

# Solitude chez les jeunes adultes : les liens avec l'adolescence et les relations interpersonnelles

Christine Doucet



## Résumé

La solitude peut avoir des répercussions importantes sur la vie des individus. Elle est notamment associée à une moins bonne santé physique et mentale, et elle augmenterait le risque de mortalité à un niveau comparable à celui lié à certains facteurs comme l'obésité ou l'inactivité physique. Malgré ces constats, les études multivariées intégrant un large éventail de facteurs associés à la solitude demeurent limitées, en particulier au début de l'âge adulte. Cette publication vise à contribuer à pallier cette lacune en examinant les liens entre le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude entre 22, 23 et 25 ans et : 1) la solitude à l'adolescence ; 2) les relations interpersonnelles à l'adolescence et au début de l'âge adulte ; 3) divers autres facteurs, dont la santé physique et mentale ainsi que les attitudes et comportements sociaux à ces périodes de la vie. Les données utilisées pour ces analyses proviennent de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 1<sup>re</sup> édition* (ELDEQ 1) et de Revenu Québec. Les analyses portent sur les jeunes nés au Québec en 1997-1998<sup>1</sup>.

Les résultats montrent que la probabilité d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte est :

- plus élevée chez les jeunes dont le niveau de solitude était déjà plus important que les autres à 10, 12 et 13 ans ;
- plus faible chez ceux qui entretenaient des relations plus positives que les autres avec leurs parents (mère et père) à 15 et 17 ans, ainsi que chez ceux qui étaient en couple à 22 ans.

Outre la solitude antérieure et les relations interpersonnelles, on observe également que cette probabilité est plus faible chez les jeunes qui avaient une

confiance plus élevée envers les institutions sociales que les autres à 20 ans. Elle est toutefois plus élevée chez ceux qui :

- avaient un niveau d'agressivité sociale plus élevé que les autres à 15 et 17 ans ;
- étaient en situation d'obésité à 21 ans ;
- percevaient leur niveau de stress à 21 ans comme étant modéré ou élevé plutôt que faible ;
- percevaient leur santé mentale comme bonne, passable ou mauvaise plutôt que très bonne ou excellente à 22 ans ;
- présentaient des symptômes d'anxiété généralisée modérée ou grave à 22 ans.

1. Voir la section Population visée par l'étude pour connaître les exclusions.



BullRun / Adobe Stock

## Introduction

La plupart des personnes vivent des périodes de solitude à certains moments de leur vie. Lorsqu'elles sont temporaires ou sporadiques, ces expériences sont peu susceptibles d'entraîner des conséquences importantes à long terme. Toutefois, lorsqu'elles se prolongent ou se répètent, elles peuvent grandement affecter la vie des individus.

La solitude est l'écart entre la perception qu'une personne a de la quantité et de la qualité de ses relations sociales et les attentes qu'elle entretient à cet égard (Peplau et Perlman 1982). Il s'agit ainsi d'une expérience subjective, distincte de l'isolement social, qui lui, renvoie plutôt à des facteurs objectifs tels que la faiblesse du réseau social et la rareté des contacts sociaux (Holt-Lunstad et autres 2015). Elle est vécue comme étant pénible et selon certains auteurs, d'un point de vue évolutif, sa fonction serait de motiver l'individu à poser des actions pour rétablir ses liens sociaux (Cacioppo et Cacioppo 2018 ; Cacioppo et autres 2006). Elle peut donc être conçue comme un mécanisme favorisant la coopération et les liens sociaux, cruciaux pour la survie et la reproduction dans les premières sociétés humaines (Cacioppo et autres 2006). La solitude peut être transitoire, c'est-à-dire caractérisée par des états occasionnels. Elle peut être situationnelle, par exemple liée à un déménagement, au décès d'un

conjoint ou d'une conjointe ou à un autre événement qui bouleverse la vie sociale des individus, comme la pandémie de COVID-19. La solitude peut aussi être chronique, c'est-à-dire vécue sur une longue période.

Ses conséquences sur la vie des personnes peuvent être importantes. Chez la population adolescente et les jeunes adultes, elle est associée à un plus faible niveau de scolarité (Matthews et autres 2023), des perspectives d'emploi plus limitées (Matthews et autres 2019 ; Matthews et autres 2023) et à une moins bonne santé physique (Christiansen et autres 2021 ; Matthews et autres 2023) et mentale (Gouin et autres 2023 ; Matthews et autres 2019 ; Matthews et autres 2023). Chez les adultes, elle est notamment liée à la productivité au travail (Ozcelik et Barsade 2018), de même qu'à la santé physique (Holt-Lunstad et autres 2015 ; Valtorta et autres 2016) et mentale (Beutel et autres 2017 ; Mann et autres 2022 ; Martín-María et autres 2020) et à la consommation d'alcool et de cannabis (Bartel et autres 2020 ; Rhew et autres 2025). Le risque de mortalité lié à la solitude serait comparable à ceux associés, par exemple, à l'obésité, à l'inactivité physique et à l'abus de substances (Holt-Lunstad et autres 2015). Elle est donc susceptible d'engendrer d'importants coûts pour les systèmes de santé (Kung et autres 2021 ; Mihalopoulos et autres 2020).

De nombreux facteurs sont potentiellement associés à la solitude. Par exemple, des analyses des données du *EU Loneliness Survey* réalisé en 2022 ont identifié des liens entre la solitude et toute une panoplie de facteurs sur les plans démographique et socio-économique (p. ex. le sexe, l'âge, le statut socio-économique, le niveau d'éducation, le statut d'emploi, etc.), des contacts sociaux (p. ex. la présence de liens intimes avec plusieurs amis et amies et membres de la famille, la fréquence des contacts, etc.), des événements de la vie (p. ex. une séparation, l'apparition d'un problème de santé majeur ou d'une blessure, une perte d'emploi, etc.), des expériences de l'enfance et de l'utilisation des médias sociaux (Berlingieri et autres 2024 ; d'Hombres et Gentile 2024 ; Kovacic et autres 2024). Peu d'études se sont toutefois intéressées aux liens entre les expériences de solitude vécues à différentes étapes de la vie. Par ailleurs, les travaux existants indiquent que les facteurs les plus systématiquement associés à la solitude concernent la quantité et la qualité des relations sociales (Barjaková et autres 2023), mais leur influence selon les moments du parcours de vie est peu documentée. Cette publication contribuera à combler ces lacunes en examinant le rôle de la solitude à l'adolescence, ainsi que celui des relations interpersonnelles à l'adolescence et au début de l'âge adulte, dans l'expérience de la solitude au début de l'âge adulte.

## Facteurs associés à la solitude

### Solitude antérieure

La solitude vécue antérieurement constitue un facteur associé à un risque accru d'en éprouver à nouveau. Une étude rétrospective menée auprès d'adultes de 65 ans et plus révèle que les individus ayant connu au moins trois périodes marquées par la solitude au cours de leur vie étaient davantage susceptibles d'en ressentir au moment de l'enquête, même après qu'on a contrôlé pour divers autres facteurs de risque (p. ex. le temps passé seul ou seule, le statut conjugal, la situation financière, la santé perçue) (Victor et autres 2022). Dans cette étude, environ 9,2 % des personnes participantes

avaient traversé des épisodes de solitude durant chacune des cinq périodes de vie analysées (c'est-à-dire l'enfance [5-14 ans], le jeune âge adulte [15-24 ans], l'âge adulte [25-44 ans], le milieu de vie [45-64 ans] et l'âge adulte avancé [65 ans et plus]). Par ailleurs, une analyse des trajectoires de solitude montre qu'environ 22 % des individus présentaient des niveaux relativement élevés et stables de solitude entre les âges de 7 et 17 ans (Qualter et autres 2013). Les résultats d'une méta-analyse indiquent également que la solitude est relativement stable dans le temps, de façon comparable à un trait de personnalité (Mund et autres 2020).

## Relations interpersonnelles

Parmi l'ensemble des facteurs associés à la solitude, ceux portant sur la quantité et la qualité des relations sociales sont les plus fortement et systématiquement liés à cette expérience (Barjaková et autres 2023). De manière générale, les personnes qui entretiennent des contacts sociaux fréquents ou qui vivent en couple déclarent des niveaux de solitude plus faibles, tandis que celles qui passent davantage de temps seules ou qui vivent seules présentent des niveaux de solitude plus élevés (Berlingieri et autres 2024 ; Direction régionale de santé publique de Montréal 2016 ; Qualter et autres 2021 ; Victor et Yang 2012). La qualité des relations avec la famille, les amis et amies et la ou le partenaire conjugal joue également un rôle important dans ces expériences (Berlingieri et autres 2024 ; Pyle et Evans 2018). Certaines recherches indiquent même que les effets de la qualité relationnelle peuvent se prolonger à long terme : une étude a montré que la bonne qualité des relations avec les parents et les amis et amies durant l'enfance est liée à un risque moindre de solitude à l'âge adulte (Langenkamp et Stepanova 2024). À l'inverse, les expériences de victimisation, définies comme des comportements intentionnels, agressifs et répétés, s'inscrivant dans une relation de pouvoir asymétrique (Olweus 2013), semblent augmenter la probabilité de vivre de la solitude plus tard dans la vie (Day et autres 2017).

La solitude est également liée au soutien social et à l'appartenance à un groupe. Une étude a révélé que les personnes qui, avant la pandémie, percevaient qu'elles disposaient d'un soutien social plus élevé (p. ex. recevoir l'aide ou le soutien émotionnel nécessaire, sentir que leurs proches essaient de les aider) étaient moins susceptibles de suivre une trajectoire marquée de solitude durant la pandémie (Cadigan et autres 2023). Toutefois, selon certains auteurs, l'association entre solitude et faible soutien social pourrait refléter une tendance plus générale, observée chez les personnes vivant une solitude chronique, à adopter des interprétations sociales négatives et, par conséquent, à sous-estimer le soutien qui leur est réellement offert (Kung et autres 2022). Par ailleurs, l'appartenance à un groupe (p. ex. une organisation politique, une équipe sportive ou un club social) peut favoriser le sentiment d'appartenance et offrir des occasions de nouer des relations et de recevoir un soutien social, ce qui pourrait réduire le risque de solitude (Hawkey et autres 2008).

## Autres facteurs associés à la solitude

### Attitudes et comportements sociaux

Les personnes qui présentent un faible niveau de confiance envers autrui ont tendance à éprouver de plus forts sentiments de solitude (Langenkamp et Stepanova 2024 ; Rapolienė et Aartsen 2022). Ce lien apparaît dès l'enfance : les enfants qui manifestent une faible confiance envers leurs pairs et envers autrui sont plus susceptibles de suivre une trajectoire marquée par une solitude élevée durant l'enfance et l'adolescence (Qualter et autres 2013). Rapolienė et Aartsen (2022) montrent par ailleurs que deux formes de confiance, soit celle envers autrui et celle envers les institutions, sont associées à la solitude.

Les sentiments de solitude sont également liés au retrait social, défini comme la tendance à se tenir à l'écart, même en présence de personnes connues ou inconnues. Une étude récente confirme d'ailleurs l'existence

de liens longitudinaux entre le retrait social durant l'enfance et la solitude à l'adolescence (Verhagen et autres 2023).

Certains comportements susceptibles d'influencer la quantité ou la qualité des relations interpersonnelles peuvent aussi être liés à la solitude. C'est notamment le cas de l'agressivité sociale (ou relationnelle), qui englobe des comportements tels que la propagation de rumeurs ou les moqueries, visant à exclure quelqu'un ou à nuire à ses relations sociales (Crick et Grotpeter 1995). Par exemple, une étude réalisée auprès de jeunes adultes a mis en évidence des corrélations modérées entre les comportements d'agression relationnelle et la solitude (Storch et autres 2004). Selon les auteurs, ces comportements, en provoquant le rejet par les pairs, pourraient accroître le sentiment de solitude chez les personnes agressives. Crick et Grotpeter (1995) signalent d'ailleurs que les enfants qui recourent à la violence relationnelle sont plus susceptibles que leurs pairs de vivre du rejet social, de la solitude et de l'isolement. Cela dit, deux études portant sur de jeunes adultes n'ont pas relevé d'association entre l'agressivité sociale et la solitude (Di Stasio et autres 2020 ; Farrell et autres 2024). Par ailleurs, d'autres formes d'agression, notamment l'agressivité physique, pourraient être liées à la solitude (Storch et autres 2004).

Certaines recherches indiquent également que les jeunes présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) indiquent vivre davantage de solitude que leurs pairs (Houghton et autres 2020 ; Jong et autres 2024). Les comportements perturbateurs associés aux troubles de conduite ou d'opposition pourraient aussi contribuer au développement de symptômes dépressifs et d'autres difficultés internalisées, en raison de leurs effets négatifs sur les relations interpersonnelles (Ding et autres 2020). Toutefois, Matthews et autres (2019) montrent que, bien que le TDAH et les troubles de conduite soient liés à la solitude à l'enfance, ils ne prédisent pas la solitude à l'âge adulte.

## Santé physique et mentale

De nombreuses études mettent en évidence des liens entre la santé et les sentiments de solitude. L'état de santé physique ou mentale d'une personne peut influencer la quantité et la qualité de ses relations sociales, notamment en réduisant les occasions ou la motivation à socialiser, ou encore en générant des tensions dans les relations existantes (Barreto et autres 2024). Sur le plan physique, plusieurs facteurs sont associés à une solitude plus élevée : une mauvaise perception de sa santé, la présence de problèmes de santé chroniques ou limitant les activités, ainsi que l'obésité (Berlingieri et autres 2024 ; Day et autres 2018 ; Hajek et autres 2021 ; Kovacic et autres 2024 ; Pyle et Evans 2018 ; Victor et autres 2018).

En ce qui concerne la santé mentale, Matthews et autres (2019) ont montré que les symptômes dépressifs et anxieux durant l'enfance prédisent la solitude à l'âge adulte. Par ailleurs, dans un échantillon représentatif de la population générale, Reinwarth et autres (2024) observent que les symptômes d'anxiété sociale et d'anxiété généralisée sont des prédicteurs de la solitude

cinq ans plus tard. Il convient également de souligner que pour certains troubles, notamment la dépression, la relation avec la solitude peut être bidirectionnelle : non seulement la dépression peut contribuer aux sentiments de solitude, mais la solitude peut elle aussi entraîner une détérioration de la santé mentale (Cacioppo et Cacioppo 2018 ; Vanhalst et autres 2012).

## Habitudes de vie

Certaines habitudes de vie sont également associées à la solitude. Les personnes qui consomment de l'alcool ou des drogues de manière abusive présentent un risque accru de vivre de la solitude, en raison notamment de l'isolement et du stigmate qui accompagnent souvent les problèmes de consommation (Ingram et autres 2020). L'usage intensif des médias sociaux, défini comme quatre heures ou plus par jour, ainsi que la dépendance à ces plateformes sont aussi liés à des niveaux plus élevés de solitude (d'Hombres et Gentile 2024). Ce lien pourrait s'expliquer par le fait que les interactions en ligne tendent à être plus superficielles et de moindre qualité que les contacts en personne.



Ljustina / Adobe Stock

## Facteurs démographiques et socio-économiques

Parmi les facteurs démographiques et socio-économiques associés à la solitude figurent le statut socio-économique (Berlingieri et autres 2024 ; Institut de la statistique du Québec 2021 ; Kung et autres 2022), les caractéristiques du milieu de vie, tels que le statut d'occupation du logement, la densité populationnelle ou le niveau de défavorisation du quartier (Berlingieri et autres 2024 ; Kung et autres 2022 ; Pyle et Evans 2018), le fait de vivre seul ou seule (Berlingieri et autres 2024 ; Finlay et Kobayashi 2018 ; Institut de la statistique du Québec 2021 ; Victor et Yang 2012) ainsi que le statut d'emploi (Berlingieri et autres 2024 ; Morrish et Medina-Lara 2021). Les résultats concernant le lien entre le sexe et la solitude sont toutefois mitigés. La méta-analyse de Maes et autres (2019) indique que les hommes déclarent vivre légèrement plus de solitude, mais la différence est faible. D'autres études mentionnent plutôt que les femmes vivent davantage de solitude (Berlingieri et autres 2024 ; Institut de la statistique du Québec 2021 ; Victor et Yang 2012). Il est possible que ces divergences s'expliquent par le type de solitude mesuré (sociale ou émotionnelle) ou par les différences entre hommes et femmes dans la tendance à reconnaître ou à dévoiler leurs sentiments de solitude (Barjaková et autres 2023).

## Objectifs

Peu d'études multivariées incluent un large ensemble de facteurs potentiellement associés à la solitude, particulièrement au début de l'âge adulte. Or, les transformations physiques et psychologiques vécues à cette période ainsi que les transitions sociales et les attentes qui pèsent sur les jeunes peuvent accroître leur vulnérabilité à la solitude (Arnett 2000 ; Qualter et autres 2015). Les facteurs associés à la solitude chronique demeurent également peu documentés, alors que celle-ci peut avoir des conséquences importantes, notamment sur la santé physique et mentale (Harris

et autres 2013 ; Qualter et autres 2013) ainsi que sur la réussite scolaire et le niveau de scolarité atteint (Matthews et autres 2023). De plus, peu de recherches se sont penchées sur les possibles liens entre les épisodes de solitude vécus à différentes périodes de la vie, en dépit du fait que les sentiments de solitude antérieurs pourraient contribuer à augmenter le risque de vivre de la solitude plus tard dans la vie. Enfin, les relations interpersonnelles, en particulier le statut conjugal, les caractéristiques du ménage (notamment le fait de vivre seul ou seule) et les caractéristiques du réseau social, sont les facteurs explicatifs les plus systématiquement associés à la solitude (Barjaková et autres 2023).

Cette publication vise à contribuer aux connaissances sur le rôle joué par divers facteurs de l'adolescence et du début de l'âge adulte, en particulier la solitude à l'adolescence et les relations interpersonnelles, dans les sentiments de solitude vécus par les jeunes adultes. Elle fournira ainsi des éléments de réponse aux questions suivante :

- Dans quelle mesure les jeunes vivent-ils de la solitude au début de l'âge adulte ?
- Dans quelle mesure le sentiment de solitude des jeunes adultes est-il lié à la solitude vécue durant l'adolescence, ainsi qu'à la qualité des relations interpersonnelles entretenues à cette période ?
- Dans quelle mesure les relations interpersonnelles au début de l'âge adulte sont-elles associées au fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte lorsque l'on tient compte des facteurs propres à l'adolescence ?
- Quels sont les autres facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte associés au fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte ?

## Méthodes d'analyse

### Population visée par l'étude

Les données analysées dans ce fascicule proviennent de la première édition de *l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 1; voir l'encadré L'ELDEQ 1 en bref). La population visée est constituée des jeunes nés au Québec en 1997-1998<sup>2</sup> (sauf exclusions mentionnées dans l'encadré) et toujours admissibles à l'enquête aux âges de 22, 23 et 25 ans<sup>3</sup>.

### Variable d'intérêt

La variable d'intérêt est le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte, soit à 22, 23 et 25 ans. Cette opérationnalisation permet d'examiner des expériences de solitude qui ne sont pas simplement transitoires, mais plutôt caractérisées par une certaine sévérité. Cette variable a été mesurée à partir de l'échelle UCLA three-Item Loneliness Scale (Hugues et autre 2004). Le jeune devait indiquer le sentiment ressenti au cours des deux semaines précédant la collecte pour les énoncés suivants : 1) À quelle fréquence avez-vous ressenti un manque de compagnie ? 2) À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) laissé(e) de côté ? 3) À quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) isolé(e) des autres ?

### L'ELDEQ 1 en bref

*L'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec, 1<sup>re</sup> édition* (ELDEQ 1), aussi connue sous le nom de *Je suis, Je serai*, est réalisée par l'Institut de la statistique du Québec auprès d'une cohorte d'enfants nés au Québec en 1997-1998 avec la collaboration de différents partenaires (voir à la fin du fascicule). L'objectif principal de cette étude est d'identifier les facteurs de la petite enfance qui contribuent à l'adaptation sociale et à la réussite scolaire des jeunes, ainsi que ceux favorisant leur bien-être global lors de leur entrée dans l'âge adulte. Compte tenu de son caractère multidisciplinaire, l'ELDEQ 1 peut répondre à une multitude d'autres objectifs de recherche portant sur le développement des enfants et des jeunes.

La population visée est composée des enfants (naissances simples) nés de mères vivant au Québec en 1997-1998, à l'exception de ceux dont la mère vivait alors dans certaines régions sociosanitaires ou sur des réserves. L'échantillon admissible au suivi longitudinal comptait 2 120 enfants. Ces enfants ont fait l'objet d'un suivi annuel de l'âge de 5 mois à 8 ans, puis d'un suivi bisannuel jusqu'à 25 ans, sauf durant la période de transition entre le primaire et le secondaire, où les jeunes ont fait l'objet d'un suivi à 12 et à 13 ans.

Soulignons que des collectes « spéciales » s'ajoutent à ces collectes régulières, comme celles réalisées lorsque les jeunes avaient environ 20 et 22 ans, et qui portent respectivement sur la santé mentale et sur l'expérience des jeunes durant la pandémie de COVID-19. Des renseignements additionnels, notamment sur la méthodologie de l'enquête, les outils de collecte et la source des données, sont disponibles sur le site Web de l'ELDEQ 1 au [www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca](http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca).

2. Les jeunes nés en 1997-1998 et arrivés au Québec après leur naissance ne font pas partie de la population visée par l'étude, ce qui représente environ 25 % des jeunes de 25 ans résidant au Québec en 2023 (Institut de la statistique du Québec, exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées [FIPA] de la Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ]).
3. Les jeunes décédés avant 2024 ou ayant quitté le Québec de façon définitive avant 2014 sont exclus de la population visée par l'étude.

Les choix de réponse étaient : 1) Presque jamais ; 2) Parfois ; 3) Souvent. Pour chacun des temps de mesure de l'ELDEQ 1 qui ont eu lieu lorsque les jeunes étaient âgés de 22 à 25 ans (c'est-à-dire en 2020, 2021 et 2023), un score a été calculé. Les alphas de Cronbach obtenus pour cette échelle sont de 0,84 à 22 ans, de 0,81 à 23 ans et de 0,83 à 25 ans.

Aux fins des analyses, les scores obtenus à chaque temps de mesure ont d'abord été regroupés en deux catégories : 1) avoir vécu de la solitude (score de 6 à 9) et 2) ne pas avoir vécu de solitude (score de 3 à 5). La variable d'intérêt regroupe les résultats obtenus aux trois temps de mesure en deux catégories : 1) avoir vécu deux ou trois épisodes de solitude ; 2) n'avoir vécu aucun épisode de solitude ou un seul épisode.



Rido / Adobe Stock

## Variables examinées

Les variables examinées ont été sélectionnées en fonction de la littérature consultée (voir l'introduction) et des données d'enquête disponibles. Elles proviennent des données de l'ELDEQ 1 collectées par le biais du Questionnaire papier administré à l'enfant, du Questionnaire en ligne au jeune (QELJ) et de données administratives de Revenu Québec. La description détaillée des variables se trouve dans le document *Solitude chez les jeunes adultes : les liens avec l'adolescence et les relations interpersonnelles. Description des variables utilisées dans l'analyse de régression par blocs*.

### *Solitude antérieure*

Le niveau de solitude durant l'adolescence est mesuré à partir de trois questions posées aux jeunes à l'âge de 10, 12 et 13 ans et portant sur le sentiment de n'avoir personne à qui parler, de se sentir seul(e) et de se sentir mis de côté.

### *Relations interpersonnelles*

Les relations interpersonnelles à l'adolescence sont mesurées par des échelles portant sur :

- les expériences de victimisation par les pairs vécues par les jeunes à 12, 13, 15 et 17 ans (p. ex. s'être fait crier des noms, insulter ou dire des choses blessantes) ;
- la relation positive entre le jeune et ses parents à 15 et 17 ans (p. ex. dans quelle mesure le jeune considère que ses parents écoutent ses idées et opinions) ;
- la violence grave perpétrée par le jeune à l'âge de 15 et 17 ans (p. ex. utilisation d'une arme pour se battre avec quelqu'un).

Pour rendre compte des relations interpersonnelles au début de l'âge adulte, on a sélectionné les variables mesurées au temps de mesure le plus proche de ceux où la variable d'intérêt a été mesurée (22, 23 et 25 ans), soit :

- le fait d'être en couple à 22 ans ;
- le fait de vivre seul ou seule à 22 ans ;
- la satisfaction face à la relation avec la figure maternelle et avec la figure paternelle à 19 ans ;
- le niveau d'engagement dans la relation de couple à 21 ans (p. ex. s'attendre à ce que sa relation avec son conjoint ou sa conjointe dure tout le reste de sa vie)<sup>4</sup> ;
- le niveau d'intimité dans la relation de couple à 21 ans (p. ex. partager des informations personnelles avec son conjoint ou sa conjointe)<sup>5</sup> ;
- le niveau de soutien de l'ami proche à 20 ans<sup>6</sup> ;
- le soutien de la part des collègues à 21 ans (p. ex. avoir l'impression de faire partie d'une équipe au travail)<sup>7</sup> ;
- le soutien de la part du supérieur à 21 ans (p. ex. considérer que son supérieur réussit à faire travailler les gens ensemble)<sup>8</sup> ;
- le niveau de provision sociale à 19 et 21 ans (p. ex. considérer qu'il y a des gens sur qui on peut compter en cas d'urgence) ;
- les expériences de victimisation à 20 ans.

### *Autres facteurs de l'adolescence*

Les autres facteurs de l'adolescence qui ont été pris en compte comprennent les caractéristiques des jeunes sur divers plans, soit :

- certains comportements (le retrait social et la timidité à 12 et 13 ans, l'opposition, l'agressivité sociale, physique et réactive et le trouble de la conduite à 15 et 17 ans) ;
- la santé mentale (symptômes de dépression, d'anxiété généralisée et d'anxiété sociale à 15 et 17 ans) ;
- le statut socio-économique à 17 ans<sup>9</sup>.

### *Autres facteurs du début de l'âge adulte*

Les autres facteurs du début de l'âge adulte qui ont été examinés comprennent :

- des facteurs socio-économiques (revenu d'emploi déclaré, ne pas avoir assez d'argent pour répondre à ses besoins fondamentaux ou se considérer comme pauvre à 21 ans, insécurité alimentaire, être en emploi, suivre des cours en personne ou à distance à 22 ans) ;
- certaines attitudes sociales (confiance envers autrui à 19 ans, confiance envers les institutions sociales, engagement social et participation politique à 20 ans) ;
- les habitudes de vie (consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues à 21 ans, utilisation des réseaux sociaux et consommation de contenus télévisuels ou de médias numériques à 22 ans) ;

4. Les jeunes qui n'étaient pas en couple ont été regroupés au sein de la catégorie « N'a pas de conjoint(e) ou de fréquentation » pour les fins de l'analyse.

5. Les jeunes qui n'étaient pas en couple ont été regroupés au sein de la catégorie « N'a pas de conjoint(e) ou de fréquentation » pour les fins de l'analyse.

6. Les jeunes qui n'avaient pas d'ami ou d'amie proche ont été regroupés au sein de la catégorie « N'a pas d'ami(e) proche » pour les fins de l'analyse.

7. Les jeunes qui n'occupaient pas d'emploi au moment de l'enquête ont été regroupés au sein de la catégorie « N'occupe pas d'emploi » pour les fins de l'analyse.

8. Les jeunes qui n'occupaient pas d'emploi au moment de l'enquête ont été regroupés au sein de la catégorie « N'occupe pas d'emploi » pour les fins de l'analyse.

9. C'est-à-dire la dernière mesure du statut socio-économique de la période de l'adolescence.

- la santé physique et mentale (en situation d'obésité à 21 ans, symptômes de dépression à 20 ans, symptômes d'anxiété à 19 ans, symptômes d'anxiété généralisée à 22 ans, symptômes de trouble bipolaire et d'inattention-hyperactivité à 20 ans, niveau de stress perçu à 21 ans, perception de sa santé physique et mentale à 22 ans);
- la taille du secteur de résidence à 22 ans.

## Stratégie d'analyse des données

### Traitement des données

Lors de tout traitement, les données ont été pondérées afin de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'enquête et de la non-réponse. Le plan d'échantillonnage a également été pris en considération dans le calcul de la précision des estimations et la réalisation de tests statistiques. En outre, lorsque la non-réponse pour un jeune se présentait uniquement pour quelques variables, elle a été traitée en imputant les valeurs manquantes<sup>10</sup>. Tous ces ajustements statistiques permettent la généralisation des résultats à la population visée.

À moins d'avis contraire, les différences signalées dans le texte sont statistiquement significatives au seuil de 0,05. Dans le cas où le seuil observé est légèrement plus élevé que le seuil théorique et compris entre 0,05 et 0,10, on parlera de tendance ou d'association marginale.

### Analyses bivariées

Afin de réaliser un premier tri parmi les variables examinées, nous avons d'abord effectué des analyses bivariées à l'aide du test du khi-deux avec ajustement de Satterthwaite. Les facteurs ayant obtenu à ce test d'association avec la variable d'intérêt un seuil observé (valeur p) inférieur au seuil de 0,10 ont été conservés dans les analyses de régression subséquentes.

### Analyses de régression logistique

Pour chaque bloc de variables conceptuellement liées<sup>11</sup>, une analyse de régression logistique incluant les variables conservées à la suite des analyses bivariées a été effectuée selon la méthode de sélection pas-à-pas descendante jusqu'à ce que l'ensemble des variables incluses dans le modèle soient statistiquement significatives au seuil de 0,05. Cela a permis de réduire encore davantage le nombre de variables à inclure aux étapes suivantes.

Finalement, les variables conservées à la suite des régressions logistiques ont été introduites dans une analyse de régression logistique par blocs. Nous avons procédé en deux étapes, en débutant par les variables de l'adolescence, suivies de celles de l'âge adulte. Au sein de chaque période, les blocs étaient ajoutés dans un ordre commençant par le facteur le plus distal, c'est-à-dire le sexe, suivi des facteurs structurels (p. ex. l'insécurité alimentaire, le revenu d'emploi déclaré), puis des facteurs proximaux (p. ex. les comportements et attitudes, la santé, le stress, etc.). Les variables principales, soit les relations interpersonnelles et la solitude antérieure, ont été ajoutées en dernier.

Notons qu'à chaque ajout d'un nouveau bloc, les variables de ce bloc non significatives au seuil de 0,05 étaient retirées de l'analyse hiérarchique avant l'ajout du bloc suivant afin d'éviter le surajustement des modèles et d'identifier les mesures empiriquement importantes au sein d'un bloc de mesures conceptuellement liées. Pour alléger la présentation, les résultats des modèles comportant des variables non significatives après l'ajout d'un nouveau bloc ne sont pas décrits. Toutefois, l'ensemble des modèles analysés sont présentés au tableau 5. Par ailleurs, chaque variable retirée a été testée à nouveau au sein du modèle final et aucune ne présentait d'association statistiquement significative avec la variable d'intérêt lorsque l'ensemble des autres variables étaient prises en compte.

10. Les informations sur les variables imputées, le nombre de valeurs imputées selon les variables et les méthodes d'imputation employées sont disponibles sur demande.

11. Soit quatre blocs à l'adolescence (comportements, santé mentale, relations interpersonnelles, solitude) et quatre blocs à l'âge adulte (situation économique, attitudes sociales, habitudes de vie et santé physique et mentale, relations interpersonnelles).

## Résultats

### Solitude des jeunes au début de la vie adulte

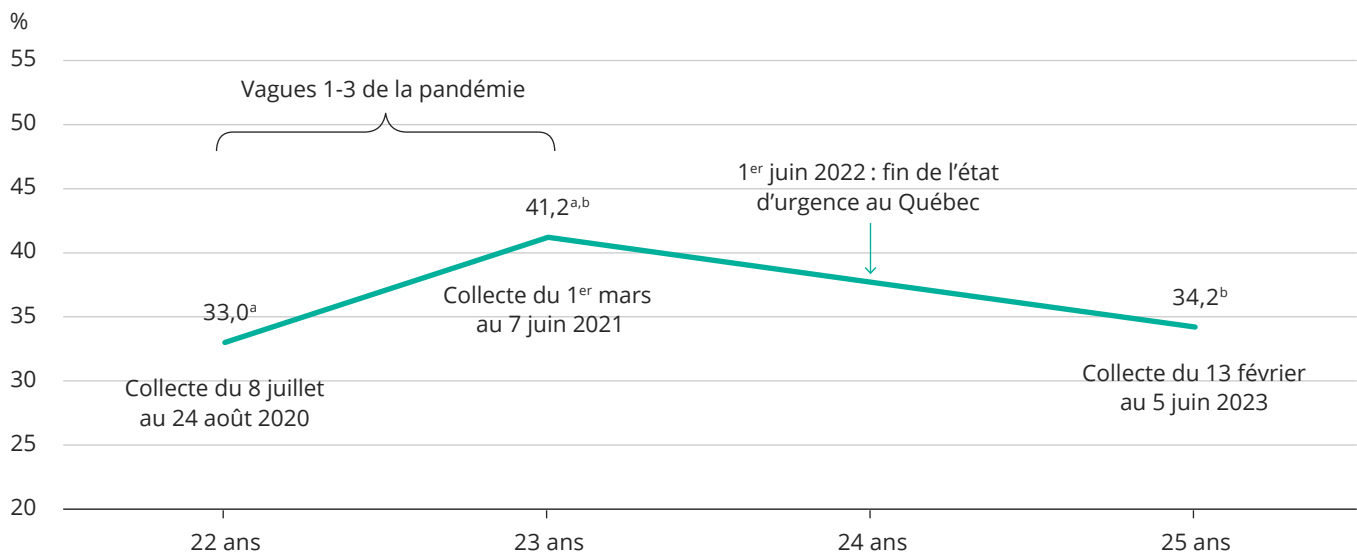
Environ le tiers (33 %) des jeunes vivaient de la solitude à l'âge de 22 ans, une proportion qui a augmenté pour atteindre 41 % à 23 ans et ensuite redescendre à 34 % à 25 ans (figure 1). Notons que les données du passage de la collecte à 22 ans ont été recueillies entre la première vague et la seconde vague de la pandémie de COVID-19<sup>12</sup>, tandis que celles du passage à 23 ans ont été recueillies environ 12 mois après le début de la pandémie et celles du passage à 25 ans, entre 9 et 12 mois après la fin de l'état d'urgence au Québec, décrétée le 1<sup>er</sup> juin 2022. La période du passage de

la collecte des données à 23 ans, où la proportion de jeunes ayant vécu de la solitude est la plus élevée parmi les trois passages, correspond à un moment où plusieurs mesures de santé publique étaient en vigueur au Québec (p. ex. isolement, couvre-feu, interdictions de déplacements)<sup>13</sup>.

On constate qu'environ 4 jeunes sur 10 (41 %) n'ont vécu aucun épisode de solitude à l'âge de 22, 23 et 25 ans, le quart (26 %) en ont vécu un seul, un cinquième (20 %) en ont vécu deux, tandis qu'environ 13 % vivaient de la solitude à chacun des trois passages inclus dans la période d'observation (figure 2). C'est donc dire que le tiers (33 %) des jeunes ont vécu au moins deux épisodes de solitude durant cette période.

Figure 1

Proportion de jeunes<sup>1</sup> ayant vécu de la solitude à 22, 23 et 25 ans, Québec, 2020-2023



a,b Le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

1. Nés au Québec en 1997-1998

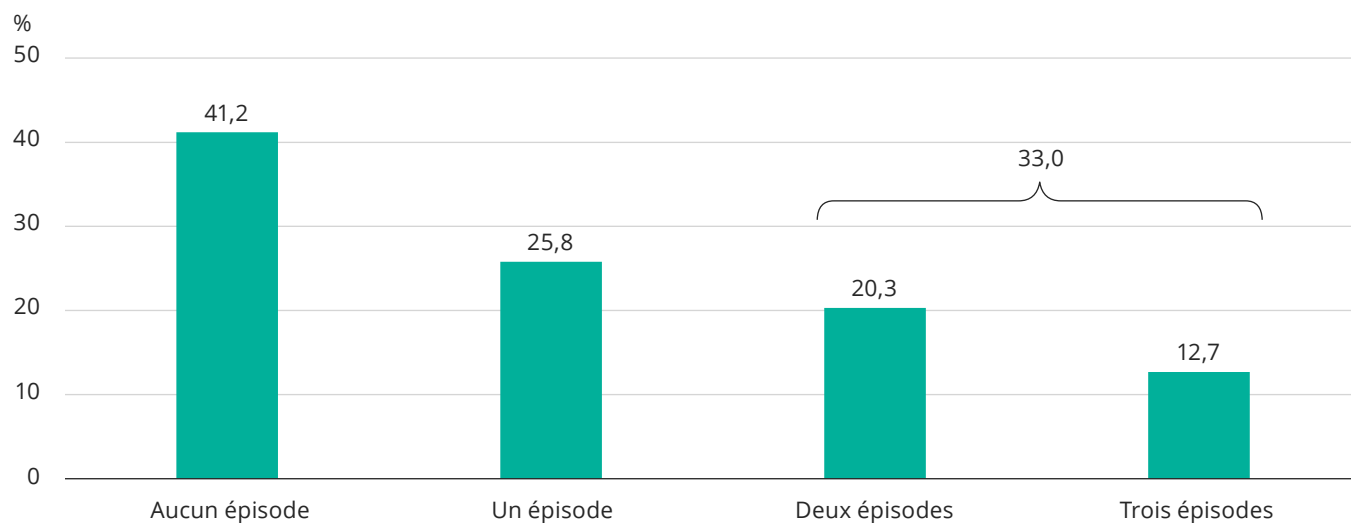
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1<sup>re</sup> édition, 1998-2023.

12. Au Québec, la première vague de COVID-19 s'est étendue du 25 février au 11 juillet 2020 et la seconde vague, du 23 août 2020 au 20 mars 2021.

13. Voir la ligne du temps COVID-19 au Québec : [www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps](http://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps).

Figure 2

### Nombre d'épisodes de solitude vécus au début de l'âge adulte<sup>1</sup>, Québec, 2020-2023



1. Pour les jeunes nés au Québec en 1997-1998.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1<sup>re</sup> édition, 1998-2023.

## Résultats des analyses bivariées

Parmi les variables examinées, plusieurs sont associées à la variable d'intérêt. Les seuils de significativité atteints dans les analyses bivariées pour chaque facteur associé à la variable d'intérêt sont présentés aux deuxième et troisième colonnes du tableau 1. Les variables retenues pour l'analyse de régression par blocs sont présentées à la dernière colonne de ce tableau. Les résultats des analyses bivariées entre le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte et ces facteurs sont présentés au tableau 4.

Tableau 1

Synthèse des facteurs présentant une association bivariée avec le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte<sup>1</sup>, Québec, 2010-2023

	Association bivariée avec la solitude au début de l'âge adulte		Retenu pour l'analyse de régression par blocs
	Significative (p<0,05)	Marginale (p<0,10)	
<b>Facteurs antérieurs</b>			
<b>Démographie</b>			
Sexe du jeune	X		X
<b>Facteurs à l'adolescence</b>			
<b>Comportements à l'adolescence</b>			
Retrait social (12 et 13 ans)	X		X
Timidité (12 et 13 ans)	X		
Opposition (15 et 17 ans)	X		
Agressivité sociale (15 et 17 ans)	X		X
Agressivité physique globale (15 et 17 ans)	X		
Agressivité réactive (15 et 17 ans)	X		
Trouble de la conduite (15 et 17 ans)	X		
<b>Santé mentale à l'adolescence</b>			
Symptômes de dépression (15 et 17 ans)	X		X
Symptômes d'anxiété généralisée (15 et 17 ans)	X		X
Symptômes d'anxiété sociale (15 et 17 ans)	X		X
<b>Relations interpersonnelles à l'adolescence</b>			
Relation positive entre le jeune et ses parents (15 et 17 ans)	X		X
Victimisation par les pairs (12, 13, 15 et 17 ans)	X		X
Violence grave perpétrée (15 et/ou 17 ans)		X	
<b>Solitude à l'adolescence</b>			
Niveau de solitude (10, 12 et 13 ans)	X		X
<b>Facteurs à l'âge adulte</b>			
<b>Situation économique au début de l'âge adulte</b>			
Revenu d'emploi déclaré en 2020 (22 ans)	X		X
Ne pas avoir assez d'argent pour répondre à ses besoins fondamentaux ou se considérer comme pauvre (21 ans)	X		
Insécurité alimentaire (22 ans)	X		
<b>Attitudes sociales au début de l'âge adulte</b>			
Confiance envers les institutions sociales (20 ans)	X		X
Confiance élevée envers autrui (19 ans)	X		X
Nombre d'activités de participation politique au cours des 12 derniers mois (20 ans)	X		

Suite à la page 14

Tableau 1 (suite)

Synthèse des facteurs présentant une association bivariée avec le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte<sup>1</sup>, Québec, 2010-2023

	Association bivariée avec la solitude au début de l'âge adulte		Retenu pour l'analyse de régression par blocs
	Significative (p<0,05)	Marginale (p<0,10)	
<b>Habitudes de vie et santé physique et mentale au début de l'âge adulte</b>			
Fréquence de consommation de cannabis (21 ans)	X		
Temps par jour consacré à utiliser des réseaux sociaux (22 ans)	X		X
Temps par jour consacré à consommer des contenus télévisuels ou de médias numériques (22 ans)	X		
Être en situation d'obésité (21 ans)	X		X
Symptômes de dépression (20 ans)	X		X
Symptômes d'anxiété (19 ans)	X		
Symptômes d'anxiété généralisée (22 ans)	X		X
Présence de symptômes de trouble bipolaire (20 ans)	X		
Présence de symptômes d'inattention-hyperactivité (20 ans)	X		
Niveau de stress perçu (21 ans)	X		X
Perception de sa santé physique (22 ans)	X		
Perception de sa santé mentale (22 ans)	X		X
<b>Relations interpersonnelles et réseau social au début de l'âge adulte</b>			
Être en couple (22 ans)	X		X
Vivre seul ou seule (22 ans)	X		X
Satisfaction à l'égard de la relation avec la figure maternelle (19 ans)	X		
Provision sociale (19-20 ans)	X		
Victimisation (20 ans)	X		X

p Seuil observé du test du khi-deux (avec ajustement de Satterthwaite) de l'association entre la solitude au début de l'âge adulte et le facteur.

1. Pour les jeunes nés au Québec en 1997-1998.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1<sup>re</sup> édition, 1998-2023.

## Résultats des analyses de régression

Les résultats des analyses de régression logistique par blocs sont présentés en deux étapes : la première comprend seulement les facteurs de l'adolescence (tableau 2), tandis que la seconde comprend les facteurs de l'adolescence demeurés significatifs au modèle final de l'étape 1, auxquels sont ajoutés les facteurs de l'âge adulte (tableau 3).

### *Étape 1 : facteurs de l'adolescence associés à la solitude*

Les analyses présentées au tableau 2 montrent que lorsque l'on tient compte uniquement du sexe et des comportements durant l'adolescence (bloc 1), les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte (RC = 1,57). Cette probabilité est également plus forte chez les jeunes qui présentaient à l'adolescence des niveaux plus élevés de retrait social (quintile 5 ; RC = 1,78) ou d'agressivité sociale (quintile 5 ; RC = 2,01) que les autres.

Dans le bloc 2, les facteurs liés à la santé mentale durant l'adolescence sont ajoutés. On constate que les jeunes qui présentaient un niveau plus élevé de symptômes de dépression (quintile 5 ; RC = 1,50) ou d'anxiété sociale (quintile 5 ; RC = 1,82) à l'adolescence étaient plus susceptibles que les autres d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. On

observe également une association marginale entre le fait de présenter un niveau plus élevé d'anxiété généralisée (quintile 5 ; RC = 1,50) et cette probabilité.

Le bloc 3 tient compte des relations interpersonnelles à l'adolescence. Les résultats indiquent que les relations positives avec les parents à 15 et 17 ans réduisent la probabilité d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte (quintile 5 ; RC = 0,52). Les jeunes qui subissaient davantage de victimisation par les pairs à l'adolescence (quintile 5 ; RC = 1,69) étaient pour leur part plus susceptibles d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. Lorsque les relations interpersonnelles à l'adolescence sont prises en compte, le niveau de retrait social devient marginalement associé à la variable d'intérêt et on ne détecte plus d'association entre celle-ci et les symptômes d'anxiété généralisée ou les symptômes de dépression.

Au dernier bloc, soit le bloc 4, on tient compte de la solitude vécue durant l'adolescence. On constate que les jeunes qui présentaient un niveau de solitude plus élevé à 12, 13 et 15 ans (quartile 4 ; RC = 1,58) étaient plus susceptibles que les autres d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. À la suite de l'ajout de ce facteur, plus aucune association entre le niveau de retrait social et la variable d'intérêt n'est décelée. Cette variable, de même que les symptômes d'anxiété généralisée et de dépression, sont par conséquent retirés de l'étape suivante de l'analyse portant sur les facteurs de l'âge adulte.

Tableau 2

Associations entre le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte<sup>1</sup> et certains facteurs de l'adolescence (modèles de régression logistique<sup>2</sup>), Québec, 2010-2023

	Bloc 1		Bloc 2		Bloc 3		Bloc 4	
	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %
<b>Facteur antérieur</b>								
<b>Sexe</b>								
<i>Homme</i>	1,00		1,00		1,00		1,00	
Femme	1,57 <sup>††</sup>	[1,18-2,10]	1,26	[0,93-1,72]	1,41 <sup>†</sup>	[1,03-1,93]	1,38 <sup>†</sup>	[1,00-1,89]
<b>Facteurs de l'adolescence</b>								
<b>Comportements à l'adolescence</b>								
<b>Retrait social (12 et 13 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	1,78 <sup>††</sup>	[1,24-2,54]	1,56 <sup>†</sup>	[1,07-2,26]	1,44 <sup>‡</sup>	[0,99-2,09]	1,26	[0,87-1,84]
<b>Agressivité sociale (15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	2,01 <sup>†††</sup>	[1,45-2,78]	1,74 <sup>††</sup>	[1,24-2,45]	1,57 <sup>†</sup>	[1,10-2,23]	1,59 <sup>††</sup>	[1,12-2,27]
<b>Santé mentale à l'adolescence</b>								
<b>Symptômes de dépression (15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>			1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)			1,50 <sup>†</sup>	[1,01-2,23]	1,34	[0,90-2,00]	1,30	[0,87-1,94]
<b>Symptômes d'anxiété généralisée (15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>			1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)			1,50 <sup>‡</sup>	[0,99-2,26]	1,38	[0,91-2,09]	1,39	[0,92-2,11]
<b>Symptômes d'anxiété sociale (15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>			1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)			1,82 <sup>††</sup>	[1,27-2,60]	1,66 <sup>††</sup>	[1,14-2,41]	1,58 <sup>†</sup>	[1,09-2,30]
<b>Relations interpersonnelles à l'adolescence</b>								
<b>Relation positive entre le jeune et ses parents (15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>					1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)					0,52 <sup>††</sup>	[0,34-0,78]	0,54 <sup>††</sup>	[0,36-0,82]
<b>Victimisation par les pairs (12, 13, 15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>					1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)					1,69 <sup>††</sup>	[1,14-2,50]	1,57 <sup>†</sup>	[1,05-2,34]
<b>Solitude durant l'adolescence</b>								
<b>Niveau de solitude (10, 12 et 13 ans)</b>								
<i>Quartiles 1 à 3</i>							1,00	
Quartile 4 (niveau le plus élevé)							1,58 <sup>††</sup>	[1,14-2,19]

RC Rapport de cotes.

IC Intervalles de confiance.

† : p<0,05 ; †† : p<0,01 ; ††† : p<0,001 ; ‡ : p<0,10.

1. Pour les jeunes nés au Québec en 1997-1998.

2. La catégorie de référence, inscrite en italique, prend la valeur 1. Un rapport de cotes significatif supérieur à 1 doit être interprété comme indiquant que les jeunes présentant la caractéristique donnée étaient plus susceptibles d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte que ceux de la catégorie de référence, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'ils le sont moins. Ces affirmations sont vraies dans la mesure où l'intervalle de confiance à 95 % n'inclut pas la valeur de 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1<sup>re</sup> édition, 1998-2023.

## Étape 2 : facteurs de l'âge adulte associés à la solitude

Lorsque l'on tient simultanément compte des facteurs de l'adolescence associés à la solitude, quels facteurs du début de l'âge adulte sont liés au fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude à cette période ?

Les analyses présentées au tableau 3 montrent tout d'abord que les jeunes dont les revenus d'emploi en 2020 étaient inconnus ou inférieurs à 7 500 \$ étaient plus susceptibles que les autres d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude (bloc 1 ; RC = 1,57).

En ce qui a trait aux attitudes sociales (bloc 2), on constate que les jeunes qui, à 20 ans, présentaient un niveau plus élevé de confiance envers les institutions sociales (quartile 4 ; RC = 0,51) ou une confiance élevée envers autrui (RC = 0,61) étaient pour leur part moins susceptibles que les autres d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude. Les expériences de victimisation par les pairs à l'adolescence deviennent marginalement associées à la variable d'intérêt lorsque les attitudes sociales sont prises en compte.

Plusieurs aspects de la santé des jeunes (bloc 3) sont associés au fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. Cette probabilité est en effet plus élevée chez ceux qui :

- étaient en situation d'obésité à 21 ans (RC = 2,18) ;
- percevaient leur niveau de stress à 21 ans comme étant modéré (RC = 2,59) ou élevé (RC = 3,60) plutôt que faible ;
- percevaient leur santé mentale comme bonne, passable ou mauvaise plutôt que très bonne ou excellente (RC = 2,71) à 22 ans ;
- présentaient des symptômes d'anxiété généralisée modérée ou grave (RC = 2,93) plutôt que léger à 22 ans.

Le sexe et les expériences de victimisation par les pairs à l'adolescence ne présentent plus d'association significative avec la solitude au début de l'âge adulte lorsque l'on tient compte de la santé des jeunes, tandis que le niveau de revenus d'emploi en 2020 et la confiance envers autrui y deviennent marginalement associés.

Les résultats du dernier modèle montrent que les jeunes qui étaient en couple à 22 ans étaient moins susceptibles que ceux qui ne l'étaient pas d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte (bloc 4 ; RC = 0,70). Lorsque l'on tient compte du fait d'être en couple, l'anxiété sociale à l'adolescence devient marginalement associée à la solitude au début de l'âge adulte et l'association entre le niveau de revenu d'emploi en 2020 et la variable d'intérêt devient non significative.



Sergey Bogdanov / Adobe Stock

Tableau 3

Associations entre le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte<sup>1</sup> et certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte (modèles finaux de régression logistique<sup>2</sup>), Québec, 2010-2023

	Bloc 1		Bloc 2		Bloc 3		Bloc 4	
	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %
<b>Facteurs de l'âge adulte</b>								
<b>Situation économique au début de l'âge adulte</b>								
<b>Revenu d'emploi déclaré en 2020 (22 ans)</b>								
Revenu déclaré de 7 500 \$ et plus	1,00		1,00		1,00		1,00	
Revenu déclaré de moins de 7 500 \$ ou aucun revenu déclaré	1,57 <sup>†</sup>	[1,07-2,30]	1,63 <sup>†</sup>	[1,10-2,41]	1,44 <sup>†</sup>	[0,94-2,18]	1,41	[0,93-2,15]
<b>Attitudes sociales au début de l'âge adulte</b>								
<b>Confiance dans les institutions sociales (20 ans)</b>								
Quartiles 1 à 3			1,00		1,00		1,00	
Quartile 4 (niveau le plus élevé)			0,51 <sup>***</sup>	[0,36-0,74]	0,63 <sup>†</sup>	[0,42-0,95]	0,64 <sup>†</sup>	[0,42-0,96]
<b>Confiance élevée envers autrui (19 ans)</b>								
Non			1,00		1,00		1,00	
Oui			0,61 <sup>**</sup>	[0,43-0,86]	0,69 <sup>†</sup>	[0,46-1,03]	0,70 <sup>†</sup>	[0,47-1,05]
<b>Santé physique et mentale au début de l'âge adulte</b>								
<b>En situation d'obésité (21 ans)</b>								
Non					1,00		1,00	
Oui					2,18 <sup>**</sup>	[1,30-3,66]	2,15 <sup>**</sup>	[1,27-3,65]
<b>Stress perçu (21 ans)</b>								
Faible					1,00		1,00	
Modéré					2,59 <sup>***</sup>	[1,72-3,91]	2,67 <sup>***</sup>	[1,77-4,03]
Élevé					3,60 <sup>***</sup>	[2,09-6,19]	3,80 <sup>***</sup>	[2,21-6,54]
<b>Perception de sa santé mentale (22 ans)</b>								
Excellente ou très bonne					1,00		1,00	
Bonne, passable ou mauvaise					2,71 <sup>***</sup>	[1,90-3,85]	2,61 <sup>***</sup>	[1,84-3,71]
<b>Symptômes d'anxiété généralisée (22 ans)</b>								
Anxiété légère					1,00		1,00	
Anxiété modérée/grave					2,93 <sup>***</sup>	[1,88-4,56]	2,99 <sup>***</sup>	[1,92-4,68]
<b>Relations interpersonnelles au début de l'âge adulte</b>								
<b>En couple (22 ans)</b>								
Non							1,00	
Oui							0,70 <sup>†</sup>	[0,50-0,97]
<b>Facteur antérieur</b>								
<b>Sexe</b>								
Homme	1,00		1,00		1,00		1,00	
Femme	1,49 <sup>†</sup>	[1,10-2,02]	1,58 <sup>**</sup>	[1,16-2,15]	1,04	[0,74-1,48]	1,10	[0,77-1,57]

Suite à la page 19

Tableau 3 (suite)

Associations entre le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte<sup>1</sup> et certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte (modèles finaux de régression logistique<sup>2</sup>), Québec, 2010-2023

	Bloc 1		Bloc 2		Bloc 3		Bloc 4	
	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %
<b>Facteurs de l'adolescence</b>								
<b>Comportements à l'adolescence</b>								
<b>Agressivité sociale (15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	1,68 <sup>††</sup>	[1,19-2,38]	1,61 <sup>††</sup>	[1,14-2,27]	1,57 <sup>†</sup>	[1,05-2,34]	1,57 <sup>†</sup>	[1,05-2,35]
<b>Santé mentale à l'adolescence</b>								
<b>Symptômes d'anxiété sociale (15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	1,75 <sup>††</sup>	[1,23-2,48]	1,71 <sup>††</sup>	[1,20-2,45]	1,50 <sup>†</sup>	[1,01-2,22]	1,48 <sup>†</sup>	[0,99-2,22]
<b>Relations interpersonnelles à l'adolescence</b>								
<b>Relation positive entre le jeune et ses parents (15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	0,52 <sup>††</sup>	[0,34-0,78]	0,55 <sup>††</sup>	[0,36-0,84]	0,59 <sup>†</sup>	[0,37-0,96]	0,59 <sup>†</sup>	[0,36-0,95]
<b>Victimisation par les pairs (12, 13, 15 et 17 ans)</b>								
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	1,56 <sup>†</sup>	[1,05-2,33]	1,43 <sup>†</sup>	[0,96-2,15]	1,17	[0,74-1,85]	1,19	[0,74-1,90]
<b>Solitude durant l'adolescence</b>								
<b>Niveau de solitude (10, 12 et 13 ans)</b>								
<i>Quartiles 1 à 3</i>	1,00		1,00		1,00		1,00	
Quartile 4 (niveau le plus élevé)	1,74 <sup>†††</sup>	[1,26-2,40]	1,64 <sup>††</sup>	[1,18-2,27]	1,45 <sup>†</sup>	[1,01-2,09]	1,45 <sup>†</sup>	[1,01-2,08]

RC Rapport de cotes.

IC Intervalles de confiance.

† : p<0,05 ; †† : p<0,01 ; ††† : p<0,001 ; ‡ : p<0,10.

1. Pour les jeunes nés au Québec en 1997-1998.

2. La catégorie de référence, inscrite en italique, prend la valeur 1. Un rapport de cotes significatif supérieur à 1 doit être interprété comme indiquant que les jeunes présentant la caractéristique donnée étaient plus susceptibles d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte que ceux de la catégorie de référence, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'ils le sont moins. Ces affirmations sont vraies dans la mesure où l'intervalle de confiance à 95 % n'inclut pas la valeur de 1.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1<sup>re</sup> édition, 1998-2023.

## Discussion

La solitude peut avoir des répercussions importantes sur la vie des individus. Elle peut être liée à leur santé physique et mentale, leur consommation de substances, leur niveau de scolarité, leurs perspectives professionnelles ainsi que leur rendement au travail. Cette publication avait, dans un premier temps, pour objectif de décrire les sentiments de solitude vécus par les jeunes au début de l'âge adulte. Dans un deuxième temps, elle visait à examiner dans quelle mesure la solitude ressentie durant l'adolescence ainsi que les relations sociales à cette période et au début de l'âge adulte sont associées aux épisodes de solitude vécus par les jeunes adultes une fois pris en compte les autres facteurs considérés. Enfin, dans un troisième temps, elle cherchait à évaluer dans quelle mesure les autres facteurs considérés sont associés au fait d'avoir vécu deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte.

Les résultats indiquent que le quart des jeunes ont vécu un seul épisode de solitude au début de l'âge adulte, un cinquième en ont vécu deux, tandis qu'environ 13 % vivaient de la solitude à chacun des trois temps de mesure considérés. Ainsi, le tiers des jeunes ont vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte.

Les analyses montrent également que, même après le contrôle d'autres facteurs dans un modèle multivarié, la solitude vécue durant l'adolescence demeure un prédicteur significatif de la probabilité de connaître au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. Les relations positives avec les parents à l'adolescence, de même que le fait d'être en couple à 22 ans, diminuent cette probabilité.

D'autres facteurs sont également associés de façon significative à la variable d'intérêt dans le modèle multivarié, notamment l'agressivité sociale à l'adolescence, plusieurs indicateurs de santé physique et mentale (c'est-à-dire le fait d'être en situation d'obésité, la santé mentale perçue, le niveau de symptômes d'anxiété généralisée et le stress perçu au début de l'âge adulte) ainsi que la confiance envers les institutions sociales.

## Solitude vécue durant l'adolescence

Différents mécanismes pourraient expliquer les liens observés entre les expériences de solitude vécues durant les deux périodes de vie analysées. D'une part, la solitude pourrait affecter la capacité ou la propension future à établir des relations sociales (Cacioppo et Hawkley 2005 ; Cacioppo et autres 2014 ; Hawkley et Cacioppo 2010). Les personnes qui vivent de la solitude ont tendance à adopter une vision plus négative d'elles-mêmes et d'autrui que les autres (Tsai et Reis 2009). Elles peuvent ainsi entrer dans un cercle vicieux où ces jugements sociaux négatifs mènent à des interactions de moindre qualité, contribuant à la persistance de la solitude (Cacioppo et Hawkley 2005).

D'autre part, les personnes vivant de la solitude pourraient également être perçues plus négativement que les autres, notamment en ce qui concerne des traits favorisant la socialisation tels que la chaleur humaine, l'intérêt pour autrui, la popularité ou la capacité à communiquer (Tsai et Reis 2009).

Il convient également de noter que les personnes présentant des niveaux plus élevés de solitude tendent à percevoir celle-ci comme davantage stigmatisée dans leur communauté. Elles ressentent plus de honte à son égard et sont plus susceptibles de tenter de la dissimuler que celles moins touchées par la solitude (Barreto et autres 2022). Cette réticence à parler de leur situation ou à demander de l'aide peut accentuer leurs difficultés et contribuer au maintien de leurs sentiments de solitude (Barreto et autres 2024).

## Relations à l'adolescence et au début de l'âge adulte

Nos résultats laissent supposer que certains aspects des relations sociales à l'adolescence et au début de l'âge adulte agissent comme facteurs de protection contre la solitude. Les jeunes qui entretenaient des relations plus positives avec leurs parents durant l'adolescence étaient moins susceptibles que les autres d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. Comme le soulignent Calderon Leon et autres (2024), ces relations jouent un rôle particulièrement important lors de la transition vers l'âge adulte, une période marquée par de nombreux changements (p. ex. l'intégration à de nouveaux milieux sociaux, le départ du foyer familial) susceptibles d'accroître la vulnérabilité à la solitude. Cette association pourrait s'expliquer par l'effet protecteur du soutien parental, lequel pourrait être particulièrement marqué chez les jeunes entretenant des relations positives avec leurs parents. Il est également possible que l'établissement de relations parentales positives ou d'un attachement sécurisé contribue, chez les jeunes, au développement de compétences relationnelles solides ainsi qu'à des attentes favorables envers les autres. Ces acquis pourraient ensuite se généraliser à l'ensemble de leurs relations sociales, favorisant la création de liens interpersonnels sains et réduisant le sentiment de solitude (Kerns et Stevens 1996). Les résultats d'études menées auprès de jeunes adultes vont en ce sens. Von Soest et autres (2020) démontrent que les personnes participant à leur étude qui percevaient leurs parents comme étant chaleureux avant l'âge de 18 ans vivaient moins de solitude au début de l'âge adulte. Wiseman et autres (2006) montrent que la chaleur et l'affection parentales, de même qu'un style d'attachement sécurisé, sont associées à des niveaux plus faibles de solitude. Les résultats d'une dernière étude indiquent que des étudiants et étudiantes universitaires dont le niveau d'attachement à la mère est passé de faible à élevé sur une période de trois ans ont déclaré une diminution significative de leur niveau de solitude au cours de cette même période (Holt et autres 2018).

Nos résultats montrent également que les jeunes en couple à 22 ans étaient moins nombreux, en proportion, à avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. Le fait d'être engagé dans une relation de couple garantit au moins l'existence d'un lien social, généralement significatif, qui peut jouer un rôle protecteur important face à la solitude (Pinquart et Sorensen 2001). Selon Hawkley et autres (2008), la qualité de la relation conjugale a un effet protecteur particulièrement important face à la solitude. Toutefois, aucune association n'a été décelée dans notre analyse entre le niveau d'intimité ou d'engagement dans la relation de couple à 22 ans et le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. Cette absence d'association significative pourrait notamment être due au faible nombre de personnes répondantes qui étaient en couple à 22 ans.

D'autres aspects des relations interpersonnelles considérés dans l'analyse ne présentaient pas d'association significative avec la solitude après le contrôle des variables des autres blocs. C'est notamment le cas du fait de vivre seul ou seule, un facteur qui, selon Hutten et autres (2022), semble toutefois exercer une influence moins marquée chez les jeunes adultes que chez les personnes plus âgées. De plus, l'association entre les expériences de victimisation par les pairs à l'adolescence et la variable d'intérêt devenait non significative lorsque les facteurs de l'âge adulte étaient inclus dans le modèle, donnant à penser que leur lien avec la solitude à l'âge adulte pourrait être médié par des expériences ou des conditions plus récentes. Par ailleurs, aucune association n'a été décelée dans notre analyse entre le niveau de soutien reçu d'un ami ou d'une amie proche et le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte, tandis que la provision sociale perçue au sein de l'entourage (amis et amies, famille, collègues, membres de la communauté) n'y était plus associée lorsque les autres facteurs étaient pris en compte dans un modèle multivarié.

## Santé physique et mentale

Les jeunes en situation d'obésité à 21 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. Ces résultats s'inscrivent dans la continuité des recherches montrant que les personnes en situation d'obésité présentent un risque accru d'isolement social ou de solitude (Hajek et König 2021 ; Hajek et autres 2021 ; Jung et Luck-Sikorski 2019). Cette tendance pourrait notamment s'expliquer par la stigmatisation à laquelle elles sont exposées (Hajek et autres 2021) ainsi que par l'internalisation des préjugés négatifs envers ces personnes (Jung et Luck-Sikorski 2019).

Sur le plan de la santé mentale, nos résultats indiquent que les jeunes présentant des niveaux d'anxiété sociale plus élevés que les autres à l'adolescence ou des symptômes d'anxiété généralisée modérée ou grave au début de l'âge adulte étaient proportionnellement plus nombreux à avoir connu au moins deux épisodes de solitude entre 22, 23 et 25 ans. Toutefois, l'association entre l'anxiété sociale à l'adolescence et la solitude au début de l'âge adulte n'est plus significative lorsque les symptômes d'anxiété généralisée à l'âge adulte sont pris en compte. Les personnes souffrant d'anxiété sociale ont tendance à éviter les interactions sociales, ce qui peut accroître leur vulnérabilité à la solitude (Reinwarth et autres 2024). Par ailleurs, selon Cacioppo et autres (2006), la solitude peut entraîner une hypervigilance ainsi que des cognitions et comportements sociaux négatifs, souvent accompagnés de symptômes anxieux, lesquels peuvent à leur tour intensifier ou prolonger les sentiments de solitude.

L'analyse ne permet pas de conclure que les symptômes dépressifs à l'adolescence ou au début de l'âge adulte sont significativement associés à la solitude lorsque les autres dimensions de la santé mentale sont prises en compte dans un modèle multivarié. Cette absence de conclusion significative pourrait s'expliquer par la prise en compte simultanée d'autres indicateurs de santé mentale susceptibles d'être liés à la fois à la

dépression et à la solitude. Par ailleurs, les résultats des études prospectives sur cette question demeurent mitigés : certaines recherches montrent que les symptômes de dépression prédisent la solitude ultérieure (Lasgaard et autres 2011 ; Vanhalst et autres 2012), tandis que d'autres ne détectent pas de lien significatif (Cacioppo et autres 2010). Dans leur étude portant sur les liens bidirectionnels entre solitude et dépression chez les jeunes adultes, Vanhalst et autres (2012) observent d'ailleurs que, si la dépression prédit la solitude, la solitude prédit plus systématiquement les symptômes dépressifs subséquents.

Dans l'ensemble, les liens observés entre divers aspects de la santé mentale et la solitude s'inscrivent dans la continuité de nombreuses recherches antérieures (Beutel et autres 2017 ; Gouin et autres 2023 ; Mann et autres 2022 ; Martín-María et autres 2020 ; Matthews et autres 2019 ; Matthews et autres 2023). Toutefois, nos analyses tiennent compte de plusieurs facteurs de l'adolescence et du début de l'âge adulte pouvant être associés simultanément à la santé mentale et à la solitude, ce qui renforce l'argument selon lequel les difficultés de santé mentale constituent des facteurs de risque importants de la solitude.

## Comportements à l'adolescence

L'agressivité sociale à l'adolescence est associée au fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte, et cette association demeure significative même lorsque l'ensemble des autres facteurs est pris en compte. Storch et autres (2004) indiquent que les comportements d'agression relationnelle chez les jeunes peuvent entraîner leur mise à l'écart, ce qui, en retour, favoriserait l'émergence de sentiments de solitude. Dans notre analyse, les comportements d'agression sociale ont été mesurés à 15 et 17 ans, tandis que la solitude a été évaluée à 22, 23 et 25 ans, ce qui laisse supposer que cette relation tend à se maintenir dans le temps.

## Confiance envers autrui et envers les institutions

Nos résultats indiquent que les jeunes qui manifestaient un niveau de confiance plus élevé que les autres envers les institutions (p. ex. la police, le système de justice, les services de santé, d'éducation ou d'aide sociale) étaient moins susceptibles d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte. Une étude antérieure a montré que le manque de confiance envers les institutions est lié à la solitude, et que cette relation s'expliquerait par le niveau d'engagement social des individus (Rapoliené et Aartsen 2022). Toutefois, l'engagement social n'a pas présenté d'association significative avec la solitude dans la présente analyse. Une autre explication pourrait être que les individus accordant un niveau de confiance plus élevé aux institutions sont davantage disposés à recourir aux services qu'elles proposent lorsqu'ils en éprouvent le besoin, ce qui pourrait, en retour, contribuer à réduire leur sentiment de solitude.

## Forces et limites de l'étude

Cette analyse présente plusieurs forces. Le devis longitudinal de l'étude a permis d'examiner la solitude vécue au début de l'âge adulte en lien avec des facteurs mesurés à différents moments du parcours de vie des jeunes. Ce devis rend aussi possible l'analyse des facteurs liés à des expériences de solitude caractérisées par une certaine gravité, c'est-à-dire qui se répètent ou perdurent dans le temps. Plusieurs types de facteurs associés à la solitude sont également pris en compte, offrant ainsi une vision plus complète de ce phénomène complexe que ne le font la plupart des autres analyses disponibles et limitant les risques d'interprétation erronée. De plus, comme l'ELDEQ 1 est une étude populationnelle, les résultats sont généralisables aux jeunes nés au Québec à la fin des années 1990 (voir la section Population visée par l'étude).

L'analyse comporte également certaines limites. Les résultats ne peuvent être généralisés qu'aux jeunes nés au Québec en 1997-1998, ce qui exclut environ 25 % des jeunes de 25 ans qui résidaient au Québec en 2023<sup>14</sup>, mais qui sont nés à l'extérieur de la province. Or, les nouveaux arrivants et arrivantes peuvent être particulièrement vulnérables à la solitude (Sawir et autres 2008 ; Smith et Khawaja 2011), car la migration implique la rupture avec les réseaux sociaux antérieurs et l'adaptation à un nouvel environnement culturel.

Notons également que les mesures sanitaires en place lorsque les jeunes étaient âgés de 22 et de 23 ans limitaient fortement les contacts sociaux et qu'il est possible que certains facteurs liés à leur vie sociale aient joué différemment qu'en situation normale. Par exemple, il peut être difficile de détecter un lien statistique entre la solitude et le fait d'être aux études ou en emploi, plutôt que ni aux études ni en emploi, lorsque les personnes sont en chômage ou lorsqu'elles travaillent ou étudient à distance. De même, dans un contexte où les interactions sociales étaient restreintes, l'effet potentiellement protecteur des relations sociales sur la solitude a pu être atténué par rapport à ce que l'on observerait en temps ordinaire. De plus, certaines associations pourraient être bidirectionnelles, en particulier entre la solitude et la santé mentale.

En outre, un petit pourcentage (environ 7 %) de la non-réponse n'a pas été corrigé par la pondération utilisée pour produire les estimations présentées dans ce document, mais les risques de biais introduits demeurent faibles relativement à la précision des estimations. De plus, les variances des estimations ne tiennent pas compte du fait que certaines données ont été imputées, elles pourraient donc être légèrement sous-estimées.

14. Institut de la statistique du Québec, exploitation du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).



Matija / Adobe Stock

## Conclusion

En somme, les résultats indiquent que la solitude et les relations interpersonnelles à l'adolescence, de même que les relations interpersonnelles au début de l'âge adulte, sont toutes associées au fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude entre 22, 23 et 25 ans, et ce, même après avoir tenu compte d'un large éventail de facteurs (sexe, comportements, attitudes sociales, santé physique et mentale, situation économique). Ces constats soulignent d'abord l'importance d'intervenir dès l'adolescence pour réduire les sentiments de solitude, non seulement en raison de leurs répercussions possibles sur la santé ou le parcours scolaire, mais aussi parce que la solitude semble accroître le risque d'en éprouver de nouveau plus tard dans la vie. Une méta-analyse récente indique que les interventions psychologiques, en modifiant des cognitions inadaptées, des symptômes dépressifs et d'autres processus psychologiques liés à la solitude, présentent une efficacité modérée, voire importante dans certains cas, pour réduire la solitude. D'autres approches centrées sur le développement des compétences sociales et émotionnelles nécessaires à la création de liens interpersonnels ont également démontré un certain degré d'efficacité (Lasgaard et autres 2026).

L'analyse montre également que plusieurs aspects de la santé physique et mentale des jeunes à l'adolescence et à l'âge adulte sont associés à la solitude au début de l'âge adulte. Ainsi, parmi ceux qui étaient particulièrement susceptibles de vivre au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte, on retrouvait les personnes qui présentaient des niveaux plus élevés que les autres d'agressivité sociale à l'adolescence et celles qui, au début de l'âge adulte, étaient en situation d'obésité, percevaient leur santé mentale comme étant bonne, passable ou mauvaise, présentaient un niveau modéré ou grave d'anxiété généralisée ou présentaient un niveau de stress modéré ou élevé. La diversité des facteurs associés à la solitude laisse supposer que chaque personne cumule des risques différents. C'est donc dire qu'il semble peu probable qu'une seule forme d'intervention convienne à l'ensemble des individus (Lasgaard et autres 2026). Les interventions les plus efficaces contre la solitude sont vraisemblablement celles qui sont adaptées aux contextes de vie et aux besoins précis des individus et groupes, de même qu'au type de solitude vécue (Victor et autres 2018).

## Tableaux supplémentaires

Tableau 4

Proportion de jeunes<sup>1</sup> ayant vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte selon certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte, Québec, 2010-2023

	Avoir vécu au moins deux épisodes de solitude	
	Oui	Non
	%	
<b>Total</b>	<b>33,0</b>	<b>67,0</b>
<b>Facteurs antérieurs</b>		
<b>Démographie</b>		
Sexe du jeune	p = 0,004	
Homme	28,2 <sup>a</sup>	71,8 <sup>a</sup>
Femme	37,2 <sup>a</sup>	62,8 <sup>a</sup>
<b>Facteurs de l'adolescence</b>		
<b>Comportements à l'adolescence</b>		
Retrait social (12 et 13 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	46,7 <sup>a</sup>	53,3 <sup>a</sup>
Autres quintiles	29,4 <sup>a</sup>	70,6 <sup>a</sup>
Timidité (12 et 13 ans)	p = 0,047	
Quintile 5 (plus élevé)	39,1 <sup>a</sup>	60,9 <sup>a</sup>
Autres quintiles	30,2 <sup>a</sup>	69,8 <sup>a</sup>
Opposition (15 et 17 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	49,9 <sup>a</sup>	50,1 <sup>a</sup>
Autres quintiles	27,8 <sup>a</sup>	72,2 <sup>a</sup>
Agressivité sociale (15 et 17 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	45,0 <sup>a</sup>	55,0 <sup>a</sup>
Autres quintiles	28,5 <sup>a</sup>	71,5 <sup>a</sup>
Agressivité physique globale (15 et 17 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	47,3 <sup>a</sup>	52,7 <sup>a</sup>
Autres quintiles	29,2 <sup>a</sup>	70,8 <sup>a</sup>
Agressivité réactive (15 et 17 ans)	p = 0,009	
Quintile 5 (plus élevé)	44,2 <sup>a</sup>	55,8 <sup>a</sup>
Autres quintiles	30,2 <sup>a</sup>	69,8 <sup>a</sup>
Trouble de la conduite (15 et 17 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	47,3 <sup>a</sup>	52,7 <sup>a</sup>
Autres quintiles	28,9 <sup>a</sup>	71,1 <sup>a</sup>

Suite à la page 26

Tableau 4 (suite)

Proportion de jeunes<sup>1</sup> ayant vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte selon certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte, Québec, 2010-2023

	Avoir vécu au moins deux épisodes de solitude	
	Oui	Non
	%	
<b>Santé mentale à l'adolescence</b>		
Symptômes de dépression (15 et 17 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	53,0 <sup>a</sup>	47,0 <sup>a</sup>
Autres quintiles	26,6 <sup>a</sup>	73,4 <sup>a</sup>
Symptômes d'anxiété généralisée (15 et 17 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	52,2 <sup>a</sup>	47,8 <sup>a</sup>
Autres quintiles	26,8 <sup>a</sup>	73,2 <sup>a</sup>
Symptômes d'anxiété sociale (15 et 17 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	50,8 <sup>a</sup>	49,2 <sup>a</sup>
Autres quintiles	27,2 <sup>a</sup>	72,8 <sup>a</sup>
<b>Relations interpersonnelles à l'adolescence</b>		
Relation positive entre le jeune et ses parents (15 et 17 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	18,4* <sup>a</sup>	81,6 <sup>a</sup>
Autres quintiles	34,5 <sup>a</sup>	65,5 <sup>a</sup>
Victimisation par les pairs (12, 13, 15 et 17 ans)	p = 0,001	
Quintile 5 (plus élevé)	45,7 <sup>a</sup>	54,3 <sup>a</sup>
Autres quintiles	29,3 <sup>a</sup>	70,7 <sup>a</sup>
Violence grave perpétrée (15 et/ou 17 ans)	p = 0,071	
Oui	41,4	58,6
Non	31,0	69,0
<b>Solitude à l'adolescence</b>		
Niveau de solitude (10, 12 et 13 ans)	p = 0,000	
Quartile 4 (plus élevé)	48,4 <sup>a</sup>	51,6 <sup>a</sup>
Autres quartiles	26,1 <sup>a</sup>	73,9 <sup>a</sup>
<b>Facteurs de l'âge adulte</b>		
<b>Situation économique au début de l'âge adulte</b>		
Revenu d'emploi déclaré en 2020 (22 ans)	p = 0,003	
Revenu déclaré de moins de 7 500 \$ ou aucun revenu déclaré	43,0 <sup>a</sup>	57,0 <sup>a</sup>
Revenu déclaré de 7 500 \$ et plus	30,8 <sup>a</sup>	69,2 <sup>a</sup>
Ne pas avoir assez d'argent pour répondre à ses besoins fondamentaux ou se considérer comme pauvre (21 ans)	p = 0,001	
Oui	44,1 <sup>a</sup>	55,9 <sup>a</sup>
Non	30,1 <sup>a</sup>	69,9 <sup>a</sup>
Insécurité alimentaire (22 ans)	p = 0,000	
Oui	54,4 <sup>a</sup>	45,6 <sup>a</sup>
Non	29,2 <sup>a</sup>	70,8 <sup>a</sup>

Suite à la page 27

Tableau 4 (suite)

Proportion de jeunes<sup>1</sup> ayant vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte selon certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte, Québec, 2010-2023

	Avoir vécu au moins deux épisodes de solitude	
	Oui	Non
	%	
<b>Attitudes sociales au début de l'âge adulte</b>		
Confiance envers les institutions sociales (20 ans)	p = 0,000	
Quartile 4 (plus élevé)	21,0 <sup>a</sup>	79,0 <sup>a</sup>
Autres quartiles	36,5 <sup>a</sup>	63,5 <sup>a</sup>
Confiance élevée envers autrui (19 ans)	p = 0,000	
Oui	18,9 <sup>a</sup>	81,1 <sup>a</sup>
Non	37,0 <sup>a</sup>	63,0 <sup>a</sup>
Nombre d'activités de participation politique au cours des 12 derniers mois (20 ans)	p = 0,002	
0-1	29,2 <sup>a</sup>	70,8 <sup>a</sup>
2-6	40,6 <sup>a</sup>	59,4 <sup>a</sup>
<b>Habitudes de vie et santé physique et mentale au début de l'âge adulte</b>		
Fréquence de consommation de cannabis : une fois par mois ou plus entre la mi-mars et la mi-juin 2020 (21 ans)	p = 0,000	
Oui	42,1 <sup>a</sup>	57,9 <sup>a</sup>
Non	29,8 <sup>a</sup>	70,2 <sup>a</sup>
Temps par jour consacré à utiliser des réseaux sociaux (22 ans)	p = 0,012	
Moins de 3 heures	31,6 <sup>a</sup>	68,4 <sup>a</sup>
3 heures et plus	45,6 <sup>a</sup>	54,4 <sup>a</sup>
Temps par jour consacré à consommer des contenus télévisuels ou de médias numériques (22 ans)	p = 0,001	
Moins de 6 heures	30,7 <sup>a</sup>	69,3 <sup>a</sup>
6 heures et plus	45,6 <sup>a</sup>	54,4 <sup>a</sup>
En situation d'obésité (21 ans)	p = 0,000	
Oui	49,9 <sup>a</sup>	50,1 <sup>a</sup>
Non	30,6 <sup>a</sup>	69,4 <sup>a</sup>
Symptômes de dépression (20 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	58,0 <sup>a</sup>	42,0 <sup>a</sup>
Autres quintiles	26,6 <sup>a</sup>	73,4 <sup>a</sup>
Symptômes d'anxiété (19 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	53,0 <sup>a</sup>	47,0 <sup>a</sup>
Autres quintiles	27,2 <sup>a</sup>	72,8 <sup>a</sup>
Symptômes d'anxiété généralisée (22 ans)	p = 0,000	
Anxiété minimale ou légère	26,8 <sup>a</sup>	73,2 <sup>a</sup>
Anxiété modérée ou grave	69,3 <sup>a</sup>	30,7 <sup>a</sup>
Présence de symptômes de trouble bipolaire (20 ans)	p = 0,003	
Oui	56,9* <sup>a</sup>	43,1 <sup>a</sup>
Non	31,6 <sup>a</sup>	68,4 <sup>a</sup>

Suite à la page 28

Tableau 4 (suite)

Proportion de jeunes<sup>1</sup> ayant vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte selon certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte, Québec, 2010-2023

	Avoir vécu au moins deux épisodes de solitude	
	Oui	Non
	%	
Présence de symptômes d'inattention-hyperactivité (20 ans)	p = 0,000	
Oui	44,4 <sup>a</sup>	55,6 <sup>a</sup>
Non	28,2 <sup>a</sup>	71,8 <sup>a</sup>
Niveau de stress perçu (21 ans)	p = 0,000	
Faible	13,4* <sup>a</sup>	86,6 <sup>a</sup>
Modéré	36,5 <sup>a</sup>	63,5 <sup>a</sup>
Élevé	63,1 <sup>a</sup>	36,9 <sup>a</sup>
Perception de sa santé physique (22 ans)	p = 0,000	
Excellente ou très bonne	25,7 <sup>a</sup>	74,3 <sup>a</sup>
Bonne, passable ou mauvaise	45,6 <sup>a</sup>	54,4 <sup>a</sup>
Perception de sa santé mentale (22 ans)	p = 0,000	
Excellente ou très bonne	17,0 <sup>a</sup>	83,0 <sup>a</sup>
Bonne, passable ou mauvaise	50,0 <sup>a</sup>	50,0 <sup>a</sup>
Relations interpersonnelles et réseau social au début de l'âge adulte		
Être en couple (22 ans)	p = 0,019	
Oui	30,0 <sup>a</sup>	70,0 <sup>a</sup>
Non	37,2 <sup>a</sup>	62,8 <sup>a</sup>
Vivre seul ou seule (22 ans)	p = 0,032	
Oui	48,3* <sup>a</sup>	51,7 <sup>a</sup>
Non	32,2 <sup>a</sup>	67,8 <sup>a</sup>
Satisfaction à l'égard de la relation avec la figure maternelle (19 ans)	p = 0,003	
Très satisfait	27,2 <sup>a</sup>	72,8 <sup>a</sup>
Satisfait/ni satisfait, ni insatisfait/insatisfait/très insatisfait	36,6 <sup>a</sup>	63,4 <sup>a</sup>
Provision sociale (19-20 ans)	p = 0,000	
Quintile 5 (plus élevé)	17,3* <sup>a</sup>	82,7 <sup>a</sup>
Autres quintiles	35,9 <sup>a</sup>	64,1 <sup>a</sup>
Victimisation (20 ans)	p = 0,000	
Quartile 4 (plus élevé)	50,4 <sup>a</sup>	49,6 <sup>a</sup>
Autres quartiles	28,7 <sup>a</sup>	71,3 <sup>a</sup>

p Seuil observé du test du khi-deux (avec ajustement de Satterthwaite) de l'association entre la solitude au début de l'âge adulte et le facteur.

a Pour une caractéristique donnée, le même exposant exprime une différence significative entre les proportions au seuil de 0,05.

\* Coefficient de variation compris entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Nés au Québec en 1997-1998.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1<sup>re</sup> édition, 1998-2023.

Tableau 5

Associations entre le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte<sup>1</sup> et certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte (modèles de régression logistique<sup>2</sup>), Québec, 2010-2023

	Bloc 1 complet		Bloc 2 complet		Bloc 3 complet		Bloc 3 parcimonieux		Bloc 4 complet		Bloc 4 parcimonieux	
	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %
<b>Facteurs au début de l'âge adulte</b>												
<b>Situation économique au début de l'âge adulte</b>												
<b>Revenu d'emploi déclaré en 2020 (22 ans)</b>												
<i>Revenu déclaré de 7 500 \$ et plus</i>	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Revenu déclaré de moins de 7 500 \$ ou aucun revenu déclaré	1,57 <sup>†</sup>	[1,07-2,30]	1,63 <sup>†</sup>	[1,10-2,41]	1,45 <sup>‡</sup>	[0,95-2,22]	1,44 <sup>‡</sup>	[0,94-2,18]	1,45 <sup>‡</sup>	[0,95-2,22]	1,41	[0,93-2,15]
<b>Attitudes sociales au début de l'âge adulte</b>												
<b>Confiance dans les institutions sociales (20 ans)</b>												
<i>Quintiles 1 à 4</i>			1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)			0,51 <sup>***</sup>	[0,36-0,74]	0,64 <sup>†</sup>	[0,43-0,96]	0,63 <sup>†</sup>	[0,42-0,95]	0,63 <sup>†</sup>	[0,42-0,96]	0,64 <sup>†</sup>	[0,42-0,96]
<b>Confiance élevée envers autrui (19 ans)</b>												
<i>Non</i>			1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Oui			0,61 <sup>**</sup>	[0,43-0,86]	0,69 <sup>‡</sup>	[0,46-1,03]	0,69 <sup>‡</sup>	[0,46-1,03]	0,71	[0,47-1,07]	0,70 <sup>‡</sup>	[0,47-1,05]
<b>Habitudes de vie et santé physique et mentale au début de l'âge adulte</b>												
<b>Temps par jour passé sur les réseaux sociaux (22 ans)</b>												
<i>Moins de trois heures</i>					1,00							
Trois heures ou plus					1,25	[0,89-1,76]						
<b>En situation d'obésité (21 ans)</b>												
<i>Non</i>					1,00		1,00		1,00		1,00	
Oui					2,15 <sup>**</sup>	[1,29-3,58]	2,18 <sup>**</sup>	[1,30-3,66]	2,19 <sup>**</sup>	[1,29-3,71]	2,15 <sup>**</sup>	[1,27-3,65]
<b>Symptômes de dépression (20 ans)</b>												
<i>Quintiles 1 à 4</i>					1,00							
Quintile 5 (niveau le plus élevé)					1,18	[0,79-1,77]						
<b>Stress perçu (21 ans)</b>												
<i>Faible</i>					1,00		1,00		1,00		1,00	
Modéré					2,54 <sup>***</sup>	[1,68-3,84]	2,59 <sup>***</sup>	[1,72-3,91]	2,59 <sup>***</sup>	[1,72-3,91]	2,67 <sup>***</sup>	[1,77-4,03]
Élevé					3,44 <sup>***</sup>	[1,99-5,95]	3,60 <sup>***</sup>	[2,09-6,19]	3,60 <sup>***</sup>	[2,07-6,25]	3,80 <sup>***</sup>	[2,21-6,54]
<b>Perception de sa santé mentale (22 ans)</b>												
<i>Excellente ou très bonne</i>					1,00		1,00		1,00		1,00	
Bonne, passable ou mauvaise					2,63 <sup>***</sup>	[1,85-3,74]	2,71 <sup>***</sup>	[1,90-3,85]	2,64 <sup>***</sup>	[1,86-3,75]	2,61 <sup>***</sup>	[1,84-3,71]

Suite à la page 30

Tableau 5 (suite)

Associations entre le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte<sup>1</sup> et certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte (modèles de régression logistique<sup>2</sup>), Québec, 2010-2023

	Bloc 1 complet		Bloc 2 complet		Bloc 3 complet		Bloc 3 parcimonieux		Bloc 4 complet		Bloc 4 parcimonieux	
	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %
<b>Symptômes d'anxiété généralisée (22 ans)</b>												
<i>Anxiété légère</i>					1,00		1,00		1,00		1,00	
Anxiété modérée/grave					2,89 <sup>***</sup>	[1,85-4,51]	2,93 <sup>***</sup>	[1,88-4,56]	2,95 <sup>***</sup>	[1,87-4,66]	2,99 <sup>***</sup>	[1,92-4,68]
<b>Relations interpersonnelles au début de l'âge adulte</b>												
<b>En couple (22 ans)</b>												
<i>Non</i>									1,00		1,00	
Oui									0,72 <sup>‡</sup>	[0,52-1,01]	0,70 <sup>‡</sup>	[0,50-0,97]
<b>Vivait seul ou seule (22 ans)</b>												
<i>Non</i>									1,00			
Oui									1,81	[0,85-3,86]		
<b>Victimisation (20 ans)</b>												
<i>Quartiles 1 à 3</i>									1,00			
Quartile 4 (niveau le plus élevé)									1,37	[0,89-2,10]		
<b>Sexe</b>												
<i>Homme</i>	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Femme	1,49 <sup>†</sup>	[1,10-2,02]	1,58 <sup>**</sup>	[1,16-2,15]	0,99	[0,70-1,42]	1,04	[0,74-1,48]	1,11	[0,77-1,58]	1,10	[0,77-1,57]
<b>Facteurs de l'adolescence</b>												
<b>Comportements à l'adolescence</b>												
<b>Agressivité sociale (15 et 17 ans)</b>												
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	1,68 <sup>**</sup>	[1,19-2,38]	1,61 <sup>**</sup>	[1,14-2,27]	1,52 <sup>†</sup>	[1,01-2,27]	1,57 <sup>†</sup>	[1,05-2,34]	1,50 <sup>†</sup>	[1,00-2,23]	1,57 <sup>†</sup>	[1,05-2,35]
<b>Santé mentale à l'adolescence</b>												
<b>Symptômes d'anxiété sociale (15 et 17 ans)</b>												
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	1,75 <sup>**</sup>	[1,23-2,48]	1,71 <sup>**</sup>	[1,20-2,45]	1,46 <sup>‡</sup>	[0,98-2,18]	1,50 <sup>†</sup>	[1,01-2,22]	1,49 <sup>‡</sup>	[0,99-2,24]	1,48 <sup>‡</sup>	[0,99-2,22]
<b>Relations interpersonnelles à l'adolescence</b>												
<b>Relation positive entre le jeune et ses parents (15 et 17 ans)</b>												
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	0,52 <sup>**</sup>	[0,34-0,78]	0,55 <sup>**</sup>	[0,36-0,84]	0,57 <sup>†</sup>	[0,35-0,94]	0,59 <sup>†</sup>	[0,37-0,96]	0,59 <sup>†</sup>	[0,36-0,96]	0,59 <sup>†</sup>	[0,36-0,95]

Suite à la page 31

Tableau 5 (suite)

Associations entre le fait d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte<sup>1</sup> et certains facteurs de l'adolescence et de l'âge adulte (modèles de régression logistique<sup>2</sup>), Québec, 2010-2023

	Bloc 1 complet		Bloc 2 complet		Bloc 3 complet		Bloc 3 parcimonieux		Bloc 4 complet		Bloc 4 parcimonieux	
	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %	RC	IC à 95 %
<b>Victimisation par les pairs (12, 13, 15 et 17 ans)</b>												
<i>Quintiles 1 à 4</i>	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Quintile 5 (niveau le plus élevé)	1,56 <sup>†</sup>	[1,05-2,33]	1,43 <sup>‡</sup>	[0,96-2,15]	1,15	[0,73-1,82]	1,17	[0,74-1,85]	1,10	[0,68-1,78]	1,19	[0,74-1,90]
<b>Solitude à l'adolescence</b>												
<b>Niveau de solitude (10, 12 et 13 ans)</b>												
<i>Quartiles 1 à 3</i>	1,00		1,00		1,00		1,00		1,00		1,00	
Quartile 4 (niveau le plus élevé)	1,74 <sup>†††</sup>	[1,26-2,40]	1,64 <sup>††</sup>	[1,18-2,27]	1,45 <sup>†</sup>	[1,00-2,09]	1,45 <sup>†</sup>	[1,01-2,09]	1,41 <sup>‡</sup>	[0,99-2,02]	1,45 <sup>†</sup>	[1,01-2,08]

RC Rapport de cotes.

IC Intervalles de confiance.

† : p<0,05 ; †† : p<0,01 ; ††† : p<0,001 ; ‡ : p<0,10.

1. Nés au Québec en 1997-1998.

2. La catégorie de référence, inscrite en italique, prend la valeur 1. Un rapport de cotes significatif supérieur à 1 doit être interprété comme indiquant que les jeunes présentant la caractéristique donnée étaient plus susceptibles d'avoir vécu au moins deux épisodes de solitude au début de l'âge adulte que ceux de la catégorie de référence, tandis qu'un rapport de cotes inférieur à 1 signifie qu'ils le sont moins. Ces affirmations sont vraies dans la mesure où l'intervalle de confiance à 95 % n'inclut pas la valeur de 1.

Note : Les modèles dont les titres sont en gras sont ceux qui ont été présentés dans l'analyse des résultats. Lorsque l'ensemble des variables ajoutées dans un nouveau bloc sont significatives, le modèle complet est présenté. Sinon, c'est le modèle parcimonieux qui est présenté.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec*, 1<sup>re</sup> édition, 1998-2023.

## Bibliographie

- ARNETT, J. J. (2000). "Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties", *Am Psychol*, [En ligne], vol. 55, n° 5, Mai, p. 469-480. doi : [10.1037/0003-066X.57.10.774](https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.10.774). (Consulté le 13 septembre 2023).
- BARJAKOVÁ, M., A. GARNERO et B. D'HOMBRES (2023). "Risk factors for loneliness: A literature review", *Social Science & Medicine*, [En ligne], vol. 334, p. 116163. doi : [10.1016/j.socscimed.2023.116163](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163). (Consulté le 11 février 2026).
- BARRETO, M., D. M. DOYLE et P. QUALTER (2024). "Changing the narrative: loneliness as a social justice issue", *Political Psychology*, [En ligne], vol. 45, p. 157-181. doi : [10.1111/pops.12965](https://doi.org/10.1111/pops.12965). (Consulté le 11 février 2026).
- BARRETO, M., et autres (2022). "Exploring the nature and variation of the stigma associated with loneliness", *Journal of Social and Personal Relationships*, [En ligne], vol. 39, n° 9, p. 2658-2679. doi : [10.1177/02654075221087190](https://doi.org/10.1177/02654075221087190). (Consulté le 11 février 2026).
- BARTEL, S., S. SHERRY et S. STEWART (2020). "Self-isolation: A significant contributor to cannabis use during the COVID-19 pandemic", *Substance abuse*, [En ligne], vol. 41, n° 4, p. 409-412. doi : [10.1080/08897077.2020.1823550](https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1823550). (Consulté le 11 février 2026).
- BERLINGIERI, F., et autres (2024). "Who Feels Lonely in the European Union?", dans SCHNEPF, S. V., B. D'HOMBRES et C. MAURI, *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions.*, [En ligne], p. 3. (Population Economics). doi : [10.1007/978-3-031-66582-0\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-031-66582-0_3). (Consulté le 11 février 2026).
- BEUTEL, M. E., et autres (2017). "Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health", *BMC Psychiatry*, [En ligne], vol. 17, n° 1, p. 227-237. doi : [10.1186/s12888-017-1262-x](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x). (Consulté le 11 février 2026).
- CACIOPPO, J. T., et S. CACIOPPO (2018). "Loneliness in the modern age: An evolutionary theory of loneliness (ETL)", *Advances in experimental social psychology*, [En ligne], vol. 58, p. 127-197. doi : [10.1016/bs.aesp.2018.03.003](https://doi.org/10.1016/bs.aesp.2018.03.003). (Consulté le 11 février 2026).
- CACIOPPO, J. T., et L. C. HAWKLEY (2005). "People thinking about people: The vicious cycle of being a social outcast in one's own mind", dans WILLIAMS, K. P., J. P. FORGAS et W. V. HIPPEL, *The Social Outcast: Ostracism, Social Exclusion, Rejection, and Bullying*, New York, Psychology press, p. 6.
- CACIOPPO, J. T., et autres (2006). "Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective", *Journal of research in personality*, [En ligne], vol. 40, n° 6, p. 1054-1085. doi : [10.1016/j.jrp.2005.11.007](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007). (Consulté le 11 février 2026).
- CACIOPPO, J. T., L. C. HAWKLEY et R. A. THISTED (2010). "Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study", *Psychology and aging*, [En ligne], vol. 25, n° 2, p. 453-463. [[psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0017216](https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0017216)] (Consulté le 11 février 2026).
- CACIOPPO, S., J. P. CAPITANIO et J. T. CACIOPPO (2014). "Toward a neurology of loneliness", *Psychological bulletin*, [En ligne], vol. 140, n° 6, p. 1464-1504. doi : [10.1037/a0037618](https://doi.org/10.1037/a0037618). (Consulté le 11 février 2026).

- CADIGAN, J. M., et autres (2023). "Trajectories of loneliness during COVID-19 pandemic and associations with mental health and substance use.", *Journal of Research on Adolescence*, [En ligne], vol. 33, n° 3, p. 816-827. doi : [10.1111/jora.12841](https://doi.org/10.1111/jora.12841). (Consulté le 11 février 2026).
- CALDERON LEON, M. D., et autres (2024). "Parent and friend relationship quality and links to trajectories of loneliness during the first year of college", *Child Psychiatry & Human Development*, [En ligne], vol. 55, n° 3, p. 680-694. doi : [10.1007/s10578-022-01416-6](https://doi.org/10.1007/s10578-022-01416-6). (Consulté le 11 février 2026).
- CHRISTIANSEN, J., et autres (2021). "Associations of loneliness and social isolation with physical and mental health among adolescents and young adults", *Perspectives in public health*, [En ligne], vol. 141, n° 4, p. 226-236. doi : [10.1177/17579139211016077](https://doi.org/10.1177/17579139211016077). (Consulté le 11 février 2026).
- CRICK, N. R., et J. K. GROTPETER (1995). "Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment", *Child Development*, [En ligne], vol. 66, n° 3, p. 71-722. doi : [10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1995.tb00900.x). (Consulté le 11 février 2026).
- D'HOMBRES, B., et C. GENTILE (2024). "Social Media Use and Loneliness", dans SCHNEPF, S. V., B. D'HOMBRES et C. MAURI, *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions.*, [En ligne], p. 5. (Population Economics). doi : [10.1007/978-3-031-66582-0\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-031-66582-0_5). (Consulté le 11 février 2026).
- DAY, F. R., K. K. ONG et J. R. PERRY (2018). "Elucidating the genetic basis of social interaction and isolation", *Nature communication*, [En ligne], vol. 9, n° 1, (2457). doi : [10.1038/s41467-018-04930-1](https://doi.org/10.1038/s41467-018-04930-1). (Consulté le 11 février 2026).
- DAY, K. L., et autres (2017). "Long-term effects of peer victimization on social outcomes through the fourth decade of life in individuals born at normal or extremely low birthweight", *British journal of developmental psychology*, [En ligne], vol. 35, n° 3, p. 334-348. doi : [10.1111/bjdp.12168](https://doi.org/10.1111/bjdp.12168). (Consulté le 11 février 2026).
- DI STASIO, M., et autres (2020). "The relationship between indirect aggression and loneliness for emerging adults: what does interpersonal competence have to do with wellbeing?", *Alberta Journal of Educational Research*, [En ligne], vol. 66, n° 1, p. 1-16. doi : [10.55016/ojs/ajer.v66i1.56664](https://doi.org/10.55016/ojs/ajer.v66i1.56664). (Consulté le 11 février 2026).
- DING, W., et autres (2020). "Oppositional defiant disorder symptoms and children's feelings of happiness and depression: Mediating roles of interpersonal relationships", *Child Indicators Research*, [En ligne], vol. 13, p. 215-235. doi : [10.1007/s12187-019-09685-9](https://doi.org/10.1007/s12187-019-09685-9). (Consulté le 11 février 2026).
- DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (2016). *Consommation de cannabis*, [En ligne], Montréal, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 4 p. (Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-15 : Résultats pour Montréal). [[santepublicquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/EMIS\\_EnqueteSantePop\\_EQSP\\_2014-2015\\_ConsommationCannabis.pdf](https://santepublicquemontreal.ca/sites/drsp/files/media/document/EMIS_EnqueteSantePop_EQSP_2014-2015_ConsommationCannabis.pdf)] (Consulté le 10 décembre 2018).
- FARRELL, A. H., M. ERIKSSON et T. VAILLANCOURT (2024). "Brief report: Social comparison, hypercompetitiveness, and indirect aggression: Associations with loneliness and mental health", *Aggressive Behavior*, [En ligne], vol. 50, n° 5, (e22171). doi : [10.1002/ab.22171](https://doi.org/10.1002/ab.22171). (Consulté le 11 février 2026).

- FINLAY, J. M., et L. C. KOBAYASHI (2018). "Social isolation and loneliness in later life: A parallel convergent mixed-methods case study of older adults and their residential contexts in the Minneapolis metropolitan area, USA", *Social Science & Medicine*, [En ligne], vol. 208, p. 25-33. doi : [10.1016/j.socscimed.2018.05.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.05.010). (Consulté le 11 février 2026).
- GOUIN, J. P., et autres (2023). "Depression, anxiety, and suicidal ideation in a population-based cohort of young adults before and during the first 12 months of the COVID-19 pandemic in Canada", *Canadian Journal of Public Health*, [En ligne], vol. 114, n° 3, p. 368-377. doi : [10.17269/s41997-023-00772-7](https://doi.org/10.17269/s41997-023-00772-7). (Consulté le 11 février 2026).
- HAJEK, A., et H. H. KÖNIG (2021). "Does obesity lead to loneliness and perceived social isolation in the second half of life? Findings from a nationally representative study in Germany", *Geriatrics & Gerontology International*, [En ligne], vol. 21, n° 9, p. 836-841. doi : [10.1111/ggi.14246](https://doi.org/10.1111/ggi.14246). (Consulté le 11 février 2026).
- HAJEK, A., B. KRETZLER et H. H. KÖNIG (2021). "The association between obesity and social isolation as well as loneliness in the adult population: a systematic review", *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, [En ligne], n° 14, p. 2765-2773. doi : [10.2147/DMSO.S313873](https://doi.org/10.2147/DMSO.S313873). (Consulté le 11 février 2026).
- HARRIS, R. A., P. QUALTER et S. J. ROBINSON (2013). "Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: Impact on perceived health and sleep disturbance", *Journal of Adolescence*, [En ligne], vol. 36, n° 6, p. 1295-1304. doi : [10.1016/j.adolescence.2012.12.009](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.009). (Consulté le 11 février 2026).
- HAWKLEY, L. C., et J. T. CACIOPPO (2010). "Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms", *Annals of behavioral medicine*, [En ligne], vol. 40, n° 2, p. 218-227. doi : [10.1007/s12160-010-9210-8](https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8). (Consulté le 11 février 2026).
- HAWKLEY, L. C., et autres (2008). "From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study", *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, [En ligne], vol. 63, n° 6, p. S375-S384. doi : [10.1093/geronb/63.6.S375](https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.S375). (Consulté le 11 février 2026).
- HOLT-LUNSTAD, J., et autres (2015). "Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review", *Perspectives on Psychological Science*, [En ligne], vol. 10, n° 2, p. 227-237. doi : [10.1177/1745691614568352](https://doi.org/10.1177/1745691614568352). (Consulté le 11 février 2026).
- HOLT, L. J., J. F. MATTANAH et M. W. LONG (2018). "Change in parental and peer relationship quality during emerging adulthood: Implications for academic, social, and emotional functioning", *Journal of Social and Personal Relationships*, [En ligne], vol. 35, n° 5, p. 743-769. doi : [10.1177/0265407517697856](https://doi.org/10.1177/0265407517697856). (Consulté le 26 mars 2026).
- HOUGHTON, S., et autres (2020). "Loneliness accounts for the association between diagnosed Attention Deficit-Hyperactivity Disorder and symptoms of depression among adolescents", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, [En ligne], vol. 42, n° 2, p. 237-247. doi : [10.1007/s10862-020-09791-x](https://doi.org/10.1007/s10862-020-09791-x). (Consulté le 11 février 2026).
- HUTTEN, E., et autres (2022). "Risk factors of loneliness across the life span", *Journal of Social and Personal Relationships*, [En ligne], vol. 39, n° 5, p. 1482-1507. doi : [10.1177/02654075211059193](https://doi.org/10.1177/02654075211059193). (Consulté le 11 février 2026).

- INGRAM, I., et autres (2020). "Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review", *Drug and Alcohol Review*, [En ligne], vol. 39, n° 5, p. 447-483. doi : [10.1111/dar.13064](https://doi.org/10.1111/dar.13064). (Consulté le 11 février 2026).
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2021). *Répercussions de la pandémie sur la vie sociale, la santé mentale, les habitudes de vie et la réalité du travail des Québécois*, [En ligne]. [[statistique.quebec.ca/fr/document/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois/publication/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois](https://statistique.quebec.ca/fr/document/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois/publication/repercussions-pandemie-sur-vie-sociale-sante-mentale-habitudes-de-vie-et-realite-du-travail-des-quebecois)] (Consulté le 11 février 2026).
- JONG, A., et autres (2024). "Loneliness in young people with ADHD: A systematic review and meta-analysis", *Journal of Attention Disorders*, [En ligne], vol. 28, n° 7, p. 1063-1081. doi : [10.1177/10870547241229096](https://doi.org/10.1177/10870547241229096). (Consulté le 11 février 2026).
- JUNG, F. U., et C. LUCK-SIKORSKI (2019). "Overweight and lonely? A representative study on loneliness in obese people and its determinants", *Obesity facts*, [En ligne], vol. 12, n° 4, p. 440-447. doi : [10.1159/000500095](https://doi.org/10.1159/000500095). (Consulté le 11 février 2026).
- KERNS, K. A., et A. C. STEVENS (1996). "Parent-child attachment in late adolescence: Links to social relations and personality", *Journal of youth and adolescence*, [En ligne], vol. 25, n° 3, p. 323-342. doi : [10.1007/BF01537388](https://doi.org/10.1007/BF01537388). (Consulté le 26 mars 2026).
- KOVACIC, M., S. V. SCHNEPF et Z. BLASKÓ (2024). "Childhood Experiences, Health and Loneliness", dans SCHNEPF, S. V., B. D'HOMBRES et C. MAURI, *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions.*, [En ligne], p. 4. (Population Economics). doi : [10.1007/978-3-031-66582-0\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-031-66582-0_4). (Consulté le 11 février 2026).
- KUNG, C. S., J. S. KUNZ et M. A. SHIELDS (2021). "Economic aspects of loneliness in Australia", *Australian Economic Review*, [En ligne], vol. 54, n° 1, p. 147-163. doi : [10.1111/1467-8462.12414](https://doi.org/10.1111/1467-8462.12414). (Consulté le 11 février 2026).
- KUNG, C. S., S. E. PUDNEY et M. A. SHIELDS (2022). "Economic gradients in loneliness, social isolation and social support: evidence from the UK Biobank", *Social Science & Medicine*, [En ligne], vol. 306, (115122). doi : [10.1016/j.socscimed.2022.115122](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115122). (Consulté le 11 février 2026).
- LANGENKAMP, A., et E. STEPANOVA (2024). "Loneliness, Societal Preferences and Political Attitudes", dans SCHNEPF, S. V., B. D'HOMBRES et C. MAURI, *Loneliness in Europe: Determinants, Risks and Interventions.*, [En ligne], p. 6. (Population Economics). doi : [10.1007/978-3-031-66582-0\\_6](https://doi.org/10.1007/978-3-031-66582-0_6). (Consulté le 11 février 2026).
- LASGAARD, M., L. GOOSSENS et A. ELKLIT (2011). "Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses", *Journal of Abnormal Child Psychology*, [En ligne], vol. 39, n° 1, p. 137-150. doi : [10.1007/s10802-010-9442-x](https://doi.org/10.1007/s10802-010-9442-x). (Consulté le 11 février 2026).
- LASGAARD, M., et autres (2026). "Are loneliness interventions effective for reducing loneliness? A meta-analytic review of 280 studies", *American Psychologist*, [En ligne], vol. 81, n° 1, p. 36-52. doi : [10.1037/amp0001578](https://doi.org/10.1037/amp0001578). (Consulté le 11 février 2026).
- MANN, F., et autres (2022). "Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, [En ligne], vol. 57, n° 11, p. 2161-2178. doi : [10.1007/s00127-022-02261-7](https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7). (Consulté le 11 février 2026).

- MARTÍN-MARÍA, N., et autres (2020). "Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study", *International journal of geriatric psychiatry*, [En ligne], vol. 36, n° 1, p. 75-85. doi : [10.1002/gps.5397](https://doi.org/10.1002/gps.5397). (Consulté le 11 février 2026).
- MATTHEWS, T., et autres (2019). "Lonely young adults in modern Britain: findings from an epidemiological cohort study", *Psychological Medicine*, [En ligne], vol. 49, n° 2, p. 268-277. doi : [10.1017/S0033291718000788](https://doi.org/10.1017/S0033291718000788). (Consulté le 11 février 2026).
- MATTHEWS, T., et autres (2023). "The developmental course of loneliness in adolescence: Implications for mental health, educational attainment, and psychosocial functioning", *Development and Psychopathology*, [En ligne], vol. 35, n° 2, p. 537-546. doi : [10.1017/s0954579421001632](https://doi.org/10.1017/s0954579421001632). (Consulté le 11 février 2026).
- MIHALOPOULOS, C., et autres (2020). "The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, [En ligne], vol. 55, p. 823-836. doi : [10.1007/s00127-019-01733-7](https://doi.org/10.1007/s00127-019-01733-7). (Consulté le 11 février 2026).
- MORRISH, N., et A. MEDINA-LARA (2021). "Does unemployment lead to greater levels of loneliness? A systematic review", *Social Science & Medicine*, [En ligne], vol. 287, (114339). doi : [10.1016/j.socscimed.2021.114339](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114339). (Consulté le 11 février 2026).
- MUND, M., et autres (2020). "The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies", *Personality and Social Psychology Review*, [En ligne], vol. 24, n° 1, p. 24-53. doi : [10.1177/1088868319850738](https://doi.org/10.1177/1088868319850738). (Consulté le 11 février 2026).
- OLWEUS, D. (2013). "School bullying : Development and some important challenges", *Annual review of clinical psychology*, [En ligne], vol. 9, n° 1, p. 751-780. doi : [10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516). (Consulté le 11 février 2026).
- OZCELIK, H., et S. G. BARSADÉ (2018). "No employee an island: Workplace loneliness and job performance", *Academy of Management journal*, [En ligne], vol. 61, n° 6, p. 2343-2366. doi : [10.5465/amj.2015.1066](https://doi.org/10.5465/amj.2015.1066). (Consulté le 11 février 2026).
- PEPLAU, L. A., et D. PERLMAN (1982). "Perspectives on loneliness", dans L. A. PEPLAU & D. PERLMAN (EDS.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy.*, New York, Wiley, p. 1-18.
- PINQUART, M., et S. SORENSEN (2001). "Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis", *Basic and applied social psychology*, [En ligne], vol. 23, n° 4, p. 245-266. doi : [10.1207/S15324834BASP2304\\_2](https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2). (Consulté le 26 mars 2026).
- PYLE, E., et D. EVANS (2018). *Loneliness - What characteristics and circumstances are associated with feeling lonely*, [En ligne], Royaume-Uni, Office for national Statistics, p. 19. [[www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/lonelinesswhatcharacteristicsandcircumstancesareassociatedwithfeelinglonely/2018-04-10/pdf](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/lonelinesswhatcharacteristicsandcircumstancesareassociatedwithfeelinglonely/2018-04-10/pdf)] (Consulté le 10 février 2026).
- QUALTER, P., et autres (2013). "Trajectories of loneliness during childhood and adolescence: Predictors and health outcomes", *Journal of Adolescence*, [En ligne], vol. 36, n° 6, p. 1283-1293. doi : [10.1016/j.adolescence.2013.01.005](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.01.005). (Consulté le 11 février 2026).

- QUALTER, P., et autres (2015). "Developmental associations between victimization and body mass index from 3 to 10 years in a population sample", *Aggressive Behavior*, [En ligne], vol. 41, n° 2, Mar, p. 109-122. doi : [10.1002/ab.21580](https://doi.org/10.1002/ab.21580). (Consulté le 3 mai 2022).
- QUALTER, P., et autres (2021). "Exploring the frequency, intensity, and duration of loneliness: a latent class analysis of data from the BBC loneliness experiment", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [En ligne], vol. 18, n° 22, (12027). doi : [10.3390/ijerph182212027](https://doi.org/10.3390/ijerph182212027). (Consulté le 11 février 2026).
- RAPOLIENÉ, G., et M. AARTSEN (2022). "Lonely societies: low trust societies? Further explanations for national variations in loneliness among older Europeans", *European Journal of Ageing*, [En ligne], vol. 19, n° 3, p. 485-494. doi : [10.1007/s10433-021-00649-z](https://doi.org/10.1007/s10433-021-00649-z). (Consulté le 11 février 2026).
- REINWARTH, A. C., et autres (2024). "Loneliness and social anxiety in the general population over time – results of a cross-lagged panel analysis", *Psychological Medicine*, [En ligne], vol. 54, n° 16, p. 4551-4560. doi : [10.1017/S0033291724001818](https://doi.org/10.1017/S0033291724001818). (Consulté le 11 février 2026).
- RHEW, I. C., et autres (2025). "The Longitudinal Relationship of Loneliness With Frequency and Problematic Use of Alcohol and Cannabis Among Young Adults", *Journal of Adolescent Health*, [En ligne], vol. 77, n° 5, p. 917-923. doi : [10.1016/j.jadohealth.2025.06.037](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2025.06.037). (Consulté le 11 février 2026).
- SAWIR, E., et autres (2008). "Loneliness and international students: An Australian study", *Journal of studies in international education*, [En ligne], vol. 12, n° 2, p. 148-180. doi : [10.1177/1028315307299699](https://doi.org/10.1177/1028315307299699). (Consulté le 11 février 2026).
- SMITH, R. A., et N. G. KHAWAJA (2011). "A review of the acculturation experiences of international students", *International Journal of intercultural relations*, [En ligne], vol. 35, n° 6, p. 699-713. doi : [10.1016/j.ijintrel.2011.08.004](https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2011.08.004). (Consulté le 11 février 2026).
- STORCH, E. A., et autres (2004). "Association between overt and relational aggression and psychosocial adjustment in undergraduate college students", *Violence and victims*, [En ligne], vol. 19, n° 6, p. 689-700. doi : [10.1891/vivi.19.6.689.66342](https://doi.org/10.1891/vivi.19.6.689.66342). (Consulté le 11 février 2026).
- TSAI, F. F., et H. T. REIS (2009). "Perceptions by and of lonely people in social networks", *Personal Relationships*, [En ligne], vol. 16, n° 2, p. 221-238. doi : [10.1111/j.1475-6811.2009.01220.x](https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2009.01220.x). (Consulté le 11 février 2026).
- VALTORTA, N. K., et autres (2016). "Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies.", *Heart*, [En ligne], vol. 12, n° 13, p. 1009-1016. doi : [10.1136/heartjnl-2015-308790](https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790). (Consulté le 11 février 2026).
- VANHALST, J., et autres (2012). "Disentangling the longitudinal relation between loneliness and depressive symptoms: Prospective effects and the intervening role of coping", *Journal of social and clinical psychology*, [En ligne], vol. 31, n° 8, p. 810-834. doi : [10.1521/jscp.2012.31.8.810](https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.8.810). (Consulté le 11 février 2026).
- VERHAGEN, M., et autres (2023). "Behavioral inhibition, negative parenting, and social withdrawal: Longitudinal associations with loneliness during early, middle, and late adolescence", *Child Development*, [En ligne], vol. 94, n° 2, p. 512-528. doi : [10.1111/cdev.13874](https://doi.org/10.1111/cdev.13874). (Consulté le 11 février 2026).

- VICTOR, C., et autres (2018). *An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course*, [En ligne], What Works Centre for Wellbeing, 87 p. [[whatworkswellbeing.org/wp-content/uploads/2020/01/Full-report-Tackling-loneliness-Oct-2018\\_0151580300.pdf](https://whatworkswellbeing.org/wp-content/uploads/2020/01/Full-report-Tackling-loneliness-Oct-2018_0151580300.pdf)] (Consulté le 10 février 2026).
- VICTOR, C. R., et autres (2022). "Older adults' experiences of loneliness over the lifecourse: an exploratory study using the BBC loneliness experiment", *Archives of gerontology and geriatrics*, [En ligne], vol. 102, p. 104740. doi : [10.1016/j.archger.2022.104740](https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104740). (Consulté le 11 février 2026).
- VICTOR, C. R., et K. YANG (2012). "The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom.", *The Journal of psychology*, [En ligne], vol. 146, n° 1-2, p. 85-104. doi : [10.1080/00223980.2011.613875](https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875). (Consulté le 11 février 2026).
- VON SOEST, T., M. LUHMANN et D. GERSTORF (2020). "The development of loneliness through adolescence and young adulthood: Its nature, correlates, and midlife outcomes", *Developmental Psychology*, [En ligne], vol. 56, n° 10, p. 1919. doi : [10.1037/dev0001102](https://doi.org/10.1037/dev0001102). (Consulté le 26 mars 2026).
- WISEMAN, H., O. MAYSELESS et R. SHARABANY (2006). "Why are they lonely? Perceived quality of early relationships with parents, attachment, personality predispositions and loneliness in first-year university students", *Personality and individual differences*, [En ligne], vol. 40, n° 2, p. 237-248. doi : [10.1016/j.paid.2005.05.015](https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.015). (Consulté le 26 mars 2026).

La collection *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ) est produite par la Direction des études longitudinales.

Ce fascicule ainsi que le contenu des rapports de la première édition de l'*Étude longitudinale du développement des enfants du Québec* (ELDEQ 1) se trouvent sur le site Web de l'ELDEQ 1 ([www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca](http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca)) sous l'onglet « Publications ».

### Principaux partenaires financiers de l'ELDEQ :

- Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
- Fondation Lucie et André Chagnon
- Institut de la statistique du Québec
- Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
- Ministère de l'Éducation
- Ministère de l'Enseignement supérieur
- Ministère de la Famille
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

### Notice bibliographique suggérée

DOUCET, Christine (2026). « Solitude chez les jeunes adultes : les liens avec l'adolescence et les relations interpersonnelles », *Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ELDEQ), 1<sup>re</sup> édition*, [En ligne], juin, Institut de la statistique du Québec, 1-39 p. [[statistique.quebec.ca/fr/fichier/eldeq-solitude-jeunes-adultes-liens-avec-adolescence-relations-interpersonnelles.pdf](http://statistique.quebec.ca/fr/fichier/eldeq-solitude-jeunes-adultes-liens-avec-adolescence-relations-interpersonnelles.pdf)].

Ce document a été réalisé à l'Institut de la statistique du Québec par :

Christine Doucet

Direction des études longitudinales :

Nancy Illick

Avec la collaboration de :

Luc Belleau, Sophie Baillargeon

Direction de la méthodologie

Amélie Lavoie, Catherine Fontaine

Direction des études longitudinales

Amélie Groleau

Direction des enquêtes et indicateurs sociaux

Relecteurs :

Nancy Illick, Direction des études longitudinales,  
Institut de la statistique du Québec

Bertrand Perron, Direction générale des  
statistiques et de l'analyse sociales, Institut de  
la statistique du Québec

Simon Larose, Université Laval

Marie-Claude Geoffroy, Université McGill

Révision linguistique et édition :

Direction de la diffusion et des communications

Pour plus de renseignements :

Centre d'information et de documentation

Institut de la statistique du Québec

200, chemin Sainte-Foy, 3<sup>e</sup> étage

Québec (Québec) G1R 5T4

Téléphone :

418 691-2401

1 800 463-4090 (Canada et États-Unis)

Courriel : [cid@stat.gouv.qc.ca](mailto:cid@stat.gouv.qc.ca)

Site Web : [statistique.quebec.ca](http://statistique.quebec.ca)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

2<sup>e</sup> trimestre 2026

ISBN 978-2-555-04182-0 (en ligne)

© Gouvernement du Québec

Institut de la statistique du Québec, 2026

Toute reproduction autre qu'à des fins de  
consultation personnelle est interdite sans  
l'autorisation du gouvernement du Québec.

[statistique.quebec.ca/fr/institut/nous-joindre/  
droits-auteur-permission-reproduction](http://statistique.quebec.ca/fr/institut/nous-joindre/droits-auteur-permission-reproduction)