

**État des connaissances sur l'isolement social et la
solitude des parents, de la grossesse à la fin de la
petite enfance : définitions, instruments de mesure,
ampleur et facteurs associés**

État des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance : définitions, instruments de mesure, ampleur et facteurs associés

Direction du développement des individus et des communautés

Décembre 2020

AUTEURE

Stephani Arulthas, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et
des communautés

AVEC LA COLLABORATION DE

Émilie Audy, conseillère scientifique spécialisée
Andréane Melançon, conseillère scientifique spécialisée
en développement de l'enfant
Direction du développement des individus et
des communautés

SOUS LA COORDINATION DE

Roseline Olivier-Pilon, chef d'unité scientifique
Johanne Laguë, adjointe à la programmation
scientifique et à la qualité
Direction du développement des individus et
des communautés

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Marie-Ève Clément, professeure titulaire
Département de psychoéducation et de psychologie,
Université du Québec en Outaouais

Julie Levesque, conseillère scientifique
Direction du développement des individus et des
communautés, Institut national de santé publique du
Québec

Lisa Merry, professeure adjointe
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

André Tourigny, médecin spécialiste
Direction du développement des individus et des
communautés, Institut national de santé publique du
Québec

RÉVISION PAR LES PAIRS

Paule Lebel, médecin-conseil
Direction régionale de santé publique, CIUSSS du
Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Édith Guilbert, médecin-conseil
Direction du développement des individus et des
communautés, Institut national de santé publique du
Québec

SOUTIEN À LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Roxanne Lépine, bibliothécaire
Direction Valorisation scientifique et qualité

MISE EN PAGE ET RELECTURE

Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et
des communautés

Les membres du comité scientifique et les réviseurs ont
été conviés à apporter des commentaires sur la version
préfinale de cette production scientifique et par
conséquent, n'en ont pas révisé le contenu final.

REMERCIEMENTS

L'auteure souhaite remercier Vicky Lafantaisie,
professeure au Département de psychoéducation et de
psychologie, Université du Québec en Outaouais, pour
sa contribution au comité scientifique qui a grandement
éclairé la suite de la production de ce document.

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec
au : <http://www.inspq.qc.ca>.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute
autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle
sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits
d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante :
<http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.*

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2021
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-88475-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Table des matières

Liste des tableaux	III
Faits saillants	1
Sommaire	3
1 Introduction	7
1.1 Mise en contexte	7
1.2 L'isolement social et la solitude : un enjeu de santé publique.....	7
1.3 Objectif du mandat	8
2 Méthodologie	9
3 Résultats	11
3.1 Caractéristiques des publications retenues	11
3.2 Définition des concepts	15
3.2.1 Solitude	15
3.2.2 Isolement social	15
3.2.3 Distinction entre l'isolement social, la solitude et concepts apparentés	16
3.3 Mesure de l'isolement social et de la solitude	18
3.3.1 Instrument de mesure de l'isolement social ou de la solitude : Échelle de solitude de U.C.L.A.	18
3.3.2 Instruments de mesure de l'isolement social	18
3.3.3 Instruments de mesure de la solitude.....	19
3.4 Ampleur de l'isolement social et de la solitude	20
3.5 Facteurs associés à l'isolement social et à la solitude.....	21
3.5.1 Facteurs individuels	23
3.5.2 Facteurs familiaux	25
3.5.3 Facteurs socioéconomiques et culturels	27
3.5.4 Facteurs communautaires et sociétaux.....	29
3.5.5 Facteurs temporels	32
4 Discussion	35
4.1 Limites des connaissances et pistes de recherche.....	37
5 Conclusion	39
6 Références	41
Annexe 1 Méthodologie détaillée	47
Annexe 2 Description détaillée des publications retenues	55
Annexe 3 Définitions de concepts apparentés	79

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques des études provenant de la littérature scientifique	12
Tableau 2	Caractéristiques des documents provenant de la littérature grise.....	14
Tableau 3	Éléments de définition de l'isolement social, de la solitude et des concepts apparentés	17
Tableau 4	Facteurs associés à l'isolement social et à la solitude selon le type de facteur, le nombre et la proportion de publications.....	22
Tableau 5	Facteurs individuels associés à l'isolement social et à la solitude selon l'association étudiée	24
Tableau 6	Facteurs familiaux associés à l'isolement social et à la solitude selon l'association étudiée	26
Tableau 7	Facteurs socioéconomiques et culturels associés à l'isolement social et la solitude selon l'association étudiée	28
Tableau 8	Facteurs communautaires et sociétaux associés à l'isolement social et à la solitude selon l'association étudiée	31
Tableau 9	Facteurs temporels associés à l'isolement social et à la solitude selon l'association étudiée	33
Tableau 10	Stratégie de recherche dans EbscoHost.....	49
Tableau 11	Littérature grise : les sites consultés	51
Tableau 12	Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique	57
Tableau 13	Description détaillée des documents retenus provenant de la littérature grise	75

Faits saillants

Cet état des connaissances dresse un portrait des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents lors de la période de la périnatalité et petite enfance (PPE). Ce travail permet d'informer les acteurs de santé publique œuvrant auprès des parents et de leurs familles sur différents aspects de ces deux phénomènes. Un examen de la portée (*scoping review*) a été réalisé afin de recenser : 1) les définitions de l'isolement social, de la solitude et de faire la distinction avec certains concepts apparentés; 2) les principaux instruments utilisés afin de mesurer l'isolement social et la solitude; 3) l'ampleur de l'isolement social et de la solitude dans la population d'intérêt, ainsi que 4) les principaux facteurs associés à l'isolement social et à la solitude.

Les connaissances actuelles sur l'isolement social et la solitude pendant la période de la PPE sont peu nombreuses. Toutefois, l'état des connaissances a permis de constater que :

- Un consensus émerge selon lequel l'isolement social et la solitude seraient deux réalités distinctes. L'isolement social est considéré comme un paramètre objectif qui réfère à une carence de contacts sociaux significatifs et soutenus, en quantité et en qualité. La solitude, quant à elle, serait un paramètre subjectif qui résulte de la perception par l'individu d'un écart entre la quantité et la qualité des relations sociales réelles et souhaitées. Malgré ce consensus émergeant, certaines publications abordant à la fois l'isolement social et la solitude ne font pas de distinction formelle entre ces deux concepts;
- L'échelle de solitude de U.C.L.A. est l'instrument de mesure le plus souvent utilisé dans les publications examinant l'isolement social ou la solitude ou les deux chez les parents pendant la période de la PPE. Par ailleurs, aucun instrument de mesure utilisé aux fins d'enquêtes populationnelles ciblant les parents, permettant de mesurer l'ampleur du phénomène dans cette population cible n'a été recensé dans la littérature consultée;
- Les littératures scientifique et grise ne permettent pas de décrire adéquatement l'ampleur du phénomène chez les parents pendant la période de la PPE, car les données disponibles varient de façon importante;
- Il existe une grande diversité de facteurs associés à l'isolement social, à la solitude, ou aux deux concepts. Ces facteurs portent sur des aspects pluriels de la vie des parents pendant la période de la PPE : les caractéristiques de l'individu, de la famille, ainsi que des facteurs économiques et socioculturels, communautaires, sociétaux et temporels;
- Cinq constats émergents concernant les facteurs associés à l'isolement social et la solitude présents dans la littérature : 1) les publications portent surtout sur l'identification des caractéristiques individuelles du parent; 2) les facteurs associés aux deux phénomènes peuvent être multiples et interdépendants; 3) l'isolement social et la solitude sont des phénomènes résultant de systèmes complexes; 4) les deux phénomènes sont associés à certains facteurs de vulnérabilité socioéconomique chez les familles et 5) certains facteurs associés à l'isolement social et à la solitude représentent également des déterminants de la parentalité;
- L'examen de la portée a également permis de déterminer les limites des connaissances actuelles, ce qui permet d'affirmer que les phénomènes en question méritent d'être plus amplement étudiés. Plusieurs sujets demeurent à explorer en lien avec l'isolement social et la solitude : la prévalence; l'influence des nouvelles technologies; les facteurs socioéconomiques et culturels, communautaires et sociétaux; les différentes dimensions de la parentalité et le développement de l'enfant; l'expérience des pères; l'effet sur les parents vulnérables sur le plan socioéconomique; et les stratégies visant à prévenir ou à contrer l'isolement social et la solitude pendant la période de la PPE.

Sommaire

Introduction

En 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris l'actualisation du Cadre de référence des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ces travaux ont permis entre autres de réviser les critères d'admissibilité au programme. Dorénavant, la vulnérabilité est définie à partir du statut socioéconomique, du niveau de scolarisation et d'un nouveau critère, l'isolement social.

Depuis les vingt dernières années, à notre connaissance, aucune revue de la littérature scientifique traitant de l'isolement social des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance, n'a été publiée. Face à ce constat, un état des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents pendant la période de la périnatalité et petite enfance (PPE) a été réalisé. Ce travail permet d'informer les acteurs de santé publique œuvrant auprès des parents et de leurs familles sur différents aspects de ces deux phénomènes dont : 1) les définitions de l'isolement social, de la solitude et de faire la distinction avec certains concepts apparentés; 2) les principaux instruments utilisés afin de mesurer l'isolement social et la solitude; 3) l'ampleur de l'isolement social et de la solitude dans la population d'intérêt, ainsi que 4) les principaux facteurs associés à l'isolement social et à la solitude.

Méthodologie

La méthode employée pour réaliser le présent état des connaissances est l'examen de la portée (*scoping review*). Ce type de démarche permet d'examiner l'étendue, l'envergure et la nature potentielle de la littérature existante sur un sujet. Une recherche documentaire a été effectuée dans plusieurs bases de données EbscoHost avec les mots-clés relatifs à deux concepts thématiques, soit : « la périnatalité et la petite enfance » et « l'isolement social et la solitude ». Dans un deuxième temps, une démarche similaire a été entreprise pour trouver des documents de littérature grise. De nouvelles références provenant du dépouillement des publications consultées et des experts ont par la suite été ajoutées. Les publications ont été sélectionnées en fonction de certains critères. Conformément à la méthodologie proposée pour un examen de la portée, aucune évaluation de la qualité méthodologique des publications sélectionnées n'a été complétée. Au total, quarante publications ont été retenues, soit trente articles scientifiques et dix documents provenant de la littérature grise.

Principaux résultats

Trente écrits scientifiques mesurant ou décrivant l'isolement social ou la solitude ont été répertoriés. La moitié aborde l'isolement social, 13 articles abordent la solitude et deux articles abordent les deux concepts. La majorité des études cible les femmes enceintes ou les nouvelles mères. Ces études utilisent essentiellement trois catégories de devis de recherche : les études transversales (12), les études longitudinales (10) et les études qualitatives (7). Une étude utilise un devis mixte. Dix documents provenant de la littérature grise complètent le bassin de connaissances : quatre documents abordent l'isolement social et la solitude, tandis que trois documents abordent seulement l'isolement social ou la solitude. La majorité de ces documents cible les deux parents.

Onze études proposent une définition de l'isolement social ou de la solitude en contexte de périnatalité et de petite enfance. Certaines caractéristiques clés ont été repérées pour chacun des deux concepts. Un consensus émerge selon lequel l'isolement social et la solitude seraient deux réalités distinctes. L'isolement est considéré comme un paramètre objectif qui réfère à une carence de contacts sociaux significatifs et soutenus, en quantité et en qualité. La solitude, quant à elle, serait un paramètre subjectif qui résulte de la perception par l'individu d'un écart entre la quantité et la

qualité des relations sociales réelles et souhaitées. Malgré ce consensus émergent, certaines publications abordant à la fois l'isolement social et la solitude ne font pas de distinction formelle entre ces deux concepts.

Onze instruments élaborés dans le but de mesurer l'isolement social, la solitude ou ces deux concepts indistinctement ont été recensés. L'échelle de solitude de U.C.L.A. est l'instrument de mesure le plus souvent utilisé pour mesurer l'isolement social et la solitude des parents pendant la période de la PPE. Par ailleurs, aucun instrument de mesure utilisé aux fins d'enquêtes populationnelles ciblant les parents, permettant de mesurer l'ampleur du phénomène dans la population cible n'a été recensé dans la littérature consultée.

Dans l'ensemble, les connaissances existantes ne permettent pas de décrire adéquatement l'ampleur du phénomène chez les parents pendant la période de la PPE, car les données disponibles varient de façon importante.

Les littératures scientifique et grise traitent des facteurs associés à l'isolement social, à la solitude ou aux deux. Il existe une grande diversité de facteurs associés à ces deux phénomènes portant sur des aspects pluriels de la vie des parents pendant la période de la PPE : les caractéristiques de l'individu, de la famille, ainsi que des facteurs économiques et socioculturels, communautaires, sociétaux et temporels.

Discussion

À la lumière des connaissances recensées, cinq constats émergent concernant les facteurs associés à l'isolement social et la solitude présents dans la littérature : 1) les publications portent surtout sur l'identification des caractéristiques individuelles des parents affectés; 2) les facteurs associés à l'isolement social et à la solitude peuvent être multiples et interdépendants; 3) l'isolement social et la solitude sont des phénomènes résultant de systèmes complexes avec des boucles de rétroactions; 4) les deux phénomènes sont associés à certains facteurs de vulnérabilité socioéconomique chez les familles et 5) certains facteurs associés à l'isolement social et à la solitude représentent également des déterminants de la parentalité.

L'examen de la portée a également permis de déterminer les limites des connaissances actuelles, ce qui permet d'affirmer que les phénomènes en question méritent d'être plus amplement étudiés. Plusieurs sujets demeurent à explorer en lien avec l'isolement social et la solitude : la prévalence; l'influence des nouvelles technologies; les facteurs socioéconomiques et culturels, communautaires et sociétaux; les différentes dimensions de la parentalité et le développement de l'enfant; l'expérience des pères; l'effet sur les parents vulnérables sur le plan socioéconomique; et les stratégies visant à prévenir ou à contrer l'isolement social et la solitude pendant la période de la PPE.

Dans l'ensemble, les connaissances parcellaires sur les phénomènes de l'isolement social et de la solitude des parents pendant la période de la PPE sous-tendent l'importance d'innovation dans les actions de santé publique, ainsi que l'importance de faire preuve de prudence et de créativité là où les connaissances sont manquantes. Le manque de données spécifiques aux parents et aux parents en devenir démontre également un besoin d'évaluation des actions de santé publique en lien avec l'isolement social et la solitude pendant la période de la PPE. Enfin, il peut s'avérer intéressant, pour orienter l'action, de compléter les connaissances actuelles avec celles provenant d'autres groupes de la population, les personnes âgées par exemple, que ce soit au sujet des données disponibles sur les définitions, les instruments de mesure, les facteurs de risque et les impacts sur la santé.

Conclusion

Les connaissances actuelles sur l'isolement social et la solitude pendant la période de la PPE sont peu nombreuses. Néanmoins, compte tenu de l'influence des parents et du milieu familial sur le parcours de vie des enfants, les parents vivant une transition vers la parentalité ou ayant de jeunes enfants sont un groupe de la population qui mérite d'être étudié. Concrètement, cet état des connaissances peut servir de point d'ancrage pour de futurs travaux documentant les stratégies existantes pour prévenir l'isolement social ou la solitude des parents et de leurs familles, ainsi que les stratégies de soutien lorsqu'ils sont touchés par cette réalité.

1 Introduction

1.1 Mise en contexte

En 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris l'actualisation du Cadre de référence des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Ces travaux ont permis entre autres de réviser les critères d'admissibilité au programme. Dorénavant, la vulnérabilité est définie à partir du statut socioéconomique, du niveau de scolarisation et d'un nouveau critère, l'isolement social (1). Ce changement a des répercussions dans le domaine de la périnatalité et petite enfance, car le programme occupe un rôle important en ce qui concerne l'axe promotion-prévention de la santé publique au Québec.

Depuis les vingt dernières années, à notre connaissance, aucune revue de la littérature scientifique traitant de l'isolement social des parents, de la grossesse à la fin de la petite enfance, n'a été publiée. Réaliser un état des connaissances sur l'isolement social des parents pendant cette période afin de décrire la nature et l'étendue des connaissances scientifiques disponibles à ce sujet est donc pertinent. Dès lors, le MSSS a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat de réaliser une synthèse faisant état des connaissances actuelles sur ce phénomène.

Précisons que cet état des connaissances cible à la fois la problématique de l'isolement social et de la solitude, car ces deux concepts sont souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature. Une distinction sera apportée entre les deux, lorsque les données le permettent.

1.2 L'isolement social et la solitude : un enjeu de santé publique

L'isolement social et la solitude sont de plus en plus reconnus comme étant des déterminants majeurs de la santé. Plusieurs revues démontrent les impacts néfastes de l'isolement social et de la solitude sur la santé de la population. Entre autres, des associations sont documentées relativement à une mortalité et une morbidité élevée, une diminution des comportements favorables à la santé et une surutilisation des services de santé (2–6). De plus, leurs impacts sur l'état de santé et la mortalité sont reconnus comme étant comparables ou supérieurs à plusieurs autres facteurs de risque de mortalité bien identifiés, tels que le tabagisme, la sédentarité, l'obésité et l'hypertension (2, 5). Ces données proviennent principalement d'études conduites auprès de groupes de personnes âgées, de groupes d'adultes ou de groupes de personnes de tout âge confondu.

Pourtant, il se peut que la nature, l'évolution et l'expérience de l'isolement social et de la solitude diffèrent selon les sous-groupes de la population et le parcours de vie des individus. Dès lors, il s'avère pertinent de documenter les problématiques de l'isolement social et de la solitude auprès des familles vivant la transition vers la parentalité ou ayant de jeunes enfants, puisque la santé et le bien-être des parents, ainsi que le milieu familial dans lequel les enfants évoluent dans les premières années de leur vie ont un impact important sur leur développement.

1.3 Objectif du mandat

L'objectif de cet état des connaissances est de dresser un premier portrait des connaissances disponibles sur l'isolement social et la solitude des parents lors de la période de la périnatalité et de la petite enfance (c'est-à-dire de la grossesse à l'âge de 5 ans), afin d'informer les acteurs de santé publique œuvrant auprès des parents et leurs familles.

Afin d'atteindre cet objectif, le présent état des connaissances s'intéressera à la description des aspects suivants :

- 1) Les définitions de l'isolement social et de la solitude, ainsi que leur distinction avec certains concepts apparentés;
- 2) Les principaux instruments utilisés afin de mesurer l'isolement social et la solitude;
- 3) Les connaissances face à l'ampleur de l'isolement social et de la solitude;
- 4) Les principaux facteurs associés à l'isolement social et à la solitude.

2 Méthodologie

Afin de réaliser cet état des connaissances sur les problématiques de l'isolement social et de la solitude pendant la période de la PPE, un examen de la portée (*scoping review*) a été mené. Ce type de démarche vise à examiner l'étendue, l'envergure et la nature potentielle de la littérature existante sur un sujet (7). Entre autres, un examen de la portée permet de cartographier les concepts clés qui sous-tendent un domaine de recherche, ainsi que de clarifier les définitions et les limites conceptuelles d'un sujet (8). Le cadre méthodologique proposé par Arksey et O'Malley (7) a été utilisé pour orienter la démarche, ainsi que les bonifications proposées par Levac, Colquhoun et O'Brien et le *Joanna Briggs Institute* (8, 9).

Une recherche documentaire a été effectuée dans plusieurs bases de données EbscoHost (voir l'annexe 1 pour les détails de la méthodologie). Les mots-clés relatifs à deux concepts thématiques, soit, la périnatalité et la petite enfance et l'isolement social et la solitude ont été utilisés (voir le tableau 10 de l'annexe 1). Dans un deuxième temps, une démarche similaire a été entreprise pour repérer des documents de littérature grise (voir le tableau 11 de l'annexe 1). De nouvelles références provenant du dépouillement des publications consultées et des experts ont par la suite été ajoutées. Les publications retenues dans la sélection finale ont été sélectionnées selon certains critères d'inclusion et d'exclusion (voir l'annexe 1).

Plus de 150 publications ont été consultées au total (littératures scientifique et grise). Trente articles scientifiques et dix autres documents ont été retenus après lecture complète (voir figure 1 dans l'annexe 1). Conformément à la méthodologie proposée pour un examen de la portée, aucune évaluation de la qualité méthodologique des publications sélectionnées n'a été complétée (7-9).

Deux moyens ont été mis en place afin d'assurer la qualité de cet état des connaissances, soit le soutien d'un comité scientifique et la révision des contenus par des relecteurs internes et externes. Ces démarches s'inscrivent également dans l'étape de consultation de la méthodologie développée par Arksey et O'Malley (7) afin d'informer et de valider les résultats de l'examen de la portée.

3 Résultats

Cette section décrit les connaissances disponibles sur l'isolement social et la solitude des parents lors de la période de la PPE. Elle se décline en cinq parties. Dans la première, les principales caractéristiques des publications retenues sont résumées. Les parties suivantes portent sur : 1) les définitions; 2) les instruments de mesure; 3) l'ampleur du phénomène; et 4) les facteurs associés à l'isolement social et à la solitude.

3.1 Caractéristiques des publications retenues

Une analyse préliminaire des études provenant de la littérature scientifique permet de faire ressortir un grand éventail d'objectifs de recherche, de méthodologies et de résultats, en ce qui a trait aux études sur l'isolement social et la solitude en contexte de périnatalité et de petite enfance. Cette grande variabilité s'explique de plusieurs façons : les définitions et dimensions utilisées pour décrire les situations d'isolement social et de solitude, la représentativité des personnes participantes (p. ex. : mères adolescentes, immigrantes, toxicomanes) et les modalités de collecte des données (p. ex. : questionnaire en ligne, entrevue par téléphone ou en personne).

Des 30 écrits scientifiques répertoriés, la moitié abordent l'isolement social (10–24) et 13 études abordent la solitude (25–37). Seules deux études abordent les deux concepts (38, 39). La moitié des études ont été effectuées dans les dix dernières années, soit entre 2009 et 2019 (11–16, 24–29, 31, 38, 39) et proviennent d'Amérique du Nord (11, 20, 23, 24, 30, 33–37, 39), d'Europe (12–14, 18, 21, 26, 27, 29, 31, 32, 38), d'Australie (15–17, 19, 22) et du Japon (10, 25, 28). La majorité des articles (26) cible les femmes enceintes ou les nouvelles mères (10–26, 28, 30, 33–39) et quelques-uns ciblent des sous-groupes de femmes enceintes ou de nouvelles mères en particulier. Seules quatre études ciblent les deux parents, soit les mères et les pères (27, 29, 31, 32). Aucune étude n'a été effectuée auprès des pères exclusivement. De plus, deux études ciblent des acteurs d'intérêt, dont les professionnels de la santé et des services sociaux et les représentants du gouvernement local (13, 15).

Sur le plan méthodologique, la majorité des études rapporte des données primaires (24 études) (11, 13, 15–19, 21–29, 31, 33–39). Douze études répertoriées utilisent un devis transversal (10, 16, 18, 19, 24, 25, 28, 29, 33–36), dix utilisent un devis longitudinal (11, 12, 14, 21, 27, 30–32, 37, 39), sept, un devis qualitatif (13, 15, 17, 20, 22, 26, 38) et une, un devis mixte (23). L'objectif d'un examen de la portée étant de décrire la nature et l'étendue de la littérature existante, les études découlant d'un même échantillon n'ont pas été exclues lorsque des résultats distincts ont été rapportés (soit 11 études découlant de quatre échantillons) (11, 12, 14, 27, 29, 31, 32, 34–36, 39). Enfin, mentionnons que cet état des connaissances n'inclut pas d'évaluation systématique de la qualité de chacune des études répertoriées. Même si les études ont toutes été publiées dans des revues avec comités de lecture, certaines d'entre elles peuvent être de moindre qualité du point de vue méthodologique que d'autres.

Le tableau 1 présente les principales caractéristiques de la littérature scientifique.

Tableau 1 Caractéristiques des études provenant de la littérature scientifique

Variable	Nombre d'articles ¹
Concepts	
Isolement social	15
Solitude	13
Isolement social et solitude	2
Période d'étude	
2019-2009	15
2008-1999	10
Période d'étude non rapportée	5
Pays d'étude	
Canada	6
États-Unis	5
Finlande	4
Australie	5
France	2
Japon	3
Angleterre	4
Pays-Bas	1
Population ciblée²	
Femmes enceintes ou nouvelles mères	26
<i>Problématiques complexes</i>	3
<i>Adolescentes/jeunes</i>	3
<i>Immigrantes</i>	1
<i>Diversité ethnoculturelle</i>	2
<i>Primipare</i>	1
<i>Prises en charge³</i>	1
<i>Situation de faible revenu</i>	1
Parents	4
Professionnels de la santé et des services sociaux, employés du gouvernement local	2
Type de données	
Primaires	24
Secondaires	5
Non rapportée	1
Type d'étude	
Transversale	12
Longitudinale	10
Qualitative	7
Mixte	1

¹ N total = 30 articles.

² Un même article peut cibler plusieurs groupes de la population décrits dans ce tableau.

³ Mères prises en charge par les services sociaux ou les services de protection de la jeunesse lors de leur enfance.

Dix documents de la littérature grise complètent le bassin de connaissances. Quatre documents abordent l'isolement social et la solitude (40–43), tandis que trois documents abordent seulement l'isolement social (44–46) ou la solitude (47–49). La majorité de ces documents (huit) ont été publiés dans les dix dernières années (40–45, 47, 49), bien que certaines informations concernant la période d'étude ne soient pas rapportées pour la moitié des documents (40, 42, 44, 47, 49). Les documents proviennent des mêmes pays que ceux mentionnés pour la littérature scientifique sauf un, qui provient de l'Écosse (41). Contrairement, à la littérature scientifique, la majorité de ces documents ciblent les parents (mères et pères) (sept d'entre eux) (40–43, 45, 47, 48). Même si ces documents ont été publiés par des organisations reconnues, certains d'entre eux peuvent être de moindre qualité du point de vue méthodologique que d'autres.

Le tableau 2 présente les principales caractéristiques de la littérature grise.

Une description plus détaillée des publications retenues est disponible en annexe (voir l'annexe 2).

Tableau 2 Caractéristiques des documents provenant de la littérature grise

Variable	Nombre de documents ¹
Concepts	
Isolement social	3
Solitude	3
Isolement social et solitude	4
Date de publication	
2019-2009	8
2008-1999	2
Période d'étude	
2019-2009	2
2008-1999	3
Période d'étude non rapportée	5
Pays de publication	
Canada	3
Écosse	1
Australie	2
Angleterre	4
Population ciblée²	
Femmes enceintes ou nouvelles mères	3
<i>Jeune âge</i>	2
<i>Expérience d'itinérance</i>	1
Parents	7
<i>Faible revenu, faible scolarité et jeune âge</i>	1
<i>Immigrants</i>	1
Professionnels de la santé et des services sociaux, employés du gouvernement local	2
Type de publication	
Rapport de recherche	7
Document de pratique	1
Rapport gouvernemental	1
Autre type de rapport	1
Auteur	
Instance gouvernementale	2
Instance d'enseignement et de la recherche publique	5
Organisme sans but lucratif	3

¹ N total = 10 documents.

² Un même article peut cibler plusieurs groupes de la population décrits dans ce tableau.

3.2 Définition des concepts

Cette section présente les définitions conceptuelles et les descriptions utilisées dans les publications retenues. Cet exercice permet à la fois de définir les différents concepts, de faire des liens entre eux et de les situer les uns par rapport aux autres dans le contexte de la PPE. Par souci de synthèse, seuls les concepts de solitude et d'isolement social sont discutés en détail dans cette section.

3.2.1 SOLITUDE

Huit études définissent le concept de la solitude. Deux études reprennent les écrits de Peplau et Perlman (50) qui définissent la solitude comme étant une expérience désagréable qui se produit lorsque le réseau de relations sociales d'une personne est déficient, soit quantitativement ou qualitativement (25, 28). La solitude serait un sentiment subjectif qui se produit lorsqu'il y a un décalage entre les relations sociales réelles et souhaitées chez l'individu (27, 29, 31), ou encore une perception d'un soutien social, émotionnel ou physique insuffisant lorsque l'individu en a besoin (37). La solitude serait relativement indépendante du nombre réel de contacts ou de l'étendue du réseau social. Dès lors, la solitude peut être vécue même en présence d'autrui (29, 31, 32). De même qu'être seul ne signifie pas nécessairement se sentir seul (31, 32).

Certaines études distinguent deux dimensions de la solitude : la solitude sociale et la solitude émotionnelle (51). La solitude sociale serait caractérisée par l'absence d'un réseau social ou le manque d'un sentiment d'appartenance à un groupe (29, 31, 32) ou encore par l'isolement social (27). La solitude émotionnelle, quant à elle, serait caractérisée par un manque d'attachement ou de relations intimes avec une autre personne (27, 29, 31, 32).

Enfin, trois types ou degrés de sévérité de solitude sont décrits, soit : une solitude transitoire, une solitude situationnelle, déclenchée par un élément perturbateur ou une expérience inattendue, et une solitude chronique, caractérisée par des relations sociales inadéquates depuis deux ans ou plus (26).

Dans la littérature grise, Lavigueur, Coutu et Dubeau (48) utilisent le concept de la solitude ressentie qu'ils définissent comme étant le sentiment d'isolement ou de la perception d'une privation de relation.

3.2.2 ISOLEMENT SOCIAL

En contraste avec les multiples définitions proposées pour la solitude, très peu d'articles définissent l'isolement social. Trois études décrivent le concept de l'isolement social. Celui-ci englobe les caractéristiques structurelles et objectives des relations sociales, dont le nombre et le type de contacts, la diversité, la densité et la réciprocité dans le réseau social, ainsi que la fréquence et la durée des contacts. Dès lors, l'isolement social serait caractérisé par un manque objectif de contacts sociaux significatifs et soutenus (25) ou encore par une solitude sociale, comme indiqué plus haut (27). Par ailleurs, selon Honda, Fujiwara et Kawachi (10), l'isolement serait un état de manque de capital social.

Dans la littérature grise, l'isolement social est défini comme un état objectif qui réfère à la qualité (vue par d'autres et non telle que perçue par l'individu) et à la quantité de relations sociales inadéquates à différents niveaux (individuel, groupe, communautaire et sociétal) (41, 44).

3.2.3 DISTINCTION ENTRE L'ISOLEMENT SOCIAL, LA SOLITUDE ET CONCEPTS APPARENTÉS

Six publications abordent à la fois l'isolement social et la solitude, bien que toutes ne définissent pas un concept par rapport à l'autre (38–43). Cinq publications ne font pas de distinction entre les deux concepts et les utilisent de façon interchangeable (38–40, 42, 43). Seule une publication décrit la relation conceptuelle entre l'isolement social et la solitude (41). Cette distinction est reprise dans certaines publications qui abordent soit l'isolement social ou la solitude, mais elles proposent quand même une définition pour chacun des deux concepts (25, 44, 47). Selon ces publications, l'isolement social et la solitude ne sont pas nécessairement liés. Un individu qui bénéficie d'une multiplicité de contacts peut se sentir seul. À l'inverse, un individu isolé socialement peut ne pas se sentir seul. L'isolement social se distinguerait de la solitude par son caractère objectif, car il est caractérisé par un manque de contacts sociaux. La solitude, quant à elle, serait caractérisée par une perception émotionnelle d'un manque d'interaction, ou encore par la façon dont l'individu perçoit et vit un manque d'interaction (25, 41, 44).

Toutefois, deux publications proposent un caractère subjectif à l'isolement social, comme indiqué plus haut. Selon Schuez-Havupalo et collab. (27), la solitude sociale serait caractérisée par l'isolement social. Par ailleurs, Lavigneur, Coutu et Dubeau (48) définissent la solitude ressentie par « le sentiment d'isolement ». Précisons néanmoins que dans l'ensemble, les publications tendent vers une définition de l'isolement social et de la solitude comme étant des phénomènes complexes et multidimensionnels.

Cet exercice d'identification des différentes définitions des concepts d'isolement social et de solitude a également permis de répertorier les définitions de certains concepts apparentés retrouvés dans les publications ciblant la période de la PPE. Les différentes définitions utilisées dans les publications retenues sont présentées dans l'annexe 3. À des fins de compréhension pour les sections qui suivent, le tableau 3 résume ces définitions et présente les éléments-clés de chaque concept.

Tableau 3 Éléments de définition de l'isolement social, de la solitude et des concepts apparentés

Concept	Définition
Solitude	Écart entre la quantité et la qualité des relations sociales réelles et souhaitées (25–29, 31, 32, 37, 40, 41, 44, 47–49)
Solitude sociale	Absence d'un réseau social ou manque d'un sentiment d'appartenance à un groupe (29, 31, 32)
Solitude émotionnelle	Manque d'attachement ou relations intimes avec une autre personne (27, 29, 31, 32)
Isolement social	Carence de contacts sociaux significatifs et soutenus en quantité et qualité (10, 25, 27, 41, 44, 47, 48)
Soutien social	Ensemble d'actions ou de ressources qui fournissent une aide à une personne avec qui il existe une relation personnelle (15, 16, 30, 33, 38, 41)
Réseau social	Réfère au nombre et à la fréquence des contacts sociaux (41)
Capital social	Ensemble de ressources dont bénéficient les individus et les collectivités, et qui existent grâce aux réseaux sociaux (10, 16, 17)
Connexion sociale	Décrit comme la contrepartie de l'isolement social (24)
Connexions sociales au sein d'une communauté	Sentiment d'appartenance à la communauté, basé sur la perception d'une similitude interpersonnelle, sur l'interdépendance entre chaque individu et la volonté de maintenir celle-ci (17)
Défavorisation sociale ou socioéconomique	Réfère aux dimensions financière et professionnelle des inégalités sociales qui résultent dans la réduction des relations et des activités normales (12, 14, 18)
Exclusion sociale	Processus par lequel certains individus ou groupes sont marginalisés. Ce processus implique un manque de ressources (19, 44)
Exclusion relationnelle	Manque de soutien social et de relations sociales (38)
Stigmatisation	Mise à l'écart d'un individu ou groupe pour des attributs qui sont considérés comme contraires aux normes de la société (11, 23)

3.3 Mesure de l'isolement social et de la solitude

L'état des connaissances réalisé a permis de répertorier onze instruments élaborés dans le but de mesurer l'isolement social et la solitude des parents pendant la période de la PPE (22 études). Tous servent à déterminer la présence ou l'absence de l'isolement social, de la solitude ou les deux, chez le parent. Aucun instrument de mesure n'est utilisé aux fins d'enquêtes populationnelles portant spécifiquement sur les parents, pour déterminer l'ampleur du phénomène ou les groupes à risque élevé.

3.3.1 INSTRUMENT DE MESURE DE L'ISOLEMENT SOCIAL OU DE LA SOLITUDE : ÉCHELLE DE SOLITUDE DE U.C.L.A.

Onze études empiriques qui étudient, à la fois l'isolement social ou la solitude ou les deux chez les parents pendant la période de la PPE, utilisent différentes versions de l'Échelle de solitude de U.C.L.A. (*UCLA Loneliness Scale* (52)) (11, 25, 27–33, 37, 39). L'outil est composé de vingt questions qui portent sur les sentiments de solitude et d'isolement social, basées sur la théorie de la solitude sociale et émotionnelle de Weiss (51). On répond à chacune des questions sur une échelle de Likert (1 [jamais] à 4 [souvent]) pour un score total entre 20 et 80. Les scores plus élevés indiquent des degrés supérieurs de solitude.

L'instrument est largement utilisé dans différentes populations, car il est jugé d'une bonne fiabilité et validité dans diverses cultures et contextes (25, 29–31, 37, 39). Plus précisément, deux études de la validité et de la fiabilité de l'échelle dans un échantillon de parents pendant la période de la PPE ont été recensées, soit une version japonaise et une version finnoise (25, 32). Les auteurs concluent que ces versions peuvent être utilisées dans l'évaluation de la solitude auprès des parents, dans plusieurs milieux, soit en milieu clinique ou en santé publique, étant donné leur simplicité, leur grande fiabilité et validité.

3.3.2 INSTRUMENTS DE MESURE DE L'ISOLEMENT SOCIAL

Sept études qui étudient l'isolement social utilisent des instruments de mesure autres que l'Échelle de solitude de U.C.L.A.

Honda, Fujiwara et Kawachi (10) utilisent un questionnaire avec deux éléments pour mesurer l'isolement maternel, soit les préoccupations en lien avec les tâches reliées à la parentalité et le réseau social de la mère. L'isolement maternel y est défini par la présence de beaucoup ou de certaines préoccupations concernant les tâches liées à la parentalité et le fait de n'avoir personne à qui faire appel dans son réseau social. Il n'est pas clair si ce questionnaire a fait l'objet d'une validation.

Husain et collab. (21) utilisent le *Life Events and Difficulties Schedule* (53) pour examiner les situations d'isolement social. Cet outil est une mesure psychologique validée des événements de vie stressants, soit des conditions sociales défavorables, dont l'isolement social. Il est administré sous forme d'entrevue semi-structurée, le but étant de dresser un portrait des événements stressants ou des difficultés étant survenus au cours des douze mois précédant l'entrevue, en tenant compte de plusieurs domaines de la vie : famille, travail, santé, relations interpersonnelles. L'objectif est de décrire les événements afin de procéder à la cotation de la gravité que représente chacun, selon plusieurs dimensions. Deux manuels de référence guident les chercheurs dans la cotation.

McDaniel, Coyne et Holmes (24) utilisent un questionnaire sur le sentiment de connexion. Deux questions évaluent le sentiment de connexion à la famille et aux amis. Les réponses sont classées sur une échelle de 4 points (1 [très isolé] à 4 [très connecté]). L'isolement y est défini et mesuré comme la contrepartie au sentiment de connexion. Par ailleurs, Bremner, Fisher, Howat et Wood (16) utilisent quatre éléments dans l'outil *Families, Social Capital and Citizenship Survey* (54) comme mesure des connexions sociales au sein d'une communauté. Toutefois, il n'est pas clair si ces deux outils ont fait l'objet d'une validation.

Enfin, trois études évaluent la défavorisation socioéconomique ou sociale. Les deux indices utilisés, soit l'indice de défavorisation et l'indice social, décortiquent la défavorisation en plusieurs dimensions. L'isolement social y est défini comme une de ces dimensions et mesuré dans les deux indices. L'indice de défavorisation (55), utilisé dans deux études, mesure l'isolement social selon la présence d'une personne de confiance pour soutenir la mère pendant l'accouchement (14, 56). L'indice social, utilisé dans l'étude de Poeran et collab. (18), permet de demander aux parents s'ils se sentent isolés socialement. Par contre, le nombre de questions posées et la formulation de celles-ci ne sont pas disponibles.

3.3.3 INSTRUMENTS DE MESURE DE LA SOLITUDE

Quatre études qui examinent la solitude utilisent des instruments de mesure autres que l'Échelle de solitude de U.C.L.A.

Dans les travaux de Rokach (34–36), trois instruments distincts sont utilisés, permettant de documenter les différentes dimensions et sources de la solitude, ainsi que les stratégies d'adaptation contre la solitude. Les questionnaires ont été écrits par l'auteur et ses collaborateurs et sont basés sur ses recherches antérieures sur la solitude dans d'autres groupes de la population. Toutefois, il n'est pas clair si ceux-ci ont fait l'objet d'une validation. Les trois instruments sont nommés et décrits ci-dessous.

Le *Loneliness Questionnaire* (36), basé sur les travaux de Rokach et Brock (57), permet de décrire la solitude vécue par le répondant, selon cinq dimensions : la détresse émotionnelle; l'aliénation ou le détachement social et la carence sociale; les aspects positifs et enrichissants de la solitude, dont la croissance et la découverte de soi, le sentiment d'accroître sa force intérieure et son autonomie; l'absence de relations interpersonnelles; et le détachement de soi-même.

Le *Loneliness Antecedents Questionnaire* (34), basé sur les travaux de Rokach et Brock (58), permet de décrire les sources de la solitude chez le répondant : les caractéristiques personnelles ou expériences antérieures; les antécédents de la solitude; les relations intimes insatisfaisantes; les déménagements ou séparations importantes; et l'exclusion sociale.

Le *Loneliness Questionnaire* (35), basé sur les travaux de Rokach (59), permet de documenter les stratégies d'adaptation contre la solitude chez le répondant. Six stratégies sont décrites dans l'outil : la réflexion et l'acceptation de sa solitude; le développement personnel et la compréhension de sa situation et de soi; le renforcement du réseau de soutien social; le déni; la pratique religieuse; et la participation active à diverses activités, afin de maximiser les contacts sociaux.

Dans la littérature grise, Lavigueur, Coutu et Dubeau (48) utilisent une version abrégée d'un outil validé, le *Emotional/Social Loneliness Inventory* (60), pour aborder le sentiment de solitude vécu par les parents. En se référant à sa situation actuelle, le parent doit répondre par « plutôt vrai » ou « plutôt faux » à quatre questions.

3.4 Ampleur de l'isolement social et de la solitude

Très peu de publications fournissent des données sur l'ampleur de l'isolement social et de la solitude chez les parents pendant la période de la PPE. Au total, sept publications des littératures scientifique et grise rapportent des résultats sur l'ampleur de l'isolement social (N = 1), de la solitude (N = 5) ou des deux (N = 1). Une publication provient de la littérature scientifique, trois proviennent de la littérature grise. De plus, trois publications citent des résultats de sondages provenant d'autres sources.

Une seule étude rapporte des données sur l'isolement social en contexte de PPE. Dans Honda, Fujiwara et Kawachi (10), une prévalence faible de l'isolement social est rapportée dans un échantillon représentatif de mères japonaises (0,6 %). Aucun écrit scientifique ne rapporte des données de prévalence pour la solitude.

Trois documents provenant de la littérature grise fournissent des estimations de la prévalence de l'isolement social et de la solitude. Dans Lavigueur, Coutu et Dubeau¹ (48), le sentiment de solitude est plus fréquent chez les mères vulnérables (30 %) comparativement aux mères ne présentant aucun facteur de vulnérabilité, et ce, de façon encore plus marquée dans les familles monoparentales (43 %), comparativement à 7 % dans les familles non vulnérables. Cette tendance ne serait pas observée du côté des pères vulnérables, dont la fréquence du sentiment de solitude s'apparente au groupe non vulnérable. La littérature grise rapporte également que 32 % de jeunes (18-24 ans) et nouvelles mères se sentent toujours ou souvent seules selon un échantillon représentatif de la population britannique générale² (49). Enfin, un rapport gouvernemental se penche sur la prévalence de l'isolement social et de la solitude en Écosse (41). On conclut qu'il est actuellement impossible de répondre directement à cette question, car il n'y a pas d'indicateurs de l'isolement social en Écosse. On note également une absence de données sur l'ampleur de la solitude chez les parents.

Trois publications provenant des littératures scientifique et grise citent des résultats de sondages provenant d'autres sources. Ainsi, il est impossible de connaître la validité de ces données secondaires, entre autres si les échelles de mesure retenues ont été validées et si l'échantillon est représentatif de la population ciblée. Selon un sondage britannique, les parents ayant un enfant de moins d'un an sont plus susceptibles de vivre de la solitude, comparativement à d'autres groupes de la population (40). Selon un autre sondage britannique, presque un quart des parents se sentiraient toujours ou souvent isolé du réseau d'amis ou ressentirait une solitude qui s'est aggravée depuis qu'ils sont devenus parents (22 %) (47). Encore un autre sondage britannique rapporte que 28 % de mères éprouvent de la solitude après avoir donné naissance à leur premier enfant (26). Cette proportion serait encore plus élevée chez les jeunes mères³. En effet, plus de la moitié des jeunes mères se sentiraient seule depuis qu'elles sont devenues mères et deux tiers déclarent avoir moins d'amis depuis qu'elles sont devenues mères (40).

Enfin, trois études mettent en évidence certaines différences entre la solitude vécue chez les parents et chez d'autres groupes de la population, sans nécessairement rapporter de données de prévalence entre les groupes. Par exemple, deux études relèvent que les scores moyens de la solitude chez les femmes enceintes et les mères seraient similaires à ceux des adultes dans la population

¹ Parents cohabitaient avec un enfant âgé de 2 à 6 ans et présentaient un ou plusieurs des facteurs de vulnérabilité suivants : faible revenu (sous le seuil de la pauvreté); faible scolarité (études secondaires non complétées); mère de moins de 21 ans à la naissance du premier enfant.

² La taille d'échantillon serait très petite étant donné la faible incidence dans la population générale.

³ L'âge des jeunes mères n'est pas précisé dans cette publication.

générale (18, 61). De son côté, l'étude de Rokach (36) rapporte que l'expérience de la solitude est vécue différemment entre les femmes enceintes et les nouvelles mères, comparativement aux femmes dans la population générale. Les scores moyens de la solitude seraient plus élevés chez les femmes dans la population générale. Cela pourrait être dû au fait que les femmes enceintes et les nouvelles mères relient certaines expériences négatives à la maternité, plutôt qu'à la solitude, selon l'auteur.

3.5 Facteurs associés à l'isolement social et à la solitude

L'examen de la portée a permis de répertorier de nombreux facteurs associés à l'isolement social, à la solitude, ou aux deux, pendant la période de la PPE. Par facteurs associés, nous entendons une association statistique entre les concepts d'isolement social, de solitude ou des deux, et certains facteurs. Ainsi, les résultats présentés dans cette section ne permettent pas de faire la différence entre un facteur de risque, une cause, une conséquence, ou même un facteur concomitant, à l'isolement social ou à la solitude.

Au total, 36 publications des littératures scientifique et grise rapportent un lien entre divers facteurs et l'isolement social (N = 23), la solitude (N = 19) ou les deux (N = 5). Le tableau 4 présente les facteurs documentés, selon qu'ils concernent l'individu, la famille, la sphère économique et socioculturelle, la sphère communautaire ou sociétale et la temporalité. Notons que la catégorisation des facteurs dans les sous-sections qui suivent est une proposition parmi plusieurs possibilités dans la présentation des résultats. Les facteurs sont regroupés et présentés ainsi afin de faciliter la compréhension.

Dans l'ensemble, la catégorie de facteurs les plus étudiés en lien avec les concepts de l'isolement social et de la solitude sont les facteurs individuels (N = 15). Toutefois, c'est au sein des facteurs individuels et des facteurs familiaux que nous retrouvons les facteurs les plus souvent étudiés, à savoir l'état de santé et le fonctionnement social (N = 6) et la structure familiale (N = 6).

Les études utilisent essentiellement trois catégories de devis de recherche : les études transversales (10), les études longitudinales (10) et les études qualitatives (7). Une étude utilise un devis mixte. L'échantillon rassemble également huit documents provenant de la littérature grise.

Dans les sections qui suivent, chaque facteur répertorié est décrit en détail, selon son association avec l'isolement social, la solitude, ou les deux, s'il y a lieu. Lorsque les données longitudinales à l'appui sont disponibles, la direction d'effet est considérée. Par souci de synthèse, seuls les résultats de littérature grise qui complètent la littérature scientifique sont présentés.

Tableau 4 Facteurs associés à l'isolement social et à la solitude selon le type de facteur, le nombre et la proportion de publications

N = 36 publications⁴

Type de facteur	Publications, total (n, %)	Publications sur l'isolement social (n, %)	Publications sur la solitude (n, %)	Publications sur l'isolement social et la solitude (n, %)	Type et nombre de devis utilisés	Facteurs recensés (nb de publications)
Individuel (parent)	15 (41,7)	10 (27,8)	7 (19,4)	2 (5,6)	Longitudinal (6) Transversal (6) Qualitatif (1) Littérature grise (2)	Âge (4) Sexe (1) Caractéristiques personnelles ou expériences antérieures (1) État de santé et fonctionnement social (6) Utilisation des services de santé (3) Utilisation de drogues (1) Utilisation des technologies (2) Stratégies d'adaptation (1)
Familial	13 (36,1)	6 (16,7)	11 (30,6)	4 (11,1)	Longitudinal (4) Transversal (3) Qualitatif (2) Littérature grise (4)	Intention de devenir enceinte (2) Auto-efficacité parentale (1) Structure familiale (6) Santé de l'enfant (4) Utilisation des services de santé pour l'enfant (1)
Socioéconomique et culturel	12 (33,3)	6 (16,7)	9 (25)	4 (11,1)	Longitudinal (3) Transversal (2) Qualitatif (3) Littérature grise (4)	Réseau social (4) Soutien social (3) Revenu (4) Scolarité (2) Immigration (2)
Communautaire et sociétaux	12 (33,3)	7 (19,4)	6 (16,7)	3 (8,3)	Longitudinal (2) Transversal (2) Mixte (1) Qualitatif (4) Littérature grise (3)	Contexte de service (2) Caractéristiques du quartier ou de la communauté (1) Participation à une activité de groupe (4) Stigmatisation (3) Racisme (1) Représentations sociales de la maternité (1)
Temporel	4 (11,1)	1 (3)	3 (8,3)	0 (0)	Longitudinal (1) Transversal (1) Qualitatif (1) Littérature grise (1)	Évènements de vie stressants (3) Période prénatale vs postnatale (1)

⁴ Une même publication peut rapporter plusieurs facteurs.

3.5.1 FACTEURS INDIVIDUELS

Au total, quinze publications ont examiné l'association entre l'isolement social, la solitude, ou les deux concepts et les caractéristiques individuelles du parent (voir le tableau 5). À l'exception de l'âge et de l'état de santé et du fonctionnement social, les facteurs individuels sont examinés dans moins de 10 % des publications retenues. Les publications utilisent essentiellement deux catégories de devis de recherche : les études longitudinales et les études transversales. Plus précisément, les associations relevées entre l'isolement social, la solitude ou les deux, et l'âge, le sexe, l'état de santé et le fonctionnement social, ainsi que l'utilisation des services de santé sont appuyés par des données longitudinales provenant de six études.

Âge : l'âge du parent est étudié en lien avec l'isolement social et la solitude. Deux études rapportent une association significative entre l'âge de la mère et l'isolement social (10) et la solitude (37). D'une part, les mères isolées socialement seraient plus susceptibles d'être plus jeunes (moins de 20 ans) ou plus vieilles (plus de 40 ans) comparativement aux mères non isolées (10). D'autre part, Geller (37) démontre une association significative entre l'âge croissant de la femme enceinte et la solitude. De plus, la littérature grise rapporte que le jeune âge, ainsi que la grossesse à l'adolescence, peuvent être associés à l'isolement social et à la solitude des mères (40, 44).

Sexe : le sexe du parent est examiné seulement en lien avec la solitude, selon une étude longitudinale (31). La solitude semble être un phénomène vécu distinctement par les hommes et les femmes. La majorité des mères ressent des sentiments de solitude sociale et émotionnelle faibles, mais stables pendant la période de la grossesse et de la périnatalité. Cette tendance s'applique plus ou moins bien pour les pères. Une petite proportion, mais néanmoins significative, de pères ressentent une solitude sociale ou émotionnelle très élevée pendant cette période.

Caractéristiques personnelles ou expériences antérieures : ce facteur est examiné seulement en lien avec la solitude. Selon Rokach (34), les femmes enceintes seraient moins susceptibles d'attribuer leur solitude à des caractéristiques personnelles ou expériences antérieures, comparativement aux femmes dans la population générale. Ces caractéristiques ou expériences font principalement référence à ceux pouvant entraîner une faible estime de soi, une peur de l'intimité, une méfiance envers l'autrui et un malaise dans des situations sociales.

État de santé et fonctionnement social : l'état de santé et le fonctionnement social du parent sont également associés à l'isolement social et à la solitude. Trois études longitudinales soulèvent l'association positive entre les symptômes de dépression, l'isolement social et la solitude. Avoir des symptômes de dépression est un facteur prédictif de l'isolement social et de la solitude sociale et émotionnelle, autant chez les mères que chez les pères⁵ (31, 39). L'isolement social en période prénatale chez les mères est également un facteur prédictif de la dépression pendant la période postnatale (21). La détresse psychologique, la phobie sociale, ainsi qu'un score faible pour un style d'attachement sécure chez la mère sont également corrélés à la solitude (28, 31). Par ailleurs, notons que des données longitudinales suggèrent que la phobie sociale chez les parents serait un facteur prédictif de leur sentiment de solitude (31). De plus, un score faible pour un style d'attachement sécure peut indiquer une incapacité à recevoir ou à utiliser de manière efficace le soutien offert par différentes sources (28). Selon la littérature grise, une mauvaise perception de la santé chez les nouvelles mères est également associée à l'isolement social (44).

⁵ Une proportion importante des femmes (36 %) dans l'échantillon de Khan et collab. (39) avait des antécédents de dépression ou un diagnostic psychiatrique (anxiété, trouble panique, trouble lié à l'usage de substances, trouble de stress post-traumatique).

Tableau 5 Facteurs individuels associés à l'isolement social et à la solitude selon l'association étudiée

N = 15 publications

Facteur (références)	Type de devis et nombre	Nb publications total	Nb publications sur l'isolement social	Nb publications sur la solitude	Nb publications sur l'isolement social et la solitude	Association étudiée (avec référence) p : association significative n : association non-significative o : association rapportée dans les études qualitatives ou la littérature grise
Âge (10, 37, 40, 44)	Longitudinal (1) Transversal (1) Littérature grise (2)	4	2	1	1	Mères jeunes (moins de 20 ans) ou plus vieilles (plus de 40 ans) (p) (10) Âge croissant (p) (37) Grossesse à l'adolescence (o) (44) Jeunes parents (o) (40)
Sexe (31)	Longitudinal (1)	1	0	1	0	Niveaux de solitude sociale et émotionnelle (p) (31)
Caractéristiques personnelles ou expériences antérieures (34)	Transversal (1)	1	0	1	0	Caractéristiques ou expériences pouvant entraîner une faible estime de soi, une peur de l'intimité, une méfiance envers autrui, un malaise dans des situations sociales (p) (34)
État de santé et fonctionnement social (19, 21, 28, 31, 39, 44)	Longitudinal (3) Transversal (2) Littérature grise (1)	6	3	2	1	Symptômes de dépression (p) (19, 21, 31, 39) Mauvaise perception de la santé (o) (44) Déresse psychologique (p) (28) Faible score pour un style d'attachement sécure (p) (28) Phobie sociale (p) (31)
Utilisation des services de santé (12, 14, 37)	Longitudinal (3)	3	2	1	0	Nombre de visites non planifiées à l'hôpital (p) (37) Utilisation inadéquate des soins prénataux (n) (14) Probabilité réduite de compléter une évaluation préanesthésique planifiée (n) (12)
Utilisation de drogues (22)	Qualitatif (1)	1	1	0	0	Toxicomanie (o) (22)
Utilisation des technologies (24, 28)	Transversal (2)	2	1	1	0	Utilisation intermédiaire des cellulaires (p) (28) Utilisation des tablettes/consoles de jeu portable (p) (28) Utilisation des blogues (p) (24) Utilisation des sites de réseautage social (n) (24)
Stratégies d'adaptation (35)	Transversal (1)	1	0	1	0	La réflexion et l'acceptation de sa solitude (p) (35) Le déni (p) (35)

Utilisation des services de santé : la littérature scientifique suggère un effet différencié de l'isolement social et de la solitude sur l'utilisation des services de santé pendant la grossesse. Les données longitudinales rapportent une augmentation du recours aux services hospitaliers entraînés par la solitude (37), mais aucune association entre l'utilisation des soins prénataux et l'isolement social n'est répertoriée (12, 14).

Utilisation de drogues : la consommation de drogues chez les mères est décrite seulement en lien avec l'isolement social (22). Selon une étude qualitative, les mères toxicomanes sont souvent isolées de leurs familles et amis, ne bénéficient d'aucune personne-ressource pour les soutenir au quotidien ou en cas d'urgence, se méfient des individus dans leurs réseaux sociaux, car la plupart de ceux-ci consomment des drogues, et vivent un manque de soutien de la part du conjoint.

Utilisation des technologies : deux études examinent l'association entre l'utilisation des nouvelles technologies et l'isolement social et la solitude. Ces données transversales suggèrent un lien, selon le type d'appareil et son utilisation (24,28). Par exemple, une sous-utilisation (0 à <0,5 h) et une surutilisation (2 à 3 h, > 3 h) quotidienne des cellulaires (*smartphone*) sont associées à des niveaux de solitude plus élevés chez les mères, de même qu'une plus longue durée d'utilisation des tablettes et consoles de jeu portables (28). Soulignons également l'association entre la fréquence d'utilisation des blogues et un plus grand sentiment de connexion à la famille et aux amis, définis comme la contrepartie à l'isolement social par les auteurs (24). Cependant, aucun lien significatif entre l'utilisation des sites de réseautage social et le sentiment de connexion sociale n'est rapporté (24).

Stratégies d'adaptation : Rokach (35) révèle que les stratégies d'adaptation pour réduire la solitude seraient différentes entre les femmes enceintes et les nouvelles mères, comparativement aux femmes dans la population générale. Les femmes enceintes et les nouvelles mères seraient moins susceptibles d'utiliser la réflexion et l'introspection pour apprivoiser leur solitude, ainsi que le déni et les comportements déviants comparativement aux femmes dans la population générale.

3.5.2 FACTEURS FAMILIAUX

Au total, treize publications ont examiné l'association entre l'isolement social, la solitude, ou les deux concepts et des facteurs liés à la famille (voir le tableau 6). À l'exception de la structure familiale et de la santé de l'enfant, les autres facteurs familiaux sont examinés dans moins de 10 % des publications retenues. Ces publications utilisent essentiellement trois catégories de devis de recherche : les études longitudinales, les études transversales et les études qualitatives. Les associations relevées entre l'isolement social, la solitude ou les deux concepts, et la structure familiale, la santé de l'enfant et l'utilisation des services de santé pour l'enfant sont appuyées par des données longitudinales provenant de quatre études.

Tableau 6 Facteurs familiaux associés à l'isolement social et à la solitude selon l'association étudiée

N = 13 publications

Facteur (référence)	Type de devis et nombre	Nb publications, total	Nb publications sur l'isolement social	Nb publications sur la solitude	Nb publications sur l'isolement social et la solitude	Association étudiée (avec référence) p : association significative n : association non-significative o : association rapportée dans les études qualitatives ou la littérature grise
Intention de devenir enceinte (20, 33)	Transversal (1) Qualitatif (1)	2	1	1	0	Bébé pour combler un vide (p) (33) Bonheur d'être enceinte (p) (33) Grossesse non planifiée (n) (33) Parentalité pendant l'adolescence en contexte d'immigration (o) (20)
Sentiment d'efficacité parentale (29)	Transversal (1)	1	0	1	0	Sentiment d'efficacité parentale (p) (29)
Structure familiale (31, 37-39, 45, 48)	Longitudinal (3) Qualitatif (1) Littérature grise (2)	6	1	3	2	Statut matrimonial (p, n) (37, 39) Faible satisfaction conjugale (p) (31) Monoparentalité (p, o) (38, 48) Conflits familiaux (o) (45) Nombre de grossesses antérieures (n) (37)
Santé de l'enfant (18, 27, 40, 42)	Longitudinal (1) Transversal (1) Littérature grise (2)	4	1	1	2	Issues périnatales défavorables (naissances prématurées spontanées et iatrogènes, petit poids pour l'âge gestationnel, score d'Apgar faible, mortalité périnatale) (p) (18) Enfant avec problèmes de santé physique ou mentale (o) (40, 42) Nombre d'épisodes d'otite aiguë (p) (27) Nombre de traitements d'antibiotiques liés aux infections des voies respiratoires (p) (27)
Utilisation des services de santé pour l'enfant (27)	Longitudinal (1)	1	0	1	0	Nombre de visites médicales pour infection des voies respiratoires (p) (27)

Intention de devenir enceinte : ce facteur est étudié en lien avec l'isolement social et la solitude. Chez les femmes enceintes, Sable et collab. (33) révèlent une corrélation entre le désir qu'elles avaient d'être enceintes et la solitude. La corrélation est positive chez celles ayant exprimé qu'un bébé comblerait un vide dans leur vie et elle est négative chez celles qui sont heureuses d'avoir un bébé. On remarque une absence de lien avec une grossesse non planifiée (33). Selon des données qualitatives, la parentalité chez les adolescentes immigrantes est perçue comme un moyen ayant le potentiel de diminuer leur isolement (20).

Sentiment d'efficacité parentale : ce facteur est examiné seulement en lien avec la solitude. Une étude démontre une association négative entre le sentiment d'efficacité parentale et la solitude (29).

Structure familiale : six publications examinent la structure familiale, l'isolement social et la solitude. Deux études longitudinales relèvent des résultats contradictoires quant à une potentielle association avec l'état matrimonial des femmes enceintes (37, 39). Une faible satisfaction conjugale est associée à des niveaux plus élevés de solitude sociale et émotionnelle chez les parents (31). Selon des données qualitatives (incluant la littérature grise), le sentiment de solitude serait également plus marqué chez les parents de familles monoparentales (38, 48), tandis que les conflits familiaux pourraient créer des conditions d'isolement social chez les mères (45). Enfin, on constate une absence de lien entre le nombre de grossesses antérieures et l'isolement social et la solitude (37).

Santé de l'enfant : la santé de l'enfant est associée à l'isolement social et à la solitude du parent (18, 40, 42). Ce constat est appuyé par des données longitudinales qui démontrent un effet négatif de la solitude sociale des parents sur la santé physique du nourrisson, soit une diminution du nombre de diagnostics d'otite et de traitements d'antibiotiques (27). Les auteurs expliquent cette association négative de deux façons. D'une part, la solitude sociale peut entraîner un comportement de type évitant vis-à-vis des tâches sociales, telles que les consultations médicales, ce qui peut entraîner une diminution du nombre de visites chez le médecin pour le nourrisson. D'autre part, la solitude sociale chez les parents peut également avoir une influence sur la participation aux activités sociales, réduisant ainsi l'exposition aux agents pathogènes.

Utilisation des services de santé pour l'enfant : ce facteur est examiné seulement en lien avec la solitude. La solitude des parents a un effet sur l'utilisation des services de santé pour l'enfant. La solitude émotionnelle chez la mère est associée à une augmentation du nombre de visites médicales en cas d'infection, tandis que la solitude sociale des parents entraîne une diminution du nombre de visites médicales (27).

3.5.3 FACTEURS SOCIOÉCONOMIQUES ET CULTURELS

Douze publications ont examiné l'association entre l'isolement social, la solitude ou les deux concepts, et certains facteurs socioéconomiques et culturels (voir le tableau 7). À l'exception du revenu et du réseau social, les autres facteurs sont examinés dans moins de 10 % des publications retenues. Ces publications utilisent essentiellement deux catégories de devis de recherche : les études transversales et les études qualitatives. Plusieurs facteurs décrits dans la littérature grise sont également rapportés ici. Les associations relevées entre l'isolement social, la solitude ou les deux concepts, et le revenu, la scolarité et le soutien social sont appuyés par des données longitudinales provenant de trois études.

Tableau 7 Facteurs socioéconomiques et culturels associés à l'isolement social et la solitude selon l'association étudiée

N = 12 publications

Facteur (référence)	Type de devis et nombre	Nb publications, total	Nb publications sur l'isolement social	Nb publications sur la solitude	Nb publications sur l'isolement social et la solitude	Association étudiée (avec référence) p : association significative n : association non-significative o : association rapportée dans les études qualitatives ou la littérature grise
Réseau social (26, 28, 38, 49)	Transversal (1) Qualitatif (2) Littérature grise (1)	4	0	3	1	Réseau social plus restreint (p) (28) Manque d'énergie pour prioriser les relations sociales (o) (49) Émotions négatives (o) (49) Perception d'une carence de contacts sociaux (o) (26) Manque d'empathie dans les relations sociales (o) (26) Amitiés entre mères (o) (38)
Soutien social (30, 45, 49)	Longitudinal (1) Littérature grise (2)	3	1	2	0	Soutien émotionnel (p) (30) Soutien informationnel (p) (30) Soutien tangible (p) (30) Soutien problématique (p) (30) Insuffisance ou absence de soutien social (o) (45, 49)
Revenu (10, 28, 39, 42)	Longitudinal (1) Transversal (2) Littérature grise (1)	4	1	1	2	Faible revenu (p) (39) Vivre sous le seuil de la pauvreté (p) (10) Coûts plus élevés pour élever un enfant (p) (10) Statut économique subjectif moyen (p) (28) Vivre en contexte de précarité financière (o) (42)
Scolarité (10, 37)	Longitudinal (1) Transversal (1)	2	1	1	0	Niveau de scolarité (p, n) (10, 37)
Immigration (20, 43)	Qualitatif (1) Littérature grise (1)	2	1	1	0	Grossesse à l'adolescence en contexte d'immigration (o) (20) Perte de la famille élargie et des amis, connaissance limitée de la langue et la culture dans le pays d'accueil, absence d'un réseau social dans le pays d'accueil (o) (43)

Tous les facteurs répertoriés dans cette section sont étudiés en lien avec l'isolement social et la solitude distinctement, sauf le réseau social du parent.

Réseau social⁶ : quatre publications abordent le lien entre le réseau social, l'isolement social et la solitude des jeunes mères (26, 28, 38, 49). Selon Mandai, Kaso, Takahashi et Nakayama (28), un réseau social plus restreint est associé de manière significative à la solitude. Les données qualitatives (incluant celles provenant de la littérature grise) décrivent plusieurs aspects associés à un réseau social plus restreint, dont la perception d'une carence de contacts sociaux, le sentiment d'un manque d'empathie dans les relations sociales, le manque d'énergie pour prioriser les relations sociales, ainsi que les émotions négatives ressenties par la mère qui craint, en les partageant, de devenir un fardeau pour son réseau social (26, 49). Selon Ellis-Sloan et Tamplin (38), les amitiés entre mères peuvent constituer un moyen pour contrer l'isolement social et la solitude en permettant aux jeunes mères de recevoir un soutien social informel.

Soutien social⁷ : Hudson et collab. (30) démontrent un effet différencié du soutien social sur la solitude chez les mères présentant certains facteurs de vulnérabilité tels qu'être célibataire, avoir un faible revenu, être adolescente ou Afro-Américaine. Le soutien émotionnel, informationnel et tangible est corrélé négativement à la solitude pendant la période postnatale, tandis que le soutien problématique y est corrélé positivement pendant la période de la PPE⁸. Cela signifie qu'un manque de soutien émotif, d'information et d'aide ou de ressources, ainsi que des relations interpersonnelles difficiles avec les principales sources de soutien peuvent entraîner un sentiment de solitude suivant la naissance d'un enfant. L'insuffisance ou l'absence de soutien social sont également décrites en lien avec l'isolement social et la solitude dans la littérature grise (45, 49).

Revenu : selon quatre publications, incluant une provenant de la littérature grise, l'isolement social et la solitude seraient plus marqués chez les parents percevant avoir un faible statut économique, aux prises avec des difficultés financières, ou vivant dans un ménage à faible revenu (10, 28, 39, 42).

Scolarité : le lien entre la scolarité de la mère, l'isolement social et la solitude n'est pas clair, mais pourrait différer d'un concept à l'autre. Selon Honda, Fujiwara et Kawachi (10), les mères isolées socialement seraient plus susceptibles d'être sous-scolarisées comparativement aux mères non isolées. Toutefois, Geller (37) n'a observé aucune association significative entre la solitude et le niveau de scolarité.

Immigration : selon des données qualitatives, l'immigration peut engendrer de l'isolement social et de la solitude chez les parents immigrants, en particulier chez les adolescentes enceintes en raison d'une perte de la famille élargie et des amis, une connaissance limitée de la langue dans le pays d'accueil, et l'absence d'un réseau social dans le pays d'accueil (20, 43).

3.5.4 FACTEURS COMMUNAUTAIRES ET SOCIÉTAUX

Au total, douze publications relèvent certains facteurs communautaires ou pratiques sociétales associés à l'isolement social, à la solitude ou aux deux concepts (voir le tableau 8). À l'exception de la participation à une activité de groupe, les autres facteurs communautaires et sociétaux sont examinés dans moins de 10 % des publications retenues. Ces publications utilisent principalement

⁶ Voir le tableau 3 et l'annexe 3 pour une description de réseau social.

⁷ Voir le tableau 3 et l'annexe 3 pour une définition du soutien social.

⁸ Voir l'annexe 3 pour une description des différentes composantes du soutien social.

une catégorie de devis de recherche, soit les études qualitatives. Seules les associations relevées entre l'isolement social, la solitude ou les deux concepts, et le contexte de service, la participation à une activité de groupe, la stigmatisation et le racisme sont appuyées par des données transversales (N = 2) ou longitudinales (N = 2).

Contexte de service : deux publications décrivent un lien entre le contexte de service et la solitude et l'isolement social. La continuité relationnelle dans les soins de santé est associée de façon négative à la solitude émotionnelle des mères (29). La littérature grise suggère que la relation entre les mères et les professionnels de la santé peut contribuer à isoler les mères, notamment lorsqu'elles perçoivent de la difficulté à faire valoir leur point de vue et leurs connaissances auprès de ceux-ci (42).

Caractéristiques du quartier ou de la communauté : ce facteur est étudié en lien avec l'isolement social et la solitude. Plusieurs caractéristiques du quartier ou de la communauté, dont le sentiment de sécurité (quartier dangereux ou peu accueillant), le coût élevé lié à la garde des enfants et le manque d'activités sociales, peuvent contribuer à un sentiment de solitude ou à l'isolement social, dans la littérature grise (40).

Participation à une activité de groupe : ce facteur est étudié seulement en lien avec l'isolement social. Les données transversales rapportent une association positive entre la participation à un groupe de mères dans la communauté locale et l'augmentation des connexions sociales au sein de la communauté, décrite comme la contrepartie à l'isolement social⁹ (16). Une participation hors de la communauté locale n'a pas la même force d'association (16). Plusieurs aspects liés à la participation à une activité de groupe découlent d'études qualitatives, soit le fait de rencontrer d'autres parents vivant dans la communauté, de faciliter les relations entre mères vivant à proximité et de créer un réseau de soutien (13, 15, 17). Soulignons que ces publications ciblent deux groupes en particulier, soit les jeunes mères ayant eu une expérience antérieure en famille d'accueil (13) et les familles ayant récemment déménagé dans de nouveaux quartiers résidentiels (15–17).

Stigmatisation¹⁰ : la stigmatisation est étudiée en lien avec l'isolement social et la solitude. Dans un contexte de stigmatisation, l'isolement est décrit comme une stratégie d'adaptation afin de mettre une distance physique et émotionnelle avec autrui (23). Par ailleurs, Ion, Wagner, Greene et Loutfy (11) démontrent que l'isolement social pendant la période postnatale est un prédicteur significatif de la perception de la stigmatisation chez les mères vivant avec le VIH. La littérature grise mentionne également un lien entre la stigmatisation de la jeune mère et la solitude (49).

Racisme : le racisme est étudié en lien avec l'isolement social et la solitude. Selon des données longitudinales, la perception du racisme chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, dans un échantillon principalement identifié comme femmes noires ou africaines, serait associée à leur isolement et leur solitude de manière significative, pendant la période prénatale et postnatale (39).

Représentations sociales de la maternité : ce facteur est décrit seulement en lien avec la solitude, par le biais d'une étude qualitative. Lee, Vasileiou et Barnett (26) suggèrent que la solitude résulte de la divergence entre la représentation idéale de la maternité et la réalité vécue.

⁹ Voir le tableau 3 et l'annexe 3 pour une définition de la connexion sociale.

¹⁰ Voir le tableau 3 et l'annexe 3 pour une définition de la stigmatisation.

Tableau 8 Facteurs communautaires et sociétaux associés à l'isolement social et à la solitude selon l'association étudiée

N = 12 publications

Facteur (référence)	Type de devis et nombre	Nb publications, total	Nb publications sur l'isolement social	Nb publications sur la solitude	Nb publications sur l'isolement social et la solitude	Association étudiée (avec référence) p : association significative n : association non-significative o : association rapportée dans les études qualitatives ou la littérature grise
Contexte de service (29, 42)	Transversal (1) Littérature grise (1)	2	0	1	1	Continuité relationnelle des soins (p) (29) Relation mère/professionnel de la santé (o) (42)
Caractéristiques du quartier ou de la communauté (40)	Littérature grise (1)	1	0	0	1	Sécurité du quartier (o) (40) Coût élevé lié à la garde des enfants (o) (40) Manque d'activités sociales dans la communauté (o) (40)
Participation à une activité de groupe (13, 15–17)	Transversal (1) Qualitatif (3)	4	4	0	0	Connexions sociales au sein de la communauté (p) (16) Rencontrer des parents vivant dans la communauté (o) (15, 17) Faciliter les relations entre mères vivant en proximité (o) (15, 17) Créer un réseau de soutien (o) (13, 17)
Stigmatisation (11, 23, 49)	Longitudinal (1) Mixte (1) Littérature grise (1)	3	2	1	0	Perception de la stigmatisation liée au VIH (p) (11) Isolement comme stratégie d'adaptation (o) (23) Stigmatisation de la jeune mère (o) (49)
Racisme (39)	Longitudinal (1)	1	0	0	1	Racisme perçu (p) (39)
Représentations sociales de la maternité (26)	Qualitatif (1)	1	0	1	0	Représentations sociales de la maternité (o) (26)

3.5.5 FACTEURS TEMPORELS

Quatre publications relèvent un aspect temporel à l'isolement social ou à la solitude vécue par les parents (voir le tableau 9). Deux facteurs sont répertoriés, soit les évènements de vie stressants et la période prénatale vs postnatale. Ces deux facteurs sont examinés dans moins de 10 % des publications retenues.

Évènements de vie stressants : les connaissances actuelles décrivent deux exemples d'évènements de vie stressants en lien avec l'isolement social et la solitude des mères. Deux publications suggèrent que les jeunes mères ayant vécu une expérience d'itinérance pendant la période de la PPE sont particulièrement à risque de souffrir d'isolement ou de la solitude (38, 46). Selon Rokach (34), les femmes enceintes seraient moins susceptibles d'attribuer leur solitude à un déménagement ou une séparation, et ce malgré la possibilité de rupture ou de perte de liens sociaux, comparativement aux femmes dans la population générale. L'auteur explique ce résultat de deux façons. D'une part, il se peut que l'arrivée d'un enfant réduise la mobilité des mères et qu'elles déménagent moins pendant cette période, ce qui limite les pertes de relations. D'autre part, il se peut que la fréquence des déplacements ne soit pas plus faible chez ce groupe, mais simplement que les nouvelles mères y attribuent moins d'importance dans la foulée des changements vécus lors de la transition vers la parentalité.

Période prénatale vs postnatale : Junttila et collab. (32) relèvent un aspect temporel à la solitude vécue par les parents. La solitude des pères serait plus élevée pendant la grossesse, tandis que la solitude des mères serait plus élevée en période postnatale.

Tableau 9 Facteurs temporels associés à l'isolement social et à la solitude selon l'association étudiée

N = 4 publications

Facteur (référence)	Type de devis et nombre	Nb publications, total	Nb publications sur l'isolement social	Nb publications sur la solitude	Nb publications sur l'isolement social et la solitude	Association étudiée (avec référence) p : association significative n : association non-significative o : association rapportée dans les études qualitatives ou la littérature grise
Évènements de vie stressants (34, 38, 46)	Transversal (1) Qualitatif (1) Littérature grise (1)	3	0	2	1	Expérience d'itinérance (o) (38, 46) Déménagement ou séparation (p) (34)
Période prénatale vs postnatale (32)	Longitudinal (1)	1	0	1	0	Solitude pendant la grossesse ou période postnatale (p) (32)

4 Discussion

Bien que l'isolement social et la solitude soient de plus en plus reconnus comme étant des déterminants majeurs de la santé pour divers groupes de la population, ces phénomènes n'ont pas été examinés de manière exhaustive pendant la période de la PPE. Depuis les vingt dernières années, aucune revue de la littérature scientifique traitant ce sujet n'a été, à notre connaissance, publiée. Ainsi, l'objectif général de cet état de connaissances est de dresser un premier portrait des connaissances existantes et actuelles de l'isolement social et de la solitude des familles vivant une transition vers la parentalité ou ayant de jeunes enfants. Les objectifs spécifiques visent à cartographier et à clarifier les définitions et les instruments de mesure, à documenter l'ampleur de ces deux phénomènes et à décrire les facteurs associés à l'isolement social et la solitude.

Cet état des connaissances a examiné systématiquement la documentation disponible sur les phénomènes de l'isolement social et de la solitude chez les parents pendant la période de la PPE. Ce travail s'avère donc une étape préliminaire nécessaire aux acteurs de santé publique pour saisir la complexité de ces deux phénomènes pendant la période de la PPE, ainsi que les difficultés de bien les cerner compte tenu des lacunes en matière de données disponibles. Conformément à la méthodologie proposée pour un examen de la portée, aucune évaluation de la qualité méthodologique des publications retenues n'a été complétée.

Deux définitions, un instrument de mesure

Avoir une définition conceptuelle claire permet d'opérationnaliser et de mesurer un phénomène. Ainsi, la littérature consultée fournit des repères pour l'opérationnalisation des concepts d'isolement social et de solitude en fonction de certaines caractéristiques. Par exemple, l'isolement social peut se décliner selon les caractéristiques des contacts sociaux d'un individu, soit le nombre, la fréquence, la durée et le type, ainsi que la diversité, la densité et la réciprocité dans son réseau social. La solitude, quant à elle, peut être opérationnalisée selon ses dimensions sociales et émotionnelles, ou par son degré de sévérité.

Toutefois, bien que cette littérature révèle des distinctions entre les deux concepts et les caractéristiques associées, elle n'utilise qu'un seul et même instrument de mesure pour les deux phénomènes, l'Échelle de solitude de U.C.L.A. (52), ce qui révèle une certaine incohérence entre la définition conceptuelle des concepts et leur opérationnalisation. Par ailleurs, ceci peut également suggérer que le niveau de conceptualisation de l'isolement social et de la solitude en période de la PPE n'est pas encore suffisamment développé pour permettre de porter un jugement sur les bénéfices et les inconvénients à les traiter comme deux concepts distincts plutôt qu'à les intégrer dans un seul concept. À titre d'exemple, soulignons que la littérature ne permet que rarement de distinguer l'isolement social et la solitude selon leur lien avec les facteurs associés qui sont répertoriés dans cette revue. Enfin, il se peut qu'un instrument de mesure ne soit pas suffisant pour traduire et représenter de manière juste les différentes situations d'isolement social et de solitude que peuvent vivre les parents pendant la période de la PPE. Cela s'avère une hypothèse intéressante à creuser considérant la complexité des deux phénomènes, ainsi que la multiplicité et l'interdépendance des facteurs qui y sont associés.

Individualisation des problématiques d'isolement social et de solitude

Les facteurs les plus étudiés en lien avec les concepts de l'isolement social et de la solitude sont les caractéristiques individuelles du parent. Cela démontre une tendance à l'individualisation des problématiques d'isolement social et de solitude dans la littérature. Cette observation suggère une tendance à responsabiliser les parents pour cette situation, ce qui laisse dans l'ombre les éléments

socioéconomiques et culturels, communautaires et sociétaux qui seraient également corrélés aux deux phénomènes.

Interdépendance des facteurs associés à l'isolement social et à la solitude

La grande diversité de facteurs associés à ces deux phénomènes démontre que l'isolement social et la solitude ne sont pas associés à un seul facteur, mais qu'ils découlent davantage de facteurs multiples et interreliés. Ainsi, les facteurs recensés dans cet état des connaissances ne seraient pas indépendants, mais pourraient s'influencer mutuellement. Dans ce contexte, l'évaluation de la situation globale du parent et de sa famille lors d'une démarche tentant de repérer ceux qui souffrent d'isolement social ou de solitude est non négligeable.

Isolement social et solitude : phénomènes complexes

Les connaissances existantes suggèrent que les phénomènes d'isolement et de solitude sont complexes. Bien que l'examen de la portée ait permis de répertorier une variété de facteurs étudiés en lien avec l'isolement social et la solitude, pour la majorité, les devis méthodologiques ne permettent pas de déterminer la direction de l'association et d'identifier des causes ou des conséquences. Toutefois, il est plausible de supposer que la relation entre la santé mentale du parent et l'isolement social et la solitude soit bi ou pluridirectionnelle. Les troubles de santé mentale augmentent le risque de la solitude chez le parent et la solitude contribuerait au développement et au maintien de troubles de santé mentale (19, 21, 39). En effet, le sentiment de solitude est un symptôme de dépression documenté dans certains instruments de mesure (61). Les influences bi ou pluridirectionnelles entre autres facteurs et l'isolement social et la solitude, tels les problèmes de santé chez l'enfant et l'utilisation des services qui suit (27), la précarité financière (10, 28, 39) et l'expérience de stigmatisation (11, 23) seraient d'autres exemples à approfondir. De plus, il se peut qu'un cumul de facteurs, plutôt qu'un seul, soit associé aux situations d'isolement social et de solitude (37). Dans l'ensemble, ces résultats soulignent l'intérêt de percevoir ces phénomènes davantage comme résultant de systèmes complexes avec des boucles de rétroactions.

Vulnérabilité socioéconomique et isolement social et solitude

Le présent état des connaissances indique que les liens entre l'isolement social ou la solitude et les contextes de vulnérabilité en période de la PPE sont peu étudiés. En fait, un petit nombre de publications portant spécifiquement sur les parents vivant en contexte de vulnérabilité socioéconomique ressortent de la littérature (20, 23, 30, 38, 43, 46, 48, 49). Toutefois, les publications ayant étudié ces associations démontrent que certains facteurs qui sont associés à l'isolement social ou à la solitude des parents sont associés ou plus répandus parmi les parents défavorisés sur le plan socio-économique (jeune âge, faible revenu, faible scolarité, immigration récente). Or, il est plausible de supposer un effet différencié ou même plus marqué de l'isolement social et la solitude sur ce groupe de parents.

L'isolement social, la solitude et la parentalité

Seule une étude examine le lien entre l'isolement social et la solitude et la parentalité, dans le présent état des connaissances. La parentalité peut être décortiquée en trois dimensions, selon le cadre conceptuel de Lacharité et collab. (62), soit l'expérience, la pratique et la responsabilité parentale. En lien avec l'expérience de la parentalité, cet état des connaissances révèle que le sentiment d'efficacité du parent serait associé à sa solitude (29). Le sentiment d'efficacité parentale réfère aux croyances du parent à propos de ses habiletés à répondre aux besoins de son enfant et ainsi jouer son rôle de parent de façon optimale. Ainsi, le sentiment d'efficacité parentale est associé à des pratiques parentales et à des interactions parent-enfant favorisant un développement optimal chez l'enfant (63–65).

Par ailleurs, la littérature connue propose plusieurs déterminants de la parentalité. Certains de ces déterminants sont également retrouvés comme des facteurs associés à l'isolement social et à la solitude, dans le présent état des connaissances. Par exemple, certaines caractéristiques du parent (style d'attachement insécure, troubles de santé mentale) (66–68) et certaines caractéristiques de l'enfant (problèmes de santé physique ou mentale) (69, 70), ainsi que d'autres facteurs, dont la relation conjugale et le soutien social (71–73). Toutefois, les connaissances actuelles ne permettent pas de bien saisir l'impact direct de l'isolement social et de la solitude et ses mécanismes sur les différentes dimensions de la parentalité.

Se préoccuper de l'isolement social et la solitude

Les connaissances parcellaires sur les phénomènes de l'isolement social et de la solitude des parents pendant la période de la PPE sous-tendent l'importance de l'innovation dans les actions de santé publique, ainsi que l'importance de faire preuve de prudence et de créativité là où les connaissances sont manquantes. Le manque de données spécifiques aux parents et aux parents en devenir démontre également un besoin d'évaluation des actions de santé publique en lien avec l'isolement social et la solitude pendant la période de la PPE. Il peut s'avérer intéressant de compléter les connaissances actuelles avec celles provenant d'autres groupes de la population, soit les données disponibles sur les définitions, les instruments de mesure, les facteurs de risque et les impacts sur la santé, afin d'orienter l'action. Enfin, notons que plusieurs organismes de santé publique, comme l'INSPQ, proposent des pistes pour lutter contre l'isolement social et la solitude dans la population (74, 75).

4.1 Limites des connaissances et pistes de recherche

La littérature sur l'isolement social et la solitude chez les parents pendant la période de la PPE comporte plusieurs limites. Dès lors, cet état des connaissances met en évidence l'importance de poursuivre les efforts de recherche sur l'isolement social et la solitude des parents, afin de combler les lacunes de données probantes.

Premièrement, aucune étude ne rapporte de résultats quant au lien entre l'isolement social ou la solitude des parents et les relations parent-enfant, ou encore, le développement de l'enfant. Pourtant, certains facteurs associés à l'isolement et à la solitude relevés dans cet état des connaissances sont des facteurs reconnus comme pouvant nuire à la santé et au développement de l'enfant. Soulignons notamment l'influence de la dépression maternelle et du stress parental, causé par le faible sentiment d'efficacité parentale, et leur influence sur les problèmes de santé chez l'enfant (63, 76–78). Notons également qu'un style d'attachement sécure, ou inversement, un style d'attachement insécure chez la mère peut influencer les interactions mère-enfant et conséquemment, le développement socioaffectif et cognitif de l'enfant (79, 80). Cela suggère qu'il importe de mieux comprendre comment les phénomènes de l'isolement et de la solitude interagissent avec les éléments proximaux d'un développement optimal de l'enfant.

Des études longitudinales à grande échelle qui permettent d'observer des changements dans les niveaux de solitude à travers le temps sont nécessaires (40). Cela permettrait de faire des inférences causales entre l'isolement social et la solitude des parents et les effets à long terme sur le développement de l'enfant. Les études longitudinales qui vont examiner la relation entre l'isolement social et la solitude et les différentes dimensions de la parentalité sont également essentielles pour documenter l'existence et l'ampleur de ces impacts. Ces connaissances sont essentielles pour guider l'élaboration des interventions et des services en PPE.

Deuxièmement, le bassin de connaissances sur l'isolement social et la solitude se base principalement sur la perspective des mères, avec une présomption implicite que les pères vivent des expériences similaires. Aucune étude n'a été faite auprès des pères exclusivement. Toutefois, le peu d'études portant sur les parents semble suggérer que la solitude est un phénomène vécu distinctement par les hommes et les femmes (31, 32). Dès lors, l'utilisation des résultats de cette recherche auprès des pères devrait être faite avec prudence. Il y a également un besoin pour des études qui se penchent sur l'isolement social et la solitude des pères pendant la période de la PPE.

Troisièmement, on note une absence de données probantes sur la prévalence de l'isolement social et de la solitude chez les parents. Les connaissances existantes ne permettent pas de décrire adéquatement l'ampleur du phénomène pendant la période de la PPE. Il serait donc important d'envisager l'inclusion soit d'un ou de plusieurs indicateurs de ces phénomènes dans les enquêtes populationnelles ciblant les parents et les familles québécoises (47). Par ailleurs, le Québec peut s'inspirer de pays qui se dotent d'un indicateur national de solitude, bien que celui-ci soit élaboré dans le but de recueillir des données chez la population générale et non spécifiquement chez les parents (dont l'Angleterre, l'Écosse et la Nouvelle-Zélande) (81–83).

Quatrièmement, les publications disponibles ne permettent pas de bien saisir l'impact de la défavorisation socioéconomique et ses mécanismes sur la solitude et l'isolement social des parents. Ainsi, l'effet différencié de l'isolement social et de la solitude sur les groupes plus vulnérables d'un point de vue socioéconomique mérite d'être étudié plus amplement.

L'émergence et la popularité des nouvelles technologies de l'information et des communications au cours des vingt dernières années peuvent avoir une influence sur l'isolement et la solitude des parents, étant donné leur potentiel à favoriser l'interaction sociale, la création et le partage. Seules deux études examinent l'association entre l'utilisation des nouvelles technologies et ces deux phénomènes. Les résultats suggèrent un lien (24, 28). Ainsi, le potentiel des nouvelles technologies mérite d'être étudié plus amplement.

Les recherches futures sur les facteurs associés à l'isolement social et à la solitude doivent tenir compte de la part importante d'études sur les caractéristiques individuelles et familiales, afin de se pencher davantage sur les facteurs socioéconomiques et culturels, communautaires et sociétaux. Entre autres, on note une absence de connaissances sur le lien entre certains facteurs macrosystémiques et l'isolement social et la solitude chez les parents, dont les politiques publiques. Dès lors, il s'avère pertinent d'analyser les impacts des politiques publiques sur l'isolement social et la solitude des parents pendant la période de la PPE, que ces politiques publiques les visent spécifiquement ou non.

La recension d'études évaluatives d'interventions visant à prévenir ou à contrer l'isolement social et la solitude des parents lors de la période de la PPE était exclue du présent mandat. Toutefois, le présent état des connaissances peut servir de point d'ancrage pour des travaux futurs documentant les stratégies qui existent, pour éviter que les parents et leurs familles ne se retrouvent isolés socialement ou seuls, de même que la façon de les soutenir lorsqu'ils sont touchés par cette réalité.

5 Conclusion

Le présent état des connaissances sur l'isolement social et la solitude des parents vivant une transition vers la parentalité ou ayant de jeunes enfants est fondé sur une revue de littérature de type « examen de la portée » (*scoping review*), soit un exercice rigoureux de collecte et d'analyse des données. Il nous permet de faire un tour d'horizon des différentes études qui abordent entre autres les définitions, les instruments de mesure, l'ampleur de l'isolement social et de la solitude, ainsi que les facteurs associés à ces deux phénomènes.

Les résultats permettent de décrire les caractéristiques étudiées de l'isolement social et de la solitude, ainsi que de documenter les différents instruments de mesure utilisés en recherche. Toutefois, les connaissances existantes ne permettent pas de décrire adéquatement l'ampleur de ces deux phénomènes. Cela dit, la littérature relève un grand éventail de facteurs associés à l'isolement social et à la solitude et portant sur des aspects pluriels de la vie des parents pendant la période de la PPE : les caractéristiques de l'individu, de la famille, ainsi que des facteurs économiques et socioculturels, communautaires, sociétaux et temporels.

Les connaissances actuelles sur l'isolement social et la solitude pendant la période de la PPE sont peu nombreuses. Néanmoins, les connaissances existantes suggèrent que les parents vivant une transition vers la parentalité ou ayant de jeunes enfants sont un groupe de la population qui mérite d'être étudié, étant donné leur influence, ainsi que l'influence du milieu familial, sur le parcours de vie des enfants. Concrètement, cet état des connaissances peut servir de point d'ancrage pour des travaux futurs documentant les stratégies visant à mieux comprendre et prévenir le phénomène de l'isolement social et de la solitude lors de la période de la périnatalité et de la petite enfance.

6 Références

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité : Cadre de référence*. Québec (Québec) : Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2019 p. 17.
2. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health Soc Care Community*. 2017;25(3):799-812.
3. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. 2010;40(2):218-27.
4. Hawton A, Green C, Dickens AP, Richards SH, Taylor RS, Edwards R, et al. The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. 2011;20(1):57-67.
5. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Med*. 2010;7(7):e1000316.
6. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37.
7. Arksey H, O'Malley L. Scoping Studies: Towards a Methodological Framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
8. Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015*. Joanna Briggs Institute; 2015.
9. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5(1):69.
10. Honda Y, Fujiwara T, Kawachi I. Higher child-raising costs due to maternal social isolation: Large population-based study in Japan. *Soc Sci Med* 1982. 2019;233:71-7.
11. Ion A, Wagner AC, Greene S, Loutfy MR. HIV-related stigma in pregnancy and early postpartum of mothers living with HIV in Ontario, Canada. *AIDS Care*. 2017;29(2):137-44.
12. Kantor E, Guglielminotti J, Azria E, Luton D, Laurent M, Oury J-F, et al. Socioeconomic Deprivation and Utilization of Anesthetic Care During Pregnancy and Delivery: A Secondary Analysis of a French Prospective, Multicenter, Cohort Study. *Anesth Analg*. 2017;125(3):925-33.
13. Datta J, Macdonald G, Barlow J, Barnes J, Elbourne D. Challenges Faced by Young Mothers with a Care History and Views of Stakeholders About the Potential for Group Family Nurse Partnership to Support Their Needs. *Child Soc*. 2017;31(6):463-74.
14. Gonthier C, Estellat C, Deneux-Tharoux C, Blondel B, Alfaiate T, Schmitz T, et al. Association between maternal social deprivation and prenatal care utilization: the PreCARE cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):126-126.
15. Strange C, Fisher C, Howat P, Wood L. Fostering supportive community connections through mothers' groups and playgroups. *J Adv Nurs*. 2014;70(12):2835-46.

16. Strange C, Bremner A, Fisher C, Howat P, Wood L. Mothers' group participation: associations with social capital, social support and mental well-being. *J Adv Nurs*. 2016;72(1):85-98.
17. Strange C, Fisher C, Howat P, Wood L. The essence of being connected: the lived experience of mothers with young children in newer residential areas. *Community Work Fam*. 2014;17(4):486-502.
18. Poeran J, Maas AFG, Birnie E, Denktas S, Steegers EAP, Bonsel GJ. Social deprivation and adverse perinatal outcomes among Western and non-Western pregnant women in a Dutch urban population. *Soc Sci Med*. 2013;83:42-9.
19. Eastwood J, Jalaludin B, Kemp L, Phung H, Barnett B, Tobin J. Social exclusion, infant behavior, social isolation, and maternal expectations independently predict maternal depressive symptoms. *Brain Behav*. 2013;3(1):14-23.
20. Biggs MA, Combellick S, Arons A, Brindis CD. Educational barriers, social isolation, and stable romantic relationships among pregnant immigrant Latina teens. *Hisp Health Care Int Off J Natl Assoc Hisp Nurses*. 2013;11(1):38-46.
21. Husain N, Cruickshank K, Husain M, Khan S, Tomenson B, Rahman A. Social stress and depression during pregnancy and in the postnatal period in British Pakistani mothers: a cohort study. *J Affect Disord*. 2012;140(3):268-76.
22. Banwell C, Bammer G. Maternal habits: narratives of mothering, social position and drug use. *Int J Drug Policy*. 2006;17(6):504-13.
23. Fulford A, Ford-Gilboe M. An exploration of the relationships between health promotion practices, health work, and felt stigma in families headed by adolescent mothers. *Can J Nurs Res Rev Can Rech En Sci Infirm*. 2004;36(4):46-72.
24. McDaniel B, Coyne S, Holmes E. New Mothers and Media Use: Associations Between Blogging, Social Networking, and Maternal Well-Being. *Matern Child Health J*. 2012;16(7):1509-17.
25. Arimoto A, Tadaka E. Reliability and validity of Japanese versions of the UCLA loneliness scale version 3 for use among mothers with infants and toddlers: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2019;19.
26. Lee K, Vasileiou K, Barnett J. « Lonely within the mother »: An exploratory study of first-time mothers' experiences of loneliness. *J Health Psychol*. 2019;24(10):1334-44.
27. Schuez-Havupalo L, Lahti E, Junttila N, Toivonen L, Aromaa M, Rautava P, et al. Parents' depression and loneliness during pregnancy and respiratory infections in the offspring: A prospective birth cohort study. *Plos One*. 2018;13(9):e0203650-e0203650.
28. Mandai M, Kaso M, Takahashi Y, Nakayama T. Loneliness among mothers raising children under the age of 3 years and predictors with special reference to the use of SNS: a community-based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2018;18(1).
29. Tuominen M, Junttila N, Ahonen P, Rautava P. The effect of relational continuity of care in maternity and child health clinics on parenting self-efficacy of mothers and fathers with loneliness and depressive symptoms. *Scand J Psychol*. 2016;57(3):193-200.

30. Hudson DB, Campbell-Grossman C, Kupzyk KA, Brown SE, Yates BC, Hanna KM. Social Support and Psychosocial Well-being Among Low-Income, Adolescent, African American, First-Time Mothers. *Clin Nurse Spec CNS*. 2016;30(3):150-8.
31. Junttila N, Ahlqvist-Björkroth S, Aromaa M, Rautava P, Piha J, Räihä H. Intercorrelations and developmental pathways of mothers' and fathers' loneliness during pregnancy, infancy and toddlerhood--STEPS study. *Scand J Psychol*. 2015;56(5):482-8.
32. Junttila N, Ahlqvist-Björkroth S, Aromaa M, Rautava P, Piha J, Vauras M, et al. Mothers' and fathers' loneliness during pregnancy, infancy and toddlerhood. *Psychol Educ Interdiscip J*. 2013;50(3-4):98-104.
33. Sable MR, Washington CC, Schwartz LR, Jorgenson M. Social well-being in pregnant women: intended versus unintended pregnancies. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2007;45(12):24-31.
34. Rokach A. Self-perception of the antecedents of loneliness among new mothers and pregnant women. *Psychol Rep*. 2007;100(1):231-43.
35. Rokach A. Coping with loneliness during pregnancy and motherhood. *Psychol Educ Interdiscip J*. 2005;42(1):1-12.
36. Rokach A. Giving life: Loneliness, pregnancy and motherhood. *Soc Behav Personal*. 2004;32(7):691-702-702.
37. Geller JS. Loneliness and pregnancy in an urban Latino community: associations with maternal age and unscheduled hospital utilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2004;25(3-4):203-9.
38. Ellis-Sloan K, Tamplin A. Teenage Mothers and Social Isolation: The Role of Friendship as Protection against Relational Exclusion. *Soc Policy Soc*. 2019;18(2):203-18.
39. Khan S, Ion A, Alyass A, Greene S, Kwaramba G, Smith S, et al. *Loneliness and perceived social support in pregnancy and early postpartum of mothers living with HIV in Ontario, Canada*. *AIDS Care*. 2019;31(3):318-25.
40. Action for Children, Jo Cox Loneliness. *It starts with Hello: A report looking into the impact of loneliness in children, young people and families* [En ligne]. Action for Children; 2017 p. 25. Disponible : <https://www.basw.co.uk/resources/it-starts-hello-report-looking-impact-loneliness-children-young-people-and-families>
41. Teuton J. *Social isolation and loneliness in Scotland: a review of prevalence and trends* [En ligne]. NHS Health Scotland; 2018 p. 41. Disponible : <http://www.healthscotland.scot/media/1712/social-isolation-and-loneliness-in-scotland-a-review-of-prevalence-and-trends.pdf>
42. Lacharité C, Pierce T, Calille S, Bergeron V, Lévesque-Dion M, Baker M. *Le rapport aux services professionnels chez les mères et les pères de jeunes enfants*. CEIDF/UQTR; 2016 p. 73.
43. Yelland J, Riggs E, Fouladi F, Wahidi S, Chesters D, Casey S, et al. *Having a baby in a new country: The views and experiences of Afghan families and stakeholders*. Murdoch Childrens Research Institute and Victorian Foundation for Survivors of Torture; 2013 p. 48.

44. Public Health England, UCL *Institute of Health Equity*. *Local Action on Health Inequalities: Reducing Social Isolation Across the Lifecourse* [En ligne]. Public Health England; 2015 p. 55. Disponible : <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/local-action-on-health-inequalities-reducing-social-isolation-across-the-lifecourse>
45. Lacharité C, Calille S, Pierce T, Baker M. *La perspective des parents sur leur expérience avec de jeunes enfants : une recherche qualitative reposant sur des groupes de discussion dans le cadre de l'initiative Perspectives parents*. CEIDDEF/UQTR; 2016 p. 68. (Les Cahiers du CEIDDEF). Rapport no Vol. 4.
46. Keys D. *Opportunity for Change: Young Motherhood & Homelessness*. Key Centre for Women's Health in Society, University of Melbourne & Family Access Network; 2007 p. 33.
47. Jopling K, Sserwanja I. *Loneliness across the life course a rapid review of the evidence* [En ligne]. Calouste Gulbenkian Foundation; 2016 p. 24. Disponible : <https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/sites/18/2016/07/01175346/27-07-16-Loneliness-Across-the-Life-Course-Full-Report.pdf>
48. Lavigneur S, Coutu S, Dubeau D. *Les compétences des parents et les ressources qui les aident* [En ligne]. Groupe de recherche sur la qualité éducative des milieux de vie de l'enfant & UQO; 2008 p. 97. Disponible : http://moicommeparent.com/wp-content/uploads/2012/05/01_rapportsuzannelavigneur.pdf
49. Co-operative Group (Great Britain), British Red Cross Society. *Trapped in a bubble: an investigation into triggers for loneliness in the UK*. [En ligne]. 2016 p. 52. Disponible : https://assets.ctfassets.net/5ywmq66472jr/5tKumBSIO0suKwiWO6KmaM/230366b0171541781a0cd98fa80fdc6e/Coop_Trapped_in_a_bubble_report.pdf
50. Peplau LA, Perlman D. *Loneliness : a sourcebook of current theory, research, and therapy*. New York : Wiley; 1982.
51. Weiss RS. *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge, Mass: MIT Press; 1973. 236 p.
52. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. US : Lawrence Erlbaum; 1996;66(1):20-40.
53. Brown GW, Harris T. *Social Origins of Depression: A study of psychiatric disorder in women*. Londres : Tavistock; 1978.
54. Stone W, Hughes J. *Families, Social Capital and Citizenship Survey*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies, Australian Government; 2002.
55. Opatowski M, Blondel B, Khoshnood B, Saurel-Cubizolles M-J. New index of social deprivation during pregnancy: results from a national study in France. *BMJ Open*. 5 avr. 2016;6(4):e009511.
56. Kantor E, Guglielminotti J, Azria E, Luton D, Laurent M, Oury J-F, et al. Socioeconomic Deprivation and Utilization of Anesthetic Care During Pregnancy and Delivery: A Secondary Analysis of a French Prospective, Multicenter, Cohort Study. *Anesth Analg* [En ligne]. Sept. 2017;125(3):925-33.
57. Rokach A, Brock H. Loneliness: A Multidimensional Experience. *Psychol J Hum Behav*. 1997;34(1):1-9.

58. Rokach A, Brock H. The causes of loneliness. *Psychol J Hum Behav*. US: Inst for Leadership and Organization Effectiveness; 1996;33(3):1-11.
59. Rokach A. Surviving and coping with loneliness. *J Psychol*. 1990;124(1):39-54.
60. Vincenzi H, Grabosky F. Measuring the emotional/social aspects of loneliness and isolation. *J Soc Behav Personal*. US : Select Press; 1987;2(2, Pt 2):257-70.
61. Lewinsohn PM, Seeley JR, Roberts RE, Allen NB. Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychol Aging*. 1997;12(2):277-87.
62. Lacharité C, Pierce T, Baker M, Calille S, Pronovost M, Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille. *Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'initiative Perspectives parents* [En ligne]. 2015 [cité le 24 nov. 2020]. Disponible : https://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/300/editions_ceidef/cahiers/2015/v03.pdf
63. Albanese AM, Russo GR, Geller PA. The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child Care Health Dev*. 2019;45(3):333-63.
64. Jones TL, Prinz RJ. Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(3):341-63.
65. Coleman PK, Karraker KH. Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. *Dev Rev*. 1998;18(1):47-85.
66. Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RMP, Schumacher L, Akbari E, et al. A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;57(9):645-657.e8.
67. Pietikäinen JT, Kiviruusu O, Kylliäinen A, Pölkki P, Saarenpää-Heikkilä O, Paunio T, et al. Maternal and paternal depressive symptoms and children's emotional problems at the age of 2 and 5 years: a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020;61(2):195-204.
68. Rogers A, Obst S, Teague SJ, Rossen L, Spry EA, Macdonald JA, et al. Association Between Maternal Perinatal Depression and Anxiety and Child and Adolescent Development: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. American Medical Association; 2020;174(11):1082-92.
69. Nieuwesteeg AM, Hartman EE, Aanstoot H-J, van Bakel HJA, Emons WHM, van Mil E, et al. The relationship between parenting stress and parent-child interaction with health outcomes in the youngest patients with type 1 diabetes (0-7 years). *Eur J Pediatr*. 2016;175(3):329-38.
70. Spratt EG, Saylor CF, Macias MM. Assessing parenting stress in multiple samples of children with special needs (CSN). *Fam Syst Health*. US: Educational Publishing Foundation; 2007;25(4):435-49.
71. Huang CY, Costeines J, Ayala C, Kaufman JS. Parenting Stress, Social Support, and Depression for Ethnic Minority Adolescent Mothers: Impact on Child Development. *J Child Fam Stud*. 2014;23(2):255-62.
72. Hosokawa R, Katsura T. Marital relationship, parenting practices, and social skills development in preschool children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11:2.

73. McDonald S, Kehler H, Bayrampour H, Fraser-Lee N, Tough S. Risk and protective factors in early child development: Results from the All Our Babies (AOB) pregnancy cohort. *Res Dev Disabil.* 2016;58:20-30.
74. *L'isolement social, une épidémie évitable par l'entraide et les liens sociaux* [En ligne]. Montréal (Québec); 2018 [cité le 8 sept. 2020]. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/jasp/l-isolement-social-une-epidemie-evitable-par-l-entraide-et-les-liens-sociaux>
75. Comité en prévention et promotion. *Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie* [En ligne]. Montréal (Québec) : Institut national de santé publique du Québec; 2020 p. 21. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf>
76. Center on the Developing Child at Harvard University. *Maternal Depression Can Undermine the Development of Young Children.* [En ligne]. 2009. (Working Paper No. 8). Disponible : <https://developingchild.harvard.edu/resources/maternal-depression-can-undermine-the-development-of-young-children/>
77. Jensen SKG, Berens AE, Nelson CA. Effects of poverty on interacting biological systems underlying child development. *Lancet Child Adolesc Health.* 2017;1(3):225-39.
78. Coleman P, Karraker K. Maternal self-efficacy beliefs, competence in parenting, and toddlers' behavior and developmental status. *Infant Ment Health J.* 2003;24:126-48.
79. Boyer-Panos F. Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé. *J Psychol.* 2008;n° 261(8):29-33.
80. Tissier J, Bouchouchi A, Glaude C, Legge A, Desir S, Greacen T, et al. Une intervention préventive communautaire en périnatalité. *Prat Psychol - PRAT PSYCHOL.* 2011;17:107-17.
81. Scottish Household Survey - 2018 Questionnaire [En ligne]. [cité le 10 nov. 2020]. Disponible : <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/statistics/2019/08/scottish-household-survey-questionnaire/documents/questionnaires/scottish-household-survey-2018-questionnaire/scottish-household-survey-2018-questionnaire/govscot%3Adocument/Scottish%2BHousehold%2BSurvey%2B2018%2BQuestionnaire.pdf>
82. Ministry of Social Development. *The Social Report 2016 – Te pūrongo oranga tangata* [En ligne]. Nouvelle-Zélande: New Zealand Government; 2016. Disponible : <http://socialreport.msd.govt.nz/documents/2016/msd-the-social-report-2016.pdf>
83. Office for National Statistics. *National Measurement of Loneliness: 2018* [En ligne]. Office for National Statistics; 2018 p. 78. Disponible : <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/compendium/nationalmeasurementofloneliness/2018/recommendednationalindicatorsof Loneliness>

Annexe 1

Méthodologie détaillée

Méthodologie détaillée

Afin de réaliser cet état des connaissances, un examen de la portée (*scoping review*) a été mené. Le cadre méthodologique proposé par Arksey et O'Malley (7) a été utilisé pour orienter la démarche, ainsi que les bonifications proposées par Levac, Colquhoun et O'Brien et le Joanna Briggs Institute (8, 9). La méthodologie développée par Arksey et O'Malley (7) comprend six étapes, soit :

- 1) l'identification de la question de recherche;
- 2) l'identification des études pertinentes;
- 3) la sélection des études;
- 4) la cartographie des données;
- 5) la mise en commun, le résumé et le rapport des résultats; ainsi que
- 6) la consultation des parties prenantes.

Recherche documentaire (littérature scientifique)

Une recherche documentaire a été effectuée le 28 mars 2019, à partir de la plateforme EbscoHost (incluant les bases de données MEDLINE, CINAHL, ERIC, Health Policy Reference Center, PsycINFO, SocINDEX, Psychology and Behavioral Sciences Collection) avec des mots-clés relatifs à deux concepts, soit : la périnatalité et la petite enfance, ainsi que l'isolement social et la solitude (voir le tableau 10 pour la stratégie de recherche). Cette stratégie de recherche documentaire a été développée avec le soutien d'un bibliothécaire. La recherche a permis de recenser 2 086 articles. Une deuxième recherche a été lancée le 11 décembre 2019, afin de recenser les articles scientifiques plus récents.

Tableau 10 Stratégie de recherche dans EbscoHost

#	Requête – 28/03/19	Résultats
S1	(TI(prenatal* OR pre-natal* perinatal* OR peri-natal* OR antenatal* OR ante-natal* OR antepartum OR ante-partum OR intrapartum OR intra-partum OR neonatal* OR neo-natal* OR postnatal* OR post-natal* OR postpartum OR post-partum OR puerperium OR pregnan* OR "maternal health" OR maternity OR infancy OR "early childhood" OR "nursing mother" OR "new mother" OR "new father") OR AB(prenatal* OR pre-natal* OR perinatal* OR peri-natal* OR antenatal* OR ante-natal* OR antepartum OR ante-partum OR intrapartum OR intra-partum OR neonatal* OR neo-natal* OR postnatal* OR post-natal* OR postpartum OR post-partum OR puerperium OR pregnan* OR "maternal health" OR maternity OR infancy OR "early childhood" OR "nursing mother" OR "new mother" OR "new father") OR MJ(Expectant Mothers OR Expectant Fathers OR Pregnancy OR Postnatal Period OR Puerperium OR Postpartum Period OR Perinatal Period OR Neonatal Period OR Antepartum Period OR Infant, Newborn OR Child, Preschool OR Fathers OR Mothers OR Family Relations OR Parenting))	1 556 468
S2	TI("social isolation" or loneliness) or AB("social isolation" or loneliness) or MH("Social isolation" OR Loneliness)	60 906
S3	S1 AND S2	3 182
S4	S3 NOT (MH(animals) NOT MH(humans))	2 722
S5	S3 NOT (MH(animals) NOT MH(humans)) Opérateurs de restriction - Date de publication : 19990101-20191231	2 086

Les recherches ont été suivies par un processus de sélection en deux étapes, soit par titre puis par résumé. Les publications retenues dans la sélection finale ont été sélectionnées selon certains critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion

Les publications ont été retenues à partir des critères suivants :

- Publications portant sur la période de la périnatalité et de la petite enfance (grossesse/rentree scolaire) ou portant sur l'expérience parentale pendant la période de la PPE;
- Publications portant sur l'isolement social, la solitude, ou autres concepts apparentés.

Les concepts apparentés utilisés sont ceux de l'exclusion sociale, la vulnérabilité sociale, le soutien social, le réseau social, l'inclusion sociale, le capital social, la marginalisation sociale, la stigmatisation, le sentiment d'appartenance, la solidarité sociale, les connexions sociales, les relations sociales et les liens sociaux. Les concepts énumérés ont été inclus afin de repérer toutes les études pertinentes examinant l'isolement social ou la solitude, en lien avec des concepts apparentés mieux documentés.

Critères d'exclusion

Les publications ont été exclues à partir des critères suivants :

- Publications portant sur l'isolement social, la solitude ou autre concept apparenté chez l'enfant;
- Publications rédigées dans une autre langue que l'anglais ou le français;
- Publications ne provenant pas d'un pays de l'OCDE;
- Publications rapportant des données antérieures à 1999;
- Études coût-bénéfice, articles d'opinion, éditoriaux, études de cas, protocoles de recherche, thèses, actes de colloques ou conférences.

Une mesure d'accord interjuge a été effectuée, afin de sélectionner les articles devant faire l'objet d'une lecture complète. L'auteure a effectué une sélection initiale des articles, en analysant le titre et le résumé. Une collaboratrice a ensuite procédé à une sélection similaire, pour 20 % des articles. Dans l'ensemble, la sélection des articles s'est faite avec un pourcentage d'accord de plus de 80 % entre l'auteure et une collaboratrice. Lorsque c'était nécessaire, elles ont étudié et discuté des désaccords.

Après le retrait des doublons et l'exclusion des articles non pertinents, 67 articles ont été retenus. Vingt-huit articles supplémentaires s'y sont ajoutés en analysant les listes bibliographiques. Lors de la lecture complète, les articles scientifiques évaluant des interventions visant à prévenir ou à contrer l'isolement social et la solitude lors de la période de la PPE ont été exclus.

En total, 30 articles scientifiques trouvés dans des revues révisées par des pairs, et qui mesurent ou décrivent l'isolement social ou la solitude en lien avec un ou plusieurs aspects d'intérêts pour cette recherche, ont été retenus après lecture complète.

Recherche d'autres documentations (littérature grise)

Dans un deuxième temps, une démarche similaire a été entreprise pour repérer des documents de littérature grise. La recherche manuelle de la littérature grise a été réalisée entre avril et mai 2019 à partir des sites Internet d'organismes académiques et gouvernementaux, de répertoires d'études et de littérature grise, de moteurs de recherche et bases de données, d'ordres professionnels et d'organismes d'experts, ainsi que d'autres organismes et sites d'intérêt. La liste des sites Internet consultés est présentée dans le tableau 11. À ceci s'ajoutent les documents retrouvés par le biais des experts consultés. Certains documents de littérature grise ont également été identifiés grâce à la recherche manuelle des listes bibliographiques. Cette démarche a permis de repérer dix documents.

Tableau 11 Littérature grise : les sites consultés

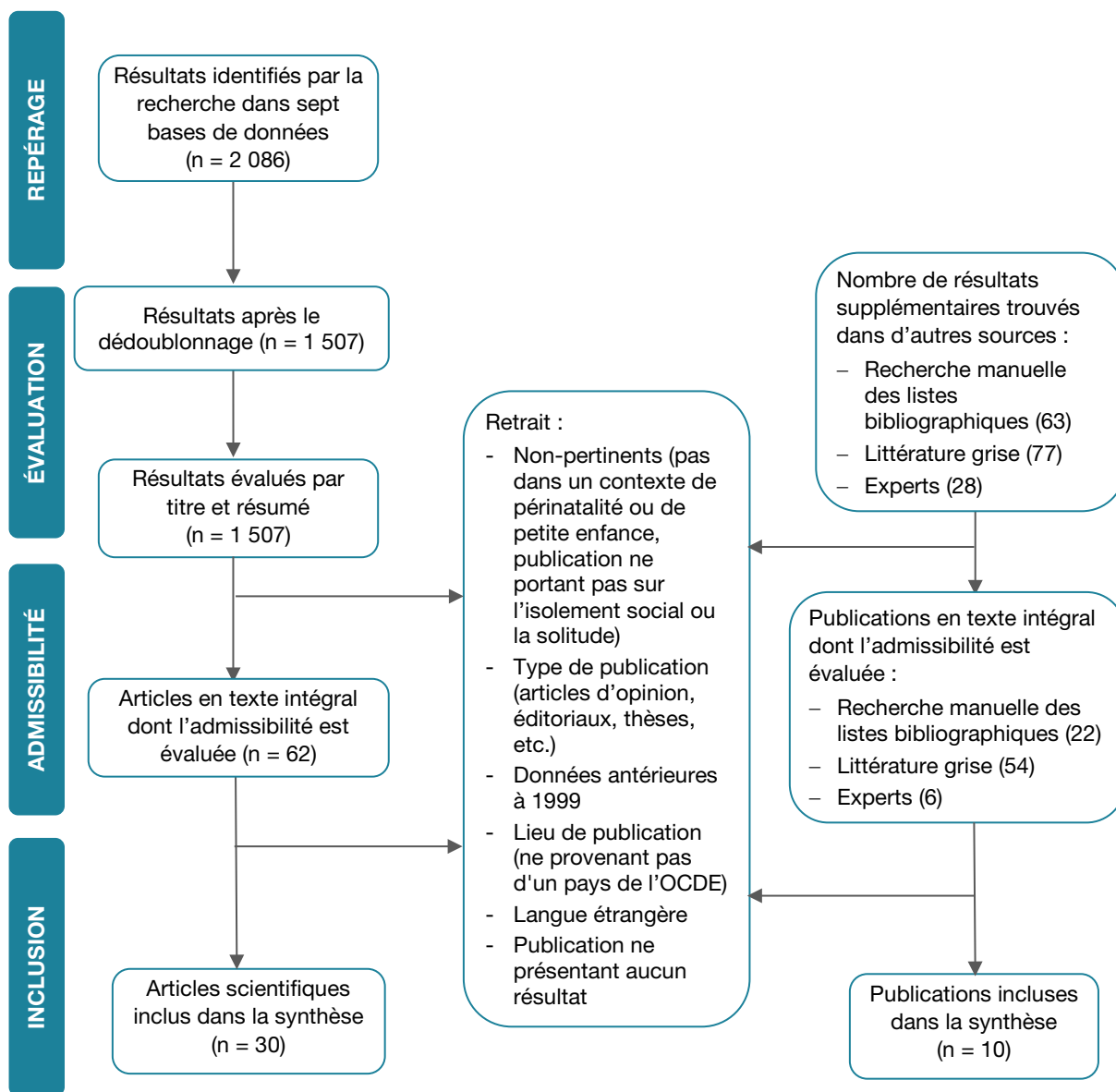
Organismes académiques et gouvernementaux
Organisation mondiale de la santé
National Institute for Health and Care Excellence
Center on the Developing Child, Harvard University
Public Health England
National Institute for Health Research
Public Health Association (Australia)
Murdoch Children's Research Institute
Health Canada
Canadian Public Health Association
Public Health Agency of Canada
Public Health Ontario
Ontario Public Health Association
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Institut universitaire Jeunes en difficulté
Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille
Centre d'études et de recherche en intervention familiale
Ministère de santé (provincial/fédéral)
Répertoires d'études et de littérature grise
Open Grey
McMaster University's Health systems evidence
Base de données en santé publique
Cochrane review
Epistemonikos
Campbell review
Proquest
Home Visiting Evidence of Effectiveness project (HomVEE)
DoPHER

Tableau 11 Littérature grise : les sites consultés (suite)

Moteurs de recherche et bases de données
Google
Érudit
famili@
Santécom
WHOLIS
Publications du gouvernement du Canada
Library of Parliament Research Publications
Ordres professionnels et organismes d'experts
Société canadienne de la pédiatrie
Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
Ordre des psychoéducatrices et psychoéducateurs du Québec
Ordre des psychologues du Québec
Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
American Academy of Pediatrics
Autres
Observatoire des tout-petits
Samuel Centre for Social Connectedness
Jo Cox Loneliness Commission
Vanier Institute of the Family
What works centre for wellbeing

Au total, trente articles scientifiques et dix autres documents ont été retenus après lecture complète (voir figure 1 pour l'organigramme). Aucune évaluation systématique de la qualité méthodologique des publications sélectionnées n'a été complétée. Cette étape n'est pas requise dans un examen de la portée (7-9).

Figure 1 Organigramme de recherche documentaire



Chacun des articles scientifiques a été soumis à une grille reprenant les aspects d'intérêt pour cet état des connaissances afin de colliger de l'information sur le contenu de ces articles de façon structurée. Pour ce qui est de la littérature grise, une grille simplifiée a été utilisée pour extraire l'information.

Par la suite, une analyse descriptive du contenu de ces publications a été réalisée.

Comité scientifique et révision par les pairs

Deux moyens ont été mis en place afin d'assurer la qualité de cet état des connaissances, soit le soutien d'un comité scientifique et la révision des contenus par des relecteurs internes et externes. Ces démarches s'inscrivent également dans l'étape de consultation de la méthodologie développée par Arksey et O'Malley (7) afin d'informer et de valider les résultats de l'examen de la portée.

Le comité scientifique a soutenu l'auteure dans la validation scientifique du contenu. Ce comité diversifié était composé de quatre membres ayant une expertise en isolement social ou en périnatalité et en petite enfance. En plus des membres du comité scientifique, des commentaires concernant le présent état des connaissances ont été recueillis auprès de deux relecteurs. Tous les commentaires reçus ont été révisés et considérés pour leur inclusion dans la version définitive de l'état des connaissances.

Considérations méthodologiques

Cet état des connaissances comporte certaines limites. Quelques considérations en lien avec la portée des résultats doivent être soulignées :

- La variabilité et la qualité des études retenues : il importe de mentionner que les études ont été considérées comme égales sur le plan méthodologique, lors de l'étape d'analyse. Aucune évaluation systématique de la qualité méthodologique des études sélectionnées n'a été complétée.
- De plus, bien que seules les études portant sur la période de la PPE ou portant sur l'expérience parentale pendant la période de la PPE soient incluses, il se peut que les résultats soient teintés par la présence d'autres enfants dans le ménage.
- La variabilité et la qualité de la documentation provenant de la littérature grise : les documents ne ciblent pas nécessairement la période de la PPE et présentent des informations pour l'ensemble de la population, ce qui a compliqué l'extraction et l'analyse des données.
- La recherche documentaire : une stratégie de recherche documentaire, à partir de mots-clés précis, a été utilisée pour repérer les articles inclus dans cet état des connaissances. Il se peut que des études pertinentes n'aient pas été repérées lors de l'étape de sélection des articles, si ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'une mention explicite de la période de la PPE ou de l'isolement social ou de la solitude dans le titre ou résumé. D'autre part, bien que selon les critères de sélection, la documentation ayant des données provenant d'avant 1999 devant être exclue, certains documents de littérature grise peuvent inclure des données moins récentes. De plus, certaines études qui ne rapportent pas cette information ont été retenues, car la date de publication correspondait aux critères de sélection.
- Transférabilité des résultats : afin d'assurer la transférabilité des données au contexte socioéconomique et sociopolitique québécois, seules les publications provenant d'un pays de l'OCDE ont été conservées. Toutefois, l'isolement social et la solitude sont des phénomènes culturellement sensibles. Il pourrait y avoir des limites importantes à ce que les données provenant d'autres états ou pays (ou même de certains groupes culturels) indiquent concernant l'isolement social et la solitude au Québec.

Annexe 2

Description détaillée des publications retenues

Description détaillée des publications retenues

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Arimoto et Tadaka (25)	Étude transversale (questionnaire auprès des mères)	Japon	2012	Mères (248) ayant des enfants 4-18 mois lors d'un suivi pédiatrique	Solitude (validation de la UCLA-LS3-J, SF-10 et SF-3, versions japonaises de l'Échelle de solitude de U.C.L.A. version 3)		Les échelles U.C.L.A.-LS3-J, SF-10 et SF-3 ont une fiabilité et une validité élevée. Ces résultats appuient l'utilisation de ces outils auprès des mères ayant de jeunes enfants.
Banwell et Bammer (22)	Étude qualitative (entrevues auprès des mères, observation des mères)	Australie	2001-2002	Mères (22) utilisatrices d'héroïne et d'amphétamines	Décrire les expériences quotidiennes des mères afin de détailler leur compréhension de la parentalité « idéale » et « réelle », les sources d'information sur la parentalité « idéale », ainsi que comment l'écart entre « idéale » et « réelle » est géré		Les mères toxicomanes sont souvent isolées de leur famille et de leurs amis et n'ont aucune personne-ressource pour les soutenir au quotidien ou en cas d'urgence. Parce qu'elles se sentent stigmatisées, elles s'excluent des activités de groupe. Elles se méfient des personnes dans leurs réseaux sociaux, car la plupart consomment aussi des drogues. Les mères toxicomanes abordent également le rôle de leur conjoint et le soutien offert par celui-ci. Plusieurs mères toxicomanes rapportent que leur conjoint ne fournit pas de soutien.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
<p>Biggs, Combellick, Arons et Brindis (20)</p>	<p>Étude qualitative (entrevues auprès des femmes)</p> <p>Analyse secondaire de données qualitatives</p>	<p>États-Unis</p>	<p>Non rapporté</p>	<p>Adolescentes (15-19 ans) enceintes (14) avec un premier enfant et immigrantes récentes (9) ou immigrantes de longue date (plus que 10 ans) (5)</p>	<p>Questions portant sur les sentiments et expériences au sujet de la grossesse et de la contraception, ainsi que les attentes et expériences éducatives et professionnelles</p>		<p>Les immigrantes récentes se sentent isolées socialement en raison de la perte de la famille élargie et des amis, des connaissances limitées de la langue et de la culture dans le pays d'accueil, et l'absence d'un réseau social dans le pays d'accueil.</p> <p>Pour la plupart de ces femmes, leur partenaire est devenu une importante source de stabilité; elles ont pu recevoir un soutien émotionnel et financier et combler un vide social. Elles souhaitent avoir un bébé pour contrer la solitude (pour ne pas sentir seule lorsque le conjoint n'est pas disponible).</p> <p>La parentalité chez les adolescentes n'est pas perçue comme un obstacle à la réalisation des objectifs futurs, mais comme un moyen de diminuer leur isolement.</p>

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Datta et collab. (13)	Essai randomisé (volet qualitatif avec entrevues auprès des mères, des infirmières qui fournissent le programme group-Family Nurse Partnership (gFNP) et les professionnels de la santé et des services sociaux ayant une expérience de travail auprès des jeunes femmes ayant été hébergées en famille d'accueil).	Angleterre	2015	Mères prises en charge par les services sociaux ou les services de protection de la jeunesse (3), infirmières (10) et professionnels (11)	Questions portant sur plusieurs thèmes en lien avec le programme gFNP : (a) expérience des mères prise en charge; (b) perception de l'impact du programme sur les mères selon les infirmières et les professionnels de la santé et des services sociaux.		Les trois groupes de participants mentionnent l'isolement social vécu par les mères, en particulier celles qui vivent éloignées de leur famille d'accueil. Les infirmières et les professionnels notent que la participation à une activité de groupe pourrait aider à réduire l'isolement social chez les jeunes mères. Le modèle de groupe peut offrir aux mères prises en charge la possibilité de renforcer leur confiance en soi et de développer leurs habiletés parentales en présence de pairs, avec lesquelles elles pourraient également développer des relations sociales.
Eastwood et collab. (19)	Étude transversale (données administratives)	Australie	2002-2003	Mères d'enfant nées entre 2002-2003 (15 389)	Symptômes de dépression (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>)	L'isolement social des migrants comprend : mère née à l'extérieur de l'Australie, un faible réseau de soutien social, perception négative de la santé (mère et enfant).	L'isolement social des mères migrantes prédit les symptômes de dépression chez la mère.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Ellis-Sloan et Tamplin (38)	Étude qualitative (entrevues auprès des mères)	Angleterre	2014	Mères adolescentes (6) suivant la naissance du premier enfant	Questions portant sur trois thèmes en lien avec la grossesse à l'adolescence et l'isolement social et la solitude : (a) l'impact du devenir parent sur les amitiés; (b) le développement de nouvelles amitiés; (c) le type de soutien fourni par les nouvelles amitiés.	Jeune âge Itinérance Difficultés financières Monoparentalité Création de nouvelles amitiés	Les expériences d'itinérance, les difficultés financières et la monoparentalité peuvent engendrer l'isolement social et la solitude chez les jeunes mères. Les amitiés peuvent contrer l'isolement social et la solitude. Les amitiés permettent aux jeunes mères de recevoir un soutien social informel.
Fulford et Ford-Gilboe (23)	Étude mixte (questionnaires et entrevues auprès des mères)	Canada	2003	Mères (63) adolescentes et célibataires **seulement 52 entrevues (83 %) incluses dans l'analyse qualitative	Expériences de stigmatisation (<i>Stigma Scale</i>)	L'isolement social décrit comme stratégie d'adaptation.	Les mères s'adaptent à la stigmatisation avec plusieurs stratégies, dont l'isolement social et la création d'une distance physique et émotionnelle avec autrui. Les expériences de stigmatisation peuvent contribuer à la marginalisation et à l'isolement social des familles dirigées par les mères adolescentes.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Geller (37)	Étude longitudinale (questionnaire auprès des femmes enceintes, analyse de dossiers médicaux)	États-Unis	2003	Femmes enceintes (61) Groupe témoin : femmes non enceintes (74) **âge moyen significativement différent entre les deux groupes	Solitude (Échelle de solitude de U.C.L.A. version 3)	Âge Nombre de grossesses antérieures Statut matrimonial Niveau de scolarité Nombre de visites non planifiées à l'hôpital en lien avec la grossesse	Association statistiquement significative entre l'âge et une solitude croissante chez les femmes enceintes. Cette association n'est pas observée dans le groupe témoin. Aucune association statistiquement significative n'a été observée entre le nombre de grossesses antérieures, le statut matrimonial, le niveau de scolarité et la solitude. Une association statistiquement significative est observée entre l'utilisation accrue des services hospitaliers (plus de visites non planifiées) et la solitude pendant la grossesse.
Gonthier et collab. (14)	Étude longitudinale (questionnaires auprès des femmes et des professionnels de la santé; informations recueillies par le biais des dossiers médicaux) Analyse de données secondaires de l'étude PreCARE	France	2010-2011	Femmes (9 770) ayant eu une grossesse unique et ayant accouché après 21 semaines de grossesse	Défavorisation sociale maternelle caractérisée par quatre variables : (1) l'isolement social, (2) situation de logement précaire ou instable, (3) aucun revenu lié au travail, (4) absence d'assurance maladie standard.	Indice pour l'utilisation des soins prénataux	Après ajustement pour certains facteurs confondants, l'isolement social n'est pas associé de manière significative à une utilisation inadéquate des soins prénataux.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Honda, Fujiwara et Kawachi (10)	Étude transversale (questionnaire auprès des mères) Analyse de données secondaires d'une cohorte de naissances populationnelle <i>Longitudinal Survey of Babies in the 21st Century</i>	Japon	2001	Mères (40 643) ayant des nourrissons de 6 mois **petit échantillon de mères isolées socialement (258)	Isolement social (questionnaire avec deux éléments de mesure)	Âge Niveau de scolarité Revenu familial Coût associé aux tâches reliées à la parentalité (par exemple : préparations pour nourrissons, couches jetables, vêtements pour bébé, frais de garde)	Différences statistiquement significatives entre les mères isolées socialement et les mères non isolées pour certaines caractéristiques : âge, scolarité, revenu familial. Association statistiquement significative entre l'isolement maternel et le coût associé aux tâches reliées à la parentalité. Association statistiquement significative pour le sous-groupe de mères vivant à faible revenu.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Hudson et collab. (30)	Étude longitudinale (plusieurs collectes de données auprès des mères) Analyse de données secondaire de l'étude <i>New Mothers Network</i>	États-Unis	2005-2008	Mères (35) célibataires, ayant un faible revenu, adolescentes et d'origine afro-américaine (32 mères suivies à 6 mois post-partum)	Soutien social (<i>Revenson's and Schiaffino's Social Support Measure</i>)	Solitude (version révisée de l'Échelle de solitude de U.C.L.A.)	Aucune association statistiquement significative entre la solitude et le changement dans le temps ou non de la principale source de soutien. Association statistiquement significative entre le soutien social fourni par la principale source de soutien et la solitude à travers le temps : <ul style="list-style-type: none"> ■ Le soutien social problématique est positivement corrélé à la solitude à chaque temps étudié; ■ À 6 semaines et à 3 mois post-partum, le soutien social tangible/pratique est négativement corrélé à la solitude; ■ À 6 semaines post-partum, le soutien social émotionnel et informationnel est négativement corrélé à la solitude.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Husain et collab. (21)	Étude longitudinale (plusieurs collectes de données et entrevues auprès des mères)	Angleterre	2006-2008	714 femmes enceintes pakistanaises dépistées pour la dépression postnatale 208 femmes ayant complété des entrevues Sous-groupe : femmes ayant une dépression persistante après six mois (femmes déprimées lors des entrevues pendant la période prénatale et postnatale) (27), femmes ayant une dépression résolue (femmes déprimées en période prénatale, mais non en période postnatale) (27)	Dépression postnatale (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>)	Isolement social (<i>Life Events and Difficulties Schedule</i>)	L'isolement social est un corrélât de la dépression. L'isolement social lors de l'évaluation prénatale est un prédicteur significatif de la dépression lors du suivi à six mois. Les analyses univariées ne démontrent aucune différence significative entre les deux sous-groupes pour l'isolement social.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Ion, Wagner, Greene et Loutfy (11)	Étude longitudinale (plusieurs collectes de données auprès des mères pendant la période prénatale et postnatale)	Canada	2011-2012	Femmes enceintes (77) vivant avec le VIH	Stigmatisation (<i>HIV Stigma Scale</i>)	Isolement social (Échelle de solitude de U.C.L.A.)	<p>L'isolement social est associé à la stigmatisation pendant la période prénatale et postnatale.</p> <p>L'analyse bivariée démontre que la stigmatisation globale liée au VIH est fortement corrélée (positivement) à l'isolement social au troisième trimestre de la grossesse.</p> <p>Douze mois après l'accouchement, l'isolement social est un prédicteur significatif de deux sous-échelles de stigmatisation, soit la stigmatisation personnalisée et les préoccupations liées aux attitudes du public.</p>
Junttila et collab. (31)	Étude longitudinale (plusieurs collectes de données auprès des parents pendant la période prénatale et postnatale)	Finlande	2008-2010	Parents au cours de la 20 ^e semaine de grossesse (1 234 mères, 1 132 pères), lorsque les enfants avaient 8 mois (1 273 mères, 1 194 pères) et lorsque les enfants avaient 18 mois (995 mères, 879 pères)	Solitude (version révisée de l'Échelle de solitude de U.C.L.A.)	<p>Phobie sociale (<i>Social Phobia Inventory</i>)</p> <p>Symptômes de dépression (<i>Beck's Depression Inventory</i>)</p> <p>Satisfaction conjugale (<i>Revised Dyadic Adjustment Scale</i>)</p>	<p>La majorité des mères ressentent des sentiments de solitude faibles, mais stables pendant la période étudiée. 7 % des pères ressentent une solitude sociale extrêmement élevée et même en augmentation pendant la période étudiée. 8 % des pères ressentent une solitude émotionnelle très élevée, mais stable pendant la période d'étude.</p> <p>Des niveaux plus élevés de la solitude sociale et émotionnelle chez les pères et les mères sont significativement corrélés à l'insatisfaction conjugale, à la phobie sociale et aux symptômes de dépression.</p>

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Junttila et collab. (32)	Étude longitudinale (questionnaire auprès des mères et des pères)	Finlande	2007-2009	Non rapporté; femmes enceintes et partenaires	Solitude (version révisée de l'Échelle de solitude de U.C.L.A.)		<p>La solitude émotionnelle et sociale des mères et des pères est stable, mais élevée, à travers la période de la grossesse jusqu'à ce que leur enfant ait 18 mois.</p> <p>Pendant la grossesse, la solitude globale (sociale et émotionnelle) et la solitude émotionnelle des pères sont significativement plus élevées que chez les mères.</p> <p>Au huitième mois de l'enfant, la solitude sociale et la solitude émotionnelle des mères sont significativement plus élevées que chez les pères. Lors du 8^e et du 18^e mois de l'enfant, la solitude globale des mères est significativement plus élevée que chez les pères.</p>

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Kantor et collab. (56)	Étude longitudinale (questionnaires auprès des femmes et des professionnels de la santé; informations recueillies par le biais des dossiers médicaux) Analyse de données secondaires de l'étude PreCARE	France	2010-2011	Femmes enceintes (8 624 pour l'évaluation préanesthésique planifiée, 6 834 pour l'utilisation de l'analgésie neuraxiale pendant le travail)	Défavorisation socioéconomique (indice de défavorisation avec 4 dimensions : (1) isolement social, (2) conditions de logement, (3) pas de revenu lié au travail et (4) bénéficiaire d'une assurance maladie financée par l'État)	Évaluation préanesthésique planifiée Utilisation de l'analgésie neuraxiale pendant le travail	Un indice de défavorisation supérieur à 1 est associé de manière significative à une probabilité réduite de compléter l'évaluation préanesthésique prévue lors du dernier trimestre de la grossesse. Aucune association statistiquement significative avec la dimension isolement social. Un indice de défavorisation supérieur à 1 n'était pas associé à l'utilisation de l'analgésie neuraxiale pendant le travail.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Khan et collab. (39)	Étude longitudinale (plusieurs collectes de données auprès des mères pendant la période prénatale et postnatale)	Canada	2011-2012	Femmes enceintes (72) vivant avec le VIH **une proportion importante des femmes dans l'échantillon avait des antécédents de dépression ou un diagnostic psychiatrique (36 %)	Solitude/Isolement social (Échelle de solitude de U.C.L.A.)	Symptômes de dépression (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i>) Âge Nombre d'années vivant avec le VIH Revenu Statut matrimonial Lieu de soins Racisme (version modifiée du <i>Everyday Discrimination Scale</i>) Stigmatisation (<i>HIV Stigma Scale</i>)	L'étude soulève certains facteurs de risque prénatals d'une solitude accrue pendant la grossesse et la période postnatale : statut matrimonial, revenu, racisme et symptômes de dépression. Les facteurs de risque ont changé à travers le temps (entre la période prénatale et postnatale).
Lee, Vasileiou et Barnett (26)	Étude qualitative (entrevues auprès des mères)	Angleterre	2016	Mères (7) ayant des enfants entre 4-9 mois	Questions portant sur trois thèmes : (a) identités maternelles (b) expériences de solitude et (c) stratégies d'adaptation		Trois thèmes identifiés afin de définir les expériences de la solitude chez les mères : (a) difficulté et vulnérabilité inattendues, (b) moins d'occasions sociales pour l'interaction et (c) relations manquant certaines qualités souhaitées.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Mandai, Kaso, Takahashi et Nakayama (28)	Étude transversale (questionnaire auprès des mères)	Japon	2014	Mères (715) ayant des enfants 0-5 ans lors d'un suivi pédiatrique	Solitude (version révisée de l'Échelle de solitude de U.C.L.A.)	<p>Style d'attachement (<i>Internal Working Model Scale</i>, sous-échelle sur l'attachement de type sécuritaire)</p> <p>Détresse psychologique (<i>K6 Scale</i>)</p> <p>Réseaux sociaux (version japonaise du <i>Lubben Social Network Scale</i>)</p> <p>Types d'appareils électroniques et sources d'informations</p> <p>Statut économique subjectif</p>	<p>La solitude est associée de manière significative au statut économique subjectif, au réseau social plus restreint (famille, amis, amis provenant des médias sociaux), au score faible pour l'attachement de type sécuritaire et à la détresse psychologique.</p> <p>Les résultats suggèrent une relation en forme de U entre le temps passé sur les cellulaires et la solitude. Parmi les mères qui utilisent des tablettes/consoles de jeu portable, celles qui passent plus de temps sur ces types d'appareils ont plus de tendances à se sentir seules.</p>
McDaniel, Coyne et Holmes (24)	Étude transversale (questionnaire complété en ligne par les mères)	États-Unis	2010	Mères primipares (157)	<p>Utilisation des médias</p> <p>Nombre moyen d'heures d'utilisation de différentes sources de média par jour</p> <p>Raisons pour lesquelles les mères écrivent des blogues</p>	Sentiment de connexion à la famille élargie et aux amis	<p>La fréquence d'utilisation des blogues prédit un plus grand sentiment de connexion à la famille élargie et aux amis.</p> <p>L'utilisation des sites de réseautage social n'est pas associée au sentiment de connexion.</p>

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Poeran et collab. (18)	Étude transversale (données administratives, données recueillies par un questionnaire)	Pays-Bas	2000-2007	Femmes ayant une grossesse simple (56 443)	L'indice social est un indicateur de la défavorisation combinant le score de 4 dimensions : (1) capacités personnelles (2) environnement (3) participation et (4) cohésion sociale	Facteurs étudiés chez l'enfant : Mortalité ou morbidité périnatale (anomalies congénitales, petit pour l'âge gestationnel, naissance prématurée, faible score d'Apgar à 5 minutes)	Diminution progressive dans la prévalence des issues périnatales défavorables avec chaque augmentation dans l'indice social chez les femmes occidentales. Les résultats suggèrent que la défavorisation sociale a un effet négatif plus fort chez les femmes occidentales que chez les femmes non occidentales.
Rokach (34)	Étude transversale (questionnaire auprès des femmes)	Canada	Non rapporté	396 femmes (91 femmes enceintes, 97 à un an postnatal, 208 femmes non enceintes)	Sources de la solitude (<i>Loneliness Antecedents Questionnaire</i>)		Les sources de solitude sont différentes entre les trois groupes de femmes. Différences significatives rapportées entre les femmes enceintes et les femmes dans la population générale pour la sous-échelle caractéristiques personnelles ou expériences antérieures. Différences significatives rapportées pour les nouvelles mères et les femmes dans la population générale pour la sous-échelle déménagements ou séparations importantes.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Rokach (35)	Étude transversale (questionnaires auprès des femmes)	Canada	Non rapporté	396 femmes (91 femmes enceintes, 97 à un an postnatal, 208 femmes non enceintes)	Stratégies d'adaptation pour réduire la solitude (<i>Loneliness questionnaire</i>)		Les stratégies d'adaptation pour réduire la solitude seraient différentes entre les trois groupes de femmes. Différences significatives rapportées entre les nouvelles mères et les femmes dans la population générale, ainsi qu'entre les femmes enceintes et les femmes dans la population générale pour la sous-échelle réflexion et acceptation de sa solitude. Différences significatives rapportées pour les nouvelles mères et les femmes dans la population générale pour la sous-échelle déni.
Rokach (36)	Étude transversale (questionnaires auprès des femmes)	Canada	Non rapporté	396 femmes (91 femmes enceintes, 97 à un an postnatal, 208 femmes non enceintes)	L'expérience de la solitude (<i>Loneliness questionnaire</i>)		Les scores moyens de la solitude seraient plus élevés chez les femmes dans la population générale. Les trois groupes de femmes vivent la solitude de manière différente pour toutes les dimensions mesurées dans l'instrument de mesure, sauf la dimension en lien avec les aspects positifs et enrichissants de la solitude.

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Sable, Washington, Schwartz et Jorgenson (33)	Étude transversale (entrevues avec femmes enceintes)	États-Unis	2005-2006	Femmes enceintes (72)	Questions portant sur la planification de la grossesse et sur les sentiments à l'égard de la grossesse, dont l'intention de tomber enceinte (questions tirées de la <i>National Survey of Family Growth</i>)	Solitude (version révisée de l'Échelle de solitude de U.C.L.A.)	<p>Les grossesses non planifiées ne sont pas associées de manière significative à la solitude.</p> <p>Les femmes heureuses d'avoir un bébé présentaient des scores de solitude inférieurs.</p> <p>Corrélation positive entre le fait de penser qu'un bébé comblerait un vide dans la vie de la mère et la solitude.</p>
Schuez-Havupalo et collab. (27)	Étude longitudinale (questionnaire auprès des parents)	Finlande	2008-2010	870 mères et 803 pères	Solitude (version finnoise de l'Échelle de solitude de U.C.L.A.)	<p>Facteurs étudiés chez l'enfant (naissance à 10 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Épisodes d'otite aiguë moyenne Nombre de visites chez le médecin pour une infection des voies respiratoires Traitements d'antibiotiques pour une infection des voies respiratoires 	<p>La solitude émotionnelle chez la mère était associée à une augmentation du nombre de visites chez le médecin.</p> <p>La solitude sociale des parents entraîne une légère diminution du nombre de diagnostics d'otite, de traitements d'antibiotiques et de visites chez le médecin.</p>

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Strange et collab. (16)	Étude transversale (sondage en ligne auprès des mères)	Australie	2013-2014	Mères participant aux groupes de mères (218) et mères ne participant pas (113) **différences significatives entre les mères participantes et les mères non participantes pour certaines caractéristiques	Participation des mères aux groupes de mères (dans la communauté locale ou en dehors de la communauté locale, au cours des 12 mois précédents, animé par un professionnel ou les parents)	Connexions sociales au sein de la communauté (<i>Families, Social Capital and Citizenship Survey</i>)	Les mères ayant participé à des groupes de mères dans la communauté locale ont obtenu des scores significativement plus élevés que celles n'ayant pas participé à des groupes de mères pour les connexions sociales au sein de la communauté. La participation à un groupe des mères en dehors de la communauté locale ne semble pas avoir la même force d'association qu'une participation locale (aucune comparaison directe faite entre la participation locale et non locale lors de l'analyse).
Strange, Fisher, Howat et Wood (17)	Étude qualitative (entrevue auprès des mères)	Australie	Post-2003	Mères (12)	Questions portant sur le soutien social, la transition vers la parentalité, vivre dans un nouveau quartier résidentiel, ainsi que les perceptions des connexions sociales au sein de la communauté	Participation à une activité de groupe	Trois thèmes identifiés : « interaction », « savoir ce qui se passe » et « l'aide est à proximité si vous en avez besoin ». Les activités dans la communauté, tels les groupes de mères et les groupes de jeux, permettent de créer des occasions pour interagir, pour partager des informations, « pour savoir ce qui se passe » et pour créer des réseaux de soutien afin que « l'aide soit à proximité si nécessaire ».

Tableau 12 Description détaillée des études retenues provenant de la littérature scientifique (suite)

Auteurs	Méthodologie	Lieu d'étude	Période d'étude	Population et contexte	Objet principal de l'étude (mesure)	Facteurs étudiés (mesure)	Principaux résultats
Strange, Fisher, Howat et Wood (15)	Étude qualitative (entrevues et groupes de discussion auprès des mères, des infirmières et des employés du gouvernement local)	Australie	2011-2012	46 participants (39 mères et 7 infirmières et employés du gouvernement local)	Questions portant sur les défis d'être un nouveau parent, l'expérience de participer aux groupes de mères ou aux groupes de jeux; les défis de la relocalisation dans un nouveau quartier résidentiel		Quatre thèmes identifiés illustrant les avantages des groupes de jeux et des groupes de mères: apprentissage du rôle parental, établissement d'un réseau de soutien, nouer des amitiés et créer des liens sociaux au sein de la communauté.
Tuominen Junttila, Ahonen et Rautava (29)	Étude transversale (questionnaire auprès des parents)	Finlande	2007-2010	Mères (987) et pères (835) d'enfant de 18 mois Analyse de sous-groupes : parents (163, 17 %) ayant eu l'expérience d'une continuité relationnelle de soins	Continuité relationnelle des soins (une question sur l'utilisation d'une même infirmière de santé publique pendant la grossesse et les suivis pédiatriques)	Sentiment d'efficacité parentale (version modifiée du <i>Parenting Tasks Index</i>) Solitude (version modifiée de l'Échelle de solitude de U.C.L.A.) Symptômes de dépression (<i>Beck's Depression Inventory</i>)	Les mères ayant eu l'expérience d'une continuité relationnelle de soins ont coté une solitude émotionnelle plus faible que les mères n'ayant pas eu cette expérience. Aucune association significative en lien avec la solitude chez les pères. La régression de la solitude sociale et émotionnelle pour certaines dimensions de l'auto-efficacité est différente entre les pères qui ont connu une continuité relationnelle des soins et ceux qui n'ont pas eu cette expérience. Chez les mères, c'est le cas pour la solitude émotionnelle, mais la solitude sociale n'est associée à aucune dimension de l'auto-efficacité.

Tableau 13 Description détaillée des documents retenus provenant de la littérature grise

Auteur/organisme	Type de publication	Méthodologie	Lieu	Période d'étude	Population et contexte	Facteurs rapportés en lien avec l'isolement social et/ou la solitude
Action for Children et Jo Cox Loneliness (40)	Autre type de rapport	Aucune méthodologie décrite	Royaume-Uni	Impossible de savoir si les données rapportées sont antérieures à 1999	Enfants, jeunes et familles	Isolement social et solitude : <ul style="list-style-type: none"> ■ Jeune âge du parent; ■ Dépression chez le parent; ■ Enfant avec handicap.
Co-operative Group et British Red Cross Society (49)	Rapport de recherche	Revue de la littérature et projet de recherche avec devis mixte (plusieurs méthodes de collecte de données)	Royaume-Uni	Non rapporté	Plusieurs groupes de la population, dont les jeunes et nouvelles mères (18-24 ans)	Solitude : <ul style="list-style-type: none"> ■ Manque d'énergie pour de prioriser les relations sociales; ■ Sentiments négatifs; ■ Soutien social limité; ■ Sentiment d'insécurité (quartier dangereux ou peu accueillant); ■ Coût élevé lié à la garde des enfants; ■ Manque d'activités sociales.
Jopling et Sserwanja (47)	Rapport de recherche	Revue rapide de la littérature et consultation avec experts	Royaume-Uni	Revue rapide : aucun filtre pour l'année de publication Aucune date pour la consultation avec experts	Individus vivant des transitions de vie, dont les parents	<ul style="list-style-type: none"> ■ Solitude et transition à la parentalité

Tableau 13 Description détaillée des documents retenus provenant de la littérature grise (suite)

Auteur/organisme	Type de publication	Méthodologie	Lieu	Période d'étude	Population et contexte	Facteurs rapportés en lien avec l'isolement social et/ou la solitude
Keys (46)	Rapport de recherche	Revue de la littérature, entrevues auprès des informateurs clés, entrevues et sondage auprès des jeunes mères	Australie	2006	Jeunes mères (24), entre 17-26 ans, ayant eu une expérience d'itinérance **Aucune information rapportée sur l'âge des enfants. L'âge maternel moyen à la première naissance était de 19 ans (alors il se peut que certains enfants soient âgés de plus de 5 ans) Informateurs-clés œuvrant auprès des personnes itinérantes	Isolement social : <ul style="list-style-type: none">■ Itinérance
Lacharité, Calille, Pierce et Baker (45)	Rapport de recherche	Devis qualitatif avec groupes de discussion menés séparément auprès des mères et des pères	Québec	2015	Mères (52) et pères (23) vivant dans cinq régions du Québec, dans une variété de situations familiales	Isolement social : <ul style="list-style-type: none">■ Conflits familiaux;■ Insuffisance ou l'absence de soutien social.
Lacharité, Pierce, Calille, Bergeron, Lévesque-Dion et Baker (42)	Rapport de recherche	Recension de la littérature scientifique et groupe de discussion avec parents	Recension des écrits : pays OCDE Groupes de discussion : Québec	Recension des écrits : aucun filtre pour l'année de publication Groupes de discussion : 2014-2015	Parents d'enfants 0-5 ans : huit groupes de mères (58), quatre groupes de pères (32) et deux groupes supplémentaires	Isolement social et solitude : <ul style="list-style-type: none">■ Santé de l'enfant;■ Trouble de santé mentale chez le parent;■ Précarité financière;■ Relation mère/professionnel de la santé.

Tableau 13 Description détaillée des documents retenus provenant de la littérature grise (suite)

Auteur/organisme	Type de publication	Méthodologie	Lieu	Période d'étude	Population et contexte	Facteurs rapportés en lien avec l'isolement social et/ou la solitude
Lavigneur, Coutu et Dubeau (48)	Rapport de recherche	Étude descriptive avec plusieurs étapes de collecte de données (quantitative et qualitative)	Québec	2001-2004	Deux groupes de parents Parents du groupe cible (72) avec un enfant âgé de 2 à 6 ans et présentant un ou plusieurs des facteurs de vulnérabilité suivants : faible revenu (sous le seuil de la pauvreté); faible scolarité (études secondaires non complétées); mère de moins de 21 ans à la naissance du premier enfant. Parents du groupe témoin ne présentant aucun facteur de vulnérabilité (57)	Comparaison du sentiment de solitude entre les parents du groupe cible et du groupe témoin Solitude mesurée par la version abrégée de l'échelle <i>Emotional/Social Loneliness Inventory</i>
Public Health England et UCL Institute of Health Equity (44)	Document de pratique	Revue de littérature et consultation des experts	Royaume-Uni	Impossible de savoir si les données rapportées sont antérieures à 1999	Plusieurs groupes de la population, dont les femmes enceintes	Isolement social : <ul style="list-style-type: none"> ■ Grossesse à l'adolescence; ■ Dépression périnatale; ■ Mauvaise perception de la santé.

Tableau 13 Description détaillée des documents retenus provenant de la littérature grise (suite)

Auteur/ organisme	Type de publication	Méthodologie	Lieu	Période d'étude	Population et contexte	Facteurs rapportés en lien avec l'isolement social et/ou la solitude
Teuton (41)	Rapport gouverne- mental	Recension des données d'enquête écossaise	Écosse	2007-2008	Parents et enfants de moins de 6 ans	Données sur l'ampleur de l'isolement social et de la solitude
Yelland, Riggs, Fouladi, Wahidi, Chesters et Casey (43)	Rapport de recherche	Devis qualitatif avec entrevues auprès des parents et des informateurs-clés, ainsi que la consultation avec la communauté	Australie	Date d'entrevue auprès des parents et des informateurs-clés non rapportée Consultation avec la communauté en 2012	Mères (16) et pères (14) afghans ayant récemment eu un bébé (4 à 12 mois) Informateurs-clés (34)	Isolement social et solitude : ■ Immigration

Annexe 3

Définitions de concepts apparentés

Définitions de concepts apparentés

Soutien social

Cinq études fournissent une définition du soutien social. Le soutien social est un concept multidimensionnel (15) qui comprend des actions ou ressources fournies volontairement par un individu à un autre, entre qui il existe une relation personnelle (30, 38). Selon Sable (33), le soutien social serait la perception que les liens sociaux disponibles peuvent fournir une aide satisfaisante, en cas de besoin.

Le soutien social peut être divisé en plusieurs composantes fonctionnelles, soit :

- le soutien émotionnel : la manifestation de confiance, d'empathie, d'amour et de bienveillance;
- le soutien informationnel : l'information, les avis et les conseils;
- le soutien tangible, matériel ou pratique : l'aide ou l'offre de ressources (par exemple : argent, nourriture, transport) (16, 30).

À ces trois composantes s'ajoute le soutien problématique qui est caractérisé par des actions nuisibles, bien qu'elles puissent être bien intentionnées par le prestataire (30). Un cinquième type de soutien serait l'appréciation ou la rétroaction, soit le soutien de la valorisation personnelle (16).

Différentes sources ou prestataires peuvent fournir les différentes fonctions du soutien social (30).

Dans la littérature grise, Teuton (41) distingue le soutien social et le réseau social. Le soutien social fait référence à la qualité des relations (en fonction du type de soutien fourni). Le réseau social fait référence au nombre et à la fréquence des contacts sociaux.

Capital social

Trois études définissent le concept du capital social. Le capital social fait référence au degré de connexion sociale ainsi qu'à la qualité et la quantité des relations sociales dans une population (16, 17). Au niveau individuel, le capital social se définit par les ressources accessibles par le biais des réseaux sociaux (10). Le capital social est constitué de ressources structurelles (ce que les gens font), telle la participation dans les réseaux sociaux, et de ressources cognitives (ce que les gens ressentent), telles la réciprocité, la confiance et les valeurs partagées dans le cadre des groupes sociaux (16). De plus, le capital social n'est pas restreint à un lieu physique (17).

Connexion sociale

Une étude décrit la connexion sociale comme la contrepartie de l'isolement social (24).

En parallèle, une étude fournit une définition pour les connexions sociales au sein d'une communauté (17). Ce concept s'applique à un lieu physique. Il est défini comme étant la perception de la similitude interpersonnelle ou de l'interdépendance entre les individus, et la volonté de maintenir celle-ci. C'est le sentiment que l'on fait partie d'une structure plus large, fiable et stable. Selon les écrits de McMillan et Chavis (1986), cité dans l'étude de Strange et collab. (17), on décrit quatre dimensions liées à ce concept : (1) l'appartenance, soit un sentiment d'appartenance ou une relation personnelle, (2) l'influence, soit un sentiment d'importance et que l'on fait une différence au sein d'un groupe, (3) l'intégration, lorsque les besoins des membres d'un groupe sont satisfaits et (4) les liens émotionnels partagés à travers des expériences communes. Le sentiment d'appartenance à la communauté en serait un synonyme.

Défavorisation sociale ou socioéconomique

Deux études définissent la défavorisation sociale (14, 18), tandis que la défavorisation socioéconomique est définie par une étude (12). Toutefois, un même indice serait utilisé dans la mesure de ces deux concepts. Selon ces trois écrits scientifiques, la défavorisation sociale ou socioéconomique réfère aux dimensions financière et professionnelle (liées au travail) des inégalités sociales (12). Cela entraîne la réduction des relations et des activités normales, disponibles à la majorité des membres de la société (18). La défavorisation sociale maternelle peut être décortiquée en quatre dimensions : isolement social, logement, revenu et assurance maladie.

Exclusion sociale

Trois publications fournissent une définition de l'exclusion sociale, dont un document provenant de la littérature grise. L'exclusion sociale implique un manque ou le déni de ressources, de droits, de biens et de services, ainsi que les processus par lesquels certains individus ou groupes sont marginalisés (44). Les mesures de l'exclusion sociale peuvent comprendre des mesures en lien avec la pauvreté, les conditions de vie, les besoins de base et les relations sociales (19). Les mesures de l'exclusion sociale en lien avec les relations sociales peuvent se décliner en rencontres avec les amis, en discussion avec les voisins, ainsi que par l'appartenance à des clubs ou groupes sociaux (19).

En parallèle, l'exclusion relationnelle réfère à un manque de soutien social et de relations sociales (38).

Stigmatisation

Deux études définissent le concept de stigmatisation. La stigmatisation fait référence aux attributs d'un individu ou d'un groupe qui génèrent une évaluation négative de la part d'autrui (23). Les individus stigmatisés possèdent une identité jugée déviante, car ils ont des attributs moins désirables ou sont placés dans des catégories qui ne correspondent pas aux attentes normatives de la société (11). Deux dimensions de la stigmatisation ressortent, soit la stigmatisation ressentie qui comprend un sentiment de honte associé à une différence quelconque, et la stigmatisation rencontrée, qui présente un cas réel de discrimination (23).

www.inspq.qc.ca