

COMMENT IDENTIFIER ET TRAITER LA SOLITUDE CHEZ LES SENIORS

PROJET HEALTHY LONELINESS

2020-1-ES01-KA204-083167

AOÛT 2022



LE CONTENU

Aspects associés à la solitude chez les personnes âgées

Dépistage de la solitude

Démarche d'acceptation auprès des personnes âgées seules

Interventions contre la solitude

Services de soutien aux aînés

Références

Le présent document a été développé dans le cadre du projet Erasmus+ Healthy Loneliness. Il a pour but de présenter le matériel de formation destiné aux professionnels de la santé afin de les aider à identifier les personnes âgées vivant dans la solitude, de les aider à combattre ce sentiment de solitude et de leur fournir quelques conseils ou bons contacts. L'article décrit le phénomène de la solitude chez les personnes âgées, ainsi que ses causes et ses conséquences, puis les modèles régionaux de solitude fréquente et d'isolement social en Europe.



**Healthy
Loneliness**

INTRODUCTION

La solitude est un phénomène complexe qui se révèle être un enjeu social et de santé publique, notamment pour les pays européens. Bien qu'il n'y ait pas de définition universelle, la solitude a été comprise comme la dimension subjective de l'isolement social. C'est une expérience douloureuse caractérisée par le décalage entre la qualité et la quantité de l'interaction sociale vécue et celle que l'on souhaite avoir.

Le lien social est le contraire de la solitude, et cela signifie un besoin humain fondamental qui transcende le contact social objectif. Il s'agit d'une évaluation subjective positive de la qualité et de l'ampleur des relations significatives. Il est associé à un sentiment d'attention et d'être pris en charge, d'appartenance à un groupe ou à une communauté. En tant qu'êtres sociaux, les gens dépendent d'environnements sûrs pour survivre en groupe. L'expérience de la solitude englobe une perception de menace pour cette connexion, générant des réponses physiologiques qui augmentent le risque de morbidité et de mortalité.

La littérature est cohérente pour montrer les impacts délétères de la solitude sur la santé physique et mentale. Il équivaut à l'obésité en ce qui concerne le risque de mortalité et l'emporte sur ce risque lorsqu'il est comparé au tabagisme.

Les facteurs associés à la solitude sont multiples, de différentes dimensions, qu'ils soient psychologiques, culturels, sociaux ou physiques. L'identification des principaux déterminants de la solitude peut aider à l'élaboration d'interventions et de politiques publiques efficaces pour son atténuation, voire son élimination, ainsi que pour la prévention des conséquences qu'elle entraîne.

Les changements de mode de vie liés au vieillissement ont tendance à entraîner certaines adversités telles qu'une plus grande restriction des activités professionnelles, des pertes affectives, des maladies chroniques et des limitations physiques.

Cela fait des personnes âgées un groupe de population plus vulnérable à la solitude.

Des études ont montré que les interventions basées sur les besoins spécifiques de contact social et d'amélioration du bien-être psychologique de cette population sont efficaces pour minimiser les risques de solitude et ses conséquences sur la santé physique et mentale. Dans ce contexte, les politiques visant l'éducation à la santé des personnes âgées, de leurs aidants et des membres de leur famille, soutenues par la création de stratégies cognitives et comportementales, peuvent être efficaces pour prévenir et/ou combattre à la fois l'isolement et la solitude.

Le projet « Healthy Loneliness » est né de cette perspective, dont l'objectif principal est de minimiser les effets négatifs de l'isolement, d'accroître la sensibilisation aux facteurs de risque de ce dernier et de créer des espaces de dialogue et d'intervention. Ce projet fournira des outils de gestion émotionnelle aux personnes âgées et à leurs proches afin de mieux contrer l'isolement. Après tout, vivre seul ne doit pas être vécu comme de la solitude.

Ce livret, qui s'inscrit dans le cadre du projet « HEALTHY LONELINESS », vise à fournir des connaissances et des techniques aux professionnels de la santé et aux aidants sociaux pour mieux identifier la solitude vécue par les seniors, ainsi que des mesures plus efficaces pour la combattre. Pour répondre à cet objectif, les aspects associés à la solitude seront d'abord présentés, suivis d'instruments permettant de les dépister. La solitude peut être un sujet délicat à aborder et implique une condition de fragilité. Ainsi, des stratégies d'acceptation des personnes âgées en solitude sont décrites ici ainsi que des interventions pour y faire face en fonction de l'objectif.

ASPECTS ASSOCIÉS À LA SOLITUDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

De nombreuses études se sont concentrées sur l'identification des facteurs associés à la solitude. Déterminer ses prédicteurs est une tâche complexe, surtout chez les personnes âgées. En effet, la solitude est un phénomène multidimensionnel, qui implique des facteurs psychologiques, physiques, sociaux et culturels qui contribuent directement ou indirectement à son apparition et à son ampleur. De plus, il est important de considérer que ces facteurs interagissent les uns avec les autres, et certains d'entre eux agissent dans plus d'une direction, étant à la fois un déterminant et une conséquence de la solitude.

L'association entre le vieillissement et la solitude peut être comprise à travers le concept de fragilité. La fragilité est un syndrome clinique qui désigne un état de vulnérabilité accrue, par des facteurs de stress endogènes et exogènes, qui expose par conséquent la personne à un risque élevé d'effets délétères.

La fragilité et la solitude sont des facteurs associés dans les deux voies causales. La première augmente les probabilités d'apparition de la solitude et inversement. La fragilité peut être comprise à partir de ses composantes physiques, sociales et psychologiques, qui, à leur tour, ont des aspects spécifiques qui aident à comprendre le rôle de la solitude en tant que problème de santé. Ensuite, les concepts et les facteurs spécifiques de fragilité physique, sociale et psychologique qui sont présents dans l'expérience de la solitude seront décrits.

La fragilité physique

La fragilité physique est un syndrome clinique déterminé par la diminution de la régulation homéostatique et de la capacité de l'organisme à résister à l'adversité.

La fragilité physique entraîne des déclin cumulatifs dans de multiples domaines, tels que la mobilité, l'acuité visuelle, la capacité cognitive, la force et la stabilité posturale.

Les aînés fragiles sont plus vulnérables aux facteurs de stress et sont plus à risque de perte d'autonomie et d'incapacité à accomplir de façon autonome les activités de base de la vie quotidienne. La progression de la fragilité entraîne un risque accru de comorbidités, de chutes, de restriction de la socialisation, de diminution de la qualité de vie et même de décès prématuré.

Les personnes âgées fragiles sont plus susceptibles de vivre la solitude. Cela est dû à la limitation de la mobilité et de l'interaction sociale, en plus d'une autonomie et d'une satisfaction de vie moindres. La relation inverse est également vraie : la solitude augmente la probabilité de fragilité physique chez les personnes âgées. La solitude est vécue comme une situation stressante. Il augmente l'activité sympathique adrénérgique (ASA), résultant de l'activité accrue de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), connu sous le nom d'axe de stress. L'activité de cet axe crée des changements immunitaires et augmente l'activité inflammatoire médiée par les glucocorticoïdes et par certains facteurs pro-inflammatoires qui renforcent les activités des leucocytes et des lymphocytes. L'aggravation de l'activité inflammatoire augmente l'état de vulnérabilité de l'organisme, caractéristique de la fragilité physique.

Il convient de mentionner que la fragilité physique a, en premier lieu, un caractère biologique, car elle provoque des changements au niveau cellulaire. L'activation chronique de l'axe HHS et du système sympathique, présentée dans l'expérience de la solitude, accélère le processus de vieillissement en raison de l'augmentation des composants pro-inflammatoires et oxydatifs aux niveaux cellulaire et tissulaire. En fait, des études scientifiques ont montré que les personnes qui éprouvent de la solitude ont des marqueurs inflammatoires élevés [à savoir la protéine C-réactive (CRP), le fibrinogène, le facteur de nécrose tumorale alpha (TNF α) et interleukine 6], qui sont également liées à la fragilité physique et à plusieurs maladies chroniques.

La fragilité est associée à la douleur chronique, qui est un autre facteur limitant la qualité de vie, l'autonomie et les interactions sociales. Une étude de suivi menée dans des maisons de retraite aux États-Unis a montré une relation directe significative entre la douleur et l'apparition de la solitude, même lorsque la modélisation de l'analyse a été ajustée pour la variable "état matrimonial", qui, à son tour, est connu comme un facteur prédictif important de la solitude car il influence le lien social.

Le concept de fragilité concerne l'intégralité de la personne. Ainsi, en plus des facteurs physiologiques, les niveaux sociaux et psychologiques de fragilité sont également pris en compte. Ces dimensions interagissent entre elles et contribuent à une plus ou moins grande fragilité.

La conception globale de la fragilité est conforme à la vision moderne de la santé, en tant que processus multidimensionnel, qui englobe des aspects subjectifs et objectifs de différentes dimensions. Ce n'est qu'à partir d'une telle vue élargie qu'il est possible de comprendre des phénomènes tout aussi complexes, tels que la solitude.

La fragilité sociale

La fragilité sociale peut être définie comme un ensemble d'agents qui interagissent dans un continuum de crainte de perdre ou d'avoir perdu des ressources, d'occupations ou de compétences vitales pour satisfaire un ou plusieurs besoins sociaux fondamentaux. Lorsqu'ils ne sont pas satisfaits, ces besoins interagissent, de manière anormale et bidirectionnelle, avec des facteurs psychologiques et biologiques, contribuant à la fois à la vulnérabilité et à la fragilité.

L'une des principales composantes de la fragilité sociale est le soutien social. L'isolement social est considéré comme l'aspect objectif de la réduction ou du manque d'interaction sociale. Il augmente la probabilité de développer des maladies cardiovasculaires et infectieuses. De plus, cela entraîne une détérioration supplémentaire des capacités cognitives liées à l'âge et un risque de démence.

Le soutien social perçu influence les processus physiologiques au niveau de l'organisme, modulant l'immunité, le métabolisme et la capacité inflammatoire. L'axe du stress est sensible à l'interprétation par le cerveau des menaces et des facteurs de stress et influence un large éventail de résultats physiologiques, comportementaux et de santé. La solitude est l'aspect subjectif de l'isolement et, bien qu'elle soit distincte, elle a une relation causale directe. En effet, il est bien connu que les personnes âgées avec une plus grande restriction sociale sont plus vulnérables à la solitude.

L'état civil a été montré comme un facteur influençant la perception du soutien social et de la solitude. Des études ont rapporté que les personnes âgées ayant une relation stable sont moins susceptibles de se sentir seules que celles qui n'en ont pas, en particulier les veufs. Plus que le simple fait d'être en couple, la qualité de la relation est fondamentale dans la perception de soutien et d'appartenance.

Le revenu, autre composante de la fragilité sociale, est également associé à la solitude. Cette association semble indirecte. Plus la capacité financière est faible, plus les soins de santé sont endommagés ; le mode de vie devient moins actif socialement et l'autonomie et l'indépendance sont réduites.

L'alphabétisation, un facteur supplémentaire fortement associé à la solitude, est compris comme un ensemble de compétences d'une langue donnée qui, une fois apprises, permettent une plus grande interaction et intégration dans différents contextes sociaux. Lorsque les seniors n'ont pas les compétences nécessaires pour acquérir et utiliser les informations, que ce soit pour s'intégrer à la société ou pour développer l'autonomie nécessaire pour prendre soin d'eux-mêmes, ils deviennent plus vulnérables aux adversités.

Compte tenu des profondes transformations des relations sociales par le numérique au cours des dernières décennies, le faible niveau de littératie numérique menace le lien social. La fracture numérique rend également difficile pour une personne de se tenir au courant des informations pertinentes sur les soins personnels, tout en limitant les possibilités de rester actif sur le plan cognitif, de développer des compétences dans des domaines d'intérêt et d'avoir des moments de divertissement. C'est particulièrement vrai pour les seniors en situation de limitation de mobilité ou de handicap.

La plupart des facteurs sociaux attachés à la conception de la fragilité sociale sont sujets à modification, contrairement à de nombreux aspects de la fragilité physique et biologique. C'est pourquoi il est primordial de les prendre en compte dans la mise en œuvre des politiques publiques de santé et d'accompagnement social.

La fragilité psychologique

La fragilité psychologique peut être considérée comme la perte de résilience dans les composantes motivationnelles, cognitives et de l'humeur, ce qui conduit à une plus grande vulnérabilité psychologique face aux adversités.

La fragilité psychologique peut être considérée comme la perte de résilience dans les composantes motivationnelles, cognitives et de l'humeur, ce qui conduit à une plus grande vulnérabilité psychologique face aux adversités. La fragilité peut être caractérisée à la fois par des symptômes et des schémas cognitifs et émotionnels, ainsi que par des troubles mentaux déjà développés.

La dépression est un état mental qui est étroitement associé à la solitude. Les deux peuvent être une cause ou une conséquence l'une de l'autre dans une relation de « rétroaction » dysfonctionnelle. Les personnes seules ont tendance à percevoir le monde comme menaçant et à développer des comportements dysfonctionnels, tels que l'isolement social et la perte d'implication dans des activités qui généreraient du plaisir, ce qui contribue au développement de la dépression et, par conséquent, à la chronicité de l'expérience de solitude.

L'anxiété est un autre état mental associé à la solitude, également en synergie négative avec la fragilité. Les symptômes d'anxiété, tels que l'inquiétude excessive, l'inconfort physique et l'isolement social, sont des facteurs de risque de l'expérience de la solitude. De même, les personnes seules ont tendance à montrer des symptômes d'anxiété. Cette connexion est due à l'activité neurophysiologique anormale du stress, qui, comme mentionné précédemment, se produit également dans l'expérience de la solitude et est liée aux mécanismes pro-inflammatoires et à la fragilité physique et biologique.

La psychologie positive est le nom de l'école de psychologie qui s'intéresse à la compréhension des déterminants de la résilience et du bien-être subjectif. Selon cette école, lorsque la personne ne manifeste pas certains comportements, il y a un détachement de l'expérience de bien-être et cette personne devient plus vulnérable à la souffrance psychologique.

La psychologie positive décrit les facteurs déterminants du bien-être à partir de l'anagramme PERMA, qui signifie en français : Émotions positives (nourriture des émotions positives) ; Engagement (implication dans des activités qui génèrent du plaisir), Relations (relations positives qui engendrent un sentiment d'appartenance et de soutien social), Sens (but de vie, qui permet de relier le sens de sa propre existence à quelque chose de plus profond) et Accomplissement (réalisation de activités, ce qui favorise l'implication, la perception des progrès et le développement des aptitudes et compétences). Les personnes en situation de solitude font face à la souffrance psychologique et vivent les piliers de la psychologie positive de manière naissante et fragile, ce qui les rend plus vulnérables aux handicaps psychologiques.

L'évolution de la détresse psychologique dépend de la façon dont la personne s'engage dans une expérience stressante et se sent capable de modifier ses comportements pour la contrer. La perception de sa capacité à résoudre des problèmes et à atteindre les objectifs attendus s'appelle l'auto-efficacité (ou efficacité personnelle). C'est une ressource psychosociale importante pour faire face au stress associé aux événements négatifs de la vie et aux conditions défavorables, comme l'isolement social, la restriction des rôles sociaux et la perte des capacités physiques, facteurs présents dans la vie des seniors.

Le propre jugement d'une personne sur sa capacité à faire face aux problèmes détermine la quantité et la persistance des efforts qu'elle déploiera en réponse aux obstacles. Compte tenu de l'expérience de la solitude, les personnes ayant une efficacité personnelle élevée s'engagent plus activement et prennent des mesures plus robustes pour réduire leur sentiment de solitude que celles ayant une faible efficacité personnelle. Ils se sentent plus motivés à demander de l'aide et à changer les comportements qui les conduiraient au sentiment négatif d'être seuls.

De plus, si les gens ont une attitude positive quant aux changements possibles qu'ils peuvent apporter pour améliorer leur situation, les pensées négatives sont moins susceptibles de dominer. D'un autre côté, les personnes ayant une faible auto-efficacité ressentent moins d'affection positive et ont tendance à ne pas réussir à établir des relations satisfaisantes et durables que celles qui ont des niveaux élevés d'auto-efficacité, ce qui contribue à une plus faible satisfaction à l'égard de la vie.

Tout comme une faible auto-efficacité est un facteur de risque de solitude, l'inverse peut également se produire. Les personnes seules ont tendance à se sentir moins capables de gérer les obstacles et de contrôler leur propre vie. Ils ont également tendance à se sentir rejetés et à faire face à l'insécurité sociale et à une faible confiance en eux.

Les interventions dans les domaines sociaux et de la santé devraient tenir compte des piliers et des techniques de la psychologie positive pour améliorer l'auto-efficacité face au changement de comportement. Cela permettrait l'adoption d'une hygiène de vie plus saine et la prévention des souffrances psychiques.

DEPISTAGE DE LA SOLITUDE

Il existe une variété d'échelles de dépistage de la solitude décrites dans la littérature. L'échelle de solitude de l'UCLA est considérée comme l'étalon-or parmi eux. Développé à l'origine par Russell et al. cette échelle évalue la fréquence à laquelle une personne se sent déconnectée des autres. Il a été utilisé dans divers contextes, comme en milieu clinique et dans des études épidémiologiques. La version longue UCLA varie de 16 à 20 phrases selon la validation de chaque pays. Le score est basé sur une échelle de fréquence de Likert et la version étendue comporte quatre options de réponse, à savoir : jamais, rarement, parfois, souvent.

La version abrégée ne comporte que trois questions. Puisque sa validité a déjà été prouvée, il a été utilisé plus fréquemment en raison d'une application beaucoup plus rapide.

Les instructions pour son application au senior sont décrites ci-dessous:

Les questions ci-dessous sont liées à ce que vous pensez de différents aspects de votre vie. Pour chacun d'eux, veuillez me dire combien de fois vous vous sentez ainsi.

1. Premièrement, à quelle fréquence avez-vous l'impression de ne pas avoir de compagnie ?

presque jamais

quelquefois

souvent

2. À quelle fréquence vous sentez-vous exclu ?

presque jamais

quelquefois

souvent

3. À quelle fréquence vous sentez-vous isolé des autres ?

presque jamais

quelquefois

souvent

Le score final est obtenu avec la somme de tous les items, avec la valeur de chaque option de réponse comme suit : presque jamais (1) ; parfois (2); souvent (3). Le score varie donc de 3 à 9, le seuil d'identification de la solitude étant > 5.

Lorsqu'il s'agit de faire face à la solitude, il est important de considérer non seulement les facteurs de risque et les méthodes de dépistage, mais aussi les stratégies d'identification des personnes vulnérables qui ont besoin d'actions de prévention. Les personnes seules ont tendance à ne pas interagir avec les gens, à partager leurs émotions ou à rechercher des services sociaux ou de santé. Des actions psychoéducatives communautaires visant à clarifier comment aborder le sujet avec les membres de la famille et les voisins peuvent être efficaces. En parallèle de ces stratégies, il est crucial de préparer les professionnels de la santé et du social à une écoute active et accueillante dans la prise en charge des personnes âgées en situation de solitude.

DÉMARCHE D'ACCEPTATION AUPRÈS DES SENIORS SEULS

Parler du sujet de la solitude n'est généralement pas une tâche facile. Beaucoup de personnes seules cachent leurs sentiments par peur du jugement ou parce qu'elles croient qu'elles ne seront pas comprises. Les hommes seniors ont tendance à avoir plus de difficulté à aborder le sujet que les femmes.

Outre la difficulté à parler de solitude, les personnes confrontées à cette expérience ont tendance à ne pas s'engager dans de nouveaux choix quotidiens et des changements de comportement pour lutter contre la solitude, ce qui nuit à l'efficacité de l'intervention des professionnels de la santé et de l'aide sociale.

Les techniques de motivation psychologique se sont révélées efficaces pour modifier le comportement et l'adhésion au traitement au niveau clinique. Entretien motivationnel (EM) fait partie de ces techniques. Il vise à stimuler le changement de comportement en identifiant et en résolvant les pensées et les émotions sabotantes et en améliorant la préparation au changement.

Les principales stratégies de EM sont :

1. exprimer de l'empathie: l'ouverture et l'intérêt manifestés par le professionnel dans le processus de changement de la personne sont cruciaux. Cela implique certaines des approches suivantes : accepter l'attitude de la personne sans jugement ; de privilégier les questions ouvertes pour que les sentiments s'expriment et, de paraphraser le discours de la personne pour qu'elle se sente comprise et qu'elle puisse être entendue.
2. identifier et lever les obstacles : les seniors en souffrance peuvent ne pas accepter un traitement ou ne pas changer leurs habitudes car ils sont découragés par certaines contraintes, telles que les coûts financiers, l'effort personnel engagé ou le sentiment de perdre du temps. Il est important que le professionnel aide à identifier ces barrières, qu'il réfléchisse à leur validité et recherche des alternatives plus favorables.
3. offrir des options de choix : la motivation pour le changement est renforcée lorsqu'une personne est dotée de l'autonomie nécessaire pour faire ses propres choix. Il est donc essentiel que le professionnel aide un senior à se sentir responsable de ses propres décisions, ce qui est facilité lorsque plusieurs alternatives sont proposées. Par exemple, une personne peut ne pas être motivée pour interagir socialement. Si on lui ordonne de quitter son domicile pour socialiser avec des gens, il/elle peut résister. D'autre part, si la personne âgée est assistée pour réfléchir aux différentes options d'interaction sociale, telles que les jeux interactifs, les réseaux sociaux, les appels vidéo, les groupes d'activités communautaires, elle peut se sentir plus motivée pour choisir l'une des options. Ce type d'approche professionnelle aidera à améliorer l'auto-efficacité.
4. réduire la tendance à un comportement dysfonctionnel : si un comportement est maintenu malgré ses conséquences délétères, c'est qu'il apporte aussi quelque chose de bien. Il est fondamental que le professionnel aide le senior à trouver les « gains » secondaires de certaines habitudes malsaines et, ce faisant, il réfléchisse aux conséquences de ces comportements. Par exemple, une personne ayant des problèmes de sommeil peut préférer utiliser le téléphone portable jusqu'à l'heure du coucher pour se distraire et ne pas se sentir seule. Il / elle peut ne pas se rendre compte de l'interférence dans la qualité du sommeil et que cela nuit à sa santé.
5. clarifier les objectifs : pour faciliter le changement de comportement et contribuer à la mise en confiance, il est essentiel que des objectifs petits et continus soient établis, d'un commun accord, jusqu'à l'état souhaité. Les objectifs doivent être réalistes et réalisables. Les mots d'encouragement sont les bienvenus pour stimuler la perception de la capacité.
6. soutenir activement : le professionnel doit assumer un rôle actif dans la prise en charge. Lorsque les seniors sont incapables de prendre des décisions affirmées concernant les soins personnels, il est nécessaire que le professionnel assume un rôle actif pour les aider dans ce processus. Cela peut se faire en prenant certaines décisions, en dirigeant les seniors vers d'autres niveaux de soins ou même en gardant le contact avec le réseau de soutien.

INTERVENTIONS CONTRE LA SOLITUDE

La solitude impose aux différentes couches de la société le défi de s'impliquer dans la recherche de mécanismes pour la prévenir ou l'atténuer. En tant que phénomène impliquant des niveaux macro d'intervention, tels que l'État et la société, il est courant que les professionnels se sentent confus quant à savoir si et comment ils doivent agir directement dans les problèmes de solitude.

Il est à noter que combattre la solitude est la responsabilité de chacun. L'intervention peut se produire aux niveaux individuel, communautaire et sociétal. Dans ce contexte, il existe soit des interventions directes et indirectes à chaque niveau, qui peuvent se chevaucher et être communes à différents agents.

Les niveaux de responsabilité et les types d'agents dans chaque catégorie peuvent être représentés comme suit :



Au niveau de la société, il est possible d'envisager les actions directes suivantes : participation aux médias sociaux ; l'éducation formelle; conscience des relations sociales; financement de la recherche pertinente; la promotion de la prévention primaire tout au long de la vie et l'étude des moyens efficaces de dépistage des personnes en vulnérabilité. Les formes d'action indirectes impliquent d'autres politiques publiques axées sur l'inclusion et la cohésion sociale, telles que le logement, l'emploi et l'éducation.

Au niveau de la communauté locale, les actions directes souhaitables sont les suivantes : activités de groupe pour lutter contre la solitude, soutien à la socialisation et mobilisation sociale pour les actions de prévention et d'atténuation. Les actions indirectes concernent le transport local, l'accessibilité et toute activité de groupe qui ne réduit pas directement la solitude, mais rassemble les gens, comme l'activité physique ou la participation à des cours de formation.

Les actions directes au niveau individuel englobent les soins cliniques individuels, les approches cognitives et numériques, la psychoéducation, la formation aux compétences sociales, entre autres. Les actions indirectes peuvent inclure l'emploi, le logement et l'éducation.

Il est essentiel de comprendre que la prévention et la lutte contre la solitude ne deviennent efficaces que lorsque tous les agents coopèrent dans les différentes dimensions de ce phénomène. En effet, il est nécessaire que les professionnels qui travaillent directement auprès des seniors en solitude sensibilisent les gestionnaires, décideurs et autres agents à cette cause.

INTERVENTIONS CONTRE LA SOLITUDE

Prenant en compte spécifiquement les professionnels de santé, la pratique clinique habituelle a le grand défi de récupérer la dimension médecine communautaire pour intervenir sur les déterminants sociaux de la santé et sur les problématiques multidimensionnelles, comme la solitude. Sur cette base, des actions coordonnées impliquant des contextes intra- et extrahospitaliers sont essentielles. Le contexte intra-hospitalier englobe chacun des différents niveaux de soins, la prise en charge de la santé et l'engagement d'équipes multidisciplinaires. Le contexte extrahospitalier implique la participation active de la communauté, avec ses ressources sociales et financières et ses institutions formelles, y compris académiques et scientifiques. Chacun des agents doit assumer son rôle et sa responsabilité dans le bien-être de la population cible et dans la satisfaction de ses besoins sociaux de santé.

De plus, les activités destinées aux seniors doivent précéder une analyse des objectifs précis à atteindre. Il est en outre nécessaire de tenir compte des ressources disponibles que l'institution d'exécution et la communauté doivent permettre pour que les activités se déroulent. Les aptitudes et les intérêts du groupe cible doivent également être pris en compte, afin que l'implication des seniors devienne plus efficace.

Il est essentiel que les seniors se sentent impliqués dans le processus de planification et dans le choix des activités, ce qui augmente l'autonomie et la motivation intrinsèque à réaliser des activités. La participation à la planification des activités tend également à offrir aux personnes âgées un plus grand sens de la vie, une plus grande confiance en soi et un sentiment de collectivité.

Il n'y a pas de consensus dans la littérature sur les interventions efficaces pour lutter contre la solitude. Cela est principalement dû aux différences entre les études, comme suit : 1) la perspective culturelle de la solitude, 2) les besoins sociaux et cliniques des participants et 3) les instruments utilisés pour mesurer le niveau de solitude. Dans tous les cas, les revues systématiques indiquent que les interventions sont plus efficaces lorsque : 1) elles regroupent plusieurs modalités d'action dans une même activité, par exemple, la psychoéducation, la socialisation accompagnée et le développement des compétences ;2) ils ont des objectifs clairement définis en matière de solitude, car il est bien connu, par exemple, que favoriser la socialisation ne suffit pas à lutter contre le sentiment négatif de solitude ;3) ils restreignent les participants à un même profil de besoins à combler et 4) ils privilégient les interventions de groupe.

Sur ce, trois catégories d'interventions sont décrites, en se concentrant sur des objectifs cibles, qui ont été identifiés comme les plus efficaces pour minimiser l'expérience de la solitude, à savoir : i) le développement des compétences et de l'alphabétisation, ii) la construction du lien social et iii) la résolution de schémas cognitifs dysfonctionnels.

Développement des compétences et de l'alphabétisation

La perception de la capacité à surmonter les défis liés à la création de nouvelles compétences affecte d'autres domaines de la vie et cela conduit à l'augmentation de la motivation pour les soins personnels.

Les interventions axées sur le développement des compétences sont efficaces pour lutter contre la solitude car elles favorisent la perception de la capacité de résolution de problèmes et, par conséquent, améliorent l'auto-efficacité. Des exemples de telles interventions sont des cours sur les sujets suivants : entraînement cognitif, informatique, cuisine, jardinage ou tout autre qui favorise les connaissances et la capacité de la personne à effectuer une certaine tâche. La perception de la capacité à surmonter les défis impliqués dans la création de nouvelles compétences affecte d'autres domaines de la vie et cela conduit à l'augmentation de la motivation pour les soins personnels.

De plus, le développement des compétences implique l'acquisition de connaissances sur le sujet d'intérêt, ce qui contribue au développement de la littératie et, par conséquent, au sentiment de contrôle sur la façon d'obtenir les informations nécessaires et de gérer de manière autonome les situations défavorables. Les cours d'informatique, par exemple, peuvent favoriser la connaissance du fonctionnement de l'univers numérique, de l'utilisation des appareils électroniques et même de la recherche d'informations nécessaires, telles que les services de santé et l'assistance sociale.

Créer du lien social

Les activités qui impliquent la socialisation et le développement des compétences sociales ont un effet positif sur la solitude en procurant un sentiment d'estime de soi, de soutien et de réciprocité face aux défis et de partage au sein d'un groupe.

Les séances de discussion, les célébrations de groupe et les activités philanthropiques et religieuses sont des exemples de ce type d'activité. Il est fondamental de coordonner ces activités avec les ressources communautaires et d'impliquer une approche éducative. La durée de l'activité est déterminante pour l'efficacité sur la solitude. Des études ont montré que ces activités devraient durer au moins cinq mois.

Les expériences de groupe permettant aux participants, dans la même expérience, de se sentir soutenus, nécessaires et capables de soutenir d'autres personnes sont plus efficaces sur le bien-être psychologique et la réduction de la solitude.

L'utilisation de la technologie peut être un outil puissant pour réduire l'isolement social, favoriser les liens sociaux et accroître les réseaux sociaux, en particulier lorsque la mobilité est limitée ou tout autre obstacle à la socialisation en face à face. Pour les personnes âgées, il faut tenir compte de la fracture numérique, surtout chez les 65 ans et plus, qui rend difficile son utilisation et pour accroître l'adhésion aux interventions basées sur l'utilisation de la technologie. Les interventions visant à développer la littératie numérique sont fondamentales pour l'inclusion sociale de cette population.

Les activités impliquant des exercices physiques en groupe provoquent des effets positifs directs et indirects contre la solitude. Les effets directs sont la perception d'appartenance à un groupe et le bien-être physique créé par l'expérience de flux, qui implique la libération de dopamine, d'endorphines et de sérotonine après une activité physique stimulante. Les effets indirects sont le sens de la capacité à exécuter des mouvements, la progression des performances et l'amélioration de l'estime de soi grâce aux changements corporels impliqués dans un mode de vie sain.

Les pratiques impliquant les soins aux animaux domestiques se sont également avérées efficaces pour lutter contre la solitude, car elles ont tendance à augmenter l'auto-perception des personnes âgées sur leur importance dans les soins à un autre organisme vivant ainsi que dans la réciprocité affective.

Restructuration des schémas cognitifs dysfonctionnels

Le schéma cognitif de l'expérience de la solitude implique des pensées déformées et négatives sur la réalité, entraînant souvent des expériences passées et/ou une perception originelle de l'avenir comme quelque chose de menaçant ou de dénué de sens. Certaines distorsions courantes dans l'expérience de la solitude sont la généralisation ("personne ne m'aime", "personne ne me manque"); personnalisation ("je ne mérite pas d'être heureux", "je suis seul parce que je ne vauds rien"), et catastrophique ("tout ira mal", "la douleur est le signe d'une maladie grave et je vais mourir").

Les pensées sont liées aux émotions et conduisent ensemble aux comportements correspondants. C'est pourquoi des interventions visant à réguler les émotions et à restructurer les pensées déformées sont nécessaires pour changer les habitudes qui conduisent à un mode de vie plus sain avec des attitudes positives envers les relations sociales.

La psychothérapie individuelle ou de groupe dans l'approche de thérapie cognitivo-comportementale est la principale stratégie pour favoriser la restructuration cognitive. La psychothérapie est extrêmement nécessaire lorsqu'il y a des symptômes ou un diagnostic de dépression, qui est très répandue chez les personnes âgées seules. Des études montrent que la durée du processus psychothérapeutique est cruciale pour le succès de l'intervention. Les schémas de pensée et de comportement impliquent des processus conscients et inconscients, dont la restructuration englobe une période de reconnaissance, de compréhension, d'acceptation et de changement. Un processus thérapeutique d'au moins 12 à 15 séances est donc fortement recommandé.

Pour favoriser le changement de comportement, les techniques de développement de l'auto-efficacité sont essentielles pour que la personne se sente intrinsèquement motivée et capable d'exécuter de nouvelles habitudes. L'établissement d'objectifs comportementaux est également une stratégie importante pour faciliter l'exécution de nouvelles habitudes sans que la personne ne se sente dépassée ou en insécurité. Des exemples d'objectifs comportementaux bienvenus sont l'alimentation, l'activité physique, la socialisation et l'administration de médicaments. La définition d'objectifs doit être liée à des comportements qui gèrent mieux les émotions (coping), et à cette fin, il est important d'identifier les comportements dysfonctionnels qui doivent être présents. Une personne âgée peut, par exemple, ingérer de façon compulsive de grandes quantités de nourriture pour se calmer ou passer des heures à la télévision pour oublier les problèmes. En identifiant ces déclencheurs de comportements, il est possible de l'inciter à opter activement pour des habitudes fonctionnelles alternatives, par exemple, la méditation ou la pratique du yoga comme alternative à la frénésie alimentaire afin de se calmer.

La pratique de la méditation a été reconnue comme une stratégie efficace pour mieux gérer les émotions. Il est de plus en plus utilisé dans le domaine de la santé, en raison de sa faisabilité pour l'orientation et l'auto-application, en plus du fait qu'il n'implique pas de coûts importants.

SERVICES DE SOUTIEN AUX SENIORS

Il est important d'identifier et de répertorier les options de services de soutien aux personnes âgées vulnérables à la solitude, afin qu'elles et leurs proches puissent facilement accéder à ces services en cas de besoin.

Voici quelques exemples de services fournis par les organismes sociaux et le gouvernement selon le type d'activité offerte :

Il existe une plateforme en ligne rassemblant tous les outils et sites de bonnes pratiques qui sont disponibles pour les seniors en France. Cette plateforme s'appelle « Les Lutins Bleus ». Elle permet de découvrir et comparer toutes les offres à destination des seniors selon plusieurs thèmes : santé, aide à domicile, aide au logement, technologies, mobilité, habillement, alimentation, médias, loisirs, voyages, emplois, rencontres etc.

La « Silver Economy » regorge d'offres destinées aux seniors car il peut être parfois difficile de s'y retrouver. Les grands acteurs du marché se hissent souvent en tête des résultats des moteurs de recherche tandis que les plus petits acteurs, qui ne disposent pas des mêmes ressources, apparaissent plus bas dans les résultats alors qu'ils proposent souvent des produits d'aussi bonne qualité qui méritent de gagner en visibilité.

Les Lutins Bleus s'efforcent donc d'identifier toutes les offres du marché et de les présenter de manière objective. Puis c'est à la personne âgée directement ou à l'aidant de faire son choix en fonction de ses propres critères.

Il existe d'autres organismes pour aider les personnes en situation de solitude. Des organismes comme la Croix Rouge ou Les Petits Frères des Pauvres guident les personnes en proposant quelques astuces pour avoir une vie active et sociale. Ils proposent des lignes d'écoute et de soutien gratuites pour les personnes souffrant de l'isolement et de la solitude.

Les Petits Frères des Pauvres proposent d'ailleurs cinq moyens d'aider les personnes âgées à préserver leurs interactions humaines :

- Appeler une personne âgée ;
- Lui envoyer une carte postale ou un mot ;
- Garder le contact avec elle via des outils numériques ;
- Rendre service aux personnes âgées (faire les courses, aller chercher des médicaments) ;
- Utiliser la ligne d'écoute « Solid'écoute.

Si vous souhaitez participer à ces actions, vous pouvez appeler ces organismes :

- Les Petits Frères des Pauvres : 0800 47 47 88
- La Croix Rouge Française : 0800 858 858



REFERENCES

1. O'Rourke, H.M., L. Collins, and S. Sidani, Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC geriatrics*, 2018. 18(1): p. 1-13.
2. Malcolm, M., H. Frost, and J. Cowie, Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 2019. 8(1): p. 1-8.
3. Patel, S.S. and A. Clark-Ginsberg, Incorporating issues of elderly loneliness into the Coronavirus Disease-2019 public health response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2020. 14(3): p. e13-e14.
4. Cheung, G., et al., Financial difficulty and biopsychosocial predictors of loneliness: A cross-sectional study of community dwelling older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2019. 85: p. 103935.
5. Perissinotto, C., et al., A practical approach to assessing and mitigating loneliness and isolation in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2019. 67(4): p. 657-662.
6. Emerson, K., et al., Pain as a risk factor for loneliness among older adults. *Journal of Aging and Health*, 2018. 30(9): p. 1450-1461.
7. Yanguas, J., S. Pinazo-Henandis, and F.J. Tarazona-Santabalbina, The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 2018. 89(2): p. 302.
8. Lana, L.D. and R.H. Schneider, Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2014. 17: p. 673-680.
9. Chen, C.Y., P. Gan, and C.H. How, Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. *Singapore medical journal*, 2018. 59(5): p. 240.
10. Dahlberg, L., N. Agahi, and C. Lennartsson, Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of gerontology and geriatrics*, 2018. 75: p. 96-103.
11. Nersesian, P.V., et al., Loneliness in middle age and biomarkers of systemic inflammation: Findings from Midlife in the United States. *Social Science & Medicine*, 2018. 209: p. 174-181.
12. Bunt, S., et al., Social frailty in older adults: a scoping review. *European journal of ageing*, 2017. 14(3): p. 323-334.
13. Suanet, B. and T.G. van Tilburg, Loneliness declines across birth cohorts: The impact of mastery and self-efficacy. *Psychology and Aging*, 2019. 34(8): p. 1134.
14. Russell, D.W., UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 1996. 66(1): p. 20-40.
15. Hughes, M.E., et al., A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*, 2004. 26(6): p. 655-672.
16. Cattan, M., et al., Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & society*, 2005. 25(1): p. 41-67.
17. Dias, R.B., Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento-A Entrevista Motivacional. _ PEREIRA, AA Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Série Nescon de Informes Técnicos, 2009(3).
18. Mann, F., et al., A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2017. 52(6): p. 627-638.
19. Dickens, A.P., et al., Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC public health*, 2011. 11(1): p. 1-22.
20. Krause-Parello, C.A., E.E. Gulick, and B. Basin, Loneliness, depression, and physical activity in older adults: The therapeutic role of human-animal interactions. *Anthrozoös*, 2019. 32(2): p. 239-254.

LES PARTENAIRES DU PROJET HEALTHY LONELINESS



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

