



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

LE CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS



THE NATIONAL SENIORS COUNCIL

**Revue exploratoire de la littérature :
L'isolement social des aînés**

2013-2014

Août 2014

Canada

Vous pouvez télécharger cette publication en ligne à : publicentre.edsc.gc.ca

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

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2014

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

PDF

N° de cat. : Em12-7/2014F-PDF
ISBN/ISSN : 978-0-660-23037-5

EDSC

N° de cat. : SSD-139-12-14F

Table des matières

Introduction	1
Méthodologie.....	1
Définition de l'isolement social	2
Chevauchement avec d'autres concepts.....	3
Prévalence	3
Facteurs de risque.....	4
Transitions de la vie.....	4
Facteurs économiques	4
Santé physique et mentale	4
Prestation de soins	5
Facteurs sociaux.....	5
Conséquences	6
Facteurs économiques	6
Santé physique et mentale et utilisation	7
Facteurs sociaux.....	8
Approches suggérées pour prévenir l'isolement social	8
Initiatives fédérales.....	10
Initiatives provinciales et territoriales	11
Initiatives communautaires	11
Conclusion	12
Annexe A : Critères de sélection de la documentation	14
Liste de références.....	16

Introduction

L'isolement social est un phénomène courant qui a d'importantes répercussions sur plusieurs aspects de la vie des aînés. La population canadienne subit une énorme transition démographique particulièrement en raison du vieillissement de la génération du baby-boom¹ et de l'augmentation de l'espérance de vie. L'isolement social chez les aînés gagnera possiblement en importance au cours des prochaines années. Un nombre croissant d'aînés pourraient être à risque d'isolement social en raison de certains facteurs, tels la probabilité accrue de vivre seul, une santé compromise, l'évolution de la structure familiale, le décès de membres de la famille ou d'amis, et le départ à la retraite.

En août 2013, les ministres ont demandé au Conseil national des aînés (CNA) de consulter des représentants des secteurs sans but lucratif, public et privé, ainsi que des aînés, afin d'évaluer l'incidence de l'isolement social sur les aînés, et d'étudier des façons de le prévenir ou de le réduire au Canada. Pour mieux comprendre le phénomène, une revue exploratoire de la littérature a servi à évaluer la documentation pertinente en posant les questions de recherche suivantes :

- *Quelle est l'incidence de l'isolement social sur les aînés?*
- *Au Canada, quelles sont les meilleures pratiques et méthodes pour prévenir ou réduire l'isolement social des aînés?*

Méthodologie

Cette revue exploratoire de la littérature a permis d'identifier les connaissances actuelles et les domaines présentant des lacunes. Une sélection, une collecte et un résumé systématiques de l'information sur l'isolement social des aînés ont été réalisés en fonction de vastes thèmes prédéterminés.

Parmi les sources d'information consultées, il y avait des bases de données électroniques, des sites Web du gouvernement, ainsi que des consultations par courriel auprès de ministères de divers paliers gouvernementaux. Parmi les études pertinentes retenues, il y avait des articles examinés par les pairs, ainsi que la littérature grise (p. ex. rapports de recherche, rapports du gouvernement, évaluations gouvernementales et non gouvernementales de programmes et services, thèses et analyses des politiques).

Même si l'intention était de mettre l'accent sur les données canadiennes, la portée a été élargie pour y inclure un certain nombre de sources de données étrangères. Puisqu'il arrive souvent que le terme « personnes âgées » soit employé pour désigner les aînés, les sources de données comprenant de l'information sur les deux termes ont été consultées.

La liste initiale comprenait 214 documents obtenus à l'aide de termes de recherche déterminés préalablement (annexe A) qui visaient de manière générale l'isolement social. Après l'application des critères de présélection, il restait cinquante-deux articles (annexe A). Les membres du CNA et le personnel du Secrétariat ont ensuite rédigé un sommaire de chaque article et ont créé un tableau sommaire.

¹ La génération du baby-boom comprend généralement les gens nés entre 1946 et 1964. C'est la cohorte d'âge la plus importante de l'histoire canadienne. En 2013, elle représentait environ 8,4 millions de personnes, ou près du quart (24 %) de la population canadienne.

Définition de l'isolement social

Le concept de l'isolement social comporte plusieurs facettes. La documentation n'a pas permis d'identifier une définition uniforme de ce concept. Il couvre plusieurs domaines touchant les aînés, y compris le vieillissement en santé, la participation active, la sécurité du revenu, la violence envers les personnes âgées, la prestation de soins, le transport, le vieillissement chez soi et les collectivités amies des aînés. Il est donc très difficile d'élaborer une seule définition de ce concept.

Habituellement, l'isolement social est défini par le fait d'avoir peu de contacts et des contacts de faible qualité avec les autres. Pour déterminer l'isolement social, le nombre de contacts, le sentiment d'appartenance, les relations satisfaisantes, l'engagement avec les autres et la qualité des membres du réseau sont évalués (Nicholas et Nicholson, 2008).

Les personnes isolées socialement manquent de contacts sociaux, de rôles sociaux et de relations mutuellement satisfaisantes (Keefe, Andrew, Fancey et Hall, 2006; North Sky Consulting Group Ltd., 2013). Tel qu'indiqué dans le rapport sénatorial de 2013, les barrières physiques, économiques et sociales peuvent avoir un effet sur les possibilités dont une personne dispose pour participer et s'engager dans la société. Les personnes marginalisées ont tendance à être coupées de la société (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2013). Selon un rapport préparé à l'intention de la ville de Nanaimo, en Colombie-Britannique, le manque de compréhension à l'égard de la signification de l'isolement social ou des caractéristiques des aînés isolés a une influence sur l'identification de ces aînés (North Sky Consulting Group Ltd., 2013). Le degré de gravité de l'isolement peut varier d'une personne à l'autre. Cela dépend du fait que cet isolement est volontaire ou non, permanent ou chronique, épisodique ou temporaire, ou est le résultat de multiples facteurs de risque (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004; ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2007; North Sky Consulting Group Ltd., 2013).

Il est important de comprendre les liens entre l'isolement social et la solitude et leurs définitions, ainsi que les tentatives des chercheurs visant à mesurer de manière objective le taux de prévalence, les facteurs de risque et les conséquences. La solitude est souvent décrite comme la contrepartie subjective de l'isolement social (Windle, Francis et Coomber, 2011). Alors qu'il est possible de mesurer objectivement l'isolement social en observant le réseau social et les interactions des aînés, la solitude peut subjectivement être mesurée en s'interrogeant sur les perceptions et les sentiments en lien avec les relations et les activités sociales (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004). Les gens peuvent se sentir seuls même s'ils côtoient des gens, et les personnes seules ne sont pas nécessairement isolées sur le plan social. Dans le même ordre d'idées, les effets de l'isolement social peuvent causer de la solitude. Par exemple, une personne peut manifester ou ressentir un malaise à l'égard de sa solitude (Hall, 2004).

Il arrive souvent que les concepts d'isolement social et de solitude apparaissent dans la même définition. Selon certains documents, il est préférable d'utiliser distinctement les deux termes, puisque le fait de les combiner peut entraîner une mauvaise interprétation et l'élaboration de politiques inexactes ou imprécises (Cloutier-Fisher, Kobayashi, Hogg-Jackson et Roth, 2006). D'autres études indiquent qu'il faut prendre en considération un ensemble d'éléments subjectifs et objectifs lorsqu'on définit l'isolement social (Nicholas et Nicholson, 2008).

Chevauchement avec d'autres concepts

Le manque de consensus sur la définition de l'isolement social pose un défi pour les chercheurs. En plus du sentiment de solitude, le concept d'isolement social est associé à d'autres termes, tels la vulnérabilité sociale (Social Planning and Research Council of British Columbia, 2011; Association québécoise des centres communautaires pour aînés [AQCCA], 2012), l'exclusion sociale et le détachement social (Cornwell et Waite, 2009; Keefe et al., 2006). Sur une note plus positive, la documentation aborde des concepts tels l'intégration sociale, l'engagement social et le capital social (Keefe et al., 2006).

Le détachement social réfère à l'absence de contacts avec les autres. Plus précisément, c'est le manque de participation à des activités sociales, le fait d'avoir un petit réseau social ou des interactions sociales irrégulières. L'isolement perçu est considéré comme l'expérience subjective du manque d'interactions sociales et de soutien (Cornwell et Waite, 2009).

L'absence d'intégration sociale, de réseaux et d'engagement sont trois concepts distincts, même s'ils s'apparentent à l'isolement social. Berkman (1995) décrit l'intégration sociale comme le degré auquel les personnes maintiennent des relations personnelles étroites avec autrui (tel que cité dans Nicholas et Nicholson, 2008, p. 1349). Le réseau social est lié au nombre et à la structure des interactions sociales et à la proximité des gens avec lesquels la personne peut interagir. Enfin, une personne intégrée et engagée interagit régulièrement avec les gens, et prend part à des activités sociales. Une personne isolée sur le plan social n'a pas de sentiment d'appartenance et manque de contacts (Nicholas et Nicholson, 2008).

Prévalence

Il existe peu d'études sur la prévalence de l'isolement social à l'appui des mesures stratégiques visant à aborder cette question. Selon le rapport sur les consultations auprès d'experts FPT, réalisées à Winnipeg, au Manitoba, les études sur la prévalence de la solitude présentent des résultats qui varient entre 10 et 90 %, selon la définition et la population utilisées (Hall, Havens et Sylvestre, 2003; Hall, 2004). Selon le Centre de toxicomanie et de santé mentale, la solitude touche environ 10 % des personnes âgées et est liée à la dépression et au risque de suicide. En outre, cette étude a révélé que la solitude est inversement proportionnelle à la santé physique, touche plus fréquemment les femmes, et augmente avec l'âge (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2010).

Selon Victor (2011), dans différentes régions du Royaume-Uni, il y aurait de 5 à 16 % des aînés qui se sentent seuls. On estime également que 10 % des gens âgés de plus de 65 ans au Royaume-Uni se sentent seuls tout le temps ou la majeure partie du temps (tel que cité dans Bolton, 2012, p. 5). De plus, puisque 17 % des aînés ont des contacts avec leurs familles, leurs amis et leurs voisins moins d'une fois par semaine et que 11 % des aînés ont des contacts moins d'une fois par mois, Victor (2011) déclare que le nombre d'aînés isolés qui sont à risque de solitude est probablement plus élevé (tel que cité dans Bolton, 2012, p. 5).

Facteurs de risque

La documentation confirme que différents facteurs de risque augmentent la possibilité que les aînés soient isolés sur le plan social. Ces facteurs ont été regroupés en cinq thèmes, soit les transitions de la vie, les facteurs économiques, la santé physique et mentale, la prestation de soins et les facteurs sociaux.

Transitions de la vie

Les transitions essentielles de la vie, tels la retraite (Hall et al., 2003; Winningham et Pike, 2007; Cotten, Anderson, McCullough, 2013), le décès d'un conjoint (North Sky Consulting Group, 2013; O'Lunaigh et Lawlor, 2008; Cloutier-Fisher et al., 2006; Wenger et Burholt, 2004; Stewart, Craig, MacPherson, Alexander, 2001; Hall et al., 2003; AQCCA, 2007; Truchon, 2012), l'incapacité de conduire (Winningham et Pike, 2007), ou le déménagement dans un établissement de soins de longue durée ou dans une autre résidence (Winningham et Pike, 2007; Cotten et al., 2013) augmentent le risque d'isolement social (Keefe et al., 2006). Les changements à la structure familiale, telles la migration des membres plus jeunes de la famille à des fins professionnelles et la diminution des réseaux sociaux à un âge plus avancé ont des répercussions sur l'isolement social (Keefe et al., 2006; Butler, 2006; AQCCA, 2012; Cotten et al., 2013). Plus les transitions de la vie auxquelles les aînés doivent faire face et les facteurs de risque qui y sont associés sont critiques, plus les aînés sont vulnérables à l'isolement social épisodique ou chronique.

Facteurs économiques

Des facteurs économiques, tels un faible revenu (North Sky Consulting Group, 2013; Raymond, Gagné, Sévigny et Tourigny, 2008; Truchon 2011 et 2012), le manque d'options de transport accessible et abordable (North Sky Consulting Group, 2013; Hall et al., 2003; Abbott et Sapsford, 2005; AQCCA, 2007; Raymond et al., 2008; Sherman et Lacarte, 2012), le manque de logement abordable et convenable (Hall et al., 2003) et l'accès restreint aux principaux services de soins de santé (Abbott et Sapsford, 2005) pour répondre aux différents besoins des aînés sont aussi des facteurs de risque connus augmentant l'isolement social. Ces facteurs économiques peuvent aussi avoir un effet cumulatif sur l'isolement social. Par exemple, les aînés à faible revenu et vivant dans une région rurale ou éloignée où les options de transport sont rares peuvent être plus isolés, même s'ils souhaitent s'impliquer davantage dans leur collectivité locale.

Santé physique et mentale

Selon les études, l'absence d'un bon réseau social est liée à une hausse de 60 % du risque de démence et de déclin cognitif, tandis qu'un mode de vie intégré sur le plan social protège de la démence (Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan et Windblad, 2000). Il est probable que la santé mentale a des effets sur la vulnérabilité à l'isolement social, et qu'une personne qui est socialement isolée soit plus portée à avoir des troubles de santé mentale. Au Canada, 44 % des aînés vivant dans des établissements de soins ont reçu un diagnostic de dépression ou affichent des symptômes de dépression sans avoir reçu de diagnostic. Les hommes âgés de plus de 80 ans affichent le taux de suicide le plus élevé parmi tous les groupes d'âge (Instituts de recherche en santé du Canada, 2010; Agence de la santé publique du Canada, 2010). C'est pourquoi il est impossible d'ignorer le lien entre la santé mentale et l'isolement social, même s'il est de nature complexe et possiblement bidirectionnel.

Dans le même ordre d'idées, le fait d'avoir une santé précaire (Cloutier-Fisher et al., 2006; Paul, Ayis et Ebrahim, 2006; Raymond et al., 2008; AQCCA, 2011; Truchon, 2012; Cotten et al., 2013), qu'on parle de santé physique (Butler, 2006; Truchon, 2011) ou mentale (AQCCA, 2007; Truchon, 2011), est considéré comme un facteur de risque pouvant accroître l'isolement social (O'Lunaigh et Lawlor, 2008). Parmi les problèmes de santé, il y a, mais sans en exclure d'autres, la démence, la multimorbidité (Keefe et al., 2006; Hall et al., 2003), la toxicomanie (AQCCA, 2007; Truchon, 2011) et les troubles auditifs ou de la vision (Wenger et Burholt, 2004; Hall et al., 2003). D'autres affections incapacitantes tardives ou associées à l'âge, telles l'incontinence, la fragilité, la peur de tomber lors de sorties ou une perte générale d'autonomie (AQCCA, 2007), sont aussi considérées comme des facteurs de risque de l'isolement social (Ramage-Morin et Gilmour, 2013).

Prestation de soins

Parmi les autres groupes pour lesquels le risque d'isolement social est élevé, il y a les aînés qui jouent le rôle de proches aidants pour des parents, des frères ou sœurs ou pour d'autres membres de la famille (Sherman et Lacarte, 2012; North Sky Consulting Group, 2013; O'Lunaigh et Lawlor, 2008). Le fait d'avoir à offrir des niveaux élevés de soins à une personne ayant des problèmes physiques ou mentaux importants, surtout lorsque cela exige beaucoup d'heures ou des soins intensifs, peut faire en sorte que la personne soit isolée des autres. Cela peut représenter un fardeau pour le proche aidant et entraîner du stress et de la dépression, des facteurs qui sont tous associés à l'isolement social (Cloutier-Fisher et al., 2006; MacCourt, 2007).

Facteurs sociaux

Il a aussi été déterminé que des groupes particuliers d'aînés sont vulnérables à l'isolement social, tels les aînés autochtones (Santé Canada, 2009), les aînés qui viennent d'arriver au Canada ou les aînés immigrants, surtout ceux devant surmonter des barrières linguistiques, les aînés qui sont des proches aidants (Wenger et Burholt, 2004; MacCourt, 2007; Cotten et al., 2013), ainsi que les aînés qui sont lesbiennes, gais, bisexuels ou transgenres (Guasp, 2011).

Les immigrants âgés (Cloutier-Fisher et al., 2006; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2013; Li, 2010; Truchon, 2011; Social Planning and Research Council of British Columbia, 2011) et les aînés des groupes minoritaires et à faible revenu, entres autres les femmes âgées qui vivent seules (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2013; Truchon, 2011), sont plus vulnérables à la solitude et aux interactions sociales limitées pour un certain nombre de raisons, telles les barrières linguistiques (Li, 2010; Truchon, 2011), la littératie, la discrimination, l'absence d'un sentiment d'appartenance à la communauté et les interactions sociales limitées dans la nouvelle collectivité (North Sky Consulting Group, 2013). Les aînés autochtones font face à des problèmes semblables, y compris des barrières linguistiques et culturelles, des désavantages socioéconomiques et des différences régionales, tel le fait de vivre dans les régions rurales ou éloignées (Santé Canada, 2009; Cotten et al., 2013).

Selon le rapport publié par Stonewall, une organisation au Royaume-Uni, les gais, lesbiennes et bisexuels âgés sont davantage portés à être célibataires, à vivre seuls, à avoir un réseau social plus petit, à voir leur famille moins fréquemment, à boire plus d'alcool et à être plus portés à consommer des drogues, à avoir des antécédents de maladie mentale, et à devoir surmonter davantage d'obstacles pour accéder aux soins de santé nécessaires par rapport aux groupes d'hétérosexuels (Guasp, 2011). Puisque ces facteurs sont associés à l'isolement social, les aînés gais, lesbiennes ou bisexuels sont plus vulnérables à l'isolement social (Guasp, 2011; Truchon, 2011).

Le fait de vivre seul, le vieillissement (Keefe et al., 2006; Wenger et Burholt, 2004), un faible niveau d'éducation (Cloutier-Fisher et al., 2006; Raymond et al., 2008), le fait de vivre en région rurale plutôt qu'en région urbaine (Raymond et al., 2008), l'âgisme (Truchon, 2011), ainsi que le fait de ne pas avoir d'enfants ou d'avoir des contacts restreints avec la famille (Wenger et Burholt, 2004), sont aussi considérés comme des facteurs de risque qui peuvent accroître l'isolement social. En outre, certains aînés ont peur de quitter leur foyer parce qu'ils craignent pour leur sécurité physique dans les endroits publics en raison d'un taux de criminalité élevé réel ou perçu (Abbott et Sapsford, 2005; Sherman et Lacarte, 2012), d'un manque d'information ou de sensibilisation concernant l'accès aux services et programmes communautaires (Raymond et al., 2008; AQCCA, 2011), ou d'une hésitation à former de nouvelles relations ou du fait de ne pas vouloir prendre part seul à des activités (North Sky Consulting Group, 2013; Gilmour, 2012).

Conséquences

L'isolement social peut avoir des conséquences néfastes pour les aînés. Souvent, il est difficile de les distinguer des facteurs de risque associés à l'isolement (p. ex. santé mentale et isolement social). En outre, il peut être difficile de déterminer le lien entre ces différents facteurs. Les résultats de cette association peuvent être des tendances cycliques ou autorenforcées d'isolement social qui peuvent être difficiles à renverser. En outre, puisque l'isolement social est, par définition, une séparation de la personne de son réseau social et de sa collectivité, il arrive souvent que ce problème soit caché. Les conséquences de l'isolement social ont été regroupées en trois thèmes, soit les facteurs économiques, la santé physique et mentale et les facteurs sociaux.

Facteurs économiques

La contribution des aînés dans la collectivité, tel le bénévolat, diminue lorsque ces derniers sont socialement isolés (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004; Raymond et al., 2008). Étant donné le taux de participation des aînés à titre de bénévoles et leur contribution précieuse à la communauté dans son ensemble, la collectivité en entier devrait considérer les répercussions négatives de l'isolement social comme un problème (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004).

En outre, les aînés canadiens font une contribution importante à l'économie et la population active (Edwards et Mawani, 2011). Les aînés et l'ensemble de la société bénéficient d'un engagement continu sur le plan du marché du travail (Conseil national des aînés, 2010) : revenu supérieur, possibilités d'apprentissage intergénérationnel accrues, et maintien des compétences techniques, des talents en leadership et de la mémoire organisationnelle. Cependant, plusieurs facteurs de risque associés à l'isolement social sont aussi des obstacles à la participation au marché du travail (mauvaise santé, information, responsabilités de proches aidants, âgisme, manque de sensibilisation aux possibilités et autres) (Conseil national des aînés, 2011).

Santé physique et mentale et utilisation

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2004) soutient qu'il y a des interactions à facettes multiples entre les variables de l'isolement social, de la solitude, de l'utilisation des services sociaux et de l'état de santé d'une personne. Il est donc difficile de déterminer l'orientation de la causalité; par cela, on entend que l'absence d'un réseau social peut être liée à une mauvaise santé et/ou qu'une mauvaise santé peut causer la dissolution du réseau social (Keefe et al., 2006). Selon certaines études, les personnes qui éprouvent de la solitude sont davantage portées à utiliser les services de santé (Geller, Janson, McGovern et Valadini, 1999, tel que cité dans Bolton, 2012, p. 20; AQCCA, 2011) ou à utiliser de manière inappropriée les services (Keefe et al., 2006; Secrétariat des services consultatifs médicaux, 2008), tandis que d'autres études ne révèlent aucune différence importante quant à l'utilisation des services de santé entre les personnes isolées et celles qui ne le sont pas (Cloutier-Fisher et al., 2006).

Selon Mistry, Rosansky et McGuire (2001), les études ont révélé des liens entre l'isolement social et la réadmission à l'hôpital (tel que cité dans Seymour et Gale, 2004, p. 41). Dans Cloutier-Fisher et al. (2006), on note qu'il est fort possible que les personnes isolées socialement représentent un fardeau financier accru pour le système de santé à longue échéance, puisqu'il arrive souvent qu'elles attendent d'être plus âgées et que leur santé se soit détériorée avant de consulter un médecin.

En outre, l'isolement social et la solitude sont associés à une utilisation réduite des services attribuable au manque de sensibilisation ou à une utilisation accrue attribuable au fait que la personne cherche à combler un vide (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004; Hall, 2004). Malgré tout, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2004) a indiqué que les aînés disposant d'un bon réseau social semblent utiliser de manière convenable les services de santé et sociaux.

Hawton, Green, Dickens, Richards, Taylor, Edwards, Colin et Campbell (2010) ont étudié le lien entre l'isolement social et l'état de santé et la qualité de vie associée à la santé d'aînés isolés socialement ou vulnérables à l'isolement social. Ils ont découvert que l'isolement social est associé, de manière négative, à l'état de santé et à la qualité de vie en lien avec la santé des aînés. En outre, l'effet est pertinent sur le plan clinique et indépendant d'autres facteurs, tel le niveau de dépression, les comorbidités physiques, l'âge, le sexe et autres, ce qui est important pour les décideurs et les chercheurs (Hawton et al., 2010).

Selon Keefe et al. (2006), les conséquences de l'isolement social comprennent des effets néfastes pour la santé physique et psychologique (Li, 2010; Timonen et O'Dwyer, 2010; Cotten et al., 2013) pouvant causer la dépression (AQCCA, 2011), une baisse de l'immunité, de l'anxiété et de la fatigue, une mauvaise alimentation, ainsi que le placement prématuré en établissement et peut-être même la mort (Keefe et al., 2006). Plus précisément, la désintégration des réseaux sociaux et la solitude attribuable au manque de relations sont des éléments nocifs pour la santé mentale et le bien-être des aînés (Seymour et Gale, 2004; Hall et al., 2003; Secrétariat des services consultatifs médicaux, 2008). Selon Fratiglioni et al. (2000), le risque de démence augmente chez les personnes qui vivent seules et qui n'ont pas de réseau social étroit. C'est pourquoi les liens sociaux étroits sont considérés comme des facteurs qui protègent contre l'apparition de la démence (tel que cité dans Seymour et Gale, 2004, p. 37).

Facteurs sociaux

Les conséquences de l'isolement social peuvent avoir un effet négatif sur la collectivité et l'ensemble de la société. Par exemple, il y a l'utilisation inappropriée des services, le manque de cohésion sociale, une réduction de la participation civique et dans les activités communautaires (Keefe et al., 2006).

Dans l'ensemble, l'isolement social des aînés peut entraîner un manque de cohésion sociale au sein des collectivités (Hall, 2004), des coûts sociaux supérieurs et la perte d'une vaste expérience non quantifiable que les aînés offrent aux familles et aux collectivités (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004). Il peut aussi entraîner une réduction des aptitudes sociales, une vulnérabilité à l'égard des mauvais traitements réservés aux aînés, ainsi que l'alcoolisme ou la toxicomanie (Hall, 2004; Truchon, 2011; Social Planning and Research Council of British Columbia, 2011).

Approches suggérées pour prévenir l'isolement social

Selon Hawton et al. (2010), les politiques et pratiques devraient cibler les aînés qui risquent de se retrouver isolés socialement, puisqu'il faut identifier les personnes tôt lors d'interventions, avant que leur santé ou leur qualité de vie ne se détériore. Par contre, selon Dickens, Richards, Greaves et Campbell (2011), les interventions qui visent les personnes isolées socialement ou qui éprouvent de la solitude sont moins portées à faire état d'effets positifs que celles n'ayant pas de cible explicite (Dickens et al., 2011). En outre, Seeman (2000) suggère que le soutien social peut avoir autant des effets positifs que négatifs sur la santé des aînés. C'est la raison pour laquelle les aspects de l'environnement social jouent un rôle important sur le plan des efforts de promotion de la santé déployés auprès des aînés (tel que cité dans Seymour et Gale, 2004, p. 61).

Selon la documentation, les aînés devraient activement prendre part à l'élaboration des programmes, ainsi qu'à la mise en œuvre des changements, parce qu'ils savent ce qui est important pour eux, ils connaissent les facteurs pouvant entraîner l'isolement social et comment faire la promotion de l'inclusion sociale (rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2013; MacCourt, 2007; ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2007; Hall et al., 2003; Cattan, White, Bond et Learmouth, 2005). Selon Butler (2006) et l'AQCCA (2007), les programmes dans le cadre desquels des aînés aident d'autres aînés semblent être bénéfiques, puisqu'ils permettent au bénéficiaire et à l'aîné d'avoir des contacts sociaux.

Les programmes intergénérationnels sont aussi considérés une approche positive pour aider à atténuer l'isolement social des aînés et des générations plus jeunes (AQCCA, 2007).

Selon le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2004), la plupart des interventions touchant les aînés socialement isolés qui sont abordées par la documentation sont de petits programmes particuliers à certaines populations. Il est important de connaître la population cible et d'évaluer les conséquences éventuelles des interventions planifiées (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2004). Par exemple, la documentation discute des besoins de groupes spécifiques, tels les lesbiennes, les gais et les bisexuels. Il a été suggéré de donner aux fournisseurs de soins des lignes directrices, tout comme une campagne publique sur les enjeux sociaux et de santé de la communauté des lesbiennes, gais et bisexuels âgés (Guasp, 2011). Dans son évaluation sommative du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations, Santé Canada (2009) a indiqué que des évaluations à domicile pourraient servir à identifier les aînés isolés. En outre, le Ministère a stipulé qu'en luttant contre des problèmes sociaux, tels la pauvreté, le logement, la toxicomanie et la dépression, il serait possible d'atténuer l'isolement social chez les aînés.

Dickens et al. (2011) ont conclu que les interventions futures devraient intégrer des caractéristiques particulières qui se sont révélées efficaces pour cibler les aînés socialement isolés. En fait, les études indiquent que les interventions de groupe s'avèrent efficaces auprès de certaines personnes (Wenger et Burholt, 2004; Cattan et al., 2005; Secrétariat des services consultatifs médicaux; Raymond et al., 2008; MacCourt, 2007). Cela comprend les activités de soutien social réalisées en groupe (p. ex. des réunions régulières au centre de réadaptation, la participation de personnes âgées, l'écriture thérapeutique, les activités physiques, telles que la marche nordique, la natation et autres), et les interventions créées sur des fondements théoriques et dans le cadre desquelles les aînés sont des participants actifs (Dickens et al., 2011; Pitkala, Routasalo, Kautiainen et Tilvis, 2009). En outre, une étude de Winningham et Pike (2007) a révélé qu'en exposant les aînés se trouvant en établissement à un programme d'amélioration neurocognitive (intervention en groupe), il pourrait y avoir une influence positive sur la qualité des réseaux sociaux de ces aînés, leur fonctionnement cognitif, leur santé mentale et leur qualité de vie. Les groupes de soutien permettent aussi de partager des expériences et aident à acquérir des mécanismes d'adaptation (ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2007).

Différentes sources d'information peuvent offrir un soutien. Selon Raina, Waltner-Toews et Bonnett (1999), la compagnie d'un animal peut réduire l'isolement social et le sentiment de solitude (tel que cité dans Seymour et Gale, 2004). Une autre étude montre que la compagnie d'un animal est un mécanisme d'adaptation accessible pour les femmes âgées de la collectivité (Krause-Parello, 2008).

Dans un rapport à l'intention de la Commission de la santé mentale du Canada, MacCourt, Wilson et Tourigny (2011) indiquaient qu'il faut accroître la sensibilisation auprès des aînés, de la population en général, et des fournisseurs de services sociaux et de santé afin de réfuter les mythes concernant le vieillissement. De plus, aider les gens à déceler les signes et symptômes des troubles mentaux pourrait favoriser la détection et l'intervention précoces.

Sum, Mathews, Hughes et Campbell (2008) ont étudié l'utilisation d'Internet comme moyen servant à atténuer le sentiment de solitude et à accroître le bien-être. L'utilisation accrue d'Internet comme moyen de communication est associée à l'atténuation du sentiment de solitude sociale (Sum et al., 2008; Seymour et Gale, 2004). Dans White, McConnell, Clipp, Branch, Sloane, Pieper et Box (2002), on a aussi réalisé un essai clinique randomisé qui évaluait l'effet psychologique lié à l'accès Internet offert aux aînés. On a constaté qu'il atténuait le sentiment de solitude et la dépression (tel que cité dans Seymour et Gale, 2004). Mickus et Luz (2002) ont réalisé une étude sur la possibilité d'utiliser des vidéophones à faible coût pour permettre aux résidents d'établissements de soins de communiquer avec leurs familles. Cette étude a révélé que la technologie réduisait l'isolement des aînés vivant dans des établissements (tel que cité par Seymour et Gale, 2004, p.62). Selon les auteurs, il faudrait offrir une formation aux aînés pour qu'ils utilisent des fonctions Internet particulières, afin de tenter d'atténuer le sentiment de solitude et d'accroître le bien-être (Sum et al., 2008). Dans Cotten et al. (2013), on mentionne aussi que l'utilisation d'Internet aide à contrebalancer les effets de l'isolement social. Selon Lennon et Curran (2012), l'attitude à l'égard des réseaux sociaux (p. ex. Twitter, Facebook) est positive chez les utilisateurs âgés; cependant, ils n'aiment pas qu'on exerce des pressions pour qu'ils soient actifs sur les sites des réseaux sociaux.

Initiatives fédérales

Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés (PNHA)² encourage les aînés à s'engager dans leur collectivité grâce à une participation active et sociale (MacCourt, 2007; rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2013). Selon l'évaluation sommative du programme Nouveaux Horizons pour les aînés (2010), les projets qui se fondent sur des collaborations communautaires et augmentent la sensibilisation à l'égard des ressources et des services offerts ou améliorent l'accès des aînés à ces ressources et services, aident les aînés à former et à solidifier des liens, et à prendre part à des réseaux de soutien social officiels ou non. Les données probantes montrent que, dans plusieurs cas, ces liens se poursuivent même si le projet a pris fin.

En outre, le gouvernement fédéral collabore avec les provinces pour promouvoir l'Initiative des villes amies des aînés de l'Organisation mondiale de la Santé qui cherche à faire des collectivités un meilleur milieu de vie plus sain et plus sécuritaire pour les aînés, en veillant à ce qu'ils aient accès au transport, et en améliorant l'accès aux activités civiques, culturelles, d'emploi et bénévoles dans leurs collectivités et en leur donnant la possibilité d'y participer (rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2013).

Le gouvernement fédéral appuie aussi plusieurs programmes qui réduisent, de manière indirecte, les facteurs de risque associés à l'isolement social. Parmi ceux-ci, on note les régimes de retraite et les programmes d'appui au logement.

² Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés (PNHA) est un programme bénéficiant d'un financement annuel du gouvernement fédéral de 45 millions de dollars, dont les fonds servent aux organismes à but lucratif et sans but lucratif qui appuient des projets faisant participer les aînés. Plus particulièrement, grâce aux projets financés dans le cadre du PNHA qui soutiennent les objectifs du programme, c.-à-d. promouvoir la participation sociale, le mentorat et le bénévolat, les collectivités sont en mesure de soutenir la participation des aînés au sein de leur collectivité, ce qui atténue le risque d'isolement social. Actuellement, 24 projets pilotes sont financés dans le cadre du PNHA pour s'attaquer particulièrement à l'isolement social.

Initiatives provinciales et territoriales

Actuellement, plusieurs programmes et services provinciaux et territoriaux luttent directement ou non contre l'isolement social. Dans Ciliska, Hayward, Thomas, Mitchell, Dobbins, Underwood, Rafael et Martin (1996), on peut lire que les visites à domicile d'infirmiers de la santé publique auprès de tous les groupes au Canada s'avèrent efficaces pour lutter contre la dépression. En outre, elles réduisent le degré de soins dont les aînés ont besoin (tel que cité dans Seymour et Gale, 2004). Dans le même ordre d'idées, Hall et al. (2003) recommandent l'établissement de services de visites à domicile pour les aînés qui sont incapables de prendre part à des programmes communautaires ainsi que des initiatives encourageant les fournisseurs de services et les bénévoles à consacrer davantage de temps aux personnes incapables de sortir de leur résidence et dont le risque d'isolement social est plus élevé. Selon Timonem et O'Dwyer (2010), la prestation de programmes de repas livrés à domicile par des bénévoles peut aussi avoir des répercussions positives sur les aînés isolés socialement.

Selon le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2004), les modèles de visite par les pairs font partie des types de programmes les plus communs dont l'objectif est de réduire l'isolement social. Plusieurs villes canadiennes disposent de ce type de programme. Cattan et al. (2011) ont examiné l'incidence des programmes de conversation téléphonique amicale sur le bien-être des aînés. Un tel programme à faibles coûts a aidé les aînés à gagner de la confiance, à s'engager à nouveau auprès de la collectivité, et à devenir actifs sur le plan social.

Une autre stratégie facilitant l'accès aux ressources communautaires, soit la *BC Health and Seniors' Information Line*, propose de l'information aux aînés sur les services sociaux et de santé provinciaux et fédéraux par le moyen d'un numéro de téléphone sans frais. Des agents d'information peuvent aussi répondre aux questions sur les services réservés aux aînés, offrir un contact direct avec d'autres organismes, et aider à remplir des formulaires (MacCourt, 2007). Parmi les exemples de stratégies qui facilitent la participation sociale et font la promotion du bien-être, il y a le *BC Healthy Aging through Healthy Living: Blueprints for Healthy Aging* (MacCourt, 2007).

Initiatives communautaires

Puisque les aînés sont plus vulnérables à l'isolement social lorsqu'ils sont proches aidants, des programmes de jour pour adultes ou des périodes de répit au domicile peuvent permettre aux proches aidants d'aller faire leurs courses, aller à leurs rendez-vous et demeurer actifs sur le plan social (MacCourt, 2007; Wenger et Burholt, 2004; Sherman et Lacarte, 2012). En outre, en leur fournissant un soutien à domicile pour des activités de la vie quotidienne, les aînés dont la santé est fragile peuvent conserver leur énergie pour réaliser des activités qui leur importent, telles des activités sociales (MacCourt, 2007).

La documentation discute aussi des liens entre le transport et le niveau de participation aux activités sociales. L'accès au transport collectif, aux taxis et au covoiturage a une valeur élevée, surtout pour les aînés (tout particulièrement les femmes) qui sont moins portés à conduire lorsqu'ils ont plus de 85 ans. Il faudrait encourager les organisations qui proposent des services aux aînés à leur offrir un moyen de transport et aussi encourager les collectivités à veiller à ce que les personnes à mobilité réduite disposent d'options de transport accessible (Turcotte, 2012; Hall et al., 2003; Pinquart et Sorensen, 2001; Abbott et Sapsford, 2005; AQCCA, 2007).

Parmi les autres stratégies qui facilitent l'accès aux ressources communautaires, autres que le transport, il y a l'accès à de l'information sur les ressources, les services et l'éducation offerts aux aînés à l'aide de différentes méthodes sensibles aux obstacles éventuels, tels la littératie et les problèmes de communication (MacCourt, 2007; ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2007; Hall et al., 2003; AQCCA, 2012). En outre, on devrait soutenir le personnel et les bénévoles en leur offrant des possibilités de formation continue pour veiller à ce qu'ils comprennent le sujet de l'isolement social et qu'ils identifient les personnes à risque d'isolement social (ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, 2007; Cattan et al., 2005; Paul et al., 2006).

Le programme Connexion communautaire de Santé publique Ottawa (2013) fournit de l'information sur les signes que manifestent les personnes âgées qui pourraient être à risque d'isolement social. Le programme aide les personnes âgées isolées socialement ou à risque de le devenir à obtenir des services et du soutien pour veiller à leur sécurité et à leur autonomie dans leur résidence. Il offre aussi une formation aux gens qui ont régulièrement des contacts avec les aînés.

Conclusion

L'isolement social fait l'objet d'études au Canada et à l'étranger. Des pratiques prometteuses apparaissent. Cependant, une recherche documentaire préliminaire suggère que les données sont limitées et qu'il faut réaliser davantage d'études sur l'efficacité pour améliorer les interventions fondées sur des données probantes.

Plusieurs documents recommandent que d'autres études soient réalisées dans différents domaines associés à l'isolement social, telles les caractéristiques psychologiques et émotionnelles des personnes atteintes d'incontinence urinaire (Ramage-Morin et Gilmour, 2013) et les interventions pour d'autres causes fréquentes d'invalidité et de solitude attribuables au vieillissement (problèmes de mobilité et perte de la vision) (Secrétariat des services consultatifs médicaux, 2008).

Hall (2004) recommande la réalisation d'études qui serviront à élaborer le profil des aînés qui sont isolés sur le plan social. Ce profil décrirait les caractéristiques et les conséquences de l'isolement social à différents niveaux (individuel, communautaire et sociétaire). En plus, il est recommandé de tenir des consultations nationales sur l'isolement social des aînés. Hall a aussi discuté d'autres études sur le financement durable et les composantes d'évaluation des programmes et services sociaux. En outre, on a recommandé l'évaluation des programmes communautaires, provinciaux et nationaux existants, ainsi que l'analyse de ces programmes et services pour déterminer les lacunes (Hall, 2004; Cattan et al., 2005).

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2004) a suggéré d'autres orientations pour les recherches, dont l'étude des expériences de différents groupes ethniques en ce qui a trait à la solitude et à l'isolement social, l'examen des liens entre la solitude et la pauvreté, les recherches axées sur le transport, l'étude des expériences des proches aidants de conjoints handicapés, la détermination de liens directs entre l'isolement social et l'utilisation des services, et l'étude des éléments de soutien social qui favorisent la santé.

Des données de recherche sont nécessaires pour orienter l'élaboration de programmes et de politiques, et pour justifier le financement d'évaluations de programmes, afin de veiller à ce que les programmes qui portent sur l'isolement social fassent preuve d'efficacité et de responsabilité (MacCourt, 2007).

Cette revue exploratoire a déterminé que, même s'il existe beaucoup de données sur les causes, les conséquences, les services et les programmes visant à lutter contre l'isolement social des aînés, plusieurs lacunes demeurent.

Annexe A : Critères de sélection de la documentation

Question de recherche : Dans la documentation actuelle, que connaît-on des répercussions de l'isolement social sur les aînés, des pratiques exemplaires et des façons novatrices de prévenir ou de réduire l'isolement social des aînés au Canada?

Détermination de la documentation pertinente : Afin de déterminer la documentation pertinente, les bases de données électroniques et les sites Web gouvernementaux accessibles ont été consultés. Des ministères de divers paliers gouvernementaux ont également été consultés par courriel. Parmi les études pertinentes, il y avait des articles examinés par les pairs, ainsi que la littérature grise (p. ex. rapports de recherche, rapports du gouvernement, évaluations gouvernementales et autre de programmes et services, thèses et analyses des politiques) publiés entre 2000 et 2013. Le personnel du Secrétariat du CNA a offert un soutien tout au long du processus.

Termes de recherche : Les termes de recherche suivants ont été utilisés lors de la consultation de bases de données, de revues et de sites Web du gouvernement. Ils furent utilisés en anglais et en français. Conformément aux critères de recherche, les titres d'articles devaient contenir des mots associés au sujet de l'isolement social et des aînés. Le corps du texte devait contenir des mots associés aux causes, aux conséquences et aux meilleures pratiques ou aux pratiques prometteuses éventuelles. Différents synonymes ont été utilisés pour cerner une grande quantité de documents :

- Isolement, désolation, éloignement, ségrégation, solitude, détachement, réclusion, retraite, comportement de retrait, capital, exclusion, intégration, participation, réseaux... sociaux
- Aînés, personnes âgées, adultes âgés, vieillissement, vulnérable, retraité
- Causes, facteurs de risque, déterminants, principaux, antécédents
- Conséquences, effets, répercussions, réaction, période postérieure
- Initiatives, meilleures pratiques, bonnes pratiques, pratiques prometteuses, interventions, solutions, activités, soutien

Critères d'inclusion :

- Documents rédigés entre 2000 et 2013 inclusivement (davantage d'importance a été accordée aux sources d'information plus récentes)
- Mise de l'accent sur l'isolement social et les aînés
- Renferme des études originales sur les thèmes suivants :
 - facteurs de risque ou conséquences relativement à l'isolement social des aînés
 - portée de l'isolement social des aînés au Canada
 - meilleures pratiques ou pratiques prometteuses pour prévenir ou réduire l'isolement social des aînés
- Comprend une méthodologie claire et transparente
- Fournit des analyses de l'écart (concernant les données et les programmes et services)
- Le CNA et le gouvernement du Canada avaient tous les deux la permission :
 - d'accéder au texte
 - de faire référence au texte lors de l'examen de la portée et dans le rapport du CNA de 2013-2014

- Respect d'une proportion juste de matériel et de quotas relatifs au contenu, y compris :
 - Les thèmes mentionnés ci-dessus (facteurs de risque, portée et pratiques exemplaires ou pratiques prometteuses)
 - Diversité des groupes d'aînés
 - Information (données probantes) tirée de différentes régions canadiennes;
 - Renseignements nationaux et internationaux
 - Données empiriques qualitatives et quantitatives
- Articles dont l'inclusion a été recommandée de manière spécifique, ou articles jugés clés ou essentiels par les partenaires consultés sur l'isolement social des aînés
- Des publications clés ou essentielles qui ont été identifiées durant le processus de consultation, y compris les tables rondes régionales

Critères d'exclusion :

- Publié en 1999 ou avant
- Ne porte pas sur l'isolement social
- Articles ne portant pas sur les aînés
- Commentaires, éditoriaux ou articles de presse
- Langues autres que l'anglais ou le français
- Sujets ou résultats déjà couverts (besoin d'assurer la proportionnalité des études selon le quota de contenu). Si c'est le cas, la préférence sera donnée aux articles qui respectent un nombre supérieur de critères d'inclusion.

Liste de références

Abbott, P. et Sapsford, R. (2005). Living on the Margins: Older People, Place and Social Exclusion. *Policy Studies*. Vol. 26, no. 1.

Agence de la santé publique du Canada (2010). Le Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada.

Association québécoise des centres communautaires pour aînés - AQCCA (2007). Les initiatives visant à rejoindre les aînés vulnérables ou à risque d'exclusion. *Répertoire d'expériences développées par les organismes communautaires*.

Association québécoise des centres communautaires pour aînés - AQCCA (2011). Initiatives de travail de milieu auprès d'aînés vulnérables. Une vision concordante à la politique *Vieillir chez soi* : une intervention qui a fait ses preuves!

Association québécoise des centres communautaires pour aînés - AQCCA (2012). Initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables.

Berkman, L. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine* 57(3), 245-254.

Bolton, Margaret (2012). Loneliness – the state we're in. *A report of evidence compiled for the Campaign to End Loneliness*.

Butler, S.S. (2006). Evaluating the Senior Companion Program: A Mixed-Method Approach. *Journal of Gerontological Social Work*. Vol 47(1/2).

Cattan, M., Kime, N. et Bagnall, A.M. (2011). The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people – an evaluation. *Health and Social Care in the Community*. 19 (2): 198-206.

Cattan, M., White, M., Bond, J. et Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*. 25, 41-67.

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+.

Ciliska D., Hayward, S., Thomas, H., Mitchell, A., Dobbins, M., Underwood, J., Rafael, A. et Martin, E. (1996). A systematic overview of the effectiveness of home visiting as a delivery strategy for public health nursing interventions. *Revue canadienne de santé publique*. 87 (3) : 193-198.

Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K., Hogg-Jackson, T. et Roth, M. (2006). Making Meaningful Connections : A profile of Social Isolation Among Older Adults in Small Town & Small City, British Columbia.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2013). *Réduire les obstacles à l'inclusion et à la cohésion sociales pour lutter contre la marginalité.*

Conseil national des aînés (2010). Rapport sur le bénévolat chez les aînés et le vieillissement positif et actif.

Conseil national des aînés (2011). Consultations sur la participation au marché du travail des aînés et des personnes approchant de l'âge de la retraite et sur les relations intergénérationnelles.

Cornwell, E.Y. et Waite, L.J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *J Health Soc Behav.* Mars; 50 (1) : 31-48.

Cotten, S.R., Anderson, W.A. et McCullough, B.M. (2013). Impact of Internet Use on Loneliness and Contact with Others Among Older Adults: Cross-Sectional Analysis. *J Med Internet Res.* Vol. 15. no. 2.

Dickens, A.P., Richards, S.H., Greaves, C.J. et Campbell, J.L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *Bio Med Central Public Health.* 11:647.

Edwards, P., Mawani, A. (2011). Le vieillissement en santé au Canada : une nouvelle vision, un investissement vital. (Document d'information préparé à l'intention des ministres FPT responsables des aînés)

Fratiglioni, L., Wang, H.X., Ericsson, K., Maytan, M. et Windblad, B. (2000). Influence of Social Network on Occurrence of Dementia: A Community-based Longitudinal Study. *Lancet.* 9212, 1315-9.

Geller, J., Janson, P., McGovern, E. et Valdin, A. (1999). Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *Journal of Family Practice.* 48 (10).

Gilmour, H. (2012). Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé.* Composante du catalogue de Statistique Canada, 82-003-X.

Guasp, A. (2011). Stonewall Report: Lesbian, Gay & Bisexual People in later life.

Hall, M., Havens, B. et Sylvestre, G. (2003). The Experience of Social Isolation and Loneliness Among Older Men in Manitoba. *Rapport préparé à l'intention d'Anciens combattants Canada.*

Hall, M. (2004). Rapport sur les consultations auprès d'experts FPT : Atelier sur l'isolement social et les aînés. Étude sur le vieillissement au Manitoba. Département des sciences de la santé communautaire, Université du Manitoba

Hawton, A., Green, C., Dickens, A., Richards, S., Taylor, R., Edwards, R., Colin, G. et Campbell, J. (2010). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Qual Life Res.* 20:57-67.

Institut de recherche en santé du Canada (mai 2010). La dépression chez les personnes âgées dans les établissements : Analyse en bref.

Keefe, J., Andrew, M., Fancey, P. et Hall, M. (2006). *Final Report: A Profile of Social Isolation in Canada*. Rapport présenté au président du Groupe de travail FPT sur l'isolement social.

Krause-Parello, C. (2008). The Mediating Effect of Pet Attachment Support Between Loneliness and General Health in Older Females Living in the Community. *Journal of Community Health Nursing*. 25: 1-14.

Lennon, R. et Curran, J. (2012). Social Networks and Older Users: An Examination of Attitudes and Usage Intentions. *Contemporary Marketing Review*. Vol. 2(2), pp. 01-13.

Li, D. (2010). SUCCESS Provides an Antidote to Social Isolation of Immigrant Seniors. *Immigrants and Refugees issue of Visions Journal*. 6(3), p. 22.

MacCourt, P. (2007). Review of FPT Services and Policies and Analysis of Impact on Social Isolation.

MacCourt, P., Wilson, K. et Tourigny-Rivard, M-F. (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.

Mickus, M.A. et Luz, C.C. (2002). Televisits: sustaining long distance family relationships among institutionalized older people through technology. *Aging & Mental Health*. 6(4): 387

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2004). *Social Isolation Among Seniors: An Emerging Issue*.

Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés. (2007). *Travailler de concert avec les aînés : Guide de promotion de l'intégration sociale des aînés dans les services, programmes et politiques communautaires*.

Mistry, R., Rosansky, J. et McGuire, J. (2001). Social isolation predicts rehospitalisation in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT Program. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16 (10): 950-959.

Nicholas, R. et Nicholson, Jr. (2008). 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. *City of Nanaimo The Harbour City*.

O'Lunaigh, C. et Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *Int. J Geriatric Psychiatry*. 23: 1213-1221.

Paul, C., Ayis, S. et Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*. 11(2) : 221-232.

Pinquart, M. et Sorensen, S. (2001). Influences of Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Psychology*. 23(4), 245-266.

Pitkala, K.H., Routasalo, P., Kautiainen, H. et Tilvis, R.S. (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. Vol. 64A, no. 7, 792-800.

Programme Connexion communautaire de Santé publique Ottawa (2013). Maintenir la sécurité et l'autonomie des personnes âgées.

Programme Nouveaux Horizons pour les aînés (2010). Évaluation sommative, programme Nouveaux Horizons pour les aînés, Volet Participation communautaire et leadership. *Direction générale de la politique stratégique et de la recherche*. Ressources humaines et Développement des compétences Canada.

Raina, P., Waltner-Toews, D. et Bonnett, B. (1999). Influence of companion animals on the physical and psychological health of older people: an analysis of a one-year longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 47 (3): 323-329.

Ramage-Morin, P.L. et Gilmour, H. (2013). Incontinence urinaire et solitude chez les personnes âgées au Canada. *Composante du catalogue de Statistique Canada*, Rapports sur la santé, n° 82-003-X.

Raymond, E., Gagné, D., Sévigny, A. et Tourigny, A. (2008). La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. *Gouvernement du Québec*.

Santé Canada (2009). Évaluation sommative du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations.

Secrétariat des services consultatifs médicaux (2008). Social isolation in community-dwelling seniors: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series. 8(5).

Seeman, T.E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion*. 14(6) : 362-70.

Seymour, L. et Gale, E. (2004). Literature & Policy Review for the Joint Inquiry into Mental Health and Well-being in Later Life. *Age Concern England and the Mental Health Foundation*.

Sherman, J.E. et Lacarte, S. (2012). Social Inclusion of Seniors and Informal Caregivers in Elliot Lake. Phase II: Experiences of Informal Caregivers.

Social Planning and Research Council of British Columbia (2011). United Way senior vulnerability report – November 2011 Discussion paper #5: Economic security. *Préparé pour le United Way of the Lower Mainland*.

Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K. et Alexander, S. (2001). Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors Through a Support Intervention. *Public Health Nursing*. Vol. 18, no.1, pp. 54-63.

Sum. S., Mathews, M., Hughes, I. et Campbell, A. (2008). Internet Use and Loneliness in Older Adults. *CyberPsychology & Behavior*. Vol. 11, no. 2.

Timonen, V. et O'Dwyer, C. (2010). It is nice to see someone coming in': Exploring the Social Objectives of Meals-on-Wheels. *Revue canadienne du vieillissement*. Vol. 29, n° 3, pp. 399-410.

Truchon, M. (2011). Cadre théorique des initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables. *Association québécoise des centres communautaires pour aînés (AQCCA)*.

Truchon, M. (2012). Le Cadre théorique des initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables. Colloque : *Association québécoise des centres communautaires pour aînés (AQCCA)*.

Turcotte, M. (2012). Profil des habitudes liées au transport chez les aînés. *Tendances sociales canadiennes*. Composante du catalogue de Statistique Canada, 11-008-X.

Victor, C. (2011). Loneliness in old age: the UK perspective. *Safeguarding the Convoy: a call to action from the Campaign to End Loneliness*. Age UK Oxfordshire

Wenger, C. et Burholt, V. (2004). Changes in Levels of Social Isolation and Loneliness among Older People in a Rural Area: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Revue canadienne du vieillissement*. Volume 23, n° 2, pp.115-127.

White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L.G., Sloane, R., Pieper, C. et Box, T.L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging & Mental Health*. 6(3) : 213-221.

Windle, K., Francis, J. et Coomber, C. (2011). Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes. *Social care institute for excellence*.

Winningham, R.G. et Pike, N.L. (2007). A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. *Aging & Mental Health*. 11(6) : 716-721.