

Recherche quantitative originale

Isolement social, solitude et santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19

Laura L. Ooi, Ph. D. (1); Li Liu, Ph. D. (1); Karen C. Roberts, M. Sc. (1); Geneviève Gariépy, Ph. D. (2,3,4); Colin A. Capaldi, Ph. D. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. L'isolement social et la solitude sont associés à une moins bonne santé mentale chez les aînés. Toutefois, on en sait moins sur la façon dont ces expériences sont associées de manière indépendante à une santé mentale positive pendant la pandémie de COVID-19.

Méthodologie. Nous avons analysé les données des cycles de 2020 et de 2021 de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale pour être en mesure d'estimer le degré d'isolement social (le fait de vivre seul), la solitude et divers indicateurs d'une santé mentale positive (bonne santé mentale autoévaluée, fort sentiment d'appartenance à la communauté locale et satisfaction moyenne à l'égard de la vie) chez les aînés en général (65 ans ou plus) et en fonction de divers groupes sociodémographiques. Nous avons également effectué des régressions logistiques et linéaires pour analyser séparément et conjointement la façon dont l'isolement social et la solitude sont associés à une santé mentale positive.

Résultats. Près de 3 aînés sur 10 ont déclaré vivre seuls, et plus du tiers ont déclaré éprouver un sentiment de solitude en raison de la pandémie. Analysés séparément, le fait de vivre seul et le sentiment de solitude ont été associés à une santé mentale positive plus faible. Dans l'analyse conjointe, le sentiment de solitude est demeuré un important facteur indépendant associé aux trois indicateurs de santé mentale positive (globalement et dans tous les groupes sociodémographiques), mais le fait de vivre seul ne s'est révélé un facteur important que dans le cas d'un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale dans la population globale, pour les hommes et pour les 65 à 74 ans.

Conclusion. De manière générale, l'isolement social et la solitude ont été associés à un bien-être inférieur chez les aînés au Canada pendant la pandémie. La solitude est demeurée un facteur important associé à tous les indicateurs de santé mentale positive après ajustement pour l'isolement social, mais non l'inverse. Ces résultats montrent qu'il faut repérer et soutenir adéquatement les aînés qui souffrent de solitude pendant (et après) une pandémie.

Mots-clés : COVID-19, aînés, isolement social, vivre seul, solitude, santé mentale positive

Introduction

La pandémie de COVID-19 a eu des effets négatifs considérables sur la santé mentale des Canadiens^{1,2}. Bien que les aînés (65 ans et plus) semblent s'en sortir

comparativement mieux que des groupes d'âge plus jeunes^{1,3,4}, la pandémie a tout de même eu un effet sur la santé mentale de nombre d'entre eux⁵. Par exemple, au printemps 2021, le tiers (33 %) des aînés ont déclaré que leur santé mentale s'était

Points saillants

- Cette étude a porté sur les associations entre l'isolement social (le fait de vivre seul), la solitude et une santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19.
- Près de 3 aînés sur 10 ont déclaré vivre seuls, et plus du tiers ont déclaré éprouver un sentiment de solitude en raison de la pandémie.
- Analysés séparément, le fait de vivre seul et la solitude ont été associés à un bien-être inférieur mais, dans l'analyse conjointe, seule la solitude s'est révélée associée de façon statistiquement significative à une santé mentale positive, de manière générale et dans les groupes sociodémographiques.
- Les hommes et les 65 à 74 ans vivant seuls (par opposition à ceux vivant avec une autre personne) sont également plus susceptibles d'avoir une moins bonne santé mentale.

détériorée depuis le début de la pandémie⁶. Par ailleurs, outre une plus faible moyenne en ce qui concerne la satisfaction à l'égard de la vie¹, les aînés ont été moins nombreux à déclarer avoir une bonne santé mentale autoévaluée au début de 2021 par rapport à la période précédant la pandémie⁴. Étant donné qu'ils constituent près du cinquième (19 %) de la population canadienne⁷, il est urgent de faire attention aux effets secondaires de la pandémie sur la santé mentale des aînés⁸.

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Agence de la santé publique du Canada, Montréal (Québec), Canada
3. Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada
4. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Montréal (Québec), Canada

Correspondance : Laura Ooi, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; courriel : laura.ooi@phac-aspc.gc.ca

Les chercheurs ont souligné que les perturbations sociales durant la pandémie ont contribué de façon importante à la dégradation de la santé mentale de certains aînés^{5,9}. L'isolement social (défini comme un manque objectif de contacts sociaux et de réseau social)⁹ et la solitude (définie comme une insatisfaction perçue à l'égard des relations sociales)¹⁰ sont associés à des problèmes de santé physique et mentale^{11,12} et à un bien-être moindre chez les aînés^{13,14}. Avant la pandémie, les aînés couraient déjà un risque accru d'isolement social et de solitude¹² pour des raisons liées aux événements de vie (retraite, deuil, limites dues à des problèmes de santé/mobilité, etc.)¹⁵ et pour des raisons liées à la collectivité et à la société (âgisme, obstacles sur le plan du transport, accès inadéquat à la technologie numérique, etc.)¹⁶. En effet, au Canada, plus du quart des aînés résidant dans la collectivité vivent seuls^{14,17}, un indicateur général d'isolement social¹⁸⁻²⁰. Il a également été estimé qu'environ 20 % des aînés éprouvent de la solitude au moins de temps en temps²¹.

Les protocoles de distanciation physique mis en œuvre au cours de la pandémie sont susceptibles d'avoir exacerbé le risque d'isolement social et de solitude des aînés, car ces derniers ont été particulièrement encouragés à s'éloigner des autres en raison de la probabilité accrue d'atteinte grave, d'hospitalisation et de décès dus à la COVID-19⁴. Au cours de l'automne 2020, près du tiers (31 %) des aînés ont déclaré vouloir participer à davantage d'activités sociales, mais la plupart d'entre eux (76 %) ont mentionné les restrictions sanitaires pour justifier le fait de s'en abstenir²². Bon nombre d'entre eux avaient également des difficultés avec les technologies de communication, pourtant essentielles pour le maintien des liens sociaux pendant la pandémie²¹. Par conséquent, un nombre important de ces personnes n'avaient plus accès aux soutiens sociaux et aux réseaux qu'elles avaient à l'extérieur de la maison. Ainsi, 11 % des aînés ont déclaré se sentir souvent seuls à l'automne 2020, soit une hausse par rapport au taux de 7 % de 2019²². Des proportions encore plus importantes (26 % à 43 %) de certaines populations d'aînés ont déclaré se sentir seules au moins de temps en temps durant la pandémie^{21,23}. Fait important, les aînés qui ont connu la solitude ou l'isolement social pendant la pandémie (par exemple ceux vivant seuls) semblent être plus susceptibles

d'éprouver des problèmes de santé mentale⁵.

Toutefois, il est important de faire la distinction entre l'isolement social et la solitude et de différencier leurs effets sur la santé. Puisque ces deux notions ont en commun une déconnexion sociale et que leurs effets sur la santé se chevauchent en apparence, l'isolement social et la solitude sont souvent considérés comme des termes interchangeables²⁴ ou sont opérationnalisés de façon analogue, ou les deux²⁵. Cependant, si l'isolement social est un manque objectif de contacts sociaux, la solitude est une notion subjective qui correspond au sentiment d'être seul. Ainsi, il est possible d'être isolé sur le plan social (vivre seul, avoir des contacts sociaux limités) mais de ne pas se sentir seul et à l'inverse, il est possible de se sentir seul malgré le fait d'avoir des contacts sociaux^{26,27}.

En effet, le degré de corrélation entre l'isolement social et la solitude n'est que faible ou modéré^{15,19,28,29}, ce qui laisse entendre qu'il s'agit d'expériences apparentées mais distinctes²⁹. De plus, lorsqu'on analyse les effets indépendants de l'isolement social et de la solitude chez les aînés en les modélisant conjointement³⁰, on constate que l'isolement social est associé de façon spécifique ou plus systématiquement à des problèmes de santé physique et au décès^{15,29}, alors que la solitude est indépendamment ou plus étroitement associée à des problèmes de santé mentale (comme la dépression)^{28,29,31}. Cependant, nous savons très peu de choses au sujet de ces effets indépendants potentiels sur la santé mentale positive³², une dimension importante de la santé mentale et globale d'une personne. Dans un échantillon représentatif d'aînés en Allemagne, on a mesuré une association négative statistiquement significative entre la solitude (mais non le fait de vivre seul) et un affect positif, et la solitude s'est révélée un meilleur prédicteur d'une faible satisfaction à l'égard de la vie que le fait de vivre seul²⁸. Il semble donc être important de faire la distinction entre l'isolement social et la solitude et d'étudier ces deux phénomènes de façon conjointe pour en comprendre les effets spécifiques sur la santé.

De plus, certains groupes d'aînés peuvent présenter un risque spécifique d'isolement social, de solitude et de problèmes de santé mentale connexes. Par exemple, les

femmes âgées au Canada sont plus susceptibles de vivre seules que les hommes âgés^{13,17,33}. Dans le contexte de la pandémie, les femmes âgées sont aussi plus susceptibles de faire état d'un sentiment de solitude²¹ et moins susceptibles de faire état d'une bonne santé mentale autoévaluée que les hommes¹. L'âge peut également constituer un facteur important. Par exemple, la satisfaction à l'égard de la vie semble augmenter avec l'âge chez les aînés³⁴ malgré une augmentation concomitante du taux de personnes vivant seules¹³. Les personnes de 75 ans ou plus ont été également plus susceptibles de déclarer se sentir toujours ou souvent seules pendant la pandémie que celles de 65 à 74 ans³⁵. Enfin, les aînés dont le statut socioéconomique est faible risquent d'être plus vulnérables à l'isolement³³ et d'avoir une moins bonne santé mentale pendant la pandémie⁵. On ignore toutefois si les associations entre l'isolement social, la solitude et une santé mentale positive varient en fonction des groupes sociodémographiques. En conséquence, nous avons cherché à fournir des estimations pour l'ensemble de la population des aînés, en effectuant une stratification en fonction du sexe, du groupe d'âge et du niveau de scolarité, afin d'avoir une compréhension nuancée des expériences sociales des aînés et de leur santé mentale positive pendant la pandémie.

Plus précisément, notre premier objectif était de fournir une estimation des indicateurs d'une santé mentale positive (bonne santé mentale autoévaluée, satisfaction à l'égard de la vie, fort sentiment d'appartenance à la communauté locale), de l'isolement social (vivre seul) et du sentiment de solitude chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19 (automne 2020 et hiver/printemps 2021). De façon analogue à ce qui a été observé antérieurement^{1,13,17,21,33-35}, nous nous attendions à certaines différences dans la prévalence de l'isolement social, de la solitude et des indicateurs de santé mentale positive en fonction des groupes sociodémographiques. Notre deuxième objectif était d'étudier l'isolement social et la solitude séparément et conjointement pour déterminer s'ils étaient associés aux indicateurs de santé mentale positive. Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle l'isolement social et la solitude, étudiés séparément, seraient tous deux associés aux indicateurs de santé mentale positive, après ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques. Toutefois, en tenant compte de la variance

partagée entre ces deux concepts, conformément aux observations précédentes^{28,29,31}, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle la solitude, mais non l'isolement social, demeurerait associée aux indicateurs de santé mentale positive de façon statistiquement significative. Étant donné le caractère novateur et exploratoire de ces analyses menées dans divers groupes sociodémographiques, nous n'avions aucune hypothèse précise concernant ces associations selon le sexe, l'âge ou le niveau de scolarité.

Méthodologie

Sources de données et participants

Nous avons effectué une analyse secondaire des données transversales tirées des cycles de 2020³⁶ et de 2021³⁷ de l'Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM), recueillies par Statistique Canada entre le 11 septembre et le 4 décembre 2020 puis entre le 1^{er} février et le 7 mai 2021. La population cible était les personnes de 18 ans ou plus vivant dans l'une des 10 provinces ou des 3 capitales territoriales du Canada. Un échantillon aléatoire de logements a été choisi dans chaque province et capitale territoriale, et un répondant adulte a été choisi dans chaque logement. Ont été exclues de l'enquête les personnes vivant dans une réserve, les personnes vivant en établissement et, dans le cas des territoires, les personnes vivant en dehors de la capitale territoriale. Les répondants ont participé volontairement au sondage au moyen d'un questionnaire électronique ou d'une entrevue téléphonique assistée par ordinateur.

Le taux de réponse a été de 53,3 % ($n = 14\,689$ répondants) pour l'ECSM de 2020 et de 49,3 % ($n = 8\,032$ répondants) pour l'ECSM de 2021. Parmi ces répondants, 12 344 (ECSM de 2020) et 6 592 (ECSM de 2021) ont accepté de transmettre leurs réponses à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Pour les besoins de notre analyse, nous avons limité l'échantillon aux personnes de 65 ans ou plus (3 493 dans l'ECSM de 2020 et 1 839 dans l'ECSM de 2021). Afin d'obtenir une taille d'échantillon suffisante pour les analyses, nous avons regroupé les données des deux cycles, ce qui porte le nombre total de répondants à 5 332. Les caractéristiques sociodémographiques combinées sont présentées dans le tableau 1.

Mesures

Indicateurs de bonne santé mentale

Conformément au Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC^{32,38}, nous avons utilisé une bonne santé mentale autoévaluée, un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale et une satisfaction à l'égard de la vie comme indicateurs d'une santé mentale positive. La santé mentale autoévaluée a été évaluée au moyen de la question « En général, comment est votre santé mentale? » et des choix de réponses « Excellente », « Très bonne », « Bonne », « Passable » et « Mauvaise ». Les personnes ayant répondu que leur santé mentale était « Excellente » ou « Très bonne » ont été codées comme ayant une bonne santé mentale autoévaluée. Le sentiment d'appartenance à la communauté locale a été évalué au moyen de la question « Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? » et les choix de réponse étaient : « Très fort », « Plus ou moins fort », « Plus ou moins faible » et « Très faible ». Les

personnes ayant répondu « Très fort » ou « Plus ou moins fort » ont été codées comme ayant un sentiment d'appartenance à leur communauté locale fort. Le degré de satisfaction à l'égard de la vie a été mesuré à l'aide de la question « Sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie "Très insatisfait" et 10 signifie "Très satisfait", quel sentiment éprouvez-vous présentement à l'égard de votre vie en général? » et les réponses ont été traitées en tant que variables numériques.

Isolement social

Le fait de vivre seul a été utilisé comme indice d'isolement social. On a demandé aux participants « En vous incluant, combien de personnes vivent habituellement au sein de votre ménage? », les choix de réponse allant de « 1 » à « 20 ou plus ». Les réponses ont été dichotomisées, de sorte que la réponse « 1 » a été considérée comme correspondant au fait de vivre seul et toutes les autres réponses ont été considérées comme correspondant au fait de vivre avec d'autres personnes¹⁸.

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques

	Caractéristiques sociodémographiques	Pourcentage (%) pondéré et IC à 95 %
Sexe (n = 5 330)		
Hommes		46,6 (46,5 à 46,7)
Femmes		53,4 (53,3 à 53,6)
Groupe d'âge (n = 5 332)		
65 à 74 ans		63,2 (61,3 à 65,1)
75 ans ou plus		36,8 (34,9 à 38,7)
Niveau de scolarité le plus élevé (n = 5 314)		
Secondaire ou moins		44,2 (42,2 à 46,2)
Enseignement postsecondaire		55,8 (53,8 à 57,8)
Milieu de résidence (n = 5 303)		
Centre de population		78,3 (76,8 à 79,9)
Zone rurale		21,7 (20,1 à 23,2)
Appartenance à un groupe dit « racisé »^a (n = 5 267)		
Oui		9,8 (8,4 à 11,2)
Non		90,2 (88,8 à 91,6)
Immigrant (n = 5 294)		
Oui		22,8 (21,0 à 24,7)
Non		77,2 (75,4 à 79,0)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarques : Les données manquantes ont été exclues pour le calcul des pourcentages. Les personnes de diverses identités de genre ont été exclues des pourcentages associés au sexe en raison de la faible taille de l'échantillon (< 0,01 %).

^a Individus classés comme appartenant à une minorité visible ou s'étant identifiés comme autochtones.

Solitude

Le sentiment de solitude a été évalué au moyen de la question « Avez-vous subi l'une des répercussions suivantes en raison de la pandémie de la COVID-19? » et les personnes ayant sélectionné l'option de réponse « Sentiments de solitude ou d'isolement » ont été codées comme ayant éprouvé un sentiment de solitude³⁹.

Covariables

Compte tenu des indications antérieures selon lesquelles le risque d'isolement social et de solitude peut différer d'un groupe d'aînés à un autre au Canada³³, les variables sociodémographiques suivantes ont été statistiquement neutralisées dans les analyses de régression : le sexe (homme, femme), le groupe d'âge (65-74 ans, 75 ans ou plus), le niveau de scolarité le plus élevé (études secondaires ou moins, études postsecondaires), le lieu de résidence (centre de population, zone rurale), l'appartenance à un groupe dit « racisé » (oui, non) et le fait d'être immigrant (oui, non). Le niveau de scolarité le plus élevé a été choisi comme indicateur du statut socioéconomique plutôt que le niveau de revenu, car bon nombre d'aînés sont susceptibles d'avoir pris leur retraite¹⁵. Les personnes classées comme appartenant à une minorité visible ou s'étant identifiées comme autochtones ont été codées comme appartenant à un groupe dit « racisé » (par opposition à « Blancs »). Les immigrants reçus et les résidents non permanents ont été codés comme immigrants (par opposition aux personnes nées au Canada)¹.

Analyses

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise Guide, version 7.1 (SAS Institute, Cary, Caroline du Nord, États-Unis). Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de poids d'échantillonnage et de poids *bootstrap* fournis par Statistique Canada afin de tenir compte de la complexité du plan d'enquête, de corriger les cas d'absence de réponse et de rendre les résultats représentatifs des aînés résidant dans la collectivité dans l'une des dix provinces ou des trois capitales territoriales.

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour calculer les pourcentages, les moyennes et les intervalles de confiance (IC) à 95 % pour toutes les variables principales de l'étude. Les différences entre les groupes sociodémographiques ont été

déterminées à partir de tests d'hypothèse bilatéraux au seuil de signification de $p < 0,05$. Ensuite, nous avons évalué la satisfaction moyenne à l'égard de la vie et le pourcentage de personnes ayant déclaré une bonne santé mentale autoévaluée ainsi qu'un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale en fonction des indicateurs « personne vivant seule » et « solitude ».

Des analyses de régression logistique ont été effectuées pour explorer les associations potentielles entre le fait de vivre seul et la solitude d'une part et une bonne santé mentale autoévaluée ainsi qu'un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale d'autre part. Des analyses de régression linéaire ont été effectuées pour explorer les associations potentielles entre le fait de vivre seul et la solitude d'une part et la satisfaction à l'égard de la vie d'autre part. Nous avons d'abord saisi séparément le fait de vivre seul (modèle 1) et la solitude (modèle 2) en tant que variables explicatives, tout en contrôlant pour les covariables sociodémographiques. Ensuite, nous avons inclus conjointement le fait de vivre seul et la solitude comme variables explicatives (modèle 3) pour prendre en compte d'éventuelles variances partagées, toujours en contrôlant pour les covariables sociodémographiques. Nous avons considéré comme statistiquement significatifs les rapports de cotes associés à un IC à 95 % n'incluant pas 1,00 et les coefficients de régression associés à un IC à 95 % n'incluant pas 0.

Nous avons effectué des analyses pour l'échantillon global et nous avons réalisé une stratification en fonction du sexe (hommes, femmes), du groupe d'âge (65-74 ans, 75 ans ou plus) et du niveau de scolarité le plus élevé (secondaire ou moins, postsecondaire). Afin de maximiser la taille des échantillons, nous avons inclus dans les modèles de régression pour chaque indicateur d'une santé mentale positive toutes les personnes associées à un ensemble complet de données pour les questions pertinentes. Les personnes de diverses identités de genre ont été exclues de toutes les analyses de régression en raison d'une taille d'échantillon insuffisante. Nous avons maintenu la cohérence de la taille des échantillons dans les séries d'analyses de régression associées aux indicateurs d'une santé mentale positive pour que les modèles 1 et 2 soient comparables au modèle 3.

Résultats

Statistiques descriptives

Les statistiques descriptives sont présentées dans le tableau 2. Dans l'ensemble, 70,2 % des aînés avaient une bonne santé mentale autoévaluée mais les femmes (*vs* les hommes), les personnes de 65 à 74 ans (*vs* les 75 ans ou plus) et les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins (*vs* les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire) étaient moins susceptibles d'avoir une bonne santé mentale autoévaluée. Près des trois quarts (74,6 %) des aînés ont déclaré avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale. Les femmes (*vs* les hommes), les personnes de 65 à 74 ans (*vs* les 75 ans ou plus) et les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire (*vs* les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins) étaient moins susceptibles de déclarer avoir un fort sentiment d'appartenance à leur communauté locale. Sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait), les aînés ont fourni un score moyen de 7,6 en ce qui concerne le degré de satisfaction à l'égard de la vie, avec des scores moyens plus faibles chez les femmes (*vs* les hommes) et les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire (*vs* les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins). Dans l'ensemble, 29,0 % des aînés ont déclaré vivre seuls. Les femmes (*vs* les hommes), les personnes de 75 ans ou plus (*vs* les personnes de 65 à 74 ans) et les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins (*vs* les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire) étaient davantage susceptibles de vivre seuls. Enfin, plus du tiers (34,1 %) des aînés ont déclaré se sentir seuls en raison de la pandémie, ce sentiment étant plus important chez les femmes que chez les hommes.

Le fait de vivre seul et la santé mentale positive

Les analyses du modèle 1 ont révélé que, après contrôle pour les covariables sociodémographiques, les aînés vivant seuls étaient dans l'ensemble nettement moins susceptibles de déclarer avoir une bonne santé mentale autoévaluée et un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale, et que leur degré de satisfaction à l'égard de la vie était en moyenne moins élevé que celui des personnes ne vivant pas seules (tableau 3). Ces associations

TABLEAU 2

Statistiques descriptives sur le fait de vivre seul, la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés au Canada pendant la pandémie de COVID-19, globalement et après stratification en fonction du sexe, du groupe d'âge et du niveau de scolarité

Variable	Ensemble n = 5 332	Sexe		Groupe d'âge		Niveau de scolarité le plus élevé	
		Hommes n = 2 306	Femmes n = 3 024	65 à 74 ans n = 3 388	75 ans ou plus n = 1 944	Secondaire ou moins n = 2 204	Enseignement postsecondaire n = 3 110
% (IC à 95 %)							
Personne vivant seule	29,0 (27,6 à 30,4)	19,2 (17,3 à 21,2)	37,6 (35,3 à 39,9)	24,7 (22,9 à 26,5)	36,5 (33,7 à 39,3)	32,4 (30,0 à 34,8)	26,5 (24,6 à 28,4)
Solitude	34,1 (32,3 à 35,9)	24,5 (22,1 à 27,0)	42,4 (39,7 à 45,0)	33,3 (31,1 à 35,5)	35,6 (32,3 à 38,5)	33,6 (30,8 à 36,3)	34,5 (31,9 à 37,0)
Bonne santé mentale autoévaluée	70,2 (68,3 à 72,1)	74,5 (71,9 à 77,1)	66,5 (63,9 à 69,1)	68,6 (66,1 à 71,1)	73,0 (70,3 à 75,7)	66,6 (63,7 à 69,5)	73,1 (70,6 à 75,7)
Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale	74,6 (72,8 à 76,4)	76,8 (74,2 à 79,4)	72,7 (70,3 à 75,1)	72,6 (70,3 à 74,9)	78,0 (75,2 à 80,8)	77,8 (75,3 à 80,3)	71,9 (69,4 à 74,4)
Moyenne (IC à 95 %)							
Satisfaction à l'égard de la vie	7,6 (7,5 à 7,7)	7,7 (7,6 à 7,9)	7,5 (7,4 à 7,6)	7,6 (7,5 à 7,7)	7,7 (7,6 à 7,9)	7,7 (7,6 à 7,9)	7,5 (7,4 à 7,6)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviation : IC, intervalle de confiance.

Remarques : La satisfaction à l'égard de la vie a été évaluée sur une échelle de 0 (très insatisfait) à 10 (très satisfait). Les différences statistiquement significatives entre les groupes sociodémographiques ($p < 0,05$) sont présentées en gras.

demeurent chez les hommes (tableau 4), les personnes de 65 à 74 ans (tableau 5) et les personnes ayant fait des études postsecondaires (tableau 6). De plus, les personnes de 75 ans ou plus vivant seules étaient nettement moins susceptibles d'avoir une bonne santé mentale autoévaluée (mais pas nettement moins susceptibles d'avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale ou un faible degré de satisfaction à l'égard de la vie) que les personnes ne vivant pas seules (tableau 5). Les personnes dont le niveau de scolarité ne dépassait pas les études secondaires et qui vivaient seules présentaient un moins grand degré de satisfaction à l'égard de la vie que les personnes ne vivant pas seules (mais il n'y avait pas de différence en ce qui concerne la santé mentale autoévaluée ou le sentiment d'appartenance à la communauté locale; tableau 6).

Après ajustement pour la solitude (modèle 3), les personnes vivant seules (*vs* les personnes ne vivant pas seules) étaient considérablement moins susceptibles de déclarer avoir un fort sentiment d'appartenance à

la communauté locale dans la population globale (tableau 3), dans le cas des hommes (tableau 4) et dans le cas des personnes de 65 à 74 ans (tableau 5), avec des associations d'ampleur similaire à celles des analyses réalisées sans ajustement. Cependant, il n'y avait plus d'association statistiquement significative entre le fait de vivre seul et une bonne santé mentale autoévaluée ou un degré élevé de satisfaction à l'égard de la vie ni dans l'ensemble de l'échantillon tableau 3) ni dans les divers groupes sociodémographiques (tableaux 4 à 6).

Solitude et santé mentale positive

Les résultats du modèle 2 ont révélé que, après prise en compte des covariables sociodémographiques, les aînés qui éprouvaient de la solitude étaient nettement moins susceptibles de déclarer avoir une bonne santé mentale autoévaluée et un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale et que leur degré de satisfaction à l'égard de la vie était considérablement moins élevé que celui des

personnes qui n'éprouvaient pas de solitude, et ce, dans l'ensemble des groupes sociodémographiques (tableaux 3 à 6). Ces associations sont demeurées statistiquement significatives (et d'une ampleur similaire) après ajustement pour le fait de vivre seul (modèle 3).

Analyse

L'objectif de notre étude était d'analyser les expériences sociales et la santé mentale positive des aînés pendant la pandémie. Bien que la majorité des aînés aient déclaré avoir une santé mentale positive pendant la pandémie, les membres de certains groupes sociodémographiques étaient moins susceptibles d'avoir une bonne santé mentale autoévaluée (les femmes, les personnes de 65 à 74 ans et les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins), étaient moins susceptibles d'avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale (les femmes, les personnes de 65 à 74 ans et les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire) et avaient une

TABLEAU 3
Associations entre le fait de vivre seul ainsi que la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19

	Bonne santé mentale autoévaluée						Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale						Satisfaction à l'égard de la vie						Modèle 1			Modèle 2					
	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	%	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	%	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	Moyenne	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	Moyenne	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	Moyenne	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	Moyenne	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)			
Ensemble	n = 5 068						n = 5 047						n = 5 057														
Personne vivant seule																											
Oui	65,11 (62,3 à 67,9)	0,74 <i>(0,61 à 0,89)</i>	—	0,85 (0,70 à 1,04)	70,2 (67,5 à 72,8)	0,72 <i>(0,59 à 0,87)</i>	—	0,81 <i>(0,67 à 0,99)</i>	7,4 (7,3 à 7,5)	-0,28 (-0,45 à -0,11)	—	—	-0,08 (-0,23 à 0,08)														
Non	76,3 (69,9 à 74,8)	(réf.)	—	(réf.)	76,4 (74,2 à 78,6)	(réf.)	—	(réf.)	7,7 (7,6 à 7,8)	(réf.)	—	—	(réf.)														
Solitude																											
Oui	52,1 (48,6 à 55,5)	—	0,28 <i>(0,23 à 0,35)</i>	0,29 <i>(0,23 à 0,35)</i>	60,8 (57,5 à 64,2)	—	0,35 <i>(0,29 à 0,43)</i>	0,36 <i>(0,29 à 0,44)</i>	6,6 (6,4 à 6,7)	—	—	—	-1,60 (-1,79 à -1,42)	-1,60 (-1,79 à -1,40)													
Non	79,2 (77,0 à 81,5)	—	(réf.)	(réf.)	81,2 (79,2 à 83,3)	—	(réf.)	(réf.)	8,2 (8,1 à 8,3)	—	(réf.)	—	(réf.)														

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviations : B, coefficient de régression non normalisé ajusté; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

Remarques : Les variables explicatives sont le fait de vivre seul (modèle 1), la solitude (modèle 2) et les deux (modèle 3). Tous les modèles sont ajustés en fonction de l'âge, du sexe, du niveau de scolarité le plus élevé, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigrant et l'appartenance à un groupe dit « racisé ». Les données liées aux personnes de diverses identités de genre et les données manquantes ont été exclues des analyses de régression. Les coefficients de régression et les rapports de cotes statistiquement significatifs sont présentés en gras.

moins grande satisfaction moyenne à l'égard de la vie (les femmes et les personnes ayant fait des études de niveau postsecondaire).

L'isolement social (évalué par le fait de vivre seul) et la solitude n'étaient pas rares chez les aînés pendant la pandémie. De façon analogue aux taux prépandémiques¹⁷, près de 3 aînés sur 10 ont déclaré vivre seuls, avec des taux plus élevés chez les femmes, les personnes de 75 ans ou plus et les personnes ayant fait des études de niveau secondaire ou moins¹³. Plus du tiers des aînés ont déclaré éprouver un sentiment de solitude en raison de la pandémie et, de façon analogue à la situation prépandémique¹⁵, les femmes étaient plus susceptibles de déclarer éprouver de la solitude que les hommes. Étudiés séparément, le fait de vivre seul et la solitude ont été associés à une moins grande satisfaction moyenne à l'égard de la vie et à une probabilité réduite d'avoir une bonne santé mentale autoévaluée et un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale dans la population

globale. Lorsque le fait de vivre seul et la solitude ont été étudiés conjointement, la solitude est demeurée associée de façon statistiquement significative à tous les indicateurs d'une santé mentale positive, mais le fait de vivre seul n'était associé de façon statistiquement significative qu'à un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale, globalement et chez les hommes ainsi que chez les personnes de 65 à 74 ans.

Dans l'ensemble, nos résultats viennent en renfort aux appels visant à améliorer les liens sociaux pour favoriser le bien-être et à faire du bien-être une priorité en santé publique^{9,16}. Toutefois, comme dans les études précédentes^{28,29,31}, nos constatations laissent entendre que, chez les aînés qui résident dans la collectivité, la corrélation avec les indicateurs d'une santé mentale positive est plus cohérente dans le cas du sentiment subjectif de solitude que dans celui de la mesure objective de l'isolement social (le fait de vivre seul). En revanche, les associations entre l'isolement social et la santé mentale positive

semblent être en grande partie attribuables à la variance partagée avec la solitude³¹ ou être limitées à certains groupes sociodémographiques. Par exemple, il est possible que les hommes âgés vivant seuls soient moins susceptibles de déclarer avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale parce qu'ils ont tendance à avoir de plus petits réseaux sociaux, à avoir des contacts moins stables avec la famille et à courir un risque accru d'isolement en raison d'un divorce ou du décès de leur partenaire⁴⁰. Il est également possible que les personnes de 65 à 74 ans qui vivent seules soient moins susceptibles de déclarer avoir un fort sentiment d'appartenance à la communauté locale parce qu'il est plus rare que ces personnes vivent seules par rapport aux personnes plus âgées (ce qui est donc plus aliénant), parce qu'elles pourraient avoir récemment perdu des sources d'interaction sociale en raison de la retraite ou d'un autre changement dans leur situation¹⁵ ou parce qu'elles sont moins habituées à vivre seules que leurs homologues plus âgés.

TABLEAU 4
Associations entre le fait de vivre seul ainsi que la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19, avec stratification en fonction du sexe

	Bonne santé mentale autoévaluée						Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale						Satisfaction à l'égard de la vie						Modèle 1			Modèle 2					
	Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3			Modèle 1			Modèle 2			Modèle 3		
	%	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	%	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	RCa (IC à 95 %)	Moyenne	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	Moyenne	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	Moyenne	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	Moyenne	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)	B (IC à 95 %)			
Hommes	n = 2 190						n = 2 183						n = 2 184														
Personne vivant seule																											
Oui	66,9 (62,0 à 71,9)	0,63 <i>(0,47 à 0,85)</i>	—	0,73 (0,53 à 1,01)	70,9 (66,0 à 75,8)	0,61 (0,45 à 0,82)	—	0,70 (0,51 à 0,96)	7,4 (7,2 à 7,6)	-0,43 <i>(-0,71 à -0,15)</i>	—	—	-0,23 <i>(-0,50 à 0,04)</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Non	76,2 (73,2 à 79,3)	(réf.)	—	(réf.)	78,3 (75,3 à 81,3)	(réf.)	—	(réf.)	7,8 (7,7 à 8,0)	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)			
Solitude																											
Oui	55,6 (49,7 à 61,4)	—	0,28 (0,20 à 0,28 (0,21 à 0,38) 0,39)	60,2 (54,5 à 66,0)	—	0,30 <i>(0,22 à 0,41)</i>	0,31 <i>(0,23 à 0,43)</i>	6,6 (6,3 à 6,9)	—	-1,54 <i>(-1,85 à -1,22)</i>	-1,51 <i>(-1,83 à -1,18)</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Non	80,5 (77,5 à 83,4)	—	(réf.)	(réf.)	81,7 (78,9 à 84,6)	—	(réf.)	(réf.)	8,1 (8,0 à 8,2)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—			
Femmes	n = 2 878						n = 2 864						n = 2 873														
Personne vivant seule																											
Oui	64,3 (60,9 à 67,7)	0,80 (0,63 à 1,02)	—	0,93 (0,72 à 1,21)	69,9 (66,9 à 73,0)	0,79 (0,62 à 1,00)	—	0,89 (0,69 à 1,14)	7,4 (7,3 à 7,6)	-0,22 <i>(-0,44 à 0,01)</i>	—	—	0,01 <i>(-0,19 à 0,20)</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Non	68,0 (64,3 à 71,7)	(réf.)	—	(réf.)	74,3 (71,0 à 77,5)	(réf.)	—	(réf.)	7,6 (7,5 à 7,8)	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—				
Solitude																											
Oui	50,3 (46,0 à 54,6)	—	0,29 <i>(0,22 à 0,38)</i>	0,29 <i>(0,22 à 0,38)</i>	61,1 (57,2 à 65,1)	—	0,38 <i>(0,29 à 0,50)</i>	0,39 <i>(0,30 à 0,51)</i>	6,5 (6,4 à 6,7)	—	-1,65 <i>(-1,87 à -1,43)</i>	-1,65 <i>(-1,88 à -1,43)</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Non	77,8 (74,6 à 81,0)	—	(réf.)	(réf.)	80,7 (77,8 à 83,5)	—	(réf.)	(réf.)	8,2 (8,1 à 8,4)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—	(réf.)	—			

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviations : *B*, coefficient de régression non normalisé ajusté; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

Remarques : Les variables explicatives sont le fait de vivre seul (modèle 1), la solitude (modèle 2) et les deux (modèle 3). Tous les modèles sont ajustés en fonction de l'âge, du niveau de scolarité le plus élevé, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigration et de l'appartenance à un groupe dit « racisé ». Les données liées aux personnes de diverses identités de genre et les données manquantes ont été exclues des analyses de régression. Les coefficients de régression et les rapports de cotes statistiquement significatifs sont présentés en gras.

Cette étude offre une information apte à orienter les politiques de santé publique et à améliorer les soins de santé aux aînés grâce à l'utilisation de stratégies ciblées d'identification et de soutien. Par exemple, les spécialistes en soins primaires (médecins de famille, travailleurs sociaux, etc.) sont particulièrement bien placés pour déceler les vulnérabilités sociales et fournir des services⁴¹. La formation des praticiens à l'évaluation des vulnérabilités sociales dans le cadre de la prestation des soins courants peut s'avérer essentielle pour repérer les personnes dont le bien-être risque d'être amoindri.

De plus, un financement est nécessaire pour les programmes et les services qui ciblent expressément la solitude chez les aînés. Par exemple, à l'échelle individuelle, des programmes qui enseignent aux aînés comment développer et conserver des relations significatives et émotionnellement satisfaisantes (par exemple l'enseignement de compétences sociales) et qui facilitent la création de liens sociaux (par exemple la participation à des activités avec des personnes ayant des intérêts similaires) peuvent être plus bénéfiques que le simple fait d'augmenter le nombre d'interactions sociales^{16,42}. L'offre

de programmes de modification cognitive qui enseignent comment recadrer les perceptions erronées au sujet des relations sociales peut également contribuer, en tant que service de santé mentale accessible à l'intention des aînés, à réduire le sentiment de solitude chez ces personnes^{16,43}, en particulier dans le contexte d'une pandémie, où les interactions sociales en personne sont limitées⁴⁴.

Cela dit, des investissements à l'échelle de la collectivité et de la société sont également nécessaires pour soutenir les aînés, notamment des investissements visant à

TABLEAU 5
Associations entre le fait de vivre seul ainsi que la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19, avec stratification en fonction du groupe d'âge

	Bonne santé mentale autoévaluée			Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale			Satisfaction à l'égard de la vie					
	%	Modèle 1 RCa (IC à 95 %)	Modèle 2 RCa (IC à 95 %)	Modèle 3 RCa (IC à 95 %)	%	Modèle 1 RCa (IC à 95 %)	Modèle 2 RCa (IC à 95 %)	Modèle 3 RCa (IC à 95 %)	Moyenne	Modèle 1 B (IC à 95 %)	Modèle 2 B (IC à 95 %)	Modèle 3 B (IC à 95 %)
65 à 74 ans	n = 3 225			n = 3 216			n = 3 219					
Personne vivant seule												
Oui	62,7 (58,8 à 66,6)	0,74 (0,59 à 0,93)	—	0,93 (0,73 à 1,18)	65,9 (62,2 à 69,7)	0,67 (0,53 à 0,84)	—	0,76 (0,60 à 0,97)	7,3 (7,1 à 7,5)	-0,30 (-0,52 à -0,08)	—	-0,03 (-0,23 à 0,17)
Non	70,6 (67,5 à 73,6)	(réf.)	—	(réf.)	74,9 (72,1 à 77,6)	(réf.)	—	(réf.)	7,7 (7,5 à 7,8)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	46,8 (42,3 à 51,3)	—	0,23 (0,17 à 0,30)	0,23 (0,18 à 0,30)	59,7 (55,5 à 63,9)	—	0,40 (0,31 à 0,52)	0,41 (0,32 à 0,54)	6,5 (6,3 à 6,6)	—	-1,64 (-1,86 à -1,42)	-1,63 (-1,86 à -1,41)
Non	79,4 (76,5 à 82,4)	—	(réf.)	(réf.)	78,8 (76,1 à 81,5)	—	(réf.)	(réf.)	8,1 (8,0 à 8,2)	—	(réf.)	(réf.)
75 ans ou plus	n = 1 843			n = 1 831			n = 1 838					
Personne vivant seule												
Oui	67,9 (63,9 à 71,9)	0,72 (0,53 à 0,99)	—	0,78 (0,56 à 1,08)	75,1 (71,4 à 78,9)	0,81 (0,57 à 1,15)	—	0,90 (0,63 à 1,30)	7,5 (7,4 à 7,7)	-0,26 (-0,54 à 0,01)	—	-0,13 (-0,39 à 0,12)
Non	76,0 (72,2 à 79,8)	(réf.)	—	(réf.)	79,5 (75,7 à 83,4)	(réf.)	—	(réf.)	7,8 (7,6 à 8,0)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	60,6 (55,4 à 65,9)	—	0,40 (0,29 à 0,56)	0,41 (0,30 à 0,57)	62,7 (57,2 à 68,2)	—	0,27 (0,19 à 0,38)	0,27 (0,19 à 0,38)	6,7 (6,5 à 7,0)	—	-1,56 (-1,85 à -1,26)	-1,55 (-1,84 à -1,25)
Non	78,9 (75,5 à 82,3)	—	(réf.)	(réf.)	85,5 (82,6 à 88,5)	—	(réf.)	(réf.)	8,3 (8,1 à 8,4)	—	(réf.)	(réf.)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviations : B, coefficient de régression non normalisé ajusté; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

Remarques : Les variables explicatives sont le fait de vivre seul (modèle 1), la solitude (modèle 2) et les deux (modèle 3). Tous les modèles sont ajustés en fonction du sexe, du niveau de scolarité le plus élevé, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigration et de l'appartenance à un groupe dit « racisé ». Les données liées aux personnes de diverses identités de genre et les données manquantes ont été exclues des analyses de régression. Les coefficients de régression et les rapports de cotes statistiquement significatifs sont présentés en gras.

améliorer les infrastructures et à créer des collectivités adaptées aux aînés (transports et services accessibles, inclusion numérique, espaces extérieurs sûrs, logements abordables et bien conçus, etc.) et des investissements visant à élaborer des politiques conçues pour éliminer les obstacles systémiques à l'inclusion sociale des aînés (comme la lutte contre l'âgisme

ou les inégalités socioéconomiques)^{16,21}. Nos résultats semblent indiquer que certains groupes de population (les femmes, les personnes de 75 ans ou plus) courent un risque disproportionné d'isolement ou de solitude (ou les deux), et que ces efforts leur seraient donc particulièrement bénéfiques. Il faudra toutefois mener aussi d'autres travaux pour déterminer si ces

programmes, soutiens et politiques ont réellement une incidence positive sur la santé mentale positive.

Points forts et limites

Notre étude comble d'importantes lacunes en matière de données en analysant les répercussions élargies de la pandémie de

TABLEAU 6
Associations entre le fait de vivre seul ainsi que la solitude et les indicateurs d'une santé mentale positive chez les aînés pendant la pandémie de COVID-19, avec stratification en fonction du niveau de scolarité

	Bonne santé mentale autoévaluée			Fort sentiment d'appartenance à la communauté locale			Satisfaction à l'égard de la vie					
	Modèle 1 % (IC à 95 %)	Modèle 2 RCa (IC à 95 %)	Modèle 3 RCa (IC à 95 %)	Modèle 1 % (IC à 95 %)	Modèle 2 RCa (IC à 95 %)	Modèle 3 RCa (IC à 95 %)	Moyenne (IC à 95 %)	Modèle 1 <i>B</i> (IC à 95 %)	Modèle 2 <i>B</i> (IC à 95 %)	Modèle 3 <i>B</i> (IC à 95 %)		
Secondaire ou moins	n = 2 101			n = 2 092			n = 2 096					
Personne vivant seule												
Oui	63,3 (59,1 à 67,5)	0,81 (0,62 à 1,06)	—	0,90 (0,68 à 1,19)	74,3 (70,4 à 78,2)	0,77 (0,58 à 1,03)	—	0,83 (0,62 à 1,12)	7,5 (7,4 à 7,7)	-0,28 (-0,54 à -0,03)	—	-0,12 (-0,35 à 0,11)
Non	68,2 (64,4 à 72,0)	(réf.)	—	(réf.)	79,4 (76,3 à 82,6)	(réf.)	—	(réf.)	7,8 (7,7 à 8,0)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	46,5 (41,1 à 52,0)	—	0,27 (0,20 à 0,36)	0,27 (0,20 à 0,36)	65,7 (60,8 à 70,7)	—	0,40 (0,29 à 0,55)	0,41 (0,30 à 0,56)	6,5 (6,3 à 6,8)	—	-1,85 (-2,12, -1,57)	-1,83 (-2,11 à -1,56)
Non	76,1 (72,9 à 79,4)	—	(réf.)	(réf.)	83,6 (80,9 à 86,3)	—	(réf.)	(réf.)	8,3 (8,2 à 8,5)	—	(réf.)	(réf.)
Postsecondaire	n = 2 967			n = 2 955			n = 2 961					
Personne vivant seule												
Oui	66,7 (62,9 à 70,5)	0,68 (0,52 à 0,88)	—	0,81 (0,61 à 1,07)	66,3 (62,4 à 70,1)	0,68 (0,52 à 0,88)	—	0,79 (0,61 à 1,04)	7,3 (7,1 à 7,4)	-0,28 (-0,50 à -0,06)	—	-0,05 (-0,27 à 0,16)
Non	75,5 (72,3 à 78,6)	(réf.)	—	(réf.)	74,0 (70,9 à 77,1)	(réf.)	—	(réf.)	7,6 (7,5 à 7,8)	(réf.)	—	(réf.)
Solitude												
Oui	56,3 (51,8 à 60,7)	—	0,30 (0,23 à 0,40)	0,31 (0,23 à 0,41)	56,7 (52,3 à 61,2)	—	0,32 (0,25 à 0,42)	0,33 (0,25 à 0,43)	6,6 (6,4 à 6,8)	—	-1,41 (-1,67 à -1,16)	-1,40 (-1,67 à -1,14)
Non	81,8 (78,7 à 84,9)	—	(réf.)	(réf.)	79,3 (76,4 à 82,2)	—	(réf.)	(réf.)	8,0 (7,9 à 8,2)	—	(réf.)	(réf.)

Source des données : Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2020 et Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale de 2021 (combinées).

Abréviations : *B*, coefficient de régression non normalisé ajusté; IC, intervalle de confiance; RCa, rapport de cotes ajusté; réf., groupe de référence.

Remarques : Les variables explicatives sont le fait de vivre seul (modèle 1), la solitude (modèle 2) et les deux (modèle 3). Tous les modèles sont ajustés en fonction de l'âge, du sexe, du lieu de résidence, du statut vis-à-vis de l'immigration et de l'appartenance à un groupe dit « racisé ». Les données liées aux personnes de diverses identités de genre et les données manquantes ont été exclues des analyses de régression. Les coefficients de régression et les rapports de cotes statistiquement significatifs sont présentés en gras.

COVID-19 sur la santé mentale positive à l'aide d'un échantillon d'aînés représentatif de la population. Nous avons fourni des estimations pour plusieurs indicateurs de santé mentale positive, ainsi qu'une estimation de l'isolement social et de la solitude pendant la pandémie. De plus, nous avons analysé les associations entre l'isolement social et la solitude d'une part

et la santé mentale positive d'autre part, de façon globale puis avec une stratification en fonction du sexe, du groupe d'âge et du niveau de scolarité.

Malgré ces contributions, nos conclusions sont à interpréter dans le contexte de limitations importantes. Tout d'abord, les données de l'ECSM sont transversales, de

sorte qu'il est impossible de déterminer la causalité ou la temporalité, et des effets bidirectionnels sont possibles (ceux qui ont une moins bonne santé mentale pourraient être par exemple plus susceptibles de se sentir seuls ou d'être isolés)¹¹. Par ailleurs, il peut y avoir des effets complexes entre les variables d'intérêt qu'il est impossible d'évaluer avec les données

actuelles. Par exemple, il est possible que la solitude médie l'association entre l'isolement social et la santé mentale positive. Autrement dit, les personnes qui vivent seules seraient susceptibles d'avoir une moins bonne santé mentale parce qu'elles se sentent davantage seules.

De plus, les données n'ont pas permis d'évaluer l'isolement social ou les expériences liées à la solitude avant la pandémie, le sentiment de solitude dû à d'autres causes que la pandémie ou encore les variations d'intensité tout au long de la pandémie. Bien que la santé mentale des aînés ait été moins bonne au cours de la troisième vague que de la deuxième vague³, on ne sait pas si les associations entre les expériences sociales et la santé mentale positive ont varié à différents stades de la pandémie. Il est également possible que les personnes ayant connu une situation d'isolement ou éprouvé un sentiment de solitude de façon chronique (*vs* temporaire) avant ou pendant la pandémie aient couru un risque accru de moins bonne santé mentale⁴⁵.

Conformément aux études menées antérieurement^{18,19,28}, le fait de vivre seul a été utilisé comme indicateur de l'isolement social. Il s'agit d'une mesure facilement accessible et utile (quoiqu'imparfaite) de l'isolement social chez les aînés, en particulier lorsque les données utilisées sont fondées sur la population²⁰. Il peut constituer un indicateur particulièrement utile dans le contexte de la pandémie, quand les interactions sociales à l'extérieur du domicile sont demeurées limitées⁴. En effet, les aînés vivant seuls ont déclaré avoir moins de soutien social⁴⁶ et de contacts en personne⁴⁷ pendant la pandémie que les personnes qui ne vivaient pas seules.

Néanmoins, le fait de vivre seul ne fournit pas un portrait complet des liens sociaux d'une personne²⁰. Dans les prochaines études, il faudra tenir compte d'autres indices d'isolement social et d'intégration sociale (comme la participation sociale, la taille du réseau social, la fréquence des contacts, l'état matrimonial), du mode d'interaction sociale (en personne ou en ligne)⁴⁸ et des sources de soutien (conjoints, enfants, amis)⁴⁹ pour obtenir une compréhension plus globale des expériences sociales des aînés. Dans le même ordre d'idées, l'ECSM utilise uniquement un indicateur dichotomique de la solitude,

associé à une seule question. L'utilisation de méthodes mieux établies (validées et largement utilisées) et plus nuancées (par exemple avec plusieurs questions et des réponses à choix multiples) pour évaluer la solitude permettrait de comparer les études²⁶ et d'obtenir une évaluation des divers degrés de solitude (faible, modérée, élevée)²⁷.

Le cadre d'échantillonnage de l'ECSM exclut les personnes vivant en établissement, qui sont susceptibles d'avoir vécu des problèmes spécifiques sur le plan de l'isolement social, de la solitude et de la santé physique et mentale²¹. Ainsi, la population de notre étude inclut vraisemblablement un sous-ensemble plus sain d'aînés. Néanmoins, nos résultats sont représentatifs de la majorité de la population d'intérêt, puisque 93 % des aînés vivent dans des logements privés⁵⁰. La disponibilité des données et les tailles d'échantillon ont également limité notre capacité à étudier d'autres groupes socio-démographiques susceptibles d'être vulnérables à l'isolement ou à la solitude, ou aux deux (minorités sexuelles et de genre, personnes ayant des problèmes de santé mentale ou physique, personnes en situation de handicap, etc.)^{21,33}. En outre, il est possible que nos résultats aient différé si nous avions statistiquement neutralisé d'autres facteurs de confusion potentiels (comme les maladies mentales). Par ailleurs, l'ECSM a tenu compte du niveau de scolarité individuel, ce qui peut différer de l'utilisation du niveau de scolarité du ménage comme indicateur du statut socioéconomique et peut avoir contribué à la différence observée quant aux indicateurs d'une santé mentale positive entre les différents groupes de niveau de scolarité.

Enfin, bien que des poids d'échantillonnage aient été utilisés pour toutes les estimations, il est impossible d'exclure un biais de non-réponse, en raison du taux de réponse relativement faible aux cycles de l'ECSM.

Conclusion

Déjà vulnérables à l'isolement social, à la solitude et aux risques pour la santé qui en découlent¹², les aînés ont été encouragés à restreindre encore davantage leurs contacts en personne en raison du risque accru de conséquences néfastes associées à la COVID-19⁴. Toutefois, les répercussions de ces restrictions sur la santé

mentale des aînés ne sont pas encore pleinement comprises. Selon nos résultats, l'isolement social et la solitude durant des périodes de restriction sociale sont globalement associés à une moins bonne santé mentale chez les aînés au Canada. Cependant, lorsqu'on tient compte de la solitude et de diverses caractéristiques sociodémographiques, la plupart des associations entre l'isolement social et la santé mentale positive ne sont plus statistiquement significatives. En revanche, de façon globale et dans tous les groupes sociodémographiques analysés, la solitude est associée à une moins bonne santé mentale, et ce, même après ajustement pour l'isolement social et les covariables socio-démographiques. Ainsi, il est important de repérer et de soutenir adéquatement les aînés qui souffrent de solitude pendant (et après) une pandémie.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs et avis

LO a conçu le projet. LO et LL ont décidé de l'approche analytique. LL a effectué les analyses statistiques. Tous les auteurs ont contribué à l'interprétation des résultats, et LO a rédigé et révisé le manuscrit en fonction des commentaires formulés par LL, KR, GG et CC.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteurs; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

1. Capaldi CA, Liu L, Dopko RL. Santé mentale positive et changement perçu de la santé mentale chez les adultes au Canada pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(11):394-414. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.05f>
2. Shields M, Tonmyr L, Gonzalez A, et al. Symptômes du trouble dépressif majeur pendant la pandémie de COVID-19 : résultats obtenus à partir d'un échantillon représentatif de la population canadienne. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021;41(11):374-393. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.04f>

3. Capaldi CA, Liu L, Ooi LL, et al. Aperçu – Santé mentale autoévaluée, sentiment d'appartenance à la communauté, satisfaction à l'égard de la vie et changement perçu en matière de santé mentale chez les adultes pendant la deuxième et la troisième vagues de la pandémie de COVID-19 au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2022;42(5):247-255. <https://doi.org/10.24095/hcdp.42.5.05f>
4. Statistique Canada. Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les Canadiens âgés [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 4 février 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2021001/article/00008-fra.pdf?st=9aGEJZzE>
5. Raina P, Wolfson C, Griffith L, et al. A longitudinal analysis of the impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of middle-aged and older adults from the Canadian Longitudinal Study on Aging. Nat Aging. 2021;1: 1137-1147. <https://doi.org/10.1038/s43587-021-00128-1>
6. Statistique Canada. Tableau 13-10-0806-01 : Santé des Canadiens et COVID-19, selon l'âge et le genre de la personne [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 15 février 2022]. En ligne à : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310080601&request_locale=fr
7. Statistique Canada. Alors que les postes vacants sont nombreux et que le taux de chômage est à un niveau historiquement bas, le Canada fait face à une vague record de retraites au sein d'une main-d'œuvre qui vieillit : le nombre de personnes de 65 ans et plus a crû six fois plus vite que celui des enfants de 0 à 14 ans [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2022 [consultation le 27 avril 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427a-fra.htm>
8. Webb LM, Chen CY. The COVID-19 pandemic's impact on older adults' mental health: contributing factors, coping strategies, and opportunities for improvement. Int J Geriatr Psychiatry. 2022;37(1):1-7. <https://doi.org/10.1002/gps.5647>
9. Holt-Lunstad J. A pandemic of social isolation? World Psychiatry. 2021;20(1): 55-56. <https://doi.org/10.1002/wps.20839>
10. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, et al. Loneliness and health: potential mechanisms. Psychosom Med. 2002;64(3):407-417. <https://doi.org/10.1097/00006842-200205000-00005>
11. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. Health Soc Care Community. 2017;25(3):799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
12. Hämmig O. Health risks associated with social isolation in general and in young, middle and old age. PLoS ONE. 2019;14(7):e0219663. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219663>
13. Srgo SA, Jiang Y, de Groh M. Conditions de logement et état de santé des aînés d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2018. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada 2020;40(1):20-25. <https://doi.org/10.24095/hcdp.40.1.03f>
14. Tang J, Galbraith N, Truong J. Vivre seul au Canada. [Regards sur la société, 6 mars 2019.] Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2019. [Nº 75-006-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/201901/article/00003-fra.htm>
15. Gilmour H, Ramage-Morin PL. Isolement social et mortalité chez les personnes âgées au Canada. Rapports sur la santé. 2020;31(3):29-41. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x20200030003-fra>
16. World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief [Internet]. Geneva (CH) : World Health Organization; 2021 [consultation le 11 mars 2022]. En ligne à : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>
17. Agence de la santé publique du Canada. Vieillissement et maladies chroniques : Profil des aînés canadiens [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2020 [consultation le 4 février 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/vieillissement-maladies-chroniques-profil-aines-canadiens-rapport.html>
18. Bu F, Abell J, Zaninotto P, Fancourt D. A longitudinal analysis of loneliness, social isolation and falls amongst older people in England. Sci Rep. 2020;10:20064. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77104-z>
19. Ellwardt L, van Tilburg T, Aartsen M, Wittek R, Steverink N. Personal networks and mortality risk in older adults: a twenty-year longitudinal study. PLoS ONE. 2015;10(3):e0116731. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116731>
20. Newall NE, Menec VH. A comparison of different definitions of social isolation using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. Ageing Soc. 2020;40(12):2671-2694. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000801>
21. Forum fédéral, provincial et territorial des ministres responsables des aînés. Isolement social chez les aînés pendant la pandémie [Internet]. Ottawa (Ont.) : Emploi et Développement social Canada; 2021 [consultation le 27 avril 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/rapports/covid19-isolation-sociale.html>
22. Statistique Canada. Enquête canadienne sur la santé des aînés, 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 21 février 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211001/dq211001b-fra.htm?CMP=mstatcan>
23. Savage RD, Wu W, Li J, et al. Loneliness among older adults in the community during COVID-19: a cross-sectional survey in Canada. BMJ Open. 2021;11(4):e044517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044517>

24. Nicholson NR. A review of social isolation: an important but under-assessed condition in older adults. *J Prim Prev.* 2012;33(2-3):137-152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
25. Teater B, Chonody JM, Hannan K. Meeting social needs and loneliness in a time of social distancing under COVID-19: a comparison among young, middle, and older adults. *J Hum Behav Soc Environ.* 2021;31(1-4):43-59. <https://doi.org/10.1080/10911359.2020.1835777>
26. Park C, Majeed A, Gill H, et al. The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;294:113514. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113514>
27. Smith KJ, Victor C. Typologies of loneliness, living alone and social isolation, and their associations with physical and mental health. *Ageing Soc.* 2019;39(8):1709-1730. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000132>
28. Beller J, Wagner A. Disentangling loneliness: differential effects of subjective loneliness, network quality, network size, and living alone on physical, mental, and cognitive health. *J Aging Health.* 2018;30(4): 521-539. <https://doi.org/10.1177/0898264316685843>
29. Coyle CE, Dugan E. Social isolation, loneliness and health among older adults. *J Aging Health.* 2012;24(8): 1346-1363. <https://doi.org/10.1177/0898264312460275>
30. Menec VH, Newall NE, Mackenzi CS, Shooshtari S, Nowicki S. Examining social isolation and loneliness in combination in relation to social support and psychological distress using Canadian Longitudinal Study of Aging (CLSA) data. *PLoS ONE.* 2020;15(3): e0230673. <https://doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0230673>
31. Cornwell EY, Waite LJ. Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *J Health Soc Behav.* 2009;50(1):31-48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
32. Agence de la santé publique du Canada, Centre de surveillance et de recherche appliquée. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positives : statistiques rapides, adultes (18 ans et plus), Canada, édition 2022 [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC; 2022. En ligne à : <https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/PDFs/CISSMP-2022-Statistiques-Rapides-Adultes.pdf>
33. Conseil national des aînés. Qui est à risque et que peut-on faire à cet égard? Une revue de la littérature sur l'isolement social de différents groupes d'aînés [Internet]. Ottawa (Ont.) : CAN; 2017 [consultation le 7 février 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/conseil-national-aines/programmes/publications-rapports/2017/revue-isolement-social-aines.html>
34. Uppal S, Barayandema A. La satisfaction à l'égard de la vie chez les personnes âgées au Canada. [Regards sur la société canadienne, 2 août 2018.] Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2018. [N° 75-006-X au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/75-006-x/2018001/article/54977-fra.pdf?st=brmqzAI5>
35. Statistique Canada. Enquête sociale canadienne : La solitude au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2021 [consultation le 23 avril 2022]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/211124/dq211124e-fra.htm?CMP=mstatcan>
36. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) : Information détaillée pour septembre à décembre 2020 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 avril 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1283036
37. Statistique Canada. Enquête sur la COVID-19 et la santé mentale (ECSM) : Information détaillée pour février à mai 2021 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020 [consultation le 19 avril 2022]. En ligne à : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5330
38. Varin M, Palladino E, Lary T, Baker M. Aperçu – Mise à jour sur la santé mentale positive chez les adultes au Canada. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2020;40(3):96-101. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.3.04f>
39. Liu L, Capaldi CA, Dopko RL. Idées suicidaires au Canada pendant la pandémie de COVID-19. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2021; 41(11):415-429. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.41.11.06f>
40. Klinenberg E. Social isolation, loneliness, and living alone: identifying the risks for public health. *Am J Public Health.* 2016;106(5):786-787. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303166>
41. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: approach for primary care. *Can Fam Physician.* 2020;66(3):176-182.
42. Vahia IV, Jeste DV, Reynolds CF III. Older adults and the mental health effects of COVID-19. *JAMA.* 2020; 324(22):2253-2254. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21753>
43. Ma R, Mann F, Wang J, et al. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2020;55(7):839-876. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01800-z>
44. Van Orden KA, Bower E, Lutz J, et al. Strategies to promote social connections among older adults during “social distancing” restrictions. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2021;29(8):816-827. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.004>
45. Theeke LA. Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status. *Res Gerontol Nurs.* 2010;3(2): 113-125. <https://doi.org/10.3928/19404921-20091103-99>

46. Frank K. La COVID-19 et le soutien social des aînés : les aînés ont-ils quelqu'un sur qui compter pendant les périodes difficiles? [StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2020. [N° 45280001 au catalogue]. En ligne à : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00007-fra.htm>

47. Fingerman KL, Ng YT, Zhang S, et al. Living alone during COVID-19: social contact and emotional well-being among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2021;76(3):e116-e121. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa200>

48. Skalacka K, Pajestka G. Digital or in-person: the relationship between mode of interpersonal communication during the COVID-19 pandemic and mental health in older adults from 27 countries. *J Fam Nurs.* 2021; 27(4):275-284. <https://doi.org/10.1177%2F10748407211031980>

49. Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry.* 2016; 209(4):284-293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

50. Forum fédéral, provincial et territorial des ministres responsables des aînés. Rapport sur les besoins en logement des aînés [Internet]. Ottawa (Ont.) : Emploi et Développement social Canada; 2019 [consultation le 16 mai 2022]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/aines/forum/rapport-besoins-logement-aines.html>