

EUPREVENT PROFILE

L'outil de Formation

Créé pour votre sélection le 02-06-2026, 17:24.



SUJET 1 :

Un cadre théorique pour aborder la question de la solitude

Objectifs d'apprentissage :

1. Pouvoir poser des questions sur les représentations de la solitude et des personnes âgées
2. Mieux comprendre la solitude
3. Être capable d'identifier les différents aspects individuels et sociétaux qui influencent ou sont influencés par la solitude
4. Pouvoir identifier une personne souffrant de solitude

Sections incluses

[1. Représentation et stéréotypes sur les personnes âgées](#)

[2. Qu'est-ce que la solitude ?](#)

[3. Corrélats de la solitude](#)

[4. Comment identifier une personne qui se sent seule et comment mesurer la solitude ?](#)

[5. Influence du Covid](#)

[6. Événements de vie \(par exemple, deuil ou démence\)](#)

1. Représentations et stéréotypes sur les personnes âgées

Dans les sociétés européennes et anglo-saxonnes contemporaines, l'âge est le facteur de discrimination le plus important, devant le sexe, l'ethnie ou la religion (Commission européenne, Direction générale de la justice et des consommateurs, 2015). La discrimination fait référence à la vision négative et prédominante actuelle du vieillissement, également appelée âgisme (Adam et al., 2013). L'âgisme est un terme initialement proposé par Butler (1969) pour désigner toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris fondées sur l'âge. A l'opposé de l'âgisme, tout aussi négatif, se trouve le jeunisme : la volonté absolue de rester jeune ("vieillir n'est pas bien, et il faut tout faire pour ne pas vieillir !").

Cette vision négative du vieillissement peut se manifester de manière surprenante, par exemple à travers l'analyse du contenu des cartes d'anniversaire. Les chercheurs ont observé que 66 % des messages après 40 ans montrent une image négative du vieillissement, sous couvert de phrases humoristiques telles que "Une fois que vous aurez 50 ans, de nouvelles portes s'ouvriront à vous : les centres gériatriques et les instituts de chirurgie esthétique", ou "Joyeux anniversaire ! Oh, tu as 50 ans ? Tu ne te souviens même pas de ce dont je parle ? Eh bien, bon anniversaire quand même !" (Ellis et Morrison, 2005). Cette vision négative du vieillissement est également perceptible dans les chansons du répertoire anglophone (Kelly et al., 2016), les forums de discussion sur Facebook (Levy et al., 2014) et Twitter (Gendron et al., 2016), mais aussi à travers les personnages de dessins animés de Disney où les personnes âgées sont sous-représentées (et lorsqu'elles le sont, elles représentent le plus souvent des personnages à connotation négative) (Robinson et al., 2007).

Dans la continuité de ces études illustrant cet âgisme ambiant, Marquet et al. (2022) ont demandé à 81 étudiants en psychologie de l'Université de Liège, Belgique, et à 155 étudiants en psychologie de l'Université de Montréal, Canada, de citer les 5 premiers mots qui leur venaient à l'esprit lorsqu'ils pensaient à une personne âgée et à un jeune. Pour l'ensemble des mots recueillis, ils ont demandé aux juges d'évaluer leur valeur sur une échelle allant de -5 (extrêmement négatif) à +5 (extrêmement positif). Grâce à ce processus, ils ont pu créer des nuages de mots comprenant les 50 mots les plus fréquemment cités par les élèves (voir figure 1) ; notez que la taille de chaque mot est déterminée par sa fréquence (plus le mot est cité fréquemment, plus il est grand) et que la couleur de chaque mot représente sa valeur (positive, négative ou neutre). Comme nous pouvons le constater, la majorité des mots générés pour les seniors sont négatifs (46% des mots pour les étudiants de Liège et 48% pour ceux de Montréal). En revanche, très peu de mots négatifs ont été générés lorsqu'ils pensaient à un jeune (8 % à Liège et 2 % à Montréal).

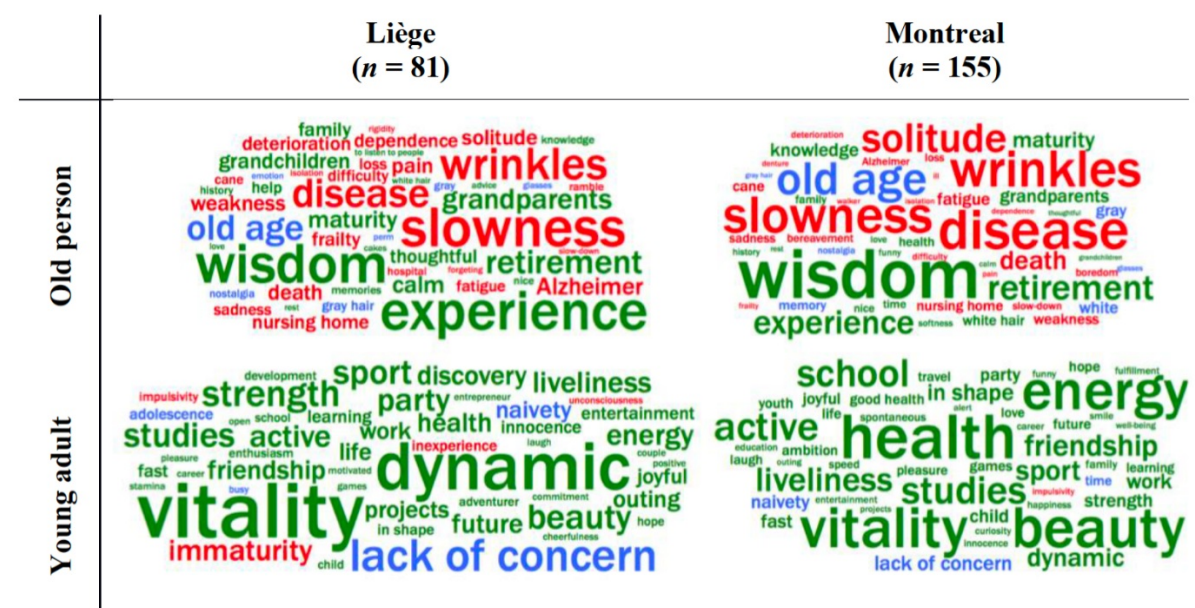


Figure 1 : Nuage de mots des 50 mots les plus fréquemment cités par des étudiants en psychologie des universités de Liège (Belgique) et de Montréal (Québec) lorsqu'ils pensent à une personne jeune et à une personne âgée. Notez que les mots en rouge correspondent à des mots négatifs (-5 à -1) ; en vert, à des mots positifs (+1 à +5) ; et en bleu, à des mots neutres (-1 à +1) (Marquet et al., 2022).

Si l'âgisme est présent dans les sociétés industrielles, la population des professionnels de la santé mérite une attention particulière. En effet, ces professionnels sont particulièrement vulnérables aux stéréotypes âgistes (plus que la population générale) puisqu'ils sont constamment en contact avec des personnes âgées en souffrance. Pour la majorité d'entre eux, cette confrontation les amène à considérer le vieillissement comme synonyme de maladie, de détresse, de solitude ou de dépendance. Cette "déformation professionnelle" des soignants a été objectivée dans une enquête (Missotten et al., 2016) : différentes catégories de soignants (infirmières en oncologie, personnel d'institutions pour personnes âgées et médecins urgentistes) et de non-soignants (population générale) ont répondu à différentes questions telles que "Selon vous, en Belgique, quel pourcentage de personnes de plus de 65 ans (1) vit en institution (Nursing Home/Maison de repos), (2) souffre de dépression, (3) se sent seul, et (4) a des problèmes d'audition ?" Les réponses données par les différentes catégories de personnes interrogées ont été confrontées aux "faits", c'est-à-dire aux données issues d'enquêtes et/ou d'études scientifiques. Le résultat de cette comparaison est sans équivoque : tous les groupes (aidants et non-aidants) surestiment les "faits" pour tous les paramètres. Toutefois, cette surestimation apparaît systématiquement plus marquée chez les aidants que chez les non-aidants (voir figure 2). Cette enquête a été réalisée avant la COVID-19 : or, la prévalence de la solitude (19%) (Busschaert et al., 2020) après la COVID-19 est encore fortement surestimée.

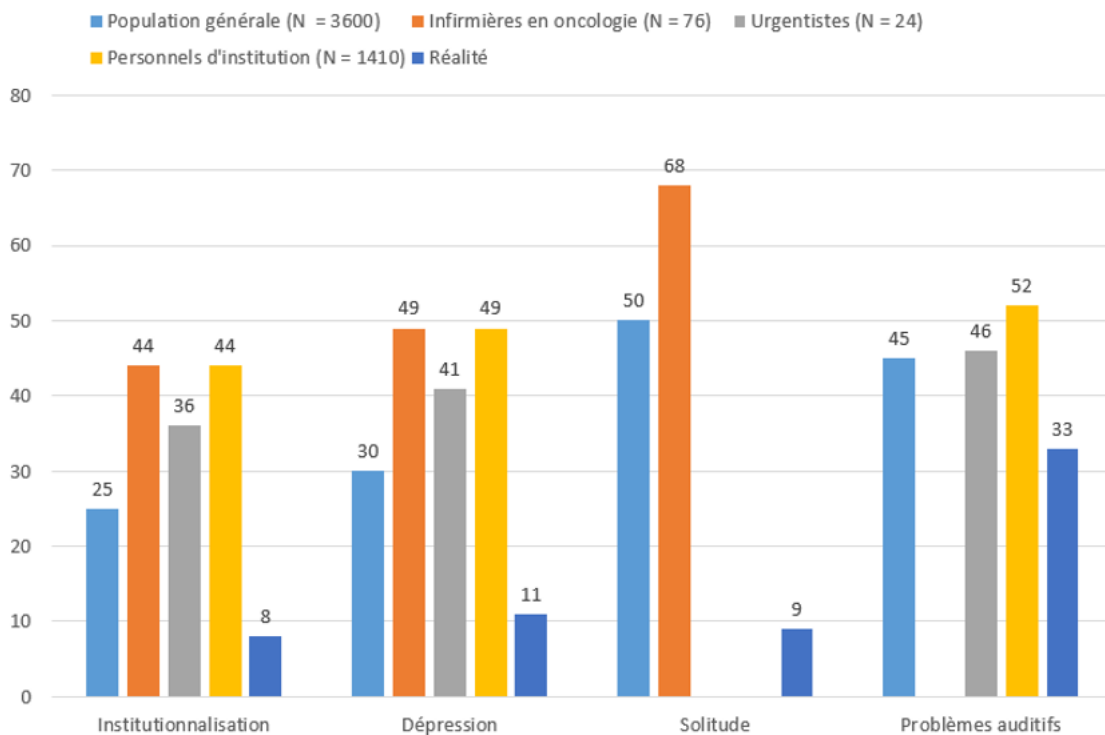


Figure 2. Estimation du pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans en Belgique qui sont institutionnalisées, souffrent de dépression, se sentent seules et ont des problèmes d'audition avec des aidants contrastés par rapport aux non-aidants (Missotten et al., 2016).

L'âgisme n'est pas sans conséquences pour les personnes âgées : une littérature abondante souligne entre autres ses effets délétères sur la santé physique et mentale des seniors. Par exemple, dans une série d'études longitudinales (c'est-à-dire où les mêmes personnes sont suivies pendant plusieurs années) portant sur les conséquences des représentations du vieillissement chez des sujets âgés (sans pathologie telle que la maladie d'Alzheimer), l'équipe de Levy (voir Levy, 2009 pour une synthèse) a montré que les individus ayant une vision initiale négative du vieillissement sont et se déclarent en moins bonne santé physique dans les années qui suivent (jusqu'à 28 ans plus tard), s'engagent moins dans des comportements préventifs (faire du sport, manger sainement, arrêter de fumer, etc.), développent plus de problèmes cardiovasculaires, ont un risque plus élevé de maladies cardiaques et d'accidents vasculaires cérébraux, et ont un risque plus élevé de décès), développent plus de problèmes cardiovasculaires, présentent un déclin de la mémoire plus marqué, et ont une espérance de vie plus faible (environ 7,5 ans de moins), par rapport aux individus du même âge ayant une perception initiale plus positive du vieillissement. Ces différentes études démontrent l'effet de l'internalisation des stéréotypes ("stereotype embodiment theory") (Levy, 2009) : en d'autres termes, les stéréotypes qui s'intègrent au cours de la vie font partie de l'identité de chaque personne et influencent donc son fonctionnement et sa santé. Les personnes âgées peuvent

donc intérioriser le stéréotype de la solitude et, avec l'avancée en âge, se sentir plus seules que celles qui n'auraient pas intériorisé ce stéréotype (Shiovitz-Ezra et al., 2018). Pikhartova, Bowling et Victor (2016) mettent en évidence cet effet : les personnes qui s'attendent à devenir plus solitaires avec l'avancée en âge ou qui ont le stéréotype selon lequel la vieillesse est une période de solitude, deviennent plus solitaires plusieurs années plus tard. Une autre hypothèse est celle du rejet social : la discrimination à l'égard des personnes âgées pourrait entraîner leur retrait progressif de la participation sociale et un sentiment croissant de solitude. Ainsi, après avoir vécu une situation de rejet social, les personnes âgées ont tendance à s'isoler volontairement, ce qui crée progressivement un sentiment de solitude (Shiovitz-Ezra et al., 2018).

2. Qu'est-ce que la solitude ?

La solitude peut être considérée comme un concept unidimensionnel ou multidimensionnel (Ong et al., 2016). En règle générale, elle est définie comme l'écart entre le niveau de contact social préféré d'une personne et son niveau réel (Ong et al., 2016). Le concept multidimensionnel distingue deux types de solitude : (1) la solitude relationnelle (ou sociale), qui est associée à un petit réseau social, et (2) la solitude émotionnelle, qui résulte de l'absence de relation intime (Heinrich et Gullone, 2006 ; Ong et al., 2016). Dans cette perspective, une définition de la solitude pourrait être un "sentiment négatif subjectif associé à un manque perçu de réseau social plus large ou à l'absence d'un compagnon spécifique désiré" (Valtorta et Hanratty, 2012).

En outre, il est important de distinguer la solitude de l'isolement social : la solitude peut apparaître sans isolement social et l'isolement social ne conduit pas directement à la solitude (Bultez, 2005). En effet, la solitude est un sentiment subjectif lié à l'absence désagréable de relations, alors que l'isolement social est objectivé par la fréquence des contacts (Ong et al., 2016). Certaines études utilisent le terme "isolement social perçu" pour désigner la solitude (Cacioppo et Hawkley, 2009). De même, les chercheurs distinguent la solitude de l'isolement : cette dernière est un isolement social volontaire alors que la solitude est involontaire (Ong et al., 2016). Contrairement à la solitude, l'isolement peut avoir des effets cognitifs positifs tels que l'amélioration de la concentration, de l'apprentissage, de l'autoréflexion, de la créativité, etc. (Heinrich et Gullone, 2006).

3. Corrélats de la solitude

Plusieurs facteurs ont été associés à la solitude, qu'ils soient causaux ou consécutifs. Nous les appelons "corrélats". Ces corrélats sont globalement classés en : (B1) facteurs démographiques ; (B2) facteurs de santé, y compris la santé physique, mentale et cognitive ; et le cerveau, la biologie et la génétique ; et (B3) facteurs socio-environnementaux, y compris la communication numérique et le lieu de travail (Lim et al., 2020).

A) Facteurs démographiques:

Ce groupe/catégorie comprend l'âge, le sexe, la migration, le mode de vie et le statut socio-économique (Lim et al., 2020).

- L'âge : Des études antérieures montrent que la solitude suit une distribution en forme de U. Cela signifie que la solitude est plus fréquente chez les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans. Cela signifie que la solitude est plus fréquente chez les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans, qu'elle atteint un plateau au milieu de l'âge adulte et qu'elle culmine à nouveau à 65 ans chez les adultes plus âgés (Hawkley et al., 2022 ; Lim et al., 2020). L'âge du pic pour les personnes âgées n'est pas cohérent dans la littérature : d'autres études ont constaté un pic chez les personnes âgées de plus de 85 ans et non à 65 ans (Hawkley et al., 2022 ; Lasgaard et al., 2016 ; Pinquart et Sörensen, 2001). En outre, les auteurs expliquent la diminution de la solitude chez les personnes de moins de 85 ans par la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle et/ou un effet de cohorte (Pinquart et Sörensen, 2001). Tout d'abord, selon la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle, le vieillissement entraîne un sentiment subjectif important que le temps restant est limité (Carstensen, 2006). Par conséquent, les gens se concentrent davantage sur le présent : ils préfèrent vivre dans l'instant, investir dans des choses sûres et choisir des relations plus profondes (Carstensen, 1995). Par conséquent, les personnes âgées ont tendance à se concentrer sur la qualité de leurs relations plutôt que sur l'extension de leur réseau social (Carstensen, 2006). Se concentrer sur la qualité de la relation est plus susceptible de réduire les sentiments de solitude (Pinquart et Sörensen, 2001). Deuxièmement, l'hypothèse d'un effet de cohorte est avancée : les générations plus âgées ont vécu des pertes importantes (par exemple, les guerres mondiales) et les difficultés liées au vieillissement peuvent donc sembler moins graves de leur point de vue. Une autre explication pourrait être que leur génération est moins encline à se dévoiler (et donc à reconnaître des sentiments tels que la solitude) (Pinquart et Sörensen, 2001). En comparaison, l'augmentation de la solitude chez les personnes âgées s'explique par les pertes sociales existantes (telles que le veuvage, le deuil d'amis...) et les limitations physiques (par exemple les déficits sensoriels qui peuvent limiter la communication) qui amplifient leurs besoins sociaux et, par conséquent, même un minimum de contacts sociaux est difficile à atteindre (Pinquart et Sörensen, 2001).
- Le genre: la solitude est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, qu'il s'agisse d'adultes jeunes ou plus âgés. Cependant, la manière dont la solitude a été mesurée doit être prise en considération. À la question "vous sentez-vous seul ?", les femmes âgées font état de niveaux de solitude plus élevés que les hommes âgés. Lorsqu'on leur pose la question de

manière indirecte (par exemple, "le fait d'avoir des gens autour de moi me manque"), les hommes plus âgés déclarent des niveaux élevés de solitude. En revanche, la mise en œuvre de différents outils de mesure ne révèle aucune différence dans la gravité de la solitude chez les hommes et les femmes plus jeunes. Des prédicteurs uniques de la solitude chez les femmes par rapport aux hommes peuvent également apparaître (Lim et al., 2020).

- **Etat civil:** Les sentiments de solitude sont plus souvent rapportés par les personnes non mariées que par celles qui sont mariées. La solitude est plus fréquente chez les veufs, suivis des divorcés et des célibataires (Lim et al., 2020).
- **Statut de résident:** Le fait de vivre seul est associé à des niveaux plus élevés de solitude. Cependant, les personnes qui vivent dans des environnements de vie assistée (par exemple, les maisons de retraite) sont plus solitaires que les personnes âgées vivant dans la communauté (Lim et al., 2020).
- **Statut socio-économique:** Les preuves de l'impact du statut socio-économique sur la solitude sont limitées. Un revenu plus faible, un niveau d'éducation plus bas, la fréquence des problèmes économiques et le fait de vivre dans des quartiers pauvres sont associés à des niveaux de solitude plus élevés (Lim et al., 2020).
- **Statut migratoire :** Les migrants ont déclaré se sentir plus seuls que les non-migrants. Le fait d'émigrer dans un pays dont le contexte culturel est différent de celui de son pays d'origine est associé à une plus grande solitude (Lim et al., 2020).

B) Santé

- **Santé physique :** Un sentiment élevé de solitude a été associé à de mauvais résultats en matière de santé, tels qu'une moins bonne santé physique (Holt-Lunstad et al., 2015 ; Ong et al., 2016) : des taux de mortalité et de morbidité plus élevés, un mauvais sommeil et une réactivité cardiovasculaire accrue (taux de cholestérol plus élevé, tension artérielle plus élevée, maladies cardiaques) sont corrélés à des niveaux de solitude plus élevés. En ce qui concerne le risque de mortalité, une méta-analyse a montré que lorsque le sentiment de solitude est présent, la probabilité de décès augmente de 26 % (Holt-Lunstad et al., 2015). En effet, les chercheurs ont constaté que le risque accru de mortalité lié à un manque perçu de relations sociales était plus important que le risque de mortalité lié à l'obésité. Plus précisément, chez les personnes âgées, la solitude est associée à une altération du fonctionnement diurne, à une réduction des activités physiques, à une diminution du bien-être subjectif, à une détérioration de la santé physique et à la mortalité (Luo et al., 2012 ; Ong et al., 2016). Il convient de mentionner que l'impact de la solitude sur la mortalité est moins important lors du vieillissement : les adultes d'âge moyen sont plus exposés (Holt-Lunstad et al., 2015). En particulier à l'âge adulte, la solitude a été sévèrement associée à des troubles du

sommeil : moins bonne qualité du sommeil, durée du sommeil plus courte et efficacité du sommeil réduite (Lim et al., 2020 ; Ong et al., 2016). En outre, la solitude a été associée au cancer du sein et au cancer colorectal, ainsi qu'à la sclérose en plaques chez les personnes âgées de 50 ans et plus (Lim et al., 2020).

- Comportements à risque pour la santé : On a constaté que la solitude était associée à un mode de vie peu sain (Pressman et al., 2005). En effet, les personnes souffrant de solitude sont plus susceptibles de fumer, de boire de l'alcool, d'avoir une mauvaise alimentation et une activité physique réduite (Ong et al., 2016 ; Sutin et al., 2018). Ces comportements de santé peuvent en partie expliquer le risque accru de mortalité chez les personnes solitaires.
- Santé mentale : Des études ont montré que des niveaux élevés de solitude sont associés à des symptômes de santé mentale plus graves, notamment une anxiété sociale plus forte, une dépression, un bien-être subjectif plus faible (Ong et al., 2016) et des symptômes psychotiques tels que la paranoïa. En outre, une moins bonne régulation des émotions est également associée à des niveaux de solitude plus élevés (Lim et al., 2020), ce qui indique que les personnes présentant des niveaux de solitude plus élevés sont moins susceptibles d'exprimer des sentiments positifs, de profiter de moments positifs ou de se souvenir d'événements de vie positifs (Lim et al., 2020). En d'autres termes, elles sont plus sensibles aux stimuli sociaux négatifs (Ong et al., 2016). En outre, il existe une corrélation positive significative entre les niveaux de solitude et de dépression chez les adultes âgés (Elsayed et al., 2019). Dans la synthèse de Leigh-Hunt et al. (2017), un sentiment d'appartenance réduit était associé à un risque accru d'idées et de tentatives suicidaires, à tous les âges. Plus spécifiquement, chez les personnes âgées, le niveau d'intégration sociale avait une influence sur les comportements suicidaires non mortels.

Il a été constaté que la solitude émotionnelle avait un impact plus important sur la santé que la solitude sociale. La solitude émotionnelle est liée à l'anxiété, à l'hypervigilance et au sentiment d'abandon, tandis que la solitude sociale est associée à l'ennui, à la dépression et à l'absence de but (O'Súilleabháin et al., 2019).

- Santé cognitive : Une solitude accrue est associée à un déclin cognitif accéléré (Boss et al., 2015 ; Lim et al., 2020), ce qui a une influence sur la capacité à fonctionner de manière autonome au quotidien. Dans une revue systématique, Boss et al. (2015) ont montré que la solitude peut générer des problèmes dans différents domaines cognitifs tels que la capacité cognitive générale, le QI, la vitesse de traitement de l'information, le rappel immédiat et différé. La solitude persistante a également été associée à une altération des fonctions exécutives et à une moindre capacité à faire confiance aux autres (Ong et al., 2016). Sutin et al. (2018) expliquent que les comportements problématiques en matière de santé et une

mauvaise santé physique sont également impliqués dans le risque de démence. En effet, les personnes présentant des niveaux de solitude plus élevés sont 64 % plus susceptibles de développer une démence que leurs homologues (Lim et al., 2020). En outre, le déclin cognitif, tel que la diminution de la fluidité verbale, peut conduire à un plus grand isolement et par la suite, pour certaines personnes, à une plus grande solitude.

- **Cerveau, biologie et génétique** : Les études sur la solitude chez les primates humains montrent qu'elle active les régions neuronales impliquées dans la détection des menaces, l'attention et le traitement des émotions. Des niveaux élevés de solitude sont également associés à des changements structurels de la matière grise et blanche ainsi qu'à une altération de la connectivité cérébrale fonctionnelle et structurelle. La solitude est également associée à une augmentation du cortisol circulant et des études sur les jumeaux/adoptions suggèrent également que les sentiments de solitude peuvent être partiellement prédéterminés par la génétique (Lim et al., 2020), ce qui signifie que certains gènes pourraient avoir une influence sur le niveau de solitude perçue. Des niveaux élevés de solitude semblent également être liés à une résistance vasculaire accrue (Luo et al., 2012), à une altération de l'immunité (diminution de la production de cellules tueuses naturelles) et à une réponse inflammatoire plus importante aux facteurs de stress aigus. La solitude peut avoir un impact sur la santé, par exemple en modifiant la réponse de réactivité au stress aigu (Holt-Lunstad et al., 2015). Cette augmentation de l'inflammation chez les personnes solitaires pourrait être à l'origine d'une altération du fonctionnement cognitif, sachant que l'inflammation est impliquée dans des processus pathologiques liés à la maladie d'Alzheimer et à la démence (Boss et al., 2015). De plus, la solitude active l'hypervigilance pour les menaces sociales présentes dans l'environnement et cette activation chronique diminue le fonctionnement exécutif et augmente la probabilité que la personne s'engage dans des comportements de santé auto-contrôlés (Luo et al., 2012). C'est ce que démontre une méta-analyse réalisée par Brown, Gallagher et Creaven (2018), qui a montré que pour la plupart des gens, des niveaux plus élevés de solitude sont associés à des réactions physiologiques exagérées dans des situations stressantes, par exemple lorsqu'il s'agit de parler en public ou d'accomplir des tâches cognitives. En outre, certaines parties du cerveau, impliquées dans le traitement de la récompense et l'apprentissage (striatum ventral), sont moins activées chez les personnes solitaires lorsqu'elles regardent des images d'étrangers dans des situations sociales agréables, par rapport aux personnes moins solitaires (Lim et al., 2020).

C) Facteurs socio-environnementaux

- **Communication numérique** : La communication numérique, y compris l'utilisation des médias sociaux, peut augmenter ou diminuer le sentiment de solitude, en fonction de la manière et de

la raison de leur utilisation (Lim et al., 2020).

- Lieu de travail : La solitude sur le lieu de travail est associée à de moins bons résultats professionnels (c'est-à-dire à une baisse de la productivité, de la satisfaction au travail et de la créativité) (Lim et al., 2020).

4. Comment identifier une personne qui se sent seule ?

Il n'est pas toujours facile de déterminer si une personne se sent seule. Il existe plusieurs méthodes pour déterminer si une personne se sent seule. La plus courante est une question à un seul élément ("Vous sentez-vous seul ?") (Ong et al., 2016). Toutefois, elle peut entraîner des biais liés au genre dans les populations âgées : en utilisant des questions directes, les femmes âgées ont déclaré un niveau de solitude plus élevé que les hommes âgés (Lim et al., 2020). En outre, une question à un seul élément suppose que le répondant a une compréhension générale du terme/concept de solitude (van Tilburg, 2021). Parmi les échelles existantes, les deux plus fréquemment utilisées sont l'échelle de solitude UCLA et l'échelle de solitude de Jong Gierveld (Ong et al., 2016).

- L'échelle de solitude UCLA se compose de 20 items (par exemple, "Il y a des gens qui me comprennent vraiment", "Je me sens membre d'un groupe d'amis") et les participants sont invités à indiquer à quelle fréquence ils éprouvent les sentiments décrits (1 = jamais, 2 = rarement, 3 = parfois et 4 = souvent) (Russel, 1996). Il conceptualise la solitude comme une réponse émotionnelle unidimensionnelle (Penning et al., 2014). Une version à 3 items a récemment été développée : " À quelle fréquence avez-vous l'impression de manquer de compagnie ? " ; " À quelle fréquence vous sentez-vous exclu ? " et " À quelle fréquence vous sentez-vous isolé des autres ? " (Hughes et al., 2004).

Affirmations	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent
Je me sens sur la même longueur d'ondes que les gens autour de moi				
Je n'ai pas assez de compagnons (compagnes)				
Il n'y a personne à qui je peux avoir recours				
Je ne me sens pas seul(e)				
Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis				
J'ai beaucoup de choses en commun avec les gens qui m'entourent				
Je ne me sens plus près de quiconque				
Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent				
Je suis une personne sociable				
Il y a des gens dont je me sens près				
Je me sens exclu(e)				
Mes relations sociales sont superficielles				
Personne ne me connaît vraiment bien				
Je me sens isolé(e) des autres				
Je peux m'entourer des compagnons (compagnes) quand je le veux				
Il y a des gens qui me comprennent vraiment				
Je me sens malheureux(se) d'être aussi retiré(e)				
Les gens sont autour de moi et non avec moi				
Il y a des gens à qui je peux parler				
Il y a des gens à qui je peux avoir recours				

- La deuxième échelle, l'échelle de De Jong Gierveld, explore la solitude émotionnelle (par exemple, "J'éprouve un sentiment général de vide") et la solitude relationnelle (par exemple, "Il y a suffisamment de personnes dont je me sens proche") à l'aide de 11 items. Les répondants doivent indiquer dans quelle mesure l'affirmation présentée s'applique à la manière dont ils se sentent en ce moment (cinq modalités : oui !, oui, plus ou moins, non, non !) (Penning et al., 2014). Une version plus courte à 6 items a également été développée (Gierveld et Tilburg, 2006). D'autres chercheurs soutiennent l'utilisation de ces échelles pour les adultes d'âge moyen et plus âgés (Penning et al., 2014). (Le questionnaire ci-dessous a été traduit de l'anglais au français par l'équipe du projet).

Affirmations	Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Tout le temps
Il y a toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes quotidiens.					
La présence d'un ami proche me manque					
J'éprouve un sentiment général de vide					
Il y a beaucoup de personnes sur lesquels je peux m'appuyer lorsque j'ai un problème					
Le plaisir de la compagnie des autres me manque					
Je trouve mon cercle d'amis et de connaissances trop limité					
Il y a beaucoup de personnes en qui je peux avoir entièrement confiance					
Il y a suffisamment de personnes dont je me sens proche					
Cela me manque d'avoir des gens autour de moi					
Je me sens souvent rejeté(e)					
Je peux faire appel à mes amis chaque fois que j'en ai besoin					

En ce qui concerne les scores obtenus sur les échelles, il est important de les discuter et de les interpréter en fonction du contexte et de l'environnement actuels de la personne. Si la personne affiche un score élevé et qu'elle a récemment perdu son partenaire, la solitude ressentie semblera plus compréhensible que si le répondant est une personne souffrant de solitude chronique.

Voici quelques signes courants de solitude à surveiller (WaveLength, n.d.) :

a) Passer beaucoup de temps seul :

C'est le plus évident : une personne qui semble passer beaucoup de temps seule peut être un signe de solitude. Par exemple, si elle ne veut voir personne ou si elle veut rester dans sa chambre toute la journée, c'est peut-être parce qu'elle est nerveuse à l'idée de voir des gens. Bien sûr, ce n'est pas le cas de toutes les personnes qui passent du temps seules - certaines personnes apprécient simplement leur propre compagnie.

b) L'improductivité :

En raison de la solitude, certaines personnes âgées peuvent se désintéresser ou avoir du mal à se sentir inspirées par leur ancienne source d'intérêt.

c) S'attarder sur les points négatifs :

Le sentiment de solitude peut être associé au fait d'être agacé par les moindres choses et de s'attarder sur ses mauvaises expériences. Cela peut s'expliquer par le fait que la personne qui se sent plus seule n'a pas d'ami proche avec qui rire.

d) Semble souvent malade :

La fatigue et les maladies fréquentes peuvent être le signe de plusieurs choses (y compris un problème de santé sous-jacent) et non de la solitude. Toutefois, les personnes qui se sentent seules sont plus susceptibles de souffrir de troubles du sommeil. Nous savons également que leur système immunitaire peut avoir du mal à lutter contre les petites maladies (comme la toux et le rhume) en raison de leur niveau de stress plus élevé.

e) Semblent accorder trop d'importance à leurs biens ou à leurs passe-temps :

Lorsqu'une personne souffre de solitude, elle est plus susceptible d'essayer de se distraire avec d'autres choses dans sa vie. Le fait de dépenser trop d'argent pour des choses inutiles peut être un signe, car la solitude peut également conduire à une augmentation du consumérisme.

Toutes les personnes qui passent du temps seules ne se sentent pas forcément seules. Il est important d'avoir une discussion avec la personne pour savoir si c'est le cas.

5. Influence du COVID

Un déclencheur récent et important de la solitude est lié à la pandémie de COVID-19. En Belgique, une enquête a montré qu'une personne âgée sur quatre ressent une augmentation de la solitude pendant cette période (AGO, 2020). Des résultats similaires ont été trouvés dans une autre enquête belge, menée entre septembre et novembre 2020, montrant que par rapport à 2017 la solitude a augmenté : pour les personnes âgées de 60 ans et plus, 3% ont déclaré un sentiment de solitude chaque jour en 2017 alors que 5% l'ont déclaré en 2020 (Busschaert et al., 2020). Une enquête sur les conséquences du COVID-19 réalisée en Wallonie auprès de 1082 résidents de maisons de repos a montré que 17% d'entre eux déclarent un sentiment de solitude (Adam et al., 2020). Dans une étude réalisée aux Etats-Unis auprès de 1.545 adultes (18-98 ans), les résultats ont montré une augmentation de la solitude uniquement chez les individus de plus de 65 ans fin mars et avril (après les ordres de distanciation sociale) par rapport à fin janvier (Luchetti et al., 2020). D'autre part, une autre étude portant sur 1.141 participants de plus de 50 ans (âge moyen de 67 ans) a observé une augmentation uniquement de l'isolement social et non de la solitude (Peng et Roth, 2022). D'autres ont suggéré qu'une augmentation n'a été observée que chez les personnes qui souffraient déjà de solitude avant la pandémie (Creese et al., 2021). En résumé, la solitude chez les personnes âgées semble être un dommage collatéral de la pandémie (Dahlberg, 2021 ; van Tilburg et al., 2021). Néanmoins, il est également important de

souligner la capacité des personnes âgées à faire preuve de résilience dans cette situation : en effet, elles semblent moins affectées psychologiquement que les adultes plus jeunes (AGO, 2020 ; Birditt et al., 2021).

Sensibiliser à l'importance de prendre soin de soi pour réduire les sentiments d'isolement et d'anxiété est essentiel pour promouvoir le bien-être de tous. Pour soutenir cet effort, l'université de Tulane (États-Unis) a créé un site web consacré aux outils et ressources en matière de soin personnel ("Self-Care Tips from Tulane University School of Social Work", n.d.), afin de faciliter l'accès aux outils dans les principaux domaines que sont la méditation/la pleine conscience, l'activité physique, le lien social et les activités de détente/de divertissement.

La littérature suggère que le soutien social est non seulement important pour réduire la symptomatologie négative, mais aussi pour promouvoir une adaptation positive à la suite de la crise COVID-19. Les associations entre la solitude et implication du voisinage (Matthews et al., 2019) peuvent également influencer la santé mentale post-pandémique, nous pouvons également signaler une amélioration de la cohésion sociale, à l'instar des études réalisées après l'épidémie de SRAS en 2003 (Lau et al., 2005).

Le large accès à la technologie est propre à la crise COVID-19 et peut contribuer à atténuer la solitude et l'isolement susceptibles d'exacerber les problèmes de santé mentale (Smith et al., 2018). De même, l'importance des réseaux sociaux a été démontrée dans la littérature, favorisant la résilience au stress et aux traumatismes.

6. Événements de vie

Certains événements de la vie peuvent accroître le risque de se sentir seul.

- Par exemple, la retraite est une période importante de changement. Par conséquent, pour les personnes qui souffrent déjà de solitude, le risque de symptômes dépressifs est plus élevé après le départ à la retraite (Segel-Karpas et al., 2018). En outre, la retraite involontaire est associée à une plus grande solitude (Shin et al., 2020).
- Le deuil est un déclencheur très puissant (Robertson, 2019). Il existe un risque accru de décès après la perte d'un conjoint : 13,1 % des hommes et 7,4 % des femmes âgés de 80 à 84 ans sont décédés dans l'année qui a suivi la perte de leur conjoint. Le risque de décès plus élevé chez les hommes peut s'expliquer par la présence de comportements plus risqués comme la consommation d'alcool ou le suicide (Guilbault et al., 2007). Après le deuil, une période de réajustement se produit et une diminution de la solitude est observée : cela peut être dû à l'habitation à vivre seul ou à un réajustement des attentes sociales (Utz et al., 2014).
- La situation spécifique des maisons de repos mérite une attention particulière. En effet, si l'on

peut naïvement penser que les résidents ont moins de risques de se sentir seuls du fait qu'ils vivent en communauté, une méta-analyse a conclu que 61% des résidents ont un sentiment de solitude modéré, et 35% un sentiment sévère (Gardiner et al., 2020). Une étude antérieure comparant des personnes vivant en communauté (n = 234) à des résidents de maisons de retraite (n = 234) a montré que l'institutionnalisation avait un effet important sur la solitude (Prieto-Flores et al., 2011). Une étude menée en Norvège sur 225 personnes âgées ne souffrant d'aucune déficience cognitive et vivant dans des maisons de repos a montré que la proximité émotionnelle avec des personnes significatives est plus importante pour expliquer les sentiments de solitude, alors que la fréquence des contacts avec la famille et les amis ne l'est pas (Drageset et al., 2011).

- Un autre point d'attention concerne les aidants informels (par exemple les conjoints de personnes atteintes de maladies neurodégénératives ou de maladies chroniques telles que le cancer). En effet, l'un des défis importants auxquels ils sont confrontés est la solitude (Vasileiou et al., 2017). La prévalence de la solitude modérée chez les aidants d'adultes atteints de démence est de 43,7 %, et celle de la solitude sévère de 17,7 % (Victor et al., 2021). Des recherches antérieures ont montré que lorsque l'on compare les aidants aux non-aidants, le score de solitude est plus élevé chez les aidants (Beeson, 2003). Ce sentiment peut se manifester par exemple par une diminution des interactions sociales, un rétrécissement de l'espace personnel, un sentiment d'impuissance et de responsabilité unique (Vasileiou et al., 2017).
- En outre, les personnes atteintes de démence risquent également de souffrir de solitude. Victor et al. (2021) ont mené une étude au Royaume-Uni pour tenter d'établir les principaux facteurs prédictifs et la prévalence de la solitude chez les personnes atteintes de démence légère à modérée (n = 1547). Un tiers des participants ont déclaré souffrir d'une solitude modérée et 5 % d'entre eux d'une solitude sévère. Dans cette étude, les symptômes dépressifs et le risque accru d'isolement social étaient tous deux associés à une solitude modérée et sévère. Le fait de vivre seul et de déclarer une mauvaise qualité de vie, une satisfaction de vie et un bien-être moindres était également lié à un risque accru de solitude sévère. Cependant, le diagnostic de démence n'était pas associé à la solitude, pas plus que le fonctionnement cognitif.

En revanche, une étude suédoise (n = 589) sur la solitude et le fonctionnement cognitif des personnes âgées a révélé que les personnes atteintes de démence étaient nettement plus susceptibles de souffrir de solitude sociale que les personnes non atteintes de démence. En effet, dans cette étude, la solitude sociale augmente avec la réduction du fonctionnement cognitif, ce qui montre l'importance d'avoir un réseau social significatif. Cependant, aucune

différence n'a été observée en ce qui concerne l'expérience émotionnelle de la solitude (Holmén et al., 2000).

Une expérience menée par Opdebeeck et al. (2021) a montré que la possession d'un animal de compagnie peut réduire la solitude, pour ceux qui aiment avoir des animaux. Cela peut diminuer le stress qui suit la perte d'un être cher et la dépression grâce à la compagnie et à l'objectif, mais ce n'est pas toujours le cas. Les chercheurs ont étudié la relation entre la possession d'un animal de compagnie et les soins apportés à cet animal, d'une part, et la solitude, l'activité physique, la dépression et la qualité de vie, d'autre part, chez des personnes atteintes de démence. Les personnes atteintes de démence légère à modérée qui possédaient un chien étaient moins susceptibles de se sentir seules que celles qui n'avaient pas de chien, ce qui indique que le fait de s'occuper d'un animal de compagnie peut atténuer le sentiment de solitude. Cependant, les chercheurs ont également constaté que le fait d'avoir un animal de compagnie mais de ne pas être impliqué dans les soins était associé à une plus grande dépression et à une moindre qualité de vie par rapport aux personnes qui ne possédaient pas d'animal de compagnie. En résumé, l'implication de la personne atteinte de démence dans les soins apportés à l'animal était un facteur clé dans les associations.

7. Bibliographie

- Adam, S., Flamion, A., Katzunberg, E., Marquet, M., Missotten, P., Schroyen, S., Vangramberen, A., 2020. Analyse d'impact de la crise Covid-19 sur les résidents, les directeurs et les professionnels en MRPA/MRS et dans les centres d'hébergement pour personnes en situation de handicap. Lot 3: Axe psychosocial. 16.
- Adam, S., Joubert, S., Missotten, P., 2013. L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! *Rev. Neuropsychol.* 5, 4–8. <https://doi.org/10.3917/rne.051.0004>
- AGO, 2020. Seniors et confinement. La vie au temps du Covid-19.
- Beeson, R.A., 2003. Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 17, 135–143. [https://doi.org/10.1016/S0883-9417\(03\)00057-8](https://doi.org/10.1016/S0883-9417(03)00057-8)
- Birditt, K.S., Turkelson, A., Fingerman, K.L., Polenick, C.A., Oya, A., 2021. Age Differences in Stress, Life Changes, and Social Ties During the COVID-19 Pandemic: Implications for Psychological Well-Being. *The Gerontologist* 61, 205–216. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa204>
- Boss, L., Kang, D.-H., Branson, S., 2015. Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *Int. Psychogeriatr.* 27, 541–553. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002749>
- Brown, E.G., Gallagher, S., Creaven, A.-M., 2018. Loneliness and acute stress reactivity: A systematic review of psychophysiological studies. *Psychophysiology* 55, e13031. <https://doi.org/10.1111/psyp.13031>
- Bultez, J.-P., 2005. Isolement et exclusion dans le vieillissement. *Econ. Humanisme* 374.
- Busschaert, S., Minnebo, J., Samyn, W., Indiville, 2020. Les choix de vie des plus de 60 ans [WWW Document]. Fond. Roi Baudouin. URL <https://kbs-frb.be/fr/les-choix-de-vie-des-plus-de-60-ans> (accessed 1.24.23).
- Butler, R.N., 1969. Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist* 9, 243–246. https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., 2009. Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn. Sci.* 13, 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Carstensen, L.L., 2006. The influence of a sense of time on human development. *Science* 312, 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carstensen, L.L., 1995. Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 4, 151–156. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512261>
- Creese, B., Khan, Z., Henley, W., O'Dwyer, S., Corbett, A., Silva, M.V.D., Mills, K., Wright, N., Testad, I., Aarstrand, D., Ballard, C., 2021. Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19: a longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. *Int. Psychogeriatr.* 33, 505–514. <https://doi.org/10.1017/S1041610220004135>
- Dahlberg, L., 2021. Loneliness during the COVID-19 pandemic. *Aging Ment. Health* 25, 1161–1164. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1875195>
- Drageset, J., Kirkevold, M., Espehaug, B., 2011. Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment: A questionnaire survey. *Int. J. Nurs. Stud.* 48, 611–619. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.09.008>

- Ellis, S.R., Morrison, T.G., 2005. Stereotypes of Ageing: Messages Promoted by Age-Specific Paper Birthday Cards Available in Canada. *Int. J. Aging Hum. Dev.* 61, 57–73. <https://doi.org/10.2190/ULUU-UN83-8W18-EP70>
- Elsayed, E.B.M., Etreby, R.R.E.-, Ibrahim, A.A.-W., 2019. Relationship between Social Support, Loneliness, and Depression among Elderly People. *Int. J. Nurs. Didact.* 9, 39–47. <https://doi.org/10.15520/ijnd.v9i01.2412>
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2015. Discrimination in the EU in 2015 : summary. European Commission, LU.
- Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., Gott, M., 2020. What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 49, 748–757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>
- Gendron, T.L., Welleford, E.A., Inker, J., White, J.T., 2016. The Language of Ageism: Why We Need to Use Words Carefully. *The Gerontologist* 56, 997–1006. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv066>
- Gierveld, J.D.J., Tilburg, T.V., 2006. A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. *Res. Aging* 28, 582–598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Guilbault, C., Dal, L., Poulain, M., 2007. Le veuvage et après. *Gérontologie Société* 30 / 121, 163–178. <https://doi.org/10.3917/g.s.121.0163>
- Hawkley, L.C., Buecker, S., Kaiser, T., Luhmann, M., 2022. Loneliness from Young Adulthood to Old Age: Explaining Age Differences in Loneliness. *Int. J. Behav. Dev.* 46, 39–49. <https://dx.doi.org/10.1177/0165025420971048>
- Heinrich, L.M., Gullone, E., 2006. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin. Psychol. Rev.* 26, 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Holmén, K., Ericsson, K., Winblad, B., 2000. Social and emotional loneliness among non-demented and demented elderly people. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 31, 177–192. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(00\)00070-4](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(00)00070-4)
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T., Stephenson, D., 2015. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect. Psychol. Sci.* 10, 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., Cacioppo, J.T., 2004. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res. Aging* 26, 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Kelly, J., Watson, R., Pankratova, M., Pedzeni, A., 2016. Representation of age and ageing identities in popular music texts. *J. Adv. Nurs.* 72, 1325–1334. <https://doi.org/10.1111/jan.12916>
- Lasgaard, M., Friis, K., Shevlin, M., 2016. “Where are all the lonely people?” A population-based study of high-risk groups across the life span. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 51, 1373–1384. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1279-3>
- Lau, J.T.F., Yang, X., Pang, E., Tsui, H.Y., Wong, E., Wing, Y.K., 2005. SARS-related Perceptions in Hong Kong. *Emerg. Infect. Dis.* 11, 417–424. <https://doi.org/10.3201/eid1103.040675>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., Caan, W., 2017. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health* 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Levy, B., 2009. Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 18, 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>

- Levy, B.R., Chung, P.H., Bedford, T., Navrazhina, K., 2014. Facebook as a Site for Negative Age Stereotypes. *The Gerontologist* 54, 172–176. <https://doi.org/10.1093/geront/gns194>
- Lim, M.H., Eres, R., Vasan, S., 2020. Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 55, 793–810. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>
- Luchetti, M., Lee, J.H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J.E., Terracciano, A., Sutin, A.R., 2020. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *Am. Psychol.* 75, 897–908. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>
- Luo, Y., Hawkey, L.C., Waite, L.J., Cacioppo, J.T., 2012. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Soc. Sci. Med., Part Special Issue: Migration, “illegality”, and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness* 74, 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Marquet, M., T. Vallet, G., Adam, S., Missotten, P., 2022. Ageism among psychology students: A comparative analysis between Belgium and Quebec (Canada). *L'Année Psychol.* 122, 589–612. <https://doi.org/10.3917/anpsy1.224.0589>
- Matthews, T., Odgers, C.L., Danese, A., Fisher, H.L., Newbury, J.B., Caspi, A., Moffitt, T.E., Arseneault, L., 2019. Loneliness and Neighborhood Characteristics: A Multi-Informant, Nationally Representative Study of Young Adults. *Psychol. Sci.* 30, 765–775. <https://doi.org/10.1177/0956797619836102>
- Missotten, P., Adam, S., Schroyen, S., 2016. Ageism and youthism: healthcare professionals disregard the consequences, in: *Age - From the Anatomy of Life to the Architecture of Living*. VUBPRESS, Bruxelles, Belgium.
- Ong, A.D., Uchino, B.N., Wethington, E., 2016. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology* 62, 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Opdebeeck, C., Katsaris, M.A., Martyr, A., Lamont, R.A., Pickett, J.A., Rippon, I., Thom, J.M., Victor, C., Clare, L., 2021. What Are the Benefits of Pet Ownership and Care Among People With Mild-to-Moderate Dementia? Findings From the IDEAL programme. *J. Appl. Gerontol.* 40, 1559–1567. <https://doi.org/10.1177/0733464820962619>
- O'Súilleabháin, P.S., Gallagher, S., Steptoe, A., 2019. Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. *Psychosom. Med.* 81, 521–526. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000710>
- Peng, S., Roth, A.R., 2022. Social Isolation and Loneliness Before and During the COVID-19 Pandemic: A Longitudinal Study of U.S. Adults Older Than 50. *J. Gerontol. Ser. B* 77, e185–e190. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab068>
- Penning, M.J., Liu, G., Chou, P.H.B., 2014. Measuring Loneliness Among Middle-Aged and Older Adults: The UCLA and de Jong Gierveld Loneliness Scales. *Soc. Indic. Res.* 118, 1147–1166. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0461-1>
- Pikhartova, J., Bowling, A., Victor, C., 2016. Is loneliness in later life a self-fulfilling prophecy? *Aging Ment. Health* 20, 543–549. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1023767>
- Pinquart, M., Sörensen, S., 2001. Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Appl. Soc. Psychol.* 23, 245–266. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2
- Pressman, S.D., Cohen, S., Miller, G.E., Barkin, A., Rabin, B.S., Treanor, J.J., 2005. Loneliness, Social Network Size, and Immune Response to Influenza Vaccination in College Freshmen. *Health Psychol.* 24, 297–306. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.3.297>
- Prieto-Flores, M.-E., Fernandez-Mayoralas, G., Forjaz, M.J., Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P., 2011. Residential

- satisfaction, sense of belonging and loneliness among older adults living in the community and in care facilities. *Health Place* 17, 1183–1190. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.08.012>
- Robertson, G., 2019. Understanding the psychological drivers of loneliness: the first step towards developing more effective psychosocial interventions. *Qual. Ageing Older Adults* 20, 143–154. <https://doi.org/10.1108/QAOA-03-2019-0008>
- Robinson, T., Callister, M., Magoffin, D., Moore, J., 2007. The portrayal of older characters in Disney animated films. *J. Aging Stud.* 21, 203–213. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.10.001>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40.
- Segel-Karpas, D., Ayalon, L., Lachman, M.E., 2018. Loneliness and depressive symptoms: the moderating role of the transition into retirement. *Aging Ment. Health* 22, 135–140. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1226770>
- Self-Care Tips from Tulane University School of Social Work [WWW Document], n.d. . Self Care Tips - Tulane Sch. Soc. Work. URL <https://selfcaretips.tulane.edu/> [accessed 2.20.23].
- Shin, O., Park, S., Amano, T., Kwon, E., Kim, B., 2020. Nature of Retirement and Loneliness: The Moderating Roles of Social Support. *J. Appl. Gerontol.* 39, 1292–1302. <https://doi.org/10.1177/0733464819886262>
- Shiovitz-Ezra, S., Shemesh, J., McDonnell/Naughton, M., 2018. Pathways from Ageism to Loneliness, in: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (Eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism, International Perspectives on Aging*. Springer International Publishing, Cham, pp. 131–147. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_9
- Smith, B.G., Smith, S.B., Knighton, D., 2018. Social media dialogues in a crisis: A mixed-methods approach to identifying publics on social media. *Public Relat. Rev.* 44, 562–573. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2018.07.005>
- Sutin, A.R., Stephan, Y., Luchetti, M., Terracciano, A., 2018. Loneliness and Risk of Dementia. *J. Gerontol. Ser. B* 75, 1414–1422. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby112>
- Utz, R.L., Swenson, K.L., Caserta, M., Lund, D., deVries, B., 2014. Feeling Lonely Versus Being Alone: Loneliness and Social Support Among Recently Bereaved Persons. *J. Gerontol. Ser. B* 69B, 85–94. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt075>
- Valtorta, N., Hanratty, B., 2012. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J. R. Soc. Med.* 105, 518–522. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120128>
- van Tilburg, T.G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., de Vries, D.H., 2021. Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. *J. Gerontol. Ser. B* 76, e249–e255. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>
- Vasileiou, K., Barnett, J., Barreto, M., Vines, J., Atkinson, M., Lawson, S., Wilson, M., 2017. Experiences of Loneliness Associated with Being an Informal Caregiver: A Qualitative Investigation. *Front. Psychol.* 8.
- Victor, C.R., Rippon, I., Quinn, C., Nelis, S.M., Martyr, A., Hart, N., Lamont, R., Clare, L., 2021. The prevalence and predictors of loneliness in caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL programme. *Aging Ment. Health* 25, 1232–1238. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1753014>
- WaveLength, n.d. How to tell if someone is lonely. WaveLength. URL <https://wavelength.org.uk/how-to-tell-if-someone-is-lonely/> [accessed 2.27.23].

SUJET 2:

Communication et intervention auprès d'une personne qui se sent seule : conseils pratiques

Objectifs d'apprentissage :

1. Etre capable de communiquer avec une personne sur sa solitude
2. Etre conscient des différentes approches disponibles pour aider une personne qui se sent seule
3. Connaître les actions préventives possibles

Sections incluses

[1. Comment communiquer avec une personne qui se sent seule au sujet de sa solitude \(+ comment établir la confiance\)](#)

[2. Comment promouvoir l'action](#)

[3. Comment identifier les besoins de la personne et comment y répondre ?](#)

[4. Quelles sont les interventions possibles ?](#)

[5. Prévention de la solitude](#)

[6. Exemples de bonnes pratiques](#)

[7. Le réseau](#)

1. Comment communiquer avec une personne qui se sent seule au sujet de sa solitude et comment instaurer un climat de confiance ?

Lors de la communication, il est plus difficile d'établir et de maintenir un lien avec une personne qui souffre de solitude (Schoenmakers, 2020). Cette difficulté peut être en partie liée aux compétences sociales de la personne qui se sent seule (Jin et Park, 2013). En effet, les personnes seules semblent moins à l'aise avec les compétences conversationnelles : par exemple, il a pu être observé qu'elles interagissent moins avec les autres (Bell, 1985) et qu'elles peuvent également se considérer comme moins aptes à une bonne communication (Spitzberg et Canary, 1985). Cela peut conduire à un cercle vicieux : se sentant moins capables de tenir une bonne conversation, ils interviennent moins souvent dans les échanges, ce qui peut conduire à des relations sociales de moindre qualité (Rotenberg et al., 2002). Ces expériences peuvent conduire à éviter les situations sociales (Cacioppo et al., 2006), renforçant leur image d'incapacité à tenir une bonne conversation. Il n'est pas toujours facile d'entrer "dans la bulle" de la personne souffrant de solitude car elle risque d'éviter tout contact ou de ne pas se sentir à l'aise dans une conversation. Une relation de confiance et de la patience sont donc essentiels.

Une fois le contact établi, il n'est pas facile de parler directement de la solitude (Schoenmakers, 2020). En effet, les personnes peuvent ressentir une certaine honte et éviter d'en parler, notamment par crainte d'une réaction négative. Il n'est pas rare que les personnes qui ne se sentent pas seules blâment celles qui le sont (Hauge et Kirkevold, 2010). Il est donc important de pouvoir briser le tabou (Michiels & De Wachter, 2019). Pour ce faire, il est conseillé de l'aborder non pas comme quelque chose de difficile, mais comme un sujet de discussion normal, en supprimant la stigmatisation et le tabou. Avoir une perception ouverte de la solitude est essentiel (Baftehchian, 2021).

Lorsque le sujet de la solitude est abordé et discuté, l'erreur serait de vouloir proposer rapidement des solutions/explications avant d'établir une relation authentique (ex : "pour se sentir moins seul, il faut sortir", "ne pas penser au passé", "voir le bon côté des choses"...). Ces attitudes, qui se veulent utiles et bienveillantes, sont rarement efficaces. Lorsque l'on aborde des sujets difficiles, on a aussi parfois tendance à vouloir rassurer la personne (ex : "ça va aller, je suis sûr que ça va s'arranger, vous avez encore vos enfants qui viennent vous voir..."). Cependant, cette tendance à rassurer est parfois contre-productive : elle envoie le message que la difficulté que vit la personne n'est pas si importante, cela lui fait comprendre que ce qui est pour elle "terrible", "horrible", "foutu", n'est pas aussi grave qu'elle le prétend (Delvigne, 2021a). Lorsque vous, en tant qu'aidant, souhaitez rassurer la personne, il est important de vous poser la question suivante : "Qui suis-je en train de rassurer ?". Est-ce vraiment la personne que j'aide ou est-ce que j'essaie de réduire mon malaise face à la détresse de la personne ?

Ainsi, face à un sujet comme la solitude, le plus important est que la personne sente que l'on croit en elle, en ses capacités et ses compétences (Delvigne, 2021b). Cela nous ramène à l'importance de la qualité de la relation, de la confiance qui peut s'établir. Selon Carl Rogers, psychologue américain des années 50, cette relation serait même le principal moteur de l'aide (Delvigne, 2021b). Il a identifié trois éléments principaux qui font une relation de qualité : (1) la capacité d'empathie de l'aidant, (2) l'acceptation positive inconditionnelle et (3) l'authenticité de l'aidant.

Tout d'abord, l'empathie est synonyme de compréhension. Faire preuve d'empathie, c'est faire preuve d'une compréhension intime de ce que vit l'autre. Cela implique une compréhension de ce que l'autre ressent, voit, vit, pense, juge, interprète, etc. L'erreur serait d'essayer de se mettre à la place de la personne : par exemple, si je me sens seul, j'aime sortir et me changer les idées et je pense que la personne devrait faire de même. Il ne s'agit donc pas de faire "comme pour moi" ou "comme pour mes parents" mais de comprendre ce que vit la personne en face de moi. Pour faire preuve d'empathie, cinq compétences sont généralement décrites (Maeker et Maeker-Poquet, 2020) : (1) la volonté d'établir une relation interpersonnelle : en d'autres termes, notre engagement dans la relation avec l'autre en tant qu'égal. En tant qu'aidant, le risque serait de se considérer comme "l'expert" qui détient les solutions et doit donc les transmettre : la personne est l'experte de son expérience ; (2) le non-jugement : il s'agit d'éviter de catégoriser, d'étiqueter (par exemple, considérer toutes les personnes comme un groupe homogène) ou de moraliser (par exemple, "si vous vous sentez seul, pourquoi ne sortez-vous pas ?") ; (3) l'écoute active : par exemple, l'utilisation de "réflexions". Il peut s'agir d'une simple reformulation de ce que la personne vient de dire (par exemple, "vous pensez que vous êtes un fardeau") ou d'une proposition qui résume ce qu'elle a dit (par exemple, "vous avez donc l'impression qu'aucune personne n'a besoin d'être aidée"), (4) la communication non verbale : le regard, les expressions faciales, les gestes, la posture corporelle, le toucher, la distance physique, etc. (5) l'intelligence émotionnelle : nommer correctement ses émotions et être capable de les contrôler, afin d'éviter l'épuisement émotionnel ou professionnel.

Le second élément d'une relation de qualité selon Carl Rogers serait l'acceptation positive inconditionnelle, qui consiste à accepter l'expérience de la personne, sans condition, sans essayer de la changer. En d'autres termes, je n'essaie pas de supprimer la tristesse, de faire en sorte qu'elle se sente moins fautive, etc. Vouloir changer l'état d'esprit de quelqu'un est en réalité une non-acceptation de l'expérience de l'autre personne. Si je veux qu'elle ne soit plus triste, cela montre mon incapacité à accepter cette tristesse. Or, si l'objectif est de favoriser l'ouverture au vécu, il faut commencer par accepter soi-même, calmement, ce que la personne

vit au fond d'elle-même (Delvigne, 2021b).

Enfin, l'authenticité de l'aidant renvoie à sa capacité à accéder à sa propre expérience, à identifier ses mouvements internes et, le cas échéant, à les communiquer. Il s'agit d'être conscient de ce que l'on vit au moment même où on le vit, de ce que l'on pense au moment même où l'on pense. Ne serait-ce que pour interrompre cette action une fois que nous en sommes conscients, plutôt que de nous laisser porter par elle. De plus, dans la mesure où l'aide consiste à favoriser "l'ouverture" de la conscience chez l'autre, par l'autre, ce travail de conscientisation et d'acceptation est facilité par "l'ouverture" que nous donnons à voir à nos propres mouvements internes. Ce que je propose à l'autre, je l'applique en quelque sorte à moi-même. Enfin, cette authenticité de l'aidant donne à la relation une certaine profondeur, une certaine consistance. On tombe le masque. On brise la glace. On ne se cache pas. On ne joue pas un rôle (Delvigne, 2021b).

2. Des outils concrets pour parler de la solitude

D'après Mots Croisés

“Motus, des images pour le dire” est un jeu de langage symbolique pour animer une discussion avec un groupe ; il facilite l'échange entre les participants et l'expression orale. Grâce à un ensemble de 280 images symboliques, cet outil organise le droit à la parole de manière équitable, il tempère les bavards et aide les silencieux à s'exprimer. Différentes variantes sont proposées en fonction du but recherché

(<https://questionsante.org/outils/motus/>).



[“Motus,” 2010]

"Isolitude"

un outil d'animation qui permet d'ouvrir le dialogue sur la solitude et l'isolement au sein de groupes d'adultes. Cet outil se compose d'un guide d'animation et d'un jeu de cartes, conçu pour un groupe de 5 à 12 personnes, d'une durée minimum de deux heures (<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/435-isolitude.html>).



("Isolitude," 2017)

"Et toi, comment tu vas?"

Un jeu de cartes de la Croix-Rouge pour s'exprimer et prendre conscience de son état émotionnel ainsi que de ses forces et faiblesses, afin de relever ensemble les défis. En ligne ou physique (<https://covid.croix-rouge.be/et-toi-comment-tu-vas/particuliers/>).



["Et toi, comment tu vas," n.d.]

Feelin' Cards

Les Feelin' Cards ont été créées par Marie Edery et Anna Edery. Chaque carte représente une émotion, une humeur ou un sentiment illustré de manière drôle et expressive. Ces 52 "emojis" ont été créés spécialement pour ce jeu qui s'adresse aussi bien aux adultes et aux professionnels qu'aux enfants. Les Feelin' Cards s'adressent à tous et doivent rester ouvertes à l'élaboration de la personne qui les dessine. Sur le plan personnel : faire réfléchir ou amuser. Comment vont les choses ? Que se passe-t-il en moi ? Sur le moment ? Au fil du temps ? Dans le cadre d'une animation : brise-glace, diagnostic émotionnel d'une équipe, gestion des tensions, médiation, motivation, discernement des besoins cachés, etc. Dans le cadre d'un coaching individuel : faire parler la personne d'elle-même, de son contexte du jour ou d'une situation professionnelle (<https://www.furet.com/livres/feelin-cartes-comment-ca-va-aujourd-hui-laissez-parler-vos-humeurs-et-emotions-marie-edery-9782491869090.html>).



["Feelin' cartes, comment ça va aujourd'hui ?," 2022]

Cartes d'inspiration

Ce jeu de cartes comprend 49 cartes d'inspiration en couleur destinées à discuter de thèmes de vie avec des collègues ou des clients. Ces cartes sont destinées à être utilisées dans le cadre de conversations à deux ou de réunions de groupe. Le jeu de cartes n'est pas gratuit et peut être commandé sur le site web (<https://www.jewereldinzicht.nl/shop/inspiratiekaarten/>)



(pris du site web)

Levensluister

Levensluister vise à écouter la vie d'une personne âgée. Pour ce faire, un ensemble de cartes a été développé, comprenant des questions approfondies sur la vie d'une personne à travers toutes les phases de la vie. Ces cartes sont conçues comme un outil permettant d'entamer une conversation approfondie. En plus de ce jeu de cartes, il est possible de suivre un atelier. Le jeu de cartes peut être commandé sur le site web (<https://levensluister.nl>)



(pris du site web)

Set d'extension solitude

Ce jeu de cartes a été développé par The bagagedrager en coproduction et peut être considéré comme une extension du jeu de société "een steekje los", mais peut également être joué sans ce jeu de société. Ce jeu contient 110 cartes qui peuvent être utilisées pour entamer des conversations sur la solitude, mais aussi comme outil de communication lors de réunions éducatives. Le jeu de société et/ou le jeu de cartes peuvent être commandés sur le site web.

<https://debagagedrager.nl/product/uitbreidingsset-eezaamheid/>



(pris du site web)

Kletsborden

Kletsborden est un jeu de société qui favorise les contacts réels et auquel chacun peut participer à sa manière. Dans ce jeu, les participants partagent leurs histoires et se posent des questions. Ce jeu convient aux jeunes et aux moins jeunes et peut être commandé en ligne. En outre, ce jeu peut également être joué en ligne (<https://www.kletsborden.nl>)



(pris du site web)

3. Comment promouvoir l'action

Pour motiver la personne à aller de l'avant, des exercices peuvent être faits avec elle :

Ex 1: Dresser une liste des avantages et des inconvénients d'aller de l'avant (Nezu and Nezu, 2018):

- Faire deux colonnes
- Lister les avantages et les coûts de l'inaction (colonne de gauche)
- Dresser la liste des avantages et des coûts de l'action (colonne de droite).
- Comparer toutes les conséquences
- Examiner les conséquences à court et à long terme pour la personne elle-même et pour les autres.
- Placer cette feuille dans un endroit visible
- Comparer les deux colonnes et réfléchir à la meilleure solution : ne rien faire ou aller de l'avant

Ex 2: Se projeter dans le futur, visualiser le problème résolu (Nezu et Nezu, 2018). C'est la technique utilisée par le Dr Frankl emprisonné dans un camp nazi : lors d'une marche forcée, malade, fatigué, affamé, endeuillé... il a ressenti de l'épuisement et un manque d'espoir. Il tombe et sait que s'il ne se relève pas, il sera tué. Il s'est alors projeté dans le futur, en utilisant son imagination : il s'est vu à l'université, en train de donner une conférence et d'expliquer comment il avait survécu au camp. Cela lui a donné suffisamment de courage pour se relever et continuer.

Ex 3: Pratiquer l'activation comportementale, qui est à l'origine préconisée dans le traitement de la dépression, mais qui peut être appliquée dans le contexte de la solitude, où les gens font souvent preuve d'immobilité. Plus je suis actif, engagé dans des activités où je ressens du plaisir et du contrôle, moins je ressens de symptômes dépressifs.

- Étape 1 : Faire réfléchir la personne à ses valeurs personnelles et aux activités qu'elle pratique encore, et évaluer le plaisir qu'elle en retire, l'importance de l'activité pour elle et son sentiment de contrôle, de 0 à 10.
- Étape 2 : Identifier les activités abandonnées/nouvelles qui seraient liées aux valeurs et aux domaines de vie jugés importants, puis les classer de la plus facile à la plus difficile à réaliser.
- Étape 3 : Planifier une activité que la personne qualifie de "facile à faire", par exemple une activité qu'elle faisait auparavant et qu'elle aimait faire (réfléchir à tous les éléments : où ? Quand ? Comment ? Avec qui ? Aurai-je besoin d'une aide extérieure ?). Le but de l'action ? Se recentrer sur ses valeurs, c'est-à-dire sur ce qui compte vraiment pour elle. Plus nous nous engageons dans des activités qui sont cohérentes avec nos valeurs, plus nous sommes

motivés pour nous engager dans de telles activités.

4. Quelles sont les interventions existantes ?

Les interventions sur la solitude peuvent émerger à quatre niveaux : individuel, relationnel, communautaire et sociétal. Bien entendu, il existe des interactions entre les niveaux et chaque intervention peut être examinée à l'intérieur de chaque niveau (Lim et al., 2020).

Niveau individuel

Comme de multiples facteurs influencent la solitude, les solutions doivent être adaptées à l'expérience unique de la personne pour être efficaces : nous devons comprendre l'expérience individuelle de la solitude et identifier les obstacles auxquels l'individu est confronté (Lim et al., 2020).

Néanmoins, plusieurs interventions visant à réduire la solitude de manière individuelle ont été développées de manière globale. Une méta-analyse identifie deux stratégies spécifiques à la solitude (et non à l'isolement social) (Masi et al., 2011) :

- Améliorer les compétences sociales (par exemple, améliorer les aptitudes à la conversation) ;
- L'amélioration de la cognition sociale inadaptée par le biais d'une thérapie cognitivo-comportementale (Masi et al., 2011 ; Ong et al., 2016). La dernière stratégie semble avoir un effet plus important. Pour traiter la cognition sociale inadaptée, les programmes utilisent par exemple la thérapie cognitivo-comportementale : ils apprennent aux personnes seules à identifier les pensées négatives automatiques et à les considérer comme des hypothèses plutôt que comme des faits (Masi et al., 2011). Afin de changer la relation de la personne avec sa solitude, on peut également travailler sur l'acceptation de ce sentiment. Cela peut se faire par le biais d'une méditation d'accueil, d'exercices de pleine conscience, etc. Amener une personne à l'acceptation augmente son sentiment de contrôle sur sa propre vie, diminuant la dépendance aux autres (Baftehchian, 2021).

De plus, ces dernières années, un intérêt particulier a été porté aux nouvelles technologies : une méta-analyse indique de bons résultats des programmes informatiques et internet et suggère leur utilisation pour les personnes âgées. En effet, ils permettent de renforcer le réseau social existant ainsi que de trouver des activités sociales (Choi et al., 2012).

Niveau relationnel et communautaire

En ce qui concerne les solutions basées sur la communauté, nous pouvons trouver par exemple certaines initiatives visant à apporter des réseaux aux personnes (par exemple des appels

téléphoniques hebdomadaires et des visites à domicile pour les personnes âgées isolées) (Lim et al., 2020). L'un des principaux éléments consiste à établir des contacts entre les personnes. Bien entendu, tous les contacts ne sont pas positifs et certaines recommandations ont été formulées à l'intention des institutions qui souhaitent rassembler les gens (Yates, 2015) : (1) égalité : il est important que personne ne se sente supérieur ou inférieur aux autres ; (2) communauté : faire partie d'un projet commun ; (3) inclusivité : accessible à de multiples groupes (ne pas être perçu comme exclusif mais attrayant pour de multiples segments d'une population).

Pour initier des contacts entre les personnes, un point d'intérêt spécifique concerne les programmes intergénérationnels. Une étude souligne le fait que ces programmes sont bénéfiques pour les adultes plus âgés (même en cas de troubles cognitifs) ainsi que pour les enfants (Gualano et al., 2018). De nombreux programmes intergénérationnels ont été développés (Hatton-Yeo et Ohsako, 2000) : parfois les jeunes aident les personnes âgées, parfois c'est l'inverse (par exemple, les personnes âgées lisent des livres aux enfants (Murayama et al., 2015)) et parfois les deux générations travaillent ensemble (par exemple dans un groupe de théâtre). D'une manière générale, dans tous les programmes intergénérationnels, une attention particulière doit être portée au risque d'infantilisation : un cadre théorique est nécessaire pour la mise en œuvre de tels programmes ainsi qu'un personnel bien formé (Gualano et al., 2018).

Niveau sociétal

Enfin, parmi les interventions visant à réduire la solitude au niveau sociétal, on peut citer les campagnes éducatives de sensibilisation du public pour accroître la prise de conscience de la solitude et promouvoir des comportements sociaux positifs (par exemple, le Canada développe une campagne pour inviter les gens à entrer en contact avec une personne plus âgée) (Lim et al., 2020). En ce qui concerne les interventions conçues spécifiquement pour les personnes âgées, une revue de la littérature réalisée en 2003 conclut que les preuves de l'efficacité de ces interventions sont très limitées (Findlay, 2003). Ce manque de preuves pourrait être dû à des difficultés méthodologiques (recrutement de participants âgés et solitaires). Une revue critique, analysant les études entre 1996 et 2011, suggère une réduction efficace de la solitude par des interventions éducatives, axées sur le maintien et l'amélioration du réseau social (Cohen-Mansfield et Perach, 2015).

De manière globale, de nombreuses interventions visant à réduire la solitude chez les personnes âgées ont été développées mais nous ne pouvons pas développer une approche standardisée, adaptée à tous : les interventions doivent être individualisées ou adaptées à des groupes spécifiques (en fonction du contexte, de la population, du degré de solitude...) (Fakoya et al., 2020). Elles doivent s'attaquer aux causes spécifiques de la solitude (Fried et al., 2018). Elles

doivent prendre en considération la solitude en tant que construction hétérogène et cibler les besoins des individus (Akhter-Khan and Au, 2020). Plus qu'une simple mise en relation des personnes entre elles, les interventions doivent aborder les aspects "internes" (expérience émotionnelle) et "externes" (mise en relation des personnes) de l'expérience de la solitude (Robertson, 2019). L'échec des approches actuelles ne réside donc pas dans les interventions en tant que telles, mais dans le manque d'intégration et d'ajustement des interventions particulières à "la bonne personne, au bon moment" (Akhter-Khan and Au, 2020).

5. Comment identifier les besoins de la personne et comment les prendre en charge ?

Pour identifier les besoins d'une personne, il faut avant tout prendre le temps de parler avec elle. Prendre le temps aidera à déterminer si des actions sont nécessaires et possibles, et si oui, lesquelles sont appropriées pour elle. La solitude est une expérience individuelle et subjective. Il est donc important de pouvoir s'appuyer sur les besoins, les expériences, les émotions et les possibilités de la personne et d'entrer en contact avec elle.

En outre, le fait de parler avec la personne de son expérience lui permettra de structurer ses pensées, de réfléchir à sa propre situation et de maintenir ou de gagner du pouvoir sur sa situation. Il existe de nombreuses possibilités d'intervention sur la solitude et ces moments de discussion permettront d'identifier l'action appropriée, que ce soit par une action directe ou en guidant la personne vers un organisme approprié (Schoenmakers, 2020).

Comme expliqué ci-dessus, il est essentiel de commencer par la personne. Les différents facteurs impliqués dans une approche centrée sur la personne sont les suivants (Freedman et Nicolle, 2020) :

- **L'exploration** : Que vit la personne en ce moment ? Discutez avec la personne de son expérience actuelle et examinez son niveau de solitude.
- **Explorer les solutions et les objectifs** : Quelles sont les solutions possibles et appropriées ? Travaillez avec la personne sur son avenir : Comment l'envisage-t-elle ? Qu'est-ce qu'elle aimerait changer ? Quels sont ses points forts, ses intérêts ? Comment peut-elle faire évoluer les choses ?)
 - Attention à bien différencier les objectifs fixés par la personne et ceux des professionnels
 - Ce point est important dans toutes les situations et interventions !
- **L'action** : A partir de ces objectifs : que faut-il faire maintenant pour les mettre en œuvre ?
- **Réduire les obstacles à la mise en œuvre des interventions** : transport, restrictions de mobilité, revenus...

6. Prévention de la solitude

Outre l'aide et le soutien apportés aux personnes souffrant de solitude, il est également important de mettre en œuvre des actions préventives. Lorsque nous travaillons dans ce cadre, nous ne cibons que la solitude relationnelle pour laquelle une action externe peut avoir des effets préventifs significatifs. Pour la solitude émotionnelle, la prévention repose moins sur des actions que sur la capacité de la personne à faire face à la perte d'un être cher ou à un autre événement difficile.

Avant d'examiner les différentes options de prévention, il est important de rappeler qu'il est normal de se sentir seul de temps en temps. Comme toute émotion, elle devient problématique lorsque ce sentiment se prolonge dans le temps et entraîne une souffrance importante pour la personne.

Plusieurs actions peuvent être envisagées, tant au niveau individuel que communautaire. Plusieurs de ces pratiques sont développées dans notre outil "aperçu des bonnes pratiques", en voici quelques exemples :

- Warm phone line : *Numéro gratuit que les habitants de la ville peuvent appeler pour demander une conversation. Les bénévoles peuvent également déterminer si la personne a besoin d'autres services* (initiative de la communauté de Bilzen).
- Porte à porte : *visites de porte à porte par des bénévoles du quartier aux personnes âgées (seules) de 75 ans et plus.* (initié par la commune de Saint-Trond en collaboration avec SAAMO Limburg)
- Banc de discussion : *Banc de discussion spécial qui permet aux citoyens qui s'y assoient de discuter et d'échanger entre eux. Celui qui s'assoit sur ce banc signale : J'ai envie d'écouter et de raconter des histoires.* (initié par le Conseil consultatif des personnes âgées du Bade-Wurtemberg)
- Neighbourhood Bar : *Bar à café mobile et abordable qui prend place dans des quartiers ciblés pendant la période estivale* (initié par Oasis Belgium vzw)

7. Réseau

Les listes ci-dessous ont pour but de vous donner une idée de certaines organisations travaillant sur la solitude et ne sont pas exhaustives. Si vous êtes à la recherche de telles organisations ou groupes, nous vous suggérons de contacter la municipalité de votre patient/bénéficiaire afin de savoir ce qui est mis en place et existe dans et autour de sa localité.

PAYS BAS:

- Les municipalités du Limbourg du Sud sont toutes plus ou moins actives dans la prévention de

la solitude. Les municipalités de [Heerlen](#) et de [Stein](#) en sont de bons exemples.

- **KBO-Limburg:** Le KBO Limburg défend les intérêts de tous les seniors. Le KBO a des antennes dans presque toutes les villes et villages et occupe une position forte dans la province et les municipalités. Le KBO Limburg est synonyme de rencontre et d'entraide. Chaque année, les sections locales du KBO proposent un large éventail d'activités. Il y a de nombreuses promenades à pied et à vélo, des sorties régulières, des moments de rencontre autour des tablettes et des ordinateurs, des réunions thématiques sur de nombreux sujets et bien d'autres choses encore. Chaque département a un programme différent.
- **De Zonnebloem:** : L'association nationale de Zonnebloem enrichit la vie des personnes handicapées physiques et celle de ses bénévoles en leur permettant de participer à des activités sociales et récréatives. Le Zonnebloem opère dans de nombreuses régions avec [des antennes locales](#).
- **Humanitas:** : L'association Humanitas est une organisation bénévole nationale. Les bénévoles aident les personnes à changer leur situation par elles-mêmes. Humanitas travaille dans de nombreuses régions, y compris [Maastricht-Heuvelland](#). Humanitas a des programmes spéciaux contre la solitude.

ALLEMAGNE:

- **Kompetenznetz Einsamkeit:** un projet qui se déroule jusqu'en 2025 et qui vise à rassembler toutes les informations existantes sur la solitude et à les mettre en œuvre dans les pratiques politiques et sociales. L'objectif principal est de renforcer la solidarité et l'harmonie sociale en rassemblant dans un "réseau" différents acteurs (services d'aide et de conseil, projets de lutte contre la solitude, projets visant à créer des liens, etc.), et de les encourager à échanger des informations dans le but de prévenir et de combattre activement la solitude. De nombreux organismes et services participent à ce projet, tels que :
 - **Silbernetz eV**, qui contient trois sections : 1. **Silbertelefon** où les personnes de plus de 60 ans peuvent appeler anonymement, 2. **Silbernetz friendship** où les personnes âgées peuvent avoir un contact plus personnel par téléphone avec des bénévoles une fois par semaine et, 3. **Silberinfo** où les personnes peuvent demander des informations sur les services de soins aux personnes âgées.
 - **Freunde alter Menschen e.V.:** une organisation qui travaille avec des bénévoles et des employés dans le monde entier pour lutter contre la solitude des personnes âgées, en mettant l'accent sur les personnes âgées ayant des problèmes de mobilité.
 - **Radeln ohne alter Deutschland:** une association basée à Bonn mais également présente dans 80 villes d'Allemagne. Elle propose aux personnes âgées et aux personnes ayant des problèmes de mobilité de se faire conduire en pousse-pousse par des bénévoles. Leur

devise est "Tout le monde a le droit d'avoir le vent dans les cheveux".

- **Miteinander-Füreinander: Kontakt und Gemeinschaft im Alter:** un projet qui se déroule de 2020 à la fin de 2024 dans 112 lieux différents en Allemagne. L'objectif est d'entrer en contact avec un nombre croissant de personnes âgées qui risquent de souffrir de la solitude. Ils offrent un soutien, des services de soins et des possibilités de bénévolat.

COMMUNAUTE GERMANOPHONE DE BELGIQUE:

- **Josephine-Koch-Service V.o.G:** créé par le conseil d'administration de l'hôpital Saint-Nicolas à Eupen, JKS offre, par l'intermédiaire de ses bénévoles, diverses activités (transport, réunions d'après-midi, visites à domicile...) pour les patients de l'hôpital mais aussi pour les personnes âgées de la ville d'Eupen.
- **Dienststelle für selbstbestimmtes leben:** service qui vise à accompagner toute personne ayant besoin d'un soutien adapté. Il propose notamment une aide pour favoriser les interactions sociales (aide à la mobilité, utilisation d'outils informatiques, etc.) ou encore aider les personnes à s'orienter dans leurs soins de santé.
- **Haus der Begegnung:** un lieu de rencontre, d'activités, de sensibilisation et de formation pour les personnes qui cherchent de l'aide ou qui se sentent isolées.

COMMUNAUTE NEERLANDOPHONE DE BELGIQUE:

- **Les municipalités du Limbourg** sont toutes plus ou moins actives dans la prévention de la solitude. Plusieurs d'entre elles disposent d'un [centre de services local](#). Il s'agit d'un lieu de rencontre où toutes sortes d'activités et d'initiatives sont organisées pour l'ensemble de la population, avec une attention particulière pour les personnes âgées.
- **Saamo Limburg:** SAAMO Limburg rassemble les personnes vulnérables et travaille avec elles pour trouver des solutions aux problèmes collectifs qu'elles rencontrent. De nombreux problèmes peuvent être résolus par les personnes elles-mêmes : rendre la vie de quartier plus agréable, embellir une place, organiser des réunions, échanger des expériences, etc. Nous les stimulons et les soutenons et pouvons faire appel à de nombreux bénévoles.
- **Samana:** Samana est une association de et pour toutes les personnes atteintes d'une maladie chronique ou nécessitant des soins, les aidants informels et les bénévoles qui se renforcent mutuellement dans le cadre d'un développement personnel à multiples facettes et d'une participation pleine et entière à la société. C'est pourquoi Samana travaille sur:
 - Réchauffer les contacts sociaux et construire et renforcer les réseaux sociaux
 - Nourrir le bonheur
 - Le bien-être et la capacité de charge

- La défense des intérêts, dans laquelle les témoignages et l'expertise de CZM et MZ sont essentiels.

L'engagement volontaire de chacun est ici essentiel. Ensemble, on peut faire plus que seul. Samana croit en une société chaleureuse et la construit : une communauté inclusive, où les gens prennent soin les uns des autres, où la présence est une réponse à la solitude et où tout le monde peut contribuer, y compris les plus vulnérables.

- **Welzijnsschakels:** Renforcer ensemble. Welzijnsschakels estime que chaque personne mérite l'égalité des chances, les droits fondamentaux et le respect. C'est pourquoi nous luttons contre l'exclusion due à la pauvreté ou à l'origine.

Pour ce faire, nous disposons de Welzijnsschakels locaux composés de bénévoles qui, avec les familles en situation d'exclusion, œuvrent pour une société meilleure.

La rencontre est un mot clé dans la lutte contre l'exclusion. Les Welzijnsschakels veulent offrir des opportunités à tous ceux qui vivent l'exclusion due à la pauvreté ou à l'origine, et nous le faisons en nous rencontrant les uns les autres, dans notre propre quartier.

COMMUNAUTE FRANCOPHONE DE BELGIQUE

Associations générales la solitude

- **"Hear Me"** elle s'adresse aux personnes qui ont besoin de parler et de s'exprimer et qui n'ont pas l'impression d'avoir quelqu'un pour les écouter. Cette application s'adresse à toutes les générations et n'est pas spécifiquement conçue pour les personnes âgées.
- **Babbelkot ASBL** : Association située à Bruxelles. Elle permet aux personnes de se rencontrer, de faire un pas pour rompre leur solitude en faisant de nouvelles connaissances et en créant de nouveaux liens. Elle a également une mission de réinsertion.
- **Senrj** : Association qui prend en compte l'impact de la solitude et de l'isolement social sur l'équilibre psychologique et physique. Accompagnement des bénéficiaires vers une vie active et de qualité par la création de projets individuels et collectifs. Egalement des projets inter ou intra générationnels. Dans toute la Belgique francophone.

Associations spécifiques pour la solitude chez les personnes âgées / les aidants

- **ASBL entr'âges** : association qui se veut facilitatrice du lien intergénérationnel. Elle peut apporter une aide méthodologique. Située à Anderlecht.
- **Ecoute Seniors** : Service d'Infor-Homes Bruxelles. Ecoute Seniors offre une écoute et un soutien personnalisés. Ecoute Seniors peut envisager des pistes d'amélioration du bien-être et, si nécessaire, trouver un professionnel qui pourra aider la personne en difficulté.

- **Respect Senior** : Agence wallonne de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Respect Seniors dispose d'antennes dans toute la Wallonie.
- **Bras dessus bras dessous** : Rencontres intergénérationnelles et interculturelles. Cette association met en relation des personnes de plus de 60 ans vivant à domicile et exprimant un sentiment de solitude et/ou d'isolement social avec des voisins plus jeunes souhaitant passer un moment ensemble. Bras dessus Bras dessous est présent dans les communes de Forest, Uccle, Anderlecht, Nivelles, Ottignies Louvain-La-Neuve, Walhain et Rixensart.
- **Le Service Hestia de la Croix-Rouge** : vise à lutter contre l'exclusion sociale des personnes vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées...) mais aussi à soulager les proches aidants. L'objectif est d'améliorer le bien-être social et relationnel des personnes isolées par l'âge et la maladie.
- **ASBL Aidants proches**: Elle offre des informations et des références en fonction des besoins, des souhaits et des ressources de l'aidant (services/organismes locaux, ressources de répit, ressources d'aide et de soins à la personne, droit et législation, etc.). De plus, si l'aidant le souhaite, elle offre un soutien dans les démarches à entreprendre.
 - **Ligne téléphonique "Info'Aidants"** : 081/30.30.32. Ligne téléphonique gratuite, personnalisée et confidentielle pour les aidants naturels.
- **Le réseau "SAM"** : Une plateforme web pour les proches aidants. Une ligne téléphonique pour les aidants qui se sentent en difficulté.

8. Bibliography

- Akhter-Khan, S.C., Au, R., 2020. Why Loneliness Interventions Are Unsuccessful: A Call for Precision Health. *Advances in Geriatric Medicine and Research* 2. <https://doi.org/10.20900/agmr20200016>
- Baftehchian, G.M., 2021. Comment gérer la solitude [WWW Document]. Institut PiPsy. URL <https://pi-psy.org/encyclopedie/comment-gerer-la-solitude/> [accessed 2.21.23].
- Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., Thisted, R.A., 2006. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging* 21, 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>
- Choi, M., Kong, S., Jung, D., 2012. Computer and Internet Interventions for Loneliness and Depression in Older Adults: A Meta-Analysis. *Healthc Inform Res* 18, 191–198. <https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.3.191>
- Cohen-Mansfield, J., Perach, R., 2015. Interventions for Alleviating Loneliness among Older Persons: A Critical Review. *Am J Health Promot* 29, e109–e125. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130418-LIT-182>
- Delvigne, F., 2021a. Pratiquer l'art de réagir.
- Delvigne, F., 2021b. Comment construire une relation d'aide ?
- Et toi, comment tu vas [WWW Document], n.d. . Croix-Rouge de Belgique. URL <https://covid.croix-rouge.be/et-toi-comment-tu-vas/particuliers/> [accessed 3.23.23].
- Fakoya, O.A., McCorry, N.K., Donnelly, M., 2020. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* 20, 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Feelin' cartes, comment ça va aujourd'hui ? - Laissez parler vos humeurs et émotions [WWW Document], 2022. . Furet du nord. URL <https://www.furet.com/livres/feelin-cartes-comment-ca-va-aujourd-hui-laissez-parler-vos-humeurs-et-emotions-marie-edery-9782491869090.html> [accessed 3.23.23].
- Findlay, R.A., 2003. Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society* 23, 647–658. <https://doi.org/10.1017/S0144686X03001296>
- Freedman, A., Nicolle, J., 2020. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian Family Physician* 66, 176–182.
- Gualano, M.R., Voglino, G., Bert, F., Thomas, R., Camussi, E., Siliquini, R., 2018. The impact of intergenerational programs on children and older adults: a review. *International Psychogeriatrics* 30, 451–468. <https://doi.org/10.1017/S104161021700182X>
- Hatton-Yeo, A., Ohsako, T., 2000. Intergenerational Programmes: Public Policy and Research Implications--An International Perspective. For full text: <http://www>.
- Hauge, S., Kirkevold, M., 2010. Older Norwegians' understanding of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 5, 4654. <https://doi.org/10.3402/qhw.v5i1.4654>
- Isolitude [WWW Document], 2017. . Cultures & Santé. URL <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/435-isolitude.html> [accessed 2.21.23].
- Jin, B., Park, N., 2013. Mobile voice communication and loneliness: Cell phone use and the social skills deficit hypothesis. *New Media & Society* 15, 1094–1111. <https://doi.org/10.1177/1461444812466715>

- Lim, M.H., Eres, R., Vasan, S., 2020. Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 55, 793–810. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>
- Maeker, E., Maeker-Poquet, B., 2020. L'empathie en gériatrie, utilité et faisabilité ? Empathy in geriatric care: usefulness and feasibility? *La Revue de gériatrie* 45, 401–5.
- Masi, C.M., Chen, H.-Y., Hawkley, L.C., Cacioppo, J.T., 2011. A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review* 15, 219–266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Motus [WWW Document], 2010. . Question Santé A.S.B.L. URL <https://questionsante.org/outils/motus/> [accessed 2.27.23].
- Murayama, Y., Ohba, H., Yasunaga, M., Nonaka, K., Takeuchi, R., Nishi, M., Sakuma, N., Uchida, H., Shinkai, S., Fujiwara, Y., 2015. The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging & Mental Health* 19, 306–314. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.933309>
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., 2018. *Emotion-Centered Problem-Solving Therapy: Treatment Guidelines*. Springer Publishing Company.
- Ong, A.D., Uchino, B.N., Wethington, E., 2016. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. *Gerontology* 62, 443–449. <https://doi.org/10.1159/000441651>
- Robertson, G., 2019. Understanding the psychological drivers of loneliness: the first step towards developing more effective psychosocial interventions. *Quality in Ageing and Older Adults* 20, 143–154. <https://doi.org/10.1108/QAOA-03-2019-0008>
- Rotenberg, K.J., Gruman, J.A., Ariganello, M., 2002. Behavioral Confirmation of the Loneliness Stereotype. *Basic and Applied Social Psychology* 24, 81–89. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2402_1
- Schoenmakers, E.C., 2020. Why and How to Talk About Loneliness. *Journal of Social Intervention: Theorh & Practice* 29.
- Spitzberg, B.H., Canary, D.J., 1985. Loneliness and Relationally Competent Communication. *Journal of Social and Personal Relationships* 2, 387–402. <https://doi.org/10.1177/0265407585024001>
- Yates, J., 2015. Addressing isolation: the importance of integration and the role of institutions. *Quality in Ageing and Older Adults* 16, 58–61. <https://doi.org/10.1108/QAOA-11-2014-0039>

SUJET 3 :**Réflexion sur leur pratique, leur rôle et leurs limites****Objectifs d'apprentissage :**

1. Pouvoir réfléchir au travail du professionnel concerné, à la vision que nous avons et à nos sentiments.

Définir son rôle et ses limites et comment les transmettre aux bénéficiaires.**THÉORIE**

Pas de théorie car cela dépendra du contexte.

PÉDAGOGIE

Commencez à réfléchir à ces thèmes :

- Limites spécifiques à chaque profession. Une définition pourrait être : les limites de la relation entre une personne exerçant une fonction professionnelle et la personne dont elle s'occupe, les frontières qui marquent les limites entre une relation professionnelle et une relation personnelle. Elles sont comme les berges de la rivière, permettant au travail de se dérouler dans un espace défini (<https://professionalboundaries.org.uk/faq/>).
- Comprendre les limites possibles par rapport à la personne âgée
- Connaître ses propres limites

En tant que professionnel ou bénévole, il est important de pouvoir interroger sa pratique tant sur le bien-être du bénéficiaire que sur celui du (non) professionnel. Pour cela, plusieurs éléments peuvent être abordés et travaillés à la fois ou de manière régulière :

- Les objectifs fixés par le travailleur (bénévole ou professionnel) ou son organisation
- Leur vision de la relation d'aide
- Réflexion sur leurs besoins de se sentir en sécurité dans leur travail
- Réflexion sur la manière d'établir une relation de confiance sans se sentir illégitime pour fixer le cadre
- Réflexion sur la manière de combiner la pathologie/l'état de santé (mental/physique) du client avec ses propres limites/avec le cadre de l'institution
- Réflexion sur le cadre de leur fonction et ses limites (les obstacles que cela peut apporter mais aussi comment les limites participent à la relation d'aide)
- Réflexion sur des situations concrètes : situations où ils ont pu poser leurs limites, situations

où elles ont été dépassées et cela a-t-il répondu à un besoin ?

- La relation avec le professionnel ou le bénévole
- ...

Avant d'aborder ces différents éléments, assurez-vous de vous mettre d'accord sur ce que vous entendez par les thèmes abordés. Par exemple, prenez le temps de définir ce que vous entendez par " se sentir en sécurité ", " la relation de confiance ", etc.

Il peut être intéressant d'aborder ces points avec eux une fois pendant la formation pour leur permettre de réfléchir ou d'approfondir leur réflexion sur leur pratique et d'y revenir régulièrement pour leur permettre d'ajuster ou de valider leur réflexion.

Ces différents thèmes peuvent être abordés de plusieurs manières :

- Réflexion en binôme : par exemple, selon vous, quelles sont les limites de votre rôle ? Avez-vous déjà été confronté à une situation où vous avez dû redéfinir vos limites professionnelles ? Quelle est votre vision de la relation d'aide ? Avez-vous déjà eu l'impression de ne pas être légitime dans votre accompagnement ? Quel type de collaboration imaginez-vous entre les bénévoles et les professionnels ?
- Réflexion en table ronde
 - A partir de situations réelles. Par exemple : commencez par faire un tour de table, demandez à chaque personne de réfléchir et de raconter aux autres un moment, une situation où elle s'est sentie impuissante ou mal à l'aise, où elle a eu l'impression que la demande dépassait son rôle...
 - Réfléchir ensuite ensemble, sur la base de l'expérience ou du récit de la personne, aux réponses à apporter à cette situation.
 - A partir de la lecture
 - Sur base du contenu de la formation
 - A partir de fiches telles que Dixit

PEDAGOGY

Vous trouverez ici des idées et des conseils pour rendre le contenu théorique plus dynamique et pour impliquer vos participants dans la formation. Certaines recommandations peuvent être appliquées à n'importe quel contenu théorique de la formation, tandis que d'autres seront plus spécifiques à certains sujets.

Partant du principe que les personnes peuvent être plus ou moins réceptives à une ou plusieurs méthodes d'apprentissage, nous proposons des pistes pédagogiques qui font appel à différentes formes de compétences.

Afin de faire le meilleur choix parmi les outils et ressources pédagogiques proposés, il est essentiel de se poser plusieurs questions : les modalités de la formation (présentiel, à distance, hybride...), le temps dont vous disposez, les objectifs prédéfinis et le public.

Enfin, avant de démarrer la formation, il est essentiel de s'interroger sur sa posture d'animateur. Nous avons tous des représentations personnelles du monde et de ce qui le compose. Il en est de même pour la solitude et les personnes âgées. Ces représentations vont influencer nos comportements. Il est essentiel qu'en tant qu'animateur, vous soyez conscient que ces représentations peuvent être différentes de celles des participants. Vous devez donc rester neutre, adopter une position d'écoute, de non jugement et de non culpabilisation tout en vous appuyant sur des informations précises et vérifiées.

COMMENT UTILISER CETTE FORMATION ?

Cette formation se compose de trois parties :

1. Une partie de contenu théorique pour aborder "Qu'est-ce que la solitude".
2. Une partie plus pratique pour travailler sur le sentiment de solitude avec le bénéficiaire/patient.
3. Une partie de réflexion sur la position du travailleur/bénévole dans son travail.

Cette formation a été créée pour convenir à la fois à un groupe de professionnels et à un groupe de bénévoles, l'objectif étant que le formateur puisse l'utiliser de manière indépendante. Chaque public est différent et le format proposé vous permet de sélectionner le contenu et les approches qui seront les plus adaptés à vos objectifs. Ainsi, vous pouvez combiner une partie théorique avec deux parties pratiques en utilisant des témoignages vidéo ou un jeu de rôle. Vous pouvez également n'aborder qu'une seule partie, cette formation est la vôtre.

SUJET 1

DÉMARRAGE

Avant le début de la formation : Il peut être intéressant de demander aux participants, avant le premier jour de la formation, de réfléchir à ce qu'est la solitude pour eux et de penser à une situation qu'ils ont pu rencontrer dans leur vie ou au cours de leur pratique clinique.

Le jour de la formation : Éventuellement, communiquer l'annonce :

<https://www.youtube.com/watch?v=SsAMEWweTvg>. La dernière phrase " Profitez de vos proches, ils ont encore beaucoup à vous transmettre " signifie :

- "Enjoy your loved ones, they still have a lot to pass on to you" en anglais.
- "Genießen Sie Ihre Lieben, sie haben Ihnen noch viel zu vermitteln" en allemand
- "Geniet van je geliefden, ze hebben nog veel aan je door te geven" en néerlandais

Prenez également un moment pour fixer le cadre avec les participants (respect des autres, écoute, bienveillance, respect des horaires, etc.) Après ce moment de discussion, prenez le temps pour les participants de se connaître, d'établir une dynamique en utilisant des "brise-glaces".

Brise-glaces :

- **Ex 1 : *en mouvement***

La salle est divisée en 2 et chaque moitié de la salle représente une réponse aux questions suivantes (ex : "que préférez-vous, le thé ou le café ?", "la plage ou la montagne ?", "l'été ou l'hiver ?", "l'Espagne ou l'Italie ?"...). "qui se sent le plus seul, les jeunes ou les vieux ?") ou/et la même idée avec un point central et des zones de plus en plus éloignées (ex. "habitez-vous loin ou près de Liège ?" "Je connais moi-même la solitude dans ma vie : pas du tout, un peu, parfois, souvent...). Le formateur peut également répondre aux différentes questions afin que chacun prenne conscience que la solitude peut toucher tout le monde.

- **Ex. 2 : *Une vérité et un mensonge***

Cet exercice se fait en binôme. Une personne dit deux affirmations (par exemple "j'ai 4 enfants" et "j'ai fait du parachutisme"), et l'autre doit deviner quelle affirmation est un mensonge et quelle affirmation est vraie.

- **Ex. 3 : *avec illustration***

À l'aide d'images (par exemple, une carte comme le jeu de société "dixit"), les participants

expliquent leur humeur et leur état d'esprit du moment.

- **Ex. 4 : *Bingo humain***

Les formateurs écrivent plusieurs affirmations (concernant le style de vie, les projets, les habitudes, etc.) dans un tableau et demandent aux participants de trouver des personnes dans la salle qui correspondent à ces phrases et de les barrer sur la feuille de papier une fois qu'ils les ont trouvées. Le bingo est réussi lorsque toutes les cases d'une ligne (verticale, horizontale, diagonale) sont cochées. Par exemple : J'aime regarder les films de Noël, j'écoute du rap, j'aime faire de la randonnée...

- **Ex. 5: *Génération serpentine*** (pour des participants d'âges différents)

Les participants sont invités à former un cercle en fonction de leur âge : le plus jeune est d'un côté, le plus âgé de l'autre. Chaque personne dit à tour de rôle son âge et son nom. L'animateur développe avec ce "serpent des générations" les délimitations possibles des générations. Qui appartient à quelle génération ? L'animateur indique les limites possibles : par exemple, on distingue les jeunes étudiants des étudiants âgés de 22 à 27 ans, les apprentis et les jeunes travailleurs, ou les différentes générations dans le groupe des personnes âgées de 55 ans et plus. En posant de brèves questions ou en faisant ses propres observations, l'animateur peut faire comprendre que l'événement a rassemblé plus de deux générations (jeunes et vieux).

REPRÉSENTATION ET STÉRÉOTYPES SUR LES PERSONNES ÂGÉES

Ce jeu peut commencer par un jeu de préférence autour de ce qui est jeune et vieux en demandant au groupe ce qu'il préfère (en se déplaçant d'un côté ou de l'autre de la salle en fonction de la réponse choisie) :

- Un Blu-ray ou un vinyle
- Une maison ancienne ou une maison moderne
- Un vin jeune ou un vin vieux
- Fruits frais ou fruits secs
- Fromage jeune ou fromage vieux
- Dumbledore ou Harry Potter
- ...

Demandez ensuite au groupe ce qu'il a pensé de ce jeu. Ce qui est vieux est-il toujours moins bon que ce qui est jeune ? Vous pouvez terminer par deux photos d'une femme/homme âgée ou d'une femme/homme jeune, et demander au groupe ce qui est différent des autres questions.

Concluez en abordant la partie théorique des stéréotypes.

Alternative: demandez aux participants les trois premiers mots qui leur viennent à l'esprit lorsqu'ils pensent à une personne âgée (ou écrivez-les et analysez-les tous ensemble).

Alternative: En outre, afin de faire prendre conscience aux participants de leurs propres stéréotypes, les questions suivantes peuvent être posées et comparées aux chiffres réels :

- Selon vous, quel est le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans en Belgique qui (1) vivent dans une institution (MR/MRS), (2) souffrent de dépression, (3) se sentent seules et (4) ont des problèmes d'audition ?
- *Chiffres réels* : 8% institution, 11% dépression, 9% solitude (19% juste après COVID), 33% audition.

QU'EST-CE QUE LA SOLITUDE ?

Introduction au thème de la solitude : utilisation de la publicité (lien URL), carte Dixit (parler des représentations de la solitude à l'aide d'images)

Témoignages (à fournir) : à partir du visionnage des témoignages, demander aux participants de trouver des éléments qui permettent de détecter que la personne souffre de solitude, ou initier un jeu de rôle sur comment parler de la solitude, quelles idées pour contrer la solitude, quelles conséquences et quels sont les facteurs de risque potentiels identifiés dans le témoignage, etc.

Alternative - Brainstorming : qu'est-ce que la solitude, quelles en sont les conséquences, comment lutter contre la solitude, qu'est-ce qu'une personne âgée... brainstorming en groupes ou en petits groupes, à l'oral ou à l'écrit.

Ces idées peuvent également être adaptées à la sous-section "Comment identifier une personne souffrant de solitude ?"

CORRÉLATS DE LA SOLITUDE

Créez 3/4 équipes (en fonction du nombre de participants) et donnez-leur une liste de facteurs de risque possibles, dont certains sont erronés (par exemple, la couleur des cheveux) et d'autres peuvent être faux (par exemple, le fait d'être un passionné de sports mécaniques). À tour de rôle, les équipes nomment un élément de la liste qu'elles considèrent comme un facteur de risque. Le jeu fait ensuite l'objet d'un débriefing et la liste est expliquée, en lien avec la partie théorique associée.

COMMENT IDENTIFIER UNE PERSONNE QUI SE SENT SEULE ?

Une idée pourrait être de faire remplir un des questionnaires à chaque participant individuellement et de leur expliquer ce que signifie le score de la personne (en fonction du seuil). Une discussion peut être engagée sur la signification du score seuil, sur l'importance de prendre en compte le contexte dans lequel se trouve la personne.

INFLUENCE DE LA COVID

Avant ou après le contenu théorique sur l'impact de Covid : faire réfléchir le groupe sur les facteurs de risque actuels : par exemple, le prix de l'énergie, qui incite à rester chez soi et est source d'anxiété ; la situation climatique ; la situation géopolitique, etc.

CAS PARTICULIERS

Ici aussi, proposez un temps de réflexion sur les événements de la vie, les étapes qui peuvent favoriser le sentiment de solitude (par exemple, un deuil, la perte d'un emploi, le départ des enfants du nid familial, la retraite, la perte de l'audition, la maladie, etc.). Apportez ensuite la théorie.

SUJET 2

LA COMMUNICATION

Stimuler la réflexion sur l'influence de nos propres sentiments en tant que professionnels et l'impact que cela peut avoir sur les soins/la guidance. Par exemple, si je me sens seul et que je rencontre une personne qui se sent seule, vais-je agir avec elle comme j'aimerais qu'elle agisse avec moi ? Ou serai-je capable de prendre suffisamment de recul et d'agir avec empathie ?

Les différentes parties (comment communiquer, prévention, identification des besoins...) peuvent être développées/travaillées sous forme de jeux de rôle.

Pour chaque partie, il est également possible de faire un brainstorming oral ou écrit.

TEMOIGNAGE

Tout au long de votre formation, que ce soit en introduction, en illustration ou en réflexion, vous pourrez vous appuyer sur le témoignage d'Anne qui a accepté de nous parler devant une caméra. Anne est âgée de 73 ans, souffre de polyneuropathie et vit la solitude. Deux vidéos sont disponibles, une version courte (8'53'') et une version longue (23'19'') :

Version courte :

- Présentation

- Qu'est-ce que la solitude pour vous ?
- Une journée type ?
- Quelle est la chose la plus douloureuse pour vous ?
- Est-il possible de souffrir de la solitude même si l'on est entouré de personnes ?
- Une solution à la solitude ?

Version longue :

- Présentation
- Qu'est-ce que la solitude pour vous ?
- Une journée type ?
- Quelle est la chose la plus douloureuse pour vous ?
- Peut-on souffrir de la solitude même quand on est entouré de personnes ?
- De quoi avez-vous besoin ?
- Des réseaux sociaux
- Que pensez-vous des maisons de retraite ?
- Que pensez-vous des services de soins à domicile ?
- Pensez-vous qu'il y a un manque de considération ?
- Une solution à la solitude ?
- Une rencontre ?
- Que pensez-vous du contact intergénérationnel ?

Voici quelques suggestions pour une utilisation optimale :

- " Qu'est-ce que la solitude pour vous ? " et " Peut-on souffrir de solitude même quand on est entouré ? " : Ces deux parties peuvent accompagner une réflexion sur la définition de la solitude.
- "Une journée type" : cette partie peut accompagner un exercice de réflexion "comment imaginez-vous une journée type d'une personne qui se sent seule chez elle ? À quoi pourrait-elle ressembler ?"
- "Qu'est-ce qui est le plus pénible pour vous ?" : cette partie peut accompagner un exercice de réflexion "si vous souffriez de solitude, qu'est-ce qui serait le plus pénible pour vous ?".
- "De quoi avez-vous besoin" : cette partie peut accompagner un exercice de réflexion basé sur la partie "journée type" et "ce qui est le plus pénible" : imaginez les besoins de la personne à partir de ces deux parties.
- Réseaux sociaux", "que pensez-vous des maisons de retraite", "que pensez-vous des services à domicile", "une solution à la solitude", "une rencontre" et "que pensez-vous des contacts intergénérationnels" : ces parties peuvent servir de base à une réflexion sur les interventions

et le soutien.

- "Pensez-vous qu'il y a un manque de considération" : cette partie peut être utilisée pour réfléchir aux représentations et aux stéréotypes.

MISE EN SITUATION

Voici plusieurs vignettes mettant en scène des personnes seules ou non. Elles peuvent servir de base à une réflexion pour définir la solitude ou les besoins de la personne ou à un jeu de rôle.

Si vous organisez un jeu de rôle, vous pouvez ensuite passer à une phase de réflexion. Par exemple, vous pouvez demander aux participants ce qu'ils ont ressenti pendant le jeu de rôle. Vous pouvez également leur demander de noter ce qu'ils ont trouvé de particulièrement intéressant à propos de l'autre personne.

Michel est marié à Claudine, ils vivent tous les deux dans leur maison dans un petit village. Ils ont trois enfants qui ont déménagé en ville. Avec leur travail et leur propre famille, ils ne peuvent rendre visite à leurs parents qu'une fois par mois pour un repas de famille. En raison de leur âge, Michel et Claudine ne conduisent plus et sont donc dépendants des transports en commun, rares dans leur village. Ils passent beaucoup de temps ensemble à jouer à des jeux de société, à discuter et à cuisiner. Lorsqu'on leur demande s'ils se sentent seuls, ils répondent que oui, malgré la présence de l'autre, ils souffrent tous les deux de la solitude.

Gérard est veuf depuis 5 ans. Il vit dans un appartement en ville avec ses deux chats. Par choix, ils n'ont pas d'enfants mais ont plusieurs neveux et nièces. Il n'a pas beaucoup de visites à la maison, mais il est régulièrement invité à des dîners de famille. Il est également bénévole au sein d'une organisation de collecte de vêtements. En tant que groupe, ils trient, stockent et vendent les vêtements qu'ils reçoivent. Grâce à ses diverses activités, il passe beaucoup de temps à l'extérieur avec d'autres personnes. Lorsqu'on l'interroge sur son sentiment de solitude, il répond qu'il se sent seul la plupart du temps.

Danielle a 76 ans et vit en ville, sans mari ni enfants. Elle passe beaucoup de temps à lire, à écrire et à coudre. Elle aime aussi aller au cinéma, qui se trouve juste à côté de chez elle. Elle s'est toujours nourrie de culture. Elle a quelques amis qu'elle voit de temps en temps, mais passe la plupart de son temps seule. Lorsqu'on l'interroge sur son sentiment de solitude, elle répond qu'elle n'en souffre pas.

Claire a 80 ans et vit seule dans sa maison à la campagne. En raison de problèmes de vue, elle ne peut plus conduire et est donc dépendante des autres et des transports publics. Elle était mariée à Patrick qui est décédé il y a un an. Elle se sent souvent seule mais ne sait pas comment

passer du temps avec d'autres personnes, pas seulement les rencontrer quelques minutes. Elle a parfois du mal à se déplacer et pense que cela limite ses interactions et ses possibilités de contact.

Profil :

Albert

- 82 ans
- Veuf
- Se sent en bonne forme physique
- A une fille qui l'appelle souvent mais qui vit au Canada
- Très modeste, cela ne veut pas dire qu'il est seul, mais il lui manque une personne avec lui tous les jours.

Géraldine

- 66 ans
- Mariée
- Pas d'enfant
- Dit qu'elle se sent seule mais ne veut pas faire d'activités en dehors de chez elle. Des organismes sont déjà venus chez elle mais n'ont rien pu mettre en place.

Lonely? Let's unite!



Interreg
Euregio Meuse-Rhin
Fonds Européen de Développement Régional



Ministerium für Wirtschaft, Innovation,
Digitalisierung und Energie
des Landes Nordrhein-Westfalen

