



CCSMPA

Coalition canadienne pour la
santé mentale des personnes âgées

2026

« 94 voix »

Perspectives cliniques sur la lutte contre l'isolement
social et la solitude chez les personnes âgées

Une compilation d'idées de pratique clinique
proposées par 94 professionnels de la santé et
des services sociaux de tout le Canada



Remerciements

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce au généreux soutien philanthropique du Waltons Trust.

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) tient à remercier chaleureusement les 94 professionnels de la santé et des services sociaux venant de tout le Canada qui ont partagé leurs expériences et leurs réflexions dans le cadre de ce rapport. Leurs réflexions « sur le terrain » mettent en lumière le courage et l'esprit d'initiative dont il faut faire preuve au quotidien pour lutter contre l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées et pour placer la santé sociale au cœur des soins. En réunissant ces témoignages, nous souhaitons élargir le mouvement en faveur des liens sociaux et encourager d'autres personnes à s'engager aux côtés des personnes âgées pour lutter contre les conséquences profondes de l'isolement social et de la solitude dans les communautés à travers tout le pays.

La CCSMPA est un programme de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (CAGP).

Table des matières

Introduction	2
Répartition géographique des réponses	4
Réflexions et conseils issus de la pratique	6
Renverser la tendance en matière de solitude grâce à des actions concrètes	6
Le contexte concret de l'action	10
Exemples pratiques	13
Témoignages marquants	13
↳ <i>Percer le mystère du « moi »</i>	14
↳ <i>Accueil coordonné dans un nouveau logement</i>	16
↳ <i>Thé et conversation: Un programme d'accueil vieux de 48 ans</i>	18
↳ <i>Sortir de la « spirale descendante vers le désespoir »</i>	20
↳ <i>Du lit d'hôpital à la vie en société</i>	22
↳ <i>Un rendez-vous avec une personne âgée</i>	24
↳ <i>Réduire la fracture numérique</i>	26
↳ <i>Une accessibilité facilitée et un sentiment d'appartenance naturel</i>	28
↳ <i>Le « Men's Shed »: bâtir une communauté côte à côte</i>	30
↳ <i>La bibliothèque, une porte d'entrée vers la communauté</i>	32
Synthèse narrative	34
Sagesse issue de la pratique sur le terrain	34
Des pistes concrètes pour créer des liens sociaux	35
Il faut comprendre que la solitude ne se manifeste pas toujours de la même manière	36
De l'action individuelle à la responsabilité partagée	38
L'impact réciproque: implications pour les professionnels de la santé et des services sociaux	39
« C'est important pour nous aussi »	40
Réflexion finale	41
Références	42

Introduction

En 2024, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié les premières Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées, qui énoncent des recommandations fondées sur des données probantes en matière de prévention, d'évaluation et d'intervention (CCSMPA, 2024). Ce rapport complémentaire donne vie à ces recommandations, en montrant comment les professionnels de la santé et des services sociaux de tout le Canada les mettent déjà en pratique dans leur travail quotidien.

Afin de mettre en lumière ce travail, nous avons invité des professionnels de la santé et des services sociaux de tout le pays à partager leurs expériences sur la manière dont ils luttent contre l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées dont ils s'occupent, afin que d'autres puissent s'en inspirer et en tirer des enseignements. Les contributions qui suivent mêlent témoignages de terrain et réflexions, toutes ancrées dans une conviction commune quant à l'effet d'entraînement: l'idée que chaque action, aussi modeste soit-elle, peut contribuer à un changement plus large dans la manière dont nous abordons l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.

Ce rapport rend hommage au travail remarquable que les professionnels de la santé et des services sociaux accomplissent déjà, souvent dans l'ombre et sans reconnaissance officielle, et vise à mettre en lumière les pratiques quotidiennes, les relations et les petits gestes de solidarité qui passent souvent inaperçus. En mettant en avant ces contributions, nous espérons créer un espace propice à la réflexion commune, à l'apprentissage mutuel et à des progrès continus dans la manière dont les professionnels de la santé et des services sociaux accompagnent les personnes âgées exposées au risque d'isolement social et de solitude, ou qui en souffrent.

L'isolement social et la solitude sont des concepts étroitement liés mais distincts, tous deux reconnus comme des déterminants sociaux essentiels de la santé (Hawkley & Cacioppo, 2010; Wu, 2020). La solitude est un « sentiment » subjectif et pénible « qui accompagne la perception que ses besoins sociaux ne sont pas satisfaits par la quantité, et surtout par la qualité, de ses relations sociales » (Hawkley & Cacioppo, 2010, p. 1). Considérée sous cet angle, la

solitude est avant tout une expérience émotionnelle: elle correspond à un sentiment de manque, qu'il s'agisse de la quantité ou de la qualité des relations existantes d'une personne, plutôt qu'à une description des relations elles-mêmes. Cette expérience peut prendre plusieurs formes, notamment la solitude affective (l'absence de relations significatives), la solitude sociale (un sentiment de manque en termes de qualité et de quantité des liens sociaux) et la solitude existentielle (un sentiment de séparation fondamentale par rapport aux autres et au monde en général).

L'isolement social, en revanche, est un état objectif et mesurable défini comme « le fait d'avoir peu de relations sociales ou des contacts sociaux peu fréquents avec les autres » (Wu, 2020, p. 2). Il rend compte du niveau et de la fréquence des interactions sociales d'une personne et peut être évalué à l'aide d'indicateurs tels que la taille de son réseau social et la fréquence à laquelle elle interagit avec celui-ci. La solitude est souvent, mais pas toujours, associée à l'isolement, et ces deux notions ne sont pas interchangeables. Une personne âgée peut se retrouver socialement isolée sans pour autant se sentir seule, parfois par choix, d'une manière qui lui semble acceptable, voire préférable. Une autre personne peut se sentir profondément seule, même si elle est entourée d'autres personnes dans des contextes où elle semble avoir des liens sociaux. Il est essentiel que les professionnels de la santé et des services sociaux reconnaissent cette distinction, car elle détermine à la fois ce qu'il convient d'évaluer et la manière d'intervenir.

L'isolement social et la solitude ont des répercussions profondes et de grande envergure sur la santé, en particulier chez les personnes âgées. Ils sont associés à un risque accru de maladies cardiovasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux, de démence, de dépression, d'anxiété et de mortalité prématurée; certaines études suggèrent que leurs effets sont d'une ampleur comparable à celle d'autres facteurs de risque bien établis, tels que le tabagisme, l'obésité et la sédentarité (Hawkley & Cacioppo, 2010; Holt-Lunstad & Perissinotto, 2023; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

La solitude a été associée à une intensification des réactions physiologiques au stress, à une détérioration de la qualité du sommeil et à une altération de la fonction immunitaire, ce qui peut aggraver davantage les maladies chroniques et réduire la résilience globale (Hawkley & Cacioppo, 2010). L'isolement social, en tant qu'absence objective de contacts sociaux, peut limiter l'accès à un soutien pratique et émotionnel, réduire les possibilités d'adopter des comportements favorables à la santé et augmenter le risque que des problèmes de santé, qu'ils soient nouveaux ou en phase d'aggravation, passent inaperçus ou ne soient pas traités (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

Le fardeau de l'isolement social et de la solitude reflète également l'imbrication de divers systèmes d'oppression; les personnes âgées issues de minorités ethniques et autochtones, les personnes âgées 2SLGBTQ+ et toutes celles qui sont victimes d'âgisme, de racisme, de sexisme, de capacitisme, d'homophobie ou de transphobie sont plus susceptibles d'être isolées, car ces forces structurelles conditionnent l'accès au logement, aux revenus, aux espaces communautaires et à des services adaptés à leur culture (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Gouvernement du Canada, 2018). Ensemble, ces mécanismes contribuent à expliquer pourquoi l'isolement social et la solitude sont désormais reconnus comme des déterminants sociaux essentiels de la santé chez les personnes âgées et constituent une priorité croissante pour les politiques de santé et la réforme du système de santé (Holt-Lunstad & Perissinotto, 2023; Bureau de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis, 2023).

Perspectives tirées du terrain

Ce rapport présente des idées pratiques et des enseignements tirés de **#TheRippleEffect**, une campagne nationale de sensibilisation sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées, qui vise à donner aux professionnels de la santé et des services sociaux les moyens de reconnaître et de lutter contre ces phénomènes. Chaque parole et chaque geste partagés ici créent une vague de changement.

Pour découvrir d'autres témoignages et accéder à des outils et ressources cliniques, rendez-vous sur: <https://ccsmh.ca/ripple-effect/>



Répartition géographique des réponses

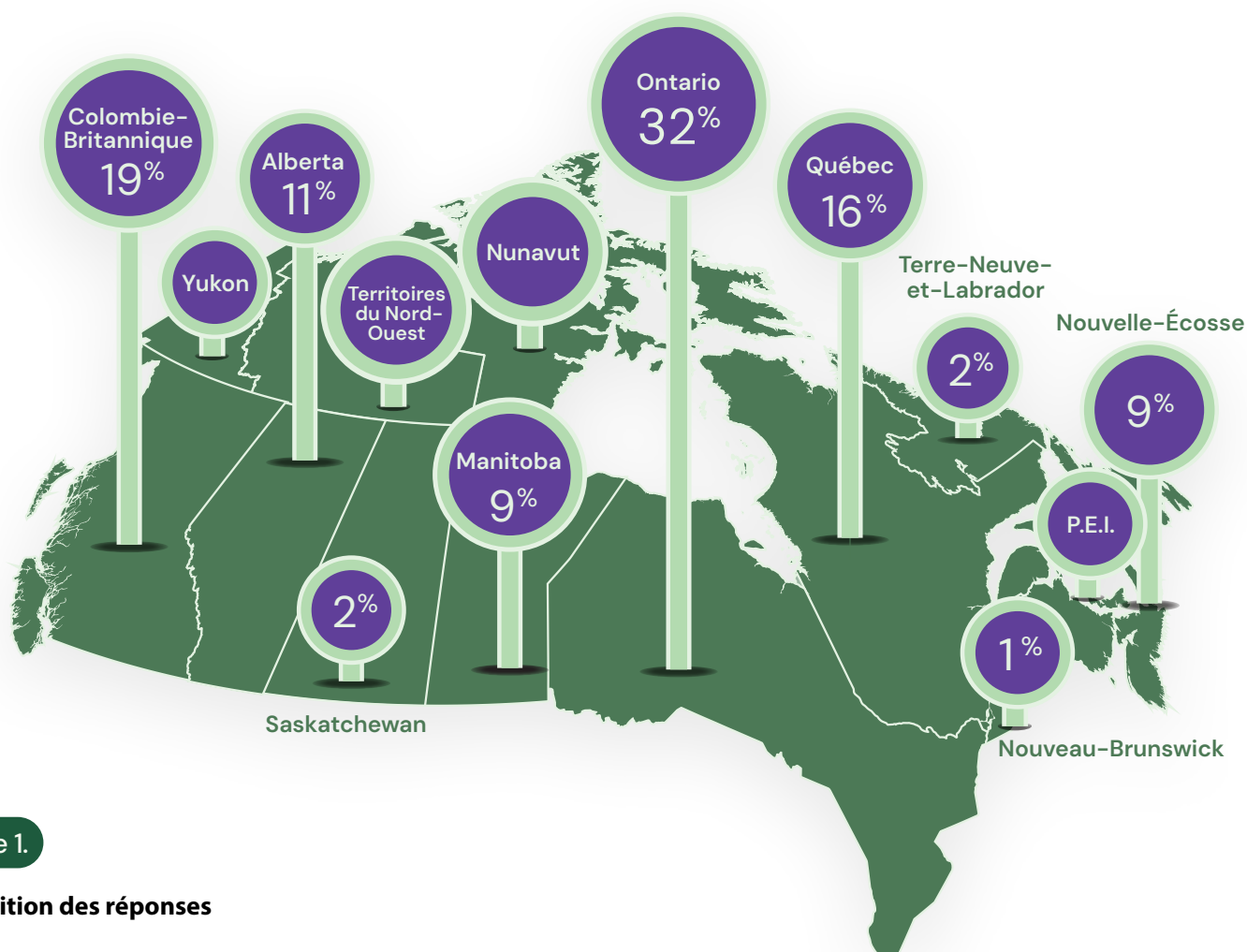


Figure 1.

Répartition des réponses

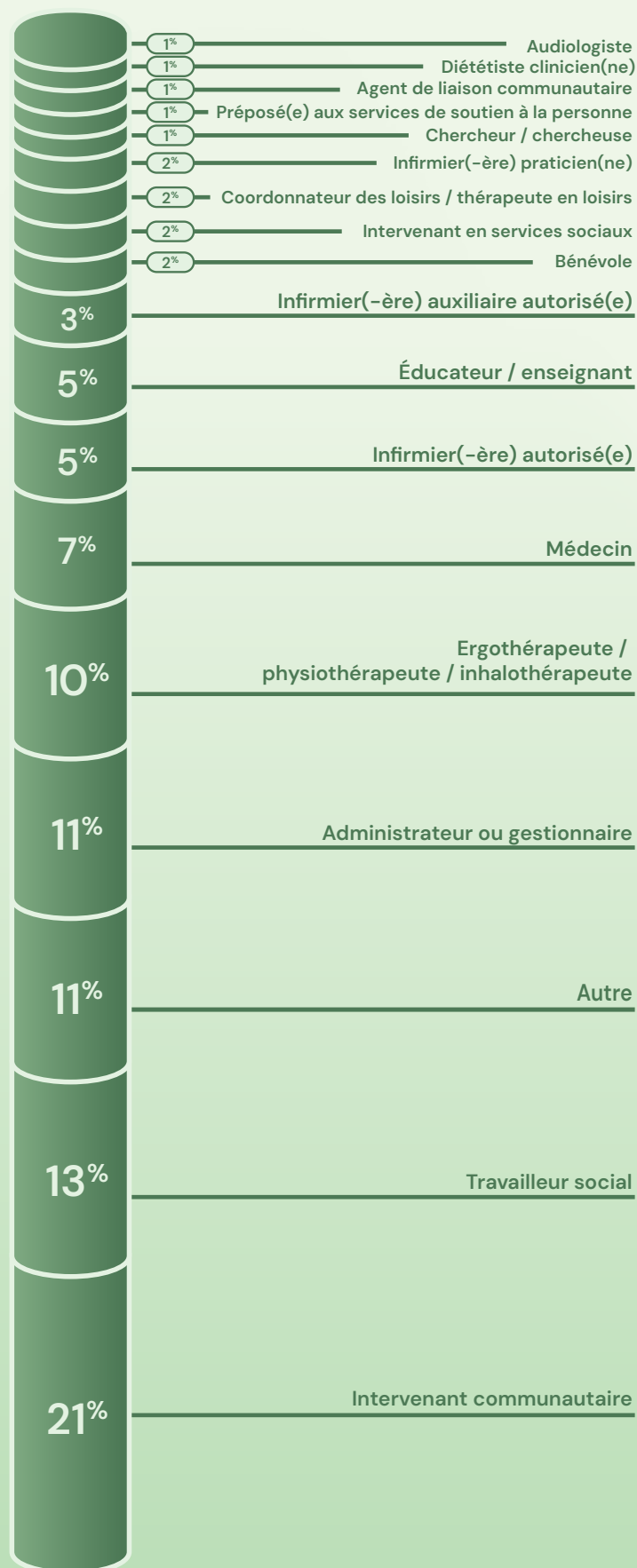
Les personnes ayant contribué à ce rapport représentent divers milieux de soins de santé et de services sociaux au Canada. Des centres urbains animés aux communautés plus isolées, l'isolement social et la solitude ne connaissent pas de frontières, tout comme l'engagement des professionnels de la santé et des services sociaux qui s'y attaquent.

La figure 1 présente la répartition géographique des 94 réponses reçues. Des réponses ont été reçues de l'Ontario (32 %), de la Colombie-Britannique (19 %), du Québec (16 %), de l'Alberta (11 %), de la Nouvelle-Écosse (9 %), du Manitoba (9 %), de la Saskatchewan (2 %), de Terre-Neuve-et-Labrador (2 %) et du Nouveau-Brunswick (1 %). Aucune réponse n'a été reçue du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut.

Les réponses reflètent un large éventail de milieux de pratique, allant des grands centres urbains aux collectivités rurales et éloignées. Ces témoignages reflètent une grande diversité d'idées, allant de la gestion des difficultés de transport en hiver dans les Prairies à la lutte contre l'isolement linguistique et celui des aidants dans les régions rurales du Québec, en passant par l'utilisation des bibliothèques et des programmes communautaires comme lieux de rencontre dans les Maritimes. Ensemble, ces intervenants démontrent que, même si les contextes locaux peuvent varier, la promotion de la santé sociale constitue une priorité commune pour les professionnels de la santé et des services sociaux partout au Canada.

Figure 2.

Répartition des réponses par rôle



Les intervenants présents dans ce rapport représentent un large éventail de professionnels travaillant auprès des personnes âgées (figure 2). Les travailleurs d'organismes communautaires (21 %) ont été les plus nombreux à répondre, suivis des travailleurs sociaux (13 %), des administrateurs et gestionnaires (11 %), ainsi que des professionnels thérapeutiques tels que les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les thérapeutes respiratoires (10 %). Les infirmières (10 % au total), les médecins (7 %) et les enseignants (5 %) ont apporté leur point de vue clinique et pédagogique, tandis que les chercheurs, les bénévoles, les audiologistes, les diététistes cliniques et d'autres professionnels ont enrichi le débat. Chaque rôle apporte un éclairage différent sur l'isolement social et la solitude, et, prises dans leur ensemble, ces perspectives permettent de garantir que les recommandations pratiques présentées dans ce rapport s'appliquent à l'ensemble du continuum de soins.





Section 1

Réflexions et conseils issus de la pratique

Renverser la tendance en matière de solitude grâce à des actions concrètes

Au travers des 94 témoignages recueillis dans le cadre de ce rapport, un message clair et constant s'est dégagé: la lutte contre l'isolement social et la solitude commence rarement par un programme officiel, un nouveau circuit d'orientation ou une intervention à grande échelle. Le plus souvent, tout commence par un petit moment d'attention. Remarquer un changement de comportement. Poser une meilleure question. Adapter l'environnement. Lancer une invitation personnelle. Aider quelqu'un à faire un premier pas, à sa mesure, vers la création de liens.

Comme le montrent ces récits, une action qui a du sens est à la fois concrète et axée sur les relations humaines. Les professionnels de la santé et des services sociaux ont expliqué qu'ils prêtaient une oreille attentive, cherchaient à comprendre ce qui compte pour la personne, éliminaient les obstacles que d'autres ne voient pas forcément et saisissaient les occasions offertes par les interactions quotidiennes pour redonner à la personne sa dignité, sa confiance et son sentiment d'appartenance. Comme l'a fait remarquer l'un des participants, « La solitude n'a pas "disparu" d'un seul coup; elle s'est estompée à mesure qu'il se sentait compris, respecté et à nouveau maître de la situation. » C'est là l'essence même de ce travail: ne pas chercher à résoudre la solitude d'un seul coup, mais envoyer des signaux répétés qui disent: « Vous comptez. On vous voit. Vous avez votre place ici. »

Les conclusions qui suivent sont tirées de l'ensemble des témoignages. Il ne s'agit pas d'une liste de contrôle contraignante. Elles constituent une synthèse des approches que les professionnels de la santé et des services sociaux (PSSS) jugent efficaces dans leur milieu, auprès des personnes âgées qu'ils soutiennent, et dans le contexte des réalités d'une pratique clinique et communautaire exigeante. Dans l'ensemble, elles constituent des points de départ concrets que tout professionnel de la santé et des services sociaux peut adapter, quels que soient son rôle, son secteur d'activité ou l'ampleur de son intervention.

Passer de « *Comment allez-vous?* » à « *Qu'est-ce qui compte pour vous?* ».

Les professionnels de la santé et des services sociaux ont souligné l'importance de dépasser les questions routinières ou fermées pour privilégier des conversations qui permettent de mettre en valeur la personnalité de chacun. Poser des questions sur le sommeil, le prénom préféré, les habitudes quotidiennes, l'alimentation, la religion, les loisirs, le parcours professionnel, la famille ou ce qui compte aujourd'hui peut transformer une simple évaluation en un véritable moment de connexion. Un contributeur a expliqué avoir utilisé le cadre « Qu'est-ce qui compte pour vous? », une approche clinique qui consiste à interroger les personnes sur leurs valeurs et leurs priorités plutôt que sur leurs seuls symptômes (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Ce changement est subtil mais significatif: il recadre la rencontre en tant que relation et permet à la personne, et non à l'évaluation, de prendre les rênes. Elle a indiqué que la patiente s'était sentie « vue et entendue » et qu'elle « savait qu'il s'agissait d'une consultation pour elle, et non d'une évaluation ». Quelqu'un d'autre a conseillé: « Apprenez à connaître la personne... posez-lui des questions sur sa vie personnelle et partagez vos impressions avec l'équipe. »

Commencez doucement et adaptez-vous au rythme de la personne âgée.

De nombreux témoignages ont montré que les relations commencent souvent par un petit pas facile à franchir, et non par un engagement de taille. Une invitation personnelle, une brève conversation, la proposition d'accompagner quelqu'un la première fois, ou une activité sans pression peuvent sembler plus accessibles que de demander à quelqu'un de « rejoindre une communauté ». Un professionnel de la santé et des services sociaux l'a formulé simplement: « Ne commencez pas par les programmes, commencez par une conversation. » Quelqu'un d'autre a conseillé: « Écoutez et commencez modestement. » Parfois, ce qui fait toute la différence, c'est simplement d'engager une conversation et d'écouter attentivement les besoins et les souhaits d'une personne âgée. « De petits pas peuvent mener à des changements considérables en matière de confiance en soi et d'autonomie. »

Identifier et éliminer les obstacles « invisibles ».

Le fait de se replier sur soi-même ne signifie pas forcément que l'on ne souhaite pas créer de liens. Les professionnels de la santé et des services sociaux ont maintes fois évoqué des obstacles d'ordre pratique, sensoriel, cognitif, émotionnel et environnemental susceptibles de compliquer la participation. Une personne peut sembler renfermée alors que le véritable problème est tout autre: une douleur non traitée, une perte de sensibilité, des problèmes de continence, des routines déroutantes, de l'anxiété ou la crainte d'être un fardeau. Se demander ce qui fait obstacle permet souvent de trouver une solution. Un contributeur l'a très bien exprimé:

« Une personne peut sembler « renfermée » alors qu'il s'agit en réalité de problèmes de mobilité, de vision, de douleur, de contrôle de la vessie ou de routines déroutantes. » Faites ce que vous pouvez: des aides à la mobilité sûres, une signalisation claire, des horaires de repas flexibles, des routines de prise de médicaments plus simples. « De petits changements peuvent vous ouvrir les portes d'une vie sociale. »

Mettez les personnes en relation avec les structures d'aide locales, mais ne vous contentez pas de les refiler à quelqu'un d'autre.

Les professionnels de la santé et des services sociaux ont souligné l'importance de connaître les ressources locales et de nouer activement des liens avec elles. Les centres communautaires, les bibliothèques, les églises et les communautés religieuses, les centres pour personnes âgées, les groupes de bénévoles, les programmes de transport, les accompagnateurs en prescription sociale et les associations locales peuvent tous faire partie du réseau de soutien. Ces témoignages ont également montré que les recommandations sont plus efficaces lorsqu'elles sont personnalisées et accompagnées d'un soutien. Comme l'a fait remarquer un contributeur, « La collaboration avec des organisations locales peut vous ouvrir l'accès à des ressources dont vous ignoriez peut-être l'existence. C'est grâce à la collaboration que l'on trouve des solutions. » Dans la mesure du possible, présenter quelqu'un en personne, aider à organiser le transport ou l'inviter en le citant nommément peut faire toute la différence entre une simple recommandation et une relation qui se concrétise réellement.

Profitez de chaque point de contact pour créer un lien.

Les professionnels de la santé et des services sociaux ont souligné que les relations sociales ne devaient pas être considérées comme une tâche « accessoire ». Cela peut s'intégrer aux tournées de distribution des médicaments, aux contrôles de sécurité, aux repas, aux visites à domicile, aux évaluations, aux discussions de couloir, à la planification des soins et aux entretiens de sortie. Un contributeur a écrit: « Nous intégrons les relations sociales à notre quotidien, ce n'est pas un plus. » Une autre personne a expliqué comment les « moments de connexion » se produisent lors des « soins, repas, ménage, réparations et conversations dans les couloirs ».

Même cinq minutes peuvent faire la différence:

« Si je reçois six clients par jour, le fait de prévoir cinq minutes de conversation pendant chaque rendez-vous me laisse 30 minutes dans la journée pour comprendre ce que vivent mes clients sur le plan personnel. »

Dans l'ensemble, ces observations mettent en évidence une méthode de travail commune. Pour inverser la tendance en matière de solitude, il est demandé aux professionnels de la santé et des services sociaux de repérer les changements, d'être à l'écoute de ce qui n'est pas dit, d'adapter leur prise en charge à la personne qui se trouve devant eux et de créer de petites occasions de créer des liens, tout en tenant compte des réalités des milieux cliniques et communautaires surchargés. C'est un travail qui repose moins sur de nouveaux programmes que sur une pratique réfléchie: ces petits gestes réguliers, souvent discrets, qui montrent à une personne âgée qu'on la connaît, qu'on l'apprécie et qu'elle n'est pas seule.

Ces observations prennent tout leur sens lorsqu'on les replace dans le contexte dans lequel évoluent les professionnels de la santé et des services sociaux. La section suivante aborde ces réalités concrètes: les obstacles, les contraintes et les exigences contradictoires qui déterminent ce qui est possible et qui permettent de comprendre pourquoi les petits gestes relationnels revêtent une telle importance.



« Faire la différence ne se traduit pas toujours par des gestes spectaculaires: cela peut être aussi simple qu'un sourire, un signe de tête ou un moment de silence partagé. »

- Infirmière auxiliaire diplômée, Colombie-Britannique

Le contexte concret de l'action

Ces 94 témoignages ne décrivaient pas des situations idéales où le temps, les ressources, les moyens de transport, le personnel ou l'accès aux services étaient illimités. Ils ont décrit les professionnels de la santé et des services sociaux comme évoluant dans des réalités quotidiennes complexes: difficultés de mobilité, lacunes dans les services en milieu rural et isolé, barrières linguistiques et culturelles, changements cognitifs, contraintes environnementales, pressions liées aux effectifs et formation formelle limitée. Ces obstacles n'enlèvent rien à la pertinence des exemples qui suivent. Ils permettent plutôt d'expliquer pourquoi les petits gestes, fondés sur les relations et adaptés au contexte, revêtent une telle importance.

Dans l'ensemble des témoignages, les professionnels de la santé et des services sociaux ont souligné à plusieurs reprises que l'isolement social et la solitude ne sont pas simplement le résultat du « manque d'envie » des personnes âgées de participer. Dans de nombreux cas, ce repli sur soi était lié à des obstacles d'ordre pratique, systémique, sensoriel, émotionnel ou environnemental. Une personne peut sembler déconnectée lorsqu'elle n'entend pas bien, ne peut pas sortir de chez elle en toute sécurité, ne dispose pas de moyen de transport, hésite à demander de l'aide, n'a pas les moyens de s'inscrire à un programme, est en deuil, est confrontée à la démence ou à des troubles cognitifs, ou ne se reconnaît pas dans les services proposés. Prendre conscience de ces réalités est essentiel pour apporter une réponse adéquate.

Obstacles physiques, géographiques et financiers:

Les difficultés de mobilité, les lacunes en matière de transport, le coût des programmes et l'absence de services à proximité constituaient des obstacles courants. Les professionnels de la santé et des services sociaux ont décrit des personnes âgées qui souhaitaient créer des liens mais ne pouvaient pas sortir de chez elles en toute sécurité, n'avaient pas les moyens de payer les frais de transport ou d'inscription aux programmes, ou vivaient dans des communautés où les services adaptés étaient limités ou éloignés. Ces obstacles étaient particulièrement évidents dans les zones rurales, isolées et à faibles revenus, où même une recommandation solide peut s'avérer insuffisante s'il n'existe aucun moyen accessible et abordable pour la personne de participer.

La nature cachée de l'isolement:

Plusieurs témoignages ont montré que l'isolement est souvent le moins visible chez ceux qui en souffrent le plus. Les personnes âgées confrontées à la démence, au deuil, à une perte des sens, à des barrières linguistiques, à la stigmatisation ou à un manque d'espaces inclusifs et adaptés à leur culture peuvent être moins enclines à demander de l'aide, à accepter des invitations ou à être identifiées dans le cadre des soins de routine. Les aidants, en particulier ceux qui s'occupent d'une personne atteinte de démence ou ayant des besoins complexes, ont également été décrits comme étant isolés et ayant du mal à s'y retrouver seuls dans les démarches administratives. Cela souligne l'importance d'une détection proactive, d'une approche bienveillante et de la mise en place de parcours d'orientation aussi simples et accueillants que possible.

Obstacles environnementaux et sensoriels:

Le cadre lui-même peut soit favoriser, soit entraver la connexion. Dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée, les cliniques, les programmes communautaires et les services de soins à domicile, les professionnels de la santé et des services sociaux ont expliqué comment l'éclairage, le bruit, l'aménagement des pièces, la hauteur des lits, l'accès à un téléphone, la présence d'une chaise pour les visiteurs, la perte auditive, la perte de la vue, des routines déroutantes et le manque d'espaces privés ou accueillants peuvent tous influencer la possibilité d'établir des liens significatifs. De petits changements, comme adapter l'environnement, utiliser un amplificateur personnel, établir des routines plus claires, lancer des invitations personnalisées ou prévoir un espace où quelqu'un peut s'asseoir et discuter, peuvent ouvrir la voie aux liens sociaux.

Lacunes systémiques en matière de ressources, de personnel et de formation:

De nombreux professionnels de la santé et des services sociaux mènent cette action dans un contexte marqué par de longues listes d'attente, des effectifs limités, une charge de travail importante et peu de temps réservé à la sensibilisation ou à l'établissement de relations. Certains ont expliqué qu'ils arrivaient tôt, sautaient leurs pauses, s'organisaient en fonction de leurs horaires ou prenaient l'initiative de se renseigner sur les services communautaires, car ces tâches n'étaient pas toujours officiellement prévues dans leur description de poste. Ces efforts témoignent d'un engagement profond, mais ils soulignent également la nécessité d'un soutien organisationnel, de formations, de modèles de dotation en personnel et d'une révision des politiques, afin que la lutte contre l'isolement social ne repose pas uniquement sur les professionnels de la santé et des services sociaux, qui sont déjà sollicités au-delà de leurs limites.

La nécessité d'une adaptation locale et d'une coordination intersectorielle:

Ces exemples montrent également que les solutions efficaces sont rarement universelles. Ce qui fonctionne dans un grand centre urbain ne convient pas forcément à une petite communauté rurale, et ce qui convient à une personne âgée peut ne pas être perçu comme sûr, pertinent ou significatif par une autre. Les professionnels de la santé et des services sociaux s'appuyaient souvent sur des partenariats avec des organisations communautaires, des centres pour personnes âgées, des bibliothèques, des communautés religieuses, des programmes de bénévolat, des accompagnateurs en prescription sociale, des membres de la famille et des prestataires de services locaux. Ces liens ont permis de transformer les efforts individuels en un réseau de soutien plus large.

Les exemples qui suivent ne doivent donc pas être considérés comme de simples solutions à des problèmes systémiques complexes, mais comme des exemples d'actions concrètes menées dans un contexte de contraintes. En 2025, l'Organisation mondiale de la santé a appelé à ce que les liens sociaux soient reconnus comme un déterminant essentiel de la santé et une priorité de santé publique; le récent guide de politiques et de pratiques du CCSMPA fait écho à cet appel tout en nous rappelant que le véritable changement commence lorsque nous partons de là où nous en sommes, que nous dépassons notre sphère immédiate et que nous trouvons des partenaires avec lesquels travailler à tous les niveaux (CCSMPA et al., 2026). Les récits qui suivent en sont la preuve: les professionnels de la santé et des services sociaux partent de là où ils se trouvent, agissent dans le cadre de leurs compétences et tissent les liens que les systèmes commencent tout juste à officialiser.

A close-up photograph of a woman with blonde hair, wearing a wide-brimmed straw hat with a black band and a blue denim jacket over a white turtleneck. She is smiling warmly at the camera while working in a garden. Her hands are visible, wearing blue and red plaid gardening gloves, as she tends to tall green grasses. The background is a soft-focus garden scene.

« Plusieurs ont retrouvé le sourire... avoir quelqu'un qui vient les chercher et les raccompagner, avec qui ils peuvent faire une petite jasette, cela leur prouve que nous tenons à eux, à leur présence, à leur expérience de vie. »

– Intervenant communautaire, Québec

Exemples pratiques

Témoignages marquants

Les exemples suivants donnent vie à ces 94 témoignages à travers des cas concrets illustrant la mise en pratique de ces actions. Chaque témoignage montre comment les professionnels de la santé et des services sociaux, quels que soient leur rôle, leur région ou leur milieu de travail, identifient l'isolement social et la solitude, y répondent avec créativité et bienveillance, et adaptent des approches fondées sur des données probantes aux réalités des personnes qu'ils accompagnent. Ces solutions ne sont pas présentées comme étant parfaites ni comme des solutions universelles. Elles montrent plutôt que les changements significatifs commencent souvent par le fait de remarquer ce qui échappe aux autres, de poser une question plus personnelle, de lever un obstacle concret ou de créer un cheminement accompagné vers le renouement des liens.

Dans leur ensemble, ces témoignages montrent que la lutte contre l'isolement social et la solitude relève à la fois d'une préoccupation profondément humaine et d'une démarche très concrète. Un travailleur social aide un nouveau résident à se reconstruire une identité grâce à un travail sur son parcours de vie. Un audiologiste va au-delà du simple « repli sur soi » et identifie un obstacle sensoriel qui, insidieusement, avait isolé cette aînée de son entourage. Le fil conducteur de toutes les histoires qui suivent est l'intentionnalité : les professionnels de la santé et des services sociaux placent la personne au cœur de leur approche, écoutent ce qui compte pour elle, puis construisent à partir de là.

Chaque cas clinique est accompagné de recommandations pertinentes issues des directives cliniques afin de montrer en quoi ces cas s'inscrivent dans une pratique fondée sur des données probantes. Cette section fait ainsi le lien entre l'expertise des professionnels de la santé et des services sociaux sur le terrain et les orientations générales concernant le dépistage, l'évaluation, la prescription sociale, les activités sociales, les loisirs, l'activité physique, les approches psychologiques, les technologies, la réévaluation et d'autres interventions. Il en résulte une série d'exemples concrets et adaptables qui illustrent comment mettre en pratique les données scientifiques dans le cadre des soins quotidiens.



Percer le mystère du « moi »

L'histoire

Une travailleuse sociale nouvellement embauchée dans un établissement de soins de longue durée a fait la connaissance d'une femme d'environ 70 ans qui, depuis trois ans, était en proie à des difficultés liées à son identité, à la solitude, à l'isolement et à l'anxiété, à la suite d'un accident qui lui avait fait perdre la mémoire. La résidente ne se souvenait plus des membres de sa famille, des fonctions qu'elle avait occupées ni de sa propre identité, et une grande partie de sa frustration semblait provenir de cette perte de mémoire. Pour l'aider, la travailleuse sociale l'a accompagnée dans une « enquête sur elle-même et son passé » à l'aide de Google, Ancestry.ca, LinkedIn et Facebook, afin de recueillir des informations sur son identité, sa famille et son histoire.

L'impact

Ensemble, ils ont constitué un album de famille contenant des nécrologies, des photos des membres de la famille, des images de son ancienne maison, des anecdotes sur ses animaux de compagnie et d'autres souvenirs de son passé. Selon les propres mots de la contributrice, la résidente est devenue « épanouie, heureuse et fière de ce livre, ainsi que d'elle-même pour avoir trouvé un sentiment d'identité ». Elle est plus sereine dans son quotidien, exprime rarement sa frustration et peut facilement être ramenée à son « Livre de l'identité » dans les moments difficiles. Elle a renoué avec des membres de sa famille et prévoit de prendre contact avec des proches qui vivent loin via Internet.



Les données probantes en action

Recommandation

n°7

Évaluation

La travailleuse sociale est allée au-delà de la simple description des symptômes (anxiété, isolement) pour adopter une approche biopsychosociale de l'histoire de la résidente, de ses changements cognitifs et des causes de sa frustration.

Recommandation

n°8

Intervention: une approche globale

Les soins étaient personnalisés en fonction de ce qui comptait le plus pour la résidente (identité, famille, histoire personnelle), plutôt que de se contenter de programmes sociaux standardisés.

Recommandation

n°12

Thérapies psychologiques

Le « Livre de l'identité » est un outil d'intervention axé sur les souvenirs et la réflexion sur la vie, qui s'appuie sur l'histoire personnelle pour favoriser le sens, l'identité et l'acceptation de soi.

Recommandation

n°14

Développement des compétences en matière de loisirs et activités de loisirs

Le processus de recherche collaborative est devenu en soi une activité structurée et enrichissante à laquelle la résidente revient désormais pour se recentrer.



Accueil coordonné dans un nouveau logement

L'histoire

Le directeur d'un établissement de soins de longue durée et son équipe pluridisciplinaire ont apporté leur soutien à une personne âgée qui, à son arrivée, se sentait seule et isolée après une expérience malheureuse dans un établissement précédent. Le personnel a commencé par l'écouter: il a pris le temps de comprendre ce qui comptait le plus pour lui, notamment son indépendance, la possibilité d'utiliser son scooter, des plats familiers, sa foi et de petits plaisirs « comme une bière à l'apéro ». À partir de là, l'équipe soignante a adopté une approche coordonnée et axée sur les relations humaines: elle a simplifié la prise en charge de son diabète en collaboration avec le médecin et la pharmacie, a supprimé les obstacles pour qu'il puisse se déplacer librement avec son scooter, et s'est assurée que le personnel chargé des loisirs, des soins infirmiers et de l'accompagnement spirituel l'invite personnellement, en l'appelant par son nom, aux repas, à la chapelle et aux activités.

L'impact

Au début, il restait surtout dans sa chambre, mangeait peu et semblait apathique. Au fur et à mesure que le programme se mettait en place, il a commencé à sortir de lui-même avec son scooter pour aller aux repas, à la chapelle et aux activités, sans qu'on ait besoin de le lui demander. Il a commencé à participer à l'apéro, à discuter avec le personnel et ses collègues, et à plaisanter avec l'équipe. Son appétit et son sommeil se sont améliorés, la prise en charge de son diabète s'est simplifiée avec moins de crises, et lui-même ainsi que sa famille ont déclaré qu'il se sentait « comme chez lui » et « bien occupé ».



Les données probantes en action

Recommandation

n°7

Évaluation

Le personnel a procédé à une évaluation approfondie sur les plans social, fonctionnel et médical, en mettant l'accent sur les préférences, les obstacles et les aides disponibles plutôt que sur les déficiences.

Recommandation

n°8

Intervention: une approche globale

Les soins ont été coordonnés entre le personnel infirmier, les animateurs, les accompagnateurs spirituels, les médecins et la pharmacie, dans le cadre d'un processus de prise de décision partagée axé sur les valeurs et les habitudes de vie de chaque patient.

Recommandation

n°10

Activités sociales

Le personnel lui a proposé « des invitations régulières et sans contrainte à se joindre à eux », ce qui lui a permis de participer à son rythme (repas, messe, apéro) sans se sentir obligé.

Recommandation

n°17

La réévaluation

L'équipe a suivi sa réaction à chaque ajustement, en observant les changements au niveau de son humeur, de son appétit et de son implication, et en adaptant son approche en conséquence.



Thé et conversation: Un programme d'accueil vieux de 48 ans

L'histoire

Un responsable de centre communautaire à Calgary anime depuis 48 ans un programme intitulé « Thé et conversation ». L'administrateur l'a décrit comme « souvent l'un des premiers programmes que je recommande à une personne qui a perdu un être cher, qui vit seule depuis longtemps et qui appréhende beaucoup de se lancer dans un nouveau programme ». Les nouveaux membres sont présentés à une table de participants déjà présents, qui sont invités à leur souhaiter la bienvenue, tandis que le personnel vérifie si le placement est adapté et procède aux ajustements nécessaires. L'administrateur a évoqué une participante récente, une veuve timide nouvellement arrivée en ville et sans amis, dont le fils l'avait accompagnée à ses premières activités.

L'impact

Au fil du temps, la nouvelle membre s'est fait des amis, a commencé à participer aux cours de danse country en ligne et « s'est épanouie ». Elle a depuis rejoint le conseil d'administration du centre et ne manque jamais la séance « Thé et conversation », sauf lorsqu'elle est en déplacement pour rendre visite à sa famille.



Les données probantes en action

Recommandation

n°8

Intervention: une approche globale

Le processus d'admission au programme est personnalisé: le personnel s'informe des goûts et des aversions de chaque participant afin de trouver la meilleure solution, puis adapte le placement en fonction de ses observations.

Recommandation

n°9

Prescription sociale

Ce programme sert de ressource communautaire vers laquelle les professionnels de la santé et des services sociaux et les familles peuvent orienter les personnes âgées récemment endeuillées ou confinées à domicile.

Recommandation

n°10

Activités sociales

Une activité de groupe structurée et régulière offre des occasions constantes de participation sociale durable, avec un accompagnement adapté aux nouveaux arrivants.



Sortir de la « spirale descendante vers le désespoir »

L'histoire

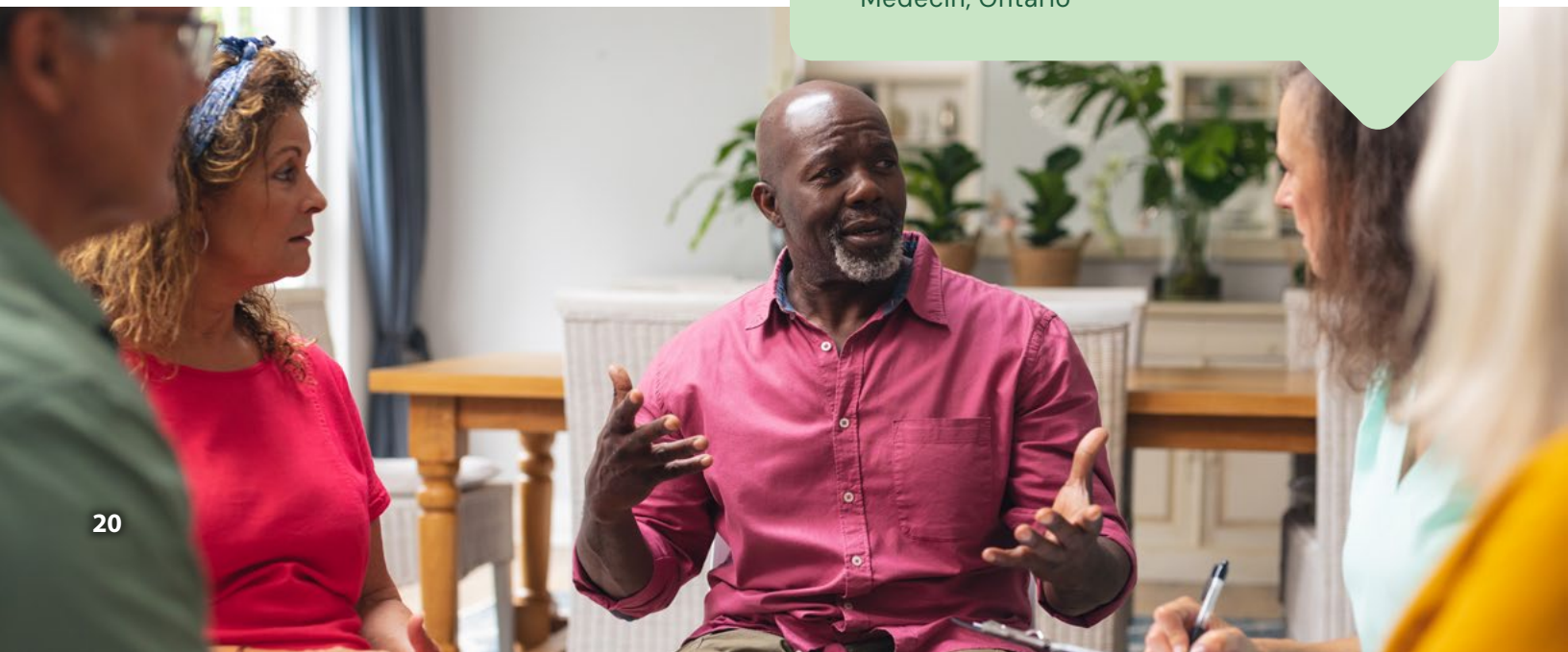
Un intervenant communautaire a rencontré un homme récemment endeuillé, marié depuis 67 ans; son épouse était décédée six mois seulement après avoir reçu un diagnostic de cancer. Le couple s'était installé dans la région pour sa retraite et avait peu d'amis, leurs enfants vivant dans d'autres provinces. Il a rejoint le groupe de marche pour personnes âgées de l'association après avoir vu un prospectus, et par le plus grand des hasards, un autre homme — lui aussi veuf depuis l'année précédente — s'est présenté le même jour. L'intervenant communautaire a ensuite accompagné le groupe prendre un café, et les deux hommes ont commencé à comparer les parcours très différents qu'avaient suivis leurs épouses, malgré la maladie, pour aboutir au même dénouement. Tous deux ont décrit leur situation comme une « spirale descendante vers le désespoir » et ont admis qu'ils devaient s'en sortir et retrouver le goût de vivre.

L'impact

Il a été écouté dans un cadre bienveillant, par des personnes qui lui ont laissé la possibilité d'exprimer ses émotions. Pour la première fois depuis six mois, il avait plus d'une personne à qui parler, et il était profondément reconnaissant d'avoir vu ce prospectus. Il a pu poser des questions à l'autre veuf et s'informer sur les autres services et activités proposés dans la région. L'intervenant communautaire a raconté avoir vu « quelqu'un sortir de la coquille dans laquelle il s'était enfermé, puis sourire et rire avec les autres ».

« Ce n'est pas un problème que les individus peuvent résoudre à eux seuls. C'est comme le tabagisme: il nous faut une réponse à l'échelle de la société. »

– Médecin, Ontario



Les données probantes en action

Recommandation

n°9

Prescription sociale

Un parcours d'orientation basé sur un prospectus a permis à une personne âgée en deuil de rejoindre un groupe de marche communautaire, ce qui lui a ouvert la voie à de nouvelles relations avec ses pairs.

Recommandation

n°10

Activités sociales

La combinaison d'une promenade organisée et d'un café informel après coup a permis de créer de nombreux moments de rencontre décontractés, propices aux échanges.

Recommandation

n°11

Activité physique

La marche en groupe offrait une activité physique modérée tout en favorisant les interactions sociales, ce qui correspond à l'importance accordée par les lignes directrices à l'association de l'activité physique et des liens sociaux.





Du lit d'hôpital à la vie en société

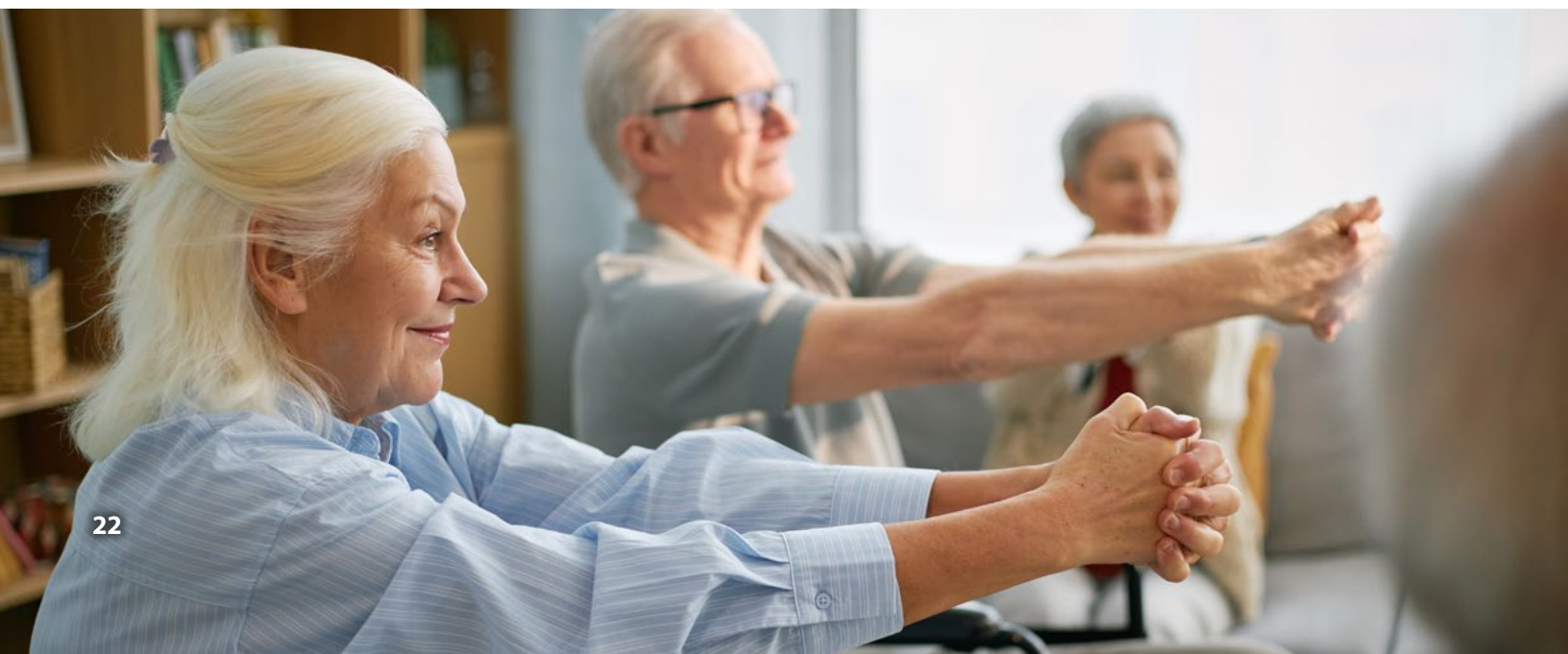
L'histoire

Au début de l'année 2024, une personne âgée a été hospitalisée pour un essoufflement grave et transférée à l'unité de convalescence de l'hôpital public de Saskatoon afin de se rétablir. Elle a travaillé en étroite collaboration avec l'équipe de rééducation pour retrouver sa mobilité, sa force et son endurance, dans le but de pouvoir à nouveau vivre de manière autonome dans son propre appartement. Au cours de son séjour, elle a rencontré un récréothérapeute, qui a évalué ses points forts, ses difficultés et ses besoins en matière de loisirs et d'activités de détente. Ensemble, ils ont défini des objectifs concrets axés sur le maintien des liens sociaux pendant son séjour à l'hôpital et sur les moyens de renouer avec sa communauté après sa sortie.

L'impact

La personne âgée a effectué une transition en douceur vers son domicile et a commencé à participer au programme « Forever...in motion », organisé par la Saskatchewan Health Authority. Il s'agit d'un cours d'activité physique adaptée destiné aux personnes souffrant de maladies chroniques, qui se déroule au Market Mall. Elle s'y est rendue avec l'aide d'une amie de son immeuble, comme prévu pendant son séjour à l'hôpital.

« En peu de temps, cette personne âgée était passée d'une amie à cinq amies, renforçant ainsi ses liens d'amitié et créant une communauté solidaire au sein de son immeuble. Le groupe s'est mis à y aller régulièrement, en profitant souvent de l'occasion pour faire du magasinage, des courses et partager un repas lors de leurs sorties hebdomadaires. »



Les données probantes en action

Recommandation

n°7

Évaluation

Le récréothérapeute a mené une évaluation ciblée des activités récréatives et de loisirs au sein de l'hôpital, afin d'identifier les points forts et les objectifs allant au-delà du rétablissement médical.

Recommandation

n°8

Intervention: une approche globale

La planification de la sortie a été coordonnée entre l'équipe soignante, le patient et un partenaire local, dans le cadre d'un processus de prise de décision partagée axé sur les priorités de la personne âgée.

Recommandation

n°10

Activités sociales

Une activité de groupe au sein de la communauté a permis de maintenir des liens entre pairs après la sortie de l'hôpital.

Recommandation

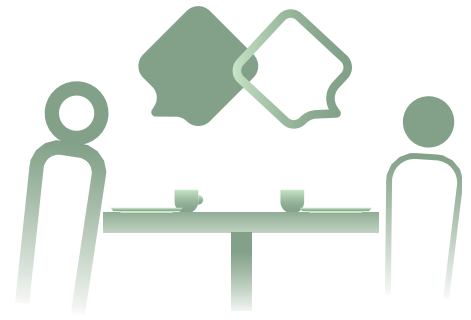
n°11

Activité physique

Un cours d'activité physique adapté a servi à la fois de pratique favorisant la santé et de tremplin vers des liens sociaux plus étroits.

Constitutrice

Chargée de liaison communautaire / Coordinatrice de programme,
Colombie-Britannique



Un rendez-vous avec une personne âgée

L'histoire

Afin de créer des liens et d'instaurer un climat de confiance avec les personnes âgées isolées, cette intervenante communautaire a lancé une initiative intitulée « Un rendez-vous avec une personne âgée ». Comme les personnes âgées avaient souvent du mal à se confier lors d'un entretien officiel ou d'un premier rendez-vous, elle les invitait dans un café ou un restaurant de leur choix pour briser la glace. Autour d'un café, les personnes âgées commençaient à parler de ce qu'elles vivaient et des difficultés qu'elles rencontraient. Ces échanges ont ensuite permis à la chargée de liaison communautaire d'identifier leurs besoins et de les orienter vers les ressources appropriées.

L'impact

Une personne âgée avec laquelle la chargée de liaison communautaire était sortie quittait son domicile pour la première fois depuis le début de la pandémie. Après cette première sortie, elles ont continué à se voir toutes les deux semaines. La personne âgée a recommencé à sortir seule, a retrouvé confiance en elle et n'avait plus peur de sortir de sa zone de confort.

« Elle n'en avait pas fini. Elle avait juste besoin d'un moyen de revenir. »

– Propriétaire/responsable de
programme, Ontario



Les données probantes en action

Recommandation

n°7

Évaluation

L'établissement d'un rapport de confiance grâce à des conversations informelles dans un cadre convivial a permis d'évaluer des besoins qui n'auraient pas été mis en évidence lors d'un entretien d'admission classique.

Recommandation

n°8

Intervention: une approche globale

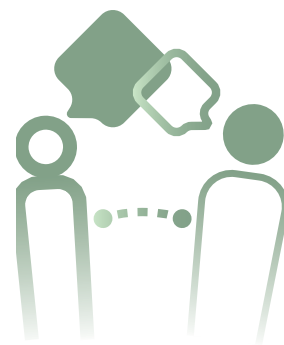
L'intervention a été conçue en fonction du confort, du choix de l'environnement et du rythme de la personne âgée.

Recommandation

n°10

Activités sociales

Le « rendez-vous » en lui-même constituait une activité sociale structurée et régulière qui a permis à la personne âgée de retrouver peu à peu la confiance nécessaire pour s'intégrer à la communauté au sens large.



Réduire la fracture numérique

L'histoire

À la suite d'une étude conjointe menée avec des établissements d'enseignement supérieur et la ville de Toronto sur les besoins en matière d'accès au numérique, cette éducatrice a identifié cinq obstacles majeurs auxquels sont confrontées les personnes âgées: l'absence d'un accès Internet haut débit fiable et abordable; la préférence pour les tablettes ou les ordinateurs portables par rapport aux petits écrans de téléphone; le besoin d'aide pour la configuration des appareils; le besoin de formation à l'utilisation sécurisée d'Internet et aux réseaux sociaux; et la nécessité d'un accompagnement supplémentaire pour les personnes souffrant de déficiences sensorielles, fonctionnelles ou cognitives. Elle a mis sur pied l'équipe de formation « Seneca Digital Access », au sein de laquelle des étudiants en stage aident des personnes âgées isolées et à faibles revenus à se procurer des appareils, à se connecter à Internet gratuitement ou à moindre coût, et à apprendre à naviguer sur le Web en toute sécurité.

L'impact

Ce programme existe depuis quatre ans, en partenariat avec les bibliothèques locales et les associations à but non lucratif de la région du Grand Toronto. Les personnes âgées ont mis à profit ces moyens d'accès et ces compétences pour « rester en contact avec leur famille et leurs amis, rejoindre des groupes virtuels pour faire de l'exercice, participer à des rencontres sociales et à des discussions thématiques, et utiliser des services en ligne, en particulier pendant les mois d'hiver ». L'éducatrice a qualifié ce résultat de « réduction du sentiment d'isolement » et a souligné que, pour certaines personnes âgées, cet accès avait été « littéralement une bouée de sauvetage ».



Les données probantes en action

Recommandation

n°9

Prescription sociale

L'équipe met en relation des personnes âgées isolées et à faibles revenus avec des ressources communautaires concrètes (appareils, Internet, formations, bibliothèques, associations).

Recommandation

n°10

Activités sociales

L'accès numérique devient la porte d'entrée vers des groupes d'exercice en ligne, des rencontres sociales et des discussions thématiques.

Recommandation

n°15

Technologie

Cette initiative porte directement sur l'accès, la culture numérique et les aides adaptatives répondant aux besoins sensoriels et cognitifs — trois domaines que les lignes directrices soulignent comme étant essentiels pour les approches fondées sur la technologie.



Une accessibilité facilitée et un sentiment d'appartenance naturel

L'histoire

Au début de la pandémie, cette instructrice de mouvement en ligne a fait la connaissance d'une femme qu'elle appelle Margaret, qui vivait seule dans une résidence pour personnes âgées et qui venait de perdre son mari après plus de 50 ans de mariage. Elle a participé à l'une des séances matinales de « Gentle Moves Dance » sur Zoom, mais elle a laissé sa caméra éteinte pendant les premières semaines. L'instructrice de mouvement en ligne a décrit son approche comme consistant à « créer des points d'entrée faciles d'accès où le sentiment d'appartenance est naturel »; plutôt que de demander à quelqu'un de s'engager à intégrer une communauté (ce qui peut sembler intimidant quand on se sent seul), elle l'invite à participer à une activité spécifique où les liens se tissent naturellement.

L'impact

Elle a commencé par un cours. En l'espace d'un mois, elle participait à cinq séances par semaine et, caméra allumée, saluait les visages familiers. L'instructrice de mouvement en ligne a observé plusieurs évolutions majeures: des changements physiques (reprise de force et d'équilibre, ainsi que la certitude qu'elle pourrait continuer à vivre de manière autonome), des liens sociaux (passant du statut d'observatrice avec la caméra éteinte à celui de participante active qui se réjouissait de retrouver certaines personnes en cours) et une stabilité émotionnelle (la routine quotidienne lui a donné une structure de vie).



Les données probantes en action

Recommandation

n°10

Activités sociales

Une activité de groupe régulière, accessible à tous et proposée fréquemment, lui a permis de moduler son niveau d'implication.

Recommandation

n°11

Activité physique

Des exercices en groupe, pratiqués en douceur, ont permis de renouer avec l'activité physique et de retrouver une vie sociale.

Recommandation

n°15

Technologie

Le recours à Zoom a permis de lever les obstacles liés au transport et à la mobilité et a favorisé une réinsertion sociale progressive (caméra éteinte → caméra allumée), au rythme de chaque participant.





Le « Men's Shed » : bâtir une communauté côte à côte

L'histoire

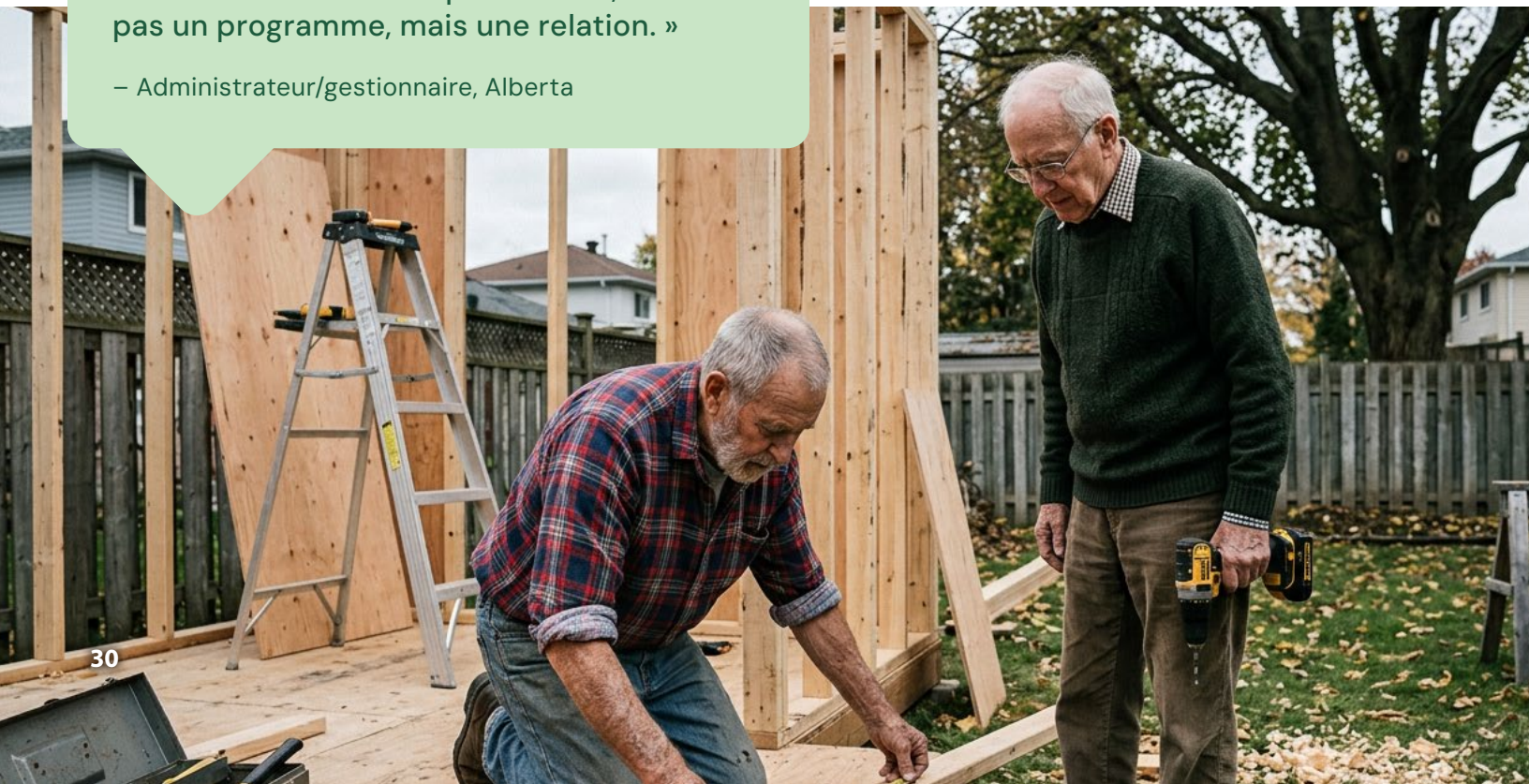
Dans une commune rurale, cet intervenant communautaire a contribué à la création d'un « Men's Shed » destiné aux personnes âgées résidant dans un immeuble de logements locatifs réservé aux plus de 55 ans. En collaboration avec un promoteur immobilier, ils ont mis en place un système d'incitation visant à encourager les résidents âgés à rejoindre le Shed et à participer activement à des projets et à des activités collectives. Le Shed est devenu un espace pratique et informel où les hommes pouvaient bricoler et travailler ensemble sur des projets tout en apprenant à se connaître de manière informelle.

L'impact

Les résidents, qui auparavant restaient plutôt entre eux, ont commencé à participer régulièrement aux activités du Shed, à faire connaissance avec leurs voisins et à se sentir davantage intégrés à la communauté de l'immeuble. L'intervenant communautaire a constaté que le Shed avait élargi les horizons des personnes âgées, renforcé les réseaux de soutien informels et renforcé le sentiment d'appartenance au sein de la résidence.

« Ce dont ils avaient le plus besoin, ce n'était pas un programme, mais une relation. »

– Administrateur/gestionnaire, Alberta



Les données probantes en action

Recommandation

n°10

Activité sociale

Le Men's Shed offre aux hommes d'un certain âge un cadre structuré et régulier leur permettant de se réunir, de travailler sur des projets et de nouer des liens dans une ambiance chaleureuse et familière, ce qui favorise directement leur participation à la vie sociale. Le format « côte à côte » réduit la pression sociale tout en créant un espace propice à la conversation, ce qui peut être particulièrement important pour les personnes qui hésitent à participer à des programmes traditionnels ou davantage axés sur les échanges verbaux.

Recommandation

n°14

Développement des compétences en matière de loisirs et activités de loisirs

Le Shed met l'accent sur des activités de loisirs enrichissantes et pratiques (menuiserie et autres projets impliquant l'utilisation d'outils) qui permettent de développer des compétences et un sentiment d'accomplissement. Le fait de s'appuyer sur un passe-temps apprécié pour créer des liens reflète l'importance accordée par les lignes directrices à l'utilisation d'activités agréables et axées sur les centres d'intérêt pour favoriser la participation sociale, la confiance en soi et le sentiment d'être utile et valorisé.



La bibliothèque, une porte d'entrée vers la communauté

L'histoire

Cette récréothérapeute se rend souvent à la bibliothèque locale, qu'elle utilise à la fois comme ressource et comme lieu de rencontre avec ses clients. Elle l'a décrit comme « un espace généralement considéré comme sûr », calme, qui aide les gens à s'intégrer dans la communauté tout en se renseignant sur les autres programmes de la bibliothèque, en empruntant des livres et en utilisant des ordinateurs accessibles. Avec l'un de ses clients, ils ont cherché ensemble des livres sur la sculpture sur bois, un sujet qui l'intéressait. Ils en ont commandé quelques-uns qui correspondaient à ses besoins, et lorsqu'il a été informé de leur arrivée, le client est retourné à la bibliothèque pour les récupérer lui-même. Grâce à son abonnement à la bibliothèque, il s'est également inscrit à une application de livres numériques qu'il utilise lors de ses promenades quotidiennes. En fin de compte, il s'est avéré que la bibliothécaire avait été camarade de classe du client dans leur jeunesse.

L'impact

« Ils ont commencé à se rendre dans d'autres bibliothèques pour trouver des informations. » Cette personne, qui était socialement isolée, a fini par élargir son cercle de relations. Après avoir travaillé avec la récréothérapeute pendant environ six mois, elle a postulé et obtenu un emploi à temps partiel, et elle préparait ses repas plusieurs fois par semaine. « C'est une grande victoire, car avant, il allait toujours chez sa mère âgée pour les repas et lui rendre visite, et ne fréquentait pas ses amis ou d'autres personnes. »



Les données probantes en action

Recommandation

n°8

Intervention: une approche globale

Le projet a été conçu en fonction de l'intérêt particulier du client (le travail du bois) et d'un environnement dans lequel il se sentait en sécurité.

Recommandation

n°9

Prescription sociale

La bibliothèque a servi de ressource communautaire, le récréothérapeute ayant assuré une transition en douceur vers un environnement de confiance, puis vers d'autres succursales de la bibliothèque.

Recommandation

n°14

Développement des compétences en matière de loisirs et activités de loisirs

Un véritable intérêt pour les loisirs (le travail du bois, la lecture) a servi de base à cette initiative, ce qui a favorisé une plus large participation de la communauté et a finalement débouché sur des emplois rémunérés.



Section 3

Synthèse narrative

Sagesse issue de la pratique sur le terrain

Ces exemples concrets illustrent la santé sociale en action. Cette synthèse rassemble les différents témoignages, en mettant en évidence les mentalités, les stratégies et les enseignements communs qui se dégagent des 94 réponses. Ensemble, ces thèmes constituent une feuille de route concrète pour intégrer les liens sociaux dans la pratique clinique et communautaire. Ils montrent que la lutte contre l'isolement social et la solitude ne se limite pas à la mise en place de nouveaux programmes; il s'agit également de renforcer les pratiques quotidiennes, les relations et les petits moments qui favorisent déjà les liens dans les milieux cliniques et communautaires.

Dans tous les contextes, les professionnels de la santé et des services sociaux ont décrit la santé sociale comme un élément essentiel de la qualité des soins. Ils ont reconnu que la solitude peut avoir des répercussions sur l'humeur, les fonctions cognitives, la motivation, la santé physique, l'adhésion au traitement et le sentiment d'identité. Ils ont également montré que les actions concrètes commencent souvent par de petits gestes délibérés: une question mieux posée, une invitation personnelle, un ajustement pratique, une orientation vers un professionnel, ou un moment de présence sincère. Ces gestes peuvent sembler simples, mais ces témoignages montrent qu'ils peuvent profondément transformer la façon dont une personne âgée vit son quotidien, les soins qu'elle reçoit et sa place dans le monde.

Des pistes concrètes pour créer des liens sociaux

Les professionnels de la santé et des services sociaux ont rarement débuté par une « intervention ciblée sur la solitude » formelle. Au contraire, ils se servaient souvent de besoins pratiques et quotidiens comme points d'entrée en douceur vers une relation plus profonde. C'est en proposant une aide auditive, un trajet jusqu'à l'épicerie, le prêt d'un scooter, un repas ou une réponse à une question technique que le contact s'est établi, et la relation s'est ensuite développée. Ces moments concrets ont permis d'instaurer un climat de confiance, de mettre en lumière des obstacles cachés et d'offrir aux personnes âgées des occasions de se réinsérer à un rythme qui leur semblait raisonnable.

→ Les besoins fonctionnels comme points

d'entrée: Répondre aux besoins immédiats, tels que le transport, l'accès aux technologies, l'approvisionnement en produits alimentaires, la prise régulière de médicaments, les appareils auditifs, les aides à la mobilité ou l'aide à l'alimentation, a souvent ouvert la voie à des liens sociaux plus larges. Un participant a raconté comment un « Food Access Bus », conçu pour remédier aux problèmes de transport et d'accès aux produits alimentaires, est devenu un lieu où les participants échangeaient leurs numéros de téléphone et commençaient à suivre d'autres programmes ensemble. Un autre a expliqué que le traitement de la perte auditive favorisait souvent davantage la participation sociale que n'importe quel programme social, car le retrait social survient souvent dès lors que les personnes ne parviennent plus à suivre une conversation. Ces tâches ont permis aux professionnels de la santé et des services sociaux de découvrir naturellement ce qui comptait pour la personne, qui faisait partie de son réseau de soutien et quels obstacles entravaient sa participation.

→ **Participation sans obstacle:** Les professionnels de la santé et des services sociaux ont décrit des options qui donnaient un sentiment de sécurité, de souplesse et qui n'étaient pas intimidantes: participer à un programme par téléphone, se joindre à un groupe autour d'un café, faire de la marche en salle, être invité personnellement à un repas, observer avant de participer, ou rejoindre un groupe organisé autour d'une activité commune. Ces méthodes permettent de réduire la pression et aident les personnes âgées à avancer pas à pas. Comme l'a conseillé l'un des contributeurs: « Rédigez des invitations personnalisées, courtoises et insistantes. »

→ Des recommandations personnelles, et pas

seulement informatives: Plusieurs intervenants ont ouvertement reconnu les limites des recommandations qui se limitent à une brochure ou à un numéro de téléphone. Les informations seules mènent rarement à des actions concrètes, surtout pour les personnes les plus isolées. Les exemples de mises en relation réussies impliquaient presque toujours une présentation chaleureuse, un accompagnateur pour la première rencontre, un appel téléphonique de suivi ou une organisation partenaire qui facilitait la suite du processus.

→ **Redonner un sens et une capacité d'agir:** Ces témoignages ont montré à maintes reprises que les liens sociaux ne se résument pas seulement au fait d'être intégré; il s'agit aussi de se sentir utile, valorisé et capable d'apporter sa contribution. Les professionnels de la santé et des services sociaux ont permis aux personnes âgées de partager leurs expériences, de transmettre leurs compétences, de participer à de petites tâches, d'accueillir les autres, de prendre part aux décisions ou de renouer avec des rôles qui leur tenaient à cœur. Ces moments peuvent faire évoluer l'identité d'une personne, qui passe alors du statut de « patient », « résident » ou « client » à celui d'« aidant », « enseignant », « ami », « hôte » ou « gardien du savoir ».

Il faut comprendre que la solitude ne se manifeste pas toujours de la même manière

Ces témoignages montrent clairement que la culture, la langue, l'identité et les conditions de vie déterminent la manière dont on perçoit l'isolement et les types de liens qui nous rassurent. Une approche universelle de la santé sociale risque de passer à côté des personnes âgées les plus marginalisées et qui ont le plus besoin de lien social.

- **Sécurité culturelle et identité:** Les intervenants ont souligné l'importance fondamentale d'espaces favorisant l'affirmation de l'identité et ancrés dans la culture pour les personnes âgées autochtones LGBTQIA+ bispirituelles. Ces approches partent des relations humaines, mettent l'accent sur les liens culturels et accueillent chacun tel qu'il est, ouvrant ainsi la voie à un sentiment d'appartenance, à la confiance et à une communauté riche de sens.
- **Langues et minorités linguistiques:** D'autres intervenants ont mis en avant l'expérience des personnes âgées francophones vivant dans des milieux majoritairement anglophones, celle des personnes âgées anglophones vivant dans des régions majoritairement francophones, ainsi que celle des personnes âgées dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français. Proposer des soins, des activités physiques et des programmes sociaux dans la langue de prédilection de chacun n'est pas un simple détail logistique; c'est souvent ce qui fait la différence entre participer à ces activités et rester chez soi.
- **Les aidants familiaux, une population invisible et isolée:** Plusieurs intervenants ont décrit les aidants familiaux, en particulier ceux qui s'occupent d'un proche atteint de démence, comme étant eux-mêmes profondément isolés. Il a été jugé essentiel d'inclure les aidants dans le débat sur la santé sociale, que ce soit par le biais de services de répit, de groupes de soutien ou simplement en leur demandant comment ils vont. Comme l'a fait remarquer l'un des intervenants, « les soignants constituent la colonne vertébrale de notre système de santé, et leur bien-être fait partie intégrante du plan de soins ».
- **Milieux ruraux, isolés et aux ressources limitées:** Les intervenants issus de petites localités et de zones rurales ont fait état de contraintes réelles: des moyens de transport limités, une offre de services réduite, des distances plus longues et un personnel en sous-effectif. Ils ont également expliqué qu'ils adaptaient leurs stratégies à leur communauté plutôt que d'importer des modèles urbains, et qu'ils utilisaient toutes les ressources disponibles (bibliothèques, églises, groupes de marche, programmes téléphoniques) comme points d'ancrage pour créer des liens.



« Ne vous contentez pas de supposer: prenez le temps de comprendre les causes de l'isolement social. »

– Intervenante communautaire, Manitoba

De l'action individuelle à la responsabilité partagée

Ces témoignages mettent en avant la créativité et l'engagement de chaque professionnel de la santé et des services sociaux, mais ils montrent aussi clairement que la lutte contre l'isolement social et la solitude ne peut reposer uniquement sur les efforts individuels. De nombreux intervenants ont évoqué le fait de devoir travailler dans des délais serrés, avec des effectifs réduits, des problèmes de transport, des ressources limitées et un accès inégal aux programmes communautaires. Dans ce contexte, la santé sociale doit être considérée comme une responsabilité partagée entre les équipes, les organisations, les communautés et les systèmes.

- **Observation en équipe:** Plusieurs exemples ont montré l'intérêt de partager ses observations entre les différents services. Le personnel soignant, les infirmières, les récréothérapeutes, les travailleurs sociaux, les médecins, les bénévoles, le personnel d'entretien, les accompagnateurs spirituels et le personnel de restauration peuvent chacun percevoir différents signes de retrait, de détresse ou de réintégration. Lorsque ces observations sont partagées lors de réunions informelles, de réunions de concertation, par le biais de notes ou de communications informelles, l'ensemble de l'équipe est mieux à même d'intervenir.
- **Lien intersectoriel:** Les professionnels de la santé et des services sociaux s'appuyaient souvent sur des partenariats avec des organisations communautaires, des accompagnateurs en prescription sociale, des centres pour personnes âgées, des bibliothèques, des communautés religieuses, des écoles, des bénévoles, des services de transport et des programmes locaux. Ces partenariats ont permis de transformer un simple point de contact en un réseau de soutien plus étendu. Ces témoignages montrent qu'une bonne connaissance du milieu local et des prises en charge chaleureuses sont essentielles, en particulier pour les personnes âgées qui peuvent se sentir anxieuses, désorientées ou dépassées.
- **Soutien organisationnel:** Les intervenants ont également souligné la nécessité de disposer de temps réservé, de formations, d'une reconnaissance de la part de la direction, d'un soutien en matière de personnel et de filières d'orientation durables. Si de nombreux professionnels de la santé et des services sociaux ont trouvé le moyen d'intégrer cette approche dans leurs processus de travail existants, certains ont déclaré avoir dû se surmener au-delà de ce qui est tenable. Le défi à relever consiste désormais à faire en sorte que la santé sociale ne repose pas uniquement sur la bonne volonté individuelle, mais qu'elle soit intégrée dans les systèmes de soins.

L'impact réciproque: implications pour les professionnels de la santé et des services sociaux

Si la priorité accordée à la santé sociale profite aux personnes âgées, ces témoignages montrent également que cela a un impact considérable sur les professionnels de la santé et des services sociaux eux-mêmes. De nombreux intervenants ont décrit ces moments de partage comme étant profondément enrichissants, source de renouveau professionnel et source de satisfaction personnelle. Accompagner une personne âgée qui retrouve le sourire, prend la parole en groupe, participe à un repas, renoue avec sa famille ou reprend confiance en elle a rappelé aux professionnels de la santé et des services sociaux pourquoi ils avaient choisi ce métier.

→ **Un regain de motivation:** Le fait d'être témoin d'un changement chez une personne âgée, en particulier chez quelqu'un qui était auparavant renfermé, craintif ou isolé, confirmait souvent l'importance du rôle des professionnels de la santé et des services sociaux. Ces moments ont permis aux intervenants de constater l'impact concret des soins relationnels.

→ **Les relations humaines, source de renouveau professionnel:** Plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux ont indiqué que les liens sociaux constituaient un soutien tant pour eux-mêmes que pour les personnes âgées. Un intervenant a fait remarquer qu'être à l'écoute de quelqu'un qui exprimait ses pensées était « apaisant » et « bénéfique pour mon propre bien-être ». Ces témoignages suggèrent que des liens humains authentiques peuvent contrebalancer la tension émotionnelle qui règne dans les milieux de soins, souvent très chargés et complexes.

→ **Lien personnel avec ce travail:** De nombreux intervenants ont apporté à cet ouvrage leur expérience personnelle du vieillissement, de l'aide aux personnes dépendantes, du deuil, de la solitude, des liens familiaux ou de l'engagement associatif. Cela a donné à ces récits une dimension profondément humaine, et pas seulement professionnelle. Leurs témoignages nous rappellent que l'isolement social et la solitude ne sont pas de simples problèmes cliniques abstraits; ce sont des réalités qui touchent aussi bien les familles, les communautés, les soignants que les systèmes de santé.

Dans l'ensemble, ces thèmes montrent que la santé sociale relève à la fois de la pratique et de la culture. Cela se reflète dans la manière dont les professionnels de la santé et des services sociaux posent des questions, remarquent les changements, adaptent l'environnement, instaurent un climat de confiance, collaborent avec les autres et font en sorte que les personnes âgées se sentent comprises et utiles. Ces récits véhiculent un message plein d'espoir, mais réaliste: même si la solitude est un phénomène complexe, il est possible d'agir de manière constructive. De petits gestes réguliers et centrés sur la personne peuvent ouvrir la voie à des liens, et lorsque ces gestes sont soutenus par les équipes, les organisations, les communautés et les systèmes, ils peuvent s'inscrire dans une évolution plus large vers des soins qui considèrent le lien social comme un élément essentiel, et non comme une option, et qui reconnaissent que la santé sociale est indissociable de la santé physique et mentale pour bien vieillir.

« C'est important pour nous aussi »

Dans l'ensemble des témoignages, les professionnels de la santé et des services sociaux ont expliqué que ce travail leur apportait autant qu'il en apportait aux personnes âgées dont ils s'occupent.

« Je suis une personne âgée vivant seule, et je trouve que le bénévolat et le fait d'apporter une contribution positive aux autres me donnent un sentiment d'utilité et d'accomplissement, et m'aident à me sentir moins seule et moins isolée. »

– Bénévole dans un musée, en Ontario

« Je peux être une source de force pour les autres, et cela me remplit de joie. Je suis celle qui les aide à trouver leur voix afin qu'ils puissent défendre leurs propres intérêts. »

– Infirmière auxiliaire diplômée, Colombie-Britannique

« Ce travail me procure un sentiment de satisfaction profonde quand je sais que j'ai fait une différence! »

– Éducateur, Colombie-Britannique

« Ça m'a donné l'impression d'avoir fait une différence. C'est une personne de moins dans le système de santé qui ne passe pas entre les mailles du filet. »

– Récréothérapeute, Alberta

« Cette expérience m'a procuré un profond sentiment d'épanouissement et m'a rappelé pourquoi j'ai choisi de travailler dans ce domaine. »

– Étudiante en soins infirmiers, Ontario

« Savoir que le simple fait d'offrir à quelqu'un un « exutoire » qui lui permette de réguler son système nerveux est apaisant, et que cela fait également du bien à mon propre système nerveux. »

– Intervenante communautaire, Colombie-Britannique

« Les bénévoles de HELP décrivent leur travail comme profondément enrichissant, car ils peuvent constater et ressentir l'impact qu'ils ont sur la réduction de l'isolement et de la solitude chez les personnes âgées. Beaucoup affirment que c'est la raison pour laquelle ils restent dans le programme année après année. »

– Spécialiste du programme Elder Life (HELP), Ontario

Réflexion finale

Ce projet a clairement montré que les professionnels de la santé et des services sociaux, tous milieux confondus, accomplissent déjà un travail approfondi et qualifié pour détecter l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées, y répondre et militer en faveur de la lutte contre ces phénomènes. Leurs récits mettent en lumière à la fois la créativité et l'engagement dont ils font preuve dans leurs interactions quotidiennes, ainsi que les contraintes bien réelles liées au temps, aux effectifs, à la géographie, au logement et à la conception des systèmes, qui déterminent ce qui est réellement possible dans la pratique. Les réflexions et les outils présentés dans ce rapport ne visent pas à ajouter une nouvelle couche d'attentes, mais à mettre en lumière et à valoriser ce qui se passe déjà, à donner des mots à ce qui passe souvent inaperçu, et à ouvrir de petites brèches propices à l'apprentissage collectif et au changement.

Pour l'avenir, les lignes directrices et les témoignages recueillis dans le cadre de cette campagne vont tous dans le même sens: la lutte contre l'isolement social et la solitude ne peut pas reposer uniquement sur les initiatives individuelles des professionnels de la santé et des services sociaux. Cela nécessite une collaboration intersectorielle, un soutien organisationnel et une attention politique qui reconnaissent les liens sociaux comme un élément essentiel de la santé. Les obstacles décrits plus haut dans ce rapport mettent en évidence les domaines dans lesquels des changements en matière de politique, de financement et de conception des systèmes s'imposent de toute urgence. Nous espérons que ce rapport aidera les professionnels de la santé et des services sociaux, les responsables, les personnes âgées, les aidants et les organisations communautaires à poursuivre le dialogue, à adapter ces idées à leur propre contexte, à plaider en faveur des structures et des ressources nécessaires pour prévenir et réduire l'isolement social et la solitude, et à continuer de mettre en place des systèmes dans lesquels l'isolement social et la solitude ne sont plus considérés comme des aspects inévitables du vieillissement, mais reconnus comme des problèmes que nous pouvons prévenir et résoudre ensemble.

« Personne ne devrait être seul et isolé. La plupart de ces gens ont donné leur vie à la société et ont contribué à ce que nous sommes et ce que nous avons... Briser l'isolement signifie une meilleure qualité de vie et aide à une santé psychologique plus saine. »

– Intervenante communautaire, Québec

Références

- Barry, M. J., et Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making — The pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- CCSMPA. (2024). Canadian clinical guidelines on social isolation and loneliness in older adults. Toronto, Canada. <https://ccsmh.ca/areas-of-focus/social-isolation-and-loneliness/clinical-guidelines/>
- CCSMPA, Horgan, S., Prorok, J. et Sangster, A. (2026). Strengthening Canada's health and social services response to social isolation and loneliness in older adults: Moving policy, practice, and systems forward. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.
- Gouvernement du Canada. (2018). Social isolation of seniors: A focus on LGBTQ seniors in Canada. Emploi et Développement social Canada. <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/seniors/forum/social-isolation-lgbtq.html>
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Holt-Lunstad, J., et Perissinotto, C. (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>
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>
- Bureau de l'Administrateur de la santé publique des États-Unis. (2023). Our epidemic of loneliness and isolation: The U.S. Surgeon General's Advisory on the healing effects of social connection and community. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/surgeon-general-social-connection-advisory.pdf>
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: A global challenge. *Global Health Research and Policy*, vol. 5, p. 27. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>



CCSMH

Canadian Coalition for
Seniors' Mental Health

CCSMPA

Coalition canadienne pour la
santé mentale des personnes âgées

Avec le soutien de



cagp

CANADIAN ACADEMY OF
GERIATRIC PSYCHIATRY

acgp

ACADÉMIE CANADIENNE
DE GÉRONTOPSYCHIATRIE

info@ccsmh.ca

www.ccsmh.ca

