



Gouvernement  
du Canada

Government  
of Canada

## LE CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS



## THE NATIONAL SENIORS COUNCIL

# Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard?

**Une revue de la littérature sur l'isolement social  
de différents groupes d'aînés**

Février 2017

Canada

## Membres du Conseil national des aînés

Andrew Wister, Ph.D., président

Marie Beaulieu, Ph.D.

Olivia Butti

Leonie Napa Duffy

William James (Jim) Emmerton

James T. Evanchuk

C. Shanthi Johnson, Ph.D.

Tim W. Kwan

Hubert McGrath

Lisa M. Smith

Patricia Spadafora

Cette recension des écrits a été entreprise par un sous-comité du Conseil national des aînés composé de Andrew Wister, Ph.D., Marie Beaulieu, Ph.D., Sherry Gionet\* et C. Shanthi Johnson, Ph.D. Le Conseil tient à les remercier pour leur travail acharné. Le Conseil tient également à remercier des représentants du ministère de l'Emploi et du Développement social Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada, notamment Neil Burron, Nathalie Charette, Patti Gorr, Josée Lance, Kathie Paddock, Simone Powell, Manon Therriault et Johanne Vézina, pour leur contribution à cette recension.

\*Sherry Gionet a siégé au Conseil national des aînés du 6 juin 2013 au 5 juin 2016, date à laquelle son mandat a pris fin.

Vous pouvez télécharger cette publication en ligne à : [canada.ca/publicentre-EDSC](http://canada.ca/publicentre-EDSC)

Ce document est offert sur demande en médias substituts (gros caractères, braille, audiocassette, CD audio, fichier texte sur disquette, fichier texte sur CD ou DAISY) en composant le 1 800 O-Canada (1-800-622-6232). Les personnes qui utilisent un télécriteur (ATS) doivent composer le 1-800-926-9105.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2016

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les droits de reproduction :  
[droitdauteur.copyright@HRSDC-RHDCC.gc.ca](mailto:droitdauteur.copyright@HRSDC-RHDCC.gc.ca)

PDF

N° de cat. : Em12-26/2017F-PDF

ISBN : 978-0-660-07750-5

EDSC

N° de cat. : SSD-183-02-17F

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Résumé.....  | 1  |
| 1. Introduction.....   | 3  |
| 2. Méthode.....  | 5  |
| 2.1. Définitions.....  | 5  |
| 2.2. Portée de la recherche et méthodes.....   | 5  |
| 3. Prévalence et impact.....   | 7  |
| 4. Facteurs de risque généraux.....  | 9  |
| 5. Facteurs de risque liés aux différents groupes d'aînés.....                                 | 11 |
| 5.1. Aînés autochtones.....  | 12 |
| 5.2. Aînés proches aidants.....  | 15 |
| 5.3. Aînés immigrants.....   | 16 |
| 5.4. Aînés LGBT.....   | 19 |
| 5.5. Aînés vivant seuls.....   | 21 |
| 5.6. Aînés vivant dans des régions éloignées ou rurales.....                                   | 23 |
| 5.7. Aînés à faible revenu et ceux vivant dans la pauvreté.....                                | 24 |
| 5.8. Aînés qui ont des problèmes de santé mentale.....   | 27 |
| 5.9. Aînés qui sont confrontés à des défis en matière de santé ou qui ont des incapacités..... | 29 |
| 6. Lacunes en matière de recherches.....   | 32 |
| 7. Considérations stratégiques.....  | 34 |
| 7.1. Collectivités-amies des aînés.....  | 35 |
| 7.2. Interventions prometteuses pour les aînés en général.....                                 | 37 |
| 7.3. Interventions prometteuses pour des groupes précis d'aînés.....                           | 42 |
| 8. Conclusion.....   | 43 |
| Liste de références.....   | 46 |





## Résumé

La population du Canada vieillit rapidement, tandis qu'une proportion croissante d'enfants du baby-boom passe au troisième âge. Dans ce contexte, la question de l'isolement social – qui a des répercussions profondes sur la santé et le bien-être des aînés de toutes les couches de la société – en est venue à occuper une place de plus en plus importante dans les discussions sur les aînés et le vieillissement au Canada. On estime que jusqu'à 16 % des aînés vivent de l'isolement social (Statistique Canada, 2010). Le rapport *Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard?* s'appuie sur des travaux sur la question de l'isolement social des aînés réalisés précédemment par le Conseil national des aînés (CNA). En particulier, il examine la littérature recensée au sujet de l'effet de l'isolement social sur divers groupes d'aînés vulnérables et cerne des interventions prometteuses visant à lutter contre l'isolement social et à réintégrer les aînés dans leur collectivité.

Neuf groupes d'aînés font l'objet de cet examen : les aînés autochtones<sup>1</sup>, les aînés qui agissent comme proches aidants, les aînés immigrants, les aînés LGBT, les aînés vivant seuls, les aînés vivant dans des régions éloignées ou rurales, les aînés à faible revenu et ceux vivant dans la pauvreté, les aînés ayant des problèmes de santé mentale (y compris l'Alzheimer et d'autres formes de démence) et les aînés ayant des problèmes de santé ou qui sont handicapés. L'examen porte dans un premier temps sur la littérature propre à chaque groupe, puis sur les ouvrages où il est question d'interventions prometteuses, la plupart de ces ouvrages portant principalement sur l'ensemble des aînés. L'examen se conclut par l'énoncé de quatre constatations principales.

Premièrement, les divers groupes d'aînés examinés courent en effet un risque d'isolement social. Par ailleurs, la littérature sur chaque groupe est inégale, en ce qui concerne la quantité et la qualité des études consacrées à chaque groupe d'aînés. Il faut déployer de plus grands efforts pour améliorer davantage la recherche sur les obstacles auxquels font face certains groupes d'aînés et pour adapter les initiatives de lutte contre l'isolement social à leurs besoins. Deuxièmement, il semble justifié d'adopter une approche à deux volets pour lutter contre l'isolement social, d'une part des interventions stratégiques coordonnées pouvant favoriser l'inclusion sociale dans toute la population générale d'aînés et, d'autre part, des interventions ciblées visant des groupes à risque spécifiques. L'idée de collectivités-amies des aînés pourrait permettre d'appuyer une gamme d'interventions à l'appui d'une telle approche à deux volets. Troisièmement, la recherche sur l'isolement social pourrait miser sur une plus grande segmentation et un recours accru à des méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives), sur la clarté et la cohérence conceptuelles et sur l'exploration des questions liées à

---

<sup>1</sup> Dans cette recension, l'expression « aînés autochtones » plutôt que « anciens autochtones » est utilisée car l'accent est mis sur les Autochtones faisant partie d'un certain groupe d'âge. Considérant que les aînés sont identifiés comme étant âgés de 65 ans ou plus, les anciens peuvent être plus jeunes et sont plutôt identifiés en fonction de leur statut dans la communauté que par leur âge.



l'isolement social au cours de la vie. Enfin, nous avons besoin de plus d'études de grande qualité sur l'évaluation des divers programmes et des diverses approches, et les praticiens devraient être invités à créer une composante de mesure des résultats dans tous leurs programmes (quoique des contraintes budgétaires peuvent souvent rendre cette tâche difficile). En général, il y a néanmoins suffisamment de données probantes permettant de cerner plusieurs caractéristiques communes des interventions réussies et des divers types d'interventions.

Les constats tirés de l'analyse sont particulièrement faits pour rejoindre les intervenants qui travaillent auprès des aînés et qui veulent mieux comprendre cet enjeu complexe et multidimensionnel. Ils ont pour but d'alimenter la démarche du gouvernement fédéral et d'autres intervenants, tels que les chercheurs et les fournisseurs de services de première ligne. Ils apportent donc un complément aux suggestions formulées dans le *Rapport sur l'isolement social des aînés* du Conseil national des aînés<sup>2</sup>, en vue de la prise de mesures par le gouvernement fédéral pour lutter contre l'isolement social. Compte tenu de sa nature sociétale complexe, la lutte contre l'isolement social exige une approche multilatérale, et la présente analyse contribue aux efforts de mobilisation des connaissances à l'appui d'une telle approche.

---

<sup>2</sup> Conseil national des aînés (2014a), disponible à l'adresse suivante : [http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche\\_publications/index.shtml](http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche_publications/index.shtml)



# Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés

## 1. Introduction

La population du Canada vieillit rapidement, tandis qu'une proportion croissante d'enfants du baby-boom passe au troisième âge. En 2015, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus a dépassé le nombre d'enfants âgés de 0 à 14 ans. Durant la même période, le taux de croissance des membres de la population âgés de 65 ans et plus s'élevait à 3,5 %, soit environ quatre fois le taux de croissance de la population totale<sup>3</sup>. Cette tendance crée de nouveaux défis, et les décideurs, les fournisseurs de services, les collectivités et les autres intervenants doivent s'assurer de bien répondre aux besoins des aînés. Dans ce contexte, la question de l'isolement social, qui a des répercussions profondes sur la santé et le bien-être des aînés de toutes les couches de la société, en est venue à occuper une place de plus en plus importante dans les discussions sur les aînés et le vieillissement au Canada. Même si la plupart des aînés bénéficient de réseaux sociaux de personnes qui se soutiennent mutuellement et sont des membres actifs de leur collectivité, il y a beaucoup d'aînés qui vivent de l'isolement social sporadique ou à long terme. On estime que jusqu'à 16 % des aînés vivent de l'isolement social (Statistique Canada, 2010)<sup>4</sup>. Les causes sous-jacentes de l'isolement social sont complexes et multiples; certaines sont d'ordre personnel, comme la perte d'un être cher, et d'autres d'ordre sociétal, comme les normes et valeurs associées au bien-être d'autrui et le sentiment commun d'appartenance<sup>5</sup>.

En novembre 2013, le Conseil national des aînés (CNA) a lancé une série de consultations auprès d'intervenants de divers secteurs pour évaluer de quelle façon l'isolement social influe sur les aînés et pour trouver des façons de prévenir et de réduire ce problème. En tout, 305 intervenants ont participé au processus de consultation. Les consultations ont permis de constater, entre autres, que certains groupes d'aînés semblent plus à risque de vivre de l'isolement social que les aînés au sein de la population générale. De plus, le *Rapport sur l'isolement social des aînés* du CNA a révélé que « [l]es intervenants ont relevé la nécessité d'effectuer d'autres recherches pour valider l'incidence, la qualité et la valeur des pratiques innovatrices et

- 
- <sup>3</sup> Voir Statistique Canada, 2015. Le 1<sup>er</sup> juillet 2015, la population canadienne était estimée à 35 851 800 habitants. Près d'un Canadien sur six (16,1 %) – soit 5 780 900 Canadiens, du jamais vu - était âgé d'au moins 65 ans, comparativement à 5 749 400 enfants âgés de 0 et 14 ans (16,0 %).
- <sup>4</sup> Tableaux de corrélation réalisés par le CNA à l'aide des données du cycle 4.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé. L'enquête incluait un échantillon total de 30 865 Canadiens âgés de 45 ans et plus (et les données sont pondérées pour refléter la population du Recensement du Canada selon l'âge, le sexe et la province). On apprend que 16 % des aînés ont indiqué qu'ils se sentaient isolés des autres souvent ou parfois.
- <sup>5</sup> Les causes sociales de l'isolement social ont fait l'objet de nombreuses études et vont au-delà de la portée de la présente analyse documentaire. De Jong et al. (2006) en fait un bon survol.



prometteuses et pour augmenter la base de connaissances sur l'isolement social et la santé des aînés » (Conseil national des aînés, 2014a).

La présente recension prolonge les travaux antérieurs du CNA sur l'isolement social en examinant de quelle façon différents groupes d'aînés vulnérables sont touchés par l'isolement social, et en cernant les interventions prometteuses afin de contrer l'isolement social et de réintégrer les aînés dans leur collectivité. Loin d'être un groupe homogène, les aînés canadiens affichent des identités multiples et ont des situations de vie différentes, ce qui rend les grandes généralisations problématiques. Il faut en tenir compte lorsqu'on analyse l'isolement social et lorsqu'on tente d'optimiser l'impact des différentes interventions stratégiques. Par conséquent, l'analyse porte sur ce que l'on sait au sujet des situations d'isolement social dans différents groupes d'aînés, sur l'interaction, sur l'impact cumulatif des différents facteurs de risque et sur la possibilité de réaliser diverses interventions dans le cadre de programmes. Bien que le Conseil ait cherché à cibler les études les plus pertinentes sur ces sujets (tant en anglais qu'en français), il ne s'agit aucunement d'un examen exhaustif vu le nombre de plus en plus important d'écrits dans ce domaine et les nombreux sous-thèmes qui pourraient faire l'objet d'un examen plus poussé. Cela dit, des lacunes quant à l'état des connaissances de l'isolement social chez certains groupes d'aînés ont été cernées aux fins de recherches futures.

Les constats tirés de l'analyse de la littérature devraient intéresser les intervenants qui travaillent auprès des aînés et qui veulent mieux comprendre cet enjeu complexe et multidimensionnel. Ils ont pour but d'alimenter la démarche du gouvernement fédéral et d'autres intervenants, tels que les chercheurs et les fournisseurs de services de première ligne. Compte tenu de sa nature sociétale complexe, la lutte contre l'isolement social exige une approche multilatérale, et la présente analyse contribue aux efforts de mobilisation des connaissances à l'appui d'une telle approche.

De façon générale, cet examen permet de constater que les différents groupes d'aînés examinés sont à risque d'isolement social. Parallèlement, l'état des connaissances sur chaque groupe est inégal, tant sur le plan de la qualité que de la quantité des études. De plus, compte tenu de la diversité des méthodes utilisées dans le cadre des études sur l'isolement social et à l'égard des différents groupes d'aînés, il n'est pas possible de classer ou d'organiser ces différents groupes en fonction du niveau du risque. L'isolement social est un phénomène complexe qui semble toucher différents groupes d'aînés différemment, même s'il y a certains facteurs de risque généraux qui touchent tous les groupes sans discrimination.

Cette situation donne à penser qu'il faut adopter une approche à deux volets pour lutter contre l'isolement social. Puisque de nombreux facteurs de risque sont de nature générale, des interventions stratégiques coordonnées sont requises pour favoriser l'inclusion sociale à l'échelle de la population des aînés, comme de meilleurs logements, l'accès aux transports ainsi que la diminution de l'âgisme et de la discrimination. Par ailleurs, pour les facteurs propres à des groupes précis, des





interventions ciblées – comme la prestation d’un soutien aux proches aidants des aînés pour prévenir l’isolement – sont aussi recommandées. C’est donc dire qu’en plus d’être une priorité stratégique à part entière, l’isolement social devrait devenir une considération de premier ordre dont il faut tenir compte pour toute une gamme de secteurs d’intervention associés aux aînés. L’analyse se termine sur quelques exemples précis d’interventions générales et ciblées basées sur les constats tirés de la recension des écrits.

## **2. Méthode**

### **2.1. Définitions**

La notion d’isolement social est multidimensionnelle et chevauche certaines notions connexes, comme la solitude, la vulnérabilité sociale, l’inclusion et l’exclusion sociales, la connectivité sociale et le capital social. L’isolement social est souvent défini comme la faible quantité et la faible qualité des interactions avec les autres, y compris « le nombre de contacts, le sentiment d’appartenance, les relations satisfaisantes, l’engagement avec les autres et la qualité des membres du réseau » (Nicholson, 2009). Les personnes isolées socialement manquent de contacts sociaux, de rôles sociaux et de relations mutuellement satisfaisantes (Keefe et coll., 2006; North Sky Consulting Group Ltd, 2013). Le degré de gravité de l’isolement peut varier d’une personne à l’autre, selon le fait que cet isolement est volontaire ou non, permanent ou chronique, ou épisodique ou temporaire<sup>6</sup>. Même si les chercheurs définissent l’isolement social différemment, la plupart d’entre eux conviennent que cette notion a une dimension plus objective que la solitude, qui dépend des réactions subjectives de la personne à son environnement et ses à relations, plutôt que de la condition plus générale liée au fait d’avoir peu de contacts sociaux. Tout de même, dans la littérature sur l’isolement social, ces notions sont souvent utilisées de façon interchangeable. Même si la présente analyse porte sur l’isolement social, elle mentionne parfois des constats liés à la solitude et aux autres notions connexes lorsque cela aide à brosser un portrait plus complet de la situation des groupes précis d’aînés.

### **2.2. Portée de la recherche et méthodes**

Deux questions de recherche principales ont orienté l’analyse documentaire :

- 1) Que sait-on au sujet des différents groupes d’aînés susceptibles de vivre de l’isolement social? (Il convient de souligner que les différents groupes en tant que tels avaient déjà été cernés dans le cadre des consultations du CNA.)

<sup>6</sup> Voir Conseil national des aînés, 2014b, pour une analyse plus poussée des enjeux liés aux définitions et aux notions liées à l’isolement social.



- 2) Que la littérature nous apprend-elle au sujet des facteurs de risque<sup>7</sup> liés à l'isolement social parmi ces groupes d'aînés et de la façon dont ces facteurs interagissent?

Un examen approfondi des ouvrages universitaires et de la littérature liée aux programmes et politiques a été réalisé, et environ 150 articles, rapports, livres et chapitres de livres ont été cernés et examinés. On a dressé et utilisé une liste exhaustive des termes de recherche pour cerner les ouvrages. Même si la majeure partie des articles et des rapports étaient en anglais et venaient du Canada ou des États-Unis, on a inclus un échantillon important d'articles en français dans le rapport (on a mis l'accent sur la littérature canadienne et les rapports particulièrement influents d'Europe). Cent vingt documents ont été examinés en anglais et 30 en français.

La mesure de la prévalence générale et de l'impact de l'isolement social s'accompagne d'une série de défis d'ordre méthodologique. Premièrement, un important obstacle pour les chercheurs et les praticiens consiste à déterminer de quelle façon trouver les personnes isolées, qui, par définition, ne sont pas liées et sont difficiles à trouver (Newall et coll., 2015). Les travailleurs de première ligne ont aussi mentionné des obstacles d'ordre linguistique et culturel – en plus des stigmates associés à l'isolement – pouvant compliquer davantage la tâche consistant à joindre certains groupes d'aînés (North Sky Consulting Group Ltd, 2013; voir aussi la section ci-dessous sur les aînés immigrants). Par conséquent, l'incidence générale de l'isolement est peut-être sous-déclarée. Un défi distinct mais connexe consiste à obtenir des données précises sur la taille des groupes de population touchés par l'isolement social. Par exemple, dans cette recension, les données sur certains groupes de population – tels les aînés LGBT, les aînés proches aidants, les aînés qui ont des problèmes de santé mentale et les aînés qui ont des problèmes de santé – sont principalement basées sur les enquêtes à auto-déclaration. L'auto-déclaration peut conduire à des sous-estimations, en particulier pour les aînés LGBT, qui sont réticents à parler ouvertement de leur orientation sexuelle ou de leur identité sexuelle (Tang, 2015).

Deuxièmement, l'isolement social est un phénomène complexe associé à de multiples facteurs. Même si certains chercheurs utilisent des analyses multivariées pour isoler des facteurs de causalité, ce n'est pas toujours possible (ni souhaitable, selon l'objectif de la recherche)<sup>8</sup>. Par conséquent, certaines études peuvent cerner des facteurs associés à l'isolement social sans pouvoir déterminer s'il s'agit de facteurs *de causalité*

<sup>7</sup> Même s'ils ne représentaient pas l'un des principaux objectifs de la recension des écrits, des facteurs de protection ont aussi été identifiés dans certains cas.

<sup>8</sup> Les chercheurs utilisent toute une gamme d'approches méthodologiques quantitatives et qualitatives pour étudier l'isolement social. Même si certaines études examinées dans le cadre du présent rapport s'appuient sur des échantillons à grande échelle qui mesurent de multiples variables, d'autres sont de nature plus qualitative. Certaines des données probantes sur l'isolement social viennent aussi des rapports et des évaluations de programme réalisées par des praticiens. Même si ces approches ont quelque chose à offrir, il est difficile de généraliser les conclusions de bon nombre d'entre elles, y compris celles qui se concentrent sur des groupes précis d'aînés.



en tant que tels, ni la mesure dans laquelle des généralisations sont possibles ou décrire l'interaction entre ces facteurs. Troisièmement, même lorsqu'on réalise des études à grande échelle, le lien entre l'isolement social et les autres facteurs peut être de nature réciproque ou bidirectionnelle, ce qui accentue les difficultés liées à la détermination de la causalité. Par exemple, la littérature sur l'isolement social montre clairement que l'isolement social peut avoir un impact sur diverses mesures liées à la santé, mais il est tout aussi bien établi que les défis liés à la santé peuvent exacerber davantage l'isolement social. Quatrièmement, il peut y avoir des effets cumulatifs ou synergiques entre les facteurs de risque qui, ensemble, influent sur l'isolement social et les expériences connexes au sein des groupes d'aînés vulnérables et entre ceux-ci.

La présente analyse tient compte de ces divers défis et tente de contextualiser les constats de recherche dans la mesure du possible. Elle a adopté une approche générale qui vise à comprendre la dynamique de l'isolement social en examinant les interactions entre les multiples facteurs de risque, qui, ensemble, peuvent *créer une cascade de risques*<sup>9</sup> et rendre l'aîné – ou le groupe d'aînés – particulièrement vulnérable. Ensemble, l'accumulation des facteurs de risque peut exposer de multiples façons les aînés à des situations de solitude et d'isolement social.

### 3. Prévalence et impact

Vu la diversité de méthodes utilisées pour étudier l'isolement et les défis liés au fait d'essayer de joindre les personnes isolées, les estimations sur la prévalence de l'isolement sont très variées. Cependant, les données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – une étude de grande envergure qui tient compte d'un ensemble d'indicateurs liés à l'isolement social – donnent un aperçu général de l'ampleur du problème (Statistique Canada, 2010). En effet :

- 16 % des aînés se sentaient isolés des autres souvent ou parfois;
- 6 % des aînés ont déclaré passer peu ou pas de temps en compagnie de quelqu'un avec qui ils peuvent s'adonner à des activités plaisantes;
- 5 % ont indiqué ne pouvoir compter que rarement, voire jamais, sur quelqu'un pour les écouter;
- plus de 8 % ont déclaré ne pouvoir compter que rarement, voire jamais, sur quelqu'un à qui demander conseil au sujet d'une situation difficile;

<sup>9</sup> On a utilisé cette notion de « cascade de risques » pour examiner dans quelle mesure les conditions sociales peuvent entraîner des avantages ou des désavantages cumulatifs pour la santé durant la vie. Par exemple, Umberson et Karas Montez (2010) ont souligné que [traduction] « des relations tendues ou négatives durant l'enfance déclenchent une cascade de facteurs – comme un risque accru de dépression, une faible maîtrise de soi et de mauvaises habitudes liées à la santé – qui mènent à un moins bon état de santé et à des relations plus tendues et qui offrent moins de soutien durant toute la vie. Les chercheurs devraient tenir compte de ce processus en cascade et ils devraient aussi cerner les populations à risque ainsi que les facteurs de risque et de protection modifiables les plus importants dans le cadre de leurs interactions sociales ». La même chose peut être dite à l'égard de l'isolement social.



- 3,9 % des aînés ont déclaré faire rarement, voire jamais, l'objet d'un témoignage d'amour ou d'affection;
- 6 % ont déclaré ne pouvoir compter que rarement, voire jamais, sur quelqu'un avec qui faire une activité plaisante;
- 6 % ont déclaré ne participer que rarement, voire jamais, à des activités avec des membres de la famille ou des amis.

Ces constats laissent entendre qu'une portion importante des aînés vit de l'isolement social de façon diverse et variée. Les résultats préliminaires de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement (ELCV) appuient ces constats<sup>10</sup>.

L'impact de l'isolement social n'est pas moins significatif. Un important ensemble d'ouvrages a montré que la solitude et l'isolement social sont considérés comme des facteurs de risque d'une mauvaise santé et d'un bien-être réduit et que l'isolement social est lié de façon importante et indépendante à l'état de santé et à divers indicateurs liés à la qualité de vie (Hawton et coll., 2011). À l'inverse, les Canadiens qui peuvent compter sur plus de soutien de leur famille et de leurs amis sont habituellement plus susceptibles d'être en très bonne condition physique et d'afficher une très bonne santé mentale (Sinha, 2014), et les personnes qui bénéficient de solides relations sociales sont plus susceptibles de vivre plus longtemps que celles qui en ont de moins bonnes (Holt-Lunstad et coll., 2015).

Dans une recension systématique de la littérature, les chercheurs ont constaté que presque toutes les études concluaient que l'isolement ou la solitude avaient un effet préjudiciable sur la santé. Ils ont comparé les effets sur la santé de l'isolement et de la solitude aux effets néfastes bien établis du tabagisme et de l'obésité (Courtin et Knapp, 2014). En effet, un chercheur a laissé entendre que l'isolement social peut être l'équivalent de fumer quinze cigarettes par jour en termes de conséquences sur la santé (Wilson, 2015). Le résultat pour la santé associé à l'isolement le plus souvent étudié est la dépression, suivie de la santé cardiovasculaire et du bien-être/de la qualité de vie (Courtin et Knapp, 2014). La solitude est associée à des niveaux plus élevés de cortisol, à des changements associés à la réaction immunitaire, à des troubles du sommeil et à un risque accru d'infarctus myocardique (Bolton, 2012; Courtin et Knapp, 2014) et d'accident vasculaire cérébral (Bohic, 2012). La solitude et l'isolement sont aussi associés à de moins bonnes fonctions cognitives parmi les personnes âgées (Shankar et coll., 2013), et peuvent accroître la probabilité de chute (Do et coll., 2015). Dans le cadre d'un examen de la littérature sur la prévention du suicide chez les aînés, Saïas et coll. (2013) ont constaté que l'isolement est un facteur de risque majeur

<sup>10</sup> L'ELCV est une vaste étude nationale à long terme dans laquelle on suivra environ 50 000 hommes et femmes âgés de 45 à 85 ans pendant au moins 20 ans. L'étude inclut toute une gamme d'indicateurs liés à l'isolement social. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Web de l'ELCV : [www.cisc-elcv.ca](http://www.cisc-elcv.ca). Voir Kirkland et coll. (2015) pour consulter des tableaux de corrélations d'indicateurs liés à l'isolement social selon les groupes d'âge (il est à noter cependant que la vérification des hypothèses n'a pas été effectuée).



associé au suicide chez les aînés, qui affichent déjà des taux de suicide plus élevés que les groupes d'âge plus jeunes<sup>11</sup>. En plus des répercussions sur la santé, l'isolement a aussi des répercussions connues de nature économique et sociale<sup>12</sup>.

#### 4. Facteurs de risque généraux

La littérature sur l'isolement social a cerné de nombreux facteurs de risque. Ces facteurs sont intégrés dans plusieurs contextes sociaux globaux, y compris l'âgisme, la discrimination, l'accès limité aux ressources et aux services, et la marginalisation. Ci-dessous, ces facteurs sont regroupés dans neuf catégories générales. L'objectif étant ici non pas d'offrir une nouvelle typologie des facteurs, mais plutôt de fournir davantage de contexte au lecteur avant d'examiner de quelle façon ces facteurs interagissent au sein des groupes précis d'aînés<sup>13</sup>. Même si aucun de ces facteurs ne suffit, en lui-même, à entraîner l'isolement, chaque facteur peut augmenter le risque d'isolement et en combinaison avec d'autres facteurs peut produire une cascade de risques. Il faut aussi noter que, dans certains cas, le contraire d'un facteur de risque est un facteur de protection. Par exemple, le fait de ne pas avoir accès à un logement abordable est un facteur de risque et, le fait d'avoir accès à un logement abordable peut protéger contre le risque d'isolement social.

**Âge et sexe** : Être âgé de 80 ans ou plus; être une femme (puisque, en moyenne, les femmes vivent plus longtemps).

**Origine ethnique** : Être un immigrant (plus précisément, avoir des origines culturelles et linguistiques différentes de la population canadienne générale et de la collectivité où l'on vit); venir d'une communauté de langue officielle en situation minoritaire<sup>14</sup>.

**Géographie** : Vivre dans une région rurale ou éloignée, où la prestation des services est moins bonne et où la distance entre les personnes et les familles est plus grande; vivre dans un quartier défavorisé; vivre dans une collectivité où on a constaté une perte des valeurs communautaires ou de quartier; vivre dans un quartier à faible densité de population.

<sup>11</sup> Jusqu'à 44 % des aînés qui vivent dans des résidences pour personnes âgées au Canada ont reçu un diagnostic de dépression ou affichent des symptômes de dépression sans avoir obtenu un diagnostic, et les hommes âgés de plus de 80 ans affichent un des taux de suicide les plus élevés de tous les groupes d'âge (Institut canadien d'information sur la santé, 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2010).

<sup>12</sup> Voir le Conseil national des aînés (2014b) pour une analyse documentaire à ce sujet.

<sup>13</sup> Les catégories mentionnées reflètent souvent celles cernées durant la revue exploratoire du CNA, même si les catégories ont par la suite été un peu peaufinées et approfondies (Conseil national des aînés, 2014b).

<sup>14</sup> Définie comme les populations ou les communautés composées de personnes dont la première langue officielle parlée est le français ou l'anglais, mais qui vivent dans une situation de minorité linguistique (Commissariat aux langues officielles, 2013).



**Santé et incapacités** : Avoir des ennuis de santé (mentale et/ou physique) y compris avoir de multiples problèmes de santé chroniques (p. ex. vision, audition, incontinence, trouble d'élocution/trouble cognitif); avoir des problèmes de santé tout au long de sa vie ou une affection tardive ou liée à l'âge, comme l'incontinence; être atteint de troubles mentaux (p. ex. démence et dépression); afficher des stigmates associés à la santé mentale, à une mauvaise santé ou à une invalidité; bénéficier d'un accès limité à des soins de santé; avoir peu de temps pour faire une marche; avoir une mauvaise perception de sa propre santé.

**Connaissance et sensibilisation** : Défis liés aux technologies (coûts, compétence ou aise); manque d'information sur les services; manque de sensibilisation ou d'accès aux services et aux programmes communautaires.

**Transitions dans la vie** : Perte d'un époux; perte du sentiment de communauté; perturbation des réseaux sociaux; absence de soutien de la famille ou d'amis; perte du permis de conduire ou imposition de restrictions connexes; déménagement dans un centre de soins; dispensation de soins et facteurs connexes (intensité des soins, faible niveau de satisfaction à l'égard des soins; incapacité de laisser le bénéficiaire seul); divorce; vivre dans un foyer de soins infirmiers.

**Pauvreté ou manque d'accès aux ressources** : Absence de logement abordable ou d'options de soins; faible revenu; accès déficient aux transports (pas de permis de conduire ou pas de système de transport en commun); dépendance financière; vivre dans un quartier défavorisé (aussi considéré comme un facteur géographique – voir ci-dessus).

**Identité sexuelle et de genre** : Être lesbienne, gai, bisexuel ou transgenre (LGBT); antécédents de discrimination; bénéficier d'un faible réseau social primaire; absence de reconnaissance sociale; discrimination dans le système de santé; crainte de sortir du placard à un âge avancé.

**Relations sociales** : Faible qualité des relations; ne pas avoir d'enfants ni de contacts avec la famille; vivre seul (probabilité plus élevée chez les femmes, les gais et les lesbiennes); ne pas être marié ou en union de fait; perte des amis et du réseau social et vivre de la discrimination fondée sur l'âge.





**Figure 1 - Facteurs de risque généraux cernés dans la littérature**



## 5. Facteurs de risque liés aux différents groupes d'aînés

En gardant ces facteurs de risque généraux à l'esprit, une analyse documentaire des facteurs précis associés aux différents groupes d'aînés a été effectuée. Neuf groupes ont été examinés :

- aînés autochtones;
- aînés proches aidants;
- aînés immigrants;
- aînés LGBT;
- aînés qui vivent seuls;
- aînés qui vivent en région rurale ou éloignée;



- aînés à faible revenu et ceux qui vivent dans la pauvreté;
- aînés qui ont des problèmes de santé mentale (y compris la maladie d'Alzheimer et d'autres démences);
- aînés qui sont confrontés à des défis en matière de santé ou qui ont des incapacités.

Même si un aîné peut appartenir à plus d'un groupe, cette analyse traite chaque groupe de façon distincte à des fins de clarté analytique. Dans certains cas, il y a un chevauchement entre *des facteurs* de risque précis et un *groupe* d'aînés précis (p. ex. les défis liés à la santé sont une catégorie de facteurs de risque, mais les aînés qui ont des problèmes de santé peuvent aussi être considérés comme un groupe précis d'aînés). Par ailleurs, certaines catégories de facteurs de risque peuvent regrouper plusieurs groupes (p. ex. le manque d'accès à des ressources comme du transport ou le veuvage). En effet, il y a deux façons différentes, mais qui se chevauchent, d'aborder la question de l'isolement social : du point de vue des facteurs de risque et du point de vue des groupes précis d'aînés. La deuxième approche est importante, puisqu'elle humanise l'expérience de l'isolement social et raconte l'histoire du point de vue de groupes bien réels de la population.

Les groupes qui sont examinés ci-après ont été considérés possiblement à risque élevé durant les consultations du CNA réalisées en 2013-2014 et dans le cadre de la *Revue exploratoire de la littérature : L'isolement social des aînés* du CNA réalisée la même année. La liste suivante n'est pas exhaustive, et d'autres groupes méritent peut-être qu'on s'y attarde. Par exemple, un rapport publié par le Commissariat aux langues officielles (2013) soulignait les observations formulées par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement selon lesquelles les aînés des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) étaient peut-être plus à risque d'isolement social, surtout lorsqu'ils déménagent dans des résidences pour personnes en perte d'autonomie ou des établissements de soins de longue durée. Pour ces groupes, « vieillir sur place » peut vouloir dire être arraché à leur langue et leur culture lorsqu'ils déménagent dans des installations de soins. Jusqu'à présent, il n'y a à peu près pas eu de recherche sur l'isolement social des aînés de CLOSM, et le sujet mérite un examen beaucoup plus poussé.

### 5.1. Aînés autochtones

Selon l'Enquête auprès des ménages (EAM), la population autochtone du Canada était estimée à 1 400 685 personnes en 2011, soit 4,3 % de la population canadienne totale (Statistique Canada, 2013a)<sup>15</sup>. Même si le pourcentage d'Autochtones âgés de 65 ans et plus au sein de la population autochtone générale s'élève à seulement environ 6 %

<sup>15</sup> Dans cette enquête, l'identité autochtone incluait les personnes qui s'identifiaient comme membres des Premières nations, Métis ou Inuits et/ou ceux qui déclarent être un Indien visé par un traité ou un Indien inscrit conformément à la *Loi sur les Indiens* et/ou être membre d'une Première nation ou d'une bande indienne.





(comparativement à 16 % au sein de la population canadienne), au fil du temps, la proportion d'aînés autochtones augmente en raison des déclinés des taux de mortalité (plus de personnes vivent plus longtemps) et d'un taux de fertilité réduit (cohortes plus jeunes moins nombreuses)<sup>16</sup>. Les aînés autochtones sont un groupe très diversifié, environ la moitié vivant dans des villes, et l'autre, dans des régions rurales éloignées, surtout dans des réserves (Wister et McPherson, 2014)<sup>17</sup>. Les recommandations formulées pour vaincre l'isolement social doivent tenir compte des caractéristiques uniques des membres de ces groupes.

Au cours de leur vie, les aînés autochtones ont été confrontés à de nombreux défis qui peuvent persister durant leur vieillesse. Ces défis incluent des niveaux élevés de chômage et de pauvreté, des habitations inférieures aux normes, des taux élevés de criminalité et de violence, l'éclatement des familles durant la période des pensionnats, des taux de mortalité et de morbidité élevés et l'accès à moins de services de santé et de services résidentiels et communautaires (Wilson et coll., 2011; Wister et McPherson, 2014). De plus, en raison de la colonisation, ils ont été victimes de marginalisation, surtout ceux qui vivent dans des réserves situées en région rurale et éloignée (Richmond, 2007). Cela fait en sorte qu'ils sont un groupe très vulnérable et qu'ils sont susceptibles d'afficher des risques associés à l'isolement social. Cependant, les recherches sur l'isolement social des aînés autochtones sont rares, et la plupart des ouvrages portent sur l'accès aux soins de santé et aux soins communautaires ou sur l'inclusion sociale parmi les Autochtones en général (Santé Canada, 2009).

Les approches visant à répondre aux besoins liés au vieillissement dans les collectivités autochtones du point de vue de l'inclusion sociale ont permis de cerner des obstacles et des défis complexes (Habjan et coll., 2012; Haskell et Randall, 2009; Wilson et coll., 2011). Haskell et Randall (2009), par exemple, ont souligné la façon dont la connectivité sociale au chapitre des relations interpersonnelles a souvent été brisée en raison d'expériences traumatiques (p. ex. violence familiale, suicide, toxicomanie, pauvreté et bouleversements). Treloar et coll. (2014) ont cerné trois obstacles situationnels pouvant miner l'expérience de l'inclusion sociale d'Autochtones recevant des traitements contre le cancer : faible niveau de sécurité socioéconomique, manque de confiance au chapitre de la prestation des soins de santé, et manque de connaissance des systèmes de traitement du cancer (connaissances de la santé). Pour surmonter ces obstacles, les fournisseurs de soins de santé doivent les reconnaître et créer des solutions pratiques et symboliques, en partenariat avec les peuples autochtones, les communautés et les organismes de soins de santé.

<sup>16</sup> Un rapport de Santé Canada (2009) laisse entendre que de nombreux aînés autochtones vivent totalement isolés. Le constat a été fondé sur un petit nombre d'entrevues d'information clés réalisées dans le cadre d'une évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

<sup>17</sup> À coup sûr, les réserves des Premières nations varient beaucoup, et ce ne sont pas toutes les réserves qui se trouvent dans des régions rurales ou éloignées.



Dans un même ordre d'idées, Habjan et coll. (2012) ont cerné de multiples obstacles relatifs à la santé et au soutien social, notamment les suivants : absence d'aidants familiaux; accès limité à des professionnels de la santé, à des services de santé et à des fournisseurs de soins de santé; besoins en matière d'éducation et de formation; relations communautaires et gouvernementales problématiques; accès à des soins appropriés et sécuritaires. Beatty et Berdahl (2011) ont également cerné plusieurs facteurs pouvant engendrer des problèmes de santé chez les aînés autochtones, dont la pauvreté, le manque de logements, le manque de foyers de soins infirmiers, les obstacles liés à l'instruction et à l'alphabétisation, ainsi que la connaissance limitée des décideurs et des fournisseurs de services concernant les besoins des aînés autochtones. Pour éliminer ces obstacles complexes, il faut apporter des changements à plusieurs niveaux.

De nombreuses études ont révélé que les collectivités autochtones peuvent mobiliser des ressources communautaires, surtout dans le cadre d'approches axées sur la participation et l'action qui habilite les aînés, leur famille et leur collectivité (Wister et McPherson, 2014). En même temps, il y a un paradoxe en ce qui a trait au soutien social et à la santé chez les Autochtones : même s'ils affichent des taux plus élevés de soutien social au sein des collectivités autochtones, cet important déterminant social de la santé n'a pas entraîné une amélioration de l'état de santé des aînés autochtones (Richmond, 2009). Moins de ressources personnelles (surtout économiques) et interpersonnelles ont probablement contribué à ce paradoxe. De plus, Richmond (2009) a montré qu'il peut y avoir un stress associé aux rôles de soutien auxquels on s'attend de la part des membres de la collectivité. Vu la petite taille de nombreuses collectivités autochtones et leur isolement relatif, les membres de ces collectivités qui sont des membres du personnel infirmier ou des travailleurs sociaux peuvent avoir de la difficulté à prendre une pause de leur rôle professionnel. Cela peut avoir des conséquences négatives sur ceux qui fournissent du soutien et ceux qui en bénéficient.

On ne connaît pas le degré d'isolement social ressenti par les aînés autochtones, et il y a probablement de très grandes variantes selon la collectivité et la catégorie d'aînés autochtones (p. ex. citoyen de la classe moyenne ou aîné vivant dans une réserve isolée). Cependant, combinés à des taux élevés d'événements traumatiques importants au fil de la vie, les facteurs culturels et structurels – y compris les enjeux liés à la compréhension des systèmes de santé et de soins communautaires et la confiance envers ces systèmes – peuvent accroître le risque de solitude et d'isolement social. Un faible niveau de scolarité, des connaissances insuffisantes en matière de santé, un faible revenu ou la pauvreté, l'emplacement et l'isolement géographique, un mauvais état de santé, un fossé culturel, une plus grande probabilité d'avoir vécu des événements traumatiques et des systèmes de soutien informels et officiels fragmentés créent une cascade de risques qui mène à l'isolement social des aînés autochtones. Les approches visant à réduire le risque d'isolement social doivent tenir compte d'un certain nombre de facteurs de risque qui semblent liés intrinsèquement à une marginalisation culturelle et sociale, historique et ancrée dans des conditions économiques désavantageuses.



## 5.2. Aînés proches aidants

Les proches aidants sont la pierre angulaire du système de soins continu au Canada. En 2012, huit millions de Canadiens, soit 28 % de la population âgée de 15 ans et plus, ont fourni des soins à des membres de la famille ou à des amis qui avaient un problème de santé de longue durée, une incapacité ou des problèmes associés au vieillissement (Turcotte, 2013). La majeure partie de ces proches aidants fournissaient des soins à un aîné.

Même si la littérature révèle les effets positifs du rôle de proches aidants, il y a un grand nombre de recherches qui ont cerné des répercussions négatives sur le proche aidant, surtout lorsque l'intensité des soins et les facteurs de stress connexes augmentent, comme lorsque le bénéficiaire des soins affiche une importante déficience physique et/ou cognitive (Pinquart et Sörensen, 2003; Robinson et coll., 2009). Parmi les effets négatifs sur le proche aidant, mentionnons le fardeau des soins, la dépression, le stress, les problèmes financiers, la mauvaise santé, la solitude et l'isolement social (Chappell et Funk, 2011).

Même s'il existe de nombreux ouvrages sur les proches aidants, peu d'entre eux ont exploré la question de l'isolement social. Les études réalisées sur ce sujet donnent à penser que le rôle de proche aidant n'entraîne pas en soi des sentiments de solitude ou d'isolement social. Cependant, les proches aidants qui affichent des niveaux de satisfaction moindres à l'égard des soins qu'ils prodiguent sont plus susceptibles d'éprouver de la solitude et de l'isolement social. Lorsque les soins à prodiguer sont particulièrement exigeants – lorsqu'il s'agit de soins lourds ou sur place, 24 heures sur 24, par exemple, ou lorsqu'on prend soin de quelqu'un atteint de démence modérée ou grave ou affichant un handicap physique grave, ou encore lorsque les capacités du proche aidant en matière de soins sont peu élevées ou trop sollicitées – cela peut entraîner des sentiments de solitude et l'impression d'être déconnecté du reste de la famille, des amis et des voisins (Lecovich, 2015; Robinson et coll., 2009). Les époux proches aidants peuvent aussi être plus à risque de bénéficier de moins de soutien social et de ressentir de la solitude (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2010). Une étude qualitative sur les proches aidants réalisée à Elliot Lake, une collectivité de retraités dans le nord de l'Ontario, a révélé que l'occasion offerte aux proches aidants de participer à des activités sociales est grandement réduite par l'incapacité de laisser la personne soignée seule et que les proches aidants peuvent se sentir très isolés lorsque leurs services ne sont plus requis, puisqu'ils doivent trouver une nouvelle identité, de nouveaux rôles sociaux et s'adonner à de nouvelles activités (Sherman et Lacarte, 2012). Les proches aidants qui s'occupent de leur épouse ou de leur époux atteint de démence font face au défi supplémentaire, selon les mots d'un expert, de se « réveiller chaque jour en présence d'une personne qui n'a rien à dire<sup>18</sup> ».

<sup>18</sup> Gouvernement du Canada, Série vidéo : La démence et le rôle de proche aidant. Disponible à l'adresse suivante : [http://www.seniors.gc.ca/fra/sp/aidants-naturels/federal/demence\\_videos/index.shtml](http://www.seniors.gc.ca/fra/sp/aidants-naturels/federal/demence_videos/index.shtml).



Les proches aidants dans des régions éloignées peuvent être particulièrement confrontés à des défis liés à l'isolement et à la solitude. Des recherches qualitatives réalisées par Chappell et coll. (2008) ont révélé que les proches aidants dans des régions éloignées étaient confrontés à un certain nombre de défis, comme des petites populations isolées, des conditions météorologiques difficiles durant l'hiver, l'absence de programmes communautaires, le manque d'installations communautaires où rencontrer d'autres personnes et des déplacements coûteux pour avoir accès à des services.

Il y a aussi un certain nombre de facteurs favorables qui peuvent protéger les personnes contre l'impact négatif sur la santé et le bien-être du rôle de proche aidant, dont la solitude et l'isolement social. Par exemple, Robinson et coll. (2009) ont constaté que l'absence de services de soins officiels et les difficultés financières étaient de loin les principaux facteurs prédictifs des conséquences négatives du rôle de proche aidant. Dans un même ordre d'idées, les obstacles en matière d'accessibilité peuvent réduire les occasions de participation sociale des bénéficiaires des soins et des proches aidants, et le manque d'information sur les services accessibles peut accroître le fardeau des proches aidants et avoir un impact sur leur participation sociale (Sherman et Lacarte, 2012).

Par conséquent, la prestation d'une aide et d'un soutien financier grâce à une assistance informelle, des services de relève, des soins à domicile ou des services connexes et des programmes d'aide au revenu et d'allègement fiscal peuvent avoir un impact énorme sur la réduction de la solitude et de l'isolement social des proches aidants dans ces situations extrêmes (Sims-Gould et Martin-Matthews, 2007; Sussman et Regehr, 2009)<sup>19</sup>.

### 5.3. Aînés immigrants

Le Canada possède une importante population d'immigrants, qui viennent d'une diversité de pays et de régions. En 2011, environ 22 % de la population canadienne était née à l'extérieur du Canada, y compris 4,5 millions d'aînés<sup>20</sup>. En général, les aînés immigrants au Canada sont ici depuis longtemps, puisque la plupart des personnes ont tendance à immigrer à un âge relativement jeune. En effet, les aînés âgés de 65 ans et plus représentent une proportion relativement petite des nouveaux immigrants arrivés au pays de 2006 à 2011 (seulement 3,3 %). Selon la Société canadienne d'hypothèques et de logement (2012), plus la période d'immigration est rapprochée,

<sup>19</sup> Les proches aidants peuvent être admissibles à diverses formes d'assistance du gouvernement du Canada. Voir le site Web du gouvernement du Canada pour de plus amples renseignements : [www.servicecanada.gc.ca](http://www.servicecanada.gc.ca).

<sup>20</sup> Ce chiffre est fondé sur les données tirées de l'Enquête auprès des ménages de 2011. Sur une population de 32 852 325 habitants, 7 217 295 étaient nés à l'extérieur du Canada. Le nombre d'aînés nés à l'extérieur du Canada s'élevait à 4 551 535, y compris 81 850 « nouveaux arrivants » (les personnes étant arrivées au Canada de 2001 à 2011) (Statistique Canada, 2011).



moins il est probable qu'un aîné immigrant vive seul. Ce constat est peut-être expliqué en partie par le fait que de nombreux aînés qui sont des immigrants de fraîche date vivent avec des membres de leur famille qui les ont parrainés afin qu'ils puissent immigrer au Canada. De plus, parmi certains groupes d'immigrants, la tradition veut que les aînés vivent avec leurs enfants ou d'autres membres de leur famille.

Dans leur étude, de Jong Gierveld et coll. (2015b) ont constaté que, en moyenne, les immigrants âgés se sentent beaucoup plus seuls que les autres adultes âgés nés au Canada. Parmi la population d'aînés immigrants, cependant, on note une importante diversité. Ceux qui viennent de pays où la langue et la culture sont différentes de celles du Canada se sentent beaucoup plus seuls que leurs homologues nés au Canada, ce qui n'est pas le cas de ceux dont l'anglais ou le français est la langue maternelle<sup>21</sup>. Par conséquent, les interventions qui ciblent la population des aînés immigrants doivent tenir compte de la langue et de l'origine ethnique.

Ce constat est renforcé par l'expérience des travailleurs de première ligne. Par exemple, parmi les immigrants aînés isolés socialement de Vancouver, les administrateurs de programme du *SUCCESS Seniors Quality of Life Outreach Project* ont déterminé que le fait de ne pas maîtriser l'anglais était un facteur de risque majeur. Par conséquent, les responsables du programme organisent des activités et des événements dans les langues de leur clientèle (principalement le cantonais et le mandarin) (Li, 2010)<sup>22</sup>.

D'autres facteurs se sont aussi révélés importants dans l'étude de de Jong Gierveld et coll. (2015a), particulièrement le sentiment d'appartenance à une communauté locale et la fréquence des interactions sociales (mais pas la fréquence des interactions avec des membres de la famille). De façon peut-être un peu surprenante, la solitude était aussi liée de près au fait de compter sur un réseau de personnes qui parlent sa propre langue maternelle. Les auteurs ont avancé que cette situation découle peut-être du fait que de tels réseaux renforcent le sentiment d'effritement culturel ou sont peut-être trop petits (et isolés) pour aider la personne à créer des liens avec un réseau plus large de

<sup>21</sup> L'étude de de Jong Gierveld et coll. s'appuie sur les données sur les réseaux sociaux tirées de l'Enquête sociale générale (2013) de Statistique Canada, qui inclut un sous-échantillon de 3 692 aînés. Dans leur analyse, on a différencié les aînés nés à l'extérieur du Canada en fonction de leurs antécédents linguistiques et culturels catégorisés selon trois sous-groupes : 1) ceux d'origine britannique ou française (7,3 % des répondants); 2) ceux d'origine européenne non britannique et non française, qui décrivent leur origine ethnique comme étant tout de même européenne (6,2 % des répondants); 3) ceux d'origine non européenne (5,6 % des répondants).

<sup>22</sup> Fait intéressant, Tam et Neysmith (2006) ont constaté que le manque de respect était l'une des principales formes que prend la violence à l'égard des aînés dans les communautés chinoises. Puisque le manque de respect est une forme de violence culturelle, ce problème a tendance à ne pas être représenté dans les catégories de violence à l'égard des aînés tirées des perspectives culturelles occidentales. Cela reflète le besoin de réexaminer la compréhension et la définition non seulement de l'isolement, mais aussi de la violence à l'égard des aînés, particulièrement lorsqu'il est question des immigrants et des personnes dont les différences culturelles sont susceptibles de les rendre particulièrement vulnérables.





personnes dans une plus grande zone géographique. En France, les aînés immigrants semblent courir un plus grand risque d'être confrontés à plusieurs difficultés, y compris la pauvreté et l'isolement (Alisaid-Guérain, 2015).

En ce qui a trait à un segment de la population immigrante, la recherche qualitative réalisée par Vatz Laaroussi (2013) sur les femmes réfugiées âgées à Montréal donne à penser que les trajectoires de migration ont peut-être un impact sur l'expérience de l'isolement social. Vatz Laaroussi a constaté que les exilées de première génération qui sont arrivées au Québec dans les années 1960 et 1970 et qui possédaient des niveaux de scolarité et d'autonomie plus élevés étaient moins à risque de se sentir isolées, comparativement aux femmes qui étaient passées par des camps de réfugiés dans les années 1980 et 1990 et qui avaient tendance à être davantage culturellement éloignées de leurs enfants et de leurs petits-enfants<sup>23</sup>.

Certains groupes d'aînés immigrants possèdent aussi des traits qui leur offrent une certaine protection contre l'isolement social. Ng et Northcott (2015) ont constaté que les situations résidentielles familiales des immigrants d'Asie du Sud, qui vivent habituellement avec des membres de leur famille élargie, étaient un important facteur de protection contre l'isolement à Edmonton. Ce qui était plus important, cependant, n'était pas ces arrangements en tant que tels, mais la quantité de temps d'éveil passé seul à la maison et la qualité des relations familiales<sup>24</sup>.

Peu de recherches ont aussi été réalisées relativement aux facteurs liés au vieillissement réussi au sein des groupes d'immigrants qui ont des répercussions sur l'enjeu de l'isolement social. Noubicier et Charpentier (2013), par exemple, ont étudié les perceptions des aînées immigrantes d'Afrique subsaharienne à Montréal à l'égard du vieillissement et constaté que l'engagement social, les liens intergénérationnels, l'autonomie financière et la foi étaient tous des éléments importants du bien-vieillir<sup>25</sup>. Dans certains cas, il peut être difficile d'identifier les aînés de groupes d'immigrants qui vivent de l'isolement social. Dans le cadre du projet *Age Friendly Initiative*, la ville de Nanaimo (Colombie-Britannique) a tenté de cerner et d'éliminer les obstacles liés à l'isolement social des aînés dans la collectivité (North Sky Consulting Group Ltd, 2013). Même si seulement un petit nombre d'aînés immigrants isolés socialement ont été identifiés, les auteurs ont formulé l'hypothèse que les organismes d'aiguillage et d'autres intervenants ont peut-être hésité à identifier des aînés immigrants isolés de crainte que cela puisse compromettre leur statut d'immigration.

<sup>23</sup> Parmi les vingt-cinq femmes qui ont participé à l'étude, huit provenaient de la Colombie, trois d'un autre pays d'Amérique du Sud, cinq provenaient de la région des Grands Lacs d'Afrique, cinq de l'ex-Yougoslavie, et le reste venait de l'Irak, l'Afghanistan et le Bhoutan.

<sup>24</sup> La qualité des relations était une mesure composite réunissant neuf éléments distincts.

<sup>25</sup> L'étude a aussi cerné des préoccupations concernant les relations et l'accès des aînés immigrants aux services de santé. Les auteurs ont suggéré d'envisager de réaliser d'autres recherches à ce sujet.



D'autres facteurs peuvent aussi interagir avec l'isolement social au sein des groupes d'aînés immigrants. Par exemple, dans les ouvrages de nature plus générale sur l'isolement social, il y a un ensemble de connaissances convaincantes selon lesquelles les plus jeunes femmes immigrantes courent un risque élevé d'isolement social. Cependant, l'examen du nombre restreint d'ouvrages publiés à ce sujet n'a pas permis de déterminer que les différences liées au sexe parmi les aînés immigrants étaient un facteur aggravant<sup>26</sup>. On sait aussi peu de choses au sujet de la prévalence comparative de l'isolement au sein de groupes précis d'aînés immigrants. Même s'il faut réaliser plus de recherches sur les aînés immigrants et l'isolement social, il est évident que les stratégies visant à s'attaquer à ce problème devraient tenir compte de la culture, de la langue et de l'environnement familial général.

#### 5.4. Aînés LGBT

La communauté LGBT est un groupe hétérogène composé de lesbiennes, de gais, de bisexuels et de transgenres. Selon les estimations du Recensement, il y aurait environ 335 000 aînés LGBT au Canada, même s'il est entendu qu'il s'agit probablement d'une sous-estimation.

Les déclarations volontaires sont limitées, parce que bon nombre d'aînés LGBT hésitent à parler ouvertement de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre (Tang, 2015). Même si de nombreux changements sociaux et législatifs au Canada ont mené à une augmentation importante de la reconnaissance des droits des Canadiens LGBT (Brotman et coll., 2010), l'histoire de la communauté LGBT est ponctuée, au Canada et dans le monde entier, de discrimination liée à l'homophobie, de stigmatisation et d'exclusion sociale (Brotman et coll., 2010; Cassidy, 2007; Groupe SOS, SOS homophobie et AIDES, 2013). Cependant, les aînés LGBT – beaucoup d'entre eux ont dû, à une époque, cacher leur identité ou leur orientation sexuelle – souffrent encore des conséquences de leurs expériences traumatiques, et il y a encore de la discrimination sous de nombreuses formes.

La discrimination à l'égard des personnes LGBT âgées peut être liée à de nombreux facteurs. Par exemple, le fait d'avoir une orientation sexuelle qui est différente de celle de la majorité, le vieillissement, le fait d'être une femme, le fait d'avoir contracté le VIH/sida ou le fait d'être identifié à une sous-culture. De tels cas de discrimination peuvent avoir un effet multiplicateur plutôt qu'un effet cumulatif (Hébert et coll., 2012; Orel, 2014). Pour certains aînés LGBT, le fait d'être confrontés à de multiples formes de discrimination constitue un défi supplémentaire lorsqu'ils ont besoin du soutien de leurs

---

<sup>26</sup> Fait intéressant, en France, une initiative visant à lutter contre l'isolement social des migrants âgés grâce à des cafés sociaux s'est révélée au départ beaucoup plus efficace auprès des hommes. Les organisateurs des cafés sociaux ont par la suite adopté une approche ciblée pour attirer des femmes migrantes âgées en tenant compte de leurs besoins précis et en créant des espaces exclusifs pour les femmes. Les cafés sociaux sont une initiative de l'association Ayyem Zamen (voir *Libres propos*, 2011).



amis et de leur famille ou lorsqu'ils se cherchent un endroit approprié où vivre (Orel, 2014). Cela complique leur accès aux services, comme des services de soins de santé, et a un impact direct sur leur santé générale (Porter et Krinsky, 2014).

En effet, il y a beaucoup d'ouvrages qui prouvent que les personnes LGBT vivent de la discrimination lorsqu'elles tentent d'avoir accès à des services de santé. Plusieurs études réalisées durant les années 1990 et au début des années 2000 ont révélé que les adultes LGBT âgés ont déclaré avoir fait l'objet de discrimination dans leurs interactions avec des professionnels de la santé (Brotman et coll., 2010), une situation qui ne semble pas avoir changé (Orel, 2014; Stein et coll., 2010).

Une étude réalisée aux États-Unis a révélé que la discrimination peut empêcher des aînés LGBT de chercher des ressources (Orel, 2014), ce qui peut avoir des conséquences graves sur leur bien-être (Brotman et coll., 2010). Les aînés transgenres qui n'ont pas achevé leur transformation physique ont été obligés de réadopter des comportements associés à leur genre initial (vêtements, etc.) (Latham, 2016). Ces expériences peuvent entraîner l'isolement social.

De plus, les aînés LGBT peuvent avoir des réseaux primaires faibles sur lesquels compter dans des situations de perte d'autonomie (Groupe SOS, SOS homophobie et AIDES, 2013; Stein et coll., 2010). Cela peut être lié au fait qu'ils n'ont pas eu d'enfants ou que leur réseau n'accepte pas leur identité LGBT (Orel, 2014). Les personnes LGBT qui révèlent leur identité à un âge avancé risquent d'être séparées de leurs amis et des membres de leur famille (Groupe SOS, SOS homophobie et AIDES, 2013), ce qui peut susciter chez eux la crainte de sortir du placard ou une tendance à garder une certaine distance afin d'éviter le rejet (Orel, 2014). De plus, les aînés LGBT qui sont sortis du placard et qui maintiennent de bonnes relations avec leurs amis et les membres de leur famille indiquent que ces liens semblent s'effriter lorsqu'ils vieillissent, et ce, pour aucune raison apparente (Orel, 2014). Par conséquent, souvent, les réseaux sociaux des aînés LGBT sont surtout composés d'autres personnes LGBT (Orel, 2014). Pour certains d'entre eux, et en particulier les lesbiennes, les amis finissent par être considérés comme des membres de la famille (Gabrielson et coll., 2014).

En outre, l'épidémie de VIH dans les années 1980 a eu un impact direct sur le réseau primaire de plusieurs personnes LGBT en raison du décès de certains de leurs êtres chers, ce qui peut avoir contribué à l'effritement de leur réseau social et à l'augmentation de leur isolement (Groupe SOS, SOS homophobie et AIDES, 2013; Larkin, 2008; Orel, 2014). Un réseau social faible, auquel s'ajoute une reconnaissance sociale difficile, pousse certaines personnes LGBT à craindre le moment où elles perdront leur autonomie (Orel, 2014). Certains envisagent le suicide afin d'éviter de se retrouver dans ce type de situation (Witten, 2014, cité par Zelle et Arms, 2015).

D'autres facteurs sont aussi importants. L'isolement est vraisemblablement plus facile à surmonter en contexte urbain, où la communauté LGBT est plus importante et plus visible (Erdley et coll., 2013). Cela pose des défis majeurs dans un pays comme le





Canada, où les milieux urbains sont limités. L'isolement social semble avoir un impact plus direct sur les homosexuels et les bisexuels qui cachent leur identité ou qui ne l'acceptent pas totalement que sur ceux qui assument leur identité plus ouvertement (Camenzind, 2012). En outre, plus les aînés LGBT vivent dans l'anonymat, plus ils sont difficiles à joindre par les fournisseurs de services (Camenzind, 2012). C'est aussi une difficulté vécue par les aînés transgenres en fonction du moment où leur changement d'identité a eu lieu (Hébert et coll., 2012). Ceux qui ont commencé leur processus plus tard dans leur vie ont beaucoup plus de difficulté à s'adapter d'un point de vue psychologique et physiologique et doivent surmonter plus d'obstacles liés à l'acceptation sociale (Cook-Daniels, 2001, cité par Hébert et coll., 2012).

En vieillissant, les adultes homosexuels âgés, et, en particulier les hommes, déclarent aussi se sentir exclus de leur communauté, qui compte une forte sous-culture au sein de laquelle la jeunesse et la sexualité sont valorisées (Cassidy, 2007). Par conséquent, certains aînés répondent à leur besoin de socialisation dans des communautés religieuses ouvertes, où ils peuvent participer et entretenir des relations sociales qui ne sont pas axées sur la sexualité (Cassidy, 2007).

Par conséquent, la littérature donne à penser que les aînés LGBT sont particulièrement vulnérables lorsqu'il est question d'isolement social, même s'il manque souvent des données précises. Vu les défis multidimensionnels auxquels ils sont confrontés en raison d'antécédents de discrimination complexes et continus, les aînés LGBT sont confrontés à de nombreux défis qui contribuent à leur isolement et à leur solitude.

### **5.5. Aînés vivant seuls**

Les membres de la population canadienne, surtout les femmes âgées, sont de plus en plus susceptibles de vivre seuls en vieillissant. Selon le recensement de 2011, 31,5 % des femmes âgées de 65 ans et plus vivaient seules, comparativement à 16 % des hommes aînés. Parmi les aînés âgés de 85 ans et plus, 36,6 % des femmes vivaient seules, comparativement à 21,7 % des hommes (Statistique Canada, 2012). De tels résultats découlent de l'espérance de vie plus élevée des femmes, d'hommes épousant des femmes plus jeunes, de la réduction des taux de remariage chez les femmes et du goût accru de vivre de façon indépendante au fil du temps (Wister et McPherson, 2014). Les femmes âgées sont aussi plus susceptibles de vivre en établissement : parmi la tranche des 85 ans et plus, 35,2 % des femmes vivent en établissement, comparativement à 22,6 % des hommes (Statistique Canada, 2012).

Les liens entre le fait de vivre seul, l'isolement social et la solitude sont complexes. Le fait de vivre ou non avec d'autres n'entraîne pas nécessairement un manque de contacts sociaux (Victor et coll., 2000), mais il peut s'agir d'une cause suffisante. Le fait de vivre seul a été associé à une réduction des interactions sociales et des sources de soutien social, en partie en raison du fait que les personnes qui vivent seules ne sont pas mariées ni en union de fait, ce qui réduit le niveau de soutien proximal dont ils peuvent bénéficier (Sinha, 2014). On a constaté que les aînés veufs, divorcés ou



célibataires affichaient des taux plus élevés de solitude et d'isolement social que les aînés mariés (de Jong Gierveld et coll., 2015a; Keefe et coll., 2006; Conseil national des aînés, 2014a et 2014b). Les constats récents tirés de l'étude *English Longitudinal Study on Aging* (ELSA)<sup>27</sup> ont révélé que la taille des ménages est inversement proportionnelle à la prévalence de la solitude : les aînés qui vivent dans de plus grands ménages sont moins susceptibles d'être seuls (Iparraguirre, 2015).

Les aînés qui vivent seuls sont aussi beaucoup plus susceptibles d'être à faible revenu, ce qui accroît le risque d'être isolés (voir ci-dessous). Dans un même ordre d'idées, même si le fait de vivre dans un quartier défavorisé accroît le risque d'isolement pour tous les aînés, l'effet est encore plus marqué parmi les aînés qui vivent seuls. Les aînés célibataires ou veufs qui n'ont jamais appris à conduire peuvent aussi avoir des problèmes de transport (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004).

Les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé ont révélé que les personnes qui vivent seules sont particulièrement susceptibles d'avoir besoin d'aide au chapitre du transport et qu'un accès inadéquat à des transports ou les difficultés à se déplacer peuvent être un obstacle à la participation sociale (Turcotte, 2012).

Même si le fait de vivre seul et l'isolement social et la solitude partagent bon nombre des mêmes corrélats (p. ex. âge, sexe, veuvage, le fait de ne pas avoir d'enfants, l'entrée dans des établissements de soins de santé et la mortalité), ils diffèrent du point de vue de divers facteurs de risque liés aux ressources, surtout ceux liés à la classe sociale et à la santé physique et mentale (Victor et coll., 2000; Holt-Lunstad et coll., 2015). Par conséquent, il est possible que ce soit non pas le fait de vivre seul ou non qui contribue à l'isolement social et à la solitude, mais plutôt d'autres facteurs de risque associés à ces deux situations (Perissinotto et Covinsky, 2014). Par exemple, Ng et Northcott (2015) ont constaté que, parmi un échantillon d'aînés sud-asiatiques vivant à Edmonton (qui ont tendance à vivre avec des membres de leur famille élargie – voir ci-dessus), la solitude était associée à la qualité des relations et au temps de marche à pied plutôt qu'aux conditions de logement en tant que telles. De plus, dans le cadre d'un récent examen systématique, Holt-Lunstad et coll. (2015) ont constaté que, lorsqu'on neutralise les autres corrélats, le risque de mortalité augmentait de 29 %, 26 % et 32 % respectivement chez les personnes isolées socialement, se sentant seules ou vivant seules. Cela souligne l'importance d'examiner les répercussions cumulatives des facteurs de risque et de protection sous-jacents à l'isolement social et à la solitude.

---

<sup>27</sup> L'ELSA est une étude longitudinale qui recueille des renseignements sur la situation socioéconomique et liée à la santé et au bien-être de la population anglaise âgée de plus de cinquante ans. L'échantillon actuel contient de l'information provenant de jusqu'à six vagues de collecte de données couvrant une période de onze ans. Vous trouverez de plus amples renseignements sur le site Web de l'ELSA : <http://www.elsa-project.ac.uk>.



Il faut réaliser des recherches pour démêler les causes et les conséquences communes et distinctes liées au fait de vivre seul, à la solitude et à l'isolement social avant qu'on puisse utiliser le fait de vivre seul comme un indicateur ou un corrélat des deux autres.

### 5.6. Aînés vivant dans des régions éloignées ou rurales

Environ 23 % des aînés au Canada vivent en région rurale, un pourcentage qui est similaire à celui de la population générale, puisque quatre Canadiens sur cinq vivaient dans les centres urbains en 2011 (Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2012). Des études de grande envergure sur la prévalence générale de l'isolement social dans les régions rurales du Canada sont pratiquement inexistantes, et peu d'études ont comparé les différences entre les milieux urbains et les zones rurales. Kobayashi et coll. (2009) ont constaté que jusqu'à 17 % des personnes âgées vivant principalement dans des petits villages et des petites villes de la Colombie-Britannique étaient isolées socialement<sup>28</sup>. On a aussi cerné des différences liées au sexe : les hommes âgés qui vivaient en région rurale bénéficiaient de plus petits réseaux de soutien et affichaient des taux d'utilisation des services de santé et des services sociaux inférieurs comparativement aux femmes qui vivaient en région rurale et utilisaient plus de services et bénéficiaient de plus de soutien de leur famille et d'amis. Les auteurs ont conclu que les différences géographiques et liées au sexe exigeaient la mise en place de programmes ciblés afin d'aider les personnes à maintenir ou à améliorer leur intégration sociale.

Pour les aînés qui vivent en région rurale et qui ont un cancer en phase avancée, l'absence de soutien communautaire et d'accès aux services peut mener à l'isolement et à la solitude. (Duggleby et coll., 2011). Les ressources inadéquates, l'effritement de l'esprit communautaire et la dévaluation de la ruralité ont aussi été liés à la solitude et à une vision négative de soi parmi les femmes aînées vivant dans les régions rurales de l'Ontario. L'origine ethnique et le sexe étaient d'autres facteurs négatifs, les femmes autochtones soulignant de longs antécédents de discrimination et d'exclusion (Panazzola et Leipert, 2013). Durant des groupes de discussion réalisés par Hall et coll. (2003), le caractère inadéquat ou inexistant des services de transport dans les régions rurales était mentionné comme une source d'isolement et de solitude. Keating et coll. (2013) ont aussi constaté que la solitude parmi les résidents de longue date des régions rurales de communautés nouvellement aisées était peut-être liée au fait qu'ils ne pouvaient plus participer aux activités et aux organisations pour des raisons financières (voir aussi la section sur les aînés à faible revenu). Le lien entre le manque de transport et l'isolement dans les régions rurales a été souligné ailleurs dans la littérature (Keefe et coll., 2006) (voir ci-dessus pour les constats sur l'isolement et le fait de vivre dans des régions éloignées chez les proches aidants.)

<sup>28</sup> L'échantillon (n = 1 064) se voulait représentatif de la population provinciale, mais les citadins et les personnes vivant dans des régions éloignées étaient sous-représentés.



La façon dont l'isolement social interagit avec la santé mentale peut aussi varier en fonction du milieu de vie. Même si les aînés qui vivent en contexte rural et urbain ou dans de petits villages affichent des niveaux similaires de symptômes dépressifs (environ 11,5 % de la population des aînés), les facteurs associés à la dépression varient beaucoup d'un environnement à l'autre.

Pour les aînés qui vivent dans des régions rurales, le fait de vivre seul, de considérer leur revenu comme étant inadéquat et d'avoir une incapacité fonctionnelle sont autant de facteurs associés aux symptômes dépressifs (St. John et coll., 2006) contrairement à un ensemble différent de facteurs pour les aînés vivant en zone urbaine ou dans de petits villages<sup>29</sup>.

Malgré le nombre de recherches limité sur la ruralité et l'isolement social chez les aînés, les constats tirés de la recension des écrits donnent à penser que l'isolement social a un impact sur le bien-être des aînés en région rurale qu'on ne peut ramener à l'expérience plus générale du vieillissement. Il faut réaliser plus de recherches comparatives à ce sujet.

### **5.7. Aînés à faible revenu et ceux vivant dans la pauvreté**

Environ 4,7 millions de personnes – soit 13,8 % de la population – vivaient avec un faible revenu en 2012 (Statistique Canada, 2014)<sup>30</sup>. Après 20 ans de réduction, le taux de pauvreté des aînés canadiens a augmenté du milieu des années 1990 à la fin des années 2000, et ce, particulièrement chez les femmes aînées (le Conference Board du Canada, 2013). À la lumière des données de Statistique Canada, Shillington (2016) a déclaré que les cas de faible revenu chez les aînés canadiens ont augmenté de façon constante, passant de 4 % en 1995 à 11 % – soit un aîné sur neuf – en 2013. Pour ce qui est des aînés vivant seuls, le taux de pauvreté est particulièrement élevé.

Durant la même période, il est passé de 9 % à 28 % – presque une personne sur trois – chez les femmes aînées qui vivent seules, et de 6 % à 24 % chez les hommes aînés vivant seuls. Beaucoup d'autres groupes d'aînés sont aussi plus susceptibles de vivre dans la pauvreté, y compris les aînés ayant un niveau de scolarité moins élevé, les aînés qui ont des antécédents de travail intermittent et de bas salaire, les immigrants plus âgés, les aînés autochtones, les aînés ayant des problèmes de santé chroniques et les aînés handicapés (Conseil national des aînés, 2009).

La pauvreté et le faible revenu ont été associés à la solitude et à l'isolement social au sein de la population générale (Stewart et coll., 2007). Cependant, peu d'études se sont

<sup>29</sup> En milieu urbain, un moins bon état de santé déclaré, une incapacité fonctionnelle et le fait d'avoir moins de compagnons étaient liés de façon significative aux symptômes dépressifs. Le seul facteur significatif dans les petits villages était le fait de déclarer un moins bon état de santé.

<sup>30</sup> Ces chiffres sont fondés sur la mesure du faible revenu après impôts (MFR-AI), un indicateur du faible revenu et de la pauvreté utilisé à l'échelle internationale.



penchées plus précisément sur les personnes âgées. Cependant, les personnes âgées sont plus susceptibles de vivre à faible revenu que la plupart des autres groupes d'âge, et le faible revenu a été associé à de moins bons résultats en matière de santé et à des indicateurs plus bas liés à la qualité de vie chez les aînés (Wister et McPherson, 2014). Par conséquent, les aînés qui ont moins de ressources financières sont confrontés à un certain nombre de résultats négatifs potentiels qui ont été liés à la solitude et à l'isolement social (Keefe et coll., 2006; Conseil national des aînés, 2014a et 2014b).

Après avoir neutralisé un grand nombre d'autres facteurs de risque, de Jong Gierveld et coll. (2015a) ont constaté que le revenu affichait une association inverse faible, mais statistiquement significative avec la solitude chez les aînés. Un examen de la littérature sur la participation sociale des aînés réalisé par Raymond et coll. (2008) a aussi révélé que le revenu est inversement associé à l'isolement, et une étude représentative en Belgique a révélé que les aînés à faible revenu vivaient de l'isolement social dans une proportion supérieure de 29 points de pourcentage par rapport à ceux disposant d'un revenu élevé (Vandenbroucke et coll., 2012). Le faible revenu et la pauvreté peuvent souvent travailler de pair avec d'autres facteurs de risque connexes, ce qui expose les gens à des risques « sur de multiples fronts ». Une étude récente a établi un lien entre le faible revenu, l'isolement social et le risque lié à la nutrition chez les personnes âgées, et ces associations étaient particulièrement marquées chez les hommes âgés membres d'un groupe de minorité visible (Locher et coll., 2005). Des recherches ont aussi révélé qu'un faible revenu est souvent associé à une faible estime de soi, ce qui peut nuire à la recherche de nouveaux contacts sociaux (Pinquart et Sörensen, 2000).

De plus, MacCourt et coll. (2011) ont constaté que la pauvreté limite la capacité des aînés de trouver des logements adéquats, tandis que Gilmour (2012) a constaté que les aînés à la retraite vivant dans des logements à loyer modique étaient plus susceptibles de se sentir seuls. Selon un rapport sur le logement des personnes marginalisées en France, les aînés courent un risque d'isolement en raison du vieillissement et de la pauvreté. Bien que les logements inadéquats et inadaptés aux besoins des personnes âgées peuvent être un facteur majeur qui contribue à l'isolement social, les logements adéquats peuvent être un facteur majeur de prévention (Haut comité pour le logement des personnes défavorisées, 2012)<sup>31</sup>.

Un chercheur a également constaté que les aînés vivant dans les établissements publics de soins de longue durée (SLD) étaient plus susceptibles de vivre de l'isolement que ceux vivant dans des établissements privés, où les résidents ont plus de ressources financières et familiales, (Trépiéd, 2012). Le fait de vivre dans un quartier

<sup>31</sup> En France, les logements pour aînés sont devenus un enjeu revêtant une importance nationale. Les débats font souvent mention du lien existant entre la mise en place de logements adéquats adaptés aux besoins des aînés et la lutte contre l'isolement (voir, par exemple, Gilles et Loones, 2011; Hallier-Nader, 2011). Des organisations de première ligne comme le Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelles (2010) signalent que les aînés vivant dans la pauvreté peuvent vivre une forme double d'isolement puisqu'ils doivent souvent compter sur de maigres ressources et sont souvent envoyés dans des résidences qui exacerbent leur solitude.





défavorisé favorise aussi la solitude, surtout chez les aînés qui vivent seuls (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004). Les aînés à faible revenu qui vivent dans des quartiers défavorisés peuvent avoir des craintes pour leur sécurité au moment de quitter leur logement (Abbott et Sapsford, 2005). Cela peut être particulièrement difficile, puisque de nombreux aînés se tournent vers leur quartier pour répondre à leurs besoins pragmatiques et émotionnels (Freiler, 2004). L'embourgeoisement du quartier peut aussi avoir comme impact l'augmentation de la solitude. Des recherches réalisées dans des régions rurales du Canada, par exemple, ont trouvé des données probantes de solitude chez les résidents de longue date de collectivités nouvellement aisées. Ces personnes ne pouvaient plus participer aux activités et aux organisations, et les défis financiers limitaient leurs connexions sociales (Keating et coll., 2013)<sup>32</sup>.

Les personnes âgées qui vivent seules sont plus susceptibles de vivre près du seuil de pauvreté ou sous le seuil de pauvreté que les autres personnes âgées. Par conséquent, ces aînés sont confrontés à des obstacles plus importants en matière de participation sociale, surtout s'ils vivent dans des régions rurales ou de petits villages, où il y a souvent moins d'activités sociales et de loisirs accessibles (Kobayashi et coll., 2009). Une étude menée sur des femmes aînées à faible revenu vivant seules en Colombie-Britannique a révélé que, même si leur réseau de soutien était comparable à ceux d'autres groupes, ces dernières s'appuyaient davantage sur le soutien familial. En outre, il fallait déployer plus d'efforts pour diversifier leurs sources de soutien informelles et officielles, puisque les petits réseaux familiaux peuvent être rapidement dépassés (Ryser et Halseth, 2011).

À l'inverse, il a été prouvé qu'un revenu élevé est associé à moins de solitude, et ce, peut-être parce que les personnes à revenu plus élevé ont des réseaux commerciaux qu'ils peuvent utiliser à des fins sociales et parce qu'ils sont en meilleure position pour fournir du soutien aux autres en retour (Pinquart et Sørensen, 2000). Les données probantes préliminaires tirées de l'étude *English Longitudinal Study on Aging* ont aussi révélé que l'isolement diminue lorsque la richesse augmente (Shankar, 2015). Dans le cadre de l'Enquête sociale générale, Statistique Canada a constaté que, même si le revenu des ménages n'a pas une influence importante sur le nombre de proches parents et d'amis, les Canadiens dont le revenu se situe dans la tranche supérieure (150 000 \$ et plus) ont de plus grands réseaux d'« autres » amis (deux fois plus gros que ceux dont le revenu du ménage est de 20 000 \$ ou moins) (Sinha, 2014).

En reconnaissance de l'interaction complexe entre la pauvreté, l'isolement et d'autres facteurs de risque, certains décideurs ont adopté une approche globale pour lutter contre les problèmes d'isolement social parmi les aînés en misant sur une forte dimension économique. La France, par exemple, a récemment adopté une loi liée à l'adaptation sociétale au vieillissement qui vise à réduire les inégalités sociales et

<sup>32</sup> De Jong Gierveld et coll. (2015a), qui ont cité cette étude, craignaient que, compte tenu des inégalités croissantes au Canada, de telles situations deviennent de plus en plus courantes.



l'isolement (Assemblée nationale, 2014). Cette loi s'appuie sur les efforts précédents visant à éliminer l'isolement social, y compris la mobilisation nationale contre l'isolement des aînés<sup>33</sup>, un programme qui figure dans un plan national de lutte contre la pauvreté et de promotion de l'inclusion sociale (Serres, 2013). (Avant l'adoption de la loi, une étude sur les prestations sociales accordées aux aînés a permis de constater que la majorité des prestataires vivaient de l'isolement social et que les prestations n'étaient pas suffisantes pour les extirper de la pauvreté (Chaput et coll., 2007)). Dans un même ordre d'idées, Greenfield et coll. (2015) ont fait valoir que des initiatives communautaires à l'intention des aînés ont le potentiel de lutter contre de nombreux problèmes liés à la santé et au bien-être des personnes âgées, y compris l'insécurité économique et l'isolement social (la notion de collectivités amies des aînés est analysée dans la section 7.1.).

#### **5.8. Aînés qui ont des problèmes de santé mentale (y compris la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence)**

La santé mentale a été définie comme la capacité que nous avons de ressentir des choses, de penser et d'agir d'une façon qui permet aux individus de mieux profiter de la vie et de faire face aux problèmes que nous avons. Par contraste, les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqué (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2004). La documentation fait aussi référence aux troubles cognitifs et autres maladies mentales liées au vieillissement dans le spectre des états de santé mentale. Par exemple, la Commission de la santé mentale du Canada, voir ses *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*, favorise une approche holistique et recommande que l'étude des maladies mentales comprenne la maladie d'Alzheimer et les autres démences associées au vieillissement, les maladies persistantes aggravées par le vieillissement et les maladies mentales qui apparaissent pour la première fois à un âge avancé.

On estime qu'environ 20 % des aînés qui vivent dans des communautés et jusqu'à 90 % des aînés qui vivent en établissement ont un problème de santé mentale ou une maladie mentale (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Les affections les plus courantes incluent la dépression, la démence, l'anxiété, le délire et les troubles délirants. Les personnes qui ont reçu un diagnostic de problèmes de santé mentale ont tendance à compter sur moins de ressources sociales, à avoir moins de compétences sociales et à afficher des symptômes qui constituent des obstacles au maintien de liens avec la famille, les amis ou la collectivité (Smith et Hirdes, 2009).

Les stigmates associés à la maladie mentale peuvent jouer un rôle très important en séparant les personnes malades de leurs contacts sociaux et des systèmes de soutien

<sup>33</sup> Le Rapport MONALISA : MObilisation NAtionale contre L'ISolement des Agés (MONALISA).



sociaux (MacCourt et coll., 2011; Conseil national des aînés, 2014a et 2014b). Plusieurs études ont révélé qu'il y a des taux plus élevés de solitude déclarés parmi les aînés qui ont une maladie mentale, particulièrement la démence (p. ex. ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004; Victor et coll., 2015). Dans le cadre d'une enquête récente sur les personnes atteintes de démence au Royaume-Uni – la majorité d'entre elles étant âgées de 65 ans et plus –, près des deux tiers des personnes vivant seules ont déclaré se sentir seules et le tiers d'entre elles ont dit qu'elles avaient perdu des amis (Kane et Cook, 2013).

La santé mentale et les maladies mentales chez les aînés peuvent être liées à des aspects du processus de vieillissement et à des facteurs situationnels associés aux expériences de fin de vie. Souvent, la maladie mentale peut découler de facteurs de stress associés à un âge avancé, comme une diminution de la résilience et de la santé physique, des perceptions d'avoir peu de contrôle sur sa santé, le décès d'un partenaire, le déménagement dans un nouvel environnement, des difficultés financières, l'isolement social ou la solitude ou être amplifiée par ceux-ci (Newall et coll., 2013 et 2014; Wister et McPherson, 2014). En ce sens, les liens entre l'isolement social et les problèmes de santé mentale sont souvent liés à d'autres défis liés au vieillissement chez de nombreuses personnes.

Parallèlement, les problèmes de santé mentale, quels qu'ils soient, peuvent toucher des personnes durant toute leur vie, que ce soit de façon continue ou sporadique. L'apparition précoce d'une maladie mentale peut créer plus d'obstacles à la création de contacts sociaux solides ou au maintien des interactions sociales au fil du temps, ce qui peut se poursuivre dans la vieillesse (Smith et Hirdes, 2009). Le lien entre l'isolement social et la santé mentale, par conséquent, doit être examiné du point de vue du cycle de la vie et d'un point de vue dynamique.

Par ricochet, les aînés qui deviennent socialement isolés sont plus à risque de maladies mentales puisque le soutien social est un facteur de protection contre les problèmes de santé mentale (Chappell et Funk, 2011). Par exemple, Iliffe et coll. (2007) ont constaté que l'isolement social était un facteur de prédiction de l'humeur dépressive et de la santé perçue chez les aînés qui ne vivent pas en établissement. Dans un même ordre d'idées, dans le cadre d'une recension des écrits sur la prévention du suicide chez les aînés, Saïas et coll. (2013) ont constaté que l'isolement est un facteur de risque majeur associé au suicide chez les aînés. Les contacts sociaux atténuent aussi deux facteurs qui sont étroitement liés au suicide : la dépression et les problèmes de sommeil (et, par conséquent, les contacts sociaux agissent comme un facteur de protection). Il y a aussi un lien entre l'isolement social et la toxicomanie. Graziani (2010), par exemple, a montré que la consommation excessive d'alcool chez les aînés peut être une réaction à la solitude, à l'isolement ou à la perte du soutien social. Par conséquent, l'association entre l'isolement social et la santé mentale est complexe et bidirectionnelle.

Même si les résultats en matière de santé mentale semblent plus directement associés aux sentiments de solitude qu'à l'isolement social en tant que tel (Coyle et





Dugan, 2012), il faut réaliser plus de recherches sur l'effet cumulatif et réciproque éventuel de l'isolement social et de la santé mentale aux derniers stades de la vie des gens. Kobayashi et coll. (2009) ont constaté, par exemple, que les adultes isolés socialement sont très différents de leurs pairs qui ne sont pas isolés socialement en ce qui a trait à plusieurs facteurs liés au bien-être psychologique, y compris le fait d'afficher des niveaux de détresse plus élevés, de moins bonnes capacités d'adaptation et des émotions plus négatives.

### **5.9. Aînés qui sont confrontés à des défis en matière de santé ou qui ont des incapacités**

En vieillissant, les personnes peuvent afficher des symptômes physiques associés à la maladie, à la fragilité ou au processus de vieillissement. Pour d'autres, les incapacités peuvent être une expérience de toute une vie ou de longue durée. Même si les problèmes de santé physique et les incapacités sont des facteurs distincts, les deux peuvent être associés à l'isolement social en raison de leur rôle quant à la vulnérabilité physique. Au Canada, la plupart des personnes âgées de 65 ans et plus ont au moins une maladie chronique, et la majeure partie en ont plus d'une (Agence de la santé publique du Canada, 2010). De plus, environ 45 % des aînés déclarent avoir une incapacité légère, modérée ou grave, ce pourcentage augmentant à 75 % chez les personnes âgées de 85 ans et plus (Statistique Canada, 2007).

Même si la majeure partie des personnes âgées décrivent leur santé, leur bien-être et leur capacité de fonctionner quotidiennement perçus comme étant d'un degré élevé, et ce, malgré la maladie chronique ou une incapacité liée à l'âge, de nombreux aînés sont tout de même confrontés à des défis liés à leur capacité fonctionnelle quotidienne et au maintien de liens avec leur famille, leurs amis et leur collectivité. Ces troubles incluent des douleurs, une mobilité limitée en raison de problèmes de vision, de force ou d'équilibre, la perte de souffle, une faiblesse généralisée ou la fatigue, et d'autres indicateurs de fragilité et de mobilité réduite (Wister et McPherson, 2014). Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse saine (ESCC), les raisons liées à la santé sont les raisons les plus souvent mentionnées par les aînés âgés de 75 ans et plus qui ne peuvent pas participer à des activités autant qu'ils le voudraient (Turcotte, 2012).

Dans le cadre d'une étude sur l'isolement social chez les aînés de la Colombie-Britannique, Kobayashi et coll. (2009) ont constaté que les personnes qui déclaraient que leur état de santé était correct ou mauvais étaient beaucoup plus susceptibles d'être socialement isolées que celles qui déclaraient être en excellente, très bonne ou bonne santé. Les données de l'ESCC ont révélé que les probabilités de se sentir seul étaient beaucoup plus élevées chez les aînés qui déclaraient avoir des problèmes d'incontinence urinaire que les autres, même lorsqu'on tenait compte de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité et des conditions de logement (Ramage-Morin et



Gilmour, 2013)<sup>34</sup>. Keefe et coll. (2006) ont aussi constaté que des nombres plus élevés de maladies chroniques étaient associés à des niveaux élevés de vulnérabilité en ce qui a trait à l'isolement, même lorsqu'on contrôlait les autres facteurs. Des recherches précoces réalisées durant les années 1990 ont révélé que la maladie chronique était l'un des principaux facteurs liés à l'isolement social (voir Hall et coll., 2003).

Même si la santé physique a été associée à l'isolement social et à la solitude, la direction du lien reste ambiguë. La plupart des recherches se sont penchées sur les répercussions de l'isolement social sur une diversité de résultats en matière de santé, y compris la santé perçue, la santé fonctionnelle (incapacité), les maladies chroniques et l'accès aux soins de santé (Cornwell et Waite, 2009; de Jong Gierveld et coll., 2015a; Kobayashi et coll., 2009; Newall et coll., 2015)<sup>35</sup>.

Par définition, l'isolement social peut limiter les liens avec les réseaux sociaux, ce qui peut faire en sorte de réduire les ressources, de diminuer le soutien social, d'entraîner de moins bons résultats en matière de santé et d'affaiblir l'accès au système de santé et au système de soins communautaire, toutes ces conséquences entraînant de moins bons résultats en matière de santé et des niveaux inférieurs de vieillissement sain (Keefe et coll., 2006; Conseil national des aînés, 2014a et 2014b). L'isolement social peut aussi être un facteur aggravant dans le diagnostic d'incapacités chez les aînés. En effet, les personnes isolées socialement qui ont moins de parents et d'amis et qui présentent des problèmes sensoriels en vieillissant sont plus susceptibles de ne pas se faire traiter (Covelet, 2007).

Les vulnérabilités physiques peuvent aussi limiter la mobilité, ce qui peut accroître les difficultés liées au transport, surtout dans les régions où les services de transport sont inadéquats. Dans l'ESCC, lorsqu'on neutralisait tous les autres facteurs, les aînés qui se déplaçaient principalement grâce à leur véhicule étaient plus susceptibles de participer à des activités que ceux qui utilisaient les autres formes de transport. Les aînés qui étaient principalement des passagers et qui n'avaient pas de permis et ceux qui utilisaient des services de transport en commun accessibles ou des taxis affichaient les taux de participation les plus faibles (Turcotte, 2012). Dans le cadre d'une recherche qualitative réalisée par Hall et coll. (2003), des aînés ont indiqué que le fait d'arrêter de conduire en raison de problèmes de santé était un problème particulièrement grave, surtout dans les régions rurales (voir aussi North Sky Consulting Group Ltd, 2013). Certains aînés ont aussi mentionné que les stigmates liés au fait de dépendre des autres étaient un obstacle à demander de l'aide. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le transport est, par ricochet, un déterminant de la santé en raison du rôle qu'il joue dans l'indépendance des aînés et leur capacité d'avoir accès aux ressources (Keefe et coll., 2006).

<sup>34</sup> L'étude incluait un échantillon total de 16 369 personnes âgées de 65 ans et plus.

<sup>35</sup> Voir la section *Prévalence et impact* ci-dessus pour une brève analyse de la façon dont l'isolement social peut avoir un impact sur les résultats en matière de santé.



## Figure 2 - Résumé des facteurs de risque cernés chez les groupes d'aînés vulnérables\*

\* La mesure dans laquelle chaque facteur de risque a été lié à l'isolement social au sein de groupes précis était analysée dans les sections précédentes. Comme on l'a noté partout, certains facteurs peuvent faire davantage l'objet d'une généralisation, selon les méthodes utilisées dans les différentes études.

| Population d'aînés           | Facteurs de risque cernés   | État de la recherche  |
|------------------------------|---|---|
| <b>Aînés autochtones</b>     | <ul style="list-style-type: none"><li>• Pauvreté; manque de ressources; expériences traumatiques; faible accès aux services de santé; emplacement géographique; isolement.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Peu d'études (la plupart portant principalement sur la santé). Il faut valider les facteurs de risque et l'importance relative de chaque facteur au moyen d'études quantitatives. Il faut également réaliser des études qualitatives sur l'expérience de l'isolement social.</li></ul>  |
| <b>Aînés proches aidants</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Faibles niveaux de satisfaction liés au rôle de proche aidant; rôle de proche aidant particulièrement exigeant; soins prodigués à un époux; incapacité de laisser le bénéficiaire des soins seul; obstacles liés à l'accessibilité; absence de services de soins (ou de renseignements sur les services); difficultés financières; transition quand les soins prennent fin.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Quelques études quantitatives et qualitatives. D'autres études pourraient contribuer à éclairer davantage cet enjeu.</li></ul>  |
| <b>Aînés immigrants</b>      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Langue maternelle autre que l'anglais et le français; culture qui est très différente de la culture du Canada; faible sentiment d'appartenance à la collectivité locale; faible fréquence des contacts sociaux; réseaux de personnes qui parlent la même langue maternelle que soi; mouvements migratoires du groupe.</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Quelques études quantitatives et qualitatives. Il faut réaliser des études quantitatives sur la relation entre l'isolement et les schémas de migration (moment choisi, motifs de migration, statut de réfugié, etc.) et le sexe, sur l'incidence de l'isolement dans des groupes particuliers, ainsi que des études qualitatives examinant l'expérience de groupes particuliers.</li></ul>                          |
| <b>Aînés LGBT</b>            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientation sexuelle et identité de genre; faibles réseaux primaires; région rurale; le fait de cacher son identité; changement d'identité tard dans la vie (dans le cas des aînés transgenres); exclusion de la communauté d'une sous-culture (pour les hommes homosexuels).</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Quelques études, la plupart des études qualitatives portant principalement sur l'expérience de l'isolement aux États-Unis. Il faut réaliser d'autres études quantitatives pour valider les facteurs liés à l'isolement (particulièrement au Canada) et des études qualitatives pour explorer la façon dont l'isolement est vécu dans divers milieux (p. ex. dans les régions rurales et dans les villes).</li></ul> |



| Population d'aînés  | Facteurs de risque cernés   | État de la recherche  |
|---|---|---|
| <b>Aînés vivant seuls</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>Faibles niveaux de soutien proximal; faibles revenus; vivre dans un quartier défavorisé; ne pas avoir appris à conduire.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>Peu d'études, la plupart étant des études quantitatives. Il faut réaliser d'autres études qualitatives sur l'expérience de l'isolement et d'autres études quantitatives sur les causes sous-jacentes.</li></ul>   |
| <b>Aînés qui vivent en région rurale ou éloignée</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>Sexe (les hommes plus âgés sont plus à risque); absence de soutien et de services communautaires; perte de la communauté; dévaluation de la ruralité; origine ethnique; manque de transport.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>Peu d'études. Il faut réaliser des études quantitatives pour valider les facteurs de risque et explorer la relation entre le fait rural, l'ethnicité, le statut d'Autochtone et l'isolement, ainsi que des études qualitatives sur la façon dont l'isolement est vécu dans divers milieux ruraux.</li></ul>                       |
| <b>Aînés à faible revenu et ceux qui vivent dans la pauvreté</b>                            | <ul style="list-style-type: none"><li>Les facteurs liés à la pauvreté sont aussi liés à l'isolement (femmes âgées qui vivent seules; faible niveau de scolarité; antécédents de travail intermittents; immigrants; identité autochtone; problèmes de santé chroniques; faible niveau d'activité physique); logement à loyer modique; vivre seul; ruralité; faible richesse.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>Certaines études, la plupart étant des études quantitatives. Il faut réaliser d'autres études quantitatives sur la manière dont la pauvreté et d'autres facteurs de risque interagissent pour accroître le risque d'isolement, et des études qualitatives sur la pauvreté et l'expérience de l'isolement.</li></ul>               |
| <b>Aînés qui ont des problèmes de santé mentale</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>Ressources sociales limitées; compétences sociales limitées; apparition précoce d'une maladie; stigmatisation; facteurs de risque généraux liés à la santé; niveaux plus élevés de détresse; faible capacité d'adaptation; émotions négatives.</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>Certaines études, la plupart étant des études quantitatives. Il faut réaliser d'autres études quantitatives sur les effets cumulatifs et réciproques de l'isolement social et de la santé mentale, et des études qualitatives sur la manière dont les aînés ayant divers problèmes de santé mentale vivent l'isolement.</li></ul> |
| <b>Aînés qui sont confrontés à des défis en matière de santé ou qui ont des incapacités</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>Mauvaise santé; maladie chronique; réseaux sociaux limités; faible niveau de ressources; peu de soutien social; peu d'accès aux systèmes de soins de santé et de soins communautaires; peu d'activité physique; perte du permis de conduire; absence de transport; obstacles liés à l'accessibilité; problèmes de mobilité.</li></ul>           | <ul style="list-style-type: none"><li>Certaines études, la plupart étant des études quantitatives. Il faut réaliser d'autres études quantitatives sur la relation entre les dimensions physiques de la santé et de l'isolement, et des études qualitatives sur la manière dont les aînés ayant divers problèmes de santé vivent l'isolement.</li></ul>                  |

## 6. Lacunes en matière de recherches

De façon générale, l'analyse permet de constater que les différents groupes d'aînés qui sont examinés sont à risque d'isolement social. Par ailleurs, l'état des connaissances sur chaque groupe est inégal, en ce qui concerne la quantité et la qualité des études consacrées à chaque groupe d'aînés. De plus, compte tenu de la diversité des méthodes utilisées dans le cadre des études sur l'isolement social et à l'égard des



différents groupes d'aînés, il n'est pas possible de classer ou d'organiser ces différents groupes en fonction du niveau du risque (même si cela était souhaitable). L'isolement social est un phénomène complexe qui semble toucher différents groupes d'aînés différemment, même s'il y a certains facteurs de risque généraux qui touchent tous les groupes sans discrimination.

Malgré le fait qu'il y a de plus en plus d'ouvrages sur les aînés et l'isolement social, plusieurs pistes ou avenues de recherche sont souhaitables pour approfondir les connaissances. Même si l'objectif principal du présent exercice n'était pas d'examiner l'ensemble de la littérature, il se termine par la formulation de certains commentaires généraux sur les lacunes cernées dans l'état des connaissances sur l'isolement social des aînés, plus particulièrement chez les groupes examinés ci-dessus, avant de formuler certaines considérations à l'intention des décideurs.

D'un point de vue général, la recherche sur l'isolement social bénéficierait d'un recours accru à des approches mixtes ou fondées sur plusieurs méthodes. Même si les approches quantitatives aident à isoler les facteurs de risque primaires, elles nous en apprennent moins au sujet de l'expérience concrète de l'isolement social. Dans un même ordre d'idées, les approches qualitatives en disent plus sur la façon dont les aînés ressentent leurs propres expériences liées à l'isolement et sur la signification qu'ils lui donnent que sur les facteurs qui ont tendance à être importants au sein de différents groupes de la population. Une combinaison des deux approches permettrait d'effectuer des analyses plus riches d'un point de vue conceptuel et d'avoir accès à un ensemble plus vaste de considérations pouvant étayer l'élaboration des politiques.

Il est aussi parfois nécessaire d'accroître la clarté conceptuelle. Même si plusieurs études utilisent des définitions et des mesures similaires liées à l'isolement social, il peut être difficile de comparer les résultats des études en raison du manque d'uniformité des approches et du chevauchement des concepts, comme l'isolement social, la solitude, l'inclusion sociale, la participation sociale, l'engagement social et le capital social (pour n'en nommer que quelques-unes). Puisque toutes ces notions méritent qu'on s'y attarde, il y a peu de choses qu'on peut faire, sauf encourager, si possible, les chercheurs à utiliser des définitions et des mesures uniformes en ce qui a trait à l'isolement social afin de permettre la comparabilité des résultats des études et d'éviter la confusion conceptuelle. Cela dit, il n'est pas toujours possible d'atteindre cet objectif, et certaines définitions de concepts peuvent faire l'objet de débats.

Un autre élément manquant dans les recherches générales menées sur l'isolement social est le fait qu'elles n'examinent pas la nature changeante de l'isolement social au fil de la vie. Certains aînés peuvent commencer à vivre un isolement sporadique, avant que l'isolement prenne des formes à plus long terme et chroniques. Quels sont les processus distincts et bidirectionnels associés à chaque forme d'isolement? De quelle façon un isolement sporadique devient-il chronique ou aigu? Quels sont les premiers signes avant-coureurs et les facteurs de risque et en quoi ces éléments peuvent-ils s'aggraver au fil du temps? Il convient de signaler que l'Étude longitudinale canadienne





sur le vieillissement offre une occasion sans précédent pour les chercheurs de mettre au point un programme de recherche sur l'isolement social fondé sur un horizon temporel à long terme, ce qui permettrait de répondre à certaines des questions posées.

L'examen des groupes précis d'aînés révèle qu'aucun de ces groupes n'a été examiné de façon approfondie, même s'il y a suffisamment de données probantes pour donner à penser que chaque groupe est à risque d'isolement social. Une plus grande segmentation et une analyse des chevauchements et des recouvrements des différentes identités sociales dans l'optique de l'isolement social enrichiraient considérablement la littérature. La figure 2 résume l'état de la littérature sur chaque groupe et fait ressortir des domaines clés en vue de recherches supplémentaires. Encore une fois, une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives est requise pour examiner les interactions des facteurs d'un groupe à l'autre d'une façon plus approfondie et pour mieux comprendre l'expérience concrète de l'isolement au sein des groupes précis (certaines études sur les aînés immigrants peuvent servir de modèle à cet égard). Un examen de la littérature liée à des groupes précis permet de constater un manque de recherche sur les facteurs de protection précis au sein des groupes vulnérables. Cependant, il faut connaître ce qui protège les personnes tout autant que ce qui les met à risque. En effet, les ouvrages sur l'efficacité des différentes stratégies visant à réduire ou à éliminer l'isolement social chez les aînés de façon plus générale en sont encore à leurs balbutiements (comme cela est mentionné ci-après), et il faudra approfondir cette question.

## 7. Considérations stratégiques

Dans le cadre de la recension des écrits sur des groupes précis d'aînés et l'isolement social, il est évident qu'il y a de nombreux facteurs transversaux qui touchent tous les groupes. À l'opposé, certains groupes sont associés à un ensemble unique de circonstances qui rend les aînés particulièrement vulnérables. Cette situation donne à penser qu'il faut adopter une approche à deux volets pour lutter contre l'isolement social. Puisque de nombreux facteurs de risque sont de nature générale, il faut tabler sur des interventions stratégiques coordonnées pouvant favoriser l'inclusion sociale à l'échelle de la population des aînés, comme de meilleurs logements et l'accès aux transports. Par ailleurs, pour les facteurs propres à des groupes précis, des interventions ciblées sont aussi recommandées, notamment des services de soutien aux proches aidants des aînés pour prévenir l'isolement ainsi que des mesures visant à réduire l'âgisme et la discrimination à l'endroit de groupes particulièrement vulnérables. C'est donc dire que l'isolement social, qui constitue une préoccupation prioritaire, devrait en outre être une considération clé dont il faut tenir compte dans toute une gamme de secteurs d'intervention associés aux aînés. L'isolement social met également en évidence l'importance d'approches plurisectorielles regroupant de multiples intervenants, comme l'ont souligné Hanlon et Halseth (2005).



Cette approche axée sur la collaboration, qui consiste à réunir de nombreux intervenants dans le but de remédier à l'isolement social des aînés, est actuellement mise en œuvre par le gouvernement du Canada au moyen du programme Nouveaux Horizons pour les aînés (PNHA)<sup>36</sup>. Les demandeurs dans le cadre de l'appel de propositions pancanadien du PNHA pour 2015-2016 étaient tenus de présenter des plans d'impact collectif pour coordonner le travail des différents partenaires communautaires, de manière à diminuer de façon mesurable le taux d'isolement social des aînés au sein d'une population cible. Ainsi, du financement a été accordé à plus d'une quarantaine de projets ciblant des groupes d'aînés, y compris des aidants, des nouveaux immigrants et des personnes handicapées, ce dans neuf régions au Canada.

### 7.1. Collectivités-amies des aînés

Dans le rapport précédent du Conseil sur l'isolement social (Conseil national des aînés, 2014a), nous avons attiré l'attention des lecteurs sur la notion de collectivités-amies des aînés, considérée comme une approche conceptuelle et pratique importante pour lutter contre bon nombre de problèmes auxquels les aînés sont confrontés, y compris l'isolement social. Cette approche, qui a été mentionnée à nouveau, est susceptible de pouvoir atténuer bon nombre des facteurs de risque généraux auxquels les aînés de tous horizons sont confrontés. Élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la notion de collectivités-amies des aînés tient compte des huit principaux domaines de vie communautaire qui habilite les aînés ayant divers besoins et diverses capacités à vivre en sécurité et en bonne santé et à participer pleinement à la société<sup>37</sup>.

Ces domaines sont les suivants :

- Transports
- Logement
- Participation sociale
- Respect et inclusion sociale
- Participation communautaire et emploi
- Communication et information

<sup>36</sup> Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés (PNHA) est un programme fédéral de subventions et de contributions qui appuie des projets dirigés ou inspirés par des aînés qui font une différence dans la vie d'autres personnes et dans leur collectivité. Le financement du PNHA permet de soutenir de grands projets pancanadiens qui abordent un enjeu précis qui touche les aînés, comme l'isolement social, alors que les plus petites subventions communautaires axées sur la participation sociale, le mentorat, le bénévolat et la sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés appuient la participation des aînés à la vie communautaire, atténuant ainsi le risque d'isolement social.

<sup>37</sup> L'OMS a créé une base de données mondiale sur les pratiques-amies des aînés, qui est une plateforme permettant aux praticiens de savoir ce que des collectivités de partout sur la planète font pour adapter leurs structures et services aux besoins des populations vieillissantes. La base de données est accessible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/ageing/age-friendly-world/en> (anglais seulement).



- Soutien communautaire et services de santé
- Espaces extérieurs et immeubles

Les collectivités-amies des aînés offrent des occasions d'améliorer la qualité de vie non seulement aux aînés, mais à toute la collectivité. Comme l'a cependant fait remarquer l'administrateur en chef de la santé publique du Canada (l'Agence de la santé publique du Canada, 2010), les collectivités-amies des aînés exigent non seulement l'amélioration de la prestation des services, mais également l'offre d'information à l'égard des services dans la collectivité destinés aux aînés: « Au moment de concevoir des stratégies de sensibilisation aux programmes et aux services offerts aux aînés, il faudra dresser la liste des populations qui sous-utilisent les services et les cibler (elles et leurs réseaux) dans les plans de promotion des programmes. » Changer l'environnement de vie de façon à ce qu'il y ait davantage de lieux de rencontre pour les aînés et d'endroits où se reposer (y compris les bancs extérieurs) est une mesure modeste, quoiqu'importante (Caradec, 2006). Les succès des collectivités-amies des aînés s'expliquent surtout par leur capacité à obtenir au fil du temps des fonds et des ressources nécessaires (Greenfield et coll., 2015). Bien que les politiques favorables aux aînés aient le potentiel de combattre l'âgisme, les obstacles liés à leur mise en œuvre peuvent représenter des attitudes discriminatoires envers les aînés (Edwards, 2015)<sup>38</sup>.

De nombreuses provinces au Canada ont mis sur pied des initiatives de collectivités-amies des aînés. Garon et al. (2014) ont examiné deux études de cas au Québec et ont dégagé plusieurs facteurs pouvant déterminer la réussite ou l'échec. Entre autres choses, ils ont constaté qu'une approche pluraliste et participative et que la collaboration entre les intervenants sont essentielles (contrairement à une approche descendante traditionnelle). Dans l'un des cas étudiés, la clé du succès était l'identification d'objectifs communs et le développement d'un modèle simple ayant obtenu le consensus entre les intervenants.

Le document *Collectivités-amies des aînés au Canada : Guide de mise en œuvre à l'échelon de la collectivité – Boîte à outils* (Centre de recherche sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse, 2012) présente des conseils utiles et pratiques sur la façon dont de telles collectivités peuvent devenir une réalité. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) favorise l'adoption de collectivités-amies des aînés au Canada et offre une variété d'outils et de ressources liées à celles-ci. En 2015, l'ASPC a aussi élaboré le *Guide d'évaluation pour les collectivités-amies des aînés* afin de proposer des renseignements concrets aux collectivités sur la façon d'utiliser des indicateurs pour évaluer et mesurer leurs progrès en ce qui a trait à leurs initiatives de collectivité-amie des aînés.

<sup>38</sup> Entre autres, Edwards (2015) note que les politiques favorables aux aînés contribuent à réfuter l'âgisme et la discrimination liée à l'âge, à protéger les aînés qui sont vulnérables, à favoriser la solidarité intergénérationnelle, et à promouvoir l'inclusion des aînés dans toutes les sphères de la vie.





## 7.2. Interventions prometteuses pour les aînés en général

Gardant à l'esprit ces considérations stratégiques générales, la recension des écrits se termine par un bref aperçu de certaines des interventions prometteuses, qui ont été relevées dans les ouvrages consultés et qui visent à contrer l'isolement social et à réintégrer les aînés dans leur collectivité. Même si la plupart de ces ouvrages portent principalement sur les aînés en général, nous mentionnons également des conclusions concernant des groupes particuliers d'aînés lorsque de telles conclusions sont disponibles. Le *Rapport sur l'isolement social des aînés* du CNA (2014) contient plusieurs exemples pertinents de programmes fédéraux et provinciaux qui traitent de l'isolement social<sup>39</sup>.

Une brève remarque sur les limites inhérentes à ces ouvrages s'impose. Même si le nombre d'interventions ciblant l'isolement social a augmenté au cours de la dernière décennie, le nombre d'études d'évaluation de grande qualité des programmes demeure relativement faible, restreignant ainsi les données probantes permettant d'évaluer entièrement l'incidence de ces programmes. En 2003, Findlay soulignait que « des preuves scientifiques à l'appui de la croyance selon laquelle les interventions peuvent combattre l'isolement social et ses effets néfastes sur les personnes aînées sont presque inexistantes ». En réaction à cette insuffisance de données probantes, Sabir et coll. (2009) ont formulé des propositions axées sur les pratiques permettant d'établir un programme de recherche sur l'isolement social, notamment des études sur l'efficacité des interventions à volets multiples<sup>40</sup>. Même si l'état des connaissances s'est progressivement amélioré, il faut prendre acte des importantes limitations qui existent encore.

Jopling (2015) a récemment affirmé que, même si le large éventail de données probantes sur l'incidence des interventions visant à contrer l'isolement social est de piètre qualité, « elles peuvent être une étape importante en vue d'établir une compréhension plus approfondie de ce qui fonctionne ». Des réseaux internationaux de chercheurs et de praticiens ont également commencé à s'unir pour contrer l'isolement social, y compris dans le cadre de la campagne de sensibilisation au Royaume-Uni appelée *Campaign to End Loneliness*<sup>41</sup>. Les responsables de la campagne ont mis sur

<sup>39</sup> Le site Web du gouvernement fédéral, [www.canada.ca/aines](http://www.canada.ca/aines), constitue une banque de ressources centrale destinée aux aînés, à leur famille, à leurs fournisseurs de soins et aux organismes de services de soutien. Ce site fournit de l'information aux aînés sur les prestations et les services fédéraux, provinciaux et territoriaux et de certaines administrations municipales, y compris de l'information sur les finances, le logement, la santé, et sur la façon de demeurer actifs et engagés.

<sup>40</sup> Les auteurs proposent cinq priorités de ce programme de recherche : 1) le besoin de comprendre et d'accroître l'utilisation des services par des personnes âgées qui ne tirent pas parti actuellement des services même lorsqu'ils sont gratuits; 2) l'élaboration d'une mesure de l'isolement social permettant en particulier de repérer les personnes âgées isolées en crise; 3) évaluer les interventions directes ou indirectes en personne; 4) des études sur l'efficacité des interventions à volets multiples et 5) des études qui prennent en considération l'autonomie continue des personnes âgées (Sabir et coll., 2009).

<sup>41</sup> Au Royaume-Uni, la *Campaign to End Loneliness* est un réseau d'organisations nationales, régionales et locales et de personnes qui s'emploient à s'assurer que la solitude est une priorité de santé publique au pays et dans les localités. Pour consulter des études et obtenir des outils et des



ped un centre de recherche visant à accroître et à améliorer la base de données probantes sur la question de la solitude au troisième âge.

Les études d'évaluation disponibles donnent à penser qu'il existe une grande diversité au chapitre des types d'interventions évaluées, des méthodes utilisées et de la qualité des évaluations (Dickens et coll., 2011). Les modèles de recherche varient d'études sur échantillons aléatoires et contrôlés et d'études quasi expérimentales à diverses approches d'évaluations qualitatives<sup>42</sup>.

Ce qui aggrave les difficultés, c'est qu'il peut être difficile de joindre les personnes qui vivent de l'isolement social pour qu'elles participent à des évaluations (les personnes les plus isolées étant les moins visibles), en plus du fait que les programmes peuvent avoir des répercussions variables compte tenu de la diversité de la population des aînés et du fait qu'il n'y a pas suffisamment de fonds pour les évaluations à grande échelle. Cela a pour conséquence que les évaluations portent souvent sur de petits échantillons et des échantillons parfois biaisés. Enfin, les chercheurs utilisent divers cadres conceptuels pour classer les divers types d'interventions, ce qui rend la tâche de comparaison de programmes plus difficile. Les études qualitatives ont contribué à combler cette lacune, mais bon nombre d'études portent sur de petits échantillons, et on ne sait pas toujours clairement si les conclusions peuvent être généralisées. Dans bon nombre de ces études, la question qui se pose en toile de fond est celle de savoir si les avancements obtenus dans le cadre des programmes peuvent être adaptés dans une plus grande mesure, c'est-à-dire si les résultats positifs peuvent être reproduits à plus grande échelle.

On peut tout de même tirer des leçons importantes de la littérature. Des examens systématiques d'études aléatoires et contrôlées et d'études quasi expérimentales laissent entendre qu'il existe un nombre modéré de données probantes démontrant la réussite des programmes ciblant l'isolement social chez les aînés<sup>43</sup>. Le tableau ci-après dresse la liste des *caractéristiques* des programmes couronnés de succès et des *types* de programmes.

### Figure 3 - Moyens efficaces de combattre l'isolement social

---

coordonnées de personnes-ressources dans le milieu universitaire, consultez le site Web de la campagne à l'adresse suivante : <http://www.campaigntoendloneliness.org/>.

<sup>42</sup> Un essai contrôlé randomisé (ECR) est une étude expérimentale dans laquelle les participants faisant l'objet d'une des interventions cliniques sont désignés aléatoirement. L'étude quasi expérimentale est semblable à l'ECR, mais les participants ne sont pas affectés aléatoirement à l'un des divers groupes. Dans les deux cas, les ECR et les modèles quasi expérimentaux visant à évaluer l'efficacité des interventions ciblant l'isolement social font face à la difficulté de faire correspondre les groupes sous traitement aux groupes témoins (c.-à-d. faire correspondre les groupes ayant fait l'objet d'une intervention dans le cadre d'un programme et les aînés vivant de l'isolement social qui n'ont pas participé au programme évalué).

<sup>43</sup> Voir en particulier Cattán et coll. (2005), Dickens et coll. (2011), Findlay (2003), Raymond et coll. (2013), Bartsch et coll. (2013), Wilson et coll. (2010) ainsi que MacVinnie et Talbot (2011).



| Caractéristiques des programmes   | Types de programmes   | Résultat                                |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basé sur un cadre théorique cohérent</li> <li>• Mobiliser les aînés à chacune des étapes</li> <li>• Utiliser des approches axées sur la participation</li> <li>• Cibler les groupes d'individus partageant des caractéristiques communes</li> <li>• Cibler directement la solitude et l'isolement social</li> <li>• Utiliser plusieurs méthodes d'intervention</li> <li>• Offrir une formation et du soutien aux coordonnateurs et aux fournisseurs de première ligne</li> <li>• Mobiliser des ressources communautaires</li> <li>• Avoir recours à des membres du personnel infirmier et à des professionnels de la santé comme surveillants et défenseurs de leurs droits</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités de groupe</li> <li>• Interventions individuelles</li> <li>• Offre de soutien</li> <li>• Activités artistiques et culturelles</li> <li>• Activités de loisirs</li> <li>• Activités intergénérationnelles</li> <li>• Activités éducatives</li> <li>• Programmes d'entraide</li> <li>• Services de soutien par téléphone</li> <li>• Programmes de surveillance</li> <li>• Groupes d'utilisateurs d'Internet</li> <li>• Groupes de soutien</li> <li>• Activités religieuses</li> </ul> | <p>Diminution de l'isolement social</p> |

Pour ce qui est des *caractéristiques*, les programmes fondés sur un cadre théorique cohérent de lutte contre l'isolement social ont de meilleures chances d'être couronnés de succès, tout comme ceux qui mobilisent les aînés à chacune des étapes de la programmation, c'est-à-dire de la planification à la mise en œuvre et à l'évaluation. Les approches axées sur la participation des aînés dans la prise de décision et les activités de groupe sont également importantes. Les programmes qui ciblent les groupes d'individus partageant des caractéristiques communes – tels que les groupes d'aînés identifiés dans cette recension – peuvent être fructueux, ainsi que ceux qui ciblent la solitude et l'isolement social (à l'opposé des programmes qui ciblent indirectement ces problèmes alors qu'ils portent principalement sur un autre enjeu). Les programmes qui offrent plus d'une méthode d'intervention – comme les activités de groupe ou le soutien individuel – ont un plus grand potentiel. Offrir une bonne formation et du soutien aux coordonnateurs et aux fournisseurs de première ligne est tout aussi important que de mobiliser des ressources communautaires pour promouvoir la mise en commun d'approches novatrices, et que de recourir à du personnel infirmier ou à des professionnels de la santé comme surveillants et défenseurs des droits des aînés. Réalisée sous l'égide de la campagne au Royaume-Uni *Campaign to End Loneliness*, l'étude de Jopling (2015) sur les programmes de lutte contre l'isolement social dans le pays a permis de cerner plus précisément les facteurs structureaux qui contribuent à la réussite des programmes. Mentionnons, entre autres, la conception des programmes à l'échelon des quartiers, le recours aux approches de développement des collectivités fondé sur leurs ressources – qui s'attache à déterminer et à mobiliser les personnes et les atouts communautaires –, la création de possibilités de bénévolat pour les aînés et la promotion d'approches positives à l'égard des personnes âgées auprès des



principales organisations et principaux établissements dans les régions locales. Joplin donne plusieurs descriptions utiles de programmes qui ont adopté ces approches.

En ce qui concerne les *types* de programmes qui ont porté leurs fruits, les ouvrages montrent que de nombreuses catégories différentes d'interventions peuvent avoir des répercussions positives, notamment les activités de groupe, les interventions individuelles et l'offre de soutien (bien que les activités de groupe puissent avoir une plus grande influence selon l'Organisation mondiale de la Santé, 2015), les activités artistiques et culturelles, les activités de loisir, les activités intergénérationnelles, les activités éducatives, les programmes d'entraide, les services de soutien par téléphone, les programmes de surveillance, les groupes d'utilisateurs d'Internet, les groupes de soutien, et les activités religieuses. Divers types d'interventions peuvent porter leurs fruits – y compris les interventions qui misent sur la technologie pour créer de nouvelles communautés –, mais les activités de groupe en personne sont fréquemment mentionnées comme étant particulièrement percutantes.

Dans le cadre d'un examen systématique, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2008) a examiné deux types distincts d'interventions (activités de soutien de groupe en personne et interventions assistées par la technologie) et a constaté qu'elles ont toutes deux donné des résultats positifs. Par ailleurs, McDaid et coll. (2015) ont analysé des études empiriques vérifiant l'efficacité de nombreux programmes et ont constaté qu'il existe un petit nombre de données probantes qui démontrent que tous ces programmes ont eu des effets positifs. Ces programmes comprenaient des activités artistiques et culturelles, des programmes d'entraide, des activités intergénérationnelles et ce qui a été désigné comme des activités éducatives à l'intention du troisième âge. Toepoel (2013) a examiné les données d'un sondage représentatif réalisé aux Pays-Bas et a constaté que, chez les adultes âgés de 65 ans et plus, les activités culturelles, la lecture et les passe-temps contribuent à réduire la solitude.

Toutes les évaluations de programmes ont donné des résultats positifs, bien qu'elles soient habituellement fondées sur de petits échantillons. Par exemple, selon une évaluation du programme *Contact the Elderly* (2008), une majorité de personnes se sont senties moins seules à la suite de leur participation au programme. Dans le cadre du programme auquel participent 320 groupes dans tout le Royaume-Uni, des bénévoles et des aînés prennent le thé le dimanche après-midi une fois par mois. De même, à la suite de l'évaluation du programme *Seniors Centre without Walls*, qui offre des programmes sociaux et éducatifs gratuits aux personnes âgées par téléphone au Manitoba, la vaste majorité des participants se sont sentis plus proches des autres et moins isolés (Newall et Menec, 2015). L'organisme sans but lucratif mis sur pied en Californie, *TeleVisit*, a adopté une approche semblable et anime des activités de groupe à l'intention des personnes âgées sous forme de conférences téléphoniques offertes au moyen de tablettes faciles à utiliser.



En plus de ces études et évaluations, il existe de nouveaux ouvrages descriptifs qui donnent de l'information sur les programmes visant à contrer l'isolement social. Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé (2015) décrit plusieurs programmes en Europe comportant des approches novatrices, comme *Telephone Rings at 5*, au Portugal, les centres multigénérationnels, en Allemagne, *Cité Seniors*, en Suisse, et *Men's Sheds*, en Australie et en Irlande. Beach et Bamford (2015) présentent également un résumé utile de nombreux projets en Angleterre, notamment *Walking Football*, le *Culture Club* et le *Seafarers Project*. En Belgique, la *Fondation Roi Baudouin*, qui accorde des fonds pour des initiatives dans la collectivité visant à contrer l'isolement social, décrit vingt projets distincts entrepris, leurs réussites et leurs défis. Les projets varient de soupers collectifs, de groupes de sorties culturelles et de groupes de discussions interculturelles aux séances de soins collectives, aux groupes intergénérationnels et à la promotion de l'échange des connaissances, en passant par les groupes de correspondance entre les aînés et les enfants (Teller et Dorselaer, 2007). En France, on a créé des cafés sociaux dans plusieurs endroits où les aînés peuvent se réunir, parler et participer à diverses activités, y compris des activités intergénérationnelles (Saci, 2012).

L'organisation, *Pour Que l'Esprit Vive*, accueille chaque mois des concerts musicaux pour les aînés dans des établissements de soins des régions rurales de France afin d'encourager la socialisation et de combattre l'isolement. On y joue de la musique contemporaine et plus ancienne (Desjobert, 2012). Il existe également en France des centres d'action sociale (*clubs seniors du Centre d'action sociale*), où des activités physiques sont organisées pour les aînés, et des maisons ouvertes (*Maison Ouverte*), où les aînés peuvent passer pour participer à des activités (Hallier-Nader, 2011).

Les rapports annuels des organisations abordant l'isolement social peuvent aussi être extrêmement instructifs. Les Petits Frères (2016), une organisation active dans 15 régions du Québec, fournit des comptes rendus annuels sur ses nombreuses activités, y compris le jumelage intergénérationnel de personnes âgées avec de jeunes bénévoles pour des activités sociales, célébrations des fêtes, visites régionales, et d'autres sorties et activités en cours.

Enfin, il existe de nombreuses ressources qui offrent des conseils utiles sur la façon de mettre sur pied des programmes visant à lutter contre l'isolement social, notamment le *Nelson Allan Project Toolkit*, qui donne de l'information pratique aux groupes et aux organisations communautaires (*Nelson Allan Project*, 2015). Innoweave (2015) offre également des informations pratiques sur la façon dont les projets portant sur l'isolement social chez les aînés peuvent être élargis et faire usage des techniques d'innovation sociale. Dans le cadre de la campagne au Royaume-Uni *Campaign to End Loneliness*, le projet *Hidden Citizens* propose aux fournisseurs de services des mesures pratiques permettant de repérer les personnes qui vivent de la solitude (Goodman et coll., 2015). Des responsables de la campagne ont aussi élaboré un guide afin d'aider les praticiens dans leurs évaluations.





### 7.3. Interventions prometteuses pour des groupes précis d'aînés

En ce qui concerne les ouvrages ayant trait à l'évaluation des programmes de lutte contre l'isolement social chez certains groupes d'aînés, ces ouvrages sont pour la plupart des suggestions. Voici certaines interventions potentiellement prometteuses; cependant, tel que mentionné auparavant, l'établissement des données probantes pour certaines de ces interventions n'en est encore qu'à ses débuts (il ne s'agit pas ici d'une liste exhaustive) :

- Pour les aînés autochtones, des activités qui intègrent les activités et les aliments traditionnels, incluant des sorties sur le terrain, peuvent être un moyen efficace de traiter l'isolement et d'améliorer la santé. Certaines organisations qui fournissent des services aux aînés autochtones, y compris la *Saanich First Nations Adult Care Society* et la *Peter Ballantyne Cree Nation*, aident les aînés et les jeunes à établir des liens en insistant sur le rôle important des Anciens des Premières nations et des récits (Conseil canadien de la santé, 2013).
- Pour les aînés qui agissent comme proches aidants, les groupes de soutien par téléphone peuvent être une initiative efficace pour réduire l'isolement social (Stewart et coll. 2006)<sup>44</sup>. Les auteurs d'une étude sur l'aide familiale à Elliot Lake ont recommandé que, pour améliorer l'intégration sociale des proches aidants, les besoins des bénéficiaires de soins doivent être comblés. Parmi d'autres recommandations, mentionnons l'organisation d'activités sociales pour les proches aidants et les bénéficiaires, de même que les activités auxquelles ne participent que les proches aidants.
- Pour les époux qui prennent soin de leur partenaire atteint de démence, les programmes de jour pour adultes sont une façon efficace de leur fournir un répit (Sussman et Regehr, 2009).
- Pour les aînés immigrants, les activités de groupe offertes dans leur langue première peuvent les aider à surmonter les barrières linguistiques. Comme cela a été mentionné précédemment, le *Seniors Quality of Life Outreach Project* de l'organisme SUCCESS, à Vancouver, propose des activités récréatives et éducatives en mandarin et en cantonais aux aînés vivant de l'isolement social. En Belgique, les aînés immigrants et non immigrants sont réunis dans le cadre du programme *Mémoire Vivante* à des fins d'apprentissage interculturel, et ce, de façon à surmonter l'isolement (Teller et Dorsselaer, 2007). De même, en France, des cafés pour aînés ont adopté une approche mixte culturelle et sociale afin de promouvoir des activités entre les groupes ethniques, les générations et les classes sociales (Saci, 2012).
- Pour les femmes âgées vivant seules, des activités éducatives par téléphone ont permis d'obtenir un certain succès, si l'on se fie aux commentaires des participantes elles-mêmes dans le cadre du programme *Seniors Centre without Walls*, au

<sup>44</sup> Service professionnel pour les aînés, les membres de famille et les proches aidants, *Diamond Geriatrics* offre 12 conseils très pratiques sur la façon de « briser la solitude » des proches aidants sur son site Web : <http://www.diamondgeriatrics.com/featured/undoing-aloneness-caring-for-caregivers/>





Manitoba (Newall et Menec, 2015). Les groupes de soutien des personnes en deuil sont également efficaces (Stewart et coll., 2001).

- Pour les aînés atteints de démence et leurs proches aidants, « les cafés du souvenir », qui servent tout naturellement à créer des groupes de soutien, peuvent être efficaces (McFadden et Koll, 2014). Les programmes intergénérationnels comme les chorales intergénérationnelles pour les étudiants collégiaux et les personnes atteintes de démence et leurs aides familiales ont également affiché des signes de réussite (Harris et Caporella, 2014).
- Pour les aînés LGBT, il est impératif de lutter contre la discrimination. La formation du personnel de soins de santé comprenant l'enseignement de compétences culturelles à l'égard des questions touchant les personnes LGBT a donné de bons résultats et a permis que l'on améliore l'accueil des personnes âgées LGBT, que l'on fasse preuve d'une plus grande ouverture à leur égard et que l'on prenne en considération leur situation et leurs besoins particuliers (Porter et Krinsky, 2014). On devrait promouvoir les centres de formation qui s'intéressent aux expériences des personnes LGBT et à leurs besoins (Porter et Krinsky, 2014), y compris pour les travailleurs sociaux, qui sont particulièrement bien placés pour fournir des services aux aînés LGBT et aux personnes qui défendent leurs intérêts en leur nom (Erdley et coll., 2014).
- Les programmes intergénérationnels pour les aînés LGBT peuvent également contribuer à renforcer la solidarité et à contrer l'isolement. Pour vaincre la discrimination fondée sur l'âge et l'isolement social dans la communauté LGBT, une organisation de New York, *Services and Advocacy for Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Seniors* (SAGE), jumelle des aînés LGBT et des bénévoles LGBT ayant des expériences de vie semblables (âge, orientation/identité sexuelle) (Larkin, 2008).

Même si les programmes et les initiatives visant à contrer l'isolement social semblent se multiplier à mesure que la sensibilisation à l'égard de cet enjeu important s'accroît, les programmes ciblant des groupes particuliers d'aînés sont rares, à quelques exceptions près. Même si des programmes généraux sont nécessaires, des programmes ciblés pourraient inciter encore davantage les intervenants à déployer des efforts pour combattre l'isolement social. Pour ces deux types de programmes, il est essentiel de les évaluer afin d'accroître les connaissances collectives sur l'efficacité des divers types d'interventions.

## 8. Conclusion

Le vieillissement de la population canadienne s'accompagne d'un phénomène d'isolement social. Il s'agit d'un enjeu crucial qui affecte le bien-être de nombreux aînés et les expose davantage à de multiples problèmes de santé. Le présent document s'appuie sur les travaux sur l'isolement social réalisés précédemment par le CNA, et vise à contribuer à la génération de connaissances en vue de soutenir une approche à laquelle prennent part de nombreux intervenants dans le but de régler ce problème important. Le Rapport sur l'isolement social des aînés du Conseil national des aînés



(2014) propose des suggestions de mesures que pourrait prendre le gouvernement fédéral. Particulièrement, le CNA recommande que des efforts soient déployés pour 1) mieux sensibiliser le public à l'isolement social des aînés; 2) promouvoir l'amélioration de l'accès à l'information, aux services et aux programmes pour les aînés; 3) renforcer la capacité collective des organismes d'adopter des innovations sociales pour s'attaquer à l'isolement des aînés et 4) soutenir la recherche pour mieux comprendre le problème de l'isolement social. Il a aussi été rappelé aux praticiens que des fonds sont disponibles pour les projets de lutte contre l'isolement social dans le cadre du programme Nouveaux Horizons pour les aînés.

Les constats découlant de la présente analyse ont pour but d'alimenter la démarche du gouvernement fédéral et d'autres intervenants, tels que les chercheurs et les fournisseurs de services de première ligne. Premièrement, l'analyse des écrits a permis de constater de façon générale que les divers groupes d'aînés à l'étude courent un risque d'isolement social. Par ailleurs, la littérature sur chaque groupe est inégale, en ce qui concerne la quantité et la qualité des études consacrées à chaque groupe d'aînés. Cela laisse entendre qu'il faut déployer davantage d'efforts pour améliorer la recherche sur les obstacles auxquels font face certains groupes d'aînés et adapter les initiatives de lutte contre l'isolement social en fonction de leurs besoins.

Deuxièmement, étant donné que l'isolement social est lié à la fois aux facteurs généraux qui influent sur divers groupes d'aînés et aux facteurs particuliers associés aux problèmes auxquels font face des groupes particuliers, il semble justifié d'adopter une approche à deux volets pour lutter contre l'isolement social. D'une part, il faut mettre au point des interventions stratégiques coordonnées qui peuvent faciliter l'inclusion sociale de toute la population des aînés, comme de meilleurs logements et un accès amélioré aux transports; d'autre part, il est également recommandé de réaliser des interventions ciblées, notamment en fournissant du soutien aux proches aidants des aînés pour prévenir l'isolement. L'idée de collectivités-amies des aînés pourrait permettre d'étayer une gamme d'interventions répondant aux deux approches.

Troisièmement, les éléments suivants contribueraient à la recherche sur l'isolement social : une plus grande segmentation; une analyse des chevauchements et des recoupements entre les différentes identités sociales dans l'optique de l'isolement social ; un recours accru aux méthodes mixtes (qualitatives et quantitatives); la clarté et la cohérence conceptuelles; l'exploration des questions liées à l'isolement social au cours de la vie. Des recherches supplémentaires sur les facteurs de protection seraient également utiles. La recherche sur le phénomène de l'isolement social évolue, mais il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour mieux comprendre comment les divers groupes d'aînés vivent l'isolement social.

Enfin, les ouvrages s'étant intéressés aux interventions efficaces montrent qu'il existe une grande diversité au chapitre des types d'interventions évaluées, des méthodes utilisées et de la qualité des évaluations. Plus d'études de plus grande qualité sur l'évaluation des divers programmes et des diverses approches sont nécessaires. Les



responsables des programmes devraient être invités à intégrer un volet d'évaluation dans tous leurs programmes (tout en sachant que des contraintes budgétaires peuvent souvent être un obstacle). En général, il y a suffisamment de données probantes pour cerner plusieurs caractéristiques propres aux interventions réussies – notamment la participation des aînés aux étapes de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation –, ainsi qu'à divers types d'interventions, telles les activités de groupes et les conversations téléphoniques à des fins éducatives. Il est essentiel d'offrir des programmes de formation à l'intention des travailleurs de première ligne (qui assurent la prestation des programmes) ainsi que des ressources adéquates. En outre, les aînés confrontés à l'isolement social pourraient bénéficier d'efforts accrus de sensibilisation aux causes sous-jacentes de l'isolement et de la discrimination fondée sur l'âge. Il s'agit de questions difficiles à résoudre. Pour s'attaquer au problème de l'isolement social, des mesures coordonnées et concertées devront être prises par de nombreux intervenants, et il faudra aider la population canadienne à mieux comprendre l'importance de cet enjeu. Ce rapport favorisera l'atteinte de ces objectifs et contribuera à prévenir et/ou à réduire l'isolement social des aînés, dans un contexte de vieillissement rapide de la population canadienne.



## Liste de références

Abbott, P. et R. Sapsford(2005). « Living on the Margins: Older People, Place and Social Exclusion. » *Policy Studies* 26.1 : 29-46.

Alisaid-Guérain, C. (2015). « Les populations immigrées face à la perte d'autonomie. » *La Gazette Santé Social* 116: 36.

Agence de la santé publique du Canada. (2010). « *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 : Vieillir – Ajouter de la vie aux années.* »

Agence de la santé publique du Canada (2015). « *Guide d'évaluation pour les collectivités-amies des aînés : Utiliser des indicateurs de résultats pour mesurer les progrès.* »

Assemblée nationale. (2014). « Projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. » Session extraordinaire de 2013-2014. No. 804.

Bartsch, D. et coll. (2013). « Outcomes of Seniors Reach Gatekeeper Referrals: Comparison of Spokane Gatekeeper Program, Colorado Senior Reach, and Mid-Kansas Senior Outreach. » *Case Management Journals* 14.1: 11-20.

Beach, B. et S.-M. Bamford. (2015). « *Isolation: The Emerging Crisis for Older Men – A Report Exploring Experiences of Social Isolation and Loneliness Among Older Men in England.* » Independent Age.

Beatty, B. et L. Berdahl. (2011). « Health Care and Aboriginal Seniors in Urban Canada: Helping a Neglected Class. » *The International Indigenous Policy Journal* 2.1.

Bohic, N. (2012). « Prévention des accidents cérébraux et vieillissement. Impact des inégalités sociales et territoriales de santé. » *Gérontologie et société* 5.1: 217-227.

Bolton, M. (2012). « *Loneliness – The State We're In.* » A report of evidence compiled for the Campaign to End Loneliness. Age UK Oxfordshire.

Brotman, S. et coll. (2010), « Comprendre et soutenir les aînés gais et lesbiennes. » *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales.* Presses de l'Université du Québec. 93-107.

Camenzind, M. (2012). « Les personnes âgées homosexuelles : J'ai besoin d'un toit pour mon âme. » *Soins infirmiers* 105.4 : 42-45.



Caradec, V. (2006). « Contribution: Isolement et vie relationnelle des personnes âgées. » *Gérontologie* 140: 30-31.

Cassidy, D.F. (2007). « L'intimité chez les hommes et les femmes homosexuels âgés. » *Gérontologie et société* 122 : 233-245.

Cattan, M. et coll. (2005). « Preventing Social Isolation and Loneliness Among Older People: A Systematic Review of Health Promotion Interventions. » *Ageing and Society* 25: 41-67.

Centre de recherche et d'information nutritionnelles. (2010). « Personnes âgées à l'épreuve: vieillir sans trop s'appauvrir. » *Alimentation, Santé et Petit budget* 51: 2-4.

Centre de toxicomanie et de santé mentale. (2010). « Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale : personnes de 55 ans+. » Centre de toxicomanie et de santé mentale, Dalla Lana School of Public Health (Université de Toronto) et Bureau de santé publique de Toronto.

Centre de recherche sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse. (2012). « Collectivités-amies des aînés au Canada : Guide de mise en œuvre à l'échelon de la collectivité – Boîte à outils ». Agence de la santé publique du Canada.

Chappell, N.L. et coll. (2008). « Respite for Rural and Remote Caregivers. » *Rural Aging*.

Chappell, N.L. et L.M. Funk. (2011). « Social support, Caregiving and Aging. » *La Revue canadienne du vieillissement* 30.3 : 355-370.

Chaput, H. et coll. (2007). « L'aide à la vieillesse pauvre: la construction du minimum vieillesse. » *Revue française des affaires sociales* 1.1: 57-83.

Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2004). « Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada. »

Commissariat aux langues officielles. (2013). « Bien vieillir dans sa langue, sa culture et sa communauté : Soutien d'institutions fédérales clés et portrait des aînés anglophones du Québec. »

Conseil canadien de la santé. (2013). « Les plus vulnérables au Canada : Améliorer les soins de santé pour les personnes âgées des Premières Nations, inuites et métis. »



Conseil national des aînés. (2009). « *Rapport du Conseil national des aînés sur la question du faible revenu chez les aînés.* »

Conseil national des aînés. (2014a). « *Rapport sur l'isolement social des aînés.* »

Conseil national des aînés. (2014b). « *Revue exploratoire de la littérature : L'isolement social des aînés.* »

Contact the Elderly. (2008). « *Reaching Isolated Older People: Results of a Project to Evaluate Alternative Methods of Service Delivery and Support to Isolated and Lonely Older People.* »

Cornwell, E.Y. et L.J. Waite. (2009). « Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health Among Older Adults. » *Journal of Health and Social Behaviour* 50 : 31-48.

Courtin, E. et M. Knapp. (2014). « *Health and Wellbeing Consequences of Social Isolation in Old Age.* » National Institute for Health Research.

Coyle, C.E. et E. Dugan. (2012). « Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. » *Journal of Aging and Health* 24.8 : 1346-1363.

De Jong, J. et coll. (2006). « Loneliness and Social Isolation. » In D. Perlman and A. Vangelisti (eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. Cambridge: Cambridge University Press.

De Jong Gierveld, J. et coll. (2015a). « Determinants of Loneliness Among Older Adults in Canada. » *La Revue canadienne du vieillissement* 34.2 : 125-136.

De Jong Gierveld et coll. (2015b). « Loneliness of Older Immigrant Groups in Canada: Effects of Ethnic-Cultural Background. » *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 30.3 : 251–268.

Desjobert, A. (2012). « Lutter contre l'isolement par l'art et la culture. » *Gérontologie sans frontières* 163: 43-50.

Dickens, A. et coll. (2011). « Interventions Targeting Social Isolation in Older People: A Systematic Review. » *BMC Public Health* 11: 647.

Do, M.T. et coll. (2015). « Blessures liées à une chute chez les aînés canadiens entre 2005 et 2013 : une analyse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. » *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques* 35.7.





Duggleby, W.D. et coll. (2011). « 'I Am Part of the Community But...' The Changing Context of Rural Living for Persons with Advanced Cancer and Their Families. » *Rural and Remote Health* 11.3 : 1733.

Edwards, P. (2015). « *Moving from Ageist to Age-Friendly Policies and Practices in Manitoba.* » Centre on Aging, Winnipeg, Manitoba.

Erdley, S.D. et coll. (2014). « Breaking Barriers and Building Bridges: Understanding the Pervasive Needs of Older LGBT Adults and the Value of Social Work in Health Care. » *Journal of Gerontological Social Work* 57.2-4 : 362–385.

Findlay, R. (2003). « Interventions to Reduce Social Isolation Among the Elderly: Where is the Evidence? » *Ageing and Society* 23.5: 647-658.

Freiler, C. (2004). « *Why Strong Neighbourhoods Matter: Implications for Policy and Practice.* » Rédigé pour le Strong Neighbourhoods Task Force Toronto.

Gabrielson, M.L. et coll. (2014). « Are they Family or Friends? Social Support Instrument Reliability in Studying Older Lesbians. » *Journal of Homosexuality* 61.11 : 1589-1604.

Garon, S. et coll. (2014) « Collaborative Partnership in Age-Friendly Cities: Two Case Studies From Quebec, Canada. » *Journal of Aging & Social Policy* 26.1-2: 73-87.

Gilles, L. et A. Loones. (2011). « Précarité, isolement et conditions de logement: La profonde fragilité des personnes âgées. » *CRÉDOC, Consommation et modes de vie* 245: 1-4.

Gilmour, H. (2012). « Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. » *Rapports sur la santé : Statistique Canada* 23.4, No. cat. 82-003-X.

Goodman et al. (2015). « *Hidden Citizens – How Can we Identify the Most Lonely Older Adults?* ». Campaign to End Loneliness.

Graziani, P. (2010). « La consommation excessive d'alcool chez la personne âgée. » *Drogues, santé et société* 9.2 : 49-74.

Greenfield, E.A. et coll. (2015). « Age-Friendly Community Initiatives: Conceptual Issues and Key Questions. » *The Gerontologist* 55.2 : 191-198.

Groupe SOS, SOS homophobie et AIDES. (2013). « *Rapport sur le vieillissement des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transsexuelles (LGBT) et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).* »



Habjan, S. et coll. (2012). « Caregiving for Elders in First Nations Communities: Social System Perspective on Barriers and Challenges. » *La revue canadienne du vieillissement* 31.2 : 209-222.

Hall, M. et coll. (2003). « The Experience of Social Isolation and Loneliness Among Older Men in Manitoba. » *Rapport préparé à l'intention d'Anciens combattants Canada. Aging in Manitoba.*

Hallier-Nader, B. (2011). « *Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris: quel environnement urbain pour une qualité de vie durable?* » Université Paris-Est.

Hanlon, N. et G. Halseth. (2005). « The Greying of Resource Communities in Northern British Columbia: Implications for Health Care Delivery in Already-underserved Communities. » *Le Géographe canadien* 49.1: 1-24.

Harris, P. et C. Caporella. (2014). « An Intergenerational Choir Formed to Lessen Alzheimer's Disease Stigma in College Students and Decrease the Social Isolation of People with Alzheimer's Disease and their Family Members: A Pilot Study. » *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* 29.3: 270-281.

Haskell, L. et M. Randall. (2009). « Disrupted Attachments: A Social Context Complex Trauma Framework and the Lives of Aboriginal Peoples in Canada. » *Journal of Aboriginal Health* 5.3 : 48-99.

Haut comité pour le logement des personnes défavorisées. (2012). « *Habitat et vieillissement: Vivre chez soi, mais vivre parmi les autres!* » 17<sup>e</sup> rapport du Haut comité pour le logement des personnes défavorisées.

Hawton, A. et coll. (2011). « The Impact of Social Isolation on the Health Status and Health-Related Quality of Life of Older People. » *Quality of Life Research* 20.1 : 57-67.

Hébert, B. et coll. (2012). « Les aîné-es trans : une population émergente ayant des besoins spécifiques en soins de santé, en services sociaux et en soins liés au vieillissement. » *Frontières* 25.1 : 57-81.

Holt-Lunstad, J. et coll. (2015). « Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-analytic Review. » *Perspectives on Psychological Science* 10.2 : 227-237.

Iliffe, S. et coll. (2007). « Health Risk Appraisal in Older People 2: The Implications for Clinicians and Commissioners of Social Isolation Risk in Older People. » *British Journal of General Practice* 57: 277-282.

Innoweave (2015). « *Aînés IS. Réduire l'isolement social des aînés..* » Webinaire national.



Institut canadien d'information sur la santé. (2010). « La dépression chez les personnes âgées dans les établissements de soins en hébergement : Analyses en bref. » *Analyses en bref*.

Iparraguirre, J. (2015). « Socioeconomic Determinants of Risk of Harmful Alcohol Drinking Among People Aged 50 or Over in England. » *BMJ Open* 5.7.

Jopling, K. (2015). « *Promising Approaches to Reducing Loneliness and Isolation in Later Life*. » AgeUK – Campaign to End Loneliness.

Kane, M. et L. Cook. (2013). « *Dementia 2013: The Hidden Voice of Loneliness*. » Alzheimer Society.

Keating, N. et coll. (2013). « Age-friendly Rural Communities: Conceptualizing 'Best-fit'. » *La Revue canadienne du vieillissement* 32.4 : 319-332.

Keefe, J. et coll. (2006). « *Final Report: A Profile of Social Isolation in Canada*. » Rapport présenté au président du Groupe de travail f-p-t sur l'isolement social. Province la Colombie-Britannique et Université Mount Saint Vincent.

Kirkland, S.A. et coll. (2015). « Mining a Unique Canadian Resource: The Canadian Longitudinal Study on Aging. » *La Revue canadienne du vieillissement* 34.3 : 366-377.

Kobayashi, K.M. et coll. (2009). « Making Meaningful Connections: A Profile of Social Isolation and Health Among Older Adults in Small Town and Small City, British Columbia. » *Journal of Aging and Health* 21.2 : 374-397.

Larkin, M. (2008). « Social Networks Promote Engagement, Reduce Isolation, Boost Health. » *The Journal on Active Aging* 7.5 : 32-40.

Latham J.R. (2016). « *Transgender People's Experiences of Elder Abuse in Australia*. » Présentation dans le cadre de la 4<sup>th</sup> National Elder Abuse Conference, Australie.

Le Conference Board du Canada. (2013). « Elderly Poverty. » *How Canada Performs*. <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/society/elderly-poverty.aspx>

Lecovich, E. (2015). « Do Caregiving Burden and Satisfaction Predict Loneliness in Older Care Recipients? » *Aging and Mental Health* 20.4 : 441-449.

Li, D. (2010). « SUCCESS Provides an Antidote to Social Isolation of Immigrant Seniors. » *Immigrants and Refugees Issue of Visions Journal* 6.3 : 22.



Libres propos. (2011). « Prendre soin et accompagner les femmes migrantes âgées. » Le café social Ayyem Zamen. Entretien avec Moncef Labidi. *Gérontologie et société* 4.139 : 87-97.

Locher, J.L. et coll. (2005). « Social Isolation, Support, and Capital and Nutritional Risk in an Older Sample: Ethnic and Gender Differences. » *Social Science & Medicine* 60.4 : 747–761.

McFadden, S. et A. Koll. (2014). « Popular Memory Cafes in Wisconsin’s Fox Valley Battle Social Isolation. » *Generations* 38.1: 68-72.

MacCourt, P. et coll. (2011). « *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens.* » Commission de la santé mentale du Canada.

MacVinnie, M. et C. Talbot. (2011). « *A Research Review of Seniors, Isolation, and Best Practises in Service Provision.* » The Nelson Allan Project Toolkit.

McDaid, D. et coll. (2015). « *Promoting Mental Wellbeing, Tackling Loneliness: A Review of the Effectiveness of Actions Delivered Outside of the Health Sector.* » Presentation. The Finnish Association for Mental Health, National Institute for Health and Welfare and LSE-PSSRU.

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2004). « *Social Isolation Among Seniors: An Emerging Issue.* » An Investigation by the Children’s, Women’s and Seniors Health Branch, Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario. (2008). « Aging in the Community. » *Ontario Health Technology Assessment Series* 8.1-6.

Nelson Allan Project. (2015). « *Toolkit – The Nelson Allan Project: Connecting Seniors from Isolation to Activation.* »

Newal, N. (2015). « *Who’s at my Door Project – How Organizations Find and Assist Socially Isolated Older Adults.* » Centre on Aging. Université du Manitoba.

Newall, N.E. et V.H. Menec. (2015). « Targeting Socially Isolated Older Adults: A Process Evaluation of the Senior Centre Without Walls Social and Educational Program. » *Journal of Applied Gerontology* 34.8 : 958-976.

Newall, N.E. et coll. (2013). « Consequences of Loneliness on Physical Activity and Mortality in Older Adults and the Power of Positive Emotions. » *Health Psychology* 32.8 : 921–924.



Newall, N.E.G. et coll. (2014). « Predicting Stability and Change in Loneliness in Later Life. » *Journal of Social and Personal Relationships* 31.3 : 335-351.

Newall, N.E.G. et coll. (2015). « A Longitudinal Examination of Social Participation, Loneliness, and Use of Physician and Hospital Services. » *Journal of Aging and Health* 27.3 : 500-518.

Ng, C.F. et H.C. Northcott. (2015). « Living Arrangements and Loneliness of South Asian Immigrant Seniors in Edmonton, Canada. » *Ageing and Society* 35.2 : 552-575.

Nicholson, N.E. Jr. (2009). « Social Isolation in Older Adults: An Evolutionary Concept Analysis. » *Journal of Advanced Nursing*. 65.6 : 1342-1352.

North Sky Consulting Group Ltd. (2013). « *Removing Barriers to Social Isolation.* » Ville de Nanaimo, the Harbour City.

Noubicier, A.F. et M. Charpentier. (2013). « Vieillesse réussie : perception des femmes âgées immigrantes de l'Afrique noire à Montréal. » *Santé mentale au Québec* 38.2 : 277-295.

Orel, N.A. (2014). « Investigating the Needs and Concerns of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults: The Use of Qualitative and Quantitative Methodology. » *Journal of Homosexuality* 61.1 : 53-78.

Organisation mondiale de la Santé. (2015). « *World Report on Ageing and Health.* »

Panazzola, P. et B. Leipert. (2013). « Exploring Mental Health Issues of Rural Senior Women Residing in Southwestern Ontario, Canada: A Secondary Analysis Photovoice Study. » *Rural and Remote Health* 13.2 : 2320.

Perissinotto, C.M. et K.E. Covinsky. (2014). « Living Alone, Socially Isolated or Lonely – What Are We Measuring? » *Journal of General Internal Medicine* 29.11 : 1429-1431.

Petits Frères. (2016). « *Une famille pour la vie.* » Rapport annuel 2015-2016.

Pinquart, M. et S. Sörensen. (2000). « Influences of Socioeconomic Status, Social Network, and Competence on Subjective Well-Being in Later Life: A Meta-Analysis. » *Psychology and Aging* 15.2 : 187-224.

Pinquart, M. et S. Sörensen. (2003). « Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. » *Psychology and Aging* 18.2 : 250-267.



Porter, K.E. et L. Krinsky. (2014). « Do LGBT Aging Trainings Effectuate Positive Change in Mainstream Elder Service Providers? » *Journal of Homosexuality* 61.1 : 197-216.

Ramage-Morin, P.L. et H. Gilmour. (2013). « Incontinence urinaire et solitude chez les personnes âgées au Canada. » *Rapports sur la santé : Composante du catalogue de Statistique Canada* 24.10, No. de cat. 82-003-X.

Raymond, E. et coll. (2008). « *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire.* » Direction de santé publique de l'Agence de santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

Raymond, E. et coll. (2013). « On the Track of Evaluated Programmes Targeting the Social Participation of Seniors: A Typology Proposal. » *Ageing and Society* 33.2: 267-296.

Richmond, C.A. (2007). « Narratives of Social Support and Health in Aboriginal Communities. » *La Revue canadienne de santé publique* 98.4 : 347-351.

Richmond, C.A.M. (2009). « Explaining the Paradox of Health and Social Support Among Aboriginal Canadians. » *Canadian Issues* 1.1 : 65-71.

Robinson, J. et coll. (2009). « A Broader View of Family Caregiving: Effects of Caregiving and Caregiver Conditions on Depressive Symptoms, Health, Work and Social Isolation. » *The Journals of Gerontology – Series B (Psychological Sciences and Social Sciences)* 64.6 :788-798.

Ryser, L. et G. Halsetha. (2011). « Informal Support Networks of Low-Income Senior Women Living Alone: Evidence from Fort St. John, BC. » *Journal of Women and Aging* 23.3 : 185-202.

Sabir, M. et coll. (2009). « A Community-based Participatory Critique of Social Isolation Intervention Research for Community-dwelling Older Adults. » *Journal of Applied Gerontology* 28.2: 218-234.

Saci, K. (2012). « ADEL, un café social pour rompre avec l'isolement des vieux immigrés. Témoignage. » *Habiter et vieillir. Une société pour tous les âges? Quelles articulations entre les chercheurs, experts et acteurs sociaux dans le champ des politiques de la vieillesse?* Les Cahiers des Ateliers de dialogue Recherche – Action – Expertise 4: 57-59.





Saïas, T. et coll. (2013). « Prévention du suicide de la personne âgée : la place des interventions communautaires. » *Pratiques psychologiques* 19.2 : 103-117.

Santé Canada (2009). « *Évaluation sommative du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations.* » Santé des Premières national et des Inuits, Santé Canada.

Serres, J.F. (2013). « *Rapport MONALISA : Préconisations pour une MOBilisation NAtionale contre l'ISolement social des Âgés.* » Ministère des affaires sociales et de la santé.

Shankar, A. et coll. (2013). « Social Isolation and Loneliness: Relationships with Cognitive Function During 4 Years of Follow-Up in the English Longitudinal Study of Ageing. » *Psychosomatic Medicine* 75.2 : 161–170.

Shankar, A. (2015). « *Social Connections in Older Adults: Associations with Health and Well-Being.* » Présentation. Department of Epidemiology and Public Health, UCL.

Sherman, J.E. et S. Lacarte. (2012). « *Social Inclusion of Seniors and Informal Caregivers in Elliot Lake. Phase II: Experiences of Informal Caregivers.* » Préparé pour Ressources humaines et développement des compétences Canada.

Shillington, R. (2016). « *An Analysis of the Economic Circumstances of Canadian Seniors.* » Institut Broadbent.

Sims-Gould, J. et A. Martin-Matthews. (2007). « Family Caregiving or Caregiving Alone: Who Helps the Helper? » *La Revue canadienne du vieillissement* 26.suppl 1 : 27-46.

Sinha, M. (2014). « *Rapports des Canadiens avec les membres de leur famille et leurs amis.* » Document analytique. Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale. No. cat. 89-652-X — No. 006.

Smith, T.F. et J.P. Hirdes. (2009). « Predicting Social Isolation Among Geriatric Psychiatry Patients. » *International Psychogeriatrics* 21.1 : 50-59.

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2012). « Le logement des aînés au Canada : Le guide du marché des plus de 55 ans. » Volume 1. Comprendre le marché.

St. John, P.D. et coll. (2006). « Depressive Symptoms Among Older Adults in Urban and Rural Areas. » *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21.12 : 1175-1180.



Statistique Canada. (2007). « *L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006.* » Tables. No cat. 89-628-XIE.

Statistique Canada. (2010). Cycle 4.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Vieillesse en santé. Tableaux de corrélation réalisés par le CNA. Ensembles de données accessibles à : [http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146)).

Statistique Canada. (2011). « *Enquête nationale auprès des ménages de 2011.* »

Statistique Canada. (2012). « *La situation des personnes âgées dans les ménages.* » Recensement en bref. No de cat. 98-312-X2011003.

Statistique Canada. (2013a). « *Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits.* » Document analytique. No de cat. 89-519-XIE.

Statistique Canada. (2013b). « *Enquête sociale générale : l'aperçu.* » No de pub. 89F0115X.

Statistique Canada. (2014). « Enquête canadienne sur le revenu, 2012. » *Le Quotidien.*

Statistique Canada. (2015). « Estimations de la population du Canada : âge et sexe, 1<sup>er</sup> juillet 2015. » *Le Quotidien.*

Stein, G.L. et coll. (2010). « Lesbian and Gay Elders and Long-Term Care: Identifying the Unique Psychological Perspectives and Challenges. » *Journal of Gerontological Social Work* 53.5 : 421-435.

Stewart, M. et coll. (2007). « “Left Out”: Perspectives on Social Exclusion and Social Isolation in Low-Income Populations. » *Canadian Journal of Nursing Research* 39.3 : 209-212.

Stewart, M. et coll. (2001). « Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors Through a Support Intervention. » *Public Health Nursing* 18.1: 54-63.

Stewart, M. et coll. (2006). « Accessible Support for Family Caregivers of Seniors with Chronic Conditions: From Isolation to Inclusion. » *La Revue canadienne du vieillissement* 25.2: 179-192.

Sussman, T. et C. Regehr. (2009). « The Influence of Community-Based Services on the Burden of Spouses Caring for their Partners with Dementia. » *Health and Social Work* 34.1 : 29-39.



Tam, S. et S. Neysmith. (2006). « Disrespect and Isolation: Elder Abuse in Chinese Communities. » *La Revue canadienne du vieillissement* 25.2 : 141-151.

Tang, K. (2015). « *LGBTQ Seniors: Health, Housing and Social Support: An Annotated Bibliography.* » Préparé pour le Pride Seniors Project: Into the Closet – A Needs Assessment.

Teller, M. et I. Van Dorsselaer. (2007). « *Seniors admis, seniors amis: 20 projets pour lutter contre l'isolement des plus âgés.* » Fondation Roi Baudouin.

Toepoel, V. (2013). « Ageing, Leisure, and Social Connectedness: How Could Leisure Help Reduce Social Isolation of Older People? » *Social Indicators Research* 113: 355-372.

Treloar, C. et coll. (2014). « “I Can’t Do This, It’s Too Much”: Building Social Inclusion in Cancer Diagnosis and Treatment Experiences of Aboriginal People, Their Carers and Health Workers. » *International Journal of Public Health* 59.2 : 373-379.

Trépiéd, V. (2012). « Les personnes âgées vivant en EHPAD, isolement ou solitude? » *Documents Cleirppa* 8.47: 24-28.

Turcotte, M. (2012). « Profil des habitudes liées au transport des aînés. » *Tendances sociales canadiennes*. Composante du catalogue de Statistique Canada no 11-008-X.

Turcotte, M. (2013). « Être aidant familial : quelles sont les conséquences? » *Regards sur la société canadienne*. Statistique Canada No de cat. 75-006-X.

Umberson, D. et J. Karas Montez. (2011). « Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. » *Journal of Health and Social Behavior* 51 (Suppl) : S54–S66.

Vandenbroucke, S. et coll. (2012). « *Viellir, mais pas tout seul. Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique.* » Fondation Roi Baudouin.

Vatz Laaroussi, M. (2013). « *L'impact des séparations et du veuvage dans la transmission auprès de trois générations de femmes réfugiées.* » Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), Alliance recherche communautés-universités (ARUC).

Victor, C. et coll. (2000). « Being Alone in Later Life: Loneliness, Social Isolation and Living Alone. » *Reviews in Clinical Gerontology* 10.4 : 407-417.



Victor C. et coll. (2015). « Is Loneliness a Cause or Consequence of Dementia? » *The Gerontologist* 55 (Suppl 2) : 593.

Wilson, D. et coll. (2010). « Upstream Thinking and Health Promotion Planning for Older Adults at Risk of Social Isolation. » *International Journal of Older People Nursing* 6.4: 282-288.

Wilson, K. et coll. (2010). « Aboriginal Peoples, Health and Healing Approaches: The Effects of Age and Place on Health. » *Social Science and Medicine* 72.3 : 355-364.

Wilson, K. (2015). « *The Impact of Isolation on Older Americans.* » Présentation. AARP Foundation.

Wister, A. et B. McPherson. (2014). « *Aging as a Social Process.* » Canadian Perspectives, Sixième édition.

Zelle, A. et T. Arms. (2015). « Psychosocial Effects of Health Disparities of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. » *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 53.7 : 25-30.