

ISOLEMENT SOCIAL, PANDÉMIE ET POLITIQUES PUBLIQUES

RAPPORT SYNTHÈSE 2 DU PROJET RÉSILIENCE

FRANÇOIS BENOIT ET SANDY TORRES

Avril 2022



OBSERVATOIRE QUÉBÉCOIS
des **inégalités**

Évaluer • Éclairer • Éveiller

Le contenu de cette publication a été analysé, rédigé et édité par l'Observatoire.

Direction par intérim : Lorène Cristini

Recherche et rédaction : François Benoit

Rédaction : Sandy Torres

Édition : Marie Lamarre

Mise en page : Marianne Castelan

L'Observatoire tient à remercier les partenaires qui ont contribué, à un moment ou à un autre, à bonifier le Projet résilience, dont les membres de son comité consultatif.

L'Observatoire souhaite également exprimer sa sincère gratitude aux personnes qui ont participé au sondage.

Ce projet est rendu possible grâce à :

Québec 



Caisse de dépôt et placement
du Québec

SCFP
Syndicat canadien de
la fonction publique 

energir

La reproduction d'extraits est autorisée à des fins non commerciales, avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé.

Pour citer ce document :

François Benoit et Sandy Torres (2022). *Isolement social, pandémie et politiques publiques*, Montréal, Observatoire québécois des inégalités.

© Observatoire québécois des inégalités, 2022



Faits saillants

Le présent rapport traite de l'isolement social dans le cadre du Projet résilience, qui documente le vécu de la pandémie de COVID-2019 auprès de populations les moins nanties au Québec en 2021-2022. Cette démarche vise à mieux cerner les facteurs de vulnérabilité et les stratégies de résilience face à la crise sanitaire chez des personnes dont les revenus se situent dans les 40 % les moins élevés sur la distribution des revenus totaux de la province. Ce rapport thématique tente de répondre aux questions suivantes.

1. Pourquoi faut-il s'intéresser à l'isolement social dans le contexte de la pandémie ?

Défini par un manque de liens sociaux significatifs, en quantité ou en qualité, l'isolement social peut menacer la santé et la sécurité financière des individus et nuire à la cohésion sociale. Les liens sociaux s'ancrent par exemple dans la famille, dans le travail et dans divers réseaux de sociabilité comme l'école, la vie de quartier ou encore la vie associative. Or nombre de ces réseaux ont été mis à mal par les mesures préventives telles que les confinements, les couvre-feux, les accès limités ou interrompus à certains services ou activités. Si ces mesures ont été prises pour limiter la propagation de la maladie à coronavirus 2019 et protéger les plus vulnérables de complications graves à la suite d'une infection, il convient néanmoins d'examiner leurs répercussions inégales sur les liens sociaux.

2. Dans quelle mesure le sentiment d'isolement a-t-il affecté les populations les moins nanties ? Un coup de sonde Observatoire/Léger réalisé pendant l'été 2021 auprès de 1 354 adultes résidant au Québec mène à plusieurs constats.

- 1 personne sondée sur 3 déclarait se sentir beaucoup ou assez isolée des autres à la fin de la troisième vague (juillet 2021) pourtant marquée par un assouplissement des restrictions.
- L'isolement était ressenti par près de 1 répondant ou répondante sur 2 parmi les personnes suivantes : en situation de handicap, s'identifiant aux communautés LGBTQIA+, dont la langue maternelle est l'anglais ou une langue autre que le français ou l'anglais.
- Par rapport à l'ensemble de l'échantillon, les personnes sondées qui se sentaient isolées étaient plus susceptibles de mentionner des préoccupations à l'égard de leur santé mentale, d'éprouver des difficultés financières et de recourir à des aides gouvernementales ou au soutien communautaire.

Ces résultats marquants ne prétendent pas décrire toutes les situations de pauvreté ni couvrir les dimensions multiples de l'isolement social.

3. Comment les politiques publiques peuvent-elles agir sur l'isolement social ? Un repérage préliminaire montre qu'au Québec, bien qu'elle ne semble pas au centre des préoccupations, la question de l'isolement social est présente dans les politiques publiques. La participation sociale notamment semble au cœur des interventions.



Table des matières

Introduction	5
Liens sociaux, isolement et inégalités	8
Importance des liens sociaux.....	9
Isolement social et solitude : des phénomènes grandissants	12
Pandémie et réseaux de sociabilité	16
Sentiment d'isolement : résultats complémentaires de sondage	22
Sentiment d'isolement et différences entre sous-groupes	23
Caractéristiques des personnes se sentant isolées des autres.....	26
Influence du milieu de vie sur le sentiment d'isolement.....	29
Isolement social, préoccupations et besoins.....	30
Comparaison avec d'autres enquêtes	33
Survol de programmes et politiques dédiés à l'isolement social ou à la solitude	36
Agir sur les déterminants de l'isolement.....	37
Considérer les liens sociaux dans toutes les politiques	40
Mobiliser autour d'une stratégie globale	42
Isolement social et politiques publiques au Québec et au Canada	43
Conclusion	48
Références bibliographiques	51



Introduction



La crise sanitaire liée à la COVID-19 a eu des répercussions considérables sur les liens sociaux au Québec, effets qui perdureront sans doute dans une société postpandémique. Plusieurs mesures barrières, comme la distanciation physique, le couvre-feu ou le confinement, ont été prises pour limiter la propagation du coronavirus et protéger les personnes susceptibles de développer des complications graves à la suite d'une infection. Mais ces mesures préventives ont aussi mené de larges pans de la population à se couper des autres, à réduire leurs interactions sociales ou à interrompre leur engagement bénévole. La pandémie donne ainsi une occasion de se pencher sur l'une des conséquences de la perturbation des liens sociaux, l'isolement social.

Ce deuxième rapport synthèse du Projet résilience traite du thème de l'isolement social, aborde la situation des populations les moins nanties au Québec à cet égard et explore les interventions et politiques envisagées pour agir sur ce phénomène. Il s'appuie sur des données issues du sondage effectué dans le cadre du Projet résilience, ainsi que sur une revue de littérature menée sur ce thème et des concepts connexes. Ce rapport thématique complète le premier rapport qui expose les résultats d'ensemble du sondage.

Le Projet résilience en bref

Le Projet résilience de l'Observatoire québécois des inégalités documente certains effets de la crise sanitaire liée à la COVID-19 sur les populations dont les revenus sont considérés comme faibles ou modestes, les 40 % les moins nanties. Cette fraction de la population est notamment ciblée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans certains de ses travaux et les Nations unies dans ses objectifs de développement durable, de même que par le gouvernement du Canada dans son tableau de bord des indicateurs de pauvreté.

Ce bassin de la population rassemble à la fois des personnes en situation de pauvreté et celles qui sont à la marge de la classe moyenne. La prise en considération de cette large frange de la population la moins fortunée permet d'identifier les facteurs de vulnérabilité qui maintiennent ou font basculer dans la pauvreté, de même que les facteurs qui, au contraire, favorisent la résilience et la sortie de la pauvreté.

Revue de littérature

En plus des résultats complémentaires de sondage, ce rapport thématique s'appuie sur un survol de la littérature scientifique et grise. Les principales bases de données bibliographiques en sciences sociales et en santé publique ont été consultées sur différentes plateformes : Proquest, Ebsco, Web of Science, Google Scholar. Les mots clés utilisés dans ces recherches étaient : *isolement social/social isolation* OU *solitude/loneliness* OU *capital social* ET *revue/review* OU *literature review* OU *revue systématique/systematic review* ET *politiques publiques/public policy*. Pour repérer les articles portant sur la période pandémique, les sites de pré-publication ont été régulièrement visités : SocArxiv, MedRxiv, Covid Economics, Vetted and Real-Time Papers.



D'autre part, la littérature grise a été recensée dans divers sites Web consacrés aux statistiques populationnelles, à la santé publique, ou plus spécifiquement à l'isolement social ou à la solitude. Par exemple : Statistique Canada, Institut de la statistique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Agence de la santé publique du Canada, Organisation mondiale de la santé, Connect2Affect, Coalition to End Social Isolation and Loneliness, Campaign to End Loneliness, What Works Wellbeing.

Limites

Une limite importante de ce travail tient au moyen d'enquête utilisé pour interroger les personnes moins nanties. Les sondages par panel Web permettent difficilement de rejoindre certaines populations qui sont en situation de grande pauvreté, qui n'ont pas accès à Internet ou encore qui ont un faible niveau de littératie.

Une autre limite concerne le caractère non exhaustif de la revue narrative effectuée, qui s'appuie néanmoins autant que possible sur des revues systématiques de littérature, dont certaines qui comprennent une méta-analyse (démarche statistique de synthèse des résultats). Malgré cela, elle ne correspond pas elle-même à une revue systématique (exhaustive) ni à une revue de portée (qui évalue la pertinence de réaliser une revue).

Ainsi, ce deuxième rapport synthèse n'entend pas épuiser la question de l'isolement social, mais vise à attirer l'attention sur les inégalités sociales face à cette question. Les données recueillies dans le cadre du projet ne permettent pas non plus d'examiner les mécanismes complexes et multiples qui mènent à l'isolement social.

Document en trois parties

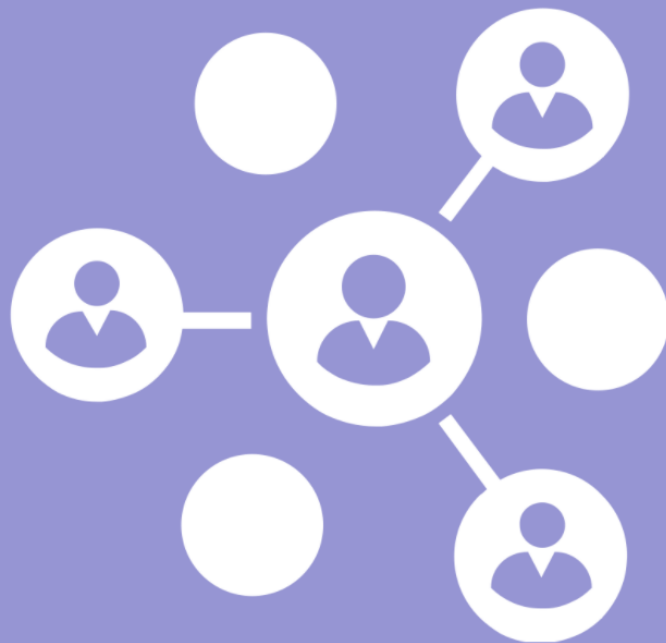
La première des trois sections de ce rapport tente de répondre à la question suivante : pourquoi faut-il s'intéresser à l'isolement social dans le contexte de la pandémie ? Cette section expose quelques constats clés issus de la littérature sur l'importance des liens sociaux, les phénomènes de l'isolement social et du sentiment de solitude, et les inégalités relatives aux réseaux de sociabilité. Des exemples à l'international, au Canada et au Québec viennent illustrer ces notions.

La deuxième section présente les résultats du sondage mené dans le cadre du Projet résilience concernant le sentiment d'isolement social chez un échantillon de Québécois et Québécoises appartenant aux 40 % les moins nantis. Cette section détaille les caractéristiques des groupes les plus affectés après trois vagues de COVID-19, soit au moment où l'enquête a été conduite.

La troisième et dernière section répertorie différentes stratégies et politiques publiques visant à intervenir en matière d'isolement social et de solitude subie. Ce survol permet de distinguer plusieurs approches et trace la voie aux interventions qui pourraient réduire les inégalités relatives aux réseaux de sociabilité.



Liens sociaux, isolement et inégalités



Importance des liens sociaux

L'isolement social résulte de l'insuffisance des liens sociaux, en quantité ou en qualité. Les liens sociaux désignent les relations qui unissent les personnes entre elles, à des groupes et à la société en général. Ces liens ont plusieurs ancrages : le travail, la famille et divers réseaux de sociabilité comme l'école, la vie de quartier ou encore la vie associative¹ qui inclut le bénévolat effectué au sein des organismes communautaires.

Les liens sociaux sont potentiellement des facteurs de résilience

De manière générale, les liens sociaux que les membres d'une collectivité entretiennent entre eux ont un effet protecteur sur le bien-être objectif et subjectif des personnes. Ces liens sont susceptibles de les protéger face aux stress de leur environnement et de favoriser entre autres l'adaptation². Divers travaux sur la santé mentale ont examiné l'influence des relations sociales sur la capacité à faire face à des crises personnelles et collectives³⁻⁴. Ainsi, le nombre, le type, la qualité et l'hétérogénéité des relations sociales que les individus entretiennent au sein de leur collectivité ont une influence sur cette capacité, soit sur leur résilience.

Pour quelles raisons ? Les liens qu'une personne tisse avec les autres dans son cercle familial, son réseau amical ou professionnel ou encore à travers ses engagements communautaires lui assurent en principe une protection et une reconnaissance sociale tout en nourrissant le sentiment de confiance envers les autres⁵. Les liens sociaux, c'est ce qui permet à une personne de pouvoir « compter sur quelqu'un » (la sécurité), de « compter pour quelqu'un » (la reconnaissance) et de réaliser que « quelqu'un compte sur [elle] » (la responsabilité), comme l'a résumé une assemblée consultative française⁶ en s'appuyant sur les travaux du sociologue Serge Paugam⁷.

- L'insuffisance, l'affaiblissement ou des ruptures de ces liens peuvent mener à l'isolement social et même menacer la sécurité financière et émotionnelle⁷.
- La diversité, la qualité et la quantité des liens permettent aux individus de mobiliser les ressources familiales, amicales, communautaires, professionnelles pour obtenir du soutien face aux événements de la vie. Ces liens peuvent donc agir à titre d'élément protecteur en matière de santé mentale, physique et financière. Par exemple, chez les personnes ayant immigré récemment au Canada, le réseau d'amis ou le fait de pouvoir disposer de références par l'intermédiaire d'une instance de formation ou d'enseignement conduit à un meilleur statut socioéconomique⁸.



EN SAVOIR PLUS

Quelques définitions

Liens sociaux : Relations qui unissent les individus entre eux, à des groupes et à la société en général. Les liens forts, qui sont tissés avec ses proches, engendrent des relations affectives pouvant procurer un soutien. Ces liens étroits se distinguent des liens faibles qui sont entretenus avec des connaissances, en général des personnes culturellement ou socialement éloignées, susceptibles de faciliter l'accès à des informations ou des ressources.

Réseau social ou de sociabilité : Ensemble des relations sociales (familiales, amicales, professionnelles, de voisinage, etc.) entre individus et groupes qui entretiennent des liens plus ou moins forts. La littérature nord-américaine tend à employer le terme de capital social.

Capital social : Concept qui fait référence à l'ensemble des liens ou relations sociales comme une ressource qui peut être mobilisée pour avoir du soutien. Dans le sens de ressource collective (entendu dans la recherche nord-américaine), la participation, l'engagement ou la confiance en sont des manifestations.

Source : Bouchard, Louise (2008). Capital social, solidarité réticulaire et santé, dans Katherine Frohlich, et autres (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Canada, Les Presses de l'Université de Montréal, 187-208; Jean-François Dortier (dir.) (2008). *Le dictionnaire des sciences humaines*, France, Éditions Sciences Humaines, 75, 408-409, 682-683; Godefroy Dang Nguyen et Virginie Lethiais (2016). Impact des réseaux sociaux sur la sociabilité. Le cas de Facebook, *Réseaux*, 195(1), 165-195.

Le capital social est inégalement réparti entre les individus et les groupes

Les ressources auxquelles les réseaux de relations sociales donnent accès forment ce que plusieurs appellent un *capital social*. Dans le sens entendu par le sociologue Pierre Bourdieu⁹, qui a popularisé le concept dans la francophonie, le capital social désigne les ressources qui proviennent de l'ensemble des relations personnelles, familiales, professionnelles ainsi que celles qui sont nouées avec les différents organismes de la société, et que les individus peuvent mobiliser.

Ce capital est inégalement réparti entre les individus et les groupes au sein d'une société. En effet, la taille et la composition des relations varient selon diverses caractéristiques.



Différences selon le sexe

Des études ont montré par le passé que la composition des réseaux interpersonnels différait selon le sexe. Par exemple, les hommes comptent un peu plus de relations, celles-ci étant constituées majoritairement de collègues, de conseillers et d'amis, tandis que les femmes entretiennent davantage de relations de parenté, même à position sociale similaire¹⁰. Pour les hommes, le fait d'avoir une famille semble avoir peu d'incidence sur le nombre de personnes dans leur réseau de connaissances, alors que les femmes qui ont des enfants, notamment en bas âge, ont des réseaux de connaissances significativement moins étendus¹¹.

La taille du réseau des hommes tend donc à être plus importante que celle des femmes. Toutefois, les hommes sont plus nombreux en proportion à n'entretenir aucune relation d'amitié (9 %) par rapport aux femmes (7 %) et à l'ensemble de la population québécoise (8 %)¹², selon les données de l'*Enquête sociale générale* de 2013.

Différences selon l'âge

Près de 20 % des personnes au Québec ont 9 personnes ou plus considérées comme des amis proches. Les personnes âgées de 15 à 24 ans sont 33 % à avoir un tel réseau contre 12 % des 65 ans et plus¹². La taille du réseau diminue avec l'avancement en âge.

Ainsi, les personnes aînées sont plus à risque de n'avoir aucun ami proche. C'est le cas de 20 % des 65 ans et plus selon l'ESG de 2013¹². Cette proportion grimpe à 28 % pour les 75 ans et plus au Québec (contre 15 % au Canada)¹³. Quant aux personnes à la retraite, elles rapportent dans une proportion de 18 % ne pas pouvoir compter sur un ami proche¹². L'absence d'ami est également associée à une moins bonne perception de son état de santé.

Autres différences documentées

La quantité des relations varie aussi selon la scolarité, le statut matrimonial ou encore le niveau de revenu. Toujours selon l'ESG, en 2013, au Québec¹² :

- La scolarité des personnes constitue un élément de différenciation. Les personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou un diplôme inférieur qui rapportent ne compter sur aucun ami proche représentent respectivement 9 % et 14 %, contre 8 % pour toute la population.
- Les personnes séparées ou veuves affichent des taux plus élevés d'absence amicale que l'ensemble de la population (12 % et 18 % respectivement).
- Les personnes ayant un revenu annuel de moins de 50 000 \$ sont 11 % à n'avoir aucun ami proche, et cette proportion grimpe à 14 % chez les personnes dont le revenu annuel est de moins de 20 000 \$.
- Quant aux personnes qui s'identifient à une minorité visible, elles rapportent ne pas avoir d'ami proche dans la même proportion que l'ensemble de la population du Québec, soit 8 %.



Le capital social comme ciment de la cohésion sociale

Dans le sens de ressource collective, le capital social en tant que lien civique ou liant permet à la société de fonctionner¹⁴⁻¹⁵ comme le résumait le politologue américain Robert Putnam. Les relations au sein de groupes partageant certaines caractéristiques permettent une solidarité entre les personnes, le partage de ressources et l'instauration d'un lien de **confiance** envers les autres et envers les gouvernements. Il a été démontré que les communautés avec un fort niveau de capital social affichent de plus bas taux de criminalité et de décrochage scolaire¹³ et, de manière générale, une plus grande prospérité économique¹⁶. Ces populations bénéficieraient aussi d'une meilleure santé physique et mentale et afficheraient des sentiments plus positifs à l'égard de leur vie¹⁴⁻¹⁷.

L'engagement dans les organismes communautaires est une autre manifestation du capital social. Parmi les provinces canadiennes en 2013, la participation mensuelle à des activités de groupe était la plus faible au Québec (36 %) et au Nouveau-Brunswick (46 %). Dans les autres provinces, le taux de participation variait de 51 % à 55 %¹³. En plus de participer aux activités communautaires par attachement à l'organisme ou à ses valeurs, le **bénévolat** peut aussi représenter une stratégie pour contrer l'isolement et tisser de nouveaux liens. C'est notamment ce qui ressort d'un portrait québécois des effets de la crise sanitaire sur le milieu communautaire¹⁸. Le bénévolat est également motivé par d'autres besoins reliés à l'insertion dans le marché du travail ou l'intégration à la société.

Isolement social et solitude : des phénomènes grandissants

L'isolement social fait référence à une carence de relations sociales significatives, en quantité ou en qualité¹⁹. Son contraire : la participation sociale. La solitude subie désigne l'expérience d'émotions négatives par rapport aux relations sociales. Son contraire : l'appartenance et l'implication²⁰. Même si l'isolement social (*social isolation*) et la solitude (*loneliness*) sont des phénomènes différents (voir encadré), ils sont souvent abordés simultanément dans les recherches et sont parfois même employés de manière interchangeable.

Ces phénomènes attirent l'attention depuis longtemps et tout particulièrement depuis la fin des années 1990 à cause de leur prévalence élevée, de leurs effets sur la santé et du coût économique qu'ils représentent, entre autres raisons.

Une prévalence élevée avant même le contexte pandémique

Sur différents continents, plusieurs enquêtes ont mesuré des taux élevés d'isolement social et de solitude dans des pays caractérisés par le vieillissement de leur population et la réduction de la taille des ménages. Ces phénomènes sont courants dans les pays développés et sont associés à une détérioration de la santé. Bien que les méthodes et les définitions diffèrent, le consensus actuel (pré-pandémique) évalue de façon prudente qu'un adulte sur cinq au moins souffrirait de solitude²¹. Depuis quelques années, la



prévalence de l'isolement social et de la solitude est telle que plusieurs n'ont pas hésité à les qualifier d'épidémie²²⁻²³. Au tournant des années 2020 en Europe, en Amérique et en Chine, les enquêtes montrent des taux importants d'isolement social ou de solitude variant entre 10 % et 40 % selon les groupes d'âge^{22 à 26}.

D'après les données de l'*Enquête sociale européenne* (ESS) portant sur la période 2002-2018, 21 % de la population adulte européenne souffrait d'isolement social et 9 % rapportait éprouver fréquemment un sentiment de solitude²⁷. Ces proportions pré-pandémiques sont restées stables dans le courant des années 2000. Cette enquête s'est notamment attachée à montrer que l'avènement des médias sociaux n'avait pas eu pour effet d'augmenter l'isolement social.

Des effets indéniables sur la santé

Les conséquences de l'isolement social et de la solitude sur l'état de santé sont indéniables selon la littérature examinée. Ces phénomènes sont ainsi associés à un **risque de mortalité accru** d'après plusieurs revues de littérature sur le sujet, dont des méta-analyses (synthèses d'études)²⁸⁻²⁹. Ils sont plus précisément associés à la détérioration de la **santé cardiovasculaire et mentale**. L'association entre l'isolement social et le risque accru de maladie cardiaque et d'accident cardiovasculaire est également mise en évidence dans une autre recension d'études²¹. Cette méta-analyse portant sur les effets de l'isolement et de la solitude sur la mortalité a illustré ses constats de manière frappante : ces phénomènes ont les mêmes impacts sur la santé que de fumer 15 cigarettes par jour. En outre, il a été montré que le sentiment de solitude subie constitue un facteur de risque sur la **santé mentale**, notamment les risques de dépression et de pertes cognitives³⁰.

Au contraire, un **soutien social** important présente des avantages en matière de santé. Par exemple, il augmente les chances de survie en cas de maladie cardiaque²⁸. Le soutien social renvoie à un ensemble, formel ou informel, d'activités, ressources ou actions susceptibles de fournir une aide aux individus. Son insuffisance ou son absence est associée à un risque accru d'isolement social ou de solitude¹⁹.

Un coût économique qui dépasse le secteur de la santé

Différentes études ont tenté d'estimer le coût économique de la solitude. Par exemple, une étude néerlandaise chiffre à près de 2 milliards d'euros (2,86 milliards de dollars canadiens) les coûts de santé imputables annuellement à la solitude. Pour les plus jeunes, c'est le sentiment de solitude qui est le « meilleur prédicteur » des coûts en santé mentale³¹. Au Royaume-Uni, il est estimé que les frais supplémentaires de santé d'une cohorte de 5 000 personnes souffrant de solitude s'élèveraient à 3,6 millions de livres (6,17 millions de dollars canadiens) par année³². Selon cette estimation, les coûts ne concernent pas que le secteur de la santé : les effets néfastes de la solitude coûteraient 2,5 milliards d'euros (3,58 milliards de dollars canadiens) par an aux employeurs en perte de productivité de leur main-d'œuvre³².



EN SAVOIR PLUS

Isolement social et solitude : quelles différences ?

Ces deux concepts trouvent une source commune dans des relations sociales insuffisantes ou insatisfaisantes et des ruptures dans les relations de sociabilité.

Au Canada²⁵, en 2019 :

- 23 % de la population serait à la fois isolée et souffrirait de solitude ;
- 10 % souffrirait du sentiment de solitude, mais pas d'isolement ;
- 15 % serait isolée, mais ne souffrirait pas de sentiment de solitude ;
- 31 % de la population serait « modérément connectée », c'est-à-dire ne manifesterait pas d'indication d'isolement ni de sentiment de solitude, sans bénéficier de tous les facteurs de protection contre ces phénomènes ;
- 22 % ne serait ni isolée ni seule.

Ces concepts réfèrent à des réalités sensiblement différentes :

- L'**isolement social** (*social isolation*) renvoie à un manque de liens sociaux³³⁻³⁴. Cette dimension peut se quantifier par l'observation du nombre de membres et de contacts dans le réseau de sociabilité. Toutefois, certaines études s'appuient également sur la perception des personnes concernées notamment sur la qualité de ces relations. L'isolement social ou relationnel est relié entre autres à des inégalités socioéconomiques (sans emploi, bas revenus) ou à des situations de perte d'autonomie (handicap, vieillesse) diminuant la capacité d'entrer et de rester en contact avec les autres³⁵.
- La **solitude subie** (*loneliness*) se rapporte au sentiment relatif à son réseau social et à une expérience subjective³⁶. Elle se définit ainsi : « un sentiment désagréable suscité par la perte ou l'absence de liens sociaux. C'est le résultat d'une inadéquation entre la quantité et la qualité des relations sociales auxquelles on a accès et celles que l'on veut avoir²⁶ ». Le sentiment de solitude se mesure généralement par des questions standardisées de perception, comme l'échelle de solitude révisée de l'Université de Californie à Los Angeles³⁷⁻³⁸ ou l'échelle de De Jong Gierveld²⁰. Ce sentiment se développe tout au long du parcours de vie, mais connaît des pointes à l'occasion de changements affectant les réseaux de sociabilité : veuvage, divorce ou séparation, entrée sur le marché du travail, parentalité, perte d'emploi, déménagement, migration, retraite, perte de capacités physiques, déclin de la santé, etc. Le sentiment de solitude transitoire se distingue du sentiment de solitude chronique qui, lui, a des impacts cumulatifs et plus importants³⁹.



Les personnes sont affectées différemment selon leur situation familiale et les circonstances

Pour reprendre le titre d'une étude sur le sujet, la solitude et l'isolement social sont « un fardeau inégalement réparti²⁷ ». Les **personnes qui vivent seules** (par contraste avec les personnes qui vivent en couple) ou les **couples qui n'ont pas d'enfant** (par contraste avec ceux qui en ont) sont plus exposés à la solitude même s'ils ont plus d'activités sociales.

L'isolement social touche davantage certains groupes dont les **circonstances de vie** limitent la socialisation. Les personnes atteintes de maladies chroniques, avec des incapacités fonctionnelles de mobilité, celles qui accèdent difficilement au transport, les personnes sans emploi ou celles qui sont exposées à la violence dans leur domicile ou dans leur communauté et de manière générale les personnes marginalisées sont davantage susceptibles de souffrir d'isolement²¹.

Parmi les **personnes âgées**, l'isolement est davantage ressenti par certains groupes minoritaires. Au Canada, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus se sentant parfois ou souvent isolées des autres s'élevait à 16 % en 2010⁴⁰. Voici plusieurs facteurs de risque importants pour cette population :

- avoir 80 ans ou plus, être une femme (les femmes ayant une espérance de vie plus longue) ;
- avoir des origines culturelles et linguistiques différentes de la population canadienne générale et de sa localité ;
- vivre dans une région rurale ou éloignée, dans un quartier défavorisé, dans un quartier à faible densité de population ;
- souffrir de problèmes de santé chroniques ;
- ne pas connaître les ressources de la communauté ;
- vivre un changement dans sa situation personnelle comme le veuvage, un divorce, la perte du permis de conduire ou encore un déménagement ;
- être en situation de pauvreté, éprouver des difficultés d'accès à un logement abordable, aux transports ;
- appartenir à une minorité sexuelle, avoir vécu de la discrimination à cet égard ;
- vivre seul ou seule.

De manière générale, les **personnes immigrantes âgées** sont davantage touchées par le sentiment de solitude, mais ce portrait est à nuancer selon la trajectoire de migration et l'appartenance à différents groupes socio-culturels³²⁻⁴¹⁻⁴².

De plus, l'isolement social, le manque de soutien social et un réseau social restreint chez les personnes âgées constituent des facteurs de risque de maltraitance⁴³⁻⁴⁶.



EN SAVOIR PLUS

Les personnes qui vivent seules au Québec

Depuis les années 1980, la proportion des personnes vivant seules au Québec a plus que doublé. Elle s'élevait à 17 % de la population âgée de 15 ans et plus en 2016, soit 1,2 million de Québécois et Québécoises. C'est plus souvent le cas pour les femmes de 60 ans et plus, mais pour les hommes de moins de 60 ans. Le Québec est la province canadienne qui compte la plus grande portion de sa population qui vit seule.

Source : Anne Binette Charbonneau (2018). Combien de personnes vivent seules au Québec en 2016 ?, *Données sociodémographiques en bref*, 22(2), 1-7.

La recherche s'est d'abord penchée sur l'isolement ou la solitude chez les personnes âgées. Les plus récents travaux montrent toutefois que tous les âges de la vie sont touchés. La prévalence de la solitude prendrait la forme d'un U : **les jeunes** et les personnes âgées apparaissent davantage touchés par le sentiment de solitude⁴⁴. De façon générale, ce sentiment est répandu : près de 80 % des personnes de moins de 18 ans et 40 % des personnes de plus de 65 ans rapportent avoir parfois ressenti de la solitude²⁶. Après une forte baisse pendant le milieu de la vie adulte, ce sentiment ne connaît qu'une croissance modeste à la toute fin de la vie²⁶⁻³⁰⁻⁴⁴⁻⁴⁵.

Tout comme les jeunes par rapport au reste de la population, **les femmes** rapportent davantage que les hommes éprouver un sentiment de solitude, mais la différence s'estompe selon le type de questionnaires²⁰.

En revanche, il y a plusieurs facteurs qui tendent à avoir un rôle protecteur contre la solitude subie et l'isolement social : un revenu suffisant, le fait de ne pas être au chômage, de ne pas avoir de problème de santé³².

Pandémie et réseaux de sociabilité

La crise de la COVID-19 a bouleversé les liens sociaux au Québec⁴⁶ et dans de nombreux pays : diminution de la taille et de la diversité des réseaux interpersonnels, augmentation de la solitude et de l'isolement social. Ces effets sur les réseaux de sociabilité de la COVID-19 et des mesures prises pour contenir le virus sont inégalement ressentis selon les vulnérabilités préexistantes⁴⁷.



La mortalité liée à la pandémie varie selon le capital social

Plusieurs études comparatives ont mis en évidence que le nombre de cas d'infection et la mortalité liés à la COVID-19 variaient selon certaines dimensions du capital social^{48 à 50}. Par exemple, plus la participation électorale, l'engagement civique et la confiance dans les institutions publiques sont forts, et moins la mortalité liée à la COVID-19 est élevée. Une étude canadienne⁵⁰ dresse ce constat après avoir comparé les taux de mortalité de 84 pays au cours des premiers mois de pandémie. Elle démontre également qu'il y a moins de mortalité dans les pays où les inégalités de revenu, elles-mêmes étroitement liées aux inégalités de santé, sont moins élevées.

Toutefois, selon cette même étude, des aspects spécifiques du capital social comme la confiance envers autrui ont aussi pu contribuer à la diffusion de la maladie et à une mortalité plus importante, du moins dans un premier temps, sans doute parce que le réflexe de « resserrer les rangs » s'oppose à la distanciation physique. De même, une autre étude comparative internationale montre une association entre deux dimensions du capital social, la confiance sociale et l'attachement communautaire, et une mortalité liée à la COVID-19 plus importante. Cette dernière étude démontre aussi l'effet bénéfique sur la mortalité de deux autres dimensions du capital social : chaque augmentation d'un point de pourcentage dans le nombre moyen de liens familiaux et dans le sentiment de sécurité diminue en moyenne le nombre de décès causés par la COVID-19 de 1 % et de 4 % respectivement⁵¹.

La crise sanitaire a entraîné une diminution de la taille des réseaux de sociabilité

La maladie à coronavirus 2019 et les mesures préventives, telles que le confinement, le couvre-feu, les accès limités ou interrompus à certains services et activités, ont entraîné une réduction de la taille des réseaux et ont accentué les inégalités relationnelles là où ces réseaux étaient déjà réduits.

Au Canada, 68 % des participants et participantes à une enquête sur les liens sociaux pendant la COVID-19 ont déclaré avoir limité volontairement le nombre de personnes avec lesquelles ils interagissaient⁵².

Les catastrophes provoquent dans les réseaux sociaux individuels une contraction : la taille des réseaux diminue et les personnes se concentrent sur les liens les plus forts⁵³. C'est ce qui s'est passé durant la pandémie selon une analyse américaine des liens sociaux entre juin 2019 et juin 2020³⁶. Cette analyse montre que le sentiment de solitude prévalait davantage chez les personnes ayant peu de liens sociaux étroits.

Au Québec, l'étude CONNECT⁵⁴ a débuté fin 2020 pour suivre l'évolution des relations sociales de la population québécoise : de 7 à 8 contacts par jour avant la pandémie, leur fréquence a chuté à 3 durant le confinement de la première vague pour s'établir ensuite à environ 5 contacts par jour en juin 2021. Entretemps, le nombre de contacts a évolué au gré des assouplissements des mesures sanitaires. La fréquence des relations sociales



n'était donc pas revenue à son niveau prépandémique plus d'un an après le début de la crise sanitaire. Cette enquête étudiait le contact en présence, sans qualifier le type de contact et le contenu des interactions.

L'isolement et la solitude se sont accentués en temps de pandémie, en particulier chez les plus vulnérables

Pendant la pandémie, le sentiment de solitude s'est accentué dans la population en général selon une revue systématique de littérature, qui en souligne les conséquences importantes et durables sur la santé mentale⁵⁵. D'ailleurs, une équipe franco-canadienne de psychologues a mis en évidence une corrélation entre des niveaux élevés de solitude et des troubles mentaux ou des symptômes associés⁵⁶.

Une vaste enquête menée en Europe a rapporté une hausse du sentiment de solitude par rapport à une certaine stabilité dans le passé³².

Au Québec, une enquête longitudinale⁵⁷ sur les impacts psychosociaux de la pandémie, menée par une équipe de l'Université de Sherbrooke, faisait état d'une solitude ressentie chez 35 % d'un échantillon d'adultes au printemps 2021. Ce sentiment était beaucoup plus élevé chez les 18-24 ans, puis les 25-34 ans ainsi que chez les personnes aux études et celles sans emploi. De même, mesuré au moyen de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population* (EQSP) cette fois, le sentiment de solitude ressenti entre l'hiver 2020 et le printemps 2021 s'est manifesté plus fortement chez les jeunes de moins de 35 ans, les personnes aux études, mais aussi les personnes vivant seules, les familles monoparentales, les personnes se percevant comme pauvres et les femmes⁵⁸.

Dès le début de la crise sanitaire, des psychiatres provenant de plusieurs pays (dont le Canada)⁵⁹ ont sonné l'alarme quant aux répercussions de la quarantaine et de la distanciation physique sur l'augmentation de la solitude et de l'isolement social, en particulier chez les **personnes âgées**, tout en soulignant le caractère essentiel de ces mesures pour protéger les personnes à risque de développer des complications graves à la suite d'une infection à la COVID-19. Leur crainte était que le confinement n'agisse comme un point de bascule pour des personnes aux prises avec un trouble mental préexistant ou des symptômes associés.

Les mesures strictes telles que le confinement dans leur chambre ou leur logement auraient entraîné notamment une « détérioration de l'état général des personnes âgées les plus isolées⁶⁰ » et une « stigmatisation » accrue de cette catégorie de la population d'après des témoignages recueillis dans les premiers mois de la pandémie auprès d'organismes communautaires œuvrant au Québec. Une note des Nations unies⁶¹ mettait en garde dès le début de la pandémie contre les risques de maltraitance envers les personnes âgées et les conséquences sur leur santé mentale de périodes prolongées de confinement, entre autres effets indirects de la COVID-19 et des mesures prises pour en limiter la propagation.



Une enquête canadienne⁶² menée dès les premières semaines de la crise sanitaire a mis en évidence que même une mesure moins contraignante comme la distanciation physique induisait une détresse psychologique accrue. L'équipe de psychologues invitait à porter une attention particulière aux personnes vivant avec des « vulnérabilités préexistantes » en cas de prolongement de ce type de mesures.

Ainsi, les effets de la crise sanitaire sur l'isolement, la solitude et la santé mentale en général seraient multipliés chez les personnes vulnérables. Au Québec, de nombreux organismes communautaires ont constaté une augmentation de l'isolement et de la détresse chez diverses populations stigmatisées, entre autres celles appartenant aux communautés LGBTQIA+⁶³, ou marginalisées, par exemple les personnes en instabilité résidentielle⁶⁰. Selon une étude menée par l'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ), chez certaines personnes immigrantes, en particulier celles dont l'arrivée au pays remonte à cinq ans ou moins, l'isolement était accentué à cause de barrières linguistiques, de la suspension d'activités culturelles ou communautaires, ou encore de l'absence de contacts avec leur famille à l'étranger⁶⁴. Enfin, un avis préliminaire du Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CCLPES) souligne l'**aggravation de l'isolement**, en particulier chez des populations qui étaient déjà vulnérables, comme les personnes en situation de handicap ou les personnes éloignées du marché du travail⁶⁵.

Selon une étude comparative américaine, le nombre de personnes rapportant des idées suicidaires a quadruplé comparativement à la période 2017-2018, et quintuplé chez celles ayant les plus bas revenus. Dans cette étude, les idées suicidaires sont plus fréquentes chez les personnes ayant de la difficulté à payer leur loyer, qui ont perdu leur emploi ou celles qui souffrent d'un sentiment de solitude⁶⁶.

Enfin, la situation pandémique marquée par des périodes de confinement et des mises à pied a également accentué l'isolement et la solitude de victimes de **violence conjugale** entraînant un risque pour leur santé mentale⁶⁷. Or l'isolement social et géographique peut favoriser la violence conjugale, d'après un rapport de l'Observatoire canadien du féminicide pour la justice et la responsabilisation, qui mentionne aussi le risque que les mesures de confinement prises en contexte pandémique accroissent la violence faite aux femmes⁶⁸. Le Québec a d'ailleurs enregistré une augmentation des demandes d'aide, par exemple à SOS violence conjugale et dans les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, depuis le début de la pandémie, ainsi qu'une hausse frappante des féminicides au début 2021⁶⁹.

Par ailleurs, une enquête canadienne⁴⁷ démontre une association entre le fait d'éprouver des difficultés financières personnelles et celui d'avoir des inquiétudes à l'égard des « tensions familiales dues au confinement » ainsi que du « maintien des liens sociaux ».



EN SAVOIR PLUS

Des impacts différenciés de la COVID-19 sur les réseaux de sociabilité

Les personnes issues de la **diversité sexuelle** ont été plus susceptibles de se mettre en isolement à la maison et de changer leurs habitudes d'après un sondage canadien conduit pendant la première vague de la COVID-19⁷⁰. Ces personnes manifestaient également une plus grande inquiétude financière que l'ensemble de la population étant donné notamment la précarité de leurs emplois⁷⁰⁻⁷¹.

Les **personnes immigrantes** craignaient davantage que l'ensemble de la population canadienne que la pandémie affecte le « maintien des liens sociaux » (44 % comparativement à 30 %) ou que la crise nuise à la « capacité de coopérer ou de s'entraider » (60 % par rapport à 40 %)⁷². La pandémie a empiré la situation pour les personnes âgées immigrantes, dont les réseaux de sociabilité leur donnent accès à de moindres ressources et sont davantage affectés par les décès et les ruptures de communication⁷³.

Comme les réseaux interpersonnels des **femmes** semblent se concentrer davantage sur des personnes de leur parenté¹⁰, ils pourraient être davantage affectés que ceux des hommes. En effet, chaque décès de la COVID-19 laissait dans le deuil en moyenne neuf membres de la famille de la personne défunte aux États-Unis⁷⁴.

La configuration des réseaux familiaux (p. ex. plusieurs personnes de la communauté vivent avec les grands-parents) des **Premières Nations, Métis et Inuits**, leurs savoirs et la confiance envers leurs autorités ont permis de limiter la mortalité liée à la COVID-19 en dessous des taux pour l'ensemble de la population, au Canada et au Québec, lors de la première vague. Par la suite, leurs conditions socioéconomiques les ont davantage exposés au virus⁷⁵⁻⁷⁶.



Le rôle essentiel des organismes communautaires

Parallèlement, la pandémie a aussi pu avoir des effets positifs sur l'émergence de réseaux de soutien spontanés et l'action renforcée des organismes communautaires, notamment dans le domaine de la sécurité alimentaire et du soutien psychologique⁷⁷⁻⁷⁸.

Un numéro spécial de la *Revue canadienne de recherche sur les OSBL et l'économie sociale* est consacré à l'adaptation dont le secteur communautaire a fait preuve pendant la pandémie pour continuer à répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables. Il y est également question de l'aggravation des enjeux auxquels font face ces organismes quant à leur financement, entre autres, dans le contexte d'une crise qui s'étire dans le temps. Un des articles examine en particulier les adaptations effectuées au Québec pour retenir ou encadrer les bénévoles et souligne « le rôle incontournable du bénévolat pour la résilience socio-territoriale⁷⁹ ».

De même, l'impact de la pandémie sur le bénévolat a été observé lors de la première vague auprès des organismes d'action communautaire autonome (ACA), qui ont dû gérer des départs et des arrivées de bénévoles⁸⁰. D'une façon générale, au Québec, les organismes communautaires ont eu à adapter leurs activités devant l'augmentation enregistrée lors de la première vague de COVID-19 des besoins de la population¹⁸⁻⁶³⁻⁸¹⁻⁸². L'Observatoire de l'ACA a documenté les diverses répercussions de la crise sanitaire, par exemple sur l'accessibilité des activités⁸³ et les efforts consentis par ces organismes pour maintenir les liens tissés avec les populations desservies.

Ainsi, le secteur communautaire s'est attaché à répondre aux besoins accrus ou changeants de la population tout en étant lui-même affecté en contexte pré-pandémique et pandémique par le manque de ressources humaines et financières⁸². La crise sanitaire représente une occasion supplémentaire de constater le rôle de proximité essentiel que tient le soutien communautaire.



Sentiment d'isolement : résultats complémentaires de sondage



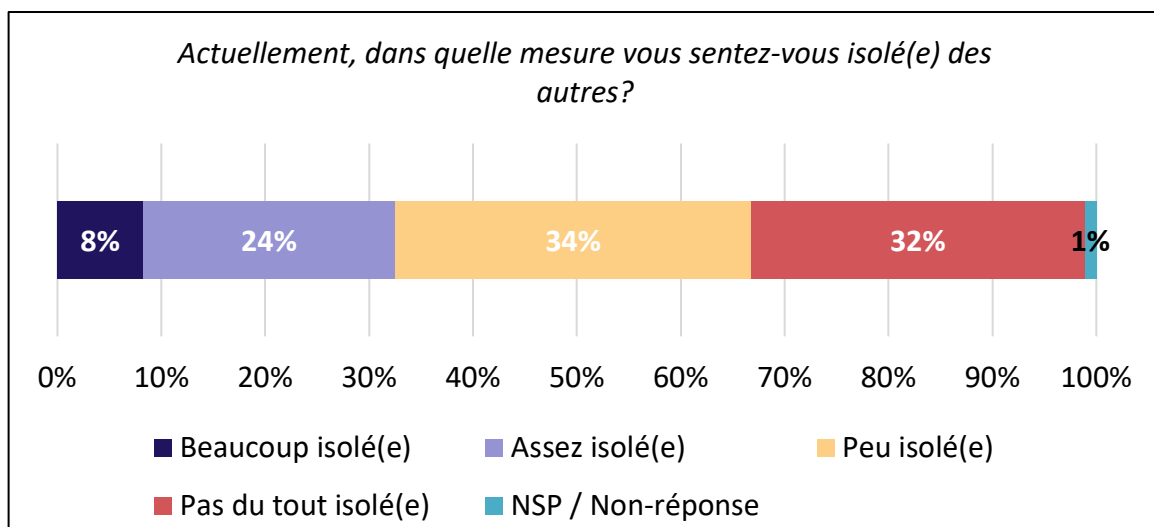
Prenant appui sur diverses enquêtes menées sur les répercussions de la pandémie, le sondage effectué dans le cadre du Projet résilience a tenté de mesurer la perception de l'isolement social auprès de personnes issues des 40 % des foyers les moins nantis financièrement. Les résultats ne doivent pas être généralisés aux personnes en situation de très grande pauvreté, difficiles à rejoindre au moyen de sondages Web. Le profil de cet échantillon sondé est détaillé dans le [premier rapport synthèse](#) du projet.

Le sondage Léger/Observatoire a été réalisé entre le 29 juin et le 15 juillet 2021 auprès d'un panel Web de 1 354 adultes résidant au Québec et s'exprimant en français ou en anglais. Les réponses ont donc été recueillies à la fin de la troisième vague, dans un contexte d'assouplissement des mesures et à un moment où toutes les régions passaient au nouveau palier vert et étaient soumises aux mêmes règles.

Le questionnaire explorait trois dimensions : le vécu de la pandémie, le recours aux mesures de soutien et les conditions de vie. Étant donné les limites inhérentes à un tel sondage multidimensionnel, une seule question portait sur le sujet de l'isolement : *Actuellement, dans quelle mesure vous sentez-vous isolé(e) des autres ?*

Sentiment d'isolement et différences entre sous-groupes

En juillet 2021, 33 % des personnes appartenant aux 40 % les moins nantis de notre échantillon déclaraient être beaucoup isolées (8 %) ou assez isolées (24 %). Cette proportion apparaît plus élevée que celle mesurée par d'autres enquêtes pour l'ensemble de la population québécoise, bien que la prudence soit de mise dans les comparaisons puisque les méthodologies et les questions posées varient sensiblement selon les enquêtes.



Source : Sondage Observatoire québécois des inégalités/Léger, juillet 2021.



POINT DE COMPARAISON

18 % de Québécoises et Québécois sondés de novembre 2020 à avril 2021 « se sont souvent sentis isolés des autres », selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2020-2021 menée auprès d'un échantillon représentatif de la population âgée de 15 ans et plus.

Source : Institut de la statistique du Québec (octobre 2021). *Répercussions de la pandémie sur la vie sociale, la santé mentale, les habitudes de vie et la réalité du travail des Québécois* (Consulté le 25-11-2021).

Plusieurs sous-groupes sont davantage affectés par l'isolement (voir les illustrations suivantes). Les caractéristiques suivantes illustrent les différents facteurs sociaux qui produisent l'isolement. Elles représentent des circonstances de vie où se croisent faible revenu, discrimination, marginalisation et expériences diversifiées de la pandémie. Il s'agit notamment :

- des personnes qui résident dans la grande région de Montréal (37 %) par rapport à la région de Québec (24 %) et aux autres régions (28 %) ;
- des locataires (37 %) par rapport aux propriétaires (28 %) ;
- des personnes immigrantes (41 %) par rapport aux personnes natives (31 %) ;
- des personnes s'identifiant à une minorité visible (42 %) par rapport aux personnes pour qui ce n'est pas le cas dans l'échantillon (31 %) ;
- des anglophones (48 %) et des allophones (47 %) par rapport aux personnes dont la langue maternelle est le français (28 %) ;
- des moins de 35 ans (41 %) par rapport aux 65 ans et plus (25 %) ;
- des célibataires (43 %) par rapport aux personnes en couple (25 %).

Les personnes vivant dans un foyer à faible revenu (39 %) sont significativement plus affectées par le sentiment d'isolement par rapport à celles dont le revenu autodéclaré du foyer dépasse 30 000 \$ annuellement. Enfin, les personnes en situation de handicap (49 %) et celles appartenant à la diversité sexuelle (51 %) rapportaient les plus fortes proportions d'isolement après trois vagues de pandémie.

Les hommes et les femmes rapportaient un sentiment d'isolement de manière égale, soit respectivement 33 % et 32 %, de même que les personnes autochtones (32 %) par rapport aux allochtones (33 %).



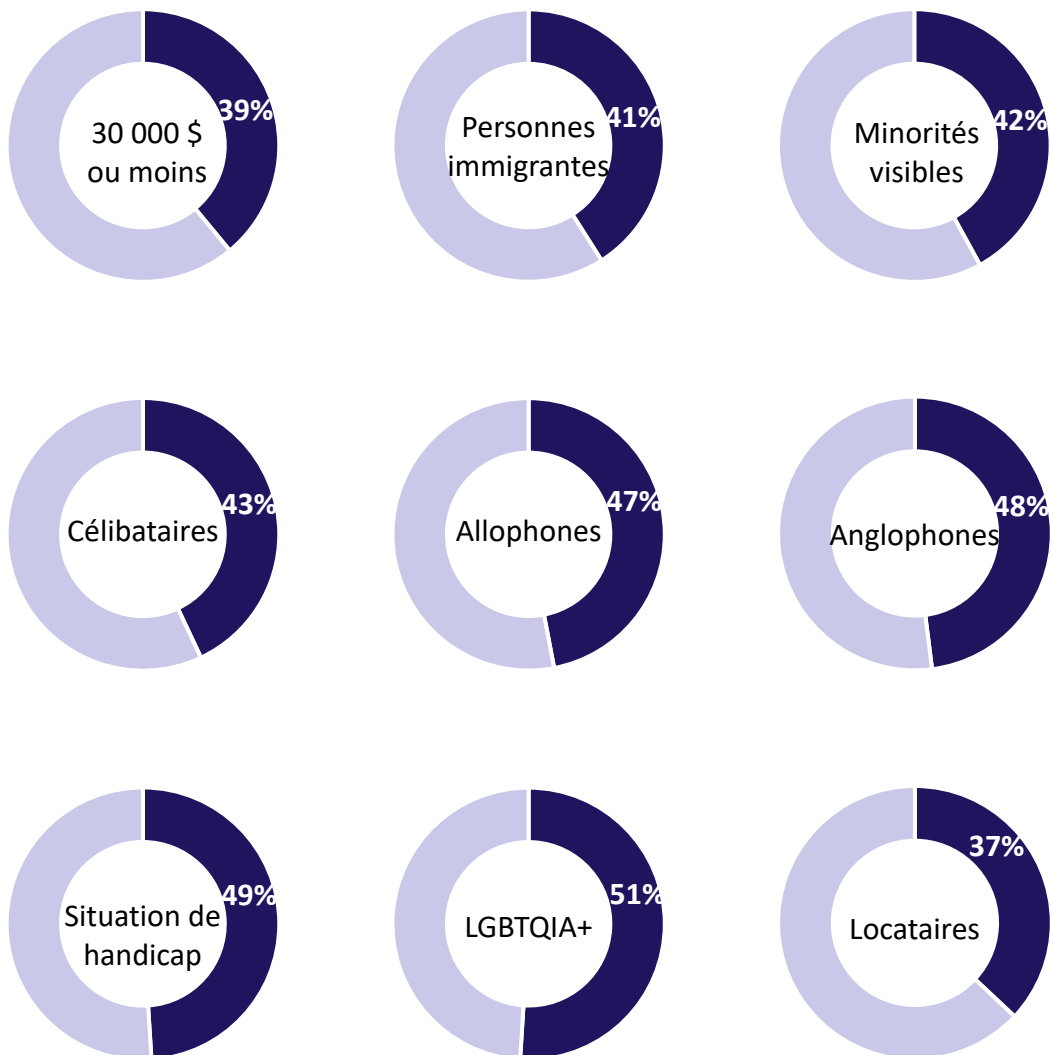
POINT DE COMPARAISON

12 % des Québécoises et Québécois composant un panel Web et sondés entre le 29 octobre et le 10 novembre 2021 avaient éprouvé un sentiment de solitude durant le dernier mois. Les personnes sans emploi (22 %), les 18-24 ans (18 %) et les ménages d'une personne (17 %) présentaient les proportions les plus élevées.

Source : Maude Dionne et autres (2021). [Pandémie, bien-être émotionnel, santé mentale et sentiment de solitude – 16 novembre 2021](#), Québec, INSPQ.

Se sent beaucoup ou assez isolé(e) des autres (33 %)

Différences significatives



Source : Sondage Observatoire québécois des inégalités/Léger, juillet 2021.

Les personnes qui se sentaient **beaucoup isolées** représentent 8 % de l'échantillon. Parmi celles-ci, certains groupes sont surreprésentés de façon significative sur le plan statistique :

- les personnes qui ne vivent pas en couple : célibataires, veuves, séparées ou divorcées (12 %) ;
- les personnes vivant dans un foyer dont le revenu est de 30 000 \$ ou moins (13 %) ;
- les personnes âgées de 18 à 34 ans (12 %) ;
- les personnes anglophones et allophones (13 %), c'est-à-dire dont la langue maternelle est autre que le français ;
- les personnes s'identifiant aux communautés LGBTQIA+ (17 %) ;
- les personnes en situation de handicap (18 %).

Caractéristiques des personnes se sentant isolées des autres

Il y a 457 personnes parmi les 1 354 sondées qui ont déclaré se sentir assez ou beaucoup isolées à l'été 2021. Elles forment un groupe qualifié d'isolé ou ressentant un sentiment d'isolement au sein duquel certaines caractéristiques sont significativement surreprésentées sur le plan statistique selon les tests appliqués par la firme de sondage.

Les personnes se sentant isolées sont en grande majorité non mariées et seules

Les personnes qui ne sont ni mariées ni conjointes de fait sont majoritaires parmi celles qui ressentent un sentiment d'isolement : 61 % des personnes se sentant isolées après trois vagues de COVID-19 sont célibataires, veuves, séparées ou divorcées, alors que celles-ci représentent 48 % au sein de l'échantillon.

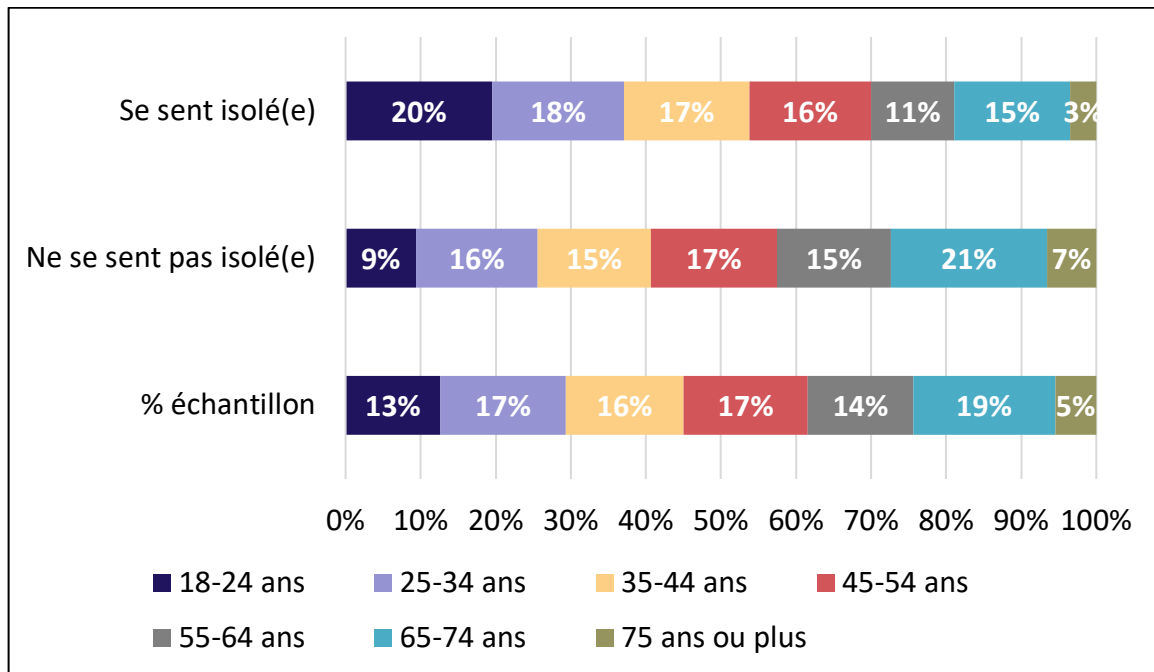
Il y a aussi 27 % de personnes immigrantes ou s'identifiant à une minorité visible qui ont déclaré se sentir isolées des autres. En comparaison, elles représentent 22 % dans l'échantillon.

Le sentiment d'isolement pendant la pandémie tend à diminuer avec l'avancement en âge

Parmi l'échantillon d'adultes moins nantis sondés, les plus jeunes ont été plus durement affligés du sentiment d'isolement. Les 18-24 ans représentent 20 % des personnes qui ont déclaré se sentir beaucoup ou assez isolées, une part significativement supérieure sur le plan statistique par rapport aux autres catégories d'âge (voir le graphique suivant). C'est aussi beaucoup plus que leur proportion dans la population sondée, soit 13 %. Les résultats du sondage corroborent d'ailleurs les constats issus de la littérature récente sur la prévalence de l'isolement social et le sentiment de solitude chez les moins de 35 ans.



Sentiment d'isolement selon la catégorie d'âge



Source : Sondage Observatoire québécois des inégalités/Léger, juillet 2021.

Les 55-64 ans, les 65-74 ans et les 75 ans et plus sont significativement moins nombreux en proportion à déclarer ressentir un sentiment d'isolement avec respectivement 11 %, 15 % et 3 %. À l'inverse, les 65-74 ans et les 75 ans et plus sont significativement surreprésentés parmi les personnes ayant déclaré ne pas avoir ressenti de sentiment d'isolement (peu ou pas du tout isolées), soit respectivement 21 % et 7 %. Ces résultats sont sans doute à mettre en perspective avec les types de logements occupés par les personnes âgées.

Ainsi, les personnes à la retraite sont beaucoup moins susceptibles d'indiquer être isolées, et ce, de façon significative sur le plan statistique : celles-ci représentent 24 % des personnes se sentant isolées, alors que la proportion des retraités et retraitées s'élève à 30 % dans l'échantillon sondé.

Le genre, la scolarité et le statut d'Autochtone n'influencent pas à priori le degré d'isolement des personnes moins nanties sondées

Les femmes et les hommes représentent respectivement 52 % et 48 % des personnes se sentant isolées au moment du sondage, soit des taux similaires à leur proportion dans l'échantillon (respectivement 53 % et 47 %).

Il ne semble pas y avoir de différences du sentiment d'isolement quant au statut d'Autochtone : la proportion d'Autochtones parmi les personnes se sentant isolées des autres est identique à leur part dans l'échantillon, soit 3 %.

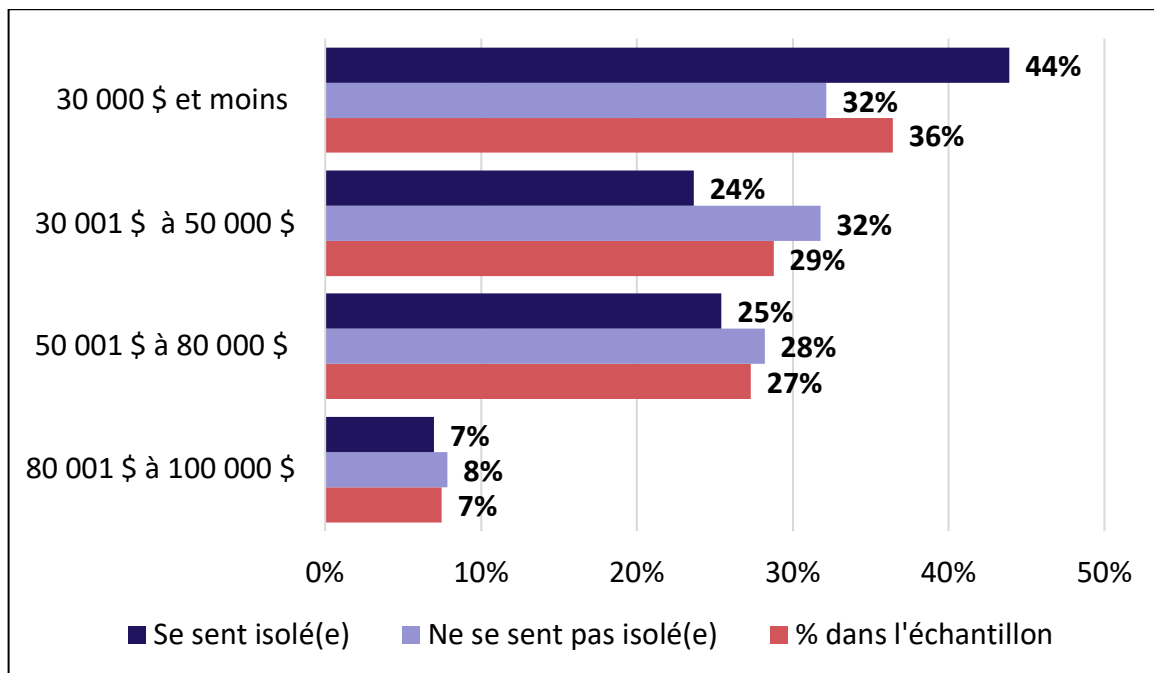


Les différences quant au sentiment d'isolement social ne se manifestent pas non plus selon le niveau de scolarité des personnes sondées.

Le sentiment d'isolement est plus important parmi les bas revenus

Les personnes se sentant isolées vivent à 44 % dans un foyer dont le revenu autoestimé ne dépasse pas 30 000 \$ par année, dans une proportion significativement supérieure et alors que ces foyers représentent 36 % dans l'échantillon. Par ailleurs, la majorité des personnes rapportant ce niveau de revenu habitent seules (58 %).

Sentiment d'isolement selon le revenu total annuel du foyer autodéclaré



Source : Sondage Observatoire québécois des inégalités/Léger, juillet 2021.

Parmi les personnes ayant un revenu d'emploi, celles qui se sentent isolées sont davantage susceptibles de gagner un bas salaire (non illustré). En effet, c'est le cas de 26 % de celles dont le **salaire horaire est de 15 \$ ou moins**, contre 18 % pour les personnes qui déclarent ne pas se sentir isolées. Dans l'ensemble de l'échantillon, ce sont 20 % des travailleurs et travailleuses qui ont indiqué ce niveau de salaire.

De plus, les personnes se sentant isolées semblent davantage exposées à la précarité d'emploi :

- Elles sont deux fois plus susceptibles de **cumuler plusieurs emplois** (23 %) que celles qui ne se sentent pas isolées (12 %), dans des proportions significatives sur le plan statistique. Ce n'est le cas que pour 15 % des travailleuses et travailleurs sondés ;

- 21 % ont un **emploi temporaire** (à contrat, saisonnier, sur appel, occasionnel ou par le biais d'une agence, etc.), alors que ce n'est le cas que chez 13 % des personnes qui ne se sentent pas isolées et de 16 % pour l'ensemble des personnes actives sondées.

Il ne semble pas y avoir de différences significatives selon les horaires atypiques de travail, le régime de travail (temps partiel ou temps plein), l'ancienneté de l'emploi, le fait que l'emploi soit ou pas syndiqué, ni le fait de télétravailler principalement ou non.

Influence du milieu de vie sur le sentiment d'isolement

Les personnes se sentant isolées vivent en majorité en milieu urbain

La plus grande partie des personnes qui se disent isolées vivent en **milieu urbain**, soit 47 % des résidents et résidentes dans une agglomération de plus de 100 000 personnes, et ce, de manière significativement supérieure par rapport aux autres milieux. En particulier, les résidents et résidentes de la RMR de Montréal représentent une majorité (56 %) des personnes se sentant isolées au moment du sondage. C'est également le cas pour les **locataires** (55 %), alors que leur part dans l'échantillon se situe à 48 %.

Bien que le sondage ne permette pas de l'affirmer, la pandémie a également pu accentuer l'isolement dans certains milieux ruraux où les services de proximité sont plus limités.

Le sentiment d'isolement va de pair avec des conditions défavorables de logement

Plusieurs indicateurs de besoins insatisfaits en matière de logement sont associés à un sentiment d'isolement plus important chez les personnes sondées.

Les personnes se sentant isolées sont majoritairement d'accord pour dire que leur logement leur coûte trop cher par rapport à leur capacité de payer à la fin de la troisième vague, à l'été 2021 : **50 % des personnes se sentant isolées considèrent payer trop cher leur logement**, soit 1 personne sur 2, comparativement à 29 % des personnes non isolées et à 36 % pour l'ensemble de l'échantillon. Elles sont aussi davantage susceptibles d'être insatisfaites de la taille de leur logement : 18 % considèrent que leur logement n'est pas assez grand contre 11 % pour les personnes qui ne se sentent pas isolées. De plus, 24 % des personnes se sentant isolées sont significativement en désaccord pour dire que leur logement est de qualité convenable (ne nécessiterait pas de réparations majeures), contre 15 % pour les personnes non isolées.

De plus, les personnes isolées indiquent davantage habiter dans un quartier bruyant (36 % par rapport à 23 % pour les personnes non isolées) et sont moins susceptibles de trouver leur voisinage sécuritaire (13 % par rapport à 7 % pour les personnes non isolées).

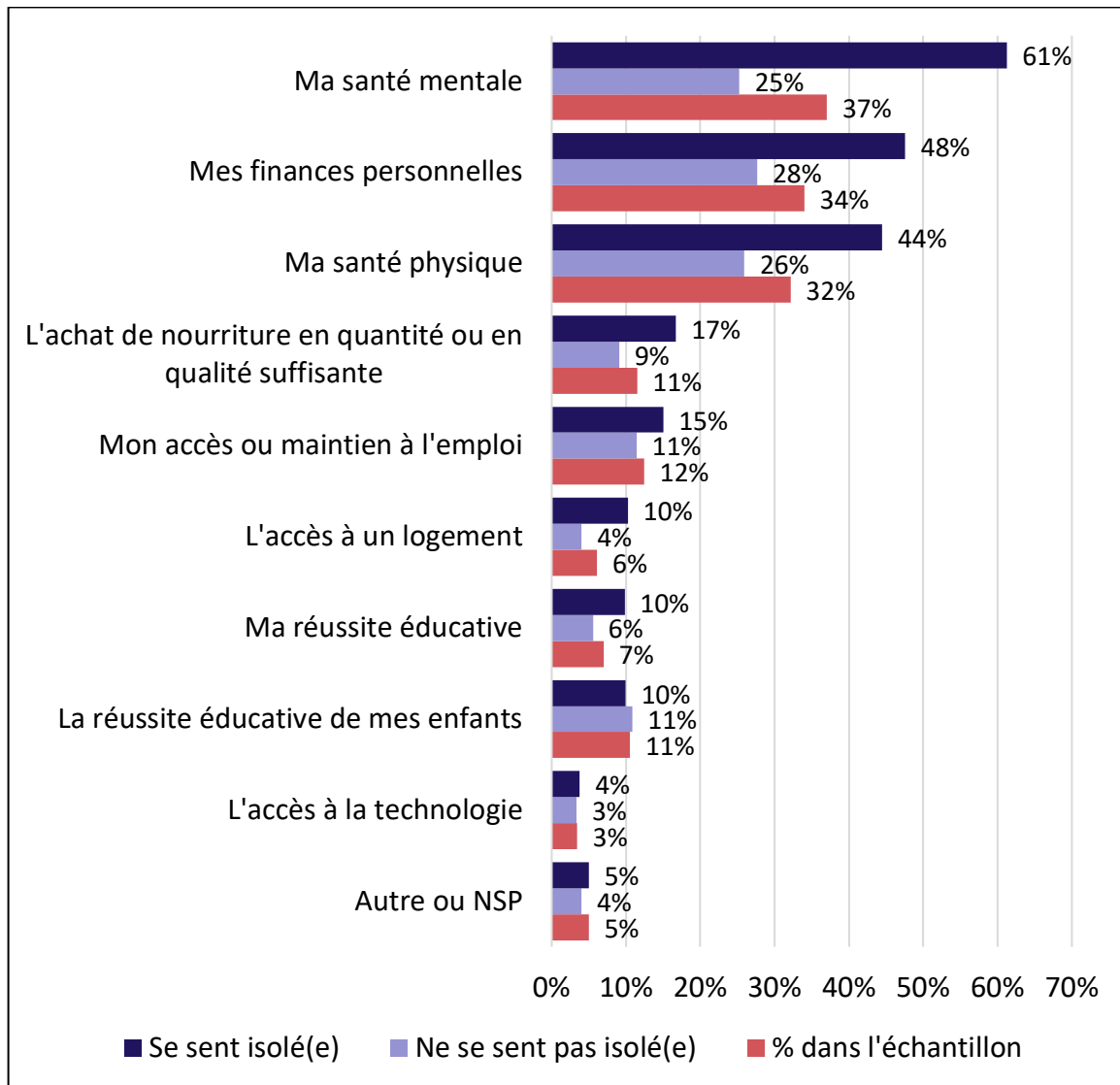


Isolement social, préoccupations et besoins

L'isolement social et les préoccupations pour les besoins de base sont liés

Les personnes éprouvant un sentiment d'isolement après trois vagues de pandémie sont significativement davantage préoccupées que la moyenne des répondantes et répondants sur les sujets suivants : leur santé mentale (61 % des personnes isolées mentionnent éprouver des difficultés à ce sujet au moment du sondage), leurs finances personnelles (48 %), leur santé physique (44 %), mais aussi l'achat de nourriture en quantité et en qualité suffisante (17 %), leur accès au logement (10 %) et leur propre réussite éducative (10 %). Pour les autres difficultés, il n'y a pas de différences selon le sentiment d'isolement ou bien elles ne sont pas significatives sur le plan statistique.

Sentiment d'isolement selon les difficultés éprouvées



Source : Sondage Observatoire québécois des inégalités/Léger, juillet 2021.



POINT DE COMPARAISON

68 % de personnes immigrantes se sont « senties plus seules ou plus isolées qu’avant la pandémie » d’après un sondage ASPQ/Léger réalisé en mai 2021 auprès de 700 personnes nées à l’extérieur du pays et arrivées au Québec depuis 7 ans ou moins. Le sentiment d’isolement ou de solitude est significativement plus prononcé chez les personnes sondées dont la santé mentale est « fragile » (83 %) et celles qui sont en « instabilité financière » (76 %). Il n’y a pas de différences selon les sexes.

Source : Léger (2021). *Impact de la pandémie sur la population immigrante : sondage auprès des immigrants et immigrantes au Québec*, rapport pour l’ASPQ, p. 23-24.

Le manque d’argent et le sentiment d’isolement sont liés en contexte pandémique

Les personnes qui ont déclaré se sentir isolées ont eu recours à différentes stratégies pour combler leurs dépenses de base en contexte pandémique. Seulement un tiers (31 %) d’entre elles rapportent ne pas avoir manqué d’argent depuis le début de la pandémie. C’est significativement moins élevé que pour les personnes qui ne se sentaient pas isolées (59 %) au moment du sondage.

Les personnes isolées qui ont mentionné des problèmes d’argent (voir graphique suivant) sont significativement plus nombreuses en proportion à avoir :

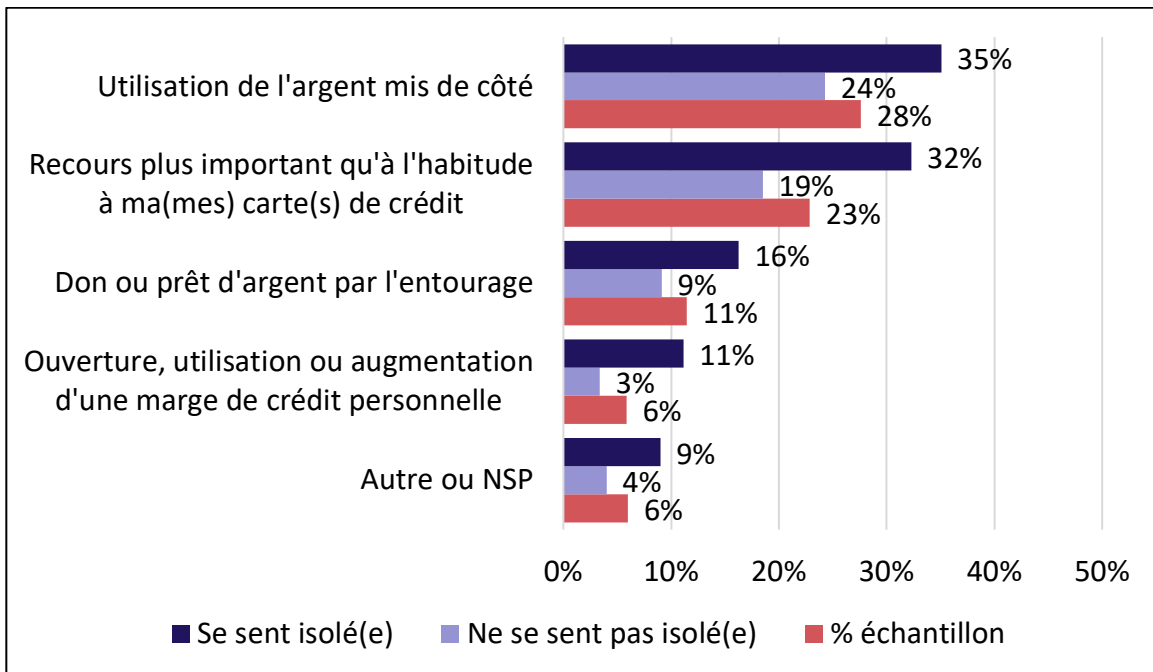
- puisé dans leurs économies (35 %) ;
- utilisé davantage leurs cartes de crédit (32 %) ou une marge de crédit (11 %) ;
- bénéficié de dons ou prêts de leur entourage, par exemple famille ou amis (16 %).

Ces recours laissent sous-entendre que des liens étroits existent entre l’isolement social et le manque de ressources financières. Les personnes ressentant un sentiment d’isolement ont d’ailleurs eu davantage recours à une aide gouvernementale de soutien au revenu (non illustré), ce qui est à mettre en relation avec un niveau de revenu insuffisant.

Les personnes se sentant isolées ont eu davantage recours que l’ensemble des répondantes et répondants à la Prestation canadienne d’urgence (PCU), à la Prestation canadienne de la relance économique (PCRE) ou à la Prestation canadienne d’urgence pour les étudiants (PCUE), et ce, de façon significative sur le plan statistique : 31 % ont reçu l’une de ces prestations, comparativement à 24 % pour les personnes qui ne se disent pas isolées et 26 % pour l’ensemble de l’échantillon. Les personnes sondées qui se sentent isolées ont également bénéficié dans une proportion significativement supérieure d’un programme de soutien aux entreprises (4 % contre 1 %), de prestations d’aide sociale (13 % contre 7 %), d’une aide financière pour trouver un emploi (3 % contre 1 %) et de crédits d’impôt remboursables (34 % contre 28 %, et 30 % pour l’ensemble de l’échantillon).



Sentiment d'isolement selon les options utilisées pour combler ses dépenses de base



Source : Sondage Observatoire québécois des inégalités/Léger, juillet 2021.

Les besoins à combler s'accroissent avec le sentiment d'isolement

Les personnes ressentant un sentiment d'isolement sont significativement plus nombreuses en proportion, par rapport à celles qui ne se sentaient pas isolées, à avoir indiqué des besoins au moment du sondage (voir graphique suivant) :

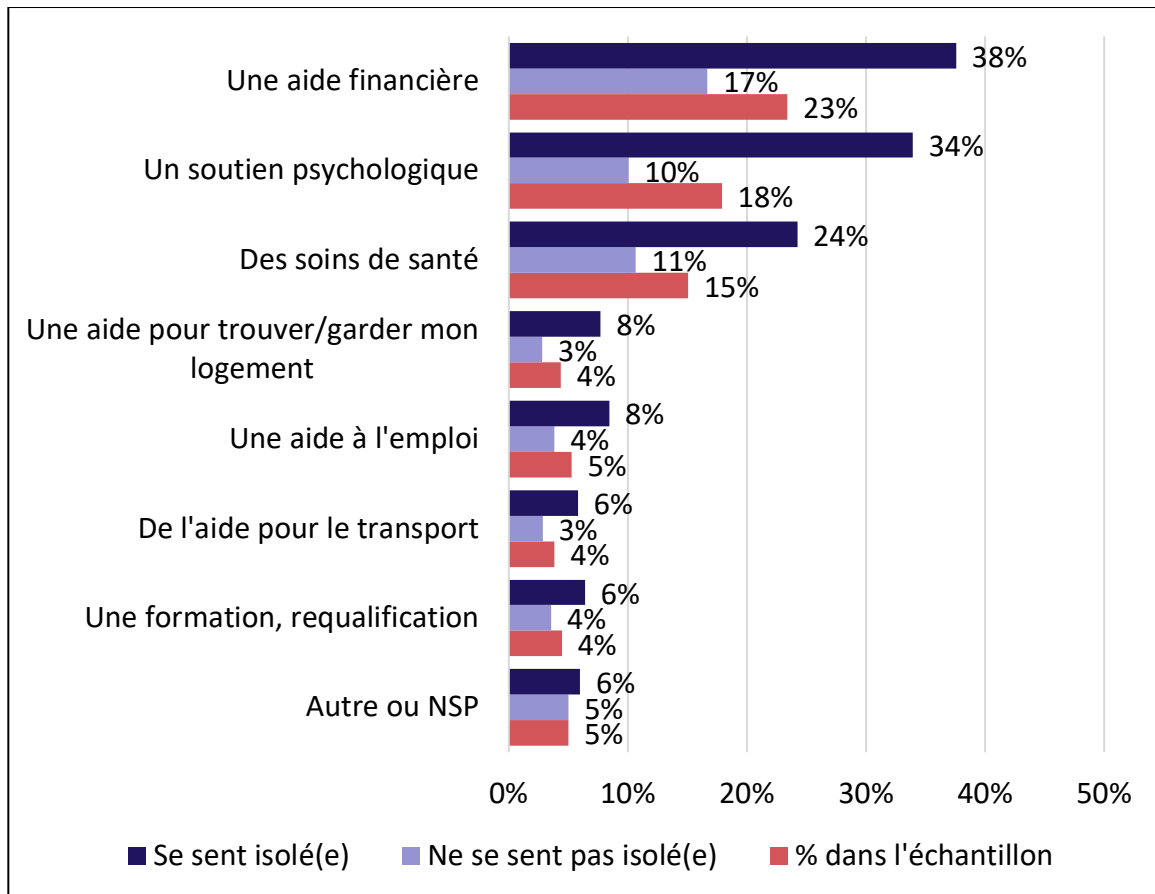
- des besoins financiers (38 % contre 17 %) ;
- des besoins en matière de soutien psychologique (34 % contre 10 %) ;
- des besoins en soins de santé (24 % contre 11 %).

Dans de moindres proportions, les autres besoins cités dans le sondage sont davantage mentionnés par les personnes ressentant de l'isolement : aide à l'emploi, aide pour trouver un logement ou garder son logement, aide pour le transport, aide pour la formation.

Les personnes isolées se sont tournées vers les **organismes communautaires** dans une proportion plus élevée (15 %) par rapport aux personnes qui ne se sentaient pas isolées (6 %) (non illustré). Dans l'échantillon, 9 % des personnes sondées ont fait appel à un ou plusieurs organismes communautaires sur plus d'un an de pandémie (de mars 2020 à juillet 2021). Comme pour l'ensemble des personnes sondées, ces organismes communautaires ont surtout été utilisés pour du dépannage alimentaire ou matériel.

Par ailleurs, les personnes isolées ont davantage eu recours à des activités de soutien psychologique (24 % contre 7 % pour les personnes non isolées) et de soutien aux démarches comme la recherche de logement (22 % contre 6 % pour les personnes non isolées).

Sentiment d'isolement selon les besoins exprimés



Source : Sondage Observatoire québécois des inégalités/Léger, juillet 2021.

Comparaison avec d'autres enquêtes

D'autres enquêtes conduites au Québec pendant la pandémie donnent des résultats similaires. Il s'agit en particulier de la série de sondages par panel Web effectués par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de l'enquête par sondage probabiliste de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ).

Bien que les enquêtes de l'INSPQ et de l'ISQ soient d'une tout autre envergure que le sondage du Projet résilience, leurs résultats convergent sur plusieurs points. Le sentiment d'isolement est le plus fort chez les mêmes catégories de personnes : celles habitant seules, les 18-24 ans et les personnes sans emploi.

EN SAVOIR PLUS

Les sondages de l'INSPQ sur le sentiment d'isolement pendant la pandémie

Dans le cadre de sondages sur les attitudes et comportements des adultes québécois, l'INSPQ a questionné régulièrement un panel Web de 3 300 personnes sur le thème « Pandémie, isolement social et sentiment de sécurité ». La question posée demandait aux personnes si elles ressentaient « **jamais, rarement, parfois ou souvent** » le **sentiment d'être isolées**.

De manière générale, 15 % d'entre elles affirment avoir souvent et 29 % parfois le sentiment d'être isolées. Les groupes les plus affectés sont les personnes âgées de moins de 25 ans, les personnes avec une formation universitaire, les personnes sans emploi ou en emploi à temps partiel, les ménages comptant une seule personne et les personnes les plus défavorisées. Ces sondages effectués auprès de l'ensemble de la population, tous revenus confondus, permettent de distinguer un impact légèrement plus prononcé chez les femmes, mais quasiment pas de différence selon le statut migratoire.

Source : Maude Dionne et autres (2021). [Pandémie, isolement social et sentiment de sécurité personnelle – 7 septembre 2021](#), Québec, INSPQ.

Les femmes paraissent plus touchées par le sentiment de solitude dans les enquêtes de l'INSPQ et de l'ISQ contrairement à la présente étude. Le Projet résilience se concentrant sur les personnes des deux quintiles (ou 40 %) des revenus les plus bas, il y a lieu de penser que les femmes et les hommes moins nantis sont davantage affectés, mais de manière égale. Par ailleurs, le sondage effectué dans le cadre du Projet résilience montre que certains groupes sont particulièrement concernés : les personnes de la diversité sexuelle, les personnes en situation de handicap, les minorités linguistiques (anglophones et allophones), les minorités visibles et les personnes immigrantes.



EN SAVOIR PLUS

L'EQSP sur la solitude ressentie pendant la pandémie

L'ISQ a publié en octobre 2021 un extrait de son *Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2020-2021*.

Cette enquête probabiliste menée auprès de 7 000 personnes mesure le sentiment d'isolement par un indice construit à partir des réponses à trois indicateurs : « l'impression de manquer souvent de compagnie », **le sentiment d'être « souvent isolés des autres »** et « l'impression d'être laissés de côté ». Il s'agit d'une adaptation en français de l'échelle révisée UCLA du sentiment de solitude.

L'enquête de l'ISQ révèle un sentiment de solitude plus élevé chez les femmes, les jeunes âgés de moins de 35 ans, les étudiants et étudiantes, les personnes seules ou les familles monoparentales, les personnes se percevant comme pauvres, les personnes qui se qualifiaient comme ayant une santé passable ou mauvaise.

Source : Institut de la statistique du Québec (2021). *Répercussions de la pandémie sur la vie sociale, la santé mentale, les habitudes de vie et la réalité du travail des Québécois*.



Survol de programmes et politiques dédiés à l'isolement social ou à la solitude



Un survol de la littérature scientifique et de la documentation publiée par les organismes de la société civile ou par les gouvernements montre que de nombreuses études abordent l'ampleur de l'isolement social ou du sentiment de solitude ainsi que leurs répercussions financières ou sur la santé. Quelques écrits parmi ceux repérés se concentrent toutefois sur les politiques publiques traitant de ces phénomènes. La majorité des études recensées d'une part sur l'isolement social et d'autre part sur le sentiment de solitude confondent explicitement ou implicitement ces deux enjeux issus d'une rupture des relations de sociabilité.

L'examen de la littérature repérée sur ce sujet invite en première analyse à dégager trois types d'approches :

- Une approche visant à agir directement et explicitement sur les déterminants de l'isolement social ou de la solitude. Elle tend vers des politiques sectorielles adoptées pour réduire ou pour prévenir ces phénomènes.
- Une approche transversale qui souhaite s'assurer que les politiques adoptées à différents desseins (économique, social, fiscal, etc.) ne causent pas de préjudices, n'accroissent pas l'isolement social et le sentiment de solitude, ni ne créent de nouveaux facteurs d'isolement.
- Une approche globale mise de l'avant par des coalitions de la société civile rassemblées autour de l'élimination de l'isolement social ou de la solitude.

Agir sur les déterminants de l'isolement

L'isolement social résulte de multiples facteurs qui interagissent sur divers plans, ceux des individus, des relations proches, de la communauté et de la société (voir le tableau suivant). L'identification des facteurs de risque qui exposent à l'isolement social ou à la solitude permet ainsi de définir autant de domaines sur lesquels il conviendrait d'agir en prévention selon une revue de littérature britannique centrée sur les personnes âgées⁸⁴.

Sur le plan individuel

D'abord, les interventions individuelles comprennent les programmes réputés efficaces dans la littérature, soit les approches de compagnonnage (*befriending*) et de soutien par thérapie cognitivo-comportementale pour augmenter la résilience des individus et les encourager à se réengager dans les réseaux de sociabilité. Ces politiques ou programmes renforçant la capacité des individus⁸⁵ visent à :

- soutenir leur capacité relationnelle ;
- augmenter le soutien social ;
- augmenter les occasions d'interactions sociales ;
- cibler des enjeux de cognition sociale, c'est-à-dire traiter par la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) l'anxiété ou des réactions émotives résultant de pensées obsédantes.



Selon cette méta-analyse des interventions visant à réduire la solitude, effectuée par une équipe américaine, ce sont les interventions de TCC qui montrent le plus grand effet, probablement à cause du design des études qui en ont fait le suivi, lequel comprenait des groupes aléatoires à double insu ou des groupes contrôles⁸⁵.

Exemples de facteurs de risque exposant les personnes âgées à l'isolement social

Plan individuel	
<p>Caractéristiques individuelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avoir plus de 75 ans • Vivre seul, sans enfant, être divorcé ou veuf • Ressources financières limitées • Vulnérabilité sur le plan de la santé mentale • Appartenance à certains groupes minoritaires • Barrière linguistique, etc. 	<p>Transition du parcours de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclin de la santé • Perte ou diminution fonctionnelle de la mobilité • Perte de revenu • Retraite • Proche aidance, etc.
Plan relationnel	
<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence des contacts avec les amis/famille/voisins • Taille et qualité des réseaux de sociabilité • Conflits, crise ou dysfonction de la famille 	
Plan des communautés	
<p>Vivre dans un secteur avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bas revenus ou défavorisation sociale • Taux de criminalité élevé • Roulement élevé des résidents • Accès limité aux services, commerces, système de transport en commun, etc. 	
Plan de la société	
<ul style="list-style-type: none"> • Discrimination et marginalisation • Politiques économiques et sociales qui maintiennent les inégalités • Manque de cohésion sociale • Normes sociales 	

D'après Natalie Cotterell, Tine Buffel et Christopher Phillipson (2018). Preventing social isolation in older people, *Maturitas*, 113, p. 80-84. [Notre traduction]



Ensuite, soutenir la formation de groupes d'activités sociales, éducatives ou physiques permet de briser l'isolement social, dans la mesure où elles impliquent les individus dans leur développement et qu'elles ciblent certains groupes. Ces activités semblent particulièrement efficaces pour les groupes minoritaires peu impliqués dans la société ou les femmes vivant seules. Ainsi, une revue systématique de littérature recommande des activités ciblées et adaptées aux conditions d'isolement spécifiques des groupes, distingués selon différentes caractéristiques – personnes ayant des troubles mentaux, des maladies chroniques ou en situation de handicap, membres de l'armée, parents, personnes proches aidantes, personnes immigrantes et réfugiées ou d'autres groupes marginalisés – et illustre à quel point les interventions pertinentes peuvent varier⁸⁶.

Selon plusieurs études, l'intégration de ces interventions individuelles dans le panier de services publics existants, au lieu d'une offre de programmes ponctuels, semble garantir leur pérennité. Une partie de l'argumentaire en faveur de cette intégration repose sur les études qui ont documenté le rapport coût/efficacité de ces interventions⁸⁷⁻⁸⁸. Les activités de compagnonnage (*befriending*) ou de jumelage ont également été évaluées de manière favorable.

Enfin, les politiques proposées comprennent des programmes de « prescription sociale » (*social prescribing*) qui visent à mettre en contact les personnes à risque d'isolement avec les services et les organisations de leur communauté. Les prestataires de service, notamment les soins de santé de première ligne, effectuent donc un repérage des personnes à risque ou en situation d'isolement et prescrivent, non pas un traitement, mais un soutien social en orientant ces personnes vers des organismes ou des ressources adéquates^{89 à 94}. Ces programmes impliquent que les organismes communautaires soient suffisamment subventionnés pour pouvoir maintenir cette offre de services.

Sur le plan relationnel

Il est aussi recommandé de tirer profit de la technologie pour briser l'isolement en maintenant le contact, même à distance, avec les proches ou en favorisant les rencontres sans les obstacles reliés à la mobilité⁸⁴⁻⁹⁵. Même si les études ne sont pas convergentes, et sont parfois équivoques à ce sujet selon le groupe d'âge concerné, le soutien à la technologie est mentionné comme une composante importante des politiques publiques pour s'attaquer à l'isolement social et au sentiment de solitude⁴⁶⁻⁸⁴⁻⁸⁶⁻⁹⁶⁻⁹⁷.

Sur le plan des communautés

Diverses politiques publiques ou programmes mitigent les obstacles à la mobilité en agissant sur le milieu de vie. Selon une revue systématique des interventions qui renforcent les relations sociales en améliorant l'infrastructure des communautés, les interventions efficaces sont les suivantes⁹⁸ :

- Utiliser un design de proximité ; maintenir des espaces physiques conviviaux (espaces de rencontre, parcs publics, espaces publics sécuritaires et agréables, espaces pour s'asseoir, éléments piétonniers et accessibles, marchands locaux) ;



- Soutenir la mixité sociale dans les nouveaux développements immobiliers ;
- Augmenter le nombre d'événements locaux comme les marchés ou les fêtes de rue ;
- Favoriser l'échange de l'information locale en créant des panneaux d'affichage ou des groupes de courriels ;
- Augmenter la capacité d'influence des résidents et résidents sur les décisions touchant leur voisinage et encourager l'implication communautaire.

Les caractéristiques physiques de l'environnement local de même que la sécurité ressentie dans le voisinage immédiat ne semblent pas toujours des gages de satisfaction à l'égard de son réseau de sociabilité et de la diminution du sentiment de solitude. Une étude néerlandaise menée auprès de personnes âgées tire de telles conclusions⁹⁹. En revanche, selon une enquête menée auprès d'adultes habitant Chicago, l'exposition à la violence dans la communauté est un facteur déterminant de l'isolement social et du sentiment de solitude¹⁰⁰.

Enfin, considérant les enjeux créés par la crise de la COVID-19, certains proposent d'assurer la disponibilité de services en santé mentale, d'acquérir des compétences sociales et émotionnelles à l'école et de former le corps professoral à l'identification des signaux d'isolement social¹⁰¹.

Sur le plan de la société

Les politiques visant à agir sur les déterminants de la solitude et de l'isolement social touchent divers secteurs tels que l'emploi, la famille, la formation ou les programmes de sensibilisation⁸⁴⁻¹⁰². Les interventions varient aussi selon les âges et les événements du parcours de vie et peuvent porter aussi bien sur la période périnatale, la petite enfance, l'enfance et l'adolescence que sur les années de vie active et la retraite³⁴.

Par exemple, au Canada, le Conseil national des aînés⁴⁰ propose d'offrir des services ciblés de soutien aux personnes proches aidantes pour prévenir leur isolement et pour lutter contre l'âgisme et la discrimination à leur endroit. Parmi les personnes âgées, le Conseil cible également celles qui sont autochtones, immigrantes, qui appartiennent aux communautés LGBTQIA+, vivent seules ou dans des régions éloignées, sont à faible revenu et, enfin, celles qui vivent avec des problèmes de santé.

Considérer les liens sociaux dans toutes les politiques

Parce que maints domaines de politiques publiques peuvent influencer sur l'isolement social et le sentiment de solitude, plusieurs proposent de considérer la question des liens sociaux dans toutes les politiques. En ce sens, la spécialiste américaine Julianne Holt-Lunstad invite à adopter l'approche du « *Social in All Policies*¹⁰³ » selon laquelle les initiatives visant à soutenir les réseaux de sociabilité seraient à intégrer dans les politiques publiques relevant de multiples secteurs (voir le tableau suivant).



Cette approche s’inspire d’une stratégie de santé publique, connue sous l’expression de « santé dans toutes les politiques » (SdTP ou HiAP pour *Health in All Policies*)¹⁰⁴. Selon ce modèle, chaque ministère devrait s’assurer que ses programmes et politiques, avant leur adoption et leur mise en œuvre, soient évalués pour leurs impacts sur le capital social, les réseaux de sociabilité, l’isolement social et le sentiment de solitude. Ce serait donc à l’ensemble d’un gouvernement que reviendrait la responsabilité d’œuvrer au soutien des réseaux de sociabilité, puisque l’isolement social est un phénomène multifactoriel.

Exemples de mesures/politiques soutenant les réseaux de sociabilité

Domaine	Mesures
Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Se donner des cibles sur les relations de sociabilité et l’isolement dans les programmes de santé publique • Utiliser la prescription sociale, ou <i>social prescribing</i> (orientation vers un soutien au sein de la communauté) • Inclure des indicateurs sur les relations de sociabilité et l’isolement dans les dossiers médicaux électroniques
Transport	<ul style="list-style-type: none"> • Rendre le transport collectif inclusif et abordable pour faciliter les interactions sociales
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure les questions de sociabilité et d’isolement dans les objectifs des programmes scolaires • Utiliser les locaux des établissements d’enseignement comme lieux de rencontres le soir, les fins de semaine et pendant l’été
Logement	<ul style="list-style-type: none"> • Diversifier les habitats pour inclure des espaces de bureaux et des espaces communs favorisant les interactions sociales et réduisant le temps de trajet vers le travail • Adapter les logements aux changements démographiques
Emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la conciliation travail-famille • Mettre en place des centres communautaires de développement de la main-d’œuvre (ex. cours de langue pour les personnes immigrantes)
Alimentation et nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les programmes qui facilitent la socialisation (ex. popotes roulantes, jardins communautaires, marchés fermiers), la réduction du gaspillage alimentaire et la distribution d’aliments aux personnes défavorisées
Environnement	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des programmes de développement durable qui favorisent la rencontre et la coopération des personnes (ex. programmes de recyclage et de récupération, co-voiturage)

D’après Julianne Holt-Lunstad (2020). The Double Pandemic of Social Isolation And COVID-19: Cross-Sector Policy Must Address Both, *Health Affairs Blog*. [Notre traduction]

Selon cette approche, il convient de prêter attention au fait que les politiques publiques peuvent aussi générer des effets négatifs ou des freins non voulus¹⁰⁵. Les politiques



proposées dans cette optique agiraient alors autant sur les facteurs soutenant les liens sociaux que sur ceux qui pourraient les compromettre. Pour ce faire, plusieurs types d'instruments politiques sont à mobiliser tels que les incitatifs, les discours, les prescriptions ou encore la publication régulière de statistiques.

Mobiliser autour d'une stratégie globale

Les coalitions nationales représentent une voie qui a surtout émergé dans la dernière décennie. Elles visent à éliminer l'isolement social ou le sentiment de solitude et à combattre l'exclusion sociale. Selon cette approche, ces objectifs ne seront atteints que si les gouvernements, l'ensemble de la société civile et toutes les parties prenantes sont inclus.

La seule coalition nationale pilotée par un gouvernement qui a été repérée est la stratégie britannique¹⁰⁶. Ce gouvernement a d'ailleurs créé la fonction ministérielle de chargé du *Loneliness*¹⁰⁷. Aux Pays-Bas, le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports a lancé son initiative « Unis contre la solitude » (*Een tegen Eenzaamheid*)¹⁰⁸. Quant au gouvernement du Canada, il a conduit plusieurs études statistiques sur le capital social en général, sur les personnes immigrantes et surtout sur les personnes âgées, mais n'a pas de stratégie en tant que telle pour contrer l'isolement social.

Les autres coalitions sont menées par des organisations non gouvernementales. Au Canada, deux initiatives issues des communautés ont vu le jour pour réduire l'isolement social et la solitude et améliorer le bien-être des populations par le renforcement des liens sociaux :

- [GenWell Project](#), un mouvement, Ontario
- [Social Bubble Project](#), une plateforme de connaissances et d'échanges, Colombie-Britannique

De même, à l'international, les stratégies sont surtout le fait d'organisations non gouvernementales¹⁰⁷, la stratégie britannique mise à part :

- [Global Initiative on Loneliness and Connection](#), international
- [Togetherness Hub](#), international
- [Commit to Connect](#), États-Unis
- [Foundation for Social Connection](#), États-Unis
- [Coalition to End Social Isolation & Loneliness](#), États-Unis
- [Connect2Affect](#), États-Unis
- [Ending Loneliness Together](#), Australie
- [A connected society](#), Royaume-Uni

Les politiques mises de l'avant rejoignent celles proposées par les autres approches, mais incluent le soutien à l'évaluation et à la diffusion de pratiques validées, ainsi que le développement d'indicateurs.



Par exemple, la coalition australienne Ending Loneliness Together¹⁰⁹ propose un plan qui agit sur trois dimensions : 1) l'investissement dans la recherche pour développer et diffuser des pratiques inspirées de données probantes applicables au contexte australien ; 2) le développement et l'implantation de solutions systémiques et 3) la connexion et l'autonomisation des personnes pour combattre leur sentiment de solitude.

Aux États-Unis, la Coalition to End Social Isolation and Loneliness a énoncé des priorités influencées par les défis posés par la crise sanitaire de la COVID-19. Elle retient les priorités suivantes¹¹⁰ :

- Maintenir et augmenter les services de santé mentale, qui réduisent les effets de l'isolement social et de la solitude pour les populations vulnérables ;
- Améliorer l'action de la santé publique pour répondre à l'augmentation de l'isolement social et de la solitude pendant la pandémie ;
- Augmenter le financement au soutien des personnes âgées et à la gestion des effets de l'isolement social et de la solitude chez les personnes aux études.

D'autres priorités d'intervention à plus long terme sont également émises par cette coalition :

- Sensibiliser la population à l'importance des impacts de l'isolement social et de la solitude sur la santé ;
- Augmenter les services sociaux pour les personnes affectées notamment en ayant recours aux organismes communautaires et aux agences gouvernementales existantes ;
- Améliorer les services de santé en intégrant l'isolement et la solitude dans les protocoles cliniques et en se basant sur les meilleures pratiques ;
- Développer les recherches et les données probantes nécessaires pour élaborer des programmes efficaces.

Isolement social et politiques publiques au Québec et au Canada

Un repérage de la place de l'isolement social ou du sentiment de solitude dans les politiques publiques au Québec et au Canada a été effectué sur différents sites Web de référence : *Québec.ca*, sites du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des ministères de la Santé des autres provinces canadiennes, Agence de santé publique du Canada et Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La recherche a porté sur les mots clés suivants : *isolement social/social isolation, solitude/loneliness*. Les mêmes mots clés ont donné lieu à une recherche dans les bases de données spécialisées sur les lois et les décisions des cours au Canada (CANLII).

Ce premier repérage semble montrer que bien qu'elles ne soient pas au centre des préoccupations et de l'agenda, les notions d'isolement social et de sentiment de solitude ne sont pas absentes des politiques publiques québécoises et canadiennes.



Le portrait statistique de l'isolement social et de la solitude est encore émergent

Comme le rappelle la théorie des processus de politiques publiques¹¹¹, les rapports statistiques sont des déclencheurs importants de l'action gouvernementale. Corollairement, l'inclusion de questions dans les enquêtes statistiques confirme le fait que cette préoccupation est reconnue socialement.

Bien que l'attention portée à ces phénomènes soit relativement récente, l'isolement social et le sentiment de solitude sont mesurés de manière officielle. Depuis quelques années, diverses publications de l'Institut de la statistique du Québec et de Statistique Canada abordent ces thèmes principalement à partir des données issues de l'*Enquête sociale canadienne* (ESC). Les dimensions documentées couvrent notamment les réseaux de sociabilité et le capital social (ex. confiance envers les autres, les institutions, participation sociale), le sentiment de solitude et le nombre de personnes qui vivent seules¹¹²⁻¹¹³.

À l'occasion de la pandémie, le sentiment de solitude a été mesuré dans l'ESC pour la première fois à l'échelle de la population canadienne âgée de 15 ans et plus. De son côté, l'INSPQ a ajouté des questions sur l'isolement social dans ses enquêtes hebdomadaires, entre janvier et septembre 2021. Celui-ci était notamment mesuré par une question sur la fréquence ressentie du sentiment d'isolement.

Dans le milieu de la recherche, l'étude GenWell conduite pendant la pandémie sur les liens sociaux au Canada a fait le portrait des relations de sociabilité avec les voisins, les collègues, la famille et les amis et a étudié les sentiments reliés à l'isolement social. L'échantillon comprenait une portion de personnes du Québec, mais les résultats ne sont pas présentés séparément par province.

Divers questionnaires produits par des firmes privées abordent principalement ou incidemment les questions de l'isolement social. C'est le cas de l'index de santé mentale, une enquête annuelle de la firme Morneau Shepell dont l'un des sous-indices porte sur l'isolement¹¹⁴. À l'occasion de la crise liée à la COVID-19, la firme de sondage Ipsos a également produit une analyse sur l'impact de la distanciation physique sur l'isolement social¹¹⁵.

L'isolement social est considéré dans quelques politiques publiques au Québec

Les questions reliées à l'isolement social sont présentes soit en filigrane, soit de manière explicite dans quelques domaines de politiques publiques au Québec. Voici un tour d'horizon de ce premier repérage.

- Depuis la révision des programmes sur les **Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance** (SIPPE) en 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a ajouté un nouveau critère de vulnérabilité : l'isolement social. C'est l'introduction de ce nouveau critère qui a poussé l'Institut national de santé publique du Québec à produire un état de connaissances sur ce sujet¹¹⁶.



- Le MSSS compte aussi une **Direction de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance et l'isolement social** destinée principalement aux personnes âgées vulnérables.
- Dans le **Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (PAM) 2017-2022** du ministère de la Famille, l'isolement social fait partie des facteurs de risque de maltraitance. Ce plan comprend notamment le programme *Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité* (ITMAV), qui finance des initiatives permettant de briser leur isolement social.
- L'importance de briser l'isolement social des personnes proches aidantes est également mentionnée dans le **Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026** même si ce document ne contient pas de mesures spécifiques à ce sujet. Il insiste plutôt sur l'importance de la participation sociale et prévoit des mesures favorisant la conciliation entre le rôle de proche aidance et les autres sphères de la vie.
- Dans son **Plan d'action gouvernemental pour l'inclusion économique et la participation sociale (PAGIEPS) 2017-2023**, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale consacre l'un des quatre axes d'actions à la participation sociale des populations à faible revenu. Plusieurs mesures de cet axe visant la participation sociale s'appuient sur la mobilisation des milieux locaux et régionaux, telle que le déploiement d'Alliances pour la solidarité. Cet axe comprend aussi l'amélioration du financement d'organismes communautaires.
- Dans la **politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien de l'action communautaire** publiée en 2001, il est question du rôle essentiel que l'action communautaire tient dans le « resserrement des liens sociaux dans les collectivités¹¹⁷ » et dans le développement de la participation sociale.
- Le MSSS a également élaboré le **Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025** ainsi que la **Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS)** publiée en 2016, dont une des finalités vise à réduire les inégalités sociales de santé. Ces deux programmes de prévention ne mentionnent quasiment pas l'isolement social, bien que plusieurs mesures mises de l'avant sont susceptibles de s'attaquer aux facteurs qui sont à la source de l'isolement. L'objectif 2.1 du Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé « Améliorer la qualité de vie dans les communautés » mentionne cependant l'importance d'améliorer la participation sociale des personnes âgées et l'accès à des bâtiments publics proche des milieux de vie¹¹⁸.
- À l'initiative du MSSS, le [Réseau d'éclaireurs](#) pour la santé psychologique a été déployé en 2020 dans toutes les régions du Québec pour « augmenter [ou] soutenir la capacité d'adaptation et la résilience des personnes et de la communauté en contexte de pandémie et de post-pandémie¹¹⁹ ». Cette initiative s'appuie sur la participation sociale et l'engagement bénévole de citoyens et citoyennes avec le soutien d'une équipe en santé et services sociaux et la collaboration de partenaires



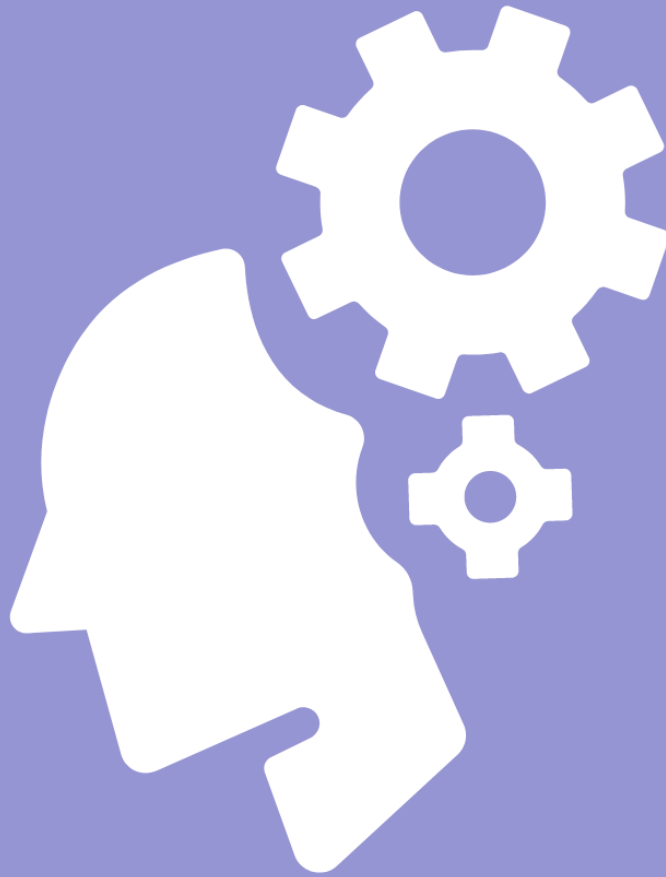
divers. Le Réseau d'éclaireurs peut ainsi repérer les personnes présentant des signes de détresse, leur apporter un soutien moral et au besoin les diriger vers les ressources appropriées, entre autres rôles. Sa mise en place s'inscrit dans l'axe 1 « Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux » du **Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026**. Le budget 2022-2023 du gouvernement du Québec prévoit la reconduction de cette activité.

- L'isolement social est mentionné à plusieurs occasions dans le **Plan d'action pour la santé mentale étudiante en enseignement supérieur 2021-2026**. Ce plan prévoit des initiatives tels des programmes de pairs aidants ou des subventions spécifiques aux établissements pour faciliter la transition sociale.

Ainsi, les préoccupations liées à l'isolement social ne sont pas absentes de l'espace public ni des politiques publiques au Québec. Elles se sont d'abord centrées sur les personnes âgées et des personnes vulnérables en périnatalité et petite enfance. La politique en enseignement supérieur représente une exception en accord avec la littérature qui relève des besoins importants chez les plus jeunes. Elle met cependant de côté les jeunes qui ne suivent pas d'études au cégep ni à l'université.



Conclusion



Ce rapport thématique sur l'isolement social souhaite éclairer les inégalités en contexte pandémique sous l'angle de ce facteur de vulnérabilité. Ce complément s'inscrit dans le cadre du Projet résilience, qui documente plusieurs dimensions du vécu de la pandémie chez des populations les moins nanties.

L'isolement social et le sentiment de solitude sont des phénomènes issus de la rupture objective ou subjective des **relations de sociabilité**. Leurs effets majeurs sur la santé mentale et physique sont démontrés, de même que les coûts importants qu'ils entraînent pour les sociétés. Cependant, l'accentuation de l'isolement chez les populations plus vulnérables, découlant de certaines mesures sanitaires prises pour limiter l'ampleur de la pandémie, aurait-elle été sous-estimée?

Plusieurs mesures préventives telles que le confinement, le couvre-feu, la distanciation physique, l'accès restreint à des services publics et à des activités communautaires, culturelles, sportives, de loisir, ainsi que les fermetures d'écoles et de services de garde ont bouleversé les réseaux de sociabilité. Ces changements ont eu des conséquences différentes selon les vulnérabilités existantes, par exemple en limitant la participation sociale de personnes dont les relations sociales étaient déjà limitées.

Selon le **sondage** réalisé à l'été 2021 dans le cadre du Projet résilience auprès d'un échantillon de personnes faisant partie des 40 % les moins nanties, 1 personne sur 3 a rapporté se sentir assez ou beaucoup isolée des autres après plus d'un an de pandémie. Ce sentiment d'isolement augmente significativement selon l'appartenance à une minorité visible, à une minorité linguistique, à la diversité sexuelle et selon la présence de limitations fonctionnelles entre autres caractéristiques. Il semble également étroitement associé à l'insuffisance de moyens financiers ou à des difficultés financières. Enfin, dans le contexte pandémique, il est aussi lié à l'évolution des restrictions selon les territoires.

Bien que l'isolement soit une caractéristique attribuée aux individus, les causes peuvent être notamment reliées à leur position sociale et à différents moments dans leur parcours de vie, ainsi qu'à l'environnement physique de leur milieu de vie.

Le survol de littérature sur les **politiques publiques** portant sur l'isolement ou la solitude est un préalable à une réflexion plus poussée sur les façons d'intervenir sur ces phénomènes au Québec en contexte pandémique et postpandémique.

- Faudrait-il déployer des interventions qui s'adressent de manière plus ciblée aux personnes pour qui s'additionnent des vulnérabilités ou qui tiennent compte des différentes sources de discrimination et de marginalisation ?
- Convierait-il de se doter d'indicateurs sur la santé des relations de sociabilité et le capital social, et plus largement rassembler davantage de données sur « le niveau de bien-être émotionnel, psychologique et social¹²⁰ » comme le recommande l'INSPQ dans une analyse des actions à mener pour favoriser la résilience des communautés et la cohésion sociale ?



- Les politiques publiques devraient-elles prendre davantage en compte l'isolement social et les inégalités de sociabilité ?

Ce premier repérage constitue une étape, qui pourrait notamment être poursuivie par une concertation de parties prenantes. Celle-ci peut prendre diverses formes, dont celle d'une délibération sur l'acceptabilité, l'applicabilité et l'efficacité des différentes approches dégagées.



Références bibliographiques



1. Paugam, Serge (2009). *Le lien social*, 2^e éd. Paris, PUF, coll. Que sais-je ?
2. Bouchard, Louise (2008). Capital social, solidarité réticulaire et santé, dans Katherine Frohlich et autres (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Les Presses de l'Université de Montréal, 187-208.
3. Kirmayer, J. Laurence et autres (2009). Community Resilience: Models, Metaphors and Measures, *International Journal of Indigenous Health*, 5, 62-117.
4. Nakagawa, Yuko et Rajib Shaw (2004). Social capital: A missing link to disaster recovery, *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 22(1), 5-34.
5. Paugam, Serge (2017). S'attacher à la société : Durkheim et la théorie des liens sociaux, *Revue internationale de philosophie*, 2(280), 89-115.
6. Serres, Jean-François (2017). [Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité](#), Avis du Conseil économique, social et environnemental, p. 97.
7. Paugam, Serge (2012). « Compter sur » et « compter pour » : les deux faces complémentaires du lien social, dans Robert Castel et Claude Martin (dir.), *Changements et pensées du changement : échanges avec Robert Castel*, Paris, La Découverte, 215-230.
8. Nakhaie, M. Reza et Abdolmohammad Kazemipur (2013). Social Capital, Employment and Occupational Status of the New Immigrants in Canada, *Journal of International Migration and Integration*, 14(3), 419-437.
9. Ponthieux, Sophie (2006). *Le capital social*, Paris, La Découverte, coll. Repères, p. 33-42.
10. Moore, Gwen (1990). Structural Determinants of Men's and Women's Personal Networks, *American Sociological Review*, 55(5), 726-735.
11. Nan, Lin (2000). Inequality in Social Capital, *Contemporary Sociology*, 29(6), 785-795.
12. Gravel, Marie-Andrée (2016). Les réseaux sociaux informels et le capital social, *Données sociodémographiques en bref*, 20(2), Institut de la statistique du Québec, 1-10.
13. Turcotte, Martin (2015). *Tendances du capital social au Canada*, n° 89-652-X2015002 au catalogue de Statistique Canada.
14. Folland, Sherman (2007). Does « community social capital » contribute to population health?, *Social Science & Medicine*, 64(11), 2342-2354.
15. Waterston T., Alperstein G. et S. S. Brown (2004). Social capital: A key factor in child health inequalities, *Archives of Disease in Childhood*, 89(5), 456-459.
16. Woolcock, Michael (1998). Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy, *Theory and Society*, 27, 151-208.
17. Calvo, Rocio et autres (2012). [Well-being and social capital on planet earth: Cross-national evidence from 142 countries](#), *PLoS One*, 7(8), e42793.
18. Couturier, Eve-Lyne et Maxim Fortin (2021). *Effets de la crise sanitaire sur le milieu communautaire : portrait de la situation pour les organismes du Québec*, IRIS.



19. Arulthas, Stephani (2021). *Indicateurs associés à l'isolement social et à la solitude chez les parents québécois pendant la période de la périnatalité et de la petite enfance : synthèse rapide*, Québec, INSPQ.
20. de Jong Gierveld, Jenny, van Tilburg, Theo G. et Pearl A. Dykstra (2006). Loneliness and Social Isolation, dans Daniel Perlman et Anita L. Vangelisti (dir.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*, Cambridge, Cambridge University Press, chap. 26, 485-500.
21. Holt-Lunstad, Julianne (2020). Social Isolation and Health, *Health Affairs Health Policy Brief*, 22-06-2020.
22. Leigh-Hunt, Nicholas, et autres (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness, *Public Health*, 152, 157-171.
23. Jeste, Dilip V., Lee, Ellen E. et Stephanie Cacioppo (2020). Battling the Modern Behavioral Epidemic of Loneliness: Suggestions for Research and Interventions, *JAMA Psychiatry*, 77(6), 553-554.
24. Xia, Ning et Huige Li (2018). Loneliness, Social Isolation, and Cardiovascular Health, *Antioxidants & Redox Signaling*, 28(9), 837-851.
25. Angus Reid Institute (2019). [*A Portrait of Social Isolation and Loneliness in Canada today.*](#)
26. Hawkley, Louise C. et John T. Cacioppo (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms, *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 221-230.
27. D'Hombres, Béatrice, Barjaková, Martina et Sylke V. Schnepf (2021). *Loneliness and Social Isolation: An Unequally Shared Burden in Europe*, Discussion Paper Series 14245, IZA Institute of Labor Economics.
28. Leigh-Hunt, Nicholas, et autres (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157-171.
29. Holt-Lunstad, Julianne et autres (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review, *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237.
30. Beutel, Manfred E. et autres (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health, *BMC Psychiatry*, 17(97), 1-7.
31. Meisters, Rachele et autres (2021). Does Loneliness Have a Cost? A Population-Wide Study of the Association Between Loneliness and Healthcare Expenditure, *International Journal of Public Health*, 1, 1-10.
32. Baarck, Julia, et autres (2021). *Loneliness in the EU: Insights from surveys and online media data*, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
33. Zavaleta Diego, Samuel Kim et China Mills (2014). Social Isolation: A Conceptual and Measurement Proposal, *Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI) Working Papers*, 67.



34. Public Health England / UCL Institute of Health Equity (2015). [*Reducing social isolation across the lifecourse*](#), rapport.
35. Gouraud, Bérangère, et Pascal Noblet (2017). [*Les trois formes de solitude : vie seule, isolement et sentiment de solitude*](#), *Les notes d'analyse et de synthèse de la MASSP*, 35.
36. Kovacs, Balazs, et autres (2021). Social Networks and Loneliness During the COVID-19 Pandemic, *Socius*, 7, 1-16.
37. Russell, Daniel W. (1996). UCLA Loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and Factor Structure, *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
38. Hughes, Mary Elizabeth et autres (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results from Two Population-Based Studies, *Research on Aging*, 26(6), 655-672.
39. Perlman, Daniel et Letitia Anne Peplau (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness, dans Steve Duck et Robin Gilmour (dir.), *Personal Relationships in Disorder*, Londres, Academic Press, chap. 2, 31-56.
40. Conseil national des aînés (2017). *Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard ? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés*, gouvernement du Canada.
41. de Jong, Maarten et Alfred T. Ho (2020). Emerging fiscal health and governance concerns resulting from COVID-19 challenges, *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 33(1), 1-11.
42. Salma, Jordana et Bukola Salami (2020). "Growing Old is not for the Weak of Heart": Social isolation and loneliness in Muslim immigrant older adults in Canada, *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 615-623.
43. Ministère de la Famille / Secrétariat aux aînés (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022*, gouvernement du Québec, p. 27.
44. Luhmann, Maike et Louise C. Hawkley (2016). Age Differences in Loneliness from Late Adolescence to Oldest Old Age, *Developmental Psychology*, 52(6), 943-959.
45. Perlman, Daniel (1990). Age Differences in Loneliness: A Meta-Analysis, dans *98th Annual Convention of the American Psychological Association*, 10.
46. Lévesque, Julie (coord.) (2020). *Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie*, gouvernement du Québec, INSPQ.
47. Turcotte, Martin et Darcy Hango (2020). *Incidence des conséquences économiques de la COVID-19 sur les préoccupations sociales des Canadiens*, Statcan et la COVID-19, n° 45280001 au catalogue de Statistique Canada.
48. Oksanen, Atte et autres (2020). Regulation and Trust: 3-Month Follow-up Study on COVID-19 Mortality in 25 European Countries, *JMIR Public Health Surveillance*, 6(2).



49. Bartscher, Alina Kristin et autres (2020). Social capital and the spread of Covid-19: insights from European Countries, *IZA Discussion Paper Series*, 13310, 56.
50. Elgar, Frank J., Stefaniak, Anna et Michael J. A. Wohl (2020). The trouble with trust: Time-series analysis of social capital, income inequality, and COVID-19 deaths in 84 countries, *Social Science & Medicine*, 263.
51. Arachchi, Janaki I. et Shunsuke Managi (2021). The Role of Social Capital in Covid-19 deaths, *BMC Public Health*, 21(434), 1-9.
52. Card, Kiffer et Pete Bombaci (2021). *Social Connection in Canada: Preliminary Results from the 2021 Canadian Social Connection Survey*, The GenWell Project.
53. Romero, Daniel M., Uzzi, Brian et Jon Kleinberg (2016). Social networks under stress, *25th Int World Wide Web Conf WWW 2016*.
54. Brisson, Marc et autres (2021). [CONNECT : étude des contacts sociaux des Québécois – Résultats du 21 juillet 2021](#), INSPQ, [En ligne].
55. Pai, Nagesh, et Shae-Leigh Vella (2021). COVID-19 and loneliness: A rapid systematic review, *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(12), 1144-1156.
56. Megalakaki, Olga et Cyrille Kossigna Kokou-kpolou (2021). Effects of biopsychosocial factors on the association between loneliness and mental health risks during the COVID-19 lockdown, *Current Psychology*. Accepté le 17-08-2021.
57. Généreux, Mélissa et Elsa Landaverde (juin 2021). *Impacts psychosociaux de la pandémie de COVID-19 : résultats d'une large enquête québécoise, rapport de la 4^e phase*, Université de Sherbrooke.
58. Institut de la statistique du Québec (2021). [Répercussions de la pandémie sur la vie sociale, la santé mentale, les habitudes de vie et la réalité du travail des Québécois](#), Québec, gouvernement du Québec, [En ligne].
59. Hwang, Tzung-Jeng, et autres (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic, *International psychogeriatrics*, 32(10), 1217-1220.
60. Observatoire de l'action communautaire autonome (novembre 2021). *COVID-19 – Impacts sur les populations du point de vue des organismes communautaires, partie 1 : augmentation de l'isolement et de la détresse, cahier*.
61. Nations unies (2020). *Note de synthèse : l'impact de la COVID-19 sur les personnes âgées*.
62. Best, Lisa A., et autres (2021). The Psychological Impact of COVID-19 in Canada: Effects of Social Isolation During the Initial Response, *Canadian Psychology*, 62(1), 143-154.
63. Conseil québécois LGBTQ (2020). *Réalités et besoins des organismes LGBTQ+ québécois en situation pandémique : une lettre aux gouvernements du Canada et du Québec*, 17 avril 2020.



64. Bastien, Thomas, Fournier, François et Anne-Marie Morel (2022). *Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et la qualité de vie des personnes immigrantes au Québec : constats et recommandations*, Association pour la santé publique du Québec / Observatoire québécois des inégalités.
65. Comité consultatif de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2021). *Avis préliminaire portant sur les impacts de la pandémie sur les populations vulnérables*, Québec, gouvernement du Québec, p. 20.
66. Raifman, Julia, et autres (2020). Economic precarity, social isolation, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic, *medRxiv*, preprint 7-10-2020.
67. Goodman, A. Lisa et Deborah Epstein (2020). Loneliness and the COVID-19 Pandemic: Implications for Intimate Partner Violence Survivors, *Journal of Family Violence*. Accepté le 1-11-2020.
68. Observatoire canadien du féminicide pour la justice et la responsabilisation (2020). *#Cestunféminicide : comprendre les meurtres de femmes et de filles liés au sexe et au genre au Canada en 2020*, p. 56 et 60-61.
69. Conseil du statut de la femme (2021). [Les violences faites aux femmes en période de crise sanitaire](#), *Les femmes et la pandémie*, 21 avril 2021, [En ligne].
70. Egale (2020). [Impact of Covid-19: Canada's LGBTQI2S Community in Focus](#).
71. Prokopenko, Elena et Christina Kevins (2020). *Vulnérabilités liées à la COVID-19 chez les Canadiens et les Canadiennes LGBTQ2+*, StatCan et la COVID-19, n° 45280001 au catalogue de Statistique Canada.
72. LaRochelle-Côté, Sébastien et Sharanjit Uppal (2020). *Les inquiétudes sociales et économiques des immigrants pendant la pandémie de COVID-19*, Statcan et la COVID-19, n° 45280001 au catalogue de Statistique Canada.
73. Gauthier, Gertrude R. et autres (2020). Exacerbating Inequalities: Social Networks, Racial/Ethnic Disparities, and the COVID-19 Pandemic in the United States, *The Journals of Gerontology Series B*, 76(3), 88-92.
74. Verdery, Ashton M. et autres (2020). Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 117(30), 17695-17701.
75. Richardson, Lisa et Allison Crawford (2020). COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health, *Canadian Medical Association Journal*, 192(38), E1098-E1100.
76. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2021). *Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*.
77. Brassard, Nancy (2021). COVID-19 et les retombées positives : l'autre côté de la médaille!, *Ad Machina*, 4(1), 25-38.
78. Mao, Guanlan et autres (2021). What have we learned about COVID-19 volunteering in the UK? A rapid review of the literature, *BMC Public Health*, 21(1).



79. Alalouf-Hall, Diane et David Grant-Poitras (2021). COVID-19 and the Restructuring of Collective Solidarity: The Case of Volunteer Activity in Québec, *Revue canadienne de recherche sur les OSBL et l'économie sociale (ANSERJ)*, 12(S1), 31-45.
80. Observatoire de l'action communautaire autonome (mars 2022). *COVID-19 – Impacts sur le bénévolat : beaucoup d'arrivées et de départs à gérer*, cahier.
81. Observatoire de l'action communautaire autonome (juin 2021). *COVID-19 – Impacts sur le bénévolat : beaucoup d'arrivées et de départs à gérer*, cahier.
82. St-Louis, Marie Pier et Lise St-Germain (2021). *Veille sur les inégalités sociales en contexte de pandémie : le point de vue des Mauriciennes et Mauriciens durant la première année de la pandémie*, CRSA / Consortium en développement social de la Mauricie, TCMFM, p. 15 et 19.
83. Observatoire de l'action communautaire autonome (janvier 2022). *COVID-19 – Actions des organismes communautaires en temps de crise : essentielles mais non reconnues*, cahier préliminaire.
84. Cotterell, Natalie, Buffel, Tine et Christopher Phillipson (2018). Preventing social isolation in older people, *Maturitas*, 113, 80-84.
85. Masi, Christopher M. et autres (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness, *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
86. Bessaha, Melissa L. et autres (2020). A Systematic Review of Loneliness Interventions Among Non-elderly Adults, *Clinical Social Work Journal*, 48, 110-125.
87. de Mol van Otterloo, Nils P. (2019). *Minimizing Social Isolation in Low-income Communities: Practice, and Implementation Strategies for Dementia Care*, thèse de doctorat, University of Southern California, ProQuest 27666571.
88. Windle, Karen, Francis, Jennifer et Caroline Coomber (2011). Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes, *Research briefing*, 39, Social Care Institute for Excellence, 1-16.
89. Foster, Alexis et autres (2020). Impact of social prescribing to address loneliness: A mixed methods evaluation of a national social prescribing programme, *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1439-1449.
90. Wahlbeck, Kristian et autres (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(5), 505-514.
91. Husk, Kerryn et autres (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review, *Health and Social Care in the Community*, 28(2), 309-324.
92. Polley, Marie et autres (2019). *What does successful social prescribing look like? Mapping meaningful outcomes*, rapport, London, University of Westminster.
93. Tierney, Stephanie et autres (2020). Supporting social prescribing in primary care by linking people to local assets: A realist review, *BMC Medicine*, 18(49), 1-15.



94. Costa, Andrela et autres (2021). Effectiveness of social prescribing programs in the primary health-care context: A systematic literature review, *Sustainability*, 13(5), 1-21.
95. Zhang S, Xia Z, Wang T, et autres (2013). Serious games: Improving public policy through game-based learning and simulation, *Environmental Modelling & Software*, 39(1), 70-76.
96. Griffiths, Hannah (2017). [*Social isolation and loneliness in the UK: With a focus on the use of technology to tackle these conditions.*](#)
97. Chen, Yi-Ru Regina et Peter J. Schulz (2016). The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review, *Journal of Medical Internet Research*, 18(1).
98. Bagnall, Anne-Marie et autres (2018). *A systematic review of interventions to boost social relations through improvements in community infrastructure (places and spaces)*, Working Paper, What Works Centre / Leeds Beckett University.
99. Kemperman, Astrid et autres (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 1-16.
100. Tung, Elizabeth L. et autres (2019). Social isolation, loneliness, and violence exposure in urban adults, *Health Affairs*, 38(10), 1670-1678.
101. Kirby, Jessica, et Sean Slone (2021). Social Isolation and Loneliness: State Policies and Interventions for the Post-COVID Era, The Council of State Governments (CSG).
102. Lubben, James (2017). Addressing Social Isolation as a Potent Killer!, *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 136-138.
103. Holt-Lunstad, Julianne (2020). The Double Pandemic of Social Isolation and COVID-19: Cross-Sector Policy Must Address Both, *Health Affairs Blog*, 22-06-2020.
104. St-Pierre, Louise (2017). *Quelques outils pour faciliter l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques*, Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques en santé.
105. Nash, Vicki (2016). Public Policy and Social Networks: Just How 'Socially Aware' is the Policy-making Process?, dans Chris Philipson, Graham Allan et David Morgan, *Social Networks and Social Exclusion*, London et New York, Routledge.
106. Jo Cox Commission on Loneliness (2017). [*Combating loneliness one conversation at a time.*](#)
107. Card, Kiffer G. et Kirk H. Hepburn (2019). *A Cross-Jurisdictional Scan of National Anti-Loneliness Strategies*, Social Bubble Project.
108. Fokkema, Tineke et Ruxandra Oana Ciobanu (2021). Older migrants and loneliness: scanning the field and looking forward, *European Journal of Ageing*, 18(3), 291-297.
109. Ending Loneliness Together (2020). [*Ending Loneliness Together in Australia: White Paper.*](#)



110. Coalition To End Social Isolation & Loneliness (2021). *Policy priorities addressing the impact of social isolation & Loneliness for all Americans 2021-2022*.
111. Kingdon, John W. (1984). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Boston, Little Brown.
112. Binette Charbonneau, Anne (2018). Combien de personnes vivent seules au Québec en 2016 ?, *Données sociodémographiques en bref*, 22(2), 1-7.
113. Tang, Jackie, Galbraith, Nora et Johnny Truong (2019). Vivre seul au Canada, *Regards sur la société canadienne*, n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada.
114. Morneau Shepell (2020). *The Mental Health Index™ report: Mental health after six months of the COVID-19 pandemic*, Canada, septembre 2020.
115. Ipsos (2020). Majority (54%) of Canadians Say Physical Distancing has Left them Feeling Lonely or Isolated, *News Polls*.
116. Arulthas, Stephani (2021). *État des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance : définitions, instruments de mesure, ampleur et facteurs associés*, gouvernement du Québec, INSPQ.
117. Secrétariat à l'action communautaire autonome (2001). *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, gouvernement du Québec, p. 18.
118. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*, gouvernement du Québec.
119. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *S'unir pour un mieux-être collectif : Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026*, Québec, gouvernement du Québec, p. 19-20.
120. Institut national de santé publique (2020). *COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*, Québec, gouvernement du Québec.





Projet
RÉSILIENCE
Préparer l'après-crise des plus vulnérables

Basé à l'Université de Montréal, l'Observatoire québécois des inégalités est un courtier de connaissances scientifiques qui éclaire les réflexions et les prises de décision concernant les inégalités de revenu, d'opportunité et de qualité de vie.



Observatoire québécois des inégalités Université de Montréal
3744 Jean-Brillant, bureau 515.26 Montréal (QC) H3T 1P1