

Isolement social et solitude chez la personne âgée en temps de pandémie du Covid-19

Dre OANA MANZANARES^{a,*} Dr QUANG DUY TRAN^{a,*} et Dr JULIEN LE BRETON^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 1878-82

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a fragilisé le tissu social des personnes âgées, déjà à risque d'isolement social et de solitude (ISS). Les patients isolés et esseulés ont un risque de mortalité élevé ainsi que d'autres répercussions importantes sur leur santé. La prise en charge de l'ISS est limitée par le manque de consensus dans les définitions, l'absence d'outils de repérage fiables et de stratégies d'intervention. Il a un impact considérable sur la santé et, par conséquent, sur le système des soins. Il devrait être inclus dans les syndromes gériatriques principaux de notre temps. De fait, une prise en charge à part entière est nécessaire et des moyens de prévention doivent être mis en œuvre pour en limiter ses conséquences néfastes.

Social isolation and loneliness among old people during Covid-19 pandemic

The sanitary crisis due to the Covid-19 pandemic limited the social network of elderly people, already at risk of social isolation and loneliness (SIL). Isolated and lonely people have a higher mortality risk and suffer from severe health repercussions. The management of SIL faces multiple difficulties, such as the lack of consensus on the definitions, as well as the absence of reliable screening tools and intervention strategies. SIL have a significant impact on individual health and the overall health system, they should be considered as a distinct geriatric syndrome. Taking care of this condition is necessary and should include the development of preventive strategies to limit its deleterious consequences.

INTRODUCTION

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 a révélé l'importance du contact social dans la conscience collective et a mis en lumière l'isolement social et la solitude (ISS) des personnes âgées.

Les mesures sanitaires (quarantaine, confinement, distanciation sociale et restriction des visites) prises depuis février 2020 ont modifié les relations sociales interindividuelles et intergénérationnelles, fragilisant en particulier le tissu social de la population plus âgée. Or, il est estimé que presque la moitié des personnes âgées de plus de 60 ans sont à risque d'isolement social et un tiers à risque de se sentir seules.¹

On distingue habituellement l'isolement social de la solitude¹⁻⁸ et d'autres concepts plus récents, tels que la fragilité sociale (tableau 1). Vu le risque accru d'ISS en cette période de pandémie, cette problématique est plus que jamais au centre de l'attention.

L'objectif de cet article est de sensibiliser les cliniciens à l'impact de l'ISS sur la santé des personnes âgées, d'examiner les outils de dépistage et les interventions possibles pour mieux identifier ce syndrome et le prendre en charge précocement.

VIGNETTE CLINIQUE

Mme P., 83 ans, était encore active et plutôt indépendante malgré des troubles de la mémoire, entre autres, grâce à l'aide de son mari. Elle faisait ses courses avec son époux et recevait au moins un membre de la famille tous les dimanches. Mme P. marchait sans moyen auxiliaire, sortait au moins 4 x/semaine: elle faisait partie d'un club de bridge se réunissant 1 x/semaine et retrouvait ses copines au moins 2 fois dans la semaine pour bavarder autour d'un café. Son semainier était préparé par les infirmières, qui venaient 1 x/semaine.

Avec les restrictions dues à la pandémie de Covid-19, Mme P. s'est retrouvée privée de la routine qu'elle avait depuis des années: plus de sorties, plus de visites. Sa famille a pris ses distances pour les protéger, elle et son mari. Son semainier a été préparé par sa pharmacie à la suite d'un arrêt pour maladie de son infirmière.

Deux semaines après le début du confinement, Mme P. a commencé à avoir des troubles du sommeil et a manifesté une angoisse et une irritabilité croissantes. La peur l'a envahie et le climat d'incertitude a aggravé son ressenti. Elle s'est sentie piégée. Son médecin traitant lui a prescrit une benzodiazépine par téléphone à la suite d'un appel de son époux. Un mois après, Mme P. avait complètement inversé son rythme nyctéméral et développé une incontinence urinaire. Elle a présenté une agitation psychomotrice importante et s'est montrée agressive verbalement envers son mari. La situation est vite devenue ingérable pour ce dernier et a motivé une consultation aux urgences.

Après exclusion d'une cause somatique, elle a été hospitalisée sous contrainte en psychogériatrie. Là, le cadre contenant et la restauration d'une routine structurante avec des promenades régulières permettent de l'apaiser. Une institutionnalisation a finalement été décidée pour cette patiente coupée complètement de son réseau et submergée par un climat de peur.

^aService de gériatrie, Département de réadaptation et gériatrie, HUG, 1211 Genève 14

oanm@hcuge.ch | t.q.duy@outlook.com | julien.lebreton@hcuge.ch

*Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

TABLEAU 1

Définitions

Solitude: sentiment subjectif négatif en lien avec une carence quantitative du réseau social (solitude sociale) ou absence qualitative de compagnie ou de rapport avec autrui (solitude émotionnelle). La solitude peut être ressentie même si le réseau social est présent²

Isolement social: absence ou pauvreté objective de contact social (définition unidimensionnelle). L'isolement social peut être présent sans le sentiment de solitude. L'approche multidimensionnelle est plus complexe car elle incorpore la qualité et la quantité des relations ainsi que l'association avec la solitude²

Fragilité sociale: déficit ou insuffisance de ressources capables de satisfaire les besoins sociaux de base, fluctuants au long de la vie¹⁶

UN IMPACT PSYCHOLOGIQUE CERTAIN, MAIS HÉTÉROGÈNE

Les limitations de visite (amis, famille, soignants) liées à la pandémie ont attiré l'attention sur la santé psychologique de la population âgée en raison de sa vulnérabilité psychosociale, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier.

En Suisse, une étude transversale fribourgeoise a noté un impact négatif de la crise du Covid-19 sur le moral de 38% des personnes âgées ayant répondu aux questionnaires, impliquant notamment le sentiment d'être un fardeau pour leur famille ou la société.⁹ Si le sentiment de solitude était déjà présent pour 35% d'entre elles avant la crise, 27% des personnes interrogées le ressentent encore davantage après.

Cette même étude souligne néanmoins une grande capacité d'adaptation de la population âgée qui a su rester active tout au long de la crise. Cette résilience face au stress lié à la quarantaine, à l'anxiété et à la dépression est appuyée par d'autres études.^{10,11}

Ces résultats sous-évaluent toutefois les différences individuelles qui sont très significatives chez la population âgée.⁶ Par exemple, les «jeunes âgés» (65-69 ans) ont globalement moins bien vécu la crise que leurs aînés.⁹ Comparés à ces derniers, l'impact moral était plus mauvais, tout comme leur préoccupation pour leurs proches. Ils ont davantage ressenti une différence de traitement ou une injustice liées uniquement à l'âge.

La pandémie de Covid-19 a renforcé la fragilité de la population âgée préalablement vulnérable; elle a aussi exposé une population «âgée saine» à un risque d'événements indésirables lié à l'ISS sur le long terme.

TABLEAU 2

Événements indésirables associés à l'isolement social et à la solitude

EMS: établissement médico-social.

Physique	Mentale	Utilisation des services de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité • Maladies cardiovasculaires et diabète • Morbidité • Fragilité • Déconditionnement physique et fréquence de chute augmentée • Malnutrition et carence en vitamine D 	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles psychiatriques: dépression, anxiété, suicide • Démence • Modification d'habitudes de vie (tabac, alcool, troubles alimentaires ou du sommeil, etc.) • Sentiment de bien-être diminué • Observance thérapeutique diminuée • Maltraitance 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du nombre d'hospitalisation et du risque de réhospitalisation • Augmentation de consultations aux urgences • Augmentation de consultations chez le médecin traitant • Admission précoce en EMS

(Adapté des réf. 2-5).

DE MULTIPLES CONSÉQUENCES, DONT LA MORTALITÉ

Dans leur revue de littérature, Palmer et coll. ont identifié des risques accrus de chutes, de malnutrition ou d'hypovitaminose D avec la réduction de l'activité physique et la modification d'autres habitudes de vie en période de quarantaine.¹² Ces conséquences néfastes étant partagées par l'ISS, une part leur est attribuable.

Parmi les événements indésirables liés à l'ISS (tableau 2), les plus étudiés et robustes concernent le risque augmenté à long terme de coronaropathie et d'AVC, de dépression et d'anxiété, ainsi qu'une mortalité accrue.³

Une méta-analyse a montré une augmentation de la mortalité de 29% liée à l'isolement social et de 26% à la solitude.¹³ Ce risque de mortalité est équivalent à celui du tabagisme (> 15 cigarettes/jour) et supérieur à d'autres facteurs connus tels que la consommation à risque d'alcool, l'obésité ou l'hypertension. De plus, une autre méta-analyse montre une probabilité de survie augmentée de 50% pour les patients ayant de forts liens sociaux.¹⁴

L'ISS est encore associé à une augmentation de consultations chez le médecin traitant et aux urgences. Enfin, la probabilité d'une réhospitalisation durant l'année est 4 à 5 fois supérieure chez les patients âgés isolés.²

L'ÂGE AVANCÉ, UN FACTEUR DE RISQUE, MAIS PAS UNIQUE

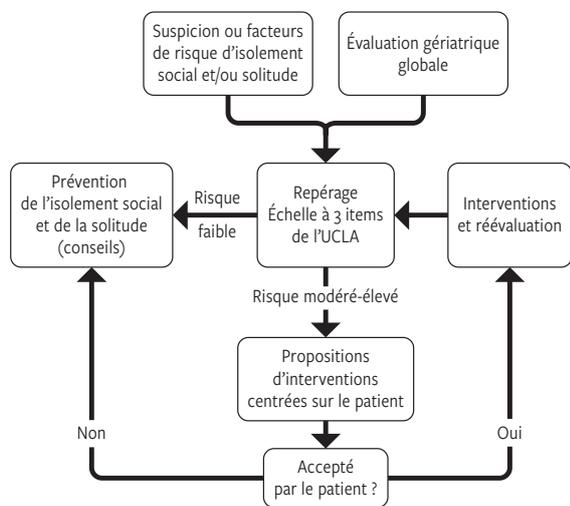
Plusieurs facteurs de risque d'ISS sont mentionnés dans la littérature (tableau 3). Néanmoins, une causalité formelle est difficile à établir avec l'ISS en raison de leur caractère fluctuant, ainsi que des liens parfois bidirectionnels et multifactoriels.

Freedman et Nicolle incitent à considérer l'ISS comme un authentique syndrome gériatrique⁵ qui mérite une attention particulière au cours d'une évaluation gériatrique globale (figure 1).

Les facteurs de risque d'ISS sont des éléments clés pouvant aider le clinicien à repérer les patients pour lesquels des interventions peuvent être proposées (figure 1 et tableau 2).

FIG 1 Proposition de prise en charge de l'isolement social ou de la solitude

UCLA: University of California, Los Angeles.



UN REPÉRAGE PAS SI FACILE... QUOIQU'

Le repérage de l'ISS chez la personne âgée se heurte à plusieurs difficultés: a) le manque de consensus dans les outils de mesure et de repérage; b) le caractère fluctuant de l'ISS et c) le fait qu'elles peuvent survenir séparément ou simultanément.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation, mais aucune n'englobe de manière satisfaisante à la fois la solitude et l'isolement social.³ La plupart des échelles ont été conçues principalement à des fins de recherche. Souvent longues, elles sont peu opérationnelles en pratique clinique, particulièrement concernant l'isolement social.

L'échelle la plus pratique et dont l'usage est recommandé pour le dépistage de la solitude est la version courte de celle de l'Université de Los Angeles en Californie (échelle à 3-items de l'UCLA; **tableau 4**).^{4,5} Le seuil d'intervention reste cepen-

TABLEAU 3 Facteurs de risques d'isolement social

Ces éléments sont également des facteurs de risque de solitude et de fragilité sociale. EMS: établissement médico-social; LGBTQ+: lesbiennes, gays, bisexuel·le·s, trans, queers ou en questionnement et les communautés connexes.⁵

Facteurs sociaux

- **Démographiques:** sexe féminin, âge avancé, LGBTQ+, vie en EMS, vie en région rurale, être issu d'immigration, vie solitaire, vie loin de sa famille, non marié (célibataire, divorcé, veuf)
- **Économiques:** pauvreté, faible niveau d'éducation
- **Environnementaux:** manque d'accès aux moyens de transport (dont la perte du permis de conduire), carence en ressources sociales, événements de la vie (deuil, retraite, départ d'un enfant, problème de santé, conflit avec des proches, etc.), être locataire, être un proche aidant, peu de participations aux activités sociales, peu d'amis

Facteurs médicaux

- Multimorbidité, troubles sensoriels (par exemple, hypoacousie, troubles visuels), limitation fonctionnelle, troubles cognitifs, victime d'agisme

(Adapté des réf. 5,6,17).

nant à l'appréciation du clinicien. Cette échelle a un autre avantage; elle permet d'engager la conversation au sujet du réseau social de chaque patient.

QUE FAIRE?

La complexité inhérente au sentiment d'ISS rend difficile le repérage et l'évaluation par le médecin traitant. Par ailleurs, les mécanismes étiologiques impliqués sont multiples, d'où le besoin d'adapter les interventions afin d'être le plus pertinent possible (**tableau 5**). Les multiples intervenants impliqués ajoutent une difficulté supplémentaire à une prise en charge structurée et optimale.

En pratique, la première ligne de prise en charge (et de prévention) de l'ISS pour la plupart des personnes âgées est assumée par leur soutien informel (famille, amis et voisins). Les intervenants formels potentiels (services médicaux, sociaux, de protection, soins à domicile, etc.) ne prennent en général le relais qu'en cas de défauts des premiers ou dans les situations plus complexes. Ces services font eux-mêmes face à d'autres difficultés comme le manque de ressources humaines et donc de temps pour les patients, procurant des soins plutôt ponctuels et parfois limités pour la dimension émotionnelle. Des disparités de prise en charge en termes de situation socio-économique et géographique s'ajoutent aux difficultés des interventions possibles sur l'ISS.

Plusieurs études et revues systématiques se centrent sur les interventions visant la diminution de l'ISS dans la population âgée.^{1,15} Elles s'accordent autour des limitations méthodologiques des études menées jusqu'à présent: a) le manque de consensus dans les définitions et les outils de mesure et b) la courte durée de suivi qui ne permet pas de démontrer clairement les effets bénéfiques sur la santé ou sur l'utilisation du système de santé.

Selon Gardiner et coll.,¹⁵ malgré l'inconstance et parfois la contradiction des résultats, la plupart des interventions ont montré un certain degré d'efficacité même s'il reste difficile d'identifier clairement la meilleure stratégie. Les éléments qui favorisent le succès d'une intervention sont:

- Adapter l'intervention au contexte local.
- Impliquer les personnes âgées dans sa conception, son développement et sa mise en œuvre.
- Susciter un engagement actif (plutôt que passif).
- Définir un objectif commun précis.

TABLEAU 4 Échelle à 3-items de l'UCLA

Score de 3 à 9; un score plus élevé indique un degré de solitude plus élevé. UCLA: University of California, Los Angeles.

Questions	Jamais	Parfois	Souvent
À quelle fréquence sentez-vous que vous manquez de compagnie?	1	2	3
À quelle fréquence vous sentez-vous exclu?	1	2	3
À quelle fréquence vous sentez-vous isolé des autres?	1	2	3

(Adapté de réf. 5).

TABLEAU 5 Interventions selon leur mécanisme d'action

Intervention	Description	Quelques exemples non exhaustifs de programmes utiles (certains ont été suspendus temporairement avec la pandémie de Covid-19)
Facilitation sociale	Création et entretien des liens sociaux à travers des projets dans la communauté et la promotion d'une alimentation saine, l'aide au voisinage, groupes de parole, cafés thématiques	<ul style="list-style-type: none"> Quartiers solidaires: www.quartiers-solidaires.ch Pas de retraite pour ma santé: www.labelcommunesante.ch/fr/retraite-pour-sante-427.html TAVOLATA: www.tavolata.ch (présente dans 23 cantons) Vicino: www.vicino-luzern.ch Quartier entwicklung: www.quartierentwicklung-schaffhausen.ch/ Projet Ponte/Canton des Grisons: www.srk-gr.ch/ponte Association KISS: www.kiss-zeit.ch/index.php/einstieg-kiss.html Vieillir en forme: https://be.prosenectute.ch/fr/vieillir_en_forme/consultation.html Vieillir dans son quartier: www.altersfreundliches-frauenfeld.ch/projekte/programme-awiq/projekt-awiq.html/42
Thérapies psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> Axées sur la réduction du stress, mindfulness, programmes d'amélioration cognitive ou pour les proches aidant-e-s des personnes atteintes d'une démence Thérapies de suivi individuel 	<ul style="list-style-type: none"> Pro Senectute Espaces proches. Centre d'information et de soutien pour les proches aidant-e-s: www.espaceproches.ch/qui-sommes-nous Mindefulness Swiss: www.mindfulness.swiss/home-2/
Thérapies avec des animaux	<ul style="list-style-type: none"> Visite des animaux aux établissements médico-sociaux Avoir un animal de compagnie 	<ul style="list-style-type: none"> Aide Senior Animaux: www.asajfk.ch/
Activités physiques	Promotion de la santé à travers l'activité physique des personnes âgées, des groupes intergénérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Être et rester mobile: Pro Senectute Équilibre en marche: Pro Senectute GYM Seniors: www.ge.prosenectute.ch/gym-seniors Marchons ensemble: www.zämegolaufe.ch Fondation Hopp: www.hopp-la.ch Projet âge et migration: www.heks.ch/was-wir-tun/altum-alter-und-migration Domigym: www.vs.prosenectute.ch/cours-formation/domigym-bouger-domicile-2699.html Café Balance: www.gesundheit.bs.ch/gesundheitsfoerderung/bewegung/seniorinnen-senioren/caffe-balance.html Rythmique Jacques-Dalcroze: www.info-seniors@dalcroze.ch «Septembre bouge» et «Bougez à la maison!» à Neuchâtel: www.ne.ch/autorites/DFDS/SSPO/sport-pour-tous/Pages/Septembre-bouge.aspx www.ne.ch/autorites/DFDS/SSPO/Pages/Bougez-à-la-maison!.aspx
Programmes d'amitié	Accompagnement individuel, bénévolat	<ul style="list-style-type: none"> Alzheimer Suisse (présente dans 21 sections cantonales): www.alzheimer-schweiz.ch/fr/page-daccueil Croix-Rouge: www.redcross.ch/fr
Loisirs, activités culturelles et perfectionnement des compétences	<ul style="list-style-type: none"> Formations pour seniors Conférences info-seniors Ateliers et formations pratiques Bibliothèques communales 	<ul style="list-style-type: none"> Pro Senectute: www.prosenectute.ch/fr.html Croix-Rouge: www.redcross.ch/fr Fédération suisse des universités des séniors: www.uni-3.ch
Axés sur la technologie	<ul style="list-style-type: none"> Soutien téléphonique Utilisation des applications et appareils connectés 	Chaîne téléphonique: Pro Senectute

(Adapté de réf. 15).

Les modes de participation aux interactions sociales sont en lien direct avec les niveaux socioculturels et de formations de chacun. Du fait de la distanciation sociale durant la période de pandémie de Covid-19, les activités centrées sur la technologie ont pris de l'ampleur, laissant de côté une partie de la population âgée encore plus à risque d'ISS. Toutefois, des groupes d'entraide pour faire les courses, les chaînes téléphoniques de soutien et d'autres activités se sont organisés au niveau des quartiers de manière spontanée et créative, témoin d'une résilience, d'une collaboration et d'une solidarité qui confirmeront au moins deux des facteurs de succès soulevés par Gardiner.

PRÉVENTION: PAS SEULEMENT EN PÉRIODE DE PANDÉMIE

Le caractère multifactoriel de l'ISS, impliquant des liens parfois bidirectionnels, limite la détermination de facteurs protecteurs à proprement parler. Ces derniers reposent

principalement sur un réseau social stable, répondant aux besoins sociaux,⁷ sur la correction de facteurs de risque modifiables (par exemple, appareillage auditif, traitement de l'incontinence urinaire) et sur certaines interventions (par exemple, thérapies psychologiques ou animales).

Plusieurs conseils généraux peuvent être donnés aux personnes âgées afin qu'elles se sentent davantage connectées aux autres et plus résistantes au sentiment débutant de solitude. Adaptés aux mesures de distanciation sociale, Hwang et coll.⁸ en dénomment trois:

- Maintenir les connexions sociales en passant du temps avec la famille et aussi à travers les technologies disponibles.
- Répondre aux besoins basiques et maintenir des activités saines: satisfaire les besoins de bases (nourriture, médicaments...), structurer les journées, maintenir des activités mentales et physiques, poursuivre des activités extérieures si possible.

- Prêter attention aux symptômes émotionnels et psychiatriques: réguler ces symptômes (trouver de bonnes sources d'information, méditation, support émotionnel pour la famille et les amis...), considérer les symptômes psychiatriques (prévenir et chercher de l'aide au besoin), être particulièrement attentifs aux patients déments et à leurs proches aidants.

Finalement, Teater et coll. suggèrent qu'après une urgence sanitaire publique impliquant une quarantaine, les patients socialement isolés devraient être identifiés et contactés 6 mois après la fin de l'isolement afin d'évaluer le sentiment de solitude.⁷

CONCLUSION

La pandémie de Covid-19, en soulignant l'importance du tissu social, a révélé l'existence d'un mal silencieux préjudiciable à la santé de la population âgée, tant psychologique que physique.

Face à l'ISS, nous sommes tous mis à l'épreuve. Il devient urgent de soutenir la recherche dans ce domaine, d'organiser une approche multidisciplinaire et d'uniformiser les outils de dépistage. L'hétérogénéité du vieillissement constitue également un défi pour l'élaboration de projets nationaux. En cette

période troublée, combattre l'ISS par la prévention, tout en recréant le lien transgénérationnel, pourrait se révéler l'une des meilleures stratégies pour diminuer les coûts croissants de la santé.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient le Pr Panteleimon Giannakopoulos et l'ensemble des assistantes sociales de l'Hôpital des Trois-Chêne, HUG, pour leurs lectures et leurs conseils avisés.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'isolement social et la solitude sont liés à un risque de mortalité, de morbidité et à une utilisation accrue des ressources sanitaires
- L'isolement social et la solitude sont semblables à un syndrome gériatrique
- L'échelle à 3-items de l'University of California, Los Angeles (UCLA) est un outil de dépistage de la solitude, pouvant permettre d'investiguer indirectement le soutien social des patients
- Une attention particulière doit être prêtée aux patients socialement vulnérables durant cette période de pandémie

1 Landeiro F, Barrows P, Nuttall Musson E, Gray AM, Leal J. Reducing Social Isolation and Loneliness in Older People: a Systematic Review Protocol. *BMJ Open* 2017;7:e013778.

2 Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, Isolation and the Health of Older Adults: Do We Need a New Research Agenda? *J R Soc Med* 2012;105:518-22.

3 **Leigh-Hunt N, Baggeley D, Bash K, et al. An Overview of Systematic Reviews on the Public Health Consequences of Social Isolation and Loneliness. *Public Health* 2017;152:157-71.

4 Perissinotto C, Holt-Lunstad J, Periyakoil VS, Covinsky K. A Practical Approach to Assessing and Mitigating Loneliness and Isolation in Older Adults. *J Am Geriatr Soc* 2019;67:657-62.

5 **Freedman A, Nicolle J. Isolement social et solitude : les nouveaux géants gériatriques. *Can Fam Physician* 2020;66:e78-85.

6 La santé des 65 ans et plus en Suisse latine | OBSAN (En ligne) (cité le 11 août 2021). Disponible sur : www.obsan.admin.ch/de/publikationen/la-sante-des-65-ans-et-plus-en-suisse-latine

7 Teater B, Chonody JM, Davis N. Risk and Protective Factors of Loneliness among Older Adults: The Significance of Social Isolation and Quality and Type of Contact. *Soc Work Public Health* 2021;36:128-41.

8 *Hwang TJ, Rabheru K, Peisah C, Reichman W, Ikeda M. Loneliness and Social Isolation During the COVID-19 Pandemic. *Int Psychogeriatr* 2020;32:1217-20.

9 * Les 65 ans et plus au coeur de la crise COVID-19 (rapport général) (En ligne) (cité le 9 juillet 2021). Disponible sur : www.hets-fr.ch/files/ecole/no_menu/cov65ans/65ansplus_Rapport_final-complet_HETS-FR.pdf

10 Wissmath B, Mast FW, Kraus F,

Weibel D. Understanding the Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic and Containment Measures: an Empirical Model of Stress. *medRxiv* 2020;2020.05.13.20100313.

11 Czeisler ME, et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic – United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* (En ligne). 2020;69 (cité le 12 août 2021). Disponible sur : www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6932a1.html

12 Palmer K, Monaco A, Kivipelto M, et al. The Potential Long-Term Impact of the COVID-19 Outbreak on Patients with Non-Communicable Diseases in Europe: Consequences for Healthy Ageing. *Aging Clin Exp Res* 2020;32:1189-94.

13 Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review

2015;29.

14 *Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med* 2010;7:e1000316.

15 **Gardiner C, Geldenhuys G, Gott M. Interventions to Reduce Social Isolation and Loneliness Among Older People: an Integrative Review. *Health Soc Care Community* 2018;26:147-57.

16 Lozupone M, La Montagna M, Di Gioia I, et al. Social Frailty in the COVID-19 Pandemic Era. *Front Psychiatry* (En ligne). 2020;11 (cité le 22 juin 2021). Disponible sur : www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.577113/full

17 Rahman A, Jahan Y. Defining a « Risk Group » and Ageism in the Era of COVID-19. *J Loss Trauma* 2020;25:631-4.

* à lire

** à lire absolument