

Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie

19 juin 2020

Avertissement

Le présent document a été rédigé dans le contexte d'urgence sanitaire lié à la COVID-19. Réalisé dans un court laps de temps et basé sur les connaissances découlant d'une recherche rapide et d'une analyse sommaire et non exhaustive de la littérature scientifique et de la littérature grise disponibles, il présente des constats qui pourraient devoir être révisés selon l'évolution des connaissances scientifiques liées à l'actuelle pandémie.

Sommaire

Les personnes âgées ont besoin d'interactions sociales et de réseaux de soutien social pour être en santé et ressentir du bien-être et une satisfaction par rapport à la vie.

L'isolement et la solitude des personnes âgées sont des phénomènes fréquents qui ont des conséquences néfastes sur leur santé physique et mentale. Plusieurs facteurs de risque d'isolement social sont exacerbés en contexte de pandémie.

L'approche systémique en partenariat avec les secteurs publics, privés, communautaires des niveaux provincial, régional et local est à privilégier pour lutter contre l'isolement social et la solitude. Cette approche doit impliquer les citoyens, dont les personnes âgées et leurs proches.

En accord avec cette approche les actions suivantes doivent être privilégiées :

- ▶ Multiplier les efforts pour rejoindre les aînés par des stratégies de repérage (ex. : recours à des informateurs clés) et d'information (ex. : recours à des porte-paroles significatifs) et consolider les arrimages entre le réseau de la santé et les autres organismes et intervenants susceptibles d'intervenir auprès des personnes âgées;
- ▶ Transformer et rendre accessibles les interventions individuelles (ex. : soutien téléphonique) ou en groupe (ex. : groupes de marche) en fonction des contraintes liées à la pandémie. L'innovation, la créativité et le recours à la technologie y jouent un rôle important;
- ▶ Mettre en place des interventions misant sur la résilience communautaire et la cohésion sociale (ex. : participation des aînés à l'identification des problèmes et des solutions, mettre en valeur les succès et les innovations). Il est important de promouvoir une image positive des personnes âgées et du vieillissement afin de contrer le risque de stigmatisation tel l'âgisme;
- ▶ Adapter les espaces verts, parcs, places publiques et espaces intérieurs aux besoins de socialisation des personnes âgées, en respectant les mesures de santé publique;



- ▶ Adapter les moyens de transport et de communication pour faciliter la mobilité des personnes et leur participation en tenant compte des contraintes reliées au contexte de pandémie. Même si le recours aux technologies est encouragé, il faut s'assurer de communiquer l'information par d'autres moyens aux personnes qui n'y ont pas accès;
- ▶ S'assurer que les politiques publiques adoptées en contexte de pandémie causent le moins de préjudices aux personnes âgées et analyser de façon continue leurs impacts sur l'isolement social et sur les possibilités de participation sociale des aînés;
- ▶ Prendre en compte le fait que la pandémie frappe de façon inégale les régions, les milieux de vie et les personnes afin de chercher à réduire ces inégalités qui peuvent affecter les personnes âgées.

Mise en contexte

La pandémie actuelle et les mesures de protection qui en découlent (ex. : distanciation physique, isolement, quarantaine) génèrent différentes conséquences sur la société : ralentissement de l'économie, pertes d'emploi, bouleversement des liens sociaux et problèmes d'accès aux services (1). Ces répercussions ont un impact certain sur la santé mentale et le bien-être des populations (2-5) et cela est particulièrement vrai pour les personnes âgées (6).

Bien qu'elles ne constituent pas un groupe homogène, elles sont plus à risque de subir des contrecoups attribuables à l'isolement et à la solitude, suite au confinement, étant plus nombreuses à vivre seules et utilisant moins les nouvelles technologies de communication (1). Le déconfinement plus progressif pour ce sous-groupe de la population (6) limitera les occasions d'interactions et l'accessibilité aux ressources et aux lieux de rassemblement (centres de jour, centres communautaires, centres commerciaux, etc.).

Dans ce contexte, il s'avère utile de proposer des mesures pour favoriser les liens sociaux et lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées (7).

Objectifs

Le présent document vise à :

- ▶ rappeler l'importance des interactions et de la participation sociale comme facteur de protection pour la santé physique, cognitive et mentale ainsi que le bien-être des personnes âgées;
- ▶ décrire comment l'isolement social et la solitude des personnes âgées représentent un enjeu de santé publique exacerbé dans le contexte de la covid-19;
- ▶ proposer des actions visant à lutter contre la solitude et l'isolement des personnes âgées en contexte de pandémie.

Ce document s'adresse principalement aux autorités de santé publique et à l'ensemble des partenaires soutenant des interventions auprès des personnes âgées. Les contenus (constats et exemples d'actions) concernent les personnes âgées vivant à domicile (maison, appartement, habitations collectives, dont les résidences pour aînés) et ne sont pas nécessairement adaptés aux personnes vivant en milieu d'hébergement (CHSLD, ressources intermédiaires ou de type familial [RI-RTF]) bien que certains exemples d'actions puissent s'appliquer à ces milieux de vie.



Démarche méthodologique

Deux types de sources d'information ont été consultés :

- ▶ La veille signalétique produite par l'INSPQ sur la COVID-19 renfermant des articles de la littérature scientifique et grise;
- ▶ Une recherche ciblée de la littérature scientifique et de la littérature grise à partir de mots clés tels que : isolement social, solitude, connexions sociales, participation sociale des personnes âgées, cohésion sociale et résilience. Le repérage des documents a été réalisé par le biais de certains moteurs de recherche tels que Google Scholar et de certains sites de référence (Organisation mondiale de la santé, sites gouvernementaux ou institutionnels).

Principaux constats

Interactions et participation sociales : déterminants de la santé et du bien-être des personnes âgées

Plusieurs études démontrent l'importance des interactions sociales pour la santé physique et mentale (8, 9) et la satisfaction à l'égard de la vie (10, 11). Les réseaux de soutien social de qualité et l'entraide offrent des ressources affectives et pratiques qui protègent la santé et procurent un sentiment d'être reconnu, aimé et apprécié (12). Le fait de pouvoir compter sur les autres lorsque l'on en a vraiment besoin est un facteur de résilience fortement associé à un niveau élevé de satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes âgées (10).

Les formes d'interactions et de participation sociales¹ sont variées. Les personnes âgées peuvent entretenir des interactions en contexte individuel (ex. : famille, proches, visites d'amitié) ou collectif (ex. : club de marche, visite de musée, monter une pièce de théâtre, une chorale, bénévolat, engagement communautaire) (14–16).

Trop souvent minimisée, la participation sociale et citoyenne des personnes âgées s'illustre dans toutes les sphères de la société et contribue à la vitalité des communautés (17). Leur implication bénévole au sein de leur famille et auprès de leurs proches contribue au filet de sécurité sociale des collectivités (18, 19). Les personnes âgées sont une source importante de connaissances et de sagesse qui se communiquent notamment grâce aux contacts intergénérationnels (20, 21).

L'isolement social et la solitude : un enjeu de santé publique

L'isolement social réfère aux situations où les contacts sont rares (en nombre, en durée, en fréquence) et de faible qualité (en termes d'exercice de rôles sociaux ou d'échanges mutuels) (22–24).

La **solitude**, quant à elle, réfère à la perception d'un écart marqué entre la quantité et la qualité des relations qu'une personne a par rapport à ce qu'elle souhaiterait avoir (22–24).

Une personne peut ainsi avoir peu de contacts et être isolée socialement, mais ne pas souffrir de solitude, alors qu'une autre peut avoir beaucoup de contacts sociaux et ne pas être isolée socialement, mais souffrir de solitude (22–24).

¹ La participation sociale renvoie à l'implication d'une personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec d'autres dans la société ou la communauté (13).



Prévalence et impacts de la solitude et de l'isolement social des personnes âgées

L'isolement social et la solitude sont des phénomènes fréquents et néfastes pour la santé et le bien-être des personnes âgées. Des enquêtes au Canada montrent que parmi les personnes âgées :

- ▶ 19 % disaient manquer de compagnie et avoir le sentiment d'être délaissées ou isolées (25) et cette proportion augmente avec l'âge;
- ▶ 24 % aimeraient participer à plus d'activités sociales et 22 % participaient à aucune activité sociale et communautaire (26, 27);
- ▶ 30 % seraient plus à risque d'isolement social (28) et 16 % se sentiraient souvent ou parfois isolées des autres (29);
- ▶ 37 % des personnes vivant seules rapportent ne pas avoir un soutien social suffisant (ex : n'ont jamais ou rarement accès à une personne qui pourrait leur venir en aide si elles devaient garder le lit, être accompagnées chez le médecin en cas de besoin ou aidées avec leurs tâches ménagères en cas de maladie [25]).

Parmi les **impacts** de la solitude et de l'isolement sur les personnes âgées, on retrouve :

- ▶ un accroissement du risque de mortalité de 50 % chez les personnes ayant peu d'interactions sociales ou des interactions de mauvaise qualité (30–32);
- ▶ des impacts sur la santé cardiovasculaire, l'autonomie fonctionnelle, la santé cognitive, la santé mentale (dont le stress, l'anxiété, la dépression), le bien-être et la qualité de vie (8, 33, 34);
- ▶ un risque accru de maltraitance (35) et de malnutrition chez les aînés vivant dans la communauté, ce risque étant augmenté en période d'isolement covid-19 (36–39);
- ▶ une propension inférieure à adopter et à maintenir des comportements favorables à la santé (saine alimentation, pratique d'activités physiques, faible consommation d'alcool, non-tabagisme) (40, 41);
- ▶ une vulnérabilité accrue et une récupération plus lente des aînés en situation d'isolement lors des catastrophes naturelles telles que les inondations ou les canicules (42);
- ▶ une contribution à la société moindre des personnes âgées isolées.

Facteurs de risque exacerbés en contexte de pandémie COVID-19

De nombreux facteurs individuels (ex. : vivre seul, faible revenu, minorité sexuelle, personnes immigrantes, problèmes de santé mentale, limitations physiques, sensorielles ou cognitives, vivre un deuil, être proche aidant) et environnementaux (ex. : âgisme, lieux et infrastructures mal adaptés, insécurité) peuvent accroître la probabilité d'être isolé socialement (24, 40, 43). C'est souvent un cumul de facteurs, plutôt qu'un seul, qui est associé aux situations d'isolement social et de solitude.

En contexte de pandémie COVID-19, plusieurs de ces facteurs sont exacerbés, entre autres une situation financière plus précaire (10), une vulnérabilité psychologique accrue, un déclin de l'état de santé ou une perte de mobilité en raison du confinement, la perte d'un proche, le peu d'opportunités de participation sociale, un âgisme plus manifeste.



Certains groupes socioéconomiques sont plus vulnérables parce que moins susceptibles de bénéficier de beaucoup de soutien social. Il s'agit des personnes âgées qui vivent seules et en milieu urbain, des hommes (10). Les personnes immigrantes âgées pourraient être davantage confrontées à des défis particuliers (barrières linguistiques ou culturelles) réduisant leur accès aux services sociaux (10, 44). Les personnes demandeuses d'asile et les immigrants sans papiers éprouvent plus de difficultés à accéder aux services et aux programmes de soutien, et plusieurs évitent de frapper à la porte d'organismes institutionnels par crainte d'être déportées dans leur pays d'origine.

Quelques pistes

Soutenir les personnes âgées en contexte de pandémie

En temps normal ou en temps de crise, deux finalités doivent être poursuivies pour soutenir les personnes âgées soit : lutter contre l'isolement social et la solitude et mettre en place des conditions favorables au maintien ou à la création d'interactions sociales.

Pour atteindre ces deux objectifs, une approche systémique est requise. Une telle approche nécessite des partenariats avec les secteurs publics, privés, communautaires des niveaux provincial, régional et local et la participation des citoyens (personnes âgées, familles, proches aidants). Le rehaussement des conditions de vie globales des personnes âgées par le biais de politiques publiques inclusives peut s'avérer nécessaire (ex. : transports, habitation, technologies et communication, revenus, soins et services de santé) (12, 40, 43, 45, 46).

Les interventions présentées dans la prochaine section s'inspirent largement de l'approche systémique implantée au Royaume-Uni (47) (voir en Annexe 1) depuis 2011, qui combine un ensemble d'interventions visant les individus (services de base et interventions directes) et les environnements physiques et sociaux (40).

REJOINDRE LES PERSONNES, COMPRENDRE LEURS BESOINS ET LES SOUTENIR

La lutte contre l'isolement social et la solitude demande en tout premier lieu une réponse appropriée aux besoins fondamentaux des personnes. Pour ce faire, il faut d'abord les **rejoindre**, **comprendre** leur situation et les **soutenir** en les accompagnant vers différentes ressources et services les plus appropriés possible. Le repérage des personnes en situation d'isolement social pose un défi encore plus marqué en période de pandémie où les formes de communications et de participation sociale habituelles sont perturbées, voire compromises.

Bien comprendre la situation de chaque personne est essentiel pour la recherche de réponses adaptées à ses problèmes, en fonction de ses forces, de ses ressources personnelles, de ses limitations et de ses préférences. Ce processus se construit sur le respect de l'autonomie et le pouvoir d'agir de chacune des personnes (24, 47). Chaque situation présente ses particularités : caractéristiques de la personne, solutions déjà tentées et services déjà en place, leviers possibles pour la résolution de problèmes, obstacles à surmonter, etc.

Défis et exemples d'actions en contexte de pandémie

Plusieurs interventions doivent être envisagées afin de maintenir une offre de services répondant aux besoins de base des personnes âgées. Elles concernent le repérage, la collaboration et l'information.



Repérage

Selon les différentes étapes de confinement/déconfinement des personnes âgées, il peut être nécessaire :

- ▶ d'identifier et de prioriser les territoires les plus à risque selon certaines caractéristiques sociodémographiques et de santé de la population de ces territoires (ex. : nombre et proportion de personnes âgées, vivant seules et sous le seuil de faible revenu);
- ▶ d'adapter les interventions de porte-à-porte afin de les rendre sécuritaires tant pour les intervenants ou bénévoles que pour les personnes visitées; un recours plus grand aux lignes d'écoute, aux échanges virtuels et aux contacts téléphoniques incluant les appels systématiques automatisés, peut être fait;
- ▶ de recourir à des informateurs clés qui exercent une vigile ou qui sont présents dans les commerces essentiels tels que les pharmacies, les épiceries, les dépanneurs, etc. (40, 47). Les acteurs impliqués dans l'action communautaire (ex. : travailleurs de milieu, organisateurs communautaires) qui connaissent bien la population, les milieux de vie et les ressources de la communauté sont de bons alliés (48–50);
- ▶ d'identifier et de recourir à des outils de repérage validés tant pour détecter des situations d'isolement social que de solitude des personnes âgées (40, 51) et évaluer la pertinence et la faisabilité de recourir à ces outils de repérage lors de la prise de contact auprès des personnes âgées atteintes de la COVID 19 (enquêtes épidémiologiques).

Collaboration

Puisque le réseau de la santé et des services sociaux, incluant les cliniques médicales et groupes de médecine familiale et pharmacies communautaires, de même que les organismes communautaires peuvent bien souvent être la seule opportunité de contact avec des personnes âgées en situation d'isolement social, il faut :

- ▶ créer des arrimages étroits entre le réseau de santé (la première ligne médicale incluant l'urgence et le sans rendez-vous, le soutien à domicile, les réseaux de services intégrés aux personnes âgées, le soutien à l'autonomie des personnes âgées) et les autres organismes et intervenants susceptibles d'intervenir auprès des personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité (ex. : travailleurs de milieux, organismes communautaires œuvrant auprès de personnes plus démunies ou marginalisées);
- ▶ favoriser l'expérimentation de la prescription sociale par les médecins et autres professionnels de la santé. Les personnes âgées ayant par exemple des besoins d'interactions ou de participation sociale pourraient ainsi être référées, d'un commun accord, à un intervenant communautaire pour explorer des avenues et activités adaptées et favorables à leur bien-être (47, 52);
- ▶ faire un maillage avec des organismes à caractère religieux, culturel ou artistique afin de prendre en considération la variété des besoins liés au bien-être et à la participation sociale des personnes âgées.

Information

L'information est au cœur de la gestion de toute crise, plusieurs façons de faire sont suggérées :

- ▶ Donner aux personnes âgées des informations simples, justes et complètes;
- ▶ Communiquer le bien-fondé des mesures mises en place pour lutter contre l'épidémie;
- ▶ Tenir compte des limitations physiques, incluant les limitations sensorielles (troubles de l'ouïe ou de la vue) d'une proportion importante des personnes âgées;
- ▶ Développer des stratégies et outils de communication multilingues dans les régions à plus forte concentration de personnes immigrantes;
- ▶ Multiplier les médiums de communication (lettres, presse écrite, radio et télévision), notamment pour les personnes privées d'Internet;
- ▶ Proposer des porte-paroles connus et significatifs pour les personnes âgées;



- ▶ Diffuser aux personnes âgées, aux bénévoles et aux intervenants un inventaire complet des services disponibles dans la communauté; leur accessibilité en contexte de pandémie devrait être clairement communiquée (lignes d'écoute et d'aide, p. ex Ligne Aide Abus Aînés, Ligne Info-Aidant, Tel-Aînés, Centre de prévention du suicide, 811, etc.). À cet effet, le 211, présent dans plusieurs régions, est une source d'information très précieuse;
- ▶ Alerter les personnes âgées et leurs proches sur des situations pouvant être entraînées ou exacerbées par la pandémie (ex. : maltraitance, violence familiale, abus financier);
- ▶ Explorer la pertinence d'avoir recours aux appels automatisés, mais avec prudence, pour la diffusion d'informations pertinentes auprès des personnes âgées (attention aux messages anxiogènes à des personnes laissées à elles-mêmes par la suite).

OFFRIR DES INTERVENTIONS INDIVIDUELLES OU DE GROUPES

Les interventions individuelles ou de groupes permettent le développement d'aptitudes personnelles et de bonnes habitudes de vie, en particulier l'activité physique, une saine alimentation, la stimulation cognitive, la prévention des chutes, une bonne utilisation des médicaments et la participation sociale.

Les **interventions individuelles** consistent à mettre en relation une personne âgée avec un professionnel ou un bénévole dans le but d'établir une relation permettant à la personne de reprendre contact avec son environnement (ex. : appel ou visite d'amitié, parrainage, intervention de type counseling, accompagnement vers les ressources disponibles dans le milieu).

Les **interventions de groupes** réunissent des personnes âgées en situation d'isolement social ou souffrant de solitude dans le but de créer des liens ou d'améliorer les relations déjà existantes (ex. : intervention de type psychoéducatif, participation à des activités de loisir ou à caractère socioculturel ou à toute autre forme de groupe ayant à la base le partage d'intérêt commun).

Défis et exemples d'actions en contexte de pandémie

En période de pandémie, le défi est de convertir et de rendre accessibles les interventions en fonction des nombreuses contraintes liées aux mesures mises en place pour limiter la transmission de la COVID-19, selon les différentes étapes de l'épidémie et l'évolution des mesures de prévention (ex. : confinement/déconfinement/reconfinement). L'innovation et la créativité de même que l'arrimage des ressources dans les milieux de vie sont des facteurs de réussite des interventions. Les espaces collectifs virtuels (ex. : webinaire, rencontre en ligne) sont des alternatives aux interventions de groupe en face à face. Des experts soutiennent qu'ils ont davantage de succès lorsqu'ils sont animés et soutenus techniquement (par les personnes âgées si elles-mêmes, des bénévoles ou d'autres personnes désignées).

Information

- ▶ Accroître la disponibilité de lignes téléphoniques ou de sites web informant sur les services disponibles en fonction des besoins (ex. : services de livraison, transport).

Services de soutien

- ▶ Accroître les services de soutien téléphonique pour l'utilisation des technologies.
- ▶ Encourager les personnes à utiliser les services de santé lorsque nécessaire (ex. : ne pas avoir peur si elles doivent consulter, ne pas se priver des rendez-vous essentiels).
- ▶ Rendre disponibles les services de télésanté et en faciliter l'accès.
- ▶ Faciliter l'accessibilité des épiceries et des autres types de commerce (ex. : à des heures spécifiques réservées aux personnes âgées) ou aux services de livraison.



- ▶ Favoriser l'accessibilité d'outils et d'aménagements favorisant l'activité physique² (ex. : marche, vélo, activités physiques) chez soi).
- ▶ Offrir un soutien aux personnes proches aidantes des personnes âgées particulièrement celles atteintes de troubles cognitifs ou ayant une santé précaire pour atténuer le risque de vivre du stress et de subir un fardeau accru en raison de leur rôle et du contexte de la pandémie de la COVID-19.

Activités favorables aux liens sociaux, à l'entraide et au bien-être

- ▶ Accroître les appels d'amitié pour se suppléer aux visites d'amitié qui ne peuvent être réalisées. Développer des activités de type cercles d'amis ou de voisinage en mode virtuel.
- ▶ Favoriser le plus possible l'implication des proches aidants en tenant compte des mesures de sécurité nécessaires.
- ▶ Diffuser des offres de bénévolat à distance ou en respectant la distanciation physique et les autres précautions.
- ▶ Développer des groupes de soutien à distance en recourant aux technologies de l'information. Éveiller les proches et le voisinage aux besoins des personnes âgées de leur entourage et les encourager à aller au-devant d'elles.
- ▶ Maintenir ou mettre en place des groupes de marche en respectant les consignes.
- ▶ Soutenir l'offre d'activités virtuelles individuelles ou en groupe faisant appel aux habiletés, connaissances et intérêts variés des personnes âgées : activités artistiques, spirituelles ou culturelles (ex. : artisanat, ateliers d'écriture, danse, dessin, visite de musée en groupe, ateliers de cuisine, yoga ou méditation).
- ▶ Organiser davantage d'activités virtuelles de type conférences, programmes éducatifs, cours à distance (ex. : université du 3^e âge en ligne).
- ▶ Offrir des conseils concrets et à la portée des personnes âgées pour limiter les effets négatifs des mesures mises en place, même si elles sont temporaires; par exemple prévenir le déconditionnement physique, l'anxiété et le stress devant une situation sur laquelle on exerce peu de contrôle, etc.

CRÉER DES ENVIRONNEMENTS SOCIAUX ET PHYSIQUES FAVORABLES AUX PERSONNES AÎNÉES

Pour lutter contre la solitude et l'isolement, les approches individuelles ne suffisent pas. Les interventions doivent aussi cibler les environnements physiques et sociaux (quartier, lieux de résidence, espaces verts) des personnes âgées.

² <https://santemontreal.qc.ca/population/conseils-et-prevention/activite-physique-pour-les-aines/#c38831>.



Soutenir la résilience communautaire, la cohésion sociale et une vision positive des personnes âgées

En contexte de crise sanitaire, les approches misant sur la résilience communautaire, la cohésion sociale et une vision positive des personnes âgées sont à privilégier (53–55). Les communautés qui jouissent d'une plus grande résilience communautaire et d'une bonne cohésion sociale résistent mieux dans l'adversité et se relèvent mieux de traumatismes majeurs (55).

Les actions visent alors une transformation des milieux de vie (quartiers, municipalités, résidences) des personnes âgées. Il s'agit de pratiques qui nécessitent la mobilisation des communautés dans leur ensemble : décideurs, élus de tous les paliers de gouvernement, intervenants de différents secteurs d'activités (privés, institutionnels ou communautaires), représentants de regroupements ou d'organismes dédiés aux personnes âgées et, plus généralement, l'ensemble des citoyens.

La résilience communautaire est la capacité des membres d'une communauté de s'adapter à un environnement caractérisé par le changement, l'incertitude et la surprise en mobilisant les ressources communautaires. Les membres de communautés résilientes développent les capacités individuelles et collectives pour répondre au changement, soutenir la communauté et développer de nouvelles avenues pour assurer l'avenir et la prospérité de leur communauté (56).

La cohésion sociale est un objectif politique que se donne une société afin de contribuer au bien-être de tous ses membres, et ce, en s'assurant d'offrir un accès équitable aux ressources limitées qui permettront à tous de s'épanouir de façon durable. Cet objectif est associé à un engagement à réduire les inégalités sociales et à prévenir les polarisations tout en favorisant la participation sociale responsable et en respectant la dignité, la diversité, l'autonomie individuelle et collective (57). Lorsqu'un groupe important de la population, par exemple les personnes âgées, se voit isolé, exclu ou empêché de participer aux activités politiques, économiques ou sociales de la communauté, la cohésion sociale peut s'en trouver menacée (58).

Défis et exemples d'action en contexte de pandémie

Les interventions pour soutenir la résilience communautaire, la cohésion sociale et une vision positive des personnes âgées concernent la participation, la diffusion des succès et des innovations, la promotion d'une image positive des aînés, le soutien aux situations de deuil et le renforcement de certaines politiques publiques. Des actions permettant d'actualiser chacune de ces stratégies sont présentées ci-dessous.

Participation des partenaires et des personnes âgées

- ▶ Miser sur l'engagement des partenaires multisectoriels des communautés locales (municipalités, responsables des Municipalités amies des aînés, organismes communautaires, regroupements de personnes âgées) dans la planification des stratégies les plus prometteuses pour rejoindre les personnes âgées et les soutenir en période de crise (55, 56).
- ▶ Faciliter la collaboration entre les ressources locales afin d'établir un réseau d'entraide efficace pour soutenir les personnes âgées (ex. : échanges de services entre voisins ou résidents) tout en respectant les consignes des autorités de santé publique (59). Les acteurs impliqués dans l'action communautaire (ex. : travailleurs de milieu, organisateurs communautaires) sont des alliés incontournables pour promouvoir et soutenir les stratégies de résilience communautaire (48–50).
- ▶ Donner la parole à des leaders d'opinion parmi les personnes âgées (56, 60) et mettre en commun des efforts, des expertises et des connaissances des personnes âgées de la communauté, dans différents espaces de participation sociale (61) (ex. : organismes communautaires de défense des droits des personnes âgées, tables de concertation, regroupements de personnes âgées, conseils municipaux et



instances municipales de consultation des personnes âgées, associations de résidents en résidence pour aînés ou coopératives d'habitation, etc.) (55, 56, 62, 63).

- ▶ Favoriser leur participation à l'identification des problèmes et à la recherche de solutions qui leur conviennent (64).

Diffuser et mettre en valeur les succès et les innovations

- ▶ Faire connaître et rendre visibles les initiatives citoyennes et communautaires favorisent la résilience et la cohésion sociale des communautés tout en contribuant à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des individus pouvant en profiter (7, 65).
- ▶ Mettre en valeur les succès obtenus par les personnes âgées en réponse à la crise, faire valoir leur engagement et leur proactivité; diffuser des messages positifs, les initiatives innovantes et la capacité d'adaptation des citoyens et des organismes de la communauté (54–56, 62).
- ▶ Reconnaître de manière officielle l'apport essentiel des personnes âgées à la société (ex. : nombre d'heures de bénévolat).
- ▶ Donner de la visibilité aux expériences, aux récits et aux parcours de vie des personnes âgées.

Promouvoir une image positive des personnes âgées et contrer l'âgisme³

Le risque de stigmatisation ou de discrimination lié à l'âge est exacerbé dans le contexte de cette pandémie. Certains stéréotypes sont renforcés et sont porteurs de clivage et de mépris à l'égard des personnes âgées. Il est important de les dénoncer et d'y faire contrepoids en promouvant une image positive des personnes âgées et du vieillissement :

- ▶ Tenir compte du principe de non-malfaisance (c.-à-d. ne pas causer indûment de torts à autrui) dans les mesures mises en place afin que celles-ci soient bénéfiques pour l'ensemble de la population et ne nuisent pas à une communauté particulière (67);
- ▶ Éviter d'exacerber et de mettre l'accent sur les différences générationnelles de la maladie. Souligner qu'une combinaison complexe de facteurs de risque entraîne davantage de décès chez les personnes âgées (68) plutôt que de les attribuer uniquement à l'âge, tout en ne minimisant pas ce facteur;
- ▶ Discuter de l'avenir et mettre en lumière les jours meilleurs à venir afin de planifier les contributions futures des personnes âgées à la communauté, et ce, en véhiculant une image positive de cette population et de leurs rôles de soignants, de force créative et de travailleurs valorisés ou encore de courroies de transmission de savoir (69);
- ▶ Personnaliser davantage le décès des personnes âgées, comme cela est plus souvent le cas pour les jeunes adultes, afin que les victimes de la COVID-19 situées dans ces tranches d'âge ne soient pas assimilées à de simples statistiques. En rendant le décès de tout un pan de la population impersonnel et anonyme, les personnes âgées pourraient se sentir négligées et exclues de la communauté (21);
- ▶ Souligner que la pandémie touche l'ensemble de la population, peu importe l'âge, et qu'elle ne pourra être surmontée que par un effort concerté de tous les membres de la communauté (68).

³ L'âgisme fait référence aux attitudes, stéréotypes et représentations négatives envers le vieillissement et les personnes âgées pouvant mener à des situations de discrimination ou de préjugés implicites ou explicites au niveau micro (individuel), méso (réseaux sociaux) ou macro (institutionnel ou culturel) (66).



Soutenir le processus de deuil et les rituels

Les situations de crise, comme la pandémie actuelle, comprennent des pertes humaines chez les personnes âgées. Il est crucial d'en tenir compte dans toutes les interventions afin de répondre aux besoins exprimés. Ne pas le faire peut avoir des répercussions sur la santé physique et mentale des personnes endeuillées (70). L'absence de reconnaissance sociale du deuil, l'incapacité d'accomplir les rites funéraires, l'absence de soutien, de toucher et de réconfort physique peuvent affecter les personnes endeuillées :

- ▶ Collaborer avec des experts en la matière (ex. : représentants religieux, services funéraires, personnes endeuillées) pour établir des pratiques alternatives satisfaisantes pour les personnes et respectueuses des consignes de santé publique (71, 50).
- ▶ Offrir des ressources et déterminer des stratégies pour aider les personnes touchées à cheminer dans le processus de deuil en facilitant les liens et relations de type virtuel entre personnes endeuillées par la COVID-19⁴.

Renforcer les politiques publiques favorables aux personnes âgées

Les conditions de vie des personnes âgées (ex. : revenu, qualité du logement, accessibilité au transport) sont autant de facteurs qui feront que la pandémie peut être plus ou moins bien vécue. Que ce soit au plan municipal, provincial ou fédéral, la question des politiques publiques doit être abordée sous deux angles :

- ▶ S'assurer que celles qui sont adoptées (temporairement ou non) pour réduire les impacts de la pandémie causent le moins de préjudices aux personnes âgées;
- ▶ Analyser continuellement les impacts des politiques publiques sur l'isolement des personnes âgées et sur leurs possibilités de participation sociale, que ces politiques publiques les visent spécifiquement ou non.

L'environnement physique, l'aménagement et le design de l'environnement bâti

L'environnement physique et bâti devrait répondre aux besoins de base des personnes âgées que sont l'autonomie et l'indépendance, la santé, le bien-être, les liens sociaux, la sécurité et la résilience (62).

Durant une bonne partie de l'année, les espaces verts et les places publiques aménagées fournissent de multiples services aux habitants des villes. Pour les personnes âgées plus spécifiquement, les espaces verts urbains offrent des espaces pour la pratique d'activité physique et des opportunités d'interaction sociale (72, 73). Ils peuvent faciliter des contacts entre voisins, des rencontres sociales et une participation dans leur environnement local, culturel et naturel (72, 74, 75). Ils représentent également des possibilités de rafraîchissement non négligeable lors de grandes chaleurs et de canicules.

Aussi, les tiers lieux (parcs, espaces verts, places publiques, espaces intérieurs tels que les cafés, centres commerciaux, centres communautaires, restaurants) sont des espaces où les personnes âgées peuvent se rencontrer et socialiser (76).

Défis et exemples d'action en contexte de pandémie

- ▶ Prévoir l'aménagement de nouveaux tiers lieux par la création d'espaces intergénérationnels inclusifs, à l'extérieur, par exemple (78–80), pour contrer l'inaccessibilité ou l'accessibilité réduite de certains tiers lieux fréquentés par les personnes âgées (77).
- ▶ Favoriser des interventions visant à augmenter l'accessibilité sécuritaire aux parcs et aux espaces verts (81).

⁴ Guide pour les personnes endeuillées en période de pandémies
https://praxis.umontreal.ca/public/FAS/praxis/Documents/Formations_sur_l_accompagnement_des_personnes_endeuillees/Guide_d_euil_pandemie.FR.pdf



- ▶ Miser, en été, sur les jardins communautaires adaptés pour favoriser les interactions sociales à l'extérieur permettant la distanciation physique (36).

AGIR SUR LA MOBILITÉ, LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET LES COMMUNICATIONS

Favoriser la mobilité des personnes âgées

Des mesures visant l'accès physique et économique aux moyens favorables à la mobilité au moment désiré contribuent à accroître la participation sociale ou à briser l'isolement (82–84).

Défis et pistes d'actions en contexte de pandémie

En contexte de pandémie et de distanciation physique, l'accès au transport collectif (autobus, métro, taxi, transport adapté, etc.) peut s'avérer limité réduisant la mobilité des personnes sans autre moyen de transport. Il est ainsi important de :

- ▶ soutenir, par des moyens financiers, les infrastructures de transport collectif et adapté et assurer leur accessibilité (1, 85, 86);
- ▶ prévoir un espace public considérable tant pour des fins de loisir que pour des fins de déplacement utilitaire afin de compenser pour la réduction de l'utilisation du transport collectif. Il est, en effet, attendu que ce dernier sera délaissé dans les grandes villes ce qui provoquera un accroissement des déplacements en automobile. Ce transfert entrainera un besoin accru d'infrastructures où les usagers vont pouvoir pratiquer le transport actif (marche et vélo) ou utiliser un transport adapté (aide à la mobilité motorisée), permettant mieux de respecter la distanciation physique sans craindre d'être victime d'une collision (85, 87).
- ▶ prendre exemple sur plusieurs municipalités à travers le monde, qui se sont ainsi inspirées de l'urbanisme tactique pour réaménager leurs rues et faire plus d'espace aux piétons et aux cyclistes (88–90). Ces initiatives de réaménagement temporaire ou permanent de la voie publique peuvent être regroupées en trois catégories qui sont susceptibles d'être, aussi, pertinentes pour les personnes âgées :
 - ▶ Le repartage de l'espace sur la chaussée au profit des piétons et des cyclistes;
 - ▶ L'aménagement de rues partagées;
 - ▶ La fermeture de rue à la circulation automobile ou la piétonnisation complète de la rue.

La communication et l'accès aux technologies de l'information

L'utilisation des outils technologiques (ordinateurs, tablettes, etc.) peut aider les personnes âgées à maintenir des interactions sociales (47, 91). Les personnes plus familières avec les technologies de l'information et qui ont accès aux équipements sont mieux informées des services et des activités disponibles et ont une possibilité accrue d'établir des contacts virtuels avec leur entourage. Certains mentionnent toutefois l'importance de développer davantage la recherche sur les effets, positifs et négatifs, du recours aux technologies, soulignant un risque potentiel d'accroître l'isolement social et la solitude chez certaines personnes. Les stratégies de communication doivent également être adaptées à cette population cible qui a des caractéristiques spécifiques.



Défis en contexte de pandémie et exemples d'actions

- ▶ Privilégier l'utilisation des outils technologiques (92) par les personnes âgées en facilitant l'accès à Internet et aux équipements de même que leur appropriation.
- ▶ Puisque les personnes âgées, les personnes moins scolarisées et celles atteintes de maladies chroniques ou de troubles neurocognitifs sont parmi les plus susceptibles de présenter une faible littératie en santé (93–96), soit la capacité d'obtenir, de traiter et de comprendre les informations nécessaires à la prise de décisions éclairées et à l'utilisation appropriée des services de santé (93, 97), les messages doivent être simplifiés, en fournissant des directives et des explications claires, soutenues par des exemples concrets et des appuis visuels qui en facilitent la compréhension (92–94, 96, 97).
- ▶ Ne pas miser uniquement sur les outils technologiques puisque certaines populations vulnérables n'y ont pas accès (55, 98). Il faut dès lors avoir recours à d'autres moyens (ex. : à Montréal, des camions-crieurs sillonnent les rues de certains quartiers pour fournir en plusieurs langues l'information sur le dépistage et les mesures individuelles à prendre pour se protéger contre la COVID-19).

Conclusion

Le contexte de la crise sanitaire COVID-19 a transformé le quotidien et les conditions de vie des personnes âgées, les mettant particulièrement à risque de se retrouver en situation d'isolement social et de solitude. Les répercussions sur la santé sont préoccupantes, d'autant plus que les effets de la pandémie actuelle pourraient s'amplifier au cours des prochains mois et persister au-delà de la crise sanitaire (5–7, 99).

Les interactions sociales des personnes âgées sont fondamentales pour leur santé et leur bien-être de sorte que les interventions de santé publique doivent miser sur leur renforcement. Pour augmenter leur impact, les approches systémiques en partenariat avec les secteurs publics, privés, communautaires des niveaux provincial, régional et local sont à privilégier.

La pandémie fait émerger plusieurs défis variés notamment :

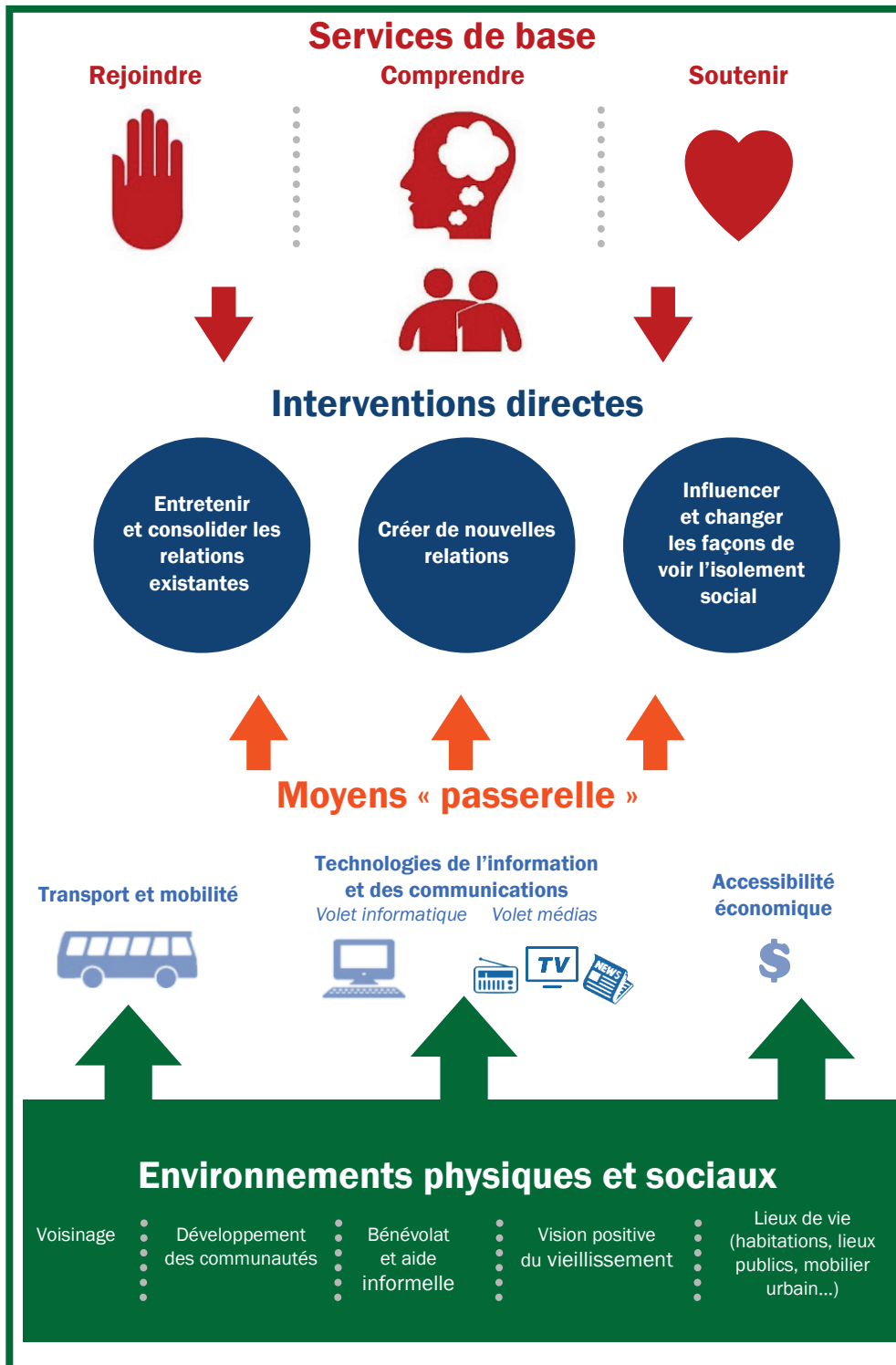
- ▶ l'application de recommandations de santé publique en évolution constante et rapide;
- ▶ l'adaptation de celles-ci aux différents contextes de vie des personnes âgées;
- ▶ le fonctionnement des organisations communautaires et publiques avec des ressources directement touchées par la covid-19 ou essouffées;
- ▶ l'imprévisibilité et l'incertitude quant à l'évolution de l'épidémie (ex. : deuxième vague possible), à la durée de la crise et à ses conséquences à moyen et à long terme;
- ▶ des inégalités sociales de santé qui se révèlent avec plus d'acuité en situation de crise et doivent être prises en compte dans la mise en œuvre d'interventions pour soutenir toutes les personnes âgées en situation de plus grande vulnérabilité.

Les personnes âgées qui vivent dans des ménages privés doivent compter sur des membres de leur famille, des amis, des voisins, des organismes communautaires et des commerçants (ex. : pharmacies, épiceries) pour la livraison à leur domicile de leur épicerie, de leurs médicaments et d'autres articles essentiels (10). Cette crise fait émerger des manifestations de solidarités et d'entraide favorables au bien-être et à la santé des populations en général (100) et des personnes âgées. Celles-ci devraient être mises en valeur et encouragées à plus long terme.



Annexes

Modèle adapté de Jopling (2015)





Références

1. Douglas M, Katikireddi SV, Taulbut M, McKee M, McCartney G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. *BMJ* [en ligne]. 27 avr. 2020 [cité le 22 mai 2020]; 369. Disponible : <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1557>
2. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, McIntyre RS, et collab. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; S0889159120305110.
3. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020; 288:112954.
4. Moreira PS, Ferreira S, Couto B, Machado-Sousa M, Fernandez M, Raposo-Lima C, et collab. Protective elements of mental health status during the COVID-19 outbreak in the Portuguese population [en ligne]. *Psychiatry and Clinical Psychology*; 2020. Disponible : <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.04.28.20080671>
5. United Nations. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health [en ligne]. United Nations; mai 2020. Disponible : https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf
6. Baker E, Clark LL. Biopsychopharmacological approach to assess impact of social distancing and isolation on mental health in older adults. *Br J Community Nurs*. 2 mai 2020; 25(5):231-8.
7. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et collab. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. 2020; S2215036620301681.
8. Holt-Lunstad J. The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy & Aging Report*. 2017; 27(4):127-30.
9. Diener E, Seligman MEP. Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. Dans : Diener E, rédacteur. *The Science of Well-Being* [en ligne]. Dordrecht : Springer Netherlands; 2009 [cité le 24 mai 2020]. p. 201-65. Disponible : http://link.springer.com/10.1007/978-90-481-2350-6_9
10. Statistique Canada. *La satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes âgées au Canada*. 2018.
11. Helliwell, J. F., Akin, L. B., Shiple, H., Huang, H., & Wang, S. Social Capital and Prosocial Behaviour as Sources of Well-Being. Dans : *Handbook of well-being*. 2018.
12. Wilkinson RG, Marmot M, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. *Les Déterminants sociaux de la santé : les faits*. Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe; 2004.
13. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. Déc. 2010; 71(12):2141-9.
14. Raymond É, Gagné D, Sévigny A, Tourigny A. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire* [en ligne]. Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale; 2008 [cité le 21 mai 2020]. Disponible : <http://deslibris.ca/ID/216238>
15. Raymond É, Institut national de santé publique du Québec, Direction du développement des individus et des communautés, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). *Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés : fiches synthèses et outil d'accompagnement* [en ligne]. 2015 [cité le 21 mai 2020]. Disponible : <https://www.deslibris.ca/ID/247035>
16. Lemieux V, Lebel P, Staton Jean M, Dupont S. Coconstruire un cadre d'analyse sur la participation sociale avec les aînés montréalais. *Vie et vieillissement*. 2018; 15(3):18-24.
17. Québec. qc.ca [en ligne]. Gouvernement du Québec. *Inclusion sociale des aînés*; 2020. Disponible : <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-et-soutien/inclusion-sociale-des-aines/>
18. Markon M-P, Bibliothèque numérique canadienne (Firme). *Portrait des aînés de l'île de Montréal — 2017* [en ligne]. 2017 [cité le 20 mai 2020]. Disponible : <https://www.deslibris.ca/ID/10092723>



19. Ministère de la Famille, Barrette C. *Un Québec pour tous les âges : le plan d'action 2018-2023* [en ligne]. Québec; 2018 [cité le 20 mai 2020]. Disponible : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/3491238>
20. Petretto DR, Pili R. Ageing and COVID-19: What is the Role for Elderly People? *Geriatrics*. 2020; 5(2):25.
21. Fraser S, Lagacé M, Bongué B, Ndeye N, Guyot J, Bechard L, et collab. Ageism and COVID-19: what does our society's response say about us? *Age and Ageing*. 2020; afaa097.
22. Conseil national des aînés. *Revue exploratoire de la littérature : l'isolement social des aînés, 2013-2014* [en ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2014 [cité le 21 mai 2020]. Disponible : <https://central.bac-lac.gc.ca/.item?id=Em12-7-2014-fra&op=pdf&app=Library>
23. Conseil national des aînés. *Rapport sur l'isolement social des aînés 2013-2014* [en ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2014 [cité le 21 mai 2020]. Disponible : http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/edsc-esdc/Em12-6-2014-fra.pdf
24. BUREAU, G, Cardinal, L, Côté, M, Gagnon, É, Maurice, A, Paquet, S, Rose-Maltais, J, & Tourigny, A. *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes aînées isolées socialement : Une trousse d'accompagnement*. Québec : FADOQ-Régions de Québec et Chaudière-Appalaches (FADOQ-RQCA); 2017.
25. Statistique Canada. *Vieillesse en santé. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. 2009.
26. Statistique Canada. *Rapport santé 2012*. 2012.
27. Philibert, M., Raymond, É., et Tourigny, A. *Participation sociale dans Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés au Québec*. INSPQ; 2014.
28. KEEFFE, J, Andrew, M, Fancey, P, Hall, MA. *Profile of Social Isolation in Canada. Présenté au président du Groupe de travail FPT sur l'isolement social*. 2006.
29. Conseil national des aînés. *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* [en ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2016 [cité le 21 mai 2020]. Disponible : https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2017/17-11/publications.gc.ca/collections/collection_2017/edsc-esdc/Em12-26-2017-fra.pdf
30. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. Brayne C, rédacteur. *PLoS Med*. 2010; 7(7):e1000316.
31. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci*. 2015; 10(2):227-37.
32. Holt-Lunstad J, Smith TB. Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart*. 2016; 102(13):987-9.
33. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017; 25(3):799-812.
34. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*. 2016; 102(13):1009-16.
35. INSPQ [en ligne]. INSPQ. *Prévenir la violence et le suicide dans un contexte de pandémie de COVID-19 — quelques pistes*; 2020 [cité le 24 mai 2020]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2994-prevenir-violence-suicide-covid19>
36. Institut national de santé publique du Québec, Paquette M-C, Plamondon L, Laberge C, Lévesque J, Montreuil A, rédacteurs. *Ouverture sécuritaire des jardins communautaires : mesures de prévention de la COVID-19*. Montréal, Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2020. 4 p.
37. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cereda E, Cruz-Jentoft A, Goisser S, et collab. Management of Malnutrition in Older Patients—Current Approaches, Evidence and Open Questions. *Journal of clinical medicine*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute; 2019; 8(7):974.



38. Volkert D, Visser M, Corish CA, Geisler C, De Groot L, Cruz-Jentoft AJ, et collab. Joint action malnutrition in the elderly (MaNuEL) knowledge hub: summary of project findings. *European Geriatric Medicine*. Springer; 2020; 11(1):169–177.
39. Defeat Malnutrition Today. COVID-19 | Defeat Malnutrition Today; 2020 [cité le 3 juin 2020]. [En ligne]. Disponible : <https://www.defeatmalnutrition.today/covid-19>
40. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System* [en ligne]. Washington, D.C. : National Academies Press; 2020 [cité le 21 mai 2020]. Disponible : <https://www.nap.edu/catalog/25663>
41. Duncan D., Bell, R. *Local Action on Health Inequalities: Reducing Social Isolation Across the Lifecourse*. Public Health England. UCL Institute of Health Equity; 2015.
42. Griffin J, Mental Health Foundation (London E. The lonely society? Londres : Mental Health Foundation; 2010.
43. Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. *Maturitas*. 2018; 113:80-4.
44. Stewart M, Shizha E, Makwarimba E, Spitzer D, Khalema EN, Nsaliwa CD. Challenges and barriers to services for immigrant seniors in Canada: “you are among others but you feel alone”. *Intl J of Migration, H and SC*. 21 févr. 2011; 7(1):16-32.
45. European Commission. Peer Review on « Strategies for supporting social inclusion at older age », Berlin (Allemagne), 23-24 September 2019 — Employment, Social Affairs & Inclusion; 2019 [cité le 24 mai 2020]. [En ligne]. Disponible : <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1024&furtherNews=yes&newsId=9418>
46. European Commission. Peer Review on « Strategies for supporting social inclusion at older age »; 2019 [cité le 24 mai 2020] [en ligne]. Disponible : <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=1024&furtherNews=yes&newsId=9418>
47. Jopling K. *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. 2015.
48. Chew Q, Wei K, Vasoo S, Chua H, Sim K. Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *SMEDJ* [en ligne]. 3 avr. 2020 [cité le 3 mai 2020]; Disponible : <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/RA-2020-109-epub.pdf>
49. World Health Organization, UNICEF, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response* [en ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé; mars 2020. Disponible : [https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)---action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)---action-plan-guidance)
50. INSPQ. *COVID-19 : la résilience et la cohésion sociale des communautés pour favoriser la santé mentale et le bien-être*. 2020.
51. Berkman LF, Syme SL. Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A nine-year follow-up study of alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*. Févr 1979; 109(2):186-204.
52. Drinkwater C, Wildman J, Moffatt S. Social prescribing. *BMJ* [en ligne]. British Medical Journal Publishing Group; 28 mars 2019 [cité le 21 mai 2020]; 364. Disponible : <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l1285>
53. Chandra A, rédacteur. *Building community resilience to disasters: a way forward to enhance national health security*. Santa Monica, CA : RAND; 2011. 78 p.
54. O’Sullivan TL, Kuziemsky CE, Corneil W, Lemyre L, Franco Z. The EnRiCH Community Resilience Framework for High-Risk Populations. *PLoS Curr*. 2 oct. 2014; 6.
55. Institute of Medicine. *Healthy, Resilient, and Sustainable Communities after Disasters: Strategies, Opportunities, and Planning for Recovery* [en ligne]. 2015 [cité le 15 mai 2020]. Disponible : <https://www.nap.edu/catalog/18996/healthy-resilient-and-sustainable-communities-after-disasters-strategies-opportunities-and>



56. Magis K. Community Resilience: An Indicator of Social Sustainability. *Society & Natural Resources*. 2010; 23(5):401-16.
57. Conseil de l'Europe. *Élaboration concertée des indicateurs de la cohésion sociale : guide méthodologique*. Strasbourg : Éditions du Conseil de l'Europe; 2005.
58. Picot G. *Objectifs économiques et sociaux de l'immigration : Données probantes sur lesquelles s'appuient les niveaux d'immigration et la composition selon le niveau de scolarité*. Ottawa : Citoyenneté et Immigration Canada; 2013.
59. Aldrich D. *Building Resilience : Social Capital in Post-Disaster Recovery*. Chicago : University of Chicago Press; 2012.
60. [OMS. *Risk communication and community engagement (RCCE) readiness and response to the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV)*; 2020 [cité le 19 mai 2020]. En ligne]. Disponible : <https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-readiness-and-initial-response-for-novel-coronaviruses>
61. Bouchard-Bastien E, Plante S, Brisson G, Institut national de santé publique du Québec, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie. *Cadre de référence pour favoriser le dialogue et la résilience dans le cadre de controverses sanitaires environnementales*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec; 2016.
62. Arup. *Cities Alive: Designing for ageing communities* [en ligne]. Londres; 2019. Disponible : <https://www.arup.com/en/perspectives/publications/research/section/cities-alive-designing-for-ageing-communities>
63. Theurer K, Mortenson WB, Stone R, Suto M, Timonen V, Rozanova J. The need for a social revolution in residential care. *Journal of Aging Studies*. 2015; 35:201-10.
64. [En ligne]. WHO. *Risk communication and community engagement*; 2020 [cité le 15 mai 2020]. Disponible : <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/risk-communication-and-community-engagements>
65. Fancourt D, Saoirse F. *What is the Evidence on the Role of the Arts in Improving Health and Well-Being*. Copenhagen : WHO; 2019.
66. Iversen TN, Larsen L, Solem PE. A conceptual analysis of ageism. *Nordic Psychology*. Taylor & Francis; 2009; 61(3):4-22.
67. Déry M, St-Pierre J, Leclerc B, Couture-Ménard M-È, Cliche D, Maclure J. *Cadre de réflexion sur les enjeux éthiques liés à la pandémie de COVID-19* [en ligne]. Montréal : Comité d'éthique de santé publique et Commission de l'éthique en science et en technologie; 2020. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2958>
68. Ayalon L. There is nothing new under the sun: Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. *Int Psychogeriatr*. 14 avr. 2020; 1-11.
69. Loe M, Sherry A, Chartier E. Ageism: Stereotypes, Causes, Effects, and Countermovements. Dans : Harrington Meyer M, Daniele EA, rédacteurs. *Gerontology : Changes, Challenges, and Solutions*. Praeger. Santa Barbara; 2016. p. 57-82.
70. Zhai Y, Du X. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. *Brain, Behavior, and Immunity*. Avr. 2020; S0889159120306322.
71. IASC MHPSS Reference Group. *Prise en compte des aspects psychosociaux et de santé. Note d'information provisoire* [en ligne]. Genève : Inter-Agency Standing Committee; mars 2020. Disponible : <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>
72. Beaudoin M, Levasseur M-È. *Verdir les villes pour la santé de la population : revue de la littérature*. Montréal; 2017.
73. Beaudoin M, Labesse ME, Prévost C, Robitaille É, Burigusa G, Gauthier M, et collab., rédacteurs. OPUS. Montréal; 2019. (Beaudoin M, Labesse ME, Prévost C, Robitaille É, Burigusa G, Gauthier M, et collab., rédacteurs. OPUS).



74. Enssle F, Kabisch N. Urban green spaces for the social interaction, health and well-being of older people— An integrated view of urban ecosystem services and socio-environmental justice. *Environmental Science & Policy*. 1^{er} juill. 2020; 109:36-44.
75. Kabisch N, Van den Bosch M, Laforteza R. The health benefits of nature-based solutions to urbanization challenges for children and the elderly—A systematic review. *Environmental research*. 2017; 159:362–373.
76. Oldenburg R, Brissett D. The third place. *Qual Sociol*. 1^{er} déc. 1982; 5(4):265-84.
77. Low S. *Third places define us. COVID-19 threatens to permanently upend them*. Fast Company [en ligne]. 6 mai 2020 [cité le 22 mai 2020]; Disponible : <https://www.fastcompany.com/90500609/third-places-define-us-covid-19-threatens-to-permanently-upend-them>
78. Arki_lab. *A short guide to how to design age integrated urban spaces*. Issuu [en ligne]. [cité le 20 mai 2020]; Disponible : https://issuu.com/arki_lab/docs/a_short_guide_to_how_to_design_age
79. Vivre en ville. *Des milieux de vie pour toute la vie — Vivre en Ville, la voie des collectivités viables*. 2019 [cité le 22 mai 2020]; Disponible : <https://vivreenville.org/desmilieuxdeviepourtoutelavie>
80. Alidoust S, Bosman C, Holden G. Talking while walking: an investigation of perceived neighbourhood walkability and its implications for the social life of older people. *J Hous and the Built Environ*. 1^{er} mars 2018; 33(1):133-50.
81. Samuelsson K, Barthel S, Colding J, Macassa G, Giusti M. *Urban nature as a source of resilience during social distancing amidst the coronavirus pandemic* [en ligne]. Avr. 2020. Disponible : <https://osf.io/3wx5a>
82. Banister D, Bowling A. Quality of life for the elderly: the transport dimension. *Transport Policy*. 1^{er} avr. 2004; 11(2):105-15.
83. Reinhard E, Courtin E, Lenthe van FJ, Avendano M. Public transport policy, social engagement and mental health in older age: a quasi-experimental evaluation of free bus passes in England. *J Epidemiol Community Health*. 1^{er} mai 2018; 72(5):361-8.
84. Matsuda N, Murata S, Torizawa K, Isa T, Ebina A, Kondo Y, et collab. Association between Public Transportation Use and Loneliness among Urban Elderly People Who Stop Driving. *Gerontology and Geriatric Medicine*. 1^{er} janv. 2019; 5:2333721419851293.
85. Honey-Roses J, Anguelovski I, Bohigas J, Chireh V, Daher C, Konijnendijk C, et collab. *The Impact of COVID-19 on Public Space: A Review of the Emerging Questions* [en ligne]. Avr. 2020. Disponible : <https://osf.io/rf7xa>
86. Capolongo S, Rebecchi A, Buffoli M, Letizia A, Carlo S, Fara GM, et collab. *COVID-19 and Cities: from Urban Health strategies to the pandemic challenge. A Decalogue of Public Health opportunities*. 2020.
87. Musselwhite C, Avineri E, Susilo Y. Editorial JTH 16 — The Coronavirus Disease COVID-19 and implications for transport and health. *Journal of Transport & Health*. Mars 2020; 16:100853.
88. Lydon M. *Tactical Urbanism*. issuu [en ligne]. 2020 [cité le 13 mai 2020]; Disponible : https://issuu.com/streetplanscollaborative/docs/tactical_urbanism_vol_2_final/1
89. Yassin HH. Livable city: An approach to pedestrianization through tactical urbanism. *Alexandria Engineering Journal*. Mars 2019; 58(1):251-9.
90. Vidalenc E, Chassignet M. *S'inspirer de l'urbanisme tactique pour adapter les villes à la distanciation physique*. The Conversation [en ligne]. 12 mai 2020 [cité le 13 mai 2020]; Disponible : <http://theconversation.com/sinspirer-de-urbanisme-tactique-pour-adapter-les-villes-a-la-distanciation-physique-136642>
91. IOTUK. *Social isolation and loneliness in the UK: with a focus on the use of technology to tackle these conditions*. 2017.
92. Gauthier A, Boivin M, Gamache L, Poitras D, St-Pierre J. *COVID-19 : Stratégies de communication pour soutenir la promotion et le maintien des comportements désirés dans le contexte de déconfinement graduel*. INSPQ; 2020.
93. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et collab. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health*. 22 mars 2013; 13:261.



94. McDonald M, Shenkman L. *Health Literacy and Health Outcomes of Adults in the United States: Implications for Providers*. 2018 [cité le 15 mai 2020]; Disponible : <https://purdueglobal.dspacedirect.org/handle/20.500.12264/20>
95. Jackson DN, Trivedi N, Baur C. Re-prioritizing Digital Health and Health Literacy in Healthy People 2030 to Affect Health Equity. *Health Communication*. 30 avr. 2020; 0(0):1-8.
96. Wolf MS, Serper M, Opsasnick L, O’Conor RM, Curtis LM, Benavente JY, et collab. Awareness, Attitudes, and Actions Related to COVID – 19 among Adults with Chronic Conditions at the Onset of the U.S. Outbreak. *Ann Intern Med* [en ligne]. 9 avr. 2020 [cité le 15 mai 2020]; Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7151355/>
97. Sentell T, Vamos S, Okan O. Interdisciplinary Perspectives on Health Literacy Research around the World: More Important than Ever in a Time of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Janv. 2020; 17(9):3010.
98. Mesa Vieira C, Franco OH, Gómez Restrepo C, Abel T. COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. *Maturitas*. Elsevier; 1^{er} juin 2020; 136:38-41.
99. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et collab. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. Mars 2020; 395(10227):912-20.
100. INESSS. COVID-19 et les approches favorisant l’observance des mesures de précaution et de protection auprès des personnes en situation de vulnérabilité [en ligne]. Québec (Québec) : INESSS; 2020 p. 34. Disponible : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Observance.pdf

Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie

AUTEUR

Comité en prévention et promotion

RÉDACTEURS (ordre alphabétique)

Véronique Leclair, conseillère scientifique
Julie Lévesque, conseillère scientifique
Dave Poitras, conseiller scientifique
Éric Robitaille, conseiller scientifique
André Tourigny, médecin-conseil
Direction du développement des individus et des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Julie Lévesque, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des communautés

RÉVISEURS SCIENTIFIQUES

Louise Buzit Beaulieu, répondante nationale en maltraitance des aînés des communautés ethnoculturelles
Lise Cardinal, médecin-conseil
Direction régionale de santé publique de Québec
Barbara Fillion
Direction régionale de santé publique de Montréal
Julie Laforest, conseillère scientifique
Institut national de santé publique du Québec
Paule Lebel
Direction régionale de santé publique de Montréal
Valérie Lemieux
Direction régionale de santé publique de Montréal
Mélanie Levasseur
Université de Sherbrooke
Pierre Maurice, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec
Marie-Claude Roberge, conseillère scientifique
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Sophie Michel
Institut national de santé publique du Québec

© Gouvernement du Québec (2020)

N° de publication : 3033