologist*, 58, (5), 904-912. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx092>
- Zhu, V.J., Lenert, L.A., Bunnell, B.E., Obeid, J., Jefferson, M., & Halbert, C. (2019). Automatically identifying social isolation from clinical narratives for patients with prostate cancer. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 43(19). <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0795-y>





**Coalition canadienne pour
la santé mentale des personnes
âgées (CCSMPA)**

info@ccsmh.ca

1-888-214-7080 poste 102

www.ccsmpa.ca



CCSMH
Canadian Coalition for
Seniors' Mental Health

CCSMPA
Coalition canadienne pour la
santé mentale des personnes âgées