



Analyse scientifique des critères d'efficience d'une action de lutte contre l'isolement social et la solitude des personnes de 60 ans et plus

Revue critique de la littérature

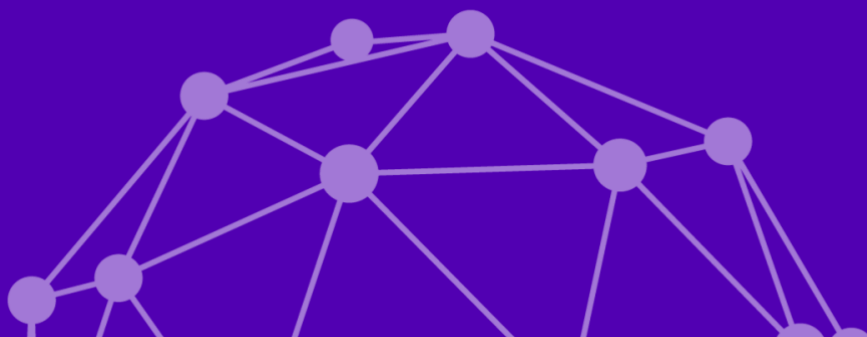




Table des matières

1. Contexte et problématique	3
2. Méthode de construction de la revue de la littérature	5
3. Résultats de la revue de littérature	8
3.1 Format des interventions	8
3.1.1 Lieu d'intervention	8
3.1.2 Durée des interventions	9
3.1.3 Population	9
3.1.4 Etudes préventives vs. « curatives »	10
3.1.5 Description des études qualitatives	10
3.2 Modalité d'évaluation des interventions	11
3.2.1 Mesure de la solitude	12
3.2.2 Mesure de l'isolement social	12
3.3 Résultats des interventions	13
3.3.1 Stratégie, durée et format	13
3.3.1.1 Importance de la stratégie d'intervention (intervention préventive et curative)	13
3.3.1.2 Importance de la durée et de la fréquence des interventions	14
3.3.1.3 Approches groupées et/ou individualisées	15
3.3.2 Contenus des interventions : centrées sur l'individu, sur les liens sociaux, l'engagement, sur les ressources des territoires ou sur des outils numériques	19
3.3.2.1 Interventions centrées sur l'individu	19
3.3.2.2 Interventions centrées sur les liens sociaux, l'engagement et les ressources des territoires	22
3.3.2.3 Outils numériques	27
4. Facteurs de réussite et implications pratiques pour la mise en place des interventions	30
5. Analyse critique des résultats des interventions	34
6. Descriptions des articles sélectionnés pour la revue de littérature	37
6.1 Description des ECR	37
6.2 Description articles qualitatifs	76
7. Références	86

1. Contexte et problématique

Ce travail est réalisé dans le cadre du projet intitulé « Accompagner le développement d'une politique territorialisée de prévention de la perte d'autonomie » et porte sur l'axe 4 : Veille scientifique et vulgarisation dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie.

En France, les enjeux d'isolement et de solitude des personnes âgées ont été identifiés dès le rapport Laroque de 1962, sans toutefois s'imposer pleinement dans le débat public. C'est la canicule de l'été 2003 qui a véritablement révélé l'ampleur de la vulnérabilité des personnes âgées face à l'isolement social, transformant ce constat en préoccupation nationale. La crise sanitaire liée à la COVID-19 et les confinements de 2020 ont ensuite donné à ces enjeux une visibilité sans précédent, en montrant à grande échelle les effets délétères de la rupture des liens sociaux. Les politiques françaises relatives à l'isolement et à la solitude s'inscrivent désormais dans une démarche en voie de structuration, visant à améliorer l'autonomie et la qualité de vie des populations vieillissantes.

Le rapport de l'OMS (2025), définit « **le lien social** comme se rapportant à la manière dont les personnes entrent en relation et interagissent les unes avec les autres », alors que **l'isolement social** traduit « un manque objectif de rôles, de relations ou d'interactions avec les autres ». Selon le Conseil Économique Social et Environnemental (CESE), **l'isolement social** correspond à « la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou dans leur qualité, est en situation de souffrance et de danger ». L'isolement se caractérise donc par un réseau social restreint (en taille et/ou en densité), une appartenance à un groupe et des interactions sociales peu fréquentes, indépendamment de la façon dont un individu perçoit subjectivement sa vie sociale. Dans la littérature, cette notion est proche et souvent confondue avec celle de « solitude », qui est plus fréquemment utilisée. C'est pourquoi nous avons choisi de présenter conjointement ces deux concepts dans notre revue de littérature. Selon l'OMS, la **solitude** est « une expérience subjective qui fait référence à un « état émotionnel » négatif résultant d'un écart entre l'expérience souhaitée et l'expérience réelle des liens sociaux, qui est influencée par les attentes sociales ». La distinction entre isolement et solitude repose sur l'opposition entre une dimension objectivable et une dimension subjective. L'isolement social renvoie à une situation mesurable,

caractérisée par un déficit de contacts, un réseau social réduit. À l'inverse, la solitude désigne un vécu intérieur, un ressenti subjectif de manque ou de rupture relationnelle. Ainsi, une personne peut ne pas être isolée sur le plan social, parce qu'elle dispose d'un réseau dense ou de contacts fréquents, tout en éprouvant un profond sentiment de solitude. À l'inverse, une personne socialement isolée ne ressent pas nécessairement de solitude. Compte tenu de l'hétérogénéité des définitions proposées dans ce travail, nous nous appuyerons sur les définitions proposées par l'OMS.

D'après l'OMS, 11,8% des personnes âgées sont touchées par la solitude. En France, l'association des Petits Frères des Pauvres a réalisé un baromètre en 2025, dans lequel elle estime que 2 millions de Français de 60 ans et plus sont isolés des cercles familiaux et amicaux et que 2,5 millions se sentent seuls tous les jours ou presque (Baromètre solitude et isolement des personnes âgées en France en 2025 ; Petits Frères des Pauvres). D'après ce rapport, la France est passée de 300 000 personnes âgées considérées en mort sociale (situation d'isolement extrême), en 2017 à 750 000 personnes en 2025, soit une augmentation de 150% en 8 ans. D'après l'INSEE, en 2022, 34 % des personnes de 65 ans et plus ressentent un sentiment de solitude (*enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2022.*).

La littérature scientifique s'accorde également à dire que la solitude est désormais reconnue comme un problème majeur de santé publique, dont les conséquences sur la santé sont comparables à celles associées au tabagisme, à la consommation excessive d'alcool, à l'inactivité physique et à l'obésité. La littérature a mis en évidence que le sentiment de solitude a des effets délétères avérés en termes de mortalité (Holt-Lunstad et al., 2010; Rubin, 2017; Sherman et al., 2024) et de morbidité, notamment cérébro-cardiovasculaire (Grant et al., 2009; Valtorta et al., 2016), cognitive (Penninkilampi et al., 2018) et mentale (Beutel et al., 2017). De plus, l'OMS souligne que l'isolement social et la solitude contribuent grandement à la dégradation du bien-être et de la qualité de vie des personnes concernées (*Report of the WHO Commission on Social Connection*, s. d.).

Compte tenu de la part importante, et en augmentation, des personnes confrontées à l'isolement social, à la solitude et à leurs effets délétères, il apparaît essentiel de mettre en place une veille scientifique rigoureuse afin d'identifier les actions pertinentes pour prévenir et/ou réduire ces situations chez les personnes de 60 ans et plus vivant à domicile.

Ainsi, la revue de littérature vise à étudier l'efficacité des interventions visant à lutter contre l'isolement social et/ou la solitude. Cela peut concerner la situation où la personne est déjà en isolement ou bien en amont pour éviter son apparition. Dans le premier cas, le repérage des personnes souffrant d'isolement social, de solitude, ou présentant un risque accru est essentiel. Il peut reposer sur un ensemble d'indices, parfois discrets, qui témoignent d'une fragilisation progressive du lien social. Ces signaux ne constituent pas, pris isolément, une preuve d'isolement, mais leur accumulation peut attirer l'attention de la communauté, quelle qu'elle soit : isolement géographique, logement négligé, volets fermés en journée, vivre seul, mobilité contrainte, etc. (*Comment repérer l'isolement d'une personne âgée ?*, 2025 ; *Report of the WHO Commission on Social Connection*, s. d.). Au-delà de ces signaux faibles, le repérage peut également s'appuyer, voire s'anticiper, à l'occasion de certaines transitions biographiques majeures et bien identifiées, telles que le passage à la retraite ou le veuvage. Ces moments, qui peuvent constituer des situations de rupture, sont à considérer comme des opportunités pour déclencher des actions préventives afin de limiter le risque d'isolement.

L'objectif de cette revue est de proposer un cadre de référence afin d'encadrer les interventions à conduire en priorité pour lutter efficacement contre l'isolement social et la solitude

2. Méthode de construction de la revue de la littérature

Cette revue de littérature a été effectuée dans les bases de données : PubMed, ScienceDirect et Sage. L'équation de recherche retenue était :

- ["**social isolation**" OR "**loneliness**"]
- AND ["**prevention**" OR "**intervention**"]
- AND ["**aging**" OR "**older adults**" OR "**seniors**" OR "**elderly**"]
- AND "**community-dwelling**"
- AND "**Randomized Controlled Trial**"
- AND ["**effectiveness**" OR "**efficacy**" OR "**efficiency**" OR "**impact**" OR "**evidence**"].

Les critères de sélection étaient les suivants :

- les articles en anglais,
- publiés après 2000,

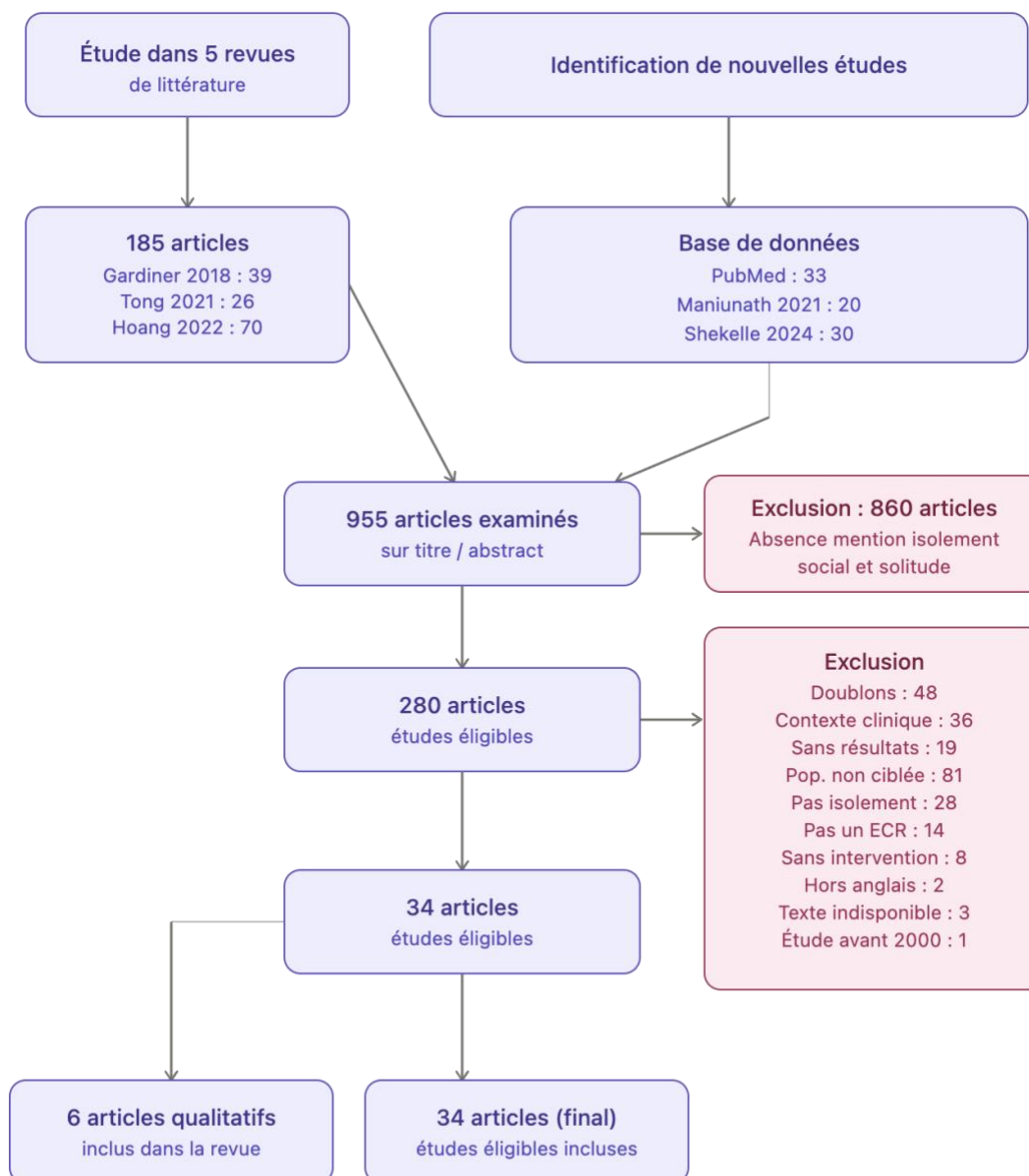
- ciblant une population âgée de 60 ans et plus,
- vivant à domicile.

Les articles présentent un ECR (Essai Contrôlé Randomisé) avec mesure de l'effet de l'intervention sur l'isolement social et/ou la solitude.

Les articles se focalisant sur des populations très ciblées (aidants, vétérans) et des contextes cliniques trop spécifiques (troubles cognitifs, maladies chroniques...) n'ont pas été retenus.

Comme présenté schématiquement Figure 1, vingt-deux articles de 5 revues de littérature antérieures (Gardiner et al., 2018 ; Manjunath et al., 2021 ; Tong et al., 2021 ; Hoang et al., 2022 ; Shekelle et al., 2024) ont été inclus et sélectionnés sur les mêmes critères. Douze nouveaux articles ont été également inclus à partir des 3 bases de données. Ainsi, 34 articles ont été inclus dans cette revue : **Vingt-trois articles avec un effet positif significatif et onze articles sans effet significatif ont été pris en compte.** Les articles inclus dans la revue sont décrits dans la suite de ce document.

Figure 1. Représentation du processus de sélection des articles de la revue de la littérature



Six études qualitatives ont également été intégrées à cette revue de la littérature. Leur inclusion répond aux mêmes critères de sélection que ceux appliqués aux autres études, hormis la présence d'un ECR. Le choix de les inclure dans l'analyse a été justifié par leur approche méthodologique qui permet d'éclairer et de nuancer certaines données quantitatives. Ces travaux visent avant tout à approfondir la compréhension des mécanismes sous-jacents aux interventions

étudiées, notamment en explorant les perceptions, les expériences vécues et les significations attribuées par les participants.

3. Résultats de la revue de littérature

3.1 Format des interventions

3.1.1 Lieu d'intervention

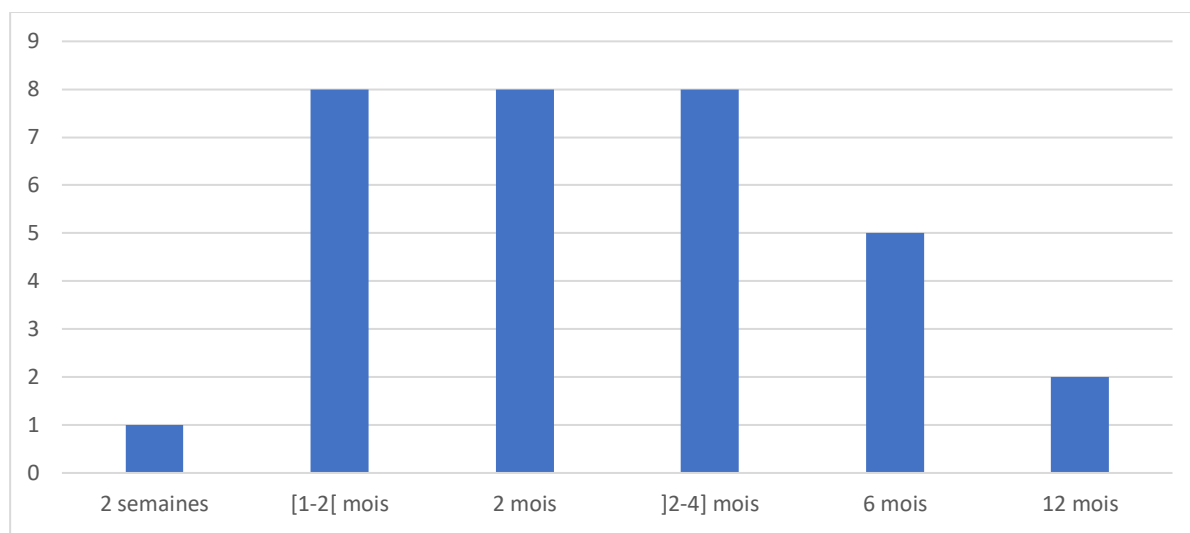
Toutes les interventions se situent à l'international. Au total, 16 pays différents sont représentés, avec une prédominance des États-Unis avec 7 études, suivis de la Chine (4 études), de la Finlande et des Pays-Bas (3 études chacun), comme représenté Figure 2. L'Italie, l'Espagne, le Japon, l'Israël et le Royaume-Uni sont représentés avec 2 études. Le Canada, la Corée du Sud, le Danemark, l'Iran, Singapour, la Suède et Taïwan sont également représentés avec 1 étude chacun. Ainsi, il est nécessaire de prendre en considération que certaines différences observées peuvent être liées au contexte spécifique de chaque pays. Pour le contexte français, cette diversité de pays permet d'ouvrir une réflexion sur les leviers mobilisables localement, en tenant compte des attentes et besoins des personnes âgées, des ressources territoriales et des orientations des politiques publiques nationales.

Figure 2. Répartition par pays (en nombre d'études) des interventions retenues dans notre étude



3.1.2 Durée des interventions

La quasi-totalité des interventions (97%) recensées s'étendent sur une durée d'un mois ou plus, à l'exception d'Alaviani et al. (2015) qui s'est déroulée sur deux semaines. Parmi elles, huit ont duré entre un et deux mois, huit interventions ont duré deux mois, cinq se sont prolongées sur six mois, et deux ont été menées sur une période d'un an. La durée moyenne des interventions est de 12,3 semaines, soit environ 3 mois. 2 études ne précisent pas la durée de l'intervention.



3.1.3 Population

Les interventions ciblaient pour la plupart des personnes âgées de 60 ans et plus (75,3 ans d'âge moyen sur 18 articles présentant ces informations) avec des populations considérées comme étant touchées par l'isolement social ou la solitude selon les différentes définitions suivantes :

- Souffrant de solitude (Ae-Ri et al., 2023 ; Alaviani et al., 2015 ; Cohen-Mansfield et al., 2018 ; Rodriguez-Romero et al., 2021 ; Routasalo et al., 2009 ; Shapira et al., 2021) ;
- En situation d'isolement social (Hernandez-Ascanio et al., 2023) ;
- Présentant des symptômes de solitude ou considéré comme vulnérable à celle-ci (Larsson et al., 2016 ; Pynnonen et al., 2018) ;
- Identifiées comme solitaires (Jiang et al., 2025) ;
- Avec risque d'isolement (Chan et al., 2017 ; Czaja et al., 2018) ;
- Ou vivant seules (Kramer et al., 2022 ; Ristolainen et al., 2020).

D'autres études ciblent des publics plus spécifiques, comme Lai et al. (2020) qui s'intéressent aux immigrants chinois, et l'article de Parry et al. (2016) qui porte sur les personnes qui ont peur de chuter.

L'étude de Moieni et al. (2021) et celle d'Alaviani et al. (2015) ciblaient uniquement les femmes. Les femmes sont majoritaires dans la plupart des études. En effet, 22 études ont une population de plus de 60% de femmes, allant jusqu'à 87,3% de femmes (Rodriguez-Romero et al., 2021). Seulement 3 études ont entre 50% et 60% de femmes (Larsen et al., 2021 ; Kramer et al., 2022 ; Rolandi et al., 2020), aucune ne présente une parité ou une majorité d'hommes. Pour 7 études, la proportion d'hommes et de femmes n'était pas indiquée. Cette part de femme plus élevée s'explique par une espérance de vie plus élevée, qui les rend statistiquement plus nombreuses parmi la population âgée. D'après l'INSEE, en France, en 2018, l'espérance de vie pour les femmes est de 85,3ans et de 79,4 ans pour les hommes.

3.1.4 Etudes préventives vs. « curatives »

Dans cette revue de littérature, 11 interventions relevaient d'une approche curative, tandis que 8 s'inscrivaient dans une logique préventive. La logique préventive décrite ici, est une prévention primaire pour limiter l'apparition de l'isolement social ou de la solitude. La répartition des interventions entre logique préventive et curative est intéressante car elle permet d'appréhender la pluralité des stratégies mobilisées dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées. Elle témoigne d'une reconnaissance de la nécessité d'agir à la fois en amont, pour limiter l'apparition de l'isolement, et en aval, pour répondre aux situations déjà constatées, enrichissant en conséquence la compréhension globale du phénomène. Toutefois, cette distinction n'est pas toujours évidente à caractériser. Certaines visaient à réduire la solitude sans cibler explicitement des participants se déclarant isolés, rendant la catégorisation plus complexe. De plus, certaines études ne visant pas la solitude comme critère principal ne pouvaient donc pas être classées dans ces deux termes.

3.1.5 Description des études qualitatives

Les interventions décrites dans les six études qualitatives se répartissent en trois grands types : deux centrées sur des activités artistiques (cours

d'art et chant), deux sur des outils numériques (application, téléphone) et deux sur des espaces de partage et de socialisation (clubs et projets communautaires).

Plus spécifiquement, les travaux de Hemingway et al. (2013) et de Cant et Taket (2005) explorent la manière dont les clubs de l'amitié ou réseaux communautaires favorisent un sentiment d'appartenance et de soutien social chez les personnes âgées. Les études de Ballantyne et al. (2010) et Cattán et al. (2011) se concentrent sur l'usage d'outils numériques, tels que le téléphone, et la formation à l'ordinateur et Internet. Enfin, Matto et al. (2021) et Skingley et al. (2016) mettent en avant le rôle des activités artistiques dans la promotion du bien-être, de la confiance en soi et de la cohésion sociale.

Sur le plan méthodologique, ces études qualitatives s'appuient principalement sur des entretiens semi-directifs, des groupes de discussion et des analyses thématiques des discours recueillis. Les tailles de ces groupes varient de 4 à 8 participants (Ballantyne et al., 2010 ; Cant et al., 2005) à de plus larges impliquant jusqu'à 82 participants (Hemingway et al., 2013). Les populations étudiées regroupent des personnes âgées parfois socialement isolées (Cattán et al., 2011).

3.2 Modalité d'évaluation des interventions

Les modalités d'évaluation des interventions varient selon les études, notamment en ce qui concerne la méthode de mesure de la solitude et/ou de l'isolement social (échelles, scores). Nous avons recensé 19 études dans lesquelles la solitude et/ou l'isolement social constituaient un critère principal d'évaluation, ainsi que 11 études où ces dimensions étaient considérées comme des critères secondaires. Les études utilisent une ou plusieurs modalités d'évaluation pour mesurer l'isolement social ou la solitude. Une majorité des études (32 sur 34) mesurent la solitude, dont 24 uniquement ce critère. L'isolement social est étudié dans 6 études, dont 5 mesurent également le sentiment de solitude.

3.2.1 Mesure de la solitude

La majorité des études qui mesurent la solitude utilisent **l'échelle de l'UCLA** (University of California, Los Angeles Loneliness Scale). Cela représente 19 études sur 24. Cette échelle évalue la fréquence des sentiments de solitude, d'isolement et d'insatisfaction relationnelle à travers 20 items, généralement cotés sur une échelle de Likert. Sa version révisée abrégée est fréquente dans la revue de littérature, en utilisant des versions validées à 6 ou 8 items au lieu des 20 (Ae-Ri et al., 2023 ; Ristolainen et al., 2020 et Alaviani et al., 2015).

Certaines études utilisent l'échelle de **De Jong Gierveld**. Cela représente 10 études sur 24. Cet outil distingue solitude émotionnelle (absence de « relations intimes ») et solitude sociale (manque de réseau élargi).

D'autres mesures sont utilisées, telles que l'échelle NIH Toolbox (Johnson et al., 2020), et une étude utilise une seule question directe telle que « Vous sentez-vous seul(e) ? » pour évaluer la solitude (Pynnonen et al., 2018).

3.2.2 Mesure de l'isolement social

L'isolement social est évalué à l'aide de la **Lubben Social Network Scale** (LSNS), utilisée dans 6 études, c'est-à-dire la totalité des études ayant pris en compte ce critère. La version abrégée LSNS-6 évalue la taille, la fréquence et la proximité des contacts sociaux (familiaux et amicaux), tandis que la version complète mesure plus en détail le réseau social par exemple les contacts avec les voisins.

D'autres outils sont utilisés dans cette revue de littérature, présents une seule fois :

- Le Social Connectedness Scale (SCS), qui évalue le sentiment de lien et d'appartenance sociale (Ho et al., 2021).
- Le DUFSS (Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire), employé pour mesurer le soutien social perçu (Hernandez-Ascanio et al., 2023).
- La Friendship Scale, centrée sur la qualité des relations amicales (Czaja et al., 2018).
- L'échelle AOK explore le sentiment d'appartenance communautaire (Saito et al., 2012).

Enfin, des mesures plus spécifiques ont été relevées : le Keele Assessment of Participation, qui évalue les obstacles à la participation sociale (Lai et al., 2020) et l'Intergenerational Relationship Scale, qui mesure la qualité des relations intergénérationnelles (Wu et al., 2023).

La diversité des échelles utilisées amène une limite méthodologique en rendant difficile la comparaison directe des résultats entre les études puisque chaque échelle mesure des dimensions différentes de la solitude ou de l'isolement social.

3.3 Résultats des interventions

3.3.1 Stratégie, durée et format

3.3.1.1 Importance de la stratégie d'intervention (intervention préventive et curative)

Les interventions préventives et curatives ciblent des populations différentes et produisent des résultats spécifiques selon le profil des participants. Les interventions préventives visent à éviter l'émergence ou l'aggravation de l'isolement. Les interventions curatives sont conçues pour réduire la solitude et/ou l'isolement social déjà installés.

Plusieurs études émettent l'hypothèse que le manque de résultats significatifs de leur étude pourrait être expliqué par une inéquation entre l'action et la population incluse. Par exemple Hernandez-Ascanio et al. (2023) ont mis en œuvre une intervention multi-composante combinant activités de groupe, ateliers de compétences sociales et accompagnement individuel. Bien que les résultats n'aient pas montré d'effet significatif ($p=0,35$) sur la solitude, les auteurs suggèrent que cela pourrait s'expliquer par le niveau d'isolement au départ très élevé (situations potentiellement plus difficilement réversibles à court terme) des participants, rendant les changements plus difficiles à observer à court terme. A l'inverse, Slegers et al. (2009) ont également suggéré que leur population de base n'était pas adaptée (en trop bonne santé) pour avoir des résultats significatifs.

3.3.1.2 Importance de la durée et de la fréquence des interventions

Plusieurs études semblent montrer que les interventions à long terme, contrairement aux programmes de courte durée, offrent un cadre temporel propice à la création et au renforcement des liens sociaux.

Cette **dimension temporelle** s'illustre notamment dans l'étude de Chan et al. (2017), où la diminution du sentiment de solitude chez les participants à un programme de tai-chi qi gong n'a été observée qu'après six mois, bien que l'intervention en binôme n'ait duré que trois mois. Les auteurs expliquent ce décalage par la poursuite autonome de la pratique par les participants après la fin du programme, soulignant ainsi l'importance d'une intervention sur le long terme afin de créer des dynamiques durables plutôt que de se limiter à des actions ponctuelles. À l'inverse, certains auteurs, comme Wang (2010), Bickmore et al. (2005) ou Cohen-Mansfield et al. (2018), ont estimé que la brièveté de leur intervention constituait une limite à l'obtention d'effets significatifs ; leurs interventions ont duré respectivement 4 et 8 semaines et 6 mois. Seule celle de Cohen-Mansfield et al., d'une durée de 6 mois, a obtenu une réduction du sentiment de solitude significative ($p < 0,05$). Pour autant, les auteurs recommandent une durée plus longue d'après les retours de participants qui leur indiquaient qu'ils commençaient tout juste à tisser des liens.

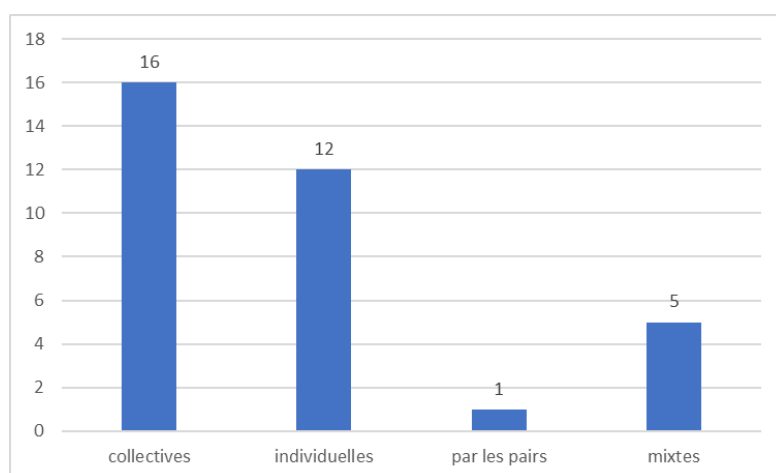
Toutefois, plusieurs études rappellent que la durée seule ne garantit pas l'efficacité d'une intervention : la **fréquence et la régularité** des séances jouent également un rôle important. Les rythmes varient fortement d'une intervention à l'autre, allant d'une séance mensuelle (Ristolainen et al., 2020) à trois séances hebdomadaires (Ehlers et al., 2017). Nicholson et al. (2013) ont par exemple montré qu'une intervention de quatre mois, mais à un rythme soutenu, produisait des effets significatifs (p-value de 0,002) tandis que celle de Van Rossum et al. (1993), citée par ces auteurs, n'avait donné aucun résultat significatif. Dans cette dernière, la durée totale était pourtant plus longue (trois ans), mais les séances beaucoup plus espacées (quatre au total contre huit). Cette régularité accrue a permis, dans l'étude de Nicholson et al. (2013), d'installer des habitudes sociales plus solides et de renforcer les liens entre participants.

En somme, pour être réellement efficaces, les interventions, notamment celles menées en groupe, devraient s'inscrire dans la durée, proposer

une régularité suffisante et encourager la poursuite des activités au-delà du cadre formel du programme. Ces caractéristiques semblent essentielles pour pérenniser les liens sociaux, favoriser l'autonomie et renforcer durablement le bien-être des personnes âgées.

3.3.1.3 Approches groupées et/ou individualisées

Parmi les 34 articles recensés, 16 portaient sur des interventions de groupe, 12 sur des interventions individuelles, 1 sur un accompagnement par les pairs, et 5 études proposaient une approche mixte combinant un accompagnement en groupe et un accompagnement individuel.



Accompagnement en groupe autour d'une activité

Parmi les 16 interventions collectives, 8 reposaient sur des activités physiques et/ou artistiques.

Le caractère collectif offre un lieu d'échange et de partage, propice à la création de liens sociaux. Ces activités, qu'elles soient artistiques, physiques ou culturelles, permettent de rompre l'isolement en favorisant des interactions.

Johnson et al. (2020) ont évalué la participation à une chorale communautaire pendant six mois. Les résultats de cette étude montrent une réduction significative de la solitude ($p=0,02$) des participants.

Ehlers et al. (2017) ont étudié différentes formes d'activités physiques collectives, telles que la danse, la marche, ou des exercices de renforcement, étirement et stabilité, menés en groupe. Les résultats

indiquent que la participation à ces activités a diminué significativement le sentiment de solitude ($p < 0,05$).

Les travaux de Matto et al. (2021) portant sur des interventions de danse et de musique mettent également en avant l'importance du cadre et de la dynamique de groupe dans la création de lien social. Grâce à une approche qualitative, les auteurs soulignent que les participants identifient eux-mêmes la nécessité de disposer de lieux favorisant les rencontres et les échanges. Ces résultats rejoignent ceux de Skingley et al. (2016), qui ont montré que les programmes de chant étaient une possibilité de rencontrer de nouvelles personnes, de se faire de nouveaux amis et aussi de partager des expériences de vie (notamment autour du deuil ou du sentiment de vide induit par la fin de leur vie professionnelle).

En revanche, certaines interventions n'ont pas démontré d'efficacité notable.

L'étude de Baez et al. (2017), qui proposait un programme d'exercice physique à distance via une application numérique, n'a pas montré d'effet significatif sur la solitude ($p = 0,56$). Ce résultat pourrait s'expliquer par l'absence d'interactions sociales directes, soulignant l'importance du contact humain et du présentiel.

De même, Wang et al. (2010) ont évalué l'effet d'une intervention de yoga en groupe (intervention), en la comparant à un groupe qui bénéficiait de séances de films collectives (contrôle) dans le même immeuble. Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes ($p = 0,8$) ni avant et après l'intervention ($p = 0,29$), une amélioration a cependant été observée pour le groupe contrôle ($p = 0,025$). Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, compte tenu du faible nombre de participants (8 et 10 participants par groupe), et du lieu commun suspecté d'avoir influencé les résultats par les auteurs.

Enfin, Chan et al. (2017) ont évalué un programme de tai-chi qi gong de groupe. Ce programme, animé par des volontaires du quartier, consistait en 2 séances hebdomadaires pendant 3 mois. Les résultats n'ont montré une diminution significative de la solitude qu'après 6 mois, soit 3 mois après la fin du programme. Les auteurs interprètent ce délai comme la preuve qu'il faut du temps pour tisser des liens durables.

Les activités collectives constituent des dispositifs de (re)construction du lien social. Elles peuvent être analysées comme des espaces d'apprentissage, qui permettent aux individus de réactiver leur appartenance à un collectif et de retrouver une visibilité sociale. Toutefois, la durabilité des effets semble dépendre de la continuité des

programmes et de la possibilité d'entretenir les relations au-delà du cadre formel de l'activité. Sans cette continuité, le risque est de produire des interactions éphémères, sans réelle transformation. Cela souligne l'importance de penser ces activités non comme des événements ponctuels, mais comme des espaces sociaux pérennes, intégrés à la vie quotidienne des personnes âgées.

Accompagnement personnalisé et individuel

L'accompagnement personnalisé et individuel vise à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées en leur offrant un soutien sur mesure, adapté à leur situation, leurs capacités et leurs préférences. Cet accompagnement peut prendre plusieurs formes.

Par exemple, Nicholson et al. (2013) proposaient des visites régulières d'étudiants en soins infirmiers pour développer leur relation avec la personne âgée. Les étudiants effectuaient des évaluations physiques et psychosociales afin d'élaborer des plans de soins individualisés en fonction des besoins spécifiques des bénéficiaires souvent portés sur l'isolement social. Jiang et al. (2019) étudiaient des appels téléphoniques réguliers. Cohen-Mansfield et al. (2018) ont étudié le programme I-SOCIAL qui propose un soutien personnalisé pour résoudre les obstacles psychosociaux à la participation sociale. Les appels téléphoniques réguliers peuvent être un accompagnement individuel comme dans l'étude de Jiang et al. (2019) (détaillé dans la partie B.3. Outils numériques).

Dans les interventions de Mountain et al. (2017) et de Larsen et al. (2021), l'intervention individuelle sert de guide vers des activités. Un accompagnement personnalisé s'adapte à l'individu et peut se combiner avec des interventions de groupe.

Dans l'étude de Larsen et al. (2021), l'effet d'un entretien motivationnel a été évalué. Les participants des deux groupes portaient un tracker d'activité avec fixation d'objectifs automatique. Cependant, le groupe expérimental bénéficiait de sept appels téléphoniques offrant un accompagnement personnalisé et donnant des conseils personnalisés sur leur comportement de santé. Les auteurs montrent que ces entretiens individuels réguliers contribuent à réduire significativement le sentiment de solitude ($p=0,04$).

Accompagnement mixte

Quatre interventions de cette revue combinent un accompagnement individuel et collectif, cherchant à tirer parti des avantages complémentaires de ces deux approches. Ces dispositifs visent à offrir un suivi personnalisé tout en favorisant les interactions sociales et l'appartenance à un groupe.

L'étude de Mountain et al. (2017), à travers le programme Lifestyle Matters, illustre cette combinaison. Les participants bénéficiaient d'un accompagnement individuel pendant 6 mois afin d'identifier leurs besoins, leurs ressources et leurs objectifs personnels, avant de rejoindre des séances collectives centrées sur le développement d'un mode de vie actif et socialement engagé. Lors des séances collectives, un thème était choisi et les participants étaient amenés à explorer ce thème par le biais de discussions, d'activités et d'actions communautaires. Cela les poussait à identifier leurs forces et compétences ainsi qu'à pratiquer de manière autonome les nouvelles activités ou celles négligées. L'objectif principal de l'étude portait sur le bien-être mental, et le sentiment de solitude était évalué en critère secondaire. Bien que les résultats relatifs au bien-être ne soient pas significatifs ($p=0,2$), probablement en raison d'une population en bonne santé mentale, une diminution du sentiment de solitude a été observée après 24 mois ($p=0,03$). Ces résultats suggèrent que, même si l'intervention n'a pas eu d'effet marqué sur le bien-être global, elle a contribué à réduire le sentiment de solitude, indiquant un potentiel d'efficacité dans une approche à plus long terme.

Larsson et al. (2016) proposent une intervention mixte combinant un accompagnement individuel et des séances de groupe, centrée sur l'utilisation d'internet et des outils numériques par les personnes âgées. L'intervention débutait par un apprentissage individualisé permettant à chaque participant d'acquérir les compétences de base nécessaires à l'usage des technologies, suivi de sessions collectives favorisant les échanges d'expériences, l'entraide et la consolidation des apprentissages. Les sessions individuelles étaient en distanciel ou en présentiel et la fréquence d'une fois par semaine adaptée en fonction du participant. Les auteurs ont montré l'effet de l'intervention sur la réduction du sentiment de solitude ($p<0,001$).

Rolandi et al. (2020) ont privilégié une approche inverse, en commençant par une formation collective sur l'usage des réseaux sociaux, suivie d'un accompagnement individuel pour répondre aux difficultés spécifiques. Cette approche inversée a montré une réduction de l'isolement social par une augmentation du réseau social ($p=0,006$) surtout familiale ($p=0,005$).

Dans l'intervention de Cohen-Mansfield et al. (2018), le programme I-SOCIAL associait un accompagnement individuel axé sur l'identification et la résolution des obstacles psychosociaux à la participation sociale, avec des activités de groupe visant à créer ou renforcer les liens interpersonnels. Les effets de l'intervention sur le sentiment de solitude sont significatifs ($p < 0,05$).

Ainsi, un **accompagnement individuel** peut servir de phase d'amorçage et être mis en place de manière complémentaire à un **accompagnement en groupe** ; celui-ci sert de guide et de support à l'individu pour l'accompagner dans l'activité de groupe. Cet ajustement individualisé permet de lever les freins personnels (manque de confiance, appréhension sociale, etc.) qui pourraient empêcher la participation. En combinant soutien individuel et dynamique collective, on favorise ainsi la potentialité d'une participation effective et durable aux activités sociales.

3.3.2 Contenus des interventions : centrées sur l'individu, sur les liens sociaux, l'engagement, sur les ressources des territoires ou sur des outils numériques

3.3.2.1 Interventions centrées sur l'individu

Programmes de soulagement psychologique

Les programmes de soulagement psychologique ont pour objectif de favoriser l'émergence d'émotions positives, comme les sentiments de bien-être et de bonheur. Ces programmes peuvent prendre plusieurs formes : méditation, hortithérapie, thérapie par la reminiscence, musique, thérapie par le rire... (Ae-Ri et al. 2023). Plusieurs études incluses dans cette veille scientifique s'inscrivent dans cette approche. Johnson et al. (2020) ont évalué les effets d'une chorale communautaire, démontrant une réduction de la solitude ($p = 0,02$).

De même, Ae-Ri et al. (2023) ont appuyé un programme d'hortithérapie par une technologie de l'information et de la communication (TIC), grâce à des modules interactifs et des activités en ligne. Les participants ressentaient une réduction de leur solitude ($p < 0,001$).

De plus, Hanaoka et al. (2025) ont utilisé la thérapie par réminiscence avec la stimulation olfactive, dans le but d'aider les personnes âgées à raviver leurs souvenirs et à atténuer leur sentiment de solitude. L'étude comprenait deux groupes : le groupe contrôle, invité à partager des souvenirs en lien avec des thématiques prédéfinies, et le groupe d'intervention, exposé à différentes odeurs évocatrices destinées à susciter des souvenirs personnels. Chaque participant a pris part à sept séances hebdomadaires d'une durée de quarante minutes. Les résultats du groupe d'intervention ont montré une diminution significative de la solitude ($p < 0,001$). L'association entre stimulation sensorielle et travail mnésique pourrait favoriser la diminution du sentiment de solitude.

Ainsi, ces interventions suggèrent que les activités visant à **favoriser un sentiment de bien-être et de confort** peuvent contribuer à une réduction du sentiment de solitude. Toutefois, certaines activités comme la méditation ou la thérapie par le rire n'ont pas été évaluées dans cette revue. Bien que les résultats disponibles laissent penser qu'elles pourraient participer à la diminution de la solitude ; il serait pertinent de mener ou d'identifier les études évaluant spécifiquement l'efficacité de ces pratiques sur la réduction du sentiment de solitude. L'OMS dans son rapport « *From loneliness to social connection* » (2025) recommande les interventions psychologiques qui font références aux programmes de soulagement psychologique décrit dans cette partie et les interventions de psychoéducation.

Compétences sociales et émotionnelles

Les compétences sociales et émotionnelles comme la régulation émotionnelle, la communication interpersonnelle et la confiance en soi visent à redonner aux participants un sentiment d'utilité, de contrôle et d'appartenance. Nous pouvons recenser 4 études dans notre revue qui s'ancrent dans une optique de développement de ces compétences sociales et émotionnelles.

Chow et al. (2019) ont proposé une intervention de groupe fondée sur le modèle du Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI), destinée à accompagner les personnes âgées dans leur travail du deuil dans le cadre du veuvage, ou plus généralement sur l'évolution et le traitement de tous les aspects de l'expérience de la perte. Les résultats ont montré une diminution significative de la solitude ($p < 0,05$).

Jiang et al. (2025) ont comparé deux approches psychothérapeutiques : la thérapie narrative d'amélioration de la sagesse et une intervention axée sur l'empathie. La thérapie sur la sagesse visait à améliorer la

régulation émotionnelle, l'empathie et l'introspection. Les résultats ont montré une différence entre les deux groupes sur la réduction de la solitude, étant plus marquée pour le groupe centré sur la sagesse ($p=0,03$), suggérant que les compétences émotionnelles comme la régulation émotionnelle, l'empathie et l'introspection ont un effet sur le sentiment de solitude.

De même, Cohen-Mansfield et al. (2018) ont évalué le programme I-SOCIAL, conçu pour lever les obstacles psychosociaux freinant la participation sociale des personnes âgées, notamment le manque d'auto-efficacité, c'est-à-dire la faible croyance en sa capacité à établir ou maintenir des relations sociales. L'intervention visait à identifier, pour chaque participant, les obstacles spécifiques à ses interactions sociales, puis à proposer un accompagnement personnalisé pour les surmonter. Le programme comprenait jusqu'à dix entretiens individuels, centrés sur la reconnaissance des freins personnels, l'exploration de nouvelles possibilités de contacts sociaux et la mobilisation des ressources locales. À cela pouvait s'ajouter jusqu'à sept séances de groupe, offrant un espace pour mettre en pratique les compétences sociales développées. Les participants avaient la liberté de choisir entre un suivi individuel, collectif ou une combinaison des deux formats. Les résultats montrent que la solitude des participants a diminué ($p<0,05$).

Enfin, Alaviani et al. (2015) ont mis en œuvre un programme multi stratégique fondé sur le modèle de promotion de la santé de Pender, visant à développer les compétences sociales chez les femmes âgées, permettant une meilleure gestion du sentiment de solitude. L'intervention était composée de 4 séances (2 par semaine) de 60 minutes. Lors de la première séance, les auteurs présentaient la définition, les causes, les symptômes et les conséquences de la solitude. La seconde avait pour objectif d'apporter des moyens pour améliorer les relations sociales, une présentation a eu lieu puis les participants ont été invités à mettre en pratique ces moyens jusqu'à la séance prochaine. Les séances 3 et 4 ont permis d'évaluer leurs progrès et, si certains obstacles étaient identifiés, un ajustement a été apporté. À la fin de la quatrième séance, les participants se sont rendus dans une maison de retraite afin d'améliorer leurs interactions sociales. Les participantes ont montré une amélioration significative de leurs compétences sociales ($p<0,001$) et une réduction de la solitude à la suite des 4 séances ($p<0,001$).

Ces études soulignent que le **renforcement des compétences sociales et émotionnelles** constitue une approche pour lutter contre la solitude et l'isolement social. Elles reposent sur l'idée que la solitude ne résulte pas uniquement d'un manque de contacts sociaux, mais aussi

d'une difficulté à initier ou à maintenir des relations sociales stables et durables. L'OMS décrit ce phénomène en appuyant sur l'importance d'enseigner et/ou d'améliorer les compétences psychosociales nécessaires pour établir ou maintenir des relations. L'intérêt de ce type de proposition est de déplacer la focale : il ne s'agit pas tant d'augmenter la quantité de liens que d'améliorer la qualité des interactions et la capacité des individus à s'inscrire dans des relations qu'ils jugent satisfaisantes.

3.3.2.2 Interventions centrées sur les liens sociaux, l'engagement et les ressources des territoires

Liens intergénérationnels

Les interventions intergénérationnelles visent à créer des liens entre les personnes âgées et les jeunes. Trois études de notre revue illustrent la manière dont la rencontre entre jeunes et personnes âgées peut s'effectuer et les résultats sur la solitude et/ou l'isolement social.

L'étude de Ho et al. (2021) a constitué des dyades formées d'aînés et de jeunes participants, afin de participer à diverses activités culturelles et créatives, telles que des ateliers créatifs ou des visites de musée. Les résultats ont mis en évidence une diminution significative du sentiment de solitude, avec des effets positifs maintenus 5 semaines après l'intervention ($p=0,001$) pour les personnes âgées mais aussi pour les plus jeunes ($p=0,01$). Des discussions hebdomadaires ont été analysées et les participants mentionnent un fossé comblé entre les âges avec l'envie de vouloir se réancrer dans la communauté.

De leur côté, Wu & Chiou (2023) ont développé un programme axé sur les compétences numériques et la connexion intergénérationnelle à travers les réseaux sociaux. Leur intervention, d'une durée de 3h30 par séance, se composait de quatre volets : un enseignement théorique et pratique sur l'utilisation des réseaux sociaux, des jeux interactifs intergénérationnels, des activités de suivi après le cours, et la création d'un groupe Line@ ainsi qu'un journal d'interaction. Cette initiative a renforcé les relations intergénérationnelles personnes âgées-enfant ou petit-enfant ($p<0,05$), réduit les symptômes dépressifs ($p<0,001$). Même si les compétences numériques des participants n'ont pas été clairement évaluées, il semblerait qu'elles se soient améliorées, contribuant ainsi à réduire la fracture numérique.

Enfin, celle de Nicholson et al. (2013) portait sur des visites régulières d'étudiants auprès de personnes âgées isolées. Ces rencontres visaient

à établir des plans de soins personnalisés, créer des liens significatifs, identifier l'isolement social, fournir des ressources. Les résultats indiquent une réduction du sentiment d'isolement chez les personnes accompagnées ($p=0,002$).

Dans l'ensemble, ces trois études démontrent que **les liens intergénérationnels** peuvent être renforcés ou créés par divers types d'interventions, qu'elles soient culturelles, numériques ou sociales. Ces interventions permettent de recréer du lien social, de valoriser le rôle actif des personnes âgées et de promouvoir une cohésion entre les générations. Ils rappellent ainsi que le lien social ne se décrète pas : il se construit et s'entretient au sein de collectifs. Dès lors, lutter contre l'isolement revient avant tout à réparer un tissu social fragilisé, en réinscrivant les personnes âgées dans des dynamiques de réciprocité et de transmission.

Activités engageantes et productives

Dans cette même démarche visant à donner un rôle actif à la personne âgée, les activités engageantes et productives jouent un rôle clé. En offrant aux participants l'opportunité de se sentir utiles et actifs plutôt que passifs, ces interventions contribuent à réduire la solitude.

Mountain et al. (2017), dans leur programme LifeStyle Matters, ont montré que les activités productives et engageantes comme la gestion de projets communautaires ou la participation à des ateliers collaboratifs, permettent aux personnes âgées de retrouver un rôle actif dans la société, tout en développant de nouvelles compétences.

À l'inverse, plusieurs études ont montré que les interventions plaçant les aînés dans une posture passive étaient inefficaces, notamment celles de Duan et al. (2025), Kramer et al. (2022), Baez et al. (2017) et Bickmore et al. (2005). Par exemple, Duan et al. (2025) ont testé un programme d'éducation à la santé portant sur l'activité physique et la nutrition, mais sans réelle participation des aînés à la conception ou à la dynamique de l'intervention. Aucun effet significatif n'a été observé ($p>0,05$), suggérant que l'absence de co-construction et d'engagement personnel limite l'impact sur le sentiment de solitude.

L'étude qualitative de Hemingway et Jack (2013) illustre au contraire les bénéfices d'une approche participative. Leur analyse des clubs d'amitié britanniques, un réseau de 70 groupes communautaires proposant des rencontres hebdomadaires de deux heures, montre que les participants apprécient particulièrement la liberté de choix dans les activités. Les

participants mentionnent aussi qu'ils appréciaient les horaires libres et le choix de participer ou non à ces activités.

Ainsi, **les interventions participatives, où la personne âgée est active** à la fois dans ses choix d'activités et dans son engagement (type d'activité, horaires, participation) et dans la construction même de l'intervention (participative et interactive), produisent des résultats plus significatifs dans la réduction de la solitude que celles où elle occupe un rôle passif (simple réceptrice de contenu). Cette implication active renforce ainsi leur pouvoir d'agir tout en soutenant leur sentiment d'utilité.

Interventions ancrées dans la communauté

L'ancrage communautaire correspond aux liens entre l'organisation et son territoire ou son milieu. Trois études s'appuient sur des structures du territoire, où l'intervention est une passerelle entre les participants et le territoire, en informant et en guidant ces personnes dans les différents événements du territoire.

L'intervention de Rodriguez-Romero et al. (2021) était constituée de 18 séances sur 6 mois où les seniors participaient à différentes activités proposées par une infirmière. Les activités visaient : la promotion de la santé et la prévention des maladies, l'amélioration de l'état mental et émotionnel, la création d'un réseau social entre les participants, la découverte des différentes ressources du quartier et d'établir un espace participatif commun. Cette étude montre une diminution de la solitude entre avant et après l'intervention ($p < 0,001$), que les auteurs expliquent par l'ancrage local de l'intervention et notamment la collaboration entre les organisations civiles, sociales et religieuses.

L'étude de Saito et al., (2012) est une intervention à destination des migrants âgés composée de 4 séances. La première séance avait pour objectif de faire connaissance et de donner des informations générales sur la ville. La deuxième avait pour objectif de créer des discussions autour de leur expérience et des problèmes rencontrés dus à leur relocalisation. La troisième permettait de recenser les centres d'intérêt de chacun, et ils pouvaient rencontrer à l'aide de stands des référents spécialisés dans différentes thématiques. La dernière séance a permis d'organiser une visite guidée de la ville, l'objectif étant de favoriser les sorties et l'accès aux services. Les résultats montrent l'impact d'une telle intervention sur le sentiment de solitude ($p = 0,011$). Les auteurs comparent leurs résultats à ceux de Routasalo et al. (2009) qui n'obtiennent pas de résultats significatifs ($p = 0,94$) avec une intervention

autour de 3 types d'activités : activités artistiques et culturelles, exercices physiques et discussions ou écriture thérapeutique. Selon Saito et al. (2012), cette absence d'effet pourrait s'expliquer par le manque d'ancrage local de l'intervention.

L'étude de Ristolainen et al. (2020) consistait en des interventions de groupe avec 3 éléments clefs : le soutien social, le conseil et les activités. Le soutien social est un moment où les individus partagent des expériences de vie et interagissent avec les autres. Les conseils étaient portés sur les services de santé, les événements locaux, la santé, le bien-être... Les activités comprenaient des visites, des rassemblements en plein air, des exercices de groupe, des loisirs qui visaient à favoriser la participation à la vie locale. Malgré le fait que l'intervention n'avait pas pour objectif principal de lutter contre la solitude, elle a démontré son efficacité sur ce critère secondaire ($p=0,01$).

Ainsi, **l'ancrage communautaire** permet d'obtenir une intervention plus durable en s'appuyant déjà sur l'existant. De plus, elle permet au participant de ne pas simplement créer du lien social dans l'intervention, mais de pouvoir retrouver une place sur son territoire, et de donner la possibilité aux personnes d'être plus autonomes pour participer aux événements de sa ville, s'inscrire à différentes activités de son quartier...

Adaptation au contexte culturel

Trois études ont démontré qu'en plus d'un ancrage dans la communauté, l'adaptation au contexte local et notamment culturel est essentielle.

Cette dimension culturelle peut être soutenue par une approche par les pairs qui repose sur le soutien de personnes partageant des caractéristiques ou des expériences similaires à celles des participants.

Par exemple, Lai et al. (2020) ont mis en place des trios avec deux pairs aidants et un participant. Les pairs aidants étaient des bénévoles immigrés chinois de 48 à 76 ans formés. Le participant bénéficiait de ces deux pairs aidants pour des visites de convivialité à domicile, des appels téléphoniques et du soutien (soutien émotionnel, orientation, aide à la définition d'objectif...). La formation des trios (bénéficiaire / pairs aidants) était basée sur différents critères, notamment le sexe, l'âge, la langue, le niveau d'éducation... pour favoriser les échanges au sein du trio. Les résultats ont permis de montrer une diminution de la solitude grâce aux pairs culturellement adaptés ($p=0,02$).

Chow et al. (2019) proposent un programme de soutien pour les veuves chinoises. L'intervention, axée sur le deuil, compare deux modalités : un groupe de soutien classique et un groupe intégrant des références culturelles chinoises (rites, symboles et pratique de restauration). Les résultats ont montré une diminution significativement plus marquée de la solitude dans le groupe culturellement ancré ($p < 0,05$), avec une taille d'effet de 0,39 pour la condition contrôle et de 0,50 pour la condition culturelle.

Enfin, Cant et al. (2005) ont évalué un projet culturel irlandais qui proposait des déjeuners et des activités à des Irlandais dans un quartier défavorisé de Londres. Les données qualitatives récoltées indiquaient que l'intervention centrée sur la culture irlandaise partagée, procurait un sentiment d'appartenance, par exemple, les participants nomment le lieu : le "club".

Ainsi, **les interventions adaptées culturellement** montrent des résultats significatifs sur la réduction de la solitude. L'étude de Cant et al. (2005) souligne que mettre en évidence le partage d'une culture commune crée un sentiment d'appartenance. En regroupant des individus ayant des repères, des valeurs et des expériences similaires, l'ancrage culturel facilite la création de liens. Toutefois, ces effets doivent être interprétés avec prudence, car les études se situent dans un contexte culturel spécifique (chinois ou irlandais) avec des publics migrants. Si l'adaptation culturelle semble être un levier pour renforcer l'efficacité et la pérennité des interventions, son impact dépendra du contexte local et du sentiment d'appartenance propre à chaque groupe. On peut néanmoins envisager de transposer cette logique à des niveaux culturels régionaux, par exemple autour d'identités bretonnes ou basques.

3.3.2.3 Outils numériques

Parmi les études recensées, 14 interventions s'appuient sur des outils numériques, allant des technologies simples comme le téléphone (Lai et al., 2020 ; Hernandez-Ascanio et al., 2023 ; Jiang et al., 2025) aux plateformes de visioconférence (Baez et al., 2017 ; Shapira et al., 2021), parfois combinées à des séances en présentiel (Larsson et al., 2016 ; Duan et al., 2025). D'autres approches misent sur la formation aux réseaux sociaux (Slegers et al., 2009 ; Rolandi et al., 2020 ; Wu et Chiou, 2023), tandis que des systèmes plus complexes intègrent vidéo, messagerie et téléphone (Czaja et al., 2018 ; Ae-RI et al., 2023) jusqu'aux agents conversationnels et relationnels (Bickmore et al., 2005 ; Kramer et al., 2022).

Les technologies les plus avancées, comme les agents conversationnels incarnés (Kramer et al., 2022) ou les agents relationnels (Bickmore et al., 2005), sont des programmes informatiques conçus pour établir et maintenir une conversation/relation. Les agents ont une forme de personnage animé qui simule une conversation en face à face avec un utilisateur. Dans les études, ils prodiguent des conseils personnalisés notamment en activité physique, en nutrition et des conseils sociaux, mais aucune de ces deux études ne rapporte de résultats significatifs sur la réduction de l'isolement. L'étude Kramer et al. (2022) obtient une p-value de 0,99 et celle de Bickmore et al. (2005), de 0,52. Celle de Bickmore et al. (2005) met en avant cependant des résultats qualitatifs intéressants où les participants mentionnent aimer parler avec l'agent relationnel, suggérant que leur efficacité reste à démontrer.

Jiang et al. (2025) ont évalué une intervention téléphonique centrée sur deux types de thérapie et un groupe contrôle avec simplement des appels téléphoniques. Les résultats montrent que dans les trois groupes les contacts sociaux mesurés par l'échelle LSNS-6 ont augmenté ($p < 0,001$, $p = 0,003$ et $p = 0,027$) ce qui signifie que de simples appels téléphoniques peuvent réduire le sentiment de solitude. Ainsi un support numérique simple comme le téléphone peut constituer un moyen efficace de lutte contre l'isolement social mais aussi être utile dans une démarche plus poussée. Les résultats qualitatifs de Cattani et al. (2011) viennent appuyer les résultats quantitatifs. L'étude évaluait un projet d'assistance téléphonique assurée par des bénévoles qui apportait un soutien émotionnel aux personnes âgées. Les participants indiquent que le simple fait de savoir qu'ils pouvaient contacter quelqu'un leur permettait de se sentir moins seuls. De plus, ils pouvaient partager des choses plus intimes avec le bénévole car ils ne se sentaient pas jugés.

L'approche de Duan et al. (2025) est hybride, combinant des sessions de visioconférence et de rencontres en présentiel pour soutenir les comportements de santé, notamment l'activité physique et l'alimentation. Les résultats ne montrent aucune différence significative concernant la solitude ($p>0,05$), montrant que toute intervention en ligne n'est pas efficace.

Les recherches sur la formation numérique soulignent l'importance de l'accompagnement. L'étude de Larsson et al., (2016), qui proposait une formation en hybride à l'utilisation d'internet et des outils numériques avec des entretiens individuels par téléphone et des rencontres en groupe en physique a montré des résultats significatifs sur la réduction de la solitude ($p<0,001$). De plus, Rolandi et al. (2020) ont mesuré l'efficacité d'une intervention de groupe sur une formation aux réseaux sociaux. Celle-ci était composée de 5 séances, 2 par semaine mentionnant l'utilisation des smartphones, de Facebook, de WhatsApp, les règles de confidentialité et la prévention des risques de fraude. Ils montrent que l'apprentissage des réseaux sociaux atténue le sentiment d'exclusion ($p=0,024$), et augmente les contacts avec l'entourage, évalués par l'échelle de LSNS-6 ($p=0,006$).

Une étude qualitative de Ballantyne et al. (2010) vient confirmer ces observations : les participants ont souligné l'importance d'être accompagnés dans l'apprentissage des réseaux sociaux, tout en reconnaissant que ces outils leur avaient surtout permis de maintenir et renforcer leurs relations existantes. Quelques nouvelles rencontres ont eu lieu, mais celles-ci sont restées marginales, confirmant que le rôle principal des technologies de l'information et de la communication (TIC) est de soutenir les liens déjà en place.

À l'inverse, Slegers et al. (2009) qui proposent une intervention avec une formation à l'ordinateur et à internet, n'ont pas obtenu de résultats significatifs ($p=0,84$), car leur population était déjà en bonne santé et dotée de bonnes compétences sociales. Cela suggère que les outils numériques sont utiles pour ceux qui ressentent déjà un isolement, en leur offrant un moyen de maintenir leurs liens, mais moins pour ceux qui sont déjà bien intégrés socialement.

L'idée que la technologie peut aider à maintenir les liens relationnels est illustrée dans l'étude de Czaja et al. (2018). Les auteurs ont montré qu'une plateforme numérique dédiée aux seniors, combinant messagerie, appel vidéo et ressources locales, pouvait diminuer l'isolement social ($p<0,01$) et la solitude ($p<0,01$) à 6 et 12 mois, ainsi qu'une augmentation du soutien social perçu ($p<0,01$) à 12 mois. Toutefois, les auteurs notent que ces effets tendent à s'atténuer sur le

long terme, suggérant que la durabilité de l'engagement et la mise à jour des contenus sont essentielles pour maintenir les bénéfices.

Enfin, les outils numériques se révèlent particulièrement utiles dans des contextes exceptionnels, comme pendant la pandémie du COVID-19. Shapira et al. (2021) ont évalué une intervention de groupe numérique visant à améliorer les capacités d'adaptation en période de stress. Leurs résultats ont montré une diminution de la solitude ($p=0,02$), grâce à l'apprentissage de compétences sociales (déjà abordées dans la section précédente), où les TIC ont servi de canal de soutien dans un contexte où les interactions en présentiel étaient limitées.

Ainsi, si l'outil numérique constitue un ensemble large et hétérogène de technologies, toutes ne se révèlent pas adaptées pour soutenir une démarche de lutte contre l'isolement social ou la solitude. Ce sont plus spécifiquement les **Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) qui peuvent constituer un support** dans cette lutte. Elles regroupent les outils technologiques permettant de produire, stocker, transmettre ou partager de l'information, tels que le téléphone, les réseaux sociaux ou l'ordinateur.

Pour autant, l'usage du numérique via les TIC apparaît davantage comme un moyen de renforcer et de maintenir les liens relationnels existants (famille, amis...) que pour en créer de nouveaux. Ces usages numériques permettent d'apporter certains contacts en complément des interactions physiques qui demeurent essentielles : partage de photos, visioconférences entre membres de la famille éloignés géographiquement, appels facilitant l'organisation de rencontres en présentiel...

Par ailleurs, l'efficacité des TIC dépend fortement des compétences numériques préalables de l'individu. Il est donc indispensable que les personnes bénéficient d'une formation adaptée, afin de s'approprier ces outils et de surmonter les difficultés liées à leur utilisation. L'objectif est de renforcer leur autonomie relationnelle.

Enfin, nos résultats confirment ceux de l'OMS, préconisant des formations numériques adaptées. Elle recommande aussi de garantir un accès équitable aux interventions en évitant de s'appuyer exclusivement sur le numérique, lequel peut représenter une barrière pour les personnes peu équipées ou peu familières avec ces outils.

4. Facteurs de réussite et implications pratiques pour la mise en place des interventions

Au regard des précédents résultats, certains facteurs favorisent l'efficacité des interventions ciblant la lutte contre l'isolement social et la solitude.

Les interventions doivent être capables de **s'adapter aux besoins et aux attentes** des individus âgés concernés. Chaque programme peut s'appuyer sur différents leviers pour favoriser la création de liens sociaux. Certains choix d'accompagnement peuvent être plus pertinents selon le public visé (leur âge, leur milieu social, etc.), le contexte territorial, la dynamique relationnelle et la stratégie d'intervention.

En effet, les interventions doivent être pensées en fonction des trajectoires sociales et des expériences subjectives de chaque individu. Dès lors, il apparaît clairement qu'aucune intervention ne peut être universelle. Une intervention efficace doit être modulable, capable de s'ajuster aux configurations sociales dans lesquelles les personnes âgées évoluent, aux ruptures qu'elles ont traversées, aux ressources dont elles disposent ainsi qu'aux significations qu'elles attribuent elles-mêmes à l'isolement et à la solitude. C'est pourquoi les approches standardisées montrent rapidement leurs limites : elles tendent à homogénéiser des situations profondément hétérogènes et risquent, ce faisant, de laisser de côté ceux qui n'entrent pas dans les normes implicites des dispositifs. Les interventions contextualisées, co-construites et sensibles aux biographies permettent, en revanche, de reconnaître la pluralité des formes d'isolement et, par conséquent, d'y répondre de manière plus fine.

La **finalité de l'action déterminera le type de population à cibler** : si l'objectif est de lutter contre un isolement déjà installé ou si le but est de le prévenir. En effet, les interventions préventives sont particulièrement utiles pour des personnes encore socialement actives mais identifiées comme potentiellement à risque en raison de transitions susceptibles de fragiliser leurs liens sociaux (veuvage, déménagement, passage à la retraite...). A l'inverse, les situations de solitude ou d'isolement avéré requièrent un accompagnement plus intensif, individualisé et inscrit dans la durée, où la dimension relationnelle, fondée sur la présence humaine et la qualité des interactions, apparaît comme un ressort central de l'efficacité de l'intervention.

Les interventions bénéfiques sont celles qui encouragent l'**engagement actif** des personnes concernées, soutiennent l'autonomie et la capacité d'agir, procurent un rôle social valorisé, favorisent l'initiative et permettent la participation. À l'inverse, les approches principalement passives (réception de contenus, accompagnement purement instrumental) produisent peu d'effets durables. En effet, les interventions qui invitent les participants à être acteurs plutôt que spectateurs sont plus prometteuses. Cela passe par le choix des activités, où chacun peut s'exprimer, partager ses idées et prendre des décisions.

A l'échelle individuelle, il est tout aussi essentiel de proposer des dispositifs qui reconnaissent la personne âgée comme un **acteur de son engagement social**, capable de choisir, de contribuer et de s'impliquer selon ses envies et ses capacités. Cela implique notamment de lui laisser la liberté de participer ou non aux activités, de façon régulière ou ponctuelle, en respectant son rythme et ses préférences. L'accompagnement peut ainsi être personnalisé, en guidant l'expression des besoins/attentes des personnes concernées.

Les activités de groupe, qu'elles soient sportives, créatives, culturelles... favorisent des espaces de rencontre, et donc des **opportunités de créer des liens**. Pour cela, elles doivent être **durables et régulières**, pour laisser le temps aux participants de se rencontrer, de partager et de tisser des liens pérennes. C'est cette continuité qui permet l'installation d'habitudes et de routines sociales, conditions indispensables à l'émergence et à la consolidation du lien social.

Les programmes fondés sur des ressources locales installées comme les municipalités, les acteurs des quartiers, les associations, les pairs..., produisent également des effets significatifs. Cet **ancrage communautaire** offre la possibilité aux participants de prolonger les interactions à l'issue du programme et de favoriser la pérennité des relations après l'intervention. De plus, le recours à des solutions déjà existantes offre un cadre familier et non stigmatisant : parce qu'elles sont existantes et déjà connues, elles permettent de faciliter l'adhésion et, par conséquent, de soutenir l'engagement des individus.

Un ancrage culturel peut aussi faciliter la création de lien en regroupant des individus ayant des repères, des valeurs et des expériences similaires. Par exemple, des ateliers organisés autour de traditions culinaires ou musicales locales offrent un terrain familier qui favorise la proximité et la confiance entre participants. Les individus partagent ici un socle commun qui peut être lié à la culture, mais plus globalement à une expérience de vie commune renforçant l'appartenance au groupe, comme l'expérience de deuil.

En revanche, favoriser les opportunités de tisser des liens ne suffit pas. L'isolement social s'accompagne souvent d'une baisse de l'estime de soi, des difficultés émotionnelles et d'un sentiment de perte de sens. Ainsi, des **activités favorisant la détente, le plaisir, l'expression de soi** contribuent à **créer un climat de confiance et de sécurité** permettant une augmentation de la confiance en soi et un meilleur bien-être. Ces conditions facilitent non seulement la consolidation des liens existants, mais aussi l'émergence de nouveaux liens sociaux. Dans cette perspective, certaines interventions peuvent favoriser le **développement des compétences sociales et émotionnelles**, comme la capacité à s'adapter à des situations nouvelles ou appréhendées, l'amélioration de compétences en communication ou encore la régulation émotionnelle. Ces apprentissages renforcent le sentiment d'auto-efficacité des individus et les aident à s'engager plus sereinement dans les relations sociales. Ces interventions agissent donc comme des dispositifs qui aident les personnes à reprendre confiance dans leurs échanges avec les autres, en réactivant des compétences relationnelles parfois mises en sommeil par l'isolement ou la stigmatisation liée à l'âge ou à un handicap. Parfois, une simple réévaluation de leur réseau social leur permet de prendre conscience de l'entourage présent et des personnes avec lesquelles ils peuvent entrer en contact, notamment lorsque le sentiment de solitude est fort malgré la présence de proches autour d'eux.

Les **technologies de l'information et du numérique (TIC)** tels que le téléphone, l'ordinateur peuvent **faciliter le maintien des relations**. Pour cela, une **formation et un accompagnement à leur usage** (dans le cadre des réseaux sociaux par exemple) est indispensable, notamment dans le maintien des liens intergénérationnels, en permettant aux personnes âgées de communiquer, partager et de rester en contact à l'intérieur du cadre familial. Cependant cette revue de littérature met également en lumière que ces outils permettent surtout de maintenir les liens existants, mais ne sont pas efficaces pour en créer de nouveaux. S'ils sont utilisés, dans le cadre d'ateliers initiation par exemple ; leur mobilisation doit donc s'inscrire dans une logique d'accompagnement humain, pour favoriser l'autonomie de la personne.

Nos recommandations s'alignent sur celles du rapport « *From loneliness to social connection* » de l'OMS. L'OMS met en avant les formations aux compétences sociales et les interventions psychologiques, définies comme « programmes de soulagement psychologique » dans la veille scientifique. Cette instance souligne également l'impact de la transition numérique dans la construction des liens sociaux. Elle recommande de garantir un accès équitable

aux interventions, en reconnaissant les difficultés que peut représenter pour les plus âgées l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Pour lutter contre cette fracture numérique, l'OMS préconise la mise en place de formations numériques adaptées.

Les liens intergénérationnels peuvent également être développés en dehors du cadre familial et numérique. Favoriser ces liens peut apporter un sentiment d'utilité à la personne âgée en lui redonnant un rôle social. Des initiatives centrées sur le partage entre générations peuvent se développer à travers des activités collectives, des échanges numériques ou des moments de rencontre, contribuant de ce fait à renforcer les relations déjà existantes ou à en créer de nouvelles.

Enfin, au regard de nos critères de recherche, une recommandation de l'OMS n'est pas ressortie dans notre revue de la littérature. Celle-ci porte sur les interventions assistées par les animaux, connues pour réduire le stress et favoriser l'expression émotionnelle, notamment dans des contextes où les personnes âgées ont des difficultés à entrer en relation avec d'autres humains. L'OMS formule également d'autres recommandations, notamment la mise en place de programmes favorisant des interactions sociales régulières, tels que les visites à domicile ou les initiatives de bénévolat. Toutefois, il est difficile de généraliser ces recommandations à notre contexte d'étude. En effet, les programmes de contact social proposés par l'OMS visent principalement à renforcer le soutien social, un aspect que nous n'avons pas évalué dans notre revue de la littérature. Par ailleurs, le rapport de l'OMS porte sur l'ensemble de la population, et non spécifiquement sur la population âgée, ce qui engage des déterminants et stratégies d'interventions différentes.

5. Analyse critique des résultats des interventions

Notre revue de la littérature n'a pas vocation à être exhaustive ; certaines dimensions ont pu nous échapper en raison des critères retenus et des limites propres au corpus analysé. Ces zones d'ombre mériteraient de faire l'objet de recherches complémentaires afin d'enrichir et d'affiner la compréhension du phénomène.

Parmi ces dimensions non couvertes, les travaux portant sur l'invisibilité sociale des personnes les plus isolées ont un intérêt spécifique. Cette notion d'invisibilité sociale, introduite par le psychologue clinicien Edward Cliffton en 1963, renvoie au fait que *“l'individu occupe une place au sein d'un groupe, mais il est perçu par les autres comme n'apportant aucune contribution positive au fonctionnement du groupe”*. À l'inverse, la visibilité sociale est définie par le psychologue comme *“la position occupée par un individu au sein d'un groupe, telle qu'elle est perçue par les autres membres du groupe”* (L'invisibilité sociale, Rapport Vie Publique, 2016). Cette approche met en lumière une dimension essentielle : l'isolement, comme la solitude qui lui est souvent associée, s'inscrit dans une dynamique relationnelle et symbolique, où le regard social joue un rôle central. Dans les études consultées, aucune n'aborde, par exemple, directement la question du repérage des personnes isolées, pourtant centrale dans la prévention de ce phénomène.

L'une des principales difficultés identifiées réside en effet dans **le repérage de ces “isolés invisibles”**, c'est-à-dire de ces personnes progressivement exclues des réseaux sociaux, professionnels et institutionnels. La détection repose souvent sur des acteurs de proximité (voisins, professionnels de santé, bénévoles) qui, par leur présence régulière dans l'environnement quotidien permet de détecter ces formes discrètes mais profondes de retrait social. L'étude de Nicholson et al. (2013) montre par exemple que des visites d'étudiants en soins infirmier auprès de personnes âgées permettent d'identifier des situations d'isolement. Dans cette perspective, pour reprendre Cliffton, la sortie de l'invisibilité passe par le regard de l'autre, par la reconnaissance implicite d'une présence qui compte, parfois à partir de la détection de signaux faibles : remarquer des volets qui ne s'ouvrent plus, une personne qui sort de moins en moins de chez elle, l'absence d'une personne habituée à un lieu (dans un commerce par exemple), etc. peuvent constituer autant d'indices dans le repérage des personnes en situation d'isolement (*Comment repérer l'isolement d'une personne âgée ?*, 2025 ; *Report of the WHO Commission on Social Connection*, s. d.).

Par ailleurs, **l'environnement et la mobilité** représentent également des déterminants majeurs d'isolement qui ne sont pas mentionnés dans notre revue de littérature. Seule l'étude qualitative de Hemingway et al. (2013) illustre l'impact du manque de transports sur le renforcement de l'isolement, notamment en milieu rural, où les offres d'activités sont plus rares et plus difficilement accessibles. Le déficit de mobilité limite la capacité des personnes âgées à rejoindre des dispositifs proposés. En outre, l'efficacité d'une intervention dépend également des conditions de l'environnement, tant spatial que social, qui doivent être favorables au vieillissement. L'accessibilité des lieux, la mixité sociale ou encore la présence d'espaces publics conviviaux constituent autant de facteurs facilitant l'établissement ou la consolidation des liens sociaux.

De plus, un troisième déterminant n'est pas ressorti de notre veille scientifique, à savoir l'importance prise par l'appartenance de classe dans les trajectoires de vieillissement. La stratification sociale des retraités est en effet rarement prise en compte dans les études, alors même qu'elle structure largement les conditions de vie, les ressources mobilisables, les réseaux sociaux et les possibilités de participation. Elle conditionne notamment l'exposition aux facteurs de risque, l'accès à l'information, l'accessibilité aux dispositifs d'accompagnement mais également la participation et l'appropriation aux services ou actions proposés. Cette dimension fait écho au gradient social de santé, qui montre que l'état de santé et le bien-être varient de manière continue selon la position sociale. Le risque d'isolement et de solitude suit la même logique, à savoir qu'il est modulé par les ressources économiques, culturelles et relationnelles dont disposent les individus. Ainsi, selon le baromètre des Petits Frères des Pauvres (2025), les personnes âgées en situation de précarité sont plus exposées à l'isolement et la solitude que celles bénéficiant d'un niveau de retraite moyen ou élevé.

Enfin, **les représentations sociales du vieillissement** constituent un autre facteur limitant la compréhension et la prise en charge de l'isolement. La stigmatisation des personnes âgées, associée à des stéréotypes de déclin, de dépendance, d'inutilité, voire de fardeau, tend à renforcer leur marginalisation. Moieni et al. (2021) ont mis en évidence le rôle des attentes négatives liées à l'âge dans la diminution du bien-être social, notamment chez les femmes âgées, en montrant que l'intériorisation de ces stéréotypes favorise un sentiment accru de solitude. Cette invisibilisation symbolique réduit la légitimité sociale des aînés et limite leur engagement communautaire. L'étude de Cattani et al. (2011) sur un service de soutien téléphonique démontre ainsi cette pression subie par les plus âgés. Dans cette étude, ces derniers

évoquent la peur d'être jugés par leurs proches en exprimant certains sujets ; sujets qu'ils préfèrent exprimer avec leurs pairs d'âge dans le cadre de l'intervention proposée.

Ainsi, la question de l'isolement social ne peut être dissociée de celle de la place accordée aux personnes âgées dans la société. Souvent caractérisées par des représentations dépréciatives, elles incarnent l'exemple même de l'invisibilité sociale décrite par le psychologue Cliffton : des individus présents dans l'espace social mais symboliquement relégués, notamment pour les plus vulnérables. En ce sens, agir contre l'isolement social revient à restaurer la visibilité sociale des aînés, quelles que soient leurs situations, non seulement en veillant à favoriser leurs liens sociaux, mais également en reconnaissant leur valeur et leur contribution à la vie collective.

6. Descriptions des articles sélectionnés pour la revue de littérature

6.1 Description des ECR

Étude	Description de l'intervention	Durée et fréquence	Population	Terrain et lieu de recrutement	Méthodologie d'évaluation	Fréquence d'évaluation	Résultats	Discussion de l'article
Larsen et al. (2021)	Objectif : Evaluer l'effet d'un entretien motivationnel en parallèle d'une intervention par moniteur d'activité physique. Groupe PAM (groupe témoin) : Intervention par moniteur d'activité physique : Cette intervention était centrée sur l'activité physique. Les	12 semaines	62 participants Vivant dans la communauté Agés d'au moins 70 ans (âge médian = 72 ans) 40% d'hommes	Danemark	RCT Critère principal : nombre de pas par jour Critère secondaire : Mesure de la solitude (échelle de l'UCLA) Mesure du temps de l'activité physique auto-	Avant et après l'intervention	Étude qui n'a pas une puissance statistique suffisante. Diminution de 2.3 points de moins sur l'échelle de solitude de l'UCLA pour le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, cependant la taille de l'effet est faible à modérée.	Accompagnement motivationnel personnalisé en plus de l'intervention permet de diminuer la solitude. D'après les auteurs ça serait dû soit à l'écoute empathique active, l'autoréflexion et le conseil, ou alors à l'activité physique car

participants utilisaient un tracker d'activité tous les jours avec un système de fixation automatique d'objectifs quotidiens et disposaient d'un dépliant contenant les recommandations nationales d'activité physique pour les personnes âgées. Groupe PAM + MI (Groupe d'intervention) : Groupe PAM + un accompagnement motivationnel (MI). L'accompagnement motivationnel (MI) était constitué de 7 appels téléphoniques au cours des semaines	Possédant un smartphone ou une tablette capable d'installer l'application Gamin Connect Groupe contrôle (34) Groupe d'intervention (28)	rapportée (IPAQ-SF et NPAQ-short) Mesure de la qualité de vie liée à la santé (EQ-5D-5L) Mesure de l'auto-efficacité (SEE-DK) Mesure de l'espérance de résultat (OEE2-DK)	Aucun autre critère secondaire n'était significatif.	celle-ci est plus présente dans le groupe d'intervention que dans le groupe contrôle.
---	--	---	---	--

	1, 2, 3, 5, 7, 9 et 12 et donné par des physiothérapeutes. L'entretien était centré sur la personne et les participants étaient guidés par des conseils autoréflexifs avec un retour sur leurs comportements de santé.							
Duan et al. (2025)	Objectif : évaluer l'efficacité des interventions en face à face ou en hybride (e-santé) sur les comportements de santé. Groupe témoin : appel téléphonique bimensuel d'environ 5 minutes Groupe contenu en face à face : 2 séances en face à	2 séances par semaine pendant 10 semaines	132 participants Vivant dans la communauté Agés de 65 ans à 80 ans (moy = 72.5 ans, SD = 3.92) 81,1% de femmes	2 centres pour personnes âgées à Hong Kong	RCT à 3 groupes Mesure de la faisabilité (taux d'adhésion, taux de présence et acceptabilité du programme) Mesure de l'activité physique (accéléromètre) Mesure des conditions physiques (Senior Fitness Test Manual)	Avant et après l'intervention puis 3 mois après	Pas d'effet de la solitude, amélioration des comportements alimentaires	Pas d'effet d'une intervention en face à face ou en ligne sur la solitude

	face de 60 minutes, une sur l'activité physique et l'autre sur l'alimentation. Le groupe mixte : pareil que le groupe face à face + 2 formations complémentaires en ligne sur les mêmes thématiques (environ 15min).		44 participants par groupe		Mesure de la dépression (GDS-15) Mesure de la solitude (échelle De Jong Gierveld) Mesure de la qualité de vie (WHOQOL-BREF [HK])			
Ho et al. 2021	Objectif : Evaluer le projet ARTISAN (aspiration et résilience par le conte intergénérationnel et les récits artistiques), intervention artistique pour renforcer la résilience et réduire la solitude chez les personnes âgées et chez les jeunes dans un espace muséal.	15 heures pendant 5 semaines	68 participants Agés de 60 à 83 ans (moy = 73.1 ans, SD = 6.53) Dont 82.4% de femmes Groupe témoin (33 dont 17 PA)	Recrutement des PA dans une grande organisation de soins aux personnes âgées à Singapour	RCT étude mixte Critère principal : Mesure de la solitude (UCLA) Mesure des liens sociaux (Social Connectedness Scale SCS) Mesure de la résilience (Ego-Resilience Revised Scale ER-11)	Avant et après l'intervention puis 5 semaines après	Réduction de la solitude même après 5 semaines pour le groupe d'intervention Résultats qualitatifs : intervention pour combler le fossé entre les âges au niveau communautaire	Intervention intergénérationnelle, visite de musée améliorant l'estime de soi, le bien-être social et la qualité de vie des participants.

	Groupe d'intervention : Intervention participative artistique et de groupe. Intervention intergénérationnelle formant des dyades jeune-ainé axées sur les cartes et le patrimoine, comprenant des composantes spécifiques, notamment des visites guidées de musées, des créations artistiques encadrées par des pros, des récits guidés et des écrits réflexifs. Groupe composé de 8 jeunes et 8 personnes âgées. Groupe témoin : Aucune intervention pendant les 5		Groupe d'intervention (35 dont 17 PA)		Mesure de l'identité nationale (NATID) Critère secondaire : Mesure de la qualité de vie (EUROHIS-QoL-8) Mesure de la satisfaction de vie (SWLS) Mesure du sens de la vie (MLQ) Mesure de la compassion (SCBCS) Mesure du soutien social (MOS-SS) Discussion de groupe hebdomadaire et les réponses écrites des participants au			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	semaines sur listes d'attente				journal de bord de l'intervention			
Ristolain et al. (2020)	Objectif : Evalue les effets d'une « gestion participative des soins de groupe ». Groupe d'intervention : Réunion de groupe, Animé par un gestionnaire de soins et un chercheur. 3 éléments clés abordés : le lien social, l'accompagnement et l'activité. Groupe de 6 à 9 PA. Groupe témoin : Pas d'intervention	5 réunions de groupe de 2 à 3h sur 6 mois	345 participants Vivant seul Âgée de 65 ans et plus (moy = 76.8 ans, SD = 7.5) Dont 82.9% de femmes Recours aux services de santé et sociaux au moins 2 fois au cours des 6 derniers mois Groupe témoin (186)	Recruté par les responsables de soins locaux et des professionnels travaillant dans des ONG locales dans le centre et l'Est de la Finlande	RCT Mesure de la qualité de vie (WHOQOL-Bref) Mesure de la solitude (échelle revisitée de l'UCLA) Mesure de la confiance (énoncés de confiance généralisée et de confiance institutionnelle)	Avant et après l'intervention	Diminution de la solitude au fil du temps dans les deux groupes. Réduction de la solitude chez les participants présentant une mauvaise qualité de vie au départ. Différence entre les deux groupes présents au départ. Intervention qui n'est pas conçue pour lutter contre la solitude mais pour apporter un soutien social et favoriser la participation à la vie locale et communautaire.	Les personnes avec une mauvaise qualité de vie au départ ressentent plus de solitude, il est donc plus susceptible de voir un changement dans ce groupe.

			Groupe d'intervention (159)				L'intervention a été efficace sur les dimensions sociales du bien-être.	
Kramer et al. (2022)	Objectif : déterminer si les AEC (agents conversationnels incarnés) pouvaient modifier les comportements alimentaires des personnes âgées et réduire la solitude. Groupe d'intervention : 2 agents conversationnels incarnés (AEC) : Herman (AEC) est cuisinier et donne des conseils nutritionnels et Ellen	8 semaines	32 participants Vivant dans la communauté Vivant seul et de manière autonome à leur domicile Âgée de 65 ans et plus (moy = 73 ans, SD = 5.33) Dont 56% de femmes	Pays-Bas	RCT Résultats liés à l'utilisation (évalués à la fin) Mesure des comportements alimentaires Mesure de la solitude (échelle De Jong Gierveld) Mesure de la qualité de vie (Brief Older People's Quality of Life Questionnaire)	Mesure au début de l'intervention après 4 et 8 semaines. Mesure 4 semaines avant le début de l'intervention pour le groupe témoin	Pas de diminution de la solitude	Les auteurs pensent que le manque de résultat provient de l'impact de la pandémie : difficulté d'entrer en contact avec les autres à cause des restrictions gouvernementales.

	(AEC) donne des conseils sociaux. 5 modules interactifs : chacun applique une technique de changement de comportement différente. Groupe témoin : placé sur liste d'attente, répond à un questionnaire 4 semaines avant le début de son intervention.				Mesure de l'autonomie (Basic psychological need satisfaction and frustration scales)			
Ae-RI et al. (2023)	Objectif : Création d'un programme de réduction de la solitude basé sur les technologies de l'information. Groupe témoin : distribution d'un kit de culture de champignons et des	1 séance de 1-2h, 2 fois par semaine pendant 6 semaines	40 participants Vivant dans la communauté Agés de 65 ans et plus (moy = 76.50 ans, SD = 4.73)	Recruté dans les centres de santé publique en Corée du Sud	RCT Mesure de la qualité de vie (EUROQoL-R.41) Mesure de la solitude (échelle révisée de l'UCLA)	Avant et après l'intervention	Diminution de la solitude et de la dépression entre avant et après l'intervention. Et différence entre les scores des deux groupes pour la solitude, la	L'entraînement respiratoire, la méditation, l'hortithérapie et la thérapie par le rire sont des programmes de soulagement psychologique qui permettent les sentiments de confort et de

	fiches d'activités. Pendant 6 semaines, suivi des fiches d'activité et de la brochure à domicile, pour pratiquer des activités telles que la culture de champignons, l'exercice physique et la peinture 2 fois par semaine. Groupe d'intervention : programme LAP (programme d'aide à la solitude). Une séance d'introduction avec distribution d'un livret explicatif et d'un cahier d'exercices. Des vidéos YouTube de 20min étaient diffusées 2 fois par semaine par SMS et via la messagerie KakaoTalk.		Dont 85% de femmes Sentiment de solitude modéré à élevé Avec peu de compétences numériques Groupe témoin (20) Groupe d'intervention (20)		Mesure de la dépression (GDSSF-K) Indice de rire (Laughter Index scale) coh		dépression et l'indice de rire. Augmentation de l'indice de rire pour le groupe d'intervention	bonheur qui diminuent la solitude. Les TIC semblent efficaces contre la solitude.
--	--	--	---	--	--	--	--	---

	KakaoTalk est un groupe animé par un assistant de recherche avec des encouragements, un suivi et des échanges. Le contenu des séances : utilisation du smartphone, thérapie horticole (kit de champignons), gestion des médicaments, thérapie du rire, exercice avec musique et thérapie de relation du sommeil.							
Shapira et al. (2021)	Objectif : Evalue l'efficacité d'une intervention de groupe numérique pour améliorer les capacités d'adaptation. Groupe d'intervention : Intervention de	1 séance de 90 min par semaine pendant 6 semaines	82 participants Vivant dans la communauté Agés de 65 à 90 ans	Recruté via WhatsApp d'une ONG locale	RCT, Mesure de la solitude (UCLA) Mesure de la dépression (PHQ-9)	Avant et après l'intervention	Diminution du sentiment de solitude et des symptômes dépressifs dans le groupe d'intervention Augmentation du score de solitude	Intervention en groupe pendant la période de pandémie du Covid-19. L'intervention a permis de réduire le sentiment de solitude dans le

	groupe en visio visant à fournir les outils et les compétences pour améliorer leur capacité d'adaptation pendant les périodes stressantes, notamment pendant la pandémie du Covid-19 Groupe témoin : évaluation 2 fois en liste d'attente avant leur admission dans le groupe d'intervention		Dont 78% de femmes Se sentant isolé Groupe témoin (64 ; moy = 72.1 ans, SD = 5.3) Groupe d'intervention (18 ; moy = 71.7 ans, SD = 6.8)				pour le groupe témoin Différence significative entre les groupes après l'intervention.	groupe d'intervention. Le sentiment de solitude a augmenté dans le groupe contrôle. L'intervention a donc limité l'impact de la pandémie sur le sentiment de solitude des individus. Nous pouvons suggérer que ce type d'intervention soit efficace dans des périodes particulières comme la pandémie ou bien dans les lieux isolés.
Lai et al. (2020)	Objectif : Evalue l'efficacité d'une intervention par pair sur le bien-être,	8 semaines	60 immigrants chinois	Calgary, Canada	RCT	Avant et après l'intervention	Diminution du score de la solitude dans le	Les interventions par les pairs culturellement adaptées

	l'isolement social et la solitude.		Vivant dans la communauté		Mesure de la solitude (De Jong Gierveld)		groupe d'intervention	peuvent réduire la solitude.
	Groupe d'intervention : intervention de soutien par les pairs (Chinese Community Helpers Program CCHP), 24 bénévoles de 48 à 76 ans offrent un accompagnement en binômes (deux pour un) à des participants par le biais de visites à domicile ou d'appels téléphoniques, afin d'apporter un soutien social émotionnel, une aide à la résolution de problèmes et un partage de ressources communautaires.		Agés de 65 ans et plus		Mesure du soutien social (LSNS)		Augmentation du soutien social perçu dans le groupe d'intervention	La culture, les points communs, les valeurs communes peuvent ainsi faciliter le lien social.
			Dont 63.3% de femmes		Mesure des obstacles à la participation sociale (Keele Assessment of Participation)		Réduction des barrières à la participation sociale dans le groupe d'intervention	
			Groupe témoin (30)		Critère secondaire :			
			Groupe d'intervention (30)		Mesure de la satisfaction de vie (1 question)		Ces résultats n'ont pas été observés dans le groupe témoin.	
					Mesure de la dépression (GDS-4)			
					Mesure de la résilience (CD-RISC 2)		Différence de solitude au départ entre les deux groupes	

	Groupe témoin : brefs appels téléphoniques du coordinateur du programme							
Hernandez-Ascanio et al. (2023)	Objectif : Evalue l'effet d'une intervention multicomposante sur la solitude et l'isolement social Groupe d'intervention : Séance en face à face à domicile et entrecoupée de 5 appels téléphoniques de 20min fourni par des étudiants en soins infirmiers et des bénévoles expérimentés dans le domaine. Groupe témoin : pas d'intervention	6 séances de 30min sur 4 mois	119 participants Vivant dans la communauté Agés de 65 ans et plus (moy = 81.79 ans, SD = 6.27) Dont 76.5% de femmes Isolé socialement (<32 au DUFSS) Groupe témoin (56)	Recrutement au sein du réseau des centres de soins primaires du district sanitaire de Cordoue et du Guadalquivir, relevant du service de santé d'Andalousie en Espagne	RCT Critère principal : Mesure de l'isolement social (DUFSS) Mesure de la solitude (échelle De Jong-Gierveld) Mesure de la qualité de vie (EuroQol-5D et VAS)	Avant et après l'intervention puis 2 mois après Groupe témoin : mesure au départ et 6 mois après	Amélioration de l'isolement social dans le groupe d'intervention Pas de différence entre les groupes Aucune différence entre les scores de solitude entre les deux groupes et dans le groupe intervention.	Les auteurs pensent que le manque de résultat provient peut-être du fait que les personnes étaient trop isolées de base et donc l'intervention n'a causé aucun changement ou que les étudiants bénévoles étaient volontaires, contrairement à l'autre étude qui montre les effets où les étudiants le faisaient dans le cadre de leur formation. Mais aussi peut-être dû aux

			Groupe d'intervention (63)					différences culturelles. Influence du soutien à la personne et de la mobilité sur l'isolement social, condition nécessaire pour avoir une dynamique d'interaction sociale
Hanaoka et al. (2025)	Objectif : Evalue les bénéfices de l'utilisation de l'odorat dans la thérapie par réminiscence Groupe témoin : thérapie par réminiscence avec conversations thématiques Groupe d'intervention :	8 séances de 40min, 1 séance par semaine	79 participants Vivant en communauté	Recruté dans des centres de soins intégrés communautaires au Japon	RCT Mesure du niveau d'odorat (EVA) Mesure de la solitude (UCLA) Mesure de la dépression (GDS-15-J) Mesure le sentiment d'utilité (1 question)	Avant et après l'intervention	Diminution de la solitude dans le groupe d'intervention Les scores initiaux de solitude étaient prédictifs du score final dans les deux groupes, mais la perception du stimulus olfactif l'était aussi	Intervention qui met en avant le partage d'expérience, l'odorat favorise l'évocation de souvenirs passés.

	thérapie par réminiscence avec en plus l'utilisation de l'odorat comme déclencheur de souvenirs						dans le groupe d'intervention.	
Wu & Chiou (2023)	Objectif : Evalue un programme intergénérationnel sur les réseaux sociaux Groupe d'intervention : Programme intergénérationnel sur les réseaux sociaux, séance dans un cours de pratique en groupe sur les technologies de l'information, les réseaux sociaux, les activités intergénérationnelles hebdomadaires et les interactions vidéo.	1 séance de 3h30 par semaine pendant 5 semaines	100 participants Agés de 65 ans et plus Avoir au moins un enfant et un petit-enfant âgé de 5 ans ou plus.	Nord de Taiwan	RCT, Critère principal : Mesure des symptômes dépressifs (GDS-15) Critère secondaire : Mesure des relations intergénérationnelles (Intergenerational Relationship Scale) Mesure du soutien social (MSPSS) Mesure du bien-être subjectif (Brief	Avant et après l'intervention à 9 semaines	Amélioration des syndromes dépressifs, des relations intergénérationnelles, du soutien social et du bien-être dans le groupe d'intervention Différence significative entre les groupes	Amélioration des liens intergénérationnels grâce aux TIC.

	Groupe témoin : Pas d'intervention				Subjective Well-Being Scale)			
Jiang et al. (2025)	Objectif : Evalue 3 interventions téléphoniques basées sur des thérapies différentes. Groupe témoin : appels réguliers (ACG) Groupe d'intervention Tele-NT : intervention téléphonique basée sur la thérapie narrative d'amélioration de la sagesse Groupe d'intervention Tele-EP : intervention téléphonique	8 entretiens téléphoniques de 30 min, 2 par semaine pendant 4 semaines	287 participants Agés de 65 à 90 ans Identifié comme solitaire ACG (95; moy = 77.42 ans, SD = 6.95) dont 73.7% de femmes Tele-NT (97; moy = 73.44 ans, SD = 6.59) dont 70.1% de femmes Tele-EP (95 ; moy = 77.67 ans, SD = 7.32) dont 71.6% de femmes	Vivant à Hong-Kong	RCT à trois volets, Critère principal : Mesure de la solitude (échelle De Jong-Gierveld, UCLA) Critère secondaire : Mesure du réseau social (LSNS-6) Mesure du soutien social (MSPSS) Mesure des symptômes dépressifs (PHQ-9) Mesure de la qualité du sommeil (SCI)	Avant et après l'intervention	Les participants Tele-Ep et ACG étaient significativement plus jeunes que les participants tele-NT Télé-NT réduit la solitude (De Jong Gierveld) par rapport à l'ACG. Sinon non significatif pour l'échelle de l'UCLA. Pas de différence entre Télé-EP et ACG. Diminution de la solitude (De Jong Gierveld et UCLA) dans le groupe Tele-NT.	Les auteurs indiquent que les personnes dotées de qualités liées à la sagesse (régulation émotionnelle, empathie et introspection) ont des niveaux de solitude plus faibles. Ces qualités favoriseraient les stratégies d'adaptation, amélioreraient les relations sociales et favoriseraient un sentiment d'objectif de sens dans la vie. Cette étude montre l'impact des

	centrée sur l'empathie						Amélioration de l'engagement social (LSNS) dans les groupes Tele-NT et Tele-EP.	compétences sociales et émotionnelles sur le lien social.
Alaviani et al. (2015)	Objectif : Evalue l'effet d'un programme multistratégique basé sur le modèle de promotion de la santé de Pender. Groupe d'intervention : Réunions de groupe visant à donner aux femmes les moyens d'améliorer leurs relations. 25 personnes par groupe. Groupe témoin : pas d'intervention	4 séances, 2 fois par semaine de 60min	150 participants Femmes Solitude Agés de 60 à 74 ans Groupe témoin (75) Groupe d'intervention (75)	Centre de santé urbain de Gonabad, ville de l'Est de l'Iran	RCT, Mesure de la solitude (UCLA revisité)	Avant et après l'intervention	Diminution de la solitude dans le groupe d'intervention Différence entre les deux groupes après l'intervention Il y a une amélioration des avantages perçus et de l'auto-efficacité perçue, ainsi qu'une diminution des obstacles perçus dans le groupe d'intervention avec une différence	Intervention en groupe incluant des discussions de groupe et de partage d'expérience. L'étude montre l'impact des compétences sociales et émotionnelles sur le sentiment de solitude.

							significative avec le groupe témoin.	
							Les influences interpersonnelles (relation de soutien) ont été améliorées entre le groupe intervention et le groupe témoin.	
Routasalo et al. (2009)	Objectif : Evaluer l'effet d'une intervention infirmière psychosociale de groupe Groupe d'intervention : Intervention de groupe de 7 à 8 participants à visée psychosociale encadrée par deux professionnels. 3 types d'activités : activités artistiques	12 séances, 1 fois par semaine sur 3 mois	235 participants Agés de plus de 74 ans Solitude Groupe témoin (118, moy = 80 ans) dont 72.9% de femmes Groupe d'intervention	7 centres de jour en Finlande	RCT, Mesure de la solitude (UCLA) Mesure du réseau social (Lubben)	Avant et après l'intervention puis 3 mois après	Augmentation du nombre de nouveaux amis dans le groupe d'intervention Aucune différence constatée entre les groupes pour la solitude et le réseau social.	Les auteurs indiquent que le manque de résultats provient de la limite du questionnaire UCLA avec un effet de la désirabilité sociale où la solitude est honteuse. Les auteurs suggèrent d'utiliser l'échelle en dépistage.

	et culturelles ou exercices physiques et discussions ou écriture thérapeutique et groupes de parole		(117, moy = 80 ans) dont 74.4% de femmes					Cependant, Saito et al. (2012) apportent d'autres explications.
	Groupe témoin : poursuite des soins habituels							
Chan et al. (2017)	Objectif : Evalue l'effet d'un programme de tai-chi qigong Groupe témoin : Soins standard, visite régulière des travailleurs sociaux Groupe d'intervention : Tai-chi qigong en binôme avec les bénévoles socialement actifs pendant la pratique	2 séances de 60 min par semaine pendant 3 mois	48 participants Agés de 60 ans ou plus (moy = 77.3ans) Dont 76% de femmes Ne participant à aucune activité sociale	Recrutement dans un centre communautaire de district pour personnes âgées de Hong Kong	RCT, Critère principal : Mesure du réseau social (Lubben) Mesure de la solitude (échelle De Jong Gierveld) Mesure du soutien social (RSSQ) Critère secondaire : Mesure de la santé mentale (MHI-18)	Avant et après l'intervention puis 3 mois après	Pas de différence entre les groupes au bout de 3 mois mais diminution de la solitude au bout de 6 mois (De Jong Gierveld)	Les auteurs expliquent ce décalage par la poursuite autonome de la pratique par les participants après la fin du programme.

					Mesure de l'estime de soi (Rosenberg Self-Esteem Scale) Mesure de la qualité de vie (SF-12)			
Czaja et al. (2018)	Objectif : Evaluer l'effet d'une TIC : le système PRISM Groupe témoin : cahier de notes avec un contenu papier similaire à celui du système PRISM Groupe d'intervention : Système PRISM : système technologique avec accès internet et un guide de ressources, salle de classe dynamique, calendrier, fonction photo, messagerie	Essai de 12 mois	300 participants Vivant de manière autonome dans la communauté Agés (moy = 76.9ans, SD = 7,3) Risque d'isolement social	Miami, Tallahassee et Atlanta aux États-Unis	RCT, Critère principal : Mesure de l'isolement social (Friendship Scale) Mesure de la solitude (échelle de l'UCLA) Mesure du soutien social (Interpersonal Support Evaluation List) Mesure de la taille du réseau social (Lubben) Mesure de la qualité de vie	Mesure au départ, à 6 et à 12 mois	Diminution de l'isolement social et de la solitude dans les deux groupes à 6 et 12 mois. Diminution de la solitude et une augmentation du soutien social perçu plus importante dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin à 6 mois ainsi qu'une tendance à la baisse de l'isolement social	Les TIC peuvent réduire la solitude et l'isolement social. La disparition des effets à 12 mois peut être due au contact des chercheurs avec le groupe témoin puisque des études montrent qu'un simple coup de téléphone peut réduire le sentiment de solitude (Jiang et al., 2025).

	électronique, jeu et aide en ligne				(Quality of Life Scale) Mesure de la vulnérabilité perçue (Perceived Vulnerability Scale) Critère secondaire : Mesure de l'évolution des attitudes envers la technologie et de la maîtrise de l'informatique		Pas de différence entre les groupes à 12 mois	
Saito et al. (2012)	Objectif : Evalue un programme de prévention de l'isolement social. Groupe d'intervention : Programme de soutien éducatif, cognitif et social en groupe pour améliorer les connaissances	4 séances de 2h, toutes les 2 semaines	60 participants Vivant dans la communauté et ayant déménagé dans la banlieue de Tokyo Agés de 65 ans et plus	Japon	RCT, Mesure du bien-être (LSI-A) Mesure des syndromes dépressifs (GDS) Mesure de la solitude (AOK, échelle revisitée de l'UCLA)	Avant l'intervention, à 1 et 6 mois	Diminution du score de solitude dans le groupe d'intervention et augmentation dans le groupe témoin	Diminution de la solitude, surtout chez les personnes qui se sentent seules au départ. Cependant, il existerait peut-être un maintien pour ceux qui ne se sentent pas forcément seuls par rapport au groupe témoin. Différence avec

	communautaires et le réseautage		Groupe témoin (40 ; moy = 72.8 ans, SD = 4.8) dont 70% de femmes Groupe d'intervention (20 ; moy = 72.6 ans, SD = 44) dont 60% de femmes					les résultats de l'étude de Routasalo (2009) : Peut-être dû à une différence au sein des populations : celle de Routasalo se sentait plus solitaire au départ. Ou peut-être par le contenu, puisque l'étude présente prend en compte du réseautage entre les participants et aussi les acteurs de la communauté.
Cohen-Mansfield et al. (2018)	Objectif : Evalue une intervention qui s'attaque aux obstacles des contacts sociaux et vise à accroître l'auto-efficacité sociale.		63 participants Solitude Groupe témoin (35 ;		RCT, Mesure de la solitude (UCLA) Mesure de la fréquence de la	Avant et après l'intervention puis 3 mois après	Diminution de la solitude dans le groupe d'intervention. Différence significative entre les groupes.	Les auteurs recommandent une durée plus longue d'après les retours de participants qui leur indiquaient qu'ils commençaient

	Groupe d'intervention : Intervention I-SOCIAL visait à enlever les obstacles psychosociaux (faible auto-efficacité sociale, obstacles environnementaux), l'identification des obstacles spécifiques à la personne, jusqu'à 10 entretiens individuels et jusqu'à 7 séances de groupe. Groupe témoin : Aucun engagement social ni aucune aide de la part du personnel de recherche		moy = 79 ans, SD = 6.62) Groupe d'intervention (35 ; moy = 76.6 ans, SD = 6.8)		solitude (1 question) Mesure de la gravité de la solitude (1 question)		Le nombre de séances suivies était prédicteur du score de solitude.	tout juste à tisser des liens. L'intervention permet une amélioration des compétences sociales et émotionnelles, notamment sur le sentiment d'auto-efficacité.
Mountain et al. (2017)	Objectif : Evaluer une intervention basée sur l'occupation par	1 séance de groupe par semaine	288 participants	Recruté dans deux centres britanniques	RCT, Critère principal :	Mesure au départ, à 6 et 24 mois	Différence de solitude entre les deux groupes qu'à 24 mois mais	Les auteurs pensent que les participants ne cherchaient pas

	rapport aux soins habituels. Groupe d'intervention : intervention « Lifestyle Matters », intervention de groupe (12 personnes max) sur des thématiques avec un accent sur l'identification des objectifs, leur responsabilisation par le partage de leurs forces et de leurs compétences et leur soutien pour leur permettre de pratiquer des activités nouvelles ou négligées, notamment au sein de la communauté. Groupe témoin : pas d'intervention	pendant 4 mois 1 séance individuelle par mois	Autonome Agés de 65 ans et plus (moy = 72.1ans) Dont 68.1% de femmes Groupe témoin (143) Groupe d'intervention (145)		Mesure du bien-être mental (SF-36) Critère secondaire : Mesure de la santé du patient (PHQ) Mesure de la qualité de vie (EQ-5D-3L) Mesure de la solitude (échelle De Jong Gierveld) Mesure de l'auto-efficacité (GSE) Mesure du bien-être (Office for National Statistics ONS)		d'après les auteurs, les résultats sont discutables.	de soutien actif, ce n'était donc pas un stade de leur vie où l'intervention leur aurait été bénéfique. La différence entre les groupes est expliquée par les auteurs comme une réévaluation des relations et des réseaux sociaux. Les auteurs recommandent d'identifier les PA qui commencent à décliner et d'agir à ce stade pour permettre à l'intervention de réussir.
--	---	---	---	--	--	--	---	--

Johnson et al. (2020)	Objectif : Evalue l'intervention de la chorale Community of Voices	24 séances de 90 min sur 6 mois	390 participants	Dispensé dans 12 centres pour PA soutenus par l'Administration sur le vieillissement, à San Francisco en Californie	RCT, Psychosociaux : Mesure des symptômes dépressifs (PHQ-8) Mesure de la tristesse (NIH Toolbox) Mesure de l'anxiété (NIH Toolbox) Mesure de la solitude (NIH Toolbox) Mesure de l'affect positif (NIH Toolbox) Mesure de l'intérêt pour la vie quotidienne (NIH Toolbox) Mesure cognitive Mesure physique	Avant et après l'intervention	Diminution de la solitude dans le groupe d'intervention avec différence significative entre les groupes	Occasion de développer le réseau social et le soutien social par le biais de l'art.
	Groupe d'intervention : programme de chorale, chaque séance ciblait 3 voies hypothétiques pour promouvoir la santé et le bien-être : engagement cognitif, physique et psychosocial Groupe témoin : démarre 6 mois après.		Agés de 60 ans et plus Groupe témoin (182, moy = 70.5 ans, SD = 7.3) dont 77% de femmes Groupe d'intervention (208, moy = 71.8 ans, SD = 6.9) dont 76% de femmes					

					Mesure sur l'utilisation et les coûts des soins de santé			
Moieni et al. (2021)	Objectif : Évaluer une intervention axée sur la générosité pour obtenir des attentes plus positives concernant le vieillissement. Groupe témoin : écrit sur des sujets neutres Groupe d'intervention : écrire sur des expériences de vie et partager des conseils	6 semaines	73 participants Femmes Agés de 60 ans et plus (moy = 70.9 ans, SD = 6.5) Groupe témoin (35) Groupe d'intervention (38)	Californie, États-Unis	RCT, Mesure de la santé mentale (ERA Survey) Mesure des dispositions sociales (Social Provisions Scale) Mesure de la solitude (UCLA)	Avant et après l'intervention	Une ERA plus positive prédisait des sentiments de solitude plus faibles. Diminution de la solitude dans le groupe d'intervention	Modifier les perceptions personnelles et sociétales du vieillissement permet la diminution de la solitude.
Larsson et al. (2016)	Objectif : Evaluer une intervention sur Internet	1 rencontre individuelle toutes les semaines et en groupe tous	30 participants Agés de 61 à 89 ans		RCT, AB/BA Critère principal	Avant et après l'intervention puis 6 mois après (Après la	Diminution de la solitude avant et après l'intervention pour les deux groupes	Formation sur les compétences numériques qui a un impact sur le sentiment de social.

	Groupe d'intervention : Intervention sociale par des ergothérapeutes en ligne ou à domicile avec rencontre individuelle et de groupe en fonction des besoins. Formation sur l'utilisation d'Internet. Groupe témoin : aucune intervention Modèle AB/BA : Le groupe passe par l'intervention puis le groupe témoin et l'autre groupe inversement.	les 15 jours, durant 1h30 max pendant 3 mois	Dont 80% de femmes Vulnérable à la solitude Groupe témoin (15) Groupe d'intervention (15)		Mesure de la solitude (UCLA) Critère secondaire Mesure de la satisfaction des contacts sociaux (VASs) Mesure de la qualité de compétences sociales (ESI)	fin de l'intervention pour le deuxième groupe)	Pas d'effet de l'interaction entre l'intervention et la répartition des groupes	
De Craen et al. (2006)	Objectif : Evaluer une intervention en ergothérapie		402 participants	Leiden aux Pays-Bas	RCT,	Mesure au départ, à	Pas de différence entre les groupes.	Aucune explication

	Leiden, avec une ergothérapie non sollicitée. Si elle pouvait ralentir l'augmentation du handicap par rapport à l'absence de thérapie. Groupe témoin : soutien standard fourni par le système de services locaux Groupe d'intervention : Intervention en ergothérapie de Leiden. L'ergothérapeute implique le patient dans le processus décisionnel, avec recommandations et informations sur les procédures, les possibilités et les couts des aides techniques et		Vivant à domicile Agés de 85 ans et plus Groupe témoin (moy = 85 ans) dont 67% de femmes Groupe d'intervention (moy = 85 ans) dont 64% de femmes		Critère principal Mesure de la restriction de compétence dans les activités de la vie quotidienne (GARS) Critère secondaire Mesure du bien-être (Cantril's ladder) Mesure de la solitude (échelle De Jong Gierveld)	6, 12, 18 et 24 mois		donnée par les auteurs
--	--	--	--	--	---	----------------------	--	------------------------

	services de proximité. L'ergothérapeute s'est concentré sur 3 catégories : la mobilité, la préparation des repas et les soins personnels.							
Rodriguez-Romero et al. (2021)	Objectif : Evalue une intervention communautaire Groupe d'intervention : comprenait des activités : promotion de la santé et prévention des maladies, activités visant à améliorer l'état mental et émotionnel et des activités visant à créer un réseau social entre les participants, à faire découvrir les différentes ressources du quartier.	18 séances sur une période de 6 mois	55 participants Agés de 65 ans et plus (moy = 80.2, SD = 12.8) Dont 87.3% de femmes Sentiment de solitude modéré ou sévère selon l'échelle de l'UCLA Groupe témoin (26)		RCT, Mesure de la solitude (UCLA) Mesure du degré d'autonomie (Barthel Index) Mesure du degré de déficience cognitive (Pfeiffer test) Mesure des symptômes dépressifs (Yesavage abbreviated questionnaire) Mesure du soutien social perçu (Duke-UNC-11)	Avant et après l'intervention	Près de la moitié des PA ont cessé de se sentir seules. Diminution de la solitude dans le groupe contrôle et différence entre les groupes	D'après les auteurs, ce serait grâce à l'ancrage local (collaboration entre les organisations civiles, sociales et religieuses du quartier).

	Groupe témoin : reçu les soins habituels		Groupe d'intervention (29)		Mesure de la qualité de vie (SF- 12)			
Rolandi et al. (2020)	Objectif : Evalue le vécu des PA pendant le confinement Groupe témoin inactif : liste d'attente Groupe témoin actif : formation sur l'hygiène de vie Groupe d'intervention : formation sur l'utilisation des réseaux sociaux	5 séances de groupe, 2 fois par semaine puis un tutorat individuel pendant 3 semaines, deux fois par semaine	130 participants (moy = 81.8, SD = 1,4) Dont 52% de femmes	Abbiategrosso , près de Milan	RCT, L'utilisation de Facebook et de WhatsApp Mesure de la solitude (UCLA) Mesure de l'engagement social (LSNS-6)	Avant et après l'intervention	Utilisation des réseaux plus élevée dans le groupe formé Le sentiment d'exclusion pendant le confinement était moins présent dans le groupe formé. Les participants formés ont eu une réduction plus légère de leur engagement social par rapport au niveau d'avant le confinement.	Les auteurs soulignent l'intérêt des formations aux outils numériques. Le sentiment d'être mis à l'écart était moins présent dans le groupe d'intervention, indiquant que la formation aux outils numériques permet une diminution de l'écart causé par la fracture numérique.

							Pas de relation entre la fréquence d'utilisation des réseaux sociaux et le sentiment de solitude ainsi que l'engagement social.	
Chow et al. (2019)	Objectif : Evalue une intervention sur le deuil axée sur la théorie Groupe témoin : LOBGI-C, intervention de groupe en deuil axée sur la perte Groupe d'intervention : DPBGI-C, Intervention de groupe en deuil à double processus, axée sur la restauration	7 séances, 1 par semaine de 2h pendant 7 semaines, suivies d'une sortie de 4h la 8 ^{ème} semaine	125 participants Agés de 60 ans et plus (moy = 74.3 ans, SD = 7.5) Dont 81.6% de femmes Groupe témoin (33) Groupe d'intervention (68)	12 centres communautaires offrant des services de santé et sociaux, Hong Kong	RCT, Critère principal : Mesure de la réaction de deuil (Chinese Inventory of Complicated Grief) Mesure de la dépression et de l'anxiété (HADS) Second critère : Mesure de la solitude (échelle De Jong Gierveld) Mesure du soutien social (ISS)	Avant et après l'intervention puis à 16 semaines	Réduction du deuil, de l'anxiété et de la solitude Augmentation du soutien social Diminution de la solitude émotionnelle et sociale dans le groupe d'intervention par rapport au groupe témoin, maintien des résultats pour le groupe d'intervention	Accompagnement du deuil amélioré par une adaptation culturelle Étude centrée sur la culture chinoise (restauration)

Nicholson et al. (2013)	Objectif : Evalue une intervention de soins proposée par des étudiants universitaires.	1h de visites toutes les 2 semaines pendant 4 mois sauf la visite d'admission qui a duré 2h	56 participants Vivant en milieu urbain	Communauté urbaine de taille moyenne du Nord-Est des États-Unis	RCT, Mesure du réseau social (LSNS)	Avant et après l'intervention	Différence significative entre les groupes Le groupe témoin sur la liste d'attente de CARELINK est 12 fois plus susceptible d'être socialement isolé.	Une autre étude de Van Rossum et al. 1993 sur le même programme n'obtenait pas les mêmes résultats. Les chercheurs expliquent cela par le fait que l'étude comprenait que 4 visites dans l'année sur une période de 3 ans, alors que dans cette étude la période était plus courte mais les visites plus fréquentes.
	Groupe d'intervention : Programme CARELINK. Des étudiants en soins infirmiers de dernière année rendent visite à des personnes âgées en milieu communautaire pour développer des relations, identifier l'isolement social et leur fournir des ressources, et notamment élaborer des plans de soins infirmiers personnalisés. Groupe témoin : liste d'attente		Agés de 65 ans et plus (moy = 82.6 ans, SD = 8.7) Dont 73.2% de femmes Groupe témoin (28) Groupe d'intervention (28)					

Wang (2010)	Objectif : Evalue l'effet de l'intervention de yoga Groupe témoin : séance avec film Groupe d'intervention : Cours de Yoga Les deux séances se déroulent dans le même immeuble.	8 séances de 1h, 2 fois par semaine pendant 4 semaines	18 participants Vivant en immeuble de logements sociaux Agés de 60 ans et plus (moy = 74.9 ans, SD = 8.4) Groupe témoin (10) Groupe d'intervention (8)	Philadelphie aux États-Unis	RCT, Mesure de la dépression (CES-D) Mesure du moral (PGMS) Mesure de l'espoir (HHI) Mesure de l'isolement social (UCLA) Mesure de l'équilibre (one leg stand) Mesure de la force du bras (sit-to-stand test) Mesure de la flexibilité (sit-and-reach)	Avant et après l'intervention	Pas de résultats significatifs	Problématique dans le lieu de recrutement du fait du même lieu Manque de résultats peut être dû à la durée de l'intervention trop courte.
Slegers et al. (2009)	Objectif : Evalue l'impact de l'utilisation d'un ordinateur et d'Internet	12 mois, 3 séances de formation	204 participants	Maastricht, Pays-Bas	RCT, Autre mesure	Mesure au départ, à 4 et 12 mois	Pas de résultat significatif	Absence de résultat serait due à la population en bonne santé et

	Groupe témoin : groupe sans intérêt à l'ordinateur Autre groupe témoin : Sans intervention + sans formation Groupe d'intervention : formation + utilisation de l'ordinateur Autre groupe d'intervention : Formation seulement.	de 4h sur 2 semaines	Agés de 64 à 75 ans Groupe témoin (45 ; moy = 69.75 ans, SD = 3.13) Autre groupe témoin (68 ; moy = 68,85 ans, SD = 2.80) Groupe d'intervention (62 ; moy = 68.98 ans, SD = 2.68) Autre groupe d'intervention (61 ; moy = 69.08 ans, SD = 2.87)		Etude sur l'autonomie, le bien-être et le réseau social Mesure de l'autonomie (IADL) Mesure de la solitude (échelle De Jong Gierveld) Mesure de la satisfaction à l'égard de la vie (SWLS) Mesure de l'humeur (SCL) Mesure du réseau social (questions)			avec de bonnes capacités sociales au départ.
Pynnönen et al. (2018)	Objectif : Evaluer une intervention sociale sur les symptômes dépressifs, la mélancolie, la solitude et la	6 mois Les groupes AP et AS se sont réunis 19 à 21 fois	223 participants Agés de 75 à 79 ans (moy = 77 ans)	Jyväskylä en Finlande	RCT, Critère principal : Mesure des symptômes dépressifs (GDS)	Avant et après l'intervention et 3, 6 et 12 mois après	Diminution dans les deux groupes et encore à 12 mois	Résultats chez les personnes se sentant seules et déprimées. Les auteurs expliquent les

	perception de solidarité. Groupe d'intervention : projet GoodMood. Choix à 3 programmes : exercices physiques (AP), suivi personnalisé (SS) et activités sociales (AS) Les 3 programmes incluaient des interactions sociales, les personnes pouvaient influencer les programmes et l'accent était mis sur le bien-être. Groupe témoin : pas d'intervention	par semaine. SS, toutes les 3 semaines de 4 à 5 rencontres.	Dont 75% de femmes Présentant des symptômes de solitude AP (45) SS (33) AS (27) Groupe témoin (118)		Critère secondaire : Mesure de la mélancolie (question) Mesure de la solitude (1 question : Vous sentez-vous seul ?) Mesure de la solidarité perçue (Social Provisions Scale)			résultats par le fait d'être dans une expérimentation avec l'attention portée au participant.
Parry et al. (2016)	Objectif : Evalue le rôle d'une TCC individualisée sur la peur de tomber.	Chaque semaine pendant 8 semaines	415 participants	Services pluridisciplinaires de chute	RCT, Critère principal	Avant et après l'intervention	Aucun effet	Les auteurs expliquent par le fait que les participants ont

	Groupe d'intervention : Intervention TCC (thérapie cognitivo-comportementale) dispensée par des aides-soignantes en complément des soins habituels pour réduire la peur de tomber Groupe témoin : soin habituel	avec une séance de rappel à 6 mois en plus des soins habituels	Vivant à domicile Agés de 60 ans et plus Présentant une peur excessive ou injustifiée de tomber selon le score FES-I Groupe témoin (205) Groupe d'intervention (210)	au Royaume-Uni	Mesure de la peur de chuter (FES-I) Critère secondaire : Mesure de la qualité de vie (EQ-5D) Mesure la solitude (échelle De Jong Gierveld) Mesure de l'anxiété et de la dépression (HADS) D'autres mesures	on plus à 6 et 12 mois		souffert de multiples difficultés physiques et d'évènements indésirables de la vie non pris en charge dans la TCC.
Ehlers et al. (2017)	Objectif : Evaluer la variation du volume cérébral régional, modérer les effets des variations du soutien social et du stress sur l'évolution de la solitude après une intervention d'exercice.	1h 3 fois par semaine pendant 6 mois. Des groupes d'environ 18 personnes.	247 participants (moy = 65.39 ans, SD = 4.56) Don't 68.4% de femmes	Illinois aux États-Unis	RCT, Mesure de la solitude (UCLA) Mesure du soutien social perçu (SPS) Mesure du stress perçu (PSS)	Avant et après l'intervention	Diminution de la solitude avant et après l'intervention	L'augmentation du soutien perçu diminuerait le stress perçu et ainsi la solitude perçue.

	Pas de groupe témoin 4 groupes d'intervention : danse, force/étirement/stabilité, marche et marche plus.		D (69) F/E/S (70) M (54) M+ (54)		Mesure des volumes cérébraux régionaux (IRM)			
Baez et al. (2017)	Objectif : Evalue une intervention technologique permettant la pratique d'exercices en groupe en ligne Deux groupes : Formation sur l'utilisation de la tablette et de l'application Gymcentral. Groupe témoin : entraînement individuel à domicile sans composante sociale	8 semaines, Minimum 2 séances par semaine	37 participants Agés de 65 à 87 ans (moy = 71.2 ans, SD = 5,8) Dont 73% de femmes Groupe témoin (20) Groupe d'intervention (20)	Trente en Italie	RCT, Critère principal : Mesure de la déperdition (proportion de participants perdus à la fin de l'étude) Mesure de l'adhésion Mesure de la capacité physique (exercice du programme Otago, test de la position debout sur chaise de 30sec, test du lever et du départ chronométrés)	Avant et après l'intervention	Pas de différence entre les groupes.	Les auteurs expliquent les résultats par le fait que le groupe témoin a reçu des appels pour répondre à l'enquête, ce qui a permis de faire diminuer aussi le sentiment de solitude. Les messages privés ont été prédictors de la diminution de la solitude.

	Groupe d'intervention : Utilisation de l'application pour un programme d'entraînement personnalisé, entraînement en groupe avec fonctionnalité de messagerie.				Critère secondaire : Mesure du plaisir de l'activité physique (PACES) Mesure du bien-être (MPQ) Mesure de la solitude (UCLA)			
Bickmore et al. (2005)	Objectif : Impact de l'agent relationnel Groupe d'intervention : Agent relationnel pour personne âgée jouant le rôle de conseiller en exercice physique Groupe témoin : soins habituels, plus informations sur les avantages de la marche	2 mois	21 participants Agés de 62 à 84 ans (moy = 74 ans) Dont 86% de femmes	États-Unis	RCT, étude mixte Mesure de la solitude (UCLA) Enregistrement de l'historique des interactions Mesure du nombre de pas (podomètre) Evaluation du système, de la satisfaction par une échelle Mesure de la satisfaction	Avant et après l'intervention	Pas d'effet de l'agent sur la solitude. Et pas de différence entre les groupes. Mais diminution de la solitude dans le groupe témoin Résultat des entretiens : Les PA ont établi un lien social avec le système, ce qui leur a	Les auteurs expliquent le manque d'effet par rapport à la durée de l'étude qu'ils ont estimée trop courte et/ou pas une bonne population cible puisque la majorité ne vivait pas seule.

					(Satisfaction with Life Scale) Mesure de l'état de santé (SF12) Entretiens semi-structurés		permis de les motiver. Certaines personnes lui parlaient fréquemment, lui offrant ainsi un soutien.	
--	--	--	--	--	--	--	--	--

6.2 Description articles qualitatifs

Etude	Description de l'intervention	Durée et fréquence	Population	Terrain et lieu de recrutement	Méthodologie d'évaluation	Résultats	Enseignement pour une intervention
Matto et al. (2021)	Objectif : Effet des cours d'art sur le bien-être Groupe témoin : conversation sociale Groupe d'intervention : cours d'art	Séance de 45 min, 2 fois par semaine pendant 10 semaines	53 participants (moy = 71 ans) Groupe témoin (18) Groupe danse (18)		RCT, Intervention pré-post en trois groupes 3 focus groups à la fin de l'étude Groupes de discussion	Le groupe témoin indique que l'intervention lui a permis d'apprendre les uns des autres, de rencontrer de nouvelles personnes (« opportunité de rencontrer	Importance d'offrir l'occasion de se réunir, de partager des intérêts et de vivre des expériences sociales.

	n : 2 groupes, un groupe danse (danse de salon) et l'autre groupe musique (ukulélé).		Groupe musique (17)		indépendant s	plus de gens »). Dans les trois groupes, il y a eu une acquisition de nouvelles compétences et d'apprentissage mutuel.	
Skingley et al. (2016)	Objectif : Evaluer le point de vue sur l'acceptabilité et les effets sur la santé et le bien-être d'un programme	3 mois avec des séances de 90 min	Agés de 60 ans et plus (moy = 67.3 ans) Dont 84% de femmes	Est du Kant, dans le Sud-Est de l'Angleterre	Etude mixte, RCT Pas d'évaluation quantitative de l'isolement social ou	59 personnes ont évoqué les aspects sociaux. Le bénéfice qu'ils ont trouvé, c'est la possibilité de rencontrer des personnes,	

	de groupe de chant Groupe d'intervention : Groupe de chant Groupe témoin : Pas d'intervention		Groupe d'intervention (105) Entretien : 19 dans le groupe d'intervention et 11 dans le groupe témoin		de la solitude Mesure de la qualité de vie liée à la santé (SF12) Mesure de l'utilité de la santé (Euroqol EQ-5D) Mesure de l'anxiété et de la dépression (HADS) Mesuré au départ, à 3 et 6 mois	de se faire de nouveaux amis, et notamment de partager les mêmes idées et les mêmes ressentis comme le deuil.	
--	--	--	--	--	--	--	--

					Formulation de commentaires à chaque point de collecte (65 personnes ont commenté aux trois moments) et invité à la participation à un entretien		
Hemingway et al. (2013)	Objectif : Impact de l'intervention visant à réduire l'isolement social	2h par semaine	82 participants (moy = 80 ans)	Royaume-Uni	Observation participante, entretiens individuels puis entretiens de groupes	Raison d'isolement social : la perte du conjoint, l'éloignement de la famille	Les amitiés se créent plus facilement avec des activités partagées plutôt qu'avec une

	Intervention : Clubs d'amitié. Les participants se réunissent et choisissent leurs activités.					et des amis proches et une mauvaise santé, le manque de transport disponible. Se retirent eux-mêmes car ils ne se sentent pas en accord avec leur enfant ou la société préfère discuter avec des pairs. Le club leur a permis de se	formation sur l'amitié. 4 stratégies sont identifiées dans l'étude : 1. Améliorer les compétences sociales 2. Renforcer le soutien social 3. Multiplier les opportunités d'interaction sociale 4. Remédier aux troubles cognitifs sociaux
--	---	--	--	--	--	--	--

						faire de nouveaux amis, mais aussi de bénéficier de compagnie et de soutien émotionnel.	
Ballantyne et al. (2010)	Objectif : Evalue une intervention sur les réseaux sociaux en ligne Programme de réseautage social intégré (INSW) : « About my	3 mois	4 participants Agés de 69 à 85 ans Dont 3 hommes 2 personnes vivant seules et 2 personnes		Entretiens approfondis et semi-structurés	Tous les participants ont exprimé leur solitude. Leur niveau de solitude a diminué grâce aux réseaux sociaux. Augmentation du lien, notamment par le fait que se connecter	Importance d'être accompagné dans l'apprentissage d'une application pour diminuer l'anxiété liée à la crainte et l'inquiétude de l'utilisation de l'outil. L'importance des encouragements

	Age » application australienne, réunion hebdomadaire pour former à l'utilisation de l'ordinateur et d'internet.		vivant en couple			leur permettait de rester en contact et de rencontrer de nouvelles personnes via les réseaux sociaux. La connexion internet facilitait le maintien et le renforcement des relations existantes. Le projet a fait émerger une rencontre en face à face des participants pour discuter	et du soutien pour prendre conscience du rôle d'un réseau social d'aide à la personne.
--	---	--	------------------	--	--	--	--

						du projet de réseautage social et se soutenir.	
Cant et al. (2005)	Objectif : Effet des activités d'un projet associatif irlandais Intervention : Projet de bénévolat mené par des Irlandais. Projet culturel irlandais proposant des déjeuners, des activités récréatives, des services		4 femmes et 4 hommes membres du projet	Arrondissement londonien faisant partie des 5% des arrondissements les plus défavorisés du Royaume-Uni	Entretiens semi-structurés, analyse des dossiers et analyse des dossiers membres sur une période de 6 mois	Le projet permet d'obtenir un soutien social.	Offrir un espace pour la création de réseaux et l'interaction sociale. Sentiment d'appartenance créé par la culture (irlandaise). Le projet a conduit au développement de partenariats et d'autres services tels que l'amitié, et un sentiment d'appartenance.

	de défense des droits et d'amitié dans un quartier défavorisé de Londres.						
Cattan et al. (2011)	Objectif : Effet de service d'amitié téléphonique Programme « Call in Time » : projet d'assistance téléphonique Des bénévoles apportent un soutien émotionnel		40 participants Âgés de 55 à 95 ans L'expérience commune de départ est la solitude de toutes ces personnes.	Angleterre et Écosse	Entretien semi-structuré, pour explorer l'impact de l'amitié téléphonique sur le bien-être	Avoir un bénévole d'écoute que les personnes peuvent contacter leur permet de moins se sentir seules. Il partageait des choses intimes avec leur bénévole d'écoute car il ne se sentait pas jugé,	L'objectif était de souligner que les personnes âgées faisaient partie d'une communauté et qu'ils avaient quelque chose à y apporter. Le fait de ne pas se sentir en fardeau leur a permis de gagner en estime de soi et en confiance en eux.

	aux personnes âgées, coordonné par une association caritative.					contrairement à leur famille. Les participants indiquaient avoir peur de revivre comme avant l'expérience : c'est-à-dire des jours sans parler à personne.	Le projet leur a permis aussi de donner un sens à leur vie, d'obtenir un sentiment d'appartenance, de savoir qu'ils ont un ami. Les besoins des personnes âgées soulevés sont d'avoir des conversations ordinaires, de bénéficier d'un service fiable et de confiance, et un développement personnel.
--	--	--	--	--	--	--	---

7. Références

A-B

- Ae-Ri, J., Kowoon, L., & Eun-A, P. (2023). Development and evaluation of the information and communication technology-based Loneliness Alleviation Program for community-dwelling older adults : A pilot study and randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 53, 204-211.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.07.011>
- Alaviani, M., Khosravan, S., Alami, A., & Moshki, M. (2015). The Effect of a Multi-Strategy Program on Developing Social Behaviors Based on Pender's Health Promotion Model to Prevent Loneliness of Old Women Referred to Gonabad Urban Health Centers. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 3(2), 132-140.
- Baez, M., Far, I. K., Ibarra, F., Ferron, M., Didino, D., & Casati, F. (2017). Effects of online group exercises for older adults on physical, psychological and social wellbeing : A randomized pilot trial. *PeerJ*, 5, e3150. <https://doi.org/10.7717/peerj.3150>
- Ballantyne, A., Trenwith, L., Zubrinich, S., & Corlis, M. (2010). 'I feel less lonely' : What older people say about participating in a social networking website. *Quality in Ageing and Older Adults*, 11(3), 25-35.
<https://doi.org/10.5042/qiao.2010.0526>
- Bickmore, T. W., Caruso, L., Clough-Gorr, K., & Heeren, T. (2005). 'It's just

C

- Cant, B., & Taket, A. (2005). Promoting social support and social networks among Irish pensioners in South London, UK. *Diversity and Equality in Health and Care*, 2(4).
<https://www.proquest.com/openview/9ef6c6b35492966dd0b9050b4c19db0f/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2033334>
- Cattan, M., Kime, N., & Bagnall, A.-M. (2011). The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people – an

evaluation. *Health & Social Care in the Community*, 19(2), 198-206.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00967.x>

Chan, A. W., Yu, D. S., & Choi, K. (2017). Effects of tai chi qigong on psychosocial well-being among hidden elderly, using elderly neighborhood volunteer approach : A pilot randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 85-96.
<https://doi.org/10.2147/CIA.S124604>

Chow, A. Y. M., Caserta, M., Lund, D., Suen, M. H. P., Xiu, D., Chan, I. K. N., & Chu, K. S. M. (2019). Dual-Process Bereavement Group Intervention (DPBGI) for Widowed Older Adults. *The Gerontologist*, 59(5), 983-994. <https://doi.org/10.1093/geront/gny095>

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., Shalom, V., Birkenfeld, S., & Cohen, R. (2018). Efficacy of the I-SOCIAL intervention for loneliness in old age : Lessons from a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 99, 69-75.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.01.014>

Comment repérer l'isolement d'une personne âgée ? (2025, juin 12).
<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/preserver-son-autonomie/preserver-son-autonomie-et-sa-sante/comment-reperer-l-isolement-d-une-personne-agee>

Craen, A. J. M. de, Gussekloo, J., Blauw, G. J., Willems, C. G., & Westendorp, R. G. J. (2006). Randomised Controlled Trial of Unsolicited Occupational Therapy in Community-Dwelling Elderly People : The LOTIS Trial. *PLOS Clinical Trials*, 1(1), e2.
<https://doi.org/10.1371/journal.pctr.0010002>

Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N., Rogers, W. A., & Sharit, J. (2018). Improving Social Support for Older Adults Through Technology : Findings From the PRISM Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 58(3), 467-477. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw249>

D-E-G-H

Duan, Y., Yang, M., Wang, Y., Cheng, S., Liang, W., Lippke, S., Zhang, S., & Chen, L. (2025). Effects of a blended face-to-face and eHealth

lifestyle intervention on physical activity, diet, and health outcomes in Hong Kong community-dwelling older adults : A randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 25(1), 2145. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23311-0>

Ehlers, D. K., Daugherty, A. M., Burzynska, A. Z., Fanning, J., Awick, E. A., Chaddock-Heyman, L., Kramer, A. F., & McAuley, E. (2017). Regional Brain Volumes Moderate, but Do Not Mediate, the Effects of Group-Based Exercise Training on Reductions in Loneliness in Older Adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00110>

Espérance de vie—Mortalité – Tableaux de l'économie française | Insee. (s. d.). Consulté 27 novembre 2025, à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937>

Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people : An integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 147-157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>

Hanaoka, H., Yamamoto, M., Tsubouchi, Y., Yorozuya, K., Tsuda, K., Kumota, K., Kubo, Y., Nakashima, D., Muraki, T., Tsunematsu, M., Kaneko, F., Wada, M., & Okamura, H. (2025). Investigating the effects of reminiscence using smells on loneliness and depressive symptoms in community-dwelling older adults : A randomised controlled trial. *Psychogeriatrics*, 25(4), e70037. <https://doi.org/10.1111/psyg.70037>

Hemingway, A., & Jack, E. (2013). Reducing social isolation and promoting well being in older people. *Quality in Ageing and Older Adults*, 14(1), 25-35. <https://doi.org/10.1108/14717791311311085>

Hernández-Ascanio, J., Perula-de Torres, L. Á., Rich-Ruiz, M., González-Santos, J., Mielgo-Ayuso, J., González-Bernal, J., & Group, As. S. C. (2023). Effectiveness of a multicomponent intervention to reduce social isolation and loneliness in community-dwelling elders : A randomized clinical trial. *Nursing Open*, 10(1), 48-60. <https://doi.org/10.1002/nop2.1277>

Ho, A. H. Y., Ma, S. H. X., Tan, M. K. B., & Bajpai, R. C. (2021). A Randomized Waitlist-Controlled Trial of an Intergenerational Arts and Heritage-Based Intervention in Singapore : Project ARTISAN. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.730709>

Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Tan, C. V., Whaley, C., & McMillan, J. (2022). Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(10), e2236676. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.36676>

J-K-L

Jiang, D., Tang, V. F. Y., Kahlon, M., Chow, E. O., Yeung, D. Y., Aubrey, R., & Chou, K.-L. (2025). Effects of Wisdom-Enhancement Narrative-Therapy and Empathy-Focused interventions on loneliness over 4 weeks among older adults : A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 18-30. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2024.07.003>

Johnson, J. K., Stewart, A. L., Acree, M., Nápoles, A. M., Flatt, J. D., Max, W. B., & Gregorich, S. E. (2020). A Community Choir Intervention to Promote Well-Being Among Diverse Older Adults : Results From the Community of Voices Trial. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(3), 549-559. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby132>

Kramer, L. L., Velsen, L. van, Clark, J. L., Mulder, B. C., & Vet, E. de. (2022). Use and Effect of Embodied Conversational Agents for Improving Eating Behavior and Decreasing Loneliness Among Community-Dwelling Older Adults : Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*, 6(4), e33974. <https://doi.org/10.2196/33974>

Lai, D. W. L., Li, J., Ou, X., & Li, C. Y. P. (2020). Effectiveness of a peer-based intervention on loneliness and social isolation of older Chinese immigrants in Canada : A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 20(1), 356. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01756-9>

Larsen, R. T., Korfitsen, C. B., Keller, C., Christensen, J., Andersen, H. B., Juhl, C., & Langberg, H. (2021). The MIPAM trial – motivational

interviewing and physical activity monitoring to enhance the daily level of physical activity among older adults – a randomized controlled trial. *European Review of Aging and Physical Activity*, 18(1), 12.
<https://doi.org/10.1186/s11556-021-00269-7>

Larsson, E., Padyab, M., Larsson-Lund, M., & Nilsson, I. (2016). Effects of a social internet-based intervention programme for older adults : An explorative randomised crossover study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(10), 629-636. <https://doi.org/10.1177/0308022616641701>

L'invisibilité sociale : Une responsabilité collective - Rapport 2016 de | vie-publique.fr. (2016, juin 15). <https://www.vie-publique.fr/rapport/35756-linvisibilite-sociale-une-responsabilite-collective-rapport-2016-de>

M-N-P

Manjunath, J., Manoj, N., & Alchalabi, T. (2021). Interventions against Social Isolation of Older Adults : A Systematic Review of Existing Literature and Interventions. *Geriatrics*, 6(3), 82.
<https://doi.org/10.3390/geriatrics6030082>

Matto, H. C., Ihara, E. S., Tompkins, C., McNeil, K., Lopez-Piper, A., Eber, M., Dhokai, N., Davis, R., Cortes, N., Caswell, S. V., Coogan, S. M., Fauntroy, V., Glass, E., Baraniecki-Zwil, G., & Ambegaonkar, J. P. (2021). A Novel Participant-Empowered Pedagogical Approach to Engage and Retain Control Group Participants in Arts-Based Randomized Controlled Trials. *Families in Society*, 102(4), 529-537.
<https://doi.org/10.1177/1044389421997356>

Moieni, M., Seeman, T. E., Robles, T. F., Lieberman, M. D., Okimoto, S., Lengacher, C., Irwin, M. R., & Eisenberger, N. I. (2021). Generativity and Social Well-Being in Older Women : Expectations Regarding Aging Matter. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), 289-294.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa022>

Mountain, G., Windle, G., Hind, D., Walters, S., Keertharuth, A., Chatters, R., Sprange, K., Craig, C., Cook, S., Lee, E., Chater, T., Woods, R., Newbould, L., Powell, L., Shortland, K., & Roberts, J. (2017). A preventative lifestyle intervention for older adults (lifestyle matters) : A

randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 46(4), 627-634.

<https://doi.org/10.1093/ageing/afx021>

Nicholson, N. R., & Shellman, J. (2013). Decreasing Social Isolation in Older Adults : Effects of an Empowerment Intervention Offered Through the CARELINK Program. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 89-97. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-01>

Parry, S. W., Bamford, C., Deary, V., Finch, T. L., Gray, J., MacDonald, C., McMeekin, P., Sabin, N. J., Steen, I. N., Whitney, S. L., & McColl, E. M. (2016). Cognitive-behavioural therapy-based intervention to reduce fear of falling in older people : Therapy development and randomised controlled trial - the Strategies for Increasing Independence, Confidence and Energy (STRIDE) study. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 20(56), 1-206. <https://doi.org/10.3310/hta20560>

Pynnönen, K., Törmäkangas, T., Rantanen, T., Tiikkainen, P., & Kallinen, M. (2018). Effect of a social intervention of choice vs. control on depressive symptoms, melancholy, feeling of loneliness, and perceived togetherness in older Finnish people : A randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 22(1), 77-84.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1232367>

R-S

Report of the WHO Commission on Social Connection. (s. d.). Consulté 5 novembre 2025, à l'adresse <https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection/report>

Ristolainen, H., Kannasoja, S., Tiilikainen, E., Hakala, M., Närhi, K., & Rissanen, S. (2020). Effects of 'participatory group-based care management' on wellbeing of older people living alone : A randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104095. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104095>

Rodríguez-Romero, R., Herranz-Rodríguez, C., Kostov, B., Gené-Badia, J., & Sisó-Almirall, A. (2021). Intervention to reduce perceived loneliness in community-dwelling older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(2), 366-374. <https://doi.org/10.1111/scs.12852>

Rolandi, E., Vaccaro, R., Abbondanza, S., Casanova, G., Pettinato, L., Colombo, M., & Guaita, A. (2020). Loneliness and Social Engagement in Older Adults Based in Lombardy during the COVID-19 Lockdown : The Long-Term Effects of a Course on Social Networking Sites Use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7912. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217912>

Rossum, E. van, Frederiks, C. M., Philipsen, H., Portengen, K., Wiskerke, J., & Knipschild, P. (1993). Effects of preventive home visits to elderly people. *British Medical Journal*, 307(6895), 27-32. <https://doi.org/10.1136/bmj.307.6895.27>

Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people : Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 297-305. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x>

Saito, T., Kai, I., & Takizawa, A. (2012). Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults : A randomized trial among older migrants in Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 539-547. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.002>

Shapira, S., Yeshua-Katz, D., Cohn-Schwartz, E., Aharonson-Daniel, L., Sarid, O., & Clarfield, A. M. (2021). A pilot randomized controlled trial of a group intervention via Zoom to relieve loneliness and depressive symptoms among older persons during the COVID-19 outbreak. *Internet Interventions*, 24, 100368. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100368>

Shekelle, P. G., Miake-Lye, I. M., Begashaw, M. M., Booth, M. S., Myers, B., Lowery, N., & Shrank, W. H. (2024). Interventions to Reduce Loneliness in Community-Living Older Adults : A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 39(6), 1015-1028. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08517-5>

Skingley, A., Martin, A., & Clift, S. (2016). The Contribution of Community Singing Groups to the Well-Being of Older People : Participant Perspectives From the United Kingdom. *Journal of Applied Gerontology*, 35(12), 1302-1324. <https://doi.org/10.1177/0733464815577141>

Slegers, K., van Boxtel, M., & Jolles, J. (2009). Effects of computer training and internet usage on cognitive abilities in older adults : A

randomized controlled study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 21(1), 43-54. <https://doi.org/10.1007/BF03324898>

Solitude et isolement des personnes âgées selon le lieu de vie. (s. d.). Consulté 8 octobre 2025, à l'adresse <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/sinformer/prises-de-position/milieu-rural-ou-urbain-contre-lisolement-des-personnes-agees-dans-les-territoires/>

T-W

Tong, F., Yu, C., Wang, L., Chi, I., & Fu, F. (2021). Systematic Review of Efficacy of Interventions for Social Isolation of Older Adults. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.554145>

Wang, D. S. (2010). Feasibility of a Yoga Intervention for Enhancing the Mental Well-Being and Physical Functioning of Older Adults Living in the Community. *Activities, Adaptation & Aging*, 34(2), 85-97. <https://doi.org/10.1080/01924781003773559>

Wu, H.-Y., & Chiou, A.-F. (2023). The effects of social media intergenerational program on depressive symptoms, intergenerational relationships, social support, and well-being in older adults : A quasi-experimental research. *Geriatric Nursing*, 52, 31-39. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.05.008>

Rédacteur en chef

Dr Guillaume CHAPELET, responsable recherche du Gérotopôle des Pays de la Loire, CHU de Nantes.

Auteurs

Mme Léontine DEBARNOT, chargée de projets Gérotopôle Auvergne-Rhône-Alpes.

M. Thomas FRANCK, chef de projets, chargé de recherche Ingénierie et modélisation – Gérotopole Auvergne-Rhône-Alpes.

Mme Edwige PROMPT, journaliste indépendante.

Experts scientifiques

Mme Karine PÉRÈS-BOUCHET, chargée de recherche Inserm, PhD, HDR, MDR, Centre de recherche Bordeaux, Population Health U1219, Equipe ACTIVE, Aging, Chronic diseases, Technology, Disability and Environment, Université de Bordeaux.

Dr Françoise FROMAGEAU, médecin gériatre, vice-présidente de la Croix Rouge française, présidente de Monalisa.

M. Arnaud CAMPÉON, enseignant-chercheur, responsable du parcours « Pilotage des politiques et Actions en Santé Publique » Master 2 Santé Publique, Département SHS_ EHESP.

Au nom du conseil scientifique de l'UGF

Pr Gilles BERRUT, secrétaire de l'Union des Gérotopôles de France.

Expertise commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Mme Marion DELAUNE, cheffe de projet prévention – Conseil départemental de Maine-et-Loire.

M. Eric PETTAROS, chargé de mission commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie – Conseil départemental de Seine-et-Marne.

M. Louis LADOUCE, chargé de projets actions de prévention – Conseil départemental de Seine-Saint-Denis.

Secrétariat de rédaction

Mme Valentine DUTHEILLET DE LAMOTHE, cheffe de projet recherche, Gérotopôle des Pays-de-la-Loire.

Coordinatrices

Mme Isabelle DUFOUR, Déléguée Générale de GéronD'if, Gérotopôle d'Ile-de-France.

Mme Valérie BERNAT, Directrice du Gérotopôle des Pays de la Loire.