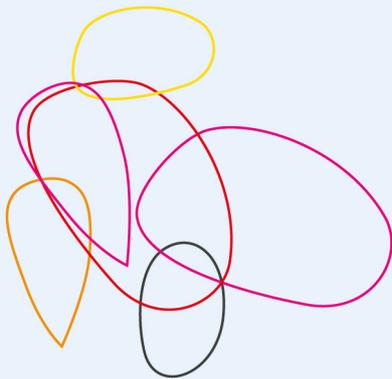




Ce que dit la littérature scientifique sur ...

Avril 2025

L'isolement social en lien avec le social santé





Ce dossier a été réalisé par l'équipe en charge de l'appui scientifique de Brusano. La thématique choisie fait l'objet d'une des questions formulées par les équipes des Bassins pour le travail du GT (groupe de travail) Données (Cf. [les comptes-rendus du GT Données](#)). L'objectif de ce dossier est donc de fournir des informations thématiques, qui viendront alimenter les réflexions des équipes décisionnelles et opérationnelles. Ces informations ne sont pas exhaustives, ce dossier sera complété par des données propres à chaque bassin d'aide et de soins.

Ce travail de synthèse de la littérature scientifique sur la question de la relation entre isolement social et santé est un préalable à l'examen des études et des données qui pourraient être disponibles sur la thématique de l'isolement social en région bruxelloise.



Table des matières

I. Contexte	4
II. Qu'est-ce que l'isolement social ?	4
III. Quelle est l'ampleur du phénomène ?	5
IV. Quels sont les prédictors et facteurs de risque associés à l'isolement social et à la solitude ?	6
☐ Sur le plan physique	7
☐ Sur le plan mental	7
☐ Chez les jeunes	7
☐ Chez les réfugié-es et demandeur-euses de protection internationale	8
V. Quelles sont les conséquences associées à l'isolement social et à la solitude ?	8
VI. Conséquences de l'isolement social et de la solitude sur la prise en charge d'autres problématiques sociales et de santé	9
VII. Quelles interventions existent pour lutter contre l'isolement social et la solitude ?	10
VIII. Quelles leçons tirer de ces résultats à l'échelle régionale et des Bassins ?	12
IX. Quelles implications possibles pour des actions à mener à l'échelle régionale ou à l'échelle des Bassins ?	14
Annexe : liste des 14 revues de littérature explorées, sujets, nombre d'études incluses et public-cible	16



I. Contexte

Pourquoi aborder la question de l'isolement social ? L'isolement social revient souvent comme une thématique transversale dans les concertations thématiques des Bassins. De fait, **l'isolement social est un concept multidimensionnel et on sait qu'il est susceptible d'être relié à la santé et au bien-être de la population de diverses manières.**

Mieux comprendre les liens entre l'isolement social et la santé en général devrait permettre d'identifier des groupes de population qui seraient plus susceptibles d'être affectés, d'examiner la manière dont l'offre d'aide et de soins est en mesure de répondre adéquatement aux besoins de la population, ou encore d'identifier des acteurs sociaux et de santé qui pourraient jouer un rôle dans ce domaine.

Les informations reprises dans ce document sont le résultat d'une synthèse de 14 revues de littérature scientifique internationale publiées entre 2012 et 2025 **sur le lien entre isolement social et santé**, qui elles-mêmes passent en revue un total de plus de 600 études différentes¹.

Selon une correspondance publiée dans *The Lancet*⁽¹⁾, l'inquiétude des professionnel·les de la santé vis-à-vis des effets négatifs de l'isolement social s'est accru à la suite de la pandémie de COVID-19 et des politiques de distanciation sociale qui ont été prises à cette époque.

II. Qu'est-ce que l'isolement social ?

La littérature scientifique ne fait pas consensus sur la manière de définir l'isolement social. Cela signifie qu'elle ne propose pas non plus une seule manière de l'identifier, de le détecter, de le mesurer, ou d'y répondre. Toutefois, au travers des différentes définitions proposées, un élément est commun : la différence entre **l'isolement social « objectif »** et **l'isolement social « subjectif »**. Le premier phénomène concerne l'isolement social effectif, mesurable dans les faits, tandis que le second concerne plutôt un ressenti d'isolement, c'est-à-dire le sentiment de solitude.

¹ On ne donnera pas trop de détails méthodologiques dans ce document, mais un rapport technique a été écrit préalablement à cette synthèse et peut être consulté [auprès de l'équipe d'appui scientifique](#).



En ce qui concerne l'isolement social (objectif), la plupart des définitions font référence à la quantité (faible) de contacts sociaux, parfois à la qualité perçue de ceux-ci. D'autres définitions mettent plutôt en exergue l'absence d'activités sociales. En ce qui concerne la solitude (l'isolement social subjectif), les définitions pointent la plupart du temps le ressenti d'une différence perçue entre l'attente ou le désir de relations sociales et la réalité, et cette perception est identifiée comme déplaisante ou négative.

Si ces deux phénomènes peuvent survenir en même temps, il est évidemment possible que l'isolement social objectif ne soit pas perçu négativement, alors que la solitude peut survenir malgré l'absence d'isolement social objectif. De manière générale, les études montrent que c'est principalement la solitude qui a des effets et des associations négatives pour la santé. L'isolement social objectif est aussi associé négativement à la santé, mais dans une moindre mesure.

Un paradoxe est que les interventions visant ces phénomènes et identifiées dans la littérature portent plus souvent sur l'isolement social que sur la solitude⁽²⁾. En tout cas, certaines associations statistiques entre l'isolement social, qu'il soit objectif ou subjectif, et des problématiques de santé sont très clairement documentées. Mais on manque d'informations qui indiqueraient que les professionnel·les de la santé se préoccupent (suffisamment) de l'isolement social ou chercheraient à l'évaluer dans le cadre d'interventions généralistes⁽³⁾.

III. Quelle est l'ampleur du phénomène ?

Étant donné l'absence de consensus sur les définitions de l'isolement social objectif ou subjectif et sur les outils pour en mesurer la prévalence, on manque de données mesurant ces phénomènes de manière globale pour la population générale. Les études se sont plus spécifiquement focalisées sur certains publics spécifiques, notamment les **personnes âgées**^(4,5) et les **réfugié·es et demandeur·euses de protection internationale** qui se réinstallent dans les pays à revenu élevé⁽⁶⁾.

Chez les personnes âgées de plus de 80 ans, on estime que **l'isolement social (objectif) concerne environ un tiers de la population**. Pour cette population, **la solitude serait d'ampleur équivalente**, soit à peu près un tiers de la population, bien que cela puisse concerner des personnes différentes. Par ailleurs, si l'on considère la solitude dans le temps, on estime que la solitude chronique concerne **un cinquième de la population de personnes âgées**⁽⁴⁾.



Une multitude de facteurs sont susceptibles d'interférer avec cette estimation globale. D'une part, la solitude serait plus élevée chez les femmes de plus de 80 ans (22%) que chez les hommes (16%). D'autre part, chez les personnes âgées atteintes de démence ou d'autres difficultés cognitives, l'isolement social concernerait près de deux-tiers de cette population, tandis que la solitude dans ce groupe concernerait 38 à 43%.

En ce qui concerne les réfugié·es et demandeur·euses de protection internationale, **la solitude oscillerait entre 16 et 48%, et l'isolement social oscillerait entre 10 et 61%**. Comme on le voit, on a ici des fourchettes d'estimation fort larges, sans doute en raison de la variété de situations possibles, tant en ce qui concerne l'âge, le statut socio-économique des populations concernées et des pays d'accueil, des différences culturelles ou d'autres facteurs plus individuels⁽⁶⁾. Les estimations sont cependant aussi centrées sur **environ un tiers de la population**.

On manque de données pour mesurer les phénomènes de l'isolement social et de la solitude pour la population générale ou pour d'autres sous-groupes de population spécifiques.

IV. Quels sont les prédicteurs et facteurs de risque associés à l'isolement social et à la solitude ?

Comme souvent, les relations causales entre deux phénomènes sont difficiles à établir avec certitude. On peut observer assez aisément si deux phénomènes sont associés positivement- lorsque l'un est présent, l'autre tend à l'être aussi – ou négativement – lorsque l'un est présent, l'autre est absent. Mais il est plus compliqué d'établir s'il y a un lien de cause à effet entre deux phénomènes. Ainsi, en ce qui concerne l'isolement social ou la solitude et des facteurs de risque, les relations causales ne sont pas établies^(1,2). Mais on sait quand même que l'isolement social est clairement associé à une multitude de facteurs de risque.



- **Sur le plan physique**, le **surpoids et l'image négative du surpoids** sont associés à un processus de réduction des contacts sociaux. Ce phénomène est renforcé par le fait qu'un grand nombre d'activités sociales sont culturellement centrées sur l'alimentation, que ce soit la confection et le partage de repas — comme aller au restaurant, organiser un banquet aux grands événements de vie comme les naissances, baptêmes, mariages et enterrements ; on rappelle que le mot *copain* signifie littéralement « *celui-celle avec qui on partage le pain* »... Il y a donc **une grande intrication des thématiques de l'isolement social et de l'alimentation**². En outre, des études récentes ont indiqué que le gain de poids est associé à certains usages des réseaux sociaux⁽³⁾. Par ailleurs, l'isolement social est associé à **l'accumulation de pathologies chroniques**, à des **pertes sensorielles**, principalement **la vue et l'ouïe**^(3,7), ainsi qu'à **l'incontinence urinaire**⁽³⁾.
- **Sur le plan mental**, l'isolement social et la solitude sont associés de manière complexe à **la dépression**. Cette association est complexe, dans la mesure où la perte de relations sociales (chez les personnes âgées par exemple) peut entraîner un sentiment de solitude ou un isolement social objectif, et que cet isolement social objectif ou ressenti peut à son tour engendrer des symptômes de dépression, dont le retrait et l'isolement social⁽³⁾. En particulier, on sait que, chez les personnes âgées, le décès du/de la partenaire de couple est un facteur de risque de solitude chronique. Ensuite, l'isolement social chronique prédit des scores de dépression plus élevés⁽⁴⁾, et ceci serait renforcé par **la démence ou d'autres difficultés cognitives**⁽⁸⁾.
- **Chez les jeunes**, la solitude est associée à une multitude de problèmes de santé qui vont de l'asthme ou la migraine à des douleurs du dos, des acouphènes, etc. En fait, chez les adolescent-es et jeunes adultes, les activités de socialisation sont prépondérantes, et tout problème de santé est susceptible d'entraîner des difficultés dans ces activités. Sur le plan mental, une attention particulière est portée aux associations avérées de l'isolement social et de la solitude avec **des symptômes dépressifs, d'anxiété et de problèmes d'alcool**, susceptibles de se transformer en maladies mentales de long-terme. L'étude confirme toutefois que les conditions somatiques sont plus associées à la solitude qu'à l'isolement social⁽⁹⁾.

² L'alimentation est une des trois thématiques que nous avons choisi de traiter aussi, Cf. les One-Page du GT Données



- Chez les réfugié·es et demandeur·euses de protection internationale, les facteurs de risque associés à la solitude et à l'isolement social incluent **la rupture des liens familiaux, le stress d'acculturation et l'existence d'un trouble de santé mentale préexistant**⁽⁶⁾. Enfin, des facteurs environnementaux peuvent avoir un effet sur l'isolement social, comme par exemple, la sécurité dans un quartier⁽³⁾.

V. Quelles sont les conséquences associées à l'isolement social et à la solitude ?

Comme pour les facteurs de risque, les relations causales de l'isolement social ou de la solitude avec des conséquences sociales et de santé ne sont pas clairement établies. **La dépression et les problèmes cardiovasculaires** sont les problèmes de santé qui ont le plus été étudiés dans leur association avec l'isolement social et la solitude. La littérature scientifique associe l'isolement social et la solitude avec une augmentation de la mortalité (quelle que soit la cause). Ainsi, **les personnes isolées, qui vivent seules, ou qui ressentent de la solitude ont environ 30% de risque additionnel de décéder** quelle que soit la cause (et en excluant le risque de décès par suicide). La cause de décès la plus importante est **liée aux maladies cardiovasculaires**⁽¹⁰⁾. On rappelle que celles-ci sont fortement associées aux conditions d'hygiène alimentaire. Ainsi, l'association complexe entre alimentation et isolement social est encore renforcée.

Il existe par ailleurs une corrélation entre l'isolement social et les refroidissements ainsi qu'entre l'isolement social et le nombre de chutes, chez les personnes âgées particulièrement⁽³⁾. Toutefois, aucune étude ne trouve d'association entre l'isolement social et la fragilité des personnes âgées. C'est plutôt la **solitude qui est un prédicteur important de la fragilité chez la personne âgée**, et non l'isolement social objectif⁽¹¹⁾.

Par ailleurs, sans l'influence d'un réseau social soutenant, les personnes âgées isolées sont plus **à risque de consommation excessive d'alcool, de tabac, d'avoir un mode de vie sédentaire** (qui renforce l'isolement), de **consommation excessive de somnifères et tranquillisants**, et de **problèmes nutritionnels**⁽³⁾.



Sur le plan mental, les personnes ayant peu de connexions sociales et participant peu aux activités sociales sont plus à risque de déclin cognitif. A l'inverse, les personnes ayant un réseau social étendu seraient mieux protégées contre la démence⁽³⁾. Chez les réfugié·es et demandeur·euses de protection internationale, la solitude et l'isolement social sont identifiés comme des facteurs de risque de troubles dépressifs, de stress post-traumatique, de détresse psychologique et de problèmes psychosomatiques tels que des insomnies, des vertiges, des migraines et d'autres douleurs⁽⁶⁾.

Enfin, **l'isolement social est corrélé à des pertes de revenus**, en particulier au moment charnière du retrait du monde de l'emploi, qui tend à provoquer à la fois des pertes de revenus directs et un déclin des relations sociales liées au monde du travail, celui-ci étant par ailleurs un milieu important de contacts et de ressources sociales⁽³⁾.

VI. Conséquences de l'isolement social et de la solitude sur la prise en charge d'autres problématiques sociales et de santé

Outre les conséquences directement associées à l'isolement social et à la solitude, la littérature scientifique met aussi en évidence des corrélations de ces phénomènes avec des effets négatifs sur la prise en charge d'autres problématiques, notamment en ce qui concerne les cancers⁽³⁾. Globalement, les personnes isolées socialement seraient moins susceptibles d'adhérer aux traitements, et aux médications en particulier. On remarque également que **les personnes isolées ont 4 à 5 fois plus de chances d'être réhospitalisées dans l'année d'une première hospitalisation**. En ce qui concerne les personnes âgées et les personnes ayant des troubles psychiatriques, l'isolement social est un prédicteur d'institutionnalisation dans des services résidentiels (MRS, MSP), et inversement, avoir un réseau social permet de diminuer ce risque⁽³⁾.



VII. Quelles interventions existent pour lutter contre l'isolement social et la solitude ?

La littérature scientifique constate un écart entre les connaissances scientifiques sur l'isolement social et la solitude et les politiques et interventions qui sont mises en œuvre. Celles-ci ne tiennent souvent pas suffisamment compte des connaissances scientifiques⁽⁴⁾. Diverses interventions ont fait l'objet d'évaluations scientifiques. Elles sont classées en **6 grandes catégories**. La très grande majorité des interventions ont été pensées et mises en œuvre pour le public des personnes âgées, mais on peut appliquer ces catégories aux interventions déployées pour d'autres publics⁽¹²⁾. Ainsi, on identifie :

1. Des **interventions de facilitation sociale** : ce sont les interventions les plus courantes. Elles consistent à organiser des activités de groupe, orientées ou non expressément sur la rencontre, dans lesquelles les personnes isolées peuvent donc se rencontrer et avoir des activités. On note que ces activités sont présentées comme des interventions à la fois contre l'isolement social objectif et contre la solitude.
2. Des **thérapies psychologiques** : il s'agit d'interventions à caractère psychothérapeutique, qui peuvent prendre la forme de sessions de thérapie de groupe, mais pour lesquelles une composante individuelle est souvent également présente. Ce sont les interventions les plus étudiées dans la littérature scientifique. Quelques approches spécifiques ont été particulièrement examinées, telles que la thérapie par l'humour, la pleine-conscience (*mindfulness*) et les thérapies de réduction du stress. Ces interventions sont plutôt orientées sur la solitude à titre principal, et dans une moindre mesure sur l'isolement social objectif.
3. Des interventions **organisationnelles social-santé** : il s'agit d'interventions qui s'ancrent dans des pratiques de collaboration entre des acteurs sociaux et des acteurs de santé en vue d'apporter du soutien aux personnes âgées. Quelques exemples mentionnés sont la mise en place d'un réseau de sentinelles de quartier qui assurent une forme de monitoring de l'isolement dans un quartier. Un autre exemple consiste en un programme de réhabilitation gériatrique. Un troisième exemple mentionné est le programme « *Carelink* », qui a consisté à organiser des visites d'étudiant-es en infirmerie chez les personnes âgées d'un quartier.



4. Des interventions faisant intervenir des **animaux domestiques** : il s'agit ici d'interventions à l'aide d'animaux de compagnie. Dans une étude, des animaux virtuels ont été utilisés.
5. Des interventions de **befriending** : il s'agit d'interventions assez semblables aux interventions de facilitation sociale, mais dans lesquelles une personne volontaire donne de l'amitié et du temps à une personne isolée ou souffrant de solitude. A la différence des interventions de facilitation sociale, il s'agit le plus souvent de rencontres inter-individuelles, et non de rencontre de groupe, et les personnes qui apportent du soutien ne sont généralement pas des personnes isolées elles-mêmes. Dans certaines de ces interventions, le contact est principalement distant (par téléphone, par exemple), alors que dans d'autres versions, il s'agit de rencontres présentiels ou de participation commune à des activités (aller au cinéma, par exemple).
6. Des interventions basées sur le **développement de compétences** et d'**activités de loisir** : il s'agit d'interventions qui peuvent prendre la forme d'interventions de facilitation sociale ou de *befriending*, mais dont l'objet est de participer à des activités de loisir (organiser et partir en voyage, par exemple) ou d'acquisition de compétences (apprendre la cuisine, pratiquer un sport, faire du théâtre). Parmi ces dernières, l'apprentissage de l'utilisation d'un ordinateur, de la littératie numérique, et l'apprentissage des outils de communication informatiques ont été spécialement bien évalués par les participant-es⁽¹²⁾.

La plupart des études portant sur ces activités rapportent une certaine efficacité, mais s'agissant d'interventions complexes, d'autres études seraient nécessaires. Les interventions les plus prometteuses semblent combiner trois caractéristiques. Premièrement, les interventions ont plus de chance d'être efficaces lorsque les **bénéficiaires ont une certaine capacité à agir sur les modalités de l'intervention**, par exemple déterminer le choix du contenu des activités dans les interventions de facilitation sociale. Deuxièmement, dans la même logique, les interventions sont aussi plus prometteuses lorsque les **bénéficiaires sont associés à l'ensemble du développement** : non seulement le contenu, mais aussi la mise au point, l'organisation, et la mise en œuvre de l'intervention, dans une logique de développement communautaire.



Enfin, les interventions seraient plus efficaces lorsqu'elles sont **productives**. Par exemple, des cours collectifs permettent de lutter contre l'isolement social dans une certaine mesure, mais des cours d'informatique pour des personnes âgées qui souhaitent mieux maîtriser des outils de communication pour être en contact avec leur famille (engagement productif) seront plus efficaces que des cours de cuisine, dans la mesure où elles apportent quelque-chose d'utile aux participant-es au-delà d'agir directement sur l'isolement social ou sur la solitude. C'est ainsi que des interventions solitaires mais productives peuvent être efficaces pour réduire le sentiment de solitude. De la même manière, des activités « actives » (faire du sport ou jouer) semblent plus être efficaces que des activités « passives » (aller voir un film au cinéma). Dès lors, les **activités collectives actives orientées vers un but commun considéré comme important par les participant-es ont le plus de chance d'être efficaces, d'autant plus s'il y a un défi à relever**⁽¹²⁾. Pour ce qui concerne les réfugié-es et demandeur-euses de protection internationale, les interventions spécifiques les mieux valorisées consistaient en des séances d'échanges culturels et des sessions d'apprentissage, comme par exemple, de la langue du pays d'accueil ou d'autres compétences culturelles et administratives⁽⁶⁾.

Les interventions qui peuvent engendrer des modifications cognitives, comme les psychothérapies, sont susceptibles d'être efficaces contre la solitude. En revanche, les autres types d'interventions sont susceptibles d'avoir un effet sur l'isolement social objectif, mais moins sur la solitude⁽¹³⁾.

VIII. Quelles leçons tirer de ces résultats à l'échelle régionale et des Bassins ?

On voit qu'il y a d'abord lieu de **distinguer l'isolement social objectif de la solitude**. Cette dernière est un ressenti subjectif qui semble résulter d'un écart entre la perception de l'isolement social et les attentes d'une personne. Les deux phénomènes peuvent survenir ensemble ou séparément. Les deux phénomènes ont leurs propres facteurs de risque et leurs propres conséquences en matière sociale et de santé. Il ressort néanmoins que c'est la solitude qui a le plus d'impact négatif, plutôt que l'isolement social objectif, alors que les interventions existantes semblent plus efficaces pour contrer l'isolement social objectif que pour contrer la solitude. Etant donné la nature de ces deux phénomènes, **il n'existe pas de données de routine directes portant sur l'isolement social et/ou la solitude**.



C'est pour cela que ce sont des problématiques difficiles à détecter directement dans la population générale, et il n'existe pas de système de monitoring de l'isolement social objectif ou subjectif à l'échelle de la Région de Bruxelles-Capitale, et *a fortiori* à des échelles plus locales (Bassins, communes, quartiers). Il reste la possibilité que des études aient été réalisées sur ce sujet au cours d'une période récente en région bruxelloise. Identifier de telles études est une des tâches à réaliser dans le cadre des activités du GT Données.

Par ailleurs, la recherche scientifique s'est spécifiquement intéressée aux problématiques de l'isolement social et de la solitude dans certains groupes de population : les personnes âgées voire très âgées, les personnes ayant des troubles de santé mentale, les personnes ayant des pertes de sens, les réfugié·es et demandeur·euses de protection internationale, et plus récemment, les adolescent·es et jeunes adultes. On manque donc de connaissances plus détaillées sur d'autres groupes possibles.

De manière globale, les estimations de la prévalence de solitude et d'isolement social chez les personnes âgées indiquent que ces problématiques concernent environ un tiers de la population, avec toutefois de grandes variations. Malgré des fourchettes d'estimation plus larges, c'est aussi l'estimation pour ce qui concerne la population des réfugié·es. On a toutes les raisons de croire que cette prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et on peut poser l'hypothèse qu'elle suit probablement un gradient socio-économique : l'isolement social et la solitude sont vraisemblablement plus élevées dans les milieux socio-économiques plus faibles et dans les milieux où le niveau de scolarité est plus faible.

Ainsi, en l'absence de données plus spécifiques, on peut poser l'hypothèse que les phénomènes d'isolement social, d'une part, et de ressenti de solitude, d'autre part, concerneraient **environ un tiers de la population**, avec la possibilité d'une prévalence qui serait plus élevée là où : (1) la population est plus âgée, (2) la situation socio-économique est plus faible, (3) la proportion de réfugié·es ou de demandeur·euses de protection internationale, ou de manière générale, la présence de populations invisibilisées, est plus élevée. Le risque serait aussi plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Cela signifie qu'**en l'absence de données directes, les données socio-démographiques et socio-économiques disponibles aux niveaux des communes, des Bassins, ou des quartiers, sont de nature à nous aider à estimer l'ampleur globale de ces problématiques.**



La littérature scientifique met aussi en évidence divers **facteurs de risque de l'isolement social ou de la solitude**. Les facteurs de risque les mieux documentés concernent le surpoids et, de manière plus générale, des questions d'hygiène alimentaire. On peut aussi citer l'accumulation de pathologies chroniques et les pertes de sens, notamment visuel et auditif. Sur le plan mental, les pathologies les plus associées à l'isolement social et à la solitude sont la dépression et les consommations de substances, notamment de l'alcool. Sur le plan social, des événements de vie spécifiques comme la perte du conjoint/de la conjointe chez les personnes âgées, la rupture des liens familiaux et le stress d'acculturation chez les réfugiés, ou encore le moment de la retraite qui engendre des en même temps des pertes de revenus et de relations sociales liées au travail sont des facteurs de risque importants. Enfin, sur le plan environnemental, le sentiment d'insécurité apparaît comme un facteur de risque d'isolement social. **En l'absence de données directes, des données indirectes portant sur les pathologies et/ou les événements de vie repris ci-dessus doivent être considérés comme des indicateurs de risque d'isolement social et de solitude.**

IX. Quelles implications possibles pour des actions à mener à l'échelle régionale ou à l'échelle des Bassins ?

Étant donné les corrélations établies entre l'isolement social et/ou la solitude avec les maladies cardiovasculaires, les chutes chez les personnes âgées, les pathologies chroniques multiples et les problèmes de tabagisme, de consommation excessive d'alcool et de médicaments, de problèmes nutritionnels et de sédentarité, il serait nécessaire que les professionnel·les qui travaillent sur toutes ces questions se préoccupent de manière plus systématique de détecter et d'accompagner les problèmes d'isolement social et/ou de solitude. En particulier, certains de ces facteurs de risque sont associés entre eux : les problèmes d'alimentation/surpoids, de tabagisme et de consommation excessive d'alcool et de sédentarité forment un ensemble que l'on retrouve souvent associés dans certains modes de vie problématiques en termes d'hygiène de vie et d'hygiène alimentaire. Ce sont des éléments constitutifs du syndrome métabolique, dans lequel sont également associés les problèmes de diabète de type II et d'hypertension artérielle. Ce constat est corroboré par les associations relevées entre isolement social et/ou solitude et les conduites alimentaires⁽³⁾.



Il y a donc ici une matière qui devrait faire l'objet d'une réflexion de la part des professionnel·les du social et de la santé concernés par les populations qui ont ces modes de vie et ces problématiques de santé en vue de **développer des interventions qui permettraient de monitorer les problématiques d'isolement social et/ou de solitude auprès des populations et des personnes qui sont susceptibles de subir ces différentes pathologies reliées**. Cela peut passer par la mise en place d'un système d'information (réseau de sentinelles, détection des problèmes d'isolement social/solitude par les professionnel·les de santé qui accompagnent les personnes ayant les problématiques constituantes du syndrome métabolique ; et/ou détection de problèmes d'hygiène alimentaire auprès des personnes ayant des problèmes d'isolement social/solitude ; mise en place de collaborations plus systématiques entre ces professionnel·les, actions de promotion/prévention ciblées sur ces questions...)

Pour ce qui concerne le **public-cible spécifique des personnes âgées**, les problématiques de l'isolement social et/ou de la solitude devraient systématiquement faire **l'objet d'attention chez les professionnel·les qui s'occupent des démences**. Par ailleurs, pour ce qui concerne les professionnel·les du social, la préoccupation pour l'isolement social/la solitude devrait être présente autour des **personnes qui connaissent des pertes de travail** (perte d'emploi ou retraite) et des **pertes de revenus importantes**. Enfin, **à la sortie de l'hôpital, il faudrait se préoccuper des personnes isolées qui ont 4 à 5 fois plus de chances d'être réhospitalisées**. De même, la prévention contre l'isolement social devrait aussi être un instrument de prévention de l'institutionnalisation, par exemple chez les personnes âgées.

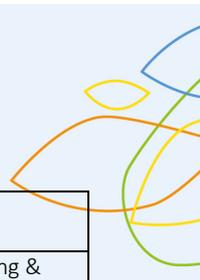
Les données indirectes sur ces facteurs associés et l'implication des professionnel·les travaillant sur cet ensemble de phénomènes dans une forme de détection plus systématique sont autant de ressources qui permettraient d'investiguer les problématiques d'isolement social/de solitude.

Pour terminer, comme cela a été signalé dans les questions et thématiques évoquées, la connaissance autour de la thématique de l'isolement social et de la solitude implique aussi **un examen de l'offre d'accompagnement disponible**. En dehors de la connaissance de l'offre directe en matière d'isolement social et/ou de solitude, **l'examen du recours à cette offre** doit être réalisée. C'est une autre des tâches prévues au niveau du GT Données. Outre les services qui sont orientés spécifiquement sur les questions d'isolement social et/ou de solitude, on peut identifier les prestataires et les services qui mettent en œuvre des interventions entrant dans [les 6 catégories d'interventions identifiées](#). En l'absence de telles interventions, ces activités pourraient être suggérées aux professionnel·les des Bassins là où l'on peut estimer, sur base des caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques de la population, que des problèmes d'isolement social et/ou de solitude sont significatifs.



Annexe : liste des 14 revues de littérature explorées, sujets, nombre d'études incluses et public-cible

	Année de publication	Nom d'auteur	Titre	Sujet et public-cible/sujet	Nombre d'articles inclus	Journal
1 (3)	2012	Nicholson NR.	<i>A Review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults.</i>	Association entre isolement social et santé, personnes âgées	70	Journal of Primary Prevention
2 (2)	2017	Courtin E. & Knapp M.	<i>Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review.</i>	Association entre isolement social ou solitude et santé, interventions existantes, personnes âgées	128	Health & Social Care in the Community
3 (10)	2017	Leigh-Hunt N. et al.	<i>An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness.</i>	Revue de revues, générique	40	Public Health
4 (12)	2018	Gardiner C., Geldenhuys G. & Gott M.	<i>Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review.</i>	Interventions existantes contre l'isolement social et la solitude, personnes âgées	38	Health & Social Care in the Community
5 (13)	2020	Ma R. et al.	<i>The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review.</i>	Interventions existantes contre l'isolement social et la solitude, personnes avec des problèmes de santé mentale	30	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
6 (11)	2020	Mehrabi F. & Béland F.	<i>Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review.</i>	Association entre isolement social, solitude et fragilité, personnes âgées	26	Archives of Gerontology and Geriatrics
7 (7)	2020	Shukla A. et al.	<i>Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review.</i>	Association entre perte auditive et isolement social ou solitude, personnes malentendantes	14	Otolaryngology-Head and Neck Surgery
8 (9)	2021	Christiansen J. et al.	<i>Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults.</i>	Conséquences de l'isolement social et de la solitude sur la santé des adolescents et jeunes adultes	2	Perspectives in Public Health
9 (14)	2022	Brandt L. et al.	<i>The effects of social isolation stress and discrimination on mental health.</i>	Effets neurobiologiques et physiques de l'isolement social, divers groupes à risque (personnes âgées, problèmes de santé mentale, migrants).	127	Translational Psychiatry
10 (5)	2023	Hajek A., Volkmar A., König HH.	<i>Prevalence and correlates of loneliness and social isolation in the oldest old: a systematic review, meta-analysis and meta-regression.</i>	Prévalence de l'isolement social et de la solitude chez les personnes âgées	22	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
11 (15)	2024	Houkpatin H. et al.	<i>Multiple long-term conditions, loneliness and social isolation: A scoping review of recent quantitative studies</i>	Association entre isolement social ou solitude et conditions multiples chez les personnes âgées	17	Archives of Gerontology and Geriatrics
12 (6)	2024	Nguyen TP. et al.	<i>Loneliness and social isolation amongst refugees resettled in high-</i>	Prévalence et facteurs de risque d'isolement social et de solitude	69	Social Science & Medicine



			income countries: A systematic review.	chez les réfugiés et demandeurs de protection internationale		
13 (4)	2025	Hajek A. et al.	Chronic loneliness and chronic social isolation among older adults. A systematic review, meta-analysis and meta-regression.	Prévalence de la solitude chronique chez les personnes âgées	17	Aging & Mental Health
14 (8)	2025	Hajek A. et al.	Prevalence of loneliness and social isolation among individuals with mild cognitive impairment or dementia: systematic review and meta-analysis.	Prévalence de la solitude et de l'isolement social chez les personnes atteintes de démence et problématiques assimilées	10	British Journal of Psychiatry Open

Bibliographie

1. Fried L, Prohaska T, Burholt V, Burns A, Golden J, Hawkey L, et al. A unified approach to loneliness. *The Lancet*. 2020;395(10218):114.
2. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*. 2017;25(3):799-812.
3. Nicholson NR. A Review of Social Isolation: An Important but Underassessed Condition in Older Adults. *The Journal of Primary Prevention*. 2012;33(2):137-52.
4. Hajek A, Sutin AR, Posi G, Stephan Y, Peltzer K, Terracciano A, et al. Chronic loneliness and chronic social isolation among older adults. A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Aging & Mental Health*. 2025;29(2):185-200.
5. Hajek A, Volkmar A, König HH. Prevalence and correlates of loneliness and social isolation in the oldest old: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2023: <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02602-0>
6. Nguyen TP, Al Asaad M, Sena M, Slewa-Younan S. Loneliness and social isolation amongst refugees resettled in high-income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*. 2024;360:117340.
7. Shukla A, Harper M, Pedersen E, Goman A, Suen JJ, Price C, et al. Hearing Loss, Loneliness, and Social Isolation: A Systematic Review. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2020;162(5):622-33.
8. Hajek A, König HH. Prevalence of loneliness and social isolation among individuals with mild cognitive impairment or dementia: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2025;11(2):e44.
9. Christiansen J, Qualter P, Friis K, Pedersen S, Lund R, Andersen C, et al. Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults. *Perspectives in Public Health*. 2021;141(4):226-36.
10. Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*. 2017;152:157-71.
11. Mehrabi F, Béland F. Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2020;90:104119.
12. Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*. 2018;26(2):147-57.
13. Ma R, Mann F, Wang J, Lloyd-Evans B, Terhune J, Al-Shihabi A, et al. The effectiveness of interventions for reducing subjective and objective social isolation among people with mental health problems: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55(7):839-76.
14. Brandt L, Liu S, Heim C, Heinz A. The effects of social isolation stress and discrimination on mental health. *Translational Psychiatry*. 2022;12(1):398.
15. Hounkpatin H, Simpson G, Santer M, Farmer A, Dambha-Miller H. Multiple long-term conditions, loneliness and social isolation: A scoping review of recent quantitative studies. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2024;120:105347.