



## Points de repère du rédacteur

► Selon des estimations faites en 2017, 17% de la population au Canada est âgée de 65 ans et plus. On s'attend à ce que cette population, surtout celle de plus de 75 ans, atteigne plus du double au cours des 20 prochaines années. Des données probantes émergentes font valoir que des facteurs sociaux, y compris l'isolement social, la solitude et la vulnérabilité sociale, sont associés à une morbidité et à une mortalité considérables, et qu'ils sont comparables à des facteurs de risque établis, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité et la fragilité.

► Les médecins de famille et d'autres professionnels des soins primaires pourraient bien être les seuls points de contact social pour de nombreux patients plus âgés. Il a été proposé qu'étant donné que les médecins procèdent déjà au dépistage d'autres facteurs de risque, les médecins de soins primaires pourraient identifier les patients isolés, esseulés ou socialement vulnérables, et recommander des interventions fondées sur des données probantes susceptibles de renforcer des liens sociaux.

► Certaines interventions qui ciblent la solitude et l'isolement social sont prometteuses, mais plus de recherches sont nécessaires pour pouvoir conseiller avec assurance les interventions efficaces adaptées aux diverses populations. Il est essentiel d'adopter une approche centrée sur le patient dans le choix des interventions, et d'assurer des partenariats bien définis et une bonne coordination entre les professionnels de la santé et ceux qui travaillent dans d'autres secteurs.

# Isolement social et solitude : les nouveaux géants gériatriques

## Approche à l'intention des soins primaires

Amy Freedman MD CCFP(COE) FCFP Jennifer Nicolle MD CCFP

### Résumé

**Objectif** Examiner les problèmes de l'isolement social, de la solitude et de la vulnérabilité sociale chez les adultes plus âgés, de même que les risques qui leur sont associés, et aider les professionnels des soins primaires à identifier les patients à risque et à recommander des interventions efficaces.

**Sources de l'information** Une recherche documentaire a été effectuée dans PubMed et PsycINFO en se servant des expressions *aged, social isolation, loneliness, screening* et *interventions*, de même que des mots clés associés pour trouver des articles pertinents en anglais. Les références des articles cernés ont aussi fait l'objet d'une recherche manuelle. Une recension distincte dans la littérature grise à l'aide de Google a aussi été faite pour trouver des documents de politiques et du matériel de transfert des connaissances provenant d'organisations appropriées. La recherche portait sur les articles publiés durant les 10 années précédant juin 2019.

**Message principal** L'isolement social, la solitude et la vulnérabilité sociale sont très fréquents chez les adultes plus âgés; ils sont liés à une morbidité et à une mortalité considérables, et sont comparables à des facteurs de risque établis comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité et la fragilité. De nombreuses interventions pour lutter contre la solitude et l'isolement social ont fait l'objet d'études : la facilitation sociale (y compris avec la technologie), l'exercice, les psychothérapies, les services sociaux et de santé, la zoothérapie, les programmes d'amitié, les loisirs et le perfectionnement des compétences. Par ailleurs, les données scientifiques actuelles sur leur efficacité sont limitées. Les besoins des populations mal desservies et marginalisées, y compris les nouveaux immigrants, les adultes plus âgés s'identifiant comme LGBTQ+ (lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer ou en questionnement, et les communautés connexes), les personnes âgées autochtones et les aînés qui vivent dans la pauvreté, de même que les besoins des bénéficiaires de soins de longue durée et des aidants plus âgés, doivent être évalués de manière plus approfondie.

**Conclusion** L'isolement social, la solitude et la vulnérabilité sociale sont des problèmes fréquents chez les adultes plus âgés, et ils ont des répercussions importantes sur la santé. Les médecins de famille sont bien placés pour identifier les aînés esseulés ou socialement isolés et enclencher l'amorce des services voulus.

### Description du cas

Natasha est une femme de 85 ans que vous voyez pour traiter son hypertension et son arthrose. Son conjoint est décédé il y a 6 mois des suites d'une démence avancée, et elle vit seule dans un appartement subventionné. Elle ne sort que pour faire l'épicerie et pour vous consulter. Elle a

immigré du Danemark il y a de nombreuses années, et ses 2 enfants adultes vivent à l'étranger. Elle ne fréquente pas d'amis, puisque la plupart d'entre eux sont décédés ou qu'elle a perdu contact avec eux pendant qu'elle s'occupait de son mari. Elle a cessé d'aller à l'église depuis quelques années. Elle a mal aux genoux et a l'impression que sa démarche n'est plus aussi sûre qu'avant.

Une résidente travaille avec vous aujourd'hui, et elle procède à une anamnèse rigoureuse, qui inclut de passer en revue les symptômes de Natasha et les principaux syndromes gériatriques.

Elle présente plusieurs suggestions utiles, notamment ajuster la médication de Natasha, prescrire quelques investigations limitées, et demander à un ergothérapeute d'évaluer la sécurité de son domicile et la nécessité d'utiliser une aide à la marche.

Lorsque vous proposez à Natasha de revenir dans 4 à 6 semaines, elle vous répond: «Cela me semble long... Pourquoi pas dans 2 semaines?»

À plusieurs égards, la résidente a fait une évaluation approfondie de cette femme fragile, et a tenu compte d'un bon nombre des «géants gériatriques» enseignés aux étudiants en médecine. Par ailleurs, sa compréhension de la santé de Natasha ne tient pas compte des facteurs les plus susceptibles d'influencer sa qualité de vie et même sa mortalité: la vulnérabilité sociale, la solitude et l'isolement social.

## Sources de l'information

Nous avons fait une recherche documentaire dans PubMed et PsycINFO, portant sur la période entre 2008 et juin 2019, à l'aide des expressions *aged*, *loneliness*, *social isolation*, *screening* et *interventions* et de mots clés connexes. La recension dans PubMed se limitait à passer en revue les articles publiés en anglais. Les références des articles cernés ont aussi fait l'objet d'une recherche. Des documents de politiques publiques produits au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni (R.-U.) ont été trouvés en ligne en utilisant Google et les mêmes termes de recherche. Les revues systématiques, les méta-analyses et les documents de politiques ont été inclus s'ils portaient sur l'efficacité des interventions relatives à la solitude ou à l'isolement social chez des adultes plus âgés. Cet article ne doit pas être considéré comme une revue systématique formelle, et il ne présente pas de synthèse quantitative de ce domaine.

## Message principal

**Ampleur du problème.** Selon des estimations faites en 2017, 17% de la population au Canada est âgée de 65 ans et plus. On s'attend à ce que cette population, surtout les personnes de plus de 75 ans, atteigne plus du double au cours de 20 prochaines années<sup>1</sup>. Des données probantes émergentes font valoir que des facteurs sociaux ont des répercussions considérables sur la mortalité et sur de nombreux aspects de la santé chez les adultes

plus âgés<sup>2</sup>. Des expressions comme *isolement social*, *vulnérabilité sociale* et *solitude*, définies à l'**Encadré 1**<sup>3,4</sup> font de plus en plus l'objet de discussions importantes. Des agences de la santé publique et des gouvernements favorisent la réduction de la solitude et le renforcement des réseaux sociaux, et les considèrent comme d'importants objectifs en matière de santé publique. En 2013-2014, le Conseil national des aînés a préparé un rapport pour Santé Canada sur l'isolement social des personnes âgées<sup>5</sup>. Le R.-U. finance un ministère de la Solitude, de même qu'une campagne pour mettre un terme à la solitude, sous la forme d'un réseau d'organisations qui travaille à réduire la solitude chez les aînés au moyen d'actions, de pratiques, de recherches et de politiques communautaires<sup>6,7</sup>. L'Organisation mondiale de la Santé a aussi créé le Réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés, une importante stratégie dont le but est d'encourager l'engagement social des personnes plus âgées<sup>8</sup>.

Par ailleurs, des études ont démontré que les médecins de famille ont de la difficulté à identifier leurs patients esseulés<sup>9</sup>. Une étude en Hollande a révélé que même si les médecins de famille reconnaissent l'importance du sentiment de solitude des patients dans leur pratique au quotidien, ils éprouvaient des difficultés à réagir à ce sentiment et étaient confrontés à un manque d'options thérapeutiques<sup>10</sup>.

La prévalence de l'isolement social varie de 6 à 43% chez les adultes plus âgés vivant dans la communauté, et de 10 à 50% signalent se sentir seuls<sup>3,5,11</sup>.

**Importance du problème.** Même si des facteurs intrinsèques comme la génétique, les problèmes médicaux et la fragilité contribuent à la santé, on reconnaît de plus en plus les effets des déterminants de la santé, notamment les conditions dans lesquelles les personnes sont

### Encadré 1. Définitions

*L'isolement social* est communément défini comme le fait d'avoir des contacts peu fréquents et de piètre qualité avec autrui. Il se mesure objectivement à l'aide d'observations du réseau social d'une personne<sup>3</sup>.

*La solitude* est le sentiment d'être seul, qu'importe la taille objective du réseau social<sup>3</sup>. La solitude est souvent considérée comme la contrepartie subjective de l'isolement social.

*La vulnérabilité sociale* peut aider à expliquer comment les circonstances sociales sont liées à la santé, et elle désigne la mesure dans laquelle la situation sociale d'une personne la rend vulnérable à d'autres atteintes sociales ou sur le plan de la santé<sup>4</sup>. Andrew et ses collègues ont opérationnalisé ce concept en produisant un indice de la vulnérabilité sociale, qui comporte des variables signalées par les intéressés, notamment la situation socioéconomique, les relations, les soutiens sociaux, la littératie et la situation de vie, des facteurs qui ont été antérieurement établis dans l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada<sup>4</sup>.

nées, vivent et vieillissent. Il a été démontré dans une méta-analyse que la solitude et l'isolement social sont liés à un risque plus élevé de mortalité de 26 et 29% respectivement<sup>12</sup>. Ce risque accru de mortalité se situe dans la même catégorie que celui de fumer 15 cigarettes par jour ou d'avoir un trouble de consommation d'alcool. De plus, les risques de la solitude pour la santé surpassent ceux liés à l'obésité<sup>12</sup>. Les médias ont diffusé ces conclusions en leur donnant comme grand titre accrocheur «La solitude est le nouveau tabagisme». Une récente méta-analyse a fait valoir que le risque de développer une démence chez les personnes vivant de forts degrés de solitude était de 1,58 fois plus grand que chez les personnes qui avaient un réseau social<sup>13</sup>. Selon de bonnes données probantes, les personnes esseulées ou socialement isolées ont un risque accru de problèmes physiques et mentaux, et utilisent davantage les services de santé (Tableau 1)<sup>3-5,11-19</sup>.

À l'inverse, une plus grande participation sociale a été associée à une baisse des incapacités et de la mortalité<sup>19,20</sup>. Dans la méta-analyse par Holt-Lunstad et ses collègues, la probabilité de survie des personnes qui avaient des relations sociales plus solides était 50% plus grande<sup>12</sup>. Il a été démontré que les liens sociaux améliorent l'observance des schémas posologiques médicaux<sup>21</sup> et réduisent la durée des hospitalisations<sup>2</sup>.

**Facteurs de risque.** Il a été constaté que de nombreuses variables sont liées à un risque accru de solitude, d'isolement social et de vulnérabilité sociale (Tableau 2)<sup>1,3,4,22</sup>.

**Identifier et atteindre les patients isolés ou esseulés.** Les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé sont bien placés pour identifier les patients isolés ou esseulés, puisqu'ils pourraient bien être les seuls points de contact sociaux de nombreux patients<sup>7,23-25</sup>. Au R.-U., 3 généralistes sur 4 disent voir entre 1 et 5 personnes par jour qui sont venues principalement à la clinique parce qu'elles se sentaient seules<sup>7</sup>. Il a été suggéré que puisque les médecins procèdent déjà au dépistage d'autres facteurs de risque, comme le tabagisme, l'alimentation et l'exercice, les médecins de soins primaires puissent jouer un rôle pour identifier les patients isolés, esseulés ou socialement vulnérables, et recommander des interventions fondées sur des données probantes susceptibles de renforcer des liens sociaux<sup>25,26</sup>.

Le rapport du Conseil national des aînés a confirmé qu'une approche «réactive» était actuellement employée pour répondre aux besoins des personnes socialement isolées, dont plusieurs ne sont identifiées ou aidées qu'en

**Tableau 1. Issues indésirables liées à la solitude et à l'isolement social**

SANTÉ PHYSIQUE	SANTÉ MENTALE	UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ
• Mortalité accrue	• Dépression accrue	• Augmentation des visites à l'urgence
• Augmentation du nombre de chutes	• Hausse de la démence	• Augmentation des visites chez le médecin
• Hausse des maladies cardiovasculaires	• Baisse de la satisfaction envers la vie	• Augmentation des réadmissions à l'hôpital
• Hausse des maladies graves	• Hausse de la maltraitance des aînés	• Hausse des admissions en soins de longue durée
• Augmentation du déclin fonctionnel		
• Hausse de la malnutrition		

Données tirées de Keefe et coll.<sup>3</sup>, d'Andrew et coll.<sup>4</sup>, du Conseil national des aînés<sup>5</sup>, de Menec et coll.<sup>11</sup>, de Holt-Lunstad et coll.<sup>12</sup>, de Kuiper et coll.<sup>13</sup>, du Medical Advisory Secretariat<sup>14</sup>, de Wright-St Clair et coll.<sup>15</sup>, d'Eng et coll.<sup>16</sup>, de Mistry et coll.<sup>17</sup>, de Faulkner et coll.<sup>18</sup> et de Mendes de Leon et coll.<sup>19</sup>.

**Tableau 2. Facteurs de risque d'isolement social, de solitude et de vulnérabilité sociale**

FACTEURS DE RISQUE SOCIODÉMOGRAPHIQUES	FACTEURS DE RISQUE MÉDICAUX	FACTEURS DE RISQUE SOCIAUX
• Âge avancé	• Multimorbidité	• Vivre seul
• De sexe féminin	• Perte auditive ou de la vue	• Vivre loin de la famille
• Faible revenu	• Perte auditive et de la vue	• Manque de moyens de transport
• Vivre en établissement de soins de longue durée	• Déficience cognitive	• Peu d'amis
• Vivre en région rurale éloignée	• Déficience fonctionnelle	• Aidant d'un proche parent plus âgé
• Vivre en milieu urbain à faible revenu	• Fragilité	• Changements dans la vie: changement de lieu de résidence, rétrécissement du réseau social, perte d'un conjoint, santé en déclin et perte du permis de conduire

Data from the Canadian Institute for Health Information,<sup>1</sup> Keefe et al,<sup>3</sup> Andrew et al,<sup>4</sup> and Mick et al.<sup>22</sup>

cas de crise<sup>5</sup>. Au nombre des échelles validées pour évaluer les aînés à risque d'isolement social ou de solitude qui pourraient bénéficier d'une intervention figurent le Lubben Social Network Scale<sup>27,28</sup> et l'échelle de la solitude en 3 points (Three-item Loneliness Scale, **Tableau 3**)<sup>29</sup>. Des questions de dépistage en un seul point sont aussi possibles, comme : « À quelle fréquence vous sentez-vous seul (presque jamais ou jamais, parfois, souvent<sup>11,30?</sup> » Les questions en un seul point ont moins souvent été étudiées,

mais elles sont couramment utilisées en recherche et pourraient être plus pratiques dans la pratique clinique<sup>11,30-32</sup>.

Certaines communautés ont utilisé des ensembles de données existants concernant des facteurs de risque de solitude, comme la délimitation de régions géographiques présentant plus de facteurs de risque (créer une « carte des points chauds de la solitude ») pour cibler les services. D'autres communautés ont formé « des sources de référence non traditionnelles », comme des personnes avec qui les adultes plus âgés pourraient être en contact (p. ex. bénévoles, commerçants), une approche appelée « intervenants sur le terrain »<sup>7,33,34</sup>.

**Tableau 3. L'échelle de la solitude en 3 points**

QUESTION*	PRESQUE		
	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
À quelle fréquence ressentez-vous que vous manquez de compagnie?	1	2	3
À quelle fréquence ressentez-vous qu'on vous laisse de côté?	1	2	3
À quelle fréquence vous sentez-vous isolé des autres??	1	2	3

\*Participants are told "These questions are about how you feel about different aspects of your life. For each question, answer how often you feel that way." Scores range from 3-9, with higher scores indicating greater loneliness.  
Data from Hughes et al.<sup>29</sup>

**Interventions.** Diverses interventions visant la réduction de la solitude et de l'isolement social ont fait l'objet d'études (**Tableau 4**)<sup>14,35-46</sup>. De multiples revues systématiques qui évaluaient ces interventions ont tiré des conclusions différentes et souvent contradictoires<sup>14,35-46</sup>. Par exemple, plusieurs revues systématiques ont fait valoir de meilleurs résultats avec des interventions en groupe de nature éducative ou sociale, ou qui combinaient de l'exercice avec des loisirs ou une intervention psychosociale<sup>35-38</sup>. Par ailleurs, d'autres revues ont cerné plus de données probantes en faveur d'interventions sur une base individuelle (comme la vidéoconférence, le recours à Internet et la zoothérapie)<sup>39-42,46</sup>. Les revues systématiques soulèvent la faible qualité méthodologique des études primaires, notamment la

**Tableau 4. Comparaison des interventions pour lutter contre l'isolement social et la solitude**

INTERVENTION	EXEMPLES	RÉSULTATS PERTINENTS
Facilitation sociale	En groupe : clubs sociaux, programmes de jour Individuellement : vidéoconférences avec la famille, jeux vidéo interactifs, salons de clavardage	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les interventions en groupe les plus réussies comportent un angle éducatif ou psychosocial<sup>14,35-38,40</sup></li> <li>La technologie a principalement été étudiée sur le plan individuel, tant dans la communauté que dans les établissements<sup>14,37,39-42,46</sup></li> </ul>
Thérapies psychologiques	Thérapie par l'humour, réduction du stress fondée sur la pleine conscience, programmes d'amélioration cognitive, thérapie de la réminiscence en groupe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sous la direction de professionnels de la santé</li> <li>Il est difficile de déterminer l'effet du groupe lui-même par rapport à la thérapie<sup>43,44,46</sup></li> </ul>
Avec des animaux	Visites d'animaux vivants, de chiens robots	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les 2 sont probablement efficaces<sup>39,40,43</sup></li> <li>Principalement étudiées dans les résidences et les centres de soins de longue durée</li> </ul>
Activités physiques	Exercice, exercice plus loisirs, alimentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>La réussite des interventions est plus probable lorsqu'un professionnel de la santé participe à leur mise en œuvre et si elles ont lieu plus d'une fois par semaine<sup>38</sup></li> </ul>
Soins de santé et sociaux	Identification et recommandation pour les personnes à risque, programmes de rayonnement, réadaptation gériatrique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ces interventions impliquent la participation de personnes bien formées ou de professionnels de la santé<sup>37,43,45,46</sup></li> </ul>
Programmes d'amitié	Visites individuelles de bénévoles, soutien par téléphone	<ul style="list-style-type: none"> <li>Souvent des personnes confinées à domicile</li> <li>Dirigées par des bénévoles</li> <li>Moins efficaces, mais souvent la seule option pour certains<sup>35,36</sup></li> </ul>
Loisirs et perfectionnement des compétences	Jardinage, arts, art culinaire, sports, formation en informatique, musique	<ul style="list-style-type: none"> <li>La formation sur ordinateur et Internet est probablement efficace<sup>14,40,41,43,46</sup></li> <li>Les activités de loisirs sont plus efficaces avec de l'exercice ou du soutien<sup>38</sup></li> </ul>

Adapted from Gardiner et al.<sup>43</sup>

petite taille des échantillons, une durée de suivi insuffisante pour évaluer les bienfaits pour la santé, l'omission de mesurer l'utilisation des soins de santé et le manque d'uniformité dans la façon de mesurer l'isolement social ou la solitude, si ces derniers étaient effectivement mesurés<sup>14,35-46</sup>. La revue effectuée par l'Agency for Healthcare Research and Quality a coté moins de la moitié des études incluses comme étant de qualité acceptable ou bonne<sup>38</sup>.

Compte tenu de la qualité médiocre des études, il est difficile de tirer des conclusions concernant les facteurs qui contribuent à la réussite des interventions. Il a été suggéré que le mécanisme selon lequel la technologie pourrait atténuer l'isolement social résiderait dans les rapports avec la famille et les amis, l'obtention d'un soutien social, la participation à des domaines d'intérêt et le rehaussement de la confiance en soi<sup>41</sup>. Gardiner et ses collègues font valoir, dans leur revue intégrative, que les interventions les plus réussies ont en commun les caractéristiques suivantes: l'adaptabilité au contexte local et le contrôle local de la conception, une approche de développement communautaire (dans laquelle les interventions sont conçues et mises en œuvre par les utilisateurs des services) et des activités de mobilisation productive (individuellement ou en groupe) plutôt que des activités passives<sup>43</sup>.

La «prescription sociale» est un nouveau modèle pour aborder l'isolement social et la solitude; il est largement adopté et valorisé au R.-U., et fait l'objet d'études dans des communautés en Ontario<sup>7,47</sup>. Il s'agit d'une approche générale qui n'est pas centrée sur ce qui est livré, mais plutôt sur la façon dont les services sont fournis à une communauté locale. Dans un tel modèle, un patient est identifié dans le contexte des soins primaires et est dirigé vers un navigateur qui évalue ses besoins et le met en contact avec les services appropriés (p. ex. répit aux aidants, services sensoriels, loisirs, transport, alimentation ou soutien au revenu). Des études individuelles sur ce modèle ont cerné des améliorations dans les mesures de la santé telles que rapportées par l'intéressé et des réductions dans le recours aux services de santé. Par contre, une récente revue systématique portant sur la prescription sociale a révélé que les données actuelles ne fournissent pas assez de détails pour juger de sa réussite ou de sa rentabilité, parce que la plupart de ces études sont de petite taille et de mauvaise qualité<sup>45</sup>.

**Approche pratique à l'endroit de la solitude et de l'isolement social.** Étant donné l'absence de lignes directrices claires concernant les interventions efficaces adaptées à la personne, ainsi que la diversité des besoins et des préférences des adultes plus âgés, nous conseillons aux cliniciens d'utiliser une approche individualisée et centrée sur le patient pour aborder l'isolement social et la solitude (**Encadré 2**)<sup>7,14,38,48</sup>.

La participation des services sociaux est essentielle dans le choix des interventions les plus appropriées au

## Encadré 2. Une approche centrée sur le patient pour s'attaquer à l'isolement social et à la solitude

Une approche centrée sur le patient porte sur les facteurs suivants :

**Exploration.** Que se passe-t-il maintenant? Faciliter le récit par la personne de sa propre histoire et examiner le degré de solitude ou d'isolement social.

**Étude des solutions et des objectifs.** Quelles sont les solutions possibles? Aider la personne à s'imaginer un avenir différent. (Comment souhaiteriez-vous changer la situation? Que feriez-vous différemment? Quels sont vos intérêts? Vos points forts?)

La personne s'est-elle fixé ses propres objectifs, à ne pas confondre avec ceux du professionnel (p. ex. être plus active physiquement, prévenir les chutes, établir de nouvelles connexions, assister à des rencontres, jouer au bridge).

**Action.** Que faut-il faire? Aider la personne à dresser un plan qui l'amènera là où elle souhaite se rendre

Adaptation de la Campaign to End Loneliness.<sup>48</sup>

contexte d'un patient en particulier. De nombreuses villes disposent de sites web centraux et de lignes téléphoniques (p. ex. Canada 211) dotés de bases de données interrogeables sur les services. Selon notre expérience et celles d'autres collègues, la création d'un répertoire des actifs locaux peut se révéler un précieux outil de référence dans les dossiers médicaux électroniques, accessible en format papier à la clinique ou distribué lors des visites à domicile. Les centres communautaires et les bibliothèques publiques offrent aussi souvent des programmes d'exercices et d'activités sociales, de même que de la formation en informatique pour les aînés (**Tableau 5**).

### Atténuer les obstacles à la mise en œuvre des interventions

**Besoins de transport:** L'accès à des moyens de transport fiables et abordables est souvent une condition préalable essentielle pour que les adultes plus âgés demeurent engagés dans la communauté et maintiennent leurs relations<sup>3,7</sup>.

**Pertes sensorielles et restrictions à la mobilité:** Une revue réalisée en 2008 sur l'isolement social chez les aînés habitant dans la communauté a fait valoir que la réadaptation pour une perte auditive de légère à modérée était efficace pour améliorer les difficultés dans la communication et réduire la solitude<sup>14</sup>. Nous n'avons trouvé aucune étude qui évaluait les effets des interventions pour d'autres incapacités fonctionnelles liées à l'âge, comme la perte de la vision ou les restrictions à la mobilité. Par ailleurs, les auteurs de la revue ont fait remarquer que des recherches n'étaient pas nécessairement essentielles pour confirmer que la correction des restrictions à la mobilité et de la perte de vision pourrait améliorer la qualité de vie et

**Tableau 5. Ressources pour l'isolement social et la solitude**

SOURCE	RESSOURCES	ADRESSE WEB OU NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
211	Ligne d'aide téléphonique et site web:voies d'accès aux services communautaires sociaux et de santé non clinique, et aux services gouvernementaux connexes. Accessibles en plus de 100 langues	<a href="http://www.211.ca">www.211.ca</a> ou téléphoner au 211
Programmes et services du gouvernement du Canada à l'intention des aînés	Une liste complète des soutiens au revenu (RPC, Supplément de revenu garanti, Sécurité de la vieillesse, crédit d'impôt pour personnes handicapées, permis de stationnement accessible, crédits de TPS ou de TVH).	<a href="http://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/campagne/aines.html">www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/campagne/aines.html</a> ou 1 800 O Canada (800 622-6232)
La campagne du R.-U. pour mettre un terme à la solitude	Ressources, information et recherche sur la solitude	<a href="http://www.campaigntoendloneliness.org">www.campaigntoendloneliness.org</a>
CISA	Campagne nationale de sensibilisation à l'isolement social. Information et ressources	<a href="http://www.rise-cisa.ca">www.rise-cisa.ca</a>
Trousses d'outils d'engagement social conviviales pour les aînés Senior Friendly 7 du Programme gériatrique régional de Toronto	Elles servent de soutien aux pratiques cliniques exemplaires et d'outils d'autogestion pour les aînés	<a href="http://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2018/11/SF7-Toolkit-V1-2018-Social-Engagement.pdf">www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2018/11/SF7-Toolkit-V1-2018-Social-Engagement.pdf</a>

CPP—Canada Pension Plan, GST—goods and services tax, HST—harmonized sales tax, RISE—Reach Isolated Seniors Everywhere.

l'engagement social<sup>14</sup>. La participation à de nombreuses interventions n'est possible qu'après avoir optimisé la mobilité, la vision et l'ouïe.

**Revenu:** Les coûts peuvent être un obstacle à la participation à des programmes sociaux. Il faudrait encourager les aînés à faire leur déclaration de revenus, car il existe des avantages gouvernementaux pour les personnes âgées à faible revenu<sup>49</sup>. Certains programmes abolissent les frais ou utilisent un barème dégressif pour les aînés à faible revenu.

**Lacunes dans la compréhension et la recherche: populations mal desservies.** Les immigrants de première génération éprouvent des difficultés à accéder à des interventions contre la solitude qui sont offertes à la population en général parce qu'ils ne connaissent pas bien les ressources et en raison de barrières linguistiques et culturelles. Dans le rapport du Conseil national des aînés, cette population a mentionné des difficultés à trouver des établissements de soins et des programmes sociaux dans la langue de leur choix<sup>5</sup>. Les ouvrages scientifiques ne décrivent pas comment les aînés de différentes ethnicités vivent la solitude et l'isolement. Le degré d'isolement social que vivent les Autochtones plus âgés n'est pas connu. Pourtant, des facteurs culturels et structurels, combinés à des taux élevés d'événements traumatiques au cours de la vie de la personne, pourraient accroître le risque de solitude et d'isolement social<sup>50</sup>. La revue par l'Agency for Healthcare Research and Quality fait remarquer que seulement 1 des 8 études de bonne qualité mentionnait l'ethnicité des participants<sup>38</sup>.

Les adultes plus âgés qui s'identifient comme étant

LGBTQ+ (lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer ou en questionnement, et les communautés connexes) sont à risque élevé de solitude et d'isolement social<sup>50-52</sup>. Un sondage mené par l'American Association of Retired Persons a révélé que la plupart des aînés s'identifiant comme LGBTQ+ s'inquiètent de ne pas avoir assez de soutien de leur famille et de leurs amis à mesure qu'ils vieillissent<sup>51</sup>. De nombreux aînés LGBTQ+ ont exprimé le souhait d'avoir des services et des logements spécifiquement adaptés à cette population<sup>50,51</sup>.

Même s'ils sont en compagnie d'autres adultes, les aînés qui vivent en résidence ou dans un établissement de soins de longue durée vivent encore de forts degrés de solitude et d'isolement. Quelque 44% des aînés vivant dans des centres de soins de longue durée ont reçu un diagnostic de dépression ou ont des symptômes de dépression, et ces personnes sont plus susceptibles d'être socialement isolés<sup>53</sup>. La plupart des études de recherche sur les adultes plus âgés vivant en établissement portaient sur des personnes ayant leur cognition, et il n'y a pas de revue systématique s'intéressant spécifiquement aux soins de longue durée. Les sentiments de solitude et d'isolement sont fréquents dans la démence, et ces patients pourraient trouver plus difficile de composer avec les sentiments associés à ces problèmes<sup>40</sup>. De plus, les aînés proches aidants sont souvent une population socialement isolée et cachée, et plus de recherches sont nécessaires pour déterminer les interventions qui sont efficaces dans ce groupe<sup>14</sup>.

Même si l'association entre la pauvreté et l'isolement social est bien documentée, très peu de travaux se penchent sur les effets de la pauvreté sur l'expérience de la solitude et de l'isolement social.

## Résolution du cas

Même si le comportement de Natasha est joyeux, il est évident qu'elle se sent seule et socialement isolée. Lorsque vous lui demandez pourquoi elle ne va plus à l'église, elle vous répond que c'est devenu difficile de s'y rendre. Lorsqu'elle y allait, elle ne pouvait pas entendre le service ni lire le livre de prières. Elle s'ennuie de ce rituel, car c'était une partie importante de sa semaine avant que son conjoint ne tombe malade. Elle ne parle pas souvent avec ses enfants au téléphone, parce que ces appels coûtent cher. Ils l'ont encouragée à utiliser Skype ou le courrier électronique, mais elle n'a pas d'ordinateur.

Natasha est réceptive à l'idée d'un examen auditif et de la vue, de même qu'à une évaluation par un ergothérapeute. Vous recherchez dans Canada 211 les options de transport pour aînés et vous imprimez un formulaire de demande de transport public pour personnes handicapées, ainsi que d'autres solutions à faible coût pour personnes âgées afin que Natasha puisse recommencer à aller à l'église. Vous lui mentionnez un groupe d'exercice comme façon d'améliorer ses forces et de réduire son risque de chutes, mais Natasha n'est pas intéressée. Elle aime cependant l'idée d'apprendre à utiliser un ordinateur pour prendre contact avec ses enfants. Vous lui conseillez de s'informer auprès de la bibliothèque locale pour savoir si on y offre des cours d'informatique. Natasha reviendra vous voir dans 1 mois pour faire le suivi de ce plan d'action.

## Conclusion et prochaines étapes

En 1965, le professeur Bernard Isaacs a inventé l'expression *géants gériatriques*: immobilité, instabilité, incontinence et déficience dans l'intellect ou la mémoire<sup>54</sup>. Les praticiens et les étudiants en médecine sont encouragés à être vigilants pour déceler ces problèmes, en plus de dépister des facteurs de risque reconnus comme le tabagisme, la consommation d'alcool et l'activité physique, et ce, dans le but d'intervenir pour prévenir une plus grande incapacité, l'hospitalisation et la mortalité.

Étant donné l'abondance de littérature médicale démontrant la puissante relation entre la solitude, l'isolement social et la vulnérabilité sociale et ces mêmes issues, en tant que professionnels des soins primaires, nous ferions preuve de négligence si nous ne reconnaissons par ces problèmes chez nos patients et si nous n'insistons pas auprès de nos stagiaires sur les facteurs liés aux relations sociales comme étant des variables essentielles pour la santé.

Des interventions ciblant la solitude et l'isolement social se révèlent prometteuses, mais plus d'études de recherche sont nécessaires pour offrir de fermes recommandations quant aux interventions qui sont efficaces et adaptées aux populations.

Comme la solitude pourrait bien être le nouveau tabagisme, les interventions ciblant la solitude et

l'isolement social pourraient bien être les nouvelles « statines ». Par ailleurs, s'attaquer à la solitude et à l'isolement social n'est pas aussi simple que prescrire un médicament. Une approche centrée sur le patient est essentielle, comme le sont les partenariats bien définis et la coordination entre ceux qui travaillent dans le secteur de la santé et ceux qui travaillent dans les services sociaux, les gouvernements et la recherche<sup>55</sup>. L'isolement social et la solitude pourraient bien être les nouveaux géants gériatriques.

La D<sup>re</sup> Freedman est médecin de famille à l'Hôpital St Michael's et au Baycrest Centre à Toronto (Ontario), et professeure adjointe et directrice du programme des compétences avancées en soins aux aînés au Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto. La D<sup>re</sup> Nicolle est médecin remplaçante au Département de médecine familiale et communautaire de l'Hôpital St Michael's, et médecin hospitalière au Centre for Addiction and Mental Health et pour les Inner City Health Associates à Toronto.

### Remerciements

Nous remercions Lorna McDougall, IP, de ses précieux commentaires et de sa révision rigoureuse du manuscrit.

### Collaboratrices

Les 2 auteures ont contribué à la recherche documentaire, à l'interprétation des ouvrages et à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

### Correspondance

D<sup>re</sup> Amy Freedman; courriel amy.freedman@utoronto.ca

### Références

- Institut canadien d'information sur la santé. *Seniors in transition: exploring pathways across the care continuum*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2017. Accessible à : <https://www.cih.ca/sites/default/files/document/seniors-in-transition-report-2017-en.pdf>. Réf. du 8 juill. 2019.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* 2010;7(7):e1000316.
- Keefe J, Andrew M, Fancey P, Hall M. *Final report: a profile of social isolation in Canada*. Halifax, N.-É.: Mount Saint Vincent University; 2006. Accessible à : [http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/keefe\\_social\\_isolation\\_final\\_report\\_may\\_2006.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/keefe_social_isolation_final_report_may_2006.pdf). Réf. du 26 juill. 2019.
- Andrew M, Mitnitski A, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One* 2008;3(5):e2232.
- Conseil national des aînés. *Report on the social isolation of seniors, 2013-2014*. Ottawa, ON: Conseil national des aînés; 2014. Accessible à : <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council/programs/publications-reports/2014/social-isolation-seniors.html>. Réf. du 16 dé. 2018.
- Minister of loneliness appointed to continue Jo Cox's work. *BBC News* du 17 janv. 2018. Accessible à : <https://www.bbc.com/news/uk-42708507>. Réf. du 26 juill. 2019.
- Campaign to End Loneliness. *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. Londres, R.-U.: Age UK; 2015. Accessible à : <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf>. Réf. du 26 juill. 2019.
- Organisation mondiale de la Santé. *The Global Network for Age-friendly Cities and Communities. Looking back over the last decade, looking forward to the next*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2018. Accessible à : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278979/WHO-FWC-ALC-18.4-eng.pdf?sequence=1>. Réf. du 6 juill. 2019.
- Due TD, Sandholt H, Siersma VD, Waldorff FB. How well do general practitioners know their elderly patients' social relations and feelings of loneliness? *BMC Fam Pract* 2018;19:34.
- Van der Zwet J, Koelewijn-van Loon M, Van den Akker M. Lonely patients in general practice: a call for revealing GPs' emotions? A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2009;26(6):501-9.
- Menec VH, Newall NE, Mackenzie CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS One* 2019;14(2):e0211143.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015;10(2):227-37.
- Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel, Stolk RP et coll. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev* 2015;22:39-57. Publ. en ligne du 5 mai 2015.
- Medical Advisory Secretariat. *Social isolation in community-dwelling seniors. An evidence-based analysis. Ont Health Technol Assess Ser* 2008;8(5):1-49. Publ. en ligne 1<sup>er</sup> oct. 2008.
- Wright-St Clair V, Neville S, Forsyth V, White L, Napier S. Integrative review of older adult loneliness and social isolation in Aotearoa/New Zealand. *Australas J Ageing* 2017;36(2):114-23. Publ. en ligne du 4 mars 2017.

16. Eng PM, Rimm EB, Fitzmaurice G, Kawachi I. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol* 2002;155(8):700-9.
17. Mistry R, Rosansky J, McGuire J, McDermott C, Jarvik L; UPBEAT Collaborative Group. Social isolation predicts re-hospitalization in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT program. Unified Psychogeriatric Biopsychosocial Evaluation and Treatment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(10):950-9.
18. Faulkner KA, Cauley JA, Zmuda JM, Griffin JM, Nevitt MC. Is social integration associated with the risk of falling in older community-dwelling women? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(10):M954-9.
19. Mendes de Leon CF, Glass TA, Berkman LF. Social engagement and disability in a community population of older adults: the New Haven EPESE. *Am J Epidemiol* 2003;157(7):633-42.
20. Thomas PA. Trajectories of social engagement and limitations in late life. *J Health Soc Behav* 2011;52(4):430-43.
21. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol* 2004;23(2):207-18.
22. Mick P, Parfyonov M, Wittich W, Phillips N, Guthrie D, Pichora-Fuller MK. Associations between sensory loss and social networks, participation, support, and loneliness. Analysis of the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Can Fam Physician* 2018;64:e33-41. Accessible à : [www.cfp.ca/content/cfp/64/1/e33.full.pdf](http://www.cfp.ca/content/cfp/64/1/e33.full.pdf). Réf. du 6 févr. 2020. Erratum dans: *Can Fam Physician* 2018;64:92.
23. Pimlott N. The ministry of loneliness. *Can Fam Physician* 2018;64:166 (ang), 167 (fr).
24. University of York Centre for Reviews and Dissemination. *Interventions for loneliness and social isolation*. York, UK: University of York Centre for Reviews and Dissemination; 2014. Accessible à : <https://www.york.ac.uk/media/crd/Loneliness%20and%20social%20isolation.pdf>. Réf. du 8 juill. 2019.
25. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *J Prim Prev* 2012;33(2-3):137-52.
26. Pantell M, Rehkopf D, Jutte D, Syme SL, Balmes J, Adler N. Social isolation: a predictor of mortality comparable to traditional clinical risk factors. *Am J Public Health* 2013;103(11):2056-62. Publ. en ligne du 12 sept. 2013.
27. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC et coll. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist* 2006;46(4):503-13.
28. *Lubben Social Network Scale*. Newton, MA: Boston College. Accessible à : [https://www.brandeis.edu/roybal/docs/LSNS\\_website\\_PDF.pdf](https://www.brandeis.edu/roybal/docs/LSNS_website_PDF.pdf). Réf. du 6 févr. 2020.
29. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging* 2004;26(6):655-72.
30. Campaign to End Loneliness. *Measuring your impact on loneliness in later life*. Londres, R.-U.: Campaign to End Loneliness. Accessible à : <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Loneliness-Measurement-Guidance1.pdf>. Réf. du 26 juill. 2019.
31. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community* 2017;25(3):799-812. Publ. en ligne du 28 déc. 2015.
32. Age UK. *All the lonely people: loneliness in later life. Technical report: presentation of analytical methodology and results*. Londres, R.-U.: Age UK; 2018. Accessible à : [https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/loneliness/loneliness-report\\_final\\_2409.pdf](https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/loneliness/loneliness-report_final_2409.pdf). Réf. du 27 juill. 2017.
33. Florio ER, Raschko R. The gatekeeper model: implications for social policy. *J Aging Soc Policy* 1998;10(1):37-55.
34. Bartsch DA, Rodgers VK, Strong D. Outcomes of senior reach gatekeeper referrals: comparison of the Spokane gatekeeper program, Colorado Senior Reach, and Mid-Kansas Senior Outreach. *Care Manag J* 2013;14(1):11-20.
35. Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older adults: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing Soc* 2005;25(1):41-67.
36. Dickens AP, Richards SH, Greaves CJ, Campbell JL. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 2011;11:647.
37. Findlay RA. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing Soc* 2003;23(5):647-58.
38. Veazie S, Gilbert J, Winchell K, Paynter R, Guise JM. *Addressing social isolation to improve the health of older adults: a rapid review*. AHRQ publication no. 19-EHC009-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2019. Accessible à : <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/rapid-social-isolation-older-adults-final.pdf>. Réf. du 6 févr. 2020.
39. Hagan R, Manktelow R, Taylor BJ, Mallett J. Reducing loneliness amongst older people: a systematic search and narrative review. *Ageing Ment Health* 2014;18(6):683-93. Publ. en ligne du 17 janv. 2014.
40. Cohen-Mansfield J, Perach R. Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *Am J Health Promot* 2015;29(3):e109-25.
41. Chen YR, Schulz PJ. The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *J Med Internet Res* 2016;18(1):e18.
42. Khosravi P, Rezvani A, Wiewiora A. The impact of technology on older adults' social isolation. *Comput Human Behav* 2016;63:594-603.
43. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health Soc Care Community* 2018;26(2):147-57. Publ. en ligne du 13 juill. 2016.
44. Masi CM, Chen HY, Hawkey LC, Cacioppo JT. A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Pers Soc Psychol Rev* 2011;15(3):219-66. Publ. en ligne du 17 août 2010.
45. Bickerdike L, Booth A, Wilson PM, Farley K, Wright K. Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2017;7(4):e013384.
46. Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, Duplaga M, Gyszczak M, Moscato U et coll. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Exp Gerontol* 2018;102:133-44. Publ. en ligne du 2 déc. 2017.
47. Alliance pour des communautés en santé. *Rx Community. Social prescribing in Ontario. Progress report*. North York, ON: Alliance pour des communautés en santé; 2019. Accessible à : <https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Rx-Community-Progress-Report-EN-June2019-web.pdf>. Réf. du 27 juill. 2019.
48. Broome S. *The missing million: in search of the loneliness in our communities*. Londres, R.-U.: Campaign to End Loneliness. Accessible à : <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/The-Missing-Million-report-FINAL.pdf>. Réf. du 27 juill. 2019.
49. Centre for Effective Practice. *Poverty: a clinical tool for primary care providers*. Toronto, ON: Centre for Effective Practice. Accessible à : [https://www.cfpc.ca/Poverty\\_Tools](https://www.cfpc.ca/Poverty_Tools). Réf. du 27 juill. 2019.
50. Conseil national des aînés. *Who's at risk and what can be done about it? A review of the literature on the social isolation of different groups of seniors*. Ottawa, ON: Conseil national des aînés; 2017. Accessible à : <https://www.canada.ca/en/national-seniors-council/publications-reports/2017/review-social-isolation-seniors.html>. Réf. du 6 févr. 2020.
51. American Association of Retired Persons. *Maintaining dignity: understanding and responding to the challenges facing older LGBT Americans. An AARP survey of LGBT adults age 45-plus*. Washington, DC: American Association of Retired Persons; 2018. Accessible à : [https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/surveys\\_statistics/life-leisure/2018/maintaining-dignity-lgbt.doi.10.26419%252Fres.00217.001.pdf](https://www.aarp.org/content/dam/aarp/research/surveys_statistics/life-leisure/2018/maintaining-dignity-lgbt.doi.10.26419%252Fres.00217.001.pdf). Réf. du 6 févr. 2020.
52. Hughes M. Loneliness and social support among lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people aged 50 and over. *Ageing Soc* 2016;36(9):1961-81.
53. Institut canadien d'information sur la santé. *Analysis in brief. Depression among seniors in residential care*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2010. Accessible à : [https://secure.cihi.ca/free\\_products/ccrs\\_depression\\_among\\_seniors\\_e.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/ccrs_depression_among_seniors_e.pdf). Réf. du 27 juill. 2019.
54. Morley JE. A brief history of geriatrics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59(11):1132-52.
55. Boozary AS, Shojania KG. Pathology of poverty: the need for quality improvement efforts to address social determinants of health. *BMJ Qual Saf* 2018;27(6):421-4. Publ. en ligne du 6 mars 2018.

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2020;66:e78-85

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the March 2020 issue on page 176.