

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Avril 2026

Révision
complète
avril 2026



Ressources sociales

La promotion des ressources sociales, une contribution importante
à la santé psychique et à une qualité de vie élevée

Impressum

Édité par

Promotion Santé Suisse

Autrice

Nicole Bachmann, Haute école de travail social, Haute école spécialisée de la Suisse du Nord-Ouest
En remerciant Carlo Fabian, Jutta Guhl, Nadine Käser, Hilde Schäffler et Andrea Zumbrunn pour leurs précieuses informations.

Pilotage du projet

Cornelia Waser et Sabine Dobler, Promotion Santé Suisse
Complément Intégration sociale : Charlotte den Hollander, Promotion Santé Suisse

Crédit photographique

© iStock

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne, tél. +41 31 350 04 04,
office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Numéro de commande

02.0325.FR 04.2026

Cette publication est également disponible en allemand et en italien
(numéros de commande 02.0325.DE 04.2026 et 02.0325.IT 04.2026).

Télécharger le PDF

www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, avril 2026

Table des matières

1	Introduction	4
	Partie 1 : connaissances de base	5
2	Bases scientifiques et faits	5
2.1	Qu'est-ce que les ressources sociales ?	5
2.2	Quels effets les ressources sociales ont-elles sur la santé psychique ?	6
2.3	L'accès aux ressources sociales est très inégal en Suisse	7
2.4	Comment les ressources sociales voient-elles le jour ?	9
2.5	Détecter le risque de cercle vicieux et y remédier	10
2.6	Qu'est-ce qui empêche certaines personnes de demander ou d'accepter de l'aide ?	12
	Partie 2 : recommandations d'action	15
3	Qu'est-il possible de faire aux niveaux communal et cantonal pour promouvoir les ressources sociales ?	15
3.1	Enfants et adolescent-e-s	16
3.2	Personnes âgées	18
4	Bibliographie	22

Liste des illustrations

Santé psychique	4
Ressources sociales	6
Sentiment de solitude chez les 15-24 ans	8
Cercle vicieux	10

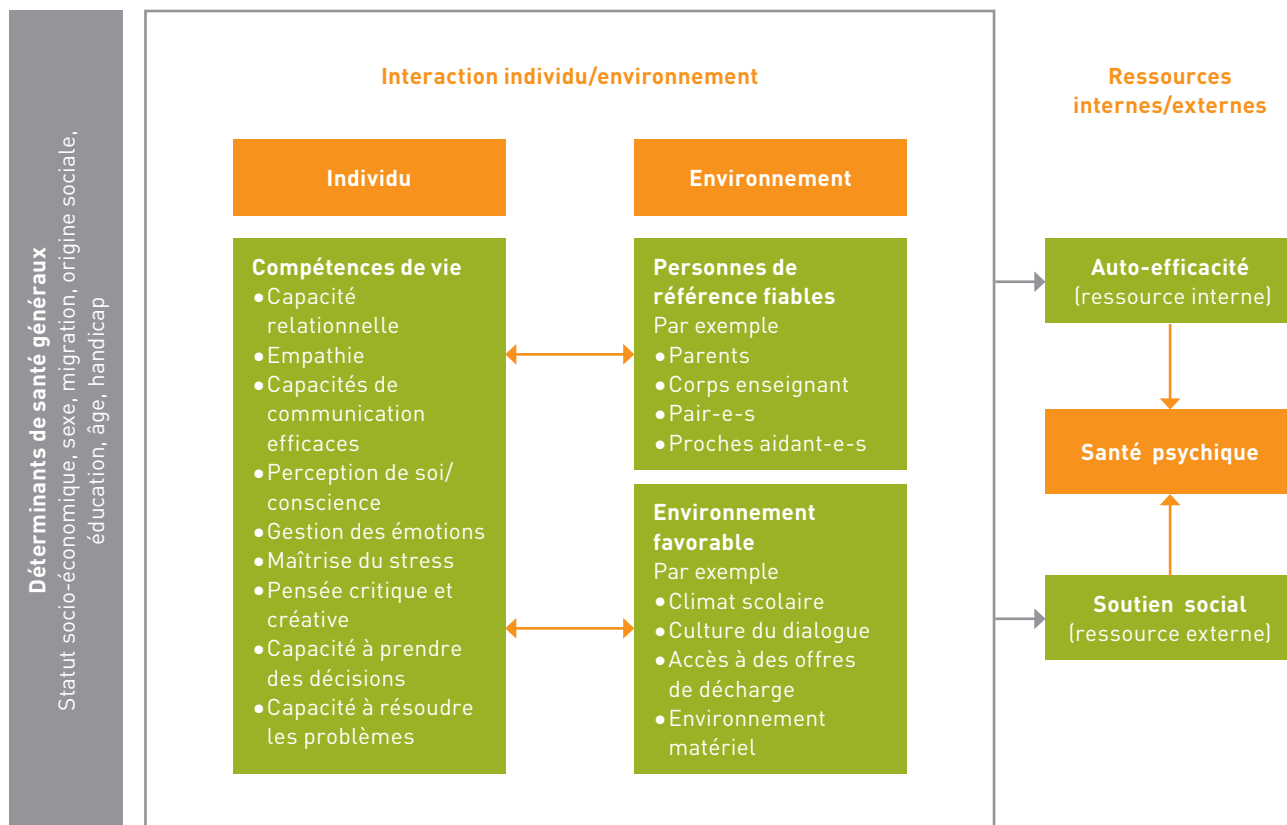
1 Introduction

Dans son rapport de base intitulé «La santé psychique au cours de la vie», Promotion Santé Suisse a identifié le soutien social comme une ressource externe centrale des individus. Le **soutien social** est une dimension importante des ressources sociales, qui agit de pair avec la ressource interne centrale qu'est l'**auto-efficacité** (c'est-à-dire la conviction de pouvoir agir avec succès grâce à ses propres compétences et surmonter les situations, même si elles sont difficiles). La santé psychique peut être renforcée par la promotion de ces deux ressources. La première partie de la brochure est dédiée à la présentation des connaissances scientifiques sur le

concept de ressources sociales, sur l'importance de ces ressources pour la santé psychique et sur les facteurs qui contribuent à leur renforcement. Elle explique également que tous les individus ne sont pas égaux face à ces ressources et comment certaines personnes se trouvent prises dans un cercle vicieux menant à l'isolement social. L'accent est mis sur les situations de vie particulièrement difficiles qui peuvent entraver ou empêcher la recherche d'aide.

La deuxième partie montre comment cette ressource essentielle peut être promue dans le cadre de mesures communales et cantonales.

SANTÉ PSYCHIQUE



Partie 1 : connaissances de base

2 Bases scientifiques et faits

2.1 Qu'est-ce que les ressources sociales ?

Les ressources sociales peuvent être subdivisées en différentes dimensions. L'intégration sociale, les réseaux sociaux et le soutien social revêtent une importance particulière pour la santé.

L'**intégration sociale** décrit l'implication d'une personne dans une communauté. Elle implique également la contribution à la formation de cette communauté et permet ainsi la **participation** (Rosenbrock & Hartung, 2012). On entend par communauté un réseau de relations sociales. Ce réseau englobe la famille, les ami-e-s, le voisinage, l'école, mais aussi la vie de quartier ou de village et la société dans son ensemble : l'intégration sociale se fait dans la vie quotidienne et dans l'univers de vie concret. L'objectif de la promotion de la santé est d'accroître l'intégration sociale du plus grand nombre possible de personnes afin de permettre le soutien social. Elle vise notamment à permettre aux personnes ayant des problèmes de santé et des difficultés psychosociales de participer (davantage) à la vie sociale. Pour cela, il faut faire tomber les barrières qui peuvent se trouver dans l'environnement physique et social, mais aussi les barrières que la personne peut avoir en elle.

L'intégration sociale est une condition préalable à l'émergence de réseaux sociaux : les **réseaux sociaux** décrivent la structure et les caractéristiques des relations entre les personnes. Le nombre, le type et la qualité des relations sont des caractéristiques importantes d'un réseau social. De même, l'équilibre entre donner et recevoir (réciprocité de l'échange) est essentiel. Le principe de réciprocité explique que certaines personnes, en particulier celles en situation précaire, n'arrivent parfois pas à chercher de l'aide ou à accepter l'aide qu'on leur

propose, lorsqu'elles craignent de ne pas pouvoir «rembourser» leur dette d'aide de manière appropriée (cf. explications au [chapitre 2.6](#)). Les relations asymétriques, dans lesquelles il y a toujours une personne qui donne et l'autre personne qui reçoit de l'aide, sont insatisfaisantes pour les deux parties et souvent perçues comme pesantes. Le retour d'ascenseur dans des relations étroites et proches peut s'effectuer avec un grand décalage temporel (p. ex. des enfants adultes qui soutiennent leurs parents). Lorsque les relations sont ponctuelles et moins proches (weak ties), on s'attend en général à ce que la compensation des services se fasse dans un court délai.

Le **soutien social** désigne une fonction du réseau social selon laquelle les membres d'un réseau se soutiennent mutuellement. On distingue différents types de soutien social :

- le soutien instrumental (p. ex. les services pratiques comme faire les courses si la personne est clouée au lit, l'emmener en voiture, garder ses enfants),
- le soutien émotionnel (p. ex. consoler, reconforter, témoigner de l'estime, encourager),
- l'aide informationnelle (p. ex. les informations telles que comment gérer un problème, où obtenir de l'aide) ainsi que
- l'aide d'évaluation (p. ex. le feed-back sur le comportement).

Pour faire face aux difficultés quotidiennes, il est important de savoir qu'en cas de besoin on peut recevoir l'aide nécessaire. Si l'on est en revanche confronté-e à un événement critique (p. ex. une maladie grave ou le décès accidentel d'une personne proche), il faut effectivement recevoir une aide adaptée pour mieux surmonter la crise.

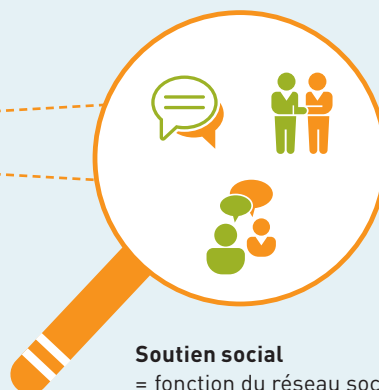
RESSOURCES SOCIALES

Intégration sociale

**Réseau social**

= structure et caractéristiques des relations (nombre, type et qualité)

- La réciprocité comme caractéristique importante : équilibre entre donner et recevoir

**Soutien social**

= fonction du réseau social (apport d'une aide)

- Différents types :
 - soutien instrumental
 - aide émotionnelle
 - aide informationnelle
 - aide d'évaluation

2.2 Quels effets les ressources sociales ont-elles sur la santé psychique ?

L'**intégration sociale** implique des rencontres régulières. Elle permet à la fois le maintien et l'établissement de relations sociales. Elle peut favoriser le soutien social et prévenir ou réduire le sentiment de solitude. Il a été démontré que les deux ont un effet positif sur la santé. Grâce à des processus participatifs, l'intégration sociale permet de se sentir auto-efficace : celles et ceux qui peuvent contribuer à façonner leur propre univers social renforcent l'expérience de l'auto-efficacité. Cette expérience a un effet positif sur le bien-être psychique.

En outre, l'intégration sociale favorise le développement d'**univers de vie adaptés aux besoins et favorables à la santé**. Si, par exemple, des personnes âgées d'une commune s'unissent pour faire part de leurs préoccupations concernant l'aménagement de l'espace public, elles sont en contact social les unes avec les autres et rencontrent de nouvelles personnes. Si elles sont écoutées par la commune comme des expert-e-s de leur quotidien, elles se sentent auto-efficaces et ont une influence sur l'aménagement de leur univers de vie, de sorte que

ce dernier correspond mieux à leurs besoins. Autre exemple saillant : si une école met en place des processus participatifs dans le réaménagement de la cour de récréation, cela a un effet positif sur les ressources sociales et l'auto-efficacité des élèves impliqué-e-s et favorise la création d'un environnement de vie favorable à la santé.

Les **relations** avec les individus au sein du réseau social peuvent être plus ou moins étroites, de très proches à ponctuelles/passagères. Tous ces liens, des relations de confiance avec des proches aux vagues connaissances (weak ties), ont un impact sur la santé psychique et physique et sur la qualité de vie.

De nombreuses études ont analysé l'impact des **relations de confiance** sur la santé psychique. Pour les hommes, l'existence de relations intimes de bonne qualité (avec le/la partenaire) est généralement la condition essentielle d'une vie heureuse et d'une bonne santé psychique tout au long de la vie (Waldinger & Schulz, 2010). Pour les femmes, en revanche, les relations de qualité et de confiance avec différentes personnes (ami-e-s, partenaires, famille) sont souvent plus importantes (Wahring et al., 2024). Les nourrissons et les enfants en bas âge en

particulier ont un besoin vital de la disponibilité ininterrompue de personnes familières et fiables (Brunner, 2016). Si ce n'est pas le cas, par exemple parce qu'un parent souffre d'une maladie psychique, la majorité des enfants concernés présentent des troubles psychopathologiques (Gurny et al., 2007). Lors des événements critiques de la vie comme une maladie grave, l'existence de personnes de référence dignes de confiance est particulièrement importante. Pour de nombreuses personnes touchées, il est essentiel de savoir qu'elles ne sont pas seules dans cette situation. Dans ces moments-là, les proches sont une grande source de soutien instrumental, émotionnel et informationnel. Mais cela signifie également que les proches sont eux/elles aussi éprouvé-e-s par ces maladies souvent de longue durée et que ce «soutien» peut également devenir une charge (Haslbeck et al., 2015).

Les **weak ties** (relations faibles), c'est-à-dire les relations moins proches, plus ponctuelles, comme se dire bonjour entre voisin-e-s, ne sont pas anodines pour le bien-être psychique. Elles nous montrent chaque jour que nous appartenons à une communauté, que nous faisons partie du groupe et sommes respecté-e-s. Ce sentiment de respect et d'appartenance est d'autant plus crucial pour les personnes menacées d'exclusion sociale par stigmatisation ou discrimination, telles que les personnes souffrant de troubles psychiques ou s'identifiant comme queer (Boden-Stuart, 2024; VanAntwerp et al., 2025). Les weak ties sont aussi particulièrement importantes pour le soutien informationnel (p.ex. la transmission d'informations sur un poste de travail qui pourrait convenir), car elles jettent des ponts avec d'autres réseaux sociaux et permettent ainsi de transmettre des informations qui ne sont pas disponibles dans son propre réseau.

Lorsqu'une personne est confrontée à un manque de ressources sociales sur la durée, elle a une probabilité élevée de souffrir de **solitude chronique**. La solitude est un des sentiments les plus négatifs et les plus néfastes pour la santé. Elle est liée au sentiment d'isolation sociale, de perte d'estime de soi et de menace personnelle (Hawkley & Cacioppo, 2010; Hong et al., 2023). Les enfants, même s'ils sont en groupe, peuvent se sentir seuls lorsqu'ils sont exclus ou harcelés.

Les procédés d'imagerie de l'activité cérébrale ont permis de montrer que notre cerveau réagit à l'exclusion sociale de la même manière que lors d'une douleur physique. Il est donc tout à fait autorisé de parler d'une «**douleur sociale**» sur le plan psychologique (Eisenberger, 2015). La solitude chronique est un facteur de risque important pour un grand nombre de maladies physiques et psychiques, notamment pour les dépressions (Cacioppo et al., 2010).

En résumé : les personnes dotées d'un réseau social adapté à leurs besoins et impliquées dans un mécanisme d'échange mutuel (donner et recevoir) s'attendent à recevoir de l'aide dans une situation difficile et la reçoivent effectivement. Il est prouvé qu'elles ont de bien meilleures chances de rester en bonne santé, qu'elles vivent plus longtemps, qu'elles se sentent mieux, qu'elles ont une vie plus heureuse, qui a davantage de sens pour elles, et qu'elles souffrent beaucoup moins souvent de dépression. A contrario, les personnes qui n'ont pas un bon réseau, qui souffrent de solitude, qui s'attendent à avoir peu d'aide et qui en reçoivent peu, ont nettement moins de chances de rester en bonne santé et d'avoir une bonne qualité de vie. À long terme, la solitude rend malade psychologiquement et physiquement.

2.3 L'accès aux ressources sociales est très inégal en Suisse

Il est réjouissant de constater qu'une grande partie des personnes vivant en Suisse bénéficient d'un bon réseau. Elles entretiennent des échanges réguliers avec de nombreuses personnes différentes. Elles ont établi de nombreuses relations basées sur l'aide mutuelle et reçoivent de l'aide en cas de besoin (Bachmann, 2014). Il y a toutefois de grandes disparités dans la disponibilité des ressources sociales existant au sein de la population, et le sentiment de solitude a augmenté de manière significative au cours des dernières années, en particulier chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes (Jäggi et al., 2025; Peter et al., 2023).



Pour **les enfants et les adolescent-e-s**, les membres de la famille et, lorsqu'ils/elles sont plus âgé-e-s, les ami-e-s du même âge sont les « maillons » essentiels de leur réseau social. En 2022 en Suisse, 85% des adolescent-e-s âgé-e-s de 11 à 15 ans ont indiqué recevoir de l'aide de leur famille en cas de besoin. Il s'agit également d'une valeur très élevée à l'échelle internationale. Le soutien des parents est évalué différemment par les jeunes filles et les jeunes garçons et dépend aussi du parent. Ainsi, parmi les adolescent-e-s de 15 ans, seules 48% des jeunes filles, contre 68% des jeunes garçons, trouvent facile ou très facile de parler à leur père des choses qui les préoccupent. Cela semble plus simple avec la mère : 70% des jeunes filles et 81% des jeunes garçons répondent « facile » ou « très facile » (Badura et al., 2024). 10% des jeunes filles et 12% des jeunes garçons du même âge déclarent ne pas pouvoir parler de leurs problèmes avec leur famille. Une grande majorité des adolescent-e-s se sentent bien soutenu-e-s par leurs ami-e-s : en 2022, 74% des adolescent-e-s de 15 ans déclaraient bénéficier d'un soutien important de la part de leur cercle d'ami-e-s ; cette proportion est toutefois légèrement inférieure à celle de 2014 (81%). (Balsiger & Delgrande Jordan, 2025)

L'école, en tant que milieu de vie important, est également associée à des ressources sociales plus ou moins importantes, voire à des conflits sociaux. La majorité des adolescent-e-s âgé-e-s de 11 à 15 ans se sentent bien soutenu-e-s et accepté-e-s par leurs camarades de classe. En 2022, 71% des jeunes garçons et 63% des jeunes filles de cette tranche d'âge déclaraient avoir une relation de qualité avec

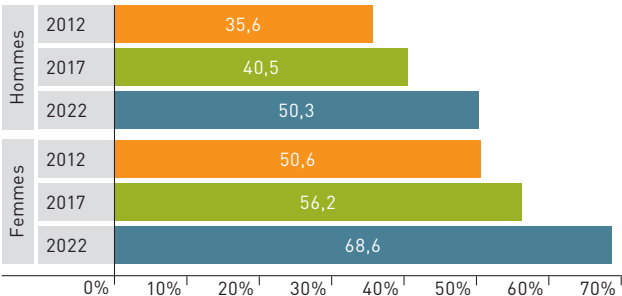
leurs camarades de classe. Toutefois, depuis 2014, on observe une diminution de cette ressource importante dans la vie quotidienne des élèves. Ce changement est plus marqué chez les jeunes filles. Ainsi, en 2022, 25% d'entre elles indiquaient ne pas être d'accord avec l'affirmation selon laquelle leurs camarades de classe les acceptaient telles qu'elles étaient, alors qu'en 2014, cette proportion n'était que de 18%. Les adolescent-e-s de cette tranche d'âge sont également moins nombreux-euses qu'avant à affirmer que les camarades de leur classe aiment passer du temps ensemble. Ce déclin des ressources sociales parmi les élèves en général, et les jeunes filles en particulier, a été constaté non seulement en Suisse, mais aussi à l'échelle internationale (Badura et al., 2024).

Cette diminution des ressources sociales ne se cantonne pas au contexte scolaire, mais semble ressortir d'une tendance générale, comme en attestent diverses sources de données suisses et études internationales. En Suisse, cette évolution chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes a commencé avant 2020 et s'est encore accentuée à cause de la pandémie, dont l'effet s'est particulièrement fait sentir chez les jeunes filles et les jeunes femmes (Balsiger & Delgrande Jordan, 2025 ; Jäggi et al., 2025 ; Köster & Lipps, 2024).

Le **graphique suivant** montre l'augmentation du sentiment de solitude entre 2012 et 2022 chez les adolescent-e-s et les jeunes adultes en Suisse.

SENTIMENT DE SOLITUDE CHEZ LES 15-24 ANS

Proportion de jeunes personnes âgées de 15 à 24 ans, par sexe, qui se sentent parfois, assez souvent ou très souvent seules



Représentation propre
Sources : Office fédéral de la statistique – Enquête suisse sur la santé 2012, 2017, 2022

Au cours de la même période, le bien-être psychique des jeunes femmes s'est détérioré, ce qui s'explique en partie par l'augmentation de la pression liée à la performance et au stress, mais aussi par l'impact négatif de l'utilisation des réseaux sociaux. Ces derniers présentent le risque, en particulier chez ce groupe cible, d'affecter les relations interpersonnelles par le biais de comparaisons sociales constantes et de cyberharcèlement (Abi-Jaoude et al., 2020; Bigler et al., 2024; Waller et al., 2025). Les personnes qui ont tendance à définir leur estime de soi par comparaison sociale sont particulièrement vulnérables à cet effet négatif (Vogel et al., 2015).

Chez les **personnes âgées**, le réseau social s'amenuise généralement au fil des ans et le soutien social diminue (Jäggi et al., 2025). Ainsi, les 25-34 ans sont les plus nombreux-euses, soit 81%, à déclarer avoir plusieurs personnes de confiance. Chez les 75 ans et plus, cette proportion tombe à 64%. Dans cette tranche d'âge, 30% déclarent ne connaître qu'une seule personne à qui elles peuvent parler à tout moment de leurs problèmes personnels, alors que 7% n'en connaissent aucune. La proportion de personnes déclarant disposer d'un faible soutien social passe de moins de 10% chez les adolescent-e-s à 16% chez les personnes âgées de 75 ans et plus. (Source: Office fédéral de la statistique – Enquête suisse sur la santé 2022)

Cette diminution du soutien avec l'âge est notamment due au fait qu'une partie des relations sociales est associée à des rôles et à des tâches spécifiques qui disparaissent par exemple à la retraite. Les personnes âgées sont également confrontées au décès du/de la partenaire, d'ami-e-s proches ou de voisin-e-s cher-ère-s, qui laissent derrière eux/elles un vide douloureux. Les maladies chroniques et les limitations dans la mobilité, de l'ouïe ou de la vue peuvent également rendre plus difficile le maintien des contacts sociaux. À un âge avancé, entretenir un large cercle de connaissances devient trop exigeant pour de nombreuses personnes, qui réduisent alors leurs contacts à quelques personnes particulièrement proches. Si ces contacts restants sont de bonne qualité, cela n'a pas d'effet négatif sur la satisfaction dans la vie et le bien-être (Huxhold et al., 2014).

Souvent, les stéréotypes liés à l'âge font obstacle à la participation sociale des personnes âgées: l'idée qu'elles ont besoin d'aide et de soins est par exemple

très répandue. On oublie cependant que le besoin d'aider les autres existe également chez ce groupe d'âge (Kruse, 2017).

31% des personnes âgées de 75 ans et plus se sentent parfois seules et 5% se sentent assez souvent ou très souvent seules. À un âge avancé, les femmes sont plus touchées par le sentiment de solitude que les hommes. Alors que 26% des hommes âgés de 75 ans et plus se sentent parfois ou souvent seuls, ce pourcentage atteint 44% chez les femmes du même âge. (Source: Office fédéral de la statistique – Enquête suisse sur la santé 2022)

En Suisse, un risque particulièrement élevé d'isolement social ou de manque de soutien a été mis en évidence également pour les groupes cibles suivants (Bachmann, 2014; Jäggi et al., 2025):

- Personnes disposant de moyens financiers limités ou d'un faible niveau de formation
- Personnes ayant un passé migratoire
- Parents élevant seuls leur enfant
- Personnes vivant seules (en particulier les hommes sans partenaire de vie)
- Personnes souffrant ou ayant souffert de troubles psychiques

On observe une nette augmentation de l'isolement chez les femmes, durant l'adolescence, le jeune âge adulte et la vieillesse.

2.4 Comment les ressources sociales voient-elles le jour ?

L'âge, le sexe, les limitations de santé, certaines caractéristiques liées à la personnalité et aux aptitudes (p. ex. les compétences sociales et les compétences de communication) influencent les possibilités d'une bonne mise en réseau et les chances d'obtenir de l'aide. Pour certains groupes de personnes qui se trouvent dans une situation qui les rend particulièrement vulnérables ou qui ont des difficultés à interagir avec d'autres personnes en raison de problèmes de santé, la promotion des compétences sociales en vue de **permettre leur intégration sociale** peut être utile et efficace (voir brochure [Compétences de vie et santé psychique des personnes](#)

âgées et document de travail [Promotion des compétences de vie chez les personnes âgées](#)). En outre, la situation sociale actuelle et l'environnement matériel dans lequel évolue une personne ou une famille sont également importants pour donner naissance à des ressources sociales. C'est surtout vrai pour les enfants et les personnes âgées pour qui l'environnement de vie immédiat, le quartier où ils/elles habitent et passent le plus clair de leur temps joue un rôle non négligeable. Dans l'idéal, cet environnement devrait être conçu de sorte à favoriser les contacts sociaux entre les habitant-e-s et le sentiment de sécurité de chacun-e dans un lieu public (Hugentobler et al., 2024).

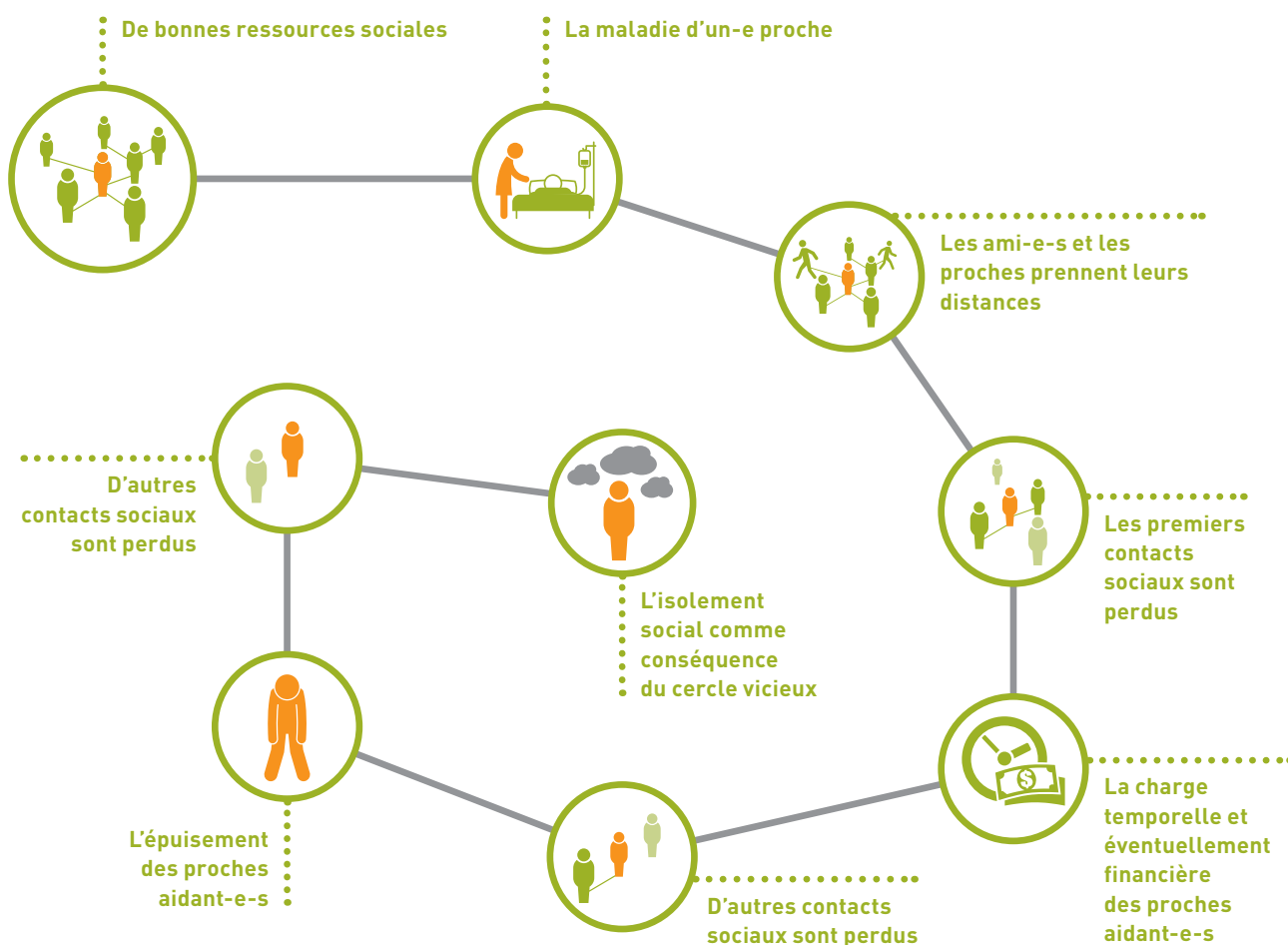
La promotion de la santé accorde une attention particulière aux personnes et aux groupes dont l'intégration sociale est difficile. Cela peut s'expliquer par un environnement de vie défavorisé, des raisons de santé (p.ex. limitations de la mobilité ou

de la communication liées à l'âge) ou des raisons sociales (p.ex. discrimination fondée sur l'origine, la religion ou la pauvreté).

2.5 Détecter le risque de cercle vicieux et y remédier

Dans le processus décrit ci-dessus entre la personne et son environnement de vie, il est possible qu'apparaisse un **cercle vicieux** qui fragilise progressivement une personne ou une famille. Par exemple, la personne qui évite le contact social par peur d'être rejetée, par épuisement ou suite à une maladie psychique perdra avec le temps ses personnes de référence, car ces dernières se retireront probablement si les contacts ne sont qu'unilatéraux. Cela va, à son tour, accroître les contraintes et affaiblir les ressources personnelles (p. ex. estime de soi).

CERCLE VICIEUX



L'exemple des **proches aidant-e-s** le montre parfaitement : les parents qui soignent un enfant gravement malade à la maison s'aperçoivent que pendant cette période de sollicitation intense, leur réseau social se limite presque exclusivement aux professionnel-le-s des soins (p.ex. des soins pédiatriques à domicile) avec lesquel-le-s ils sont en contact quotidien. Les parents concernés expliquent qu'ils n'ont plus ni le temps ni l'énergie pour entretenir des contacts «normaux» et que les ami-e-s et connaissances prennent leurs distances (Inglin et al., 2011). Une partie des enfants et des adolescent-e-s qui s'occupent et prennent soin de membres de leur famille souffrent également d'isolement social en raison du manque de temps, de la fatigue croissante et, parfois, aussi d'un sentiment de honte (Leu et al., 2018). Il en va de même pour les proches aidant-e-s âgé-e-s qui s'occupent, par exemple, de leur partenaire. Plus les tâches de soins et d'accompagnement s'intensifient, plus ces personnes sont épuisées et souvent dépassées, et plus le risque d'isolement social augmente.

Les **parents élevant seuls leurs enfants**, qui subissent généralement des contraintes à la fois temporelles et financières, sont eux aussi soumis à un tel risque. Bien qu'ils disposent dans une grande majorité d'un bon réseau et de soutien social pour accomplir leurs tâches quotidiennes, ils sont souvent isolés socialement et se sentent seuls (Bachmann, 2014).

On retrouve ce type de cercles vicieux chez les **personnes et familles touchées par la pauvreté**. Les conditions de vie de plus en plus précaires, la perte d'un emploi et le fait d'habiter dans un espace restreint sans possibilité de recevoir des visites compliquent les contacts sociaux et entraînent un isolement social par honte ou manque de moyens financiers. L'isolement des personnes dans une situation de vie difficile dépend également du principe de réciprocité mentionné ci-dessus, c'est-à-dire de l'équilibre entre donner et recevoir.

En 2023, 102 000 enfants âgé-e-s de 0 à 17 ans et 37 000 jeunes adultes âgé-e-s de 18 à 24 ans étaient touché-e-s par la pauvreté en Suisse. Il s'agit souvent d'enfants élevés par un parent seul, qui est presque toujours la mère. Le nombre de parents seuls a considérablement augmenté en Suisse entre 2010 et 2022, passant de quelque 100 000 à plus de 125 000 personnes (ce qui représente 14% de toutes les familles avec des enfants de moins de 18 ans). En 2023, le taux de pauvreté des familles monoparentales avec des enfants de moins de 17 ans était de 14%, soit près de trois fois plus que chez les familles biparentales avec des enfants du même âge. (Source : Office fédéral de la statistique – Enquête sur les revenus et les conditions de vie, SILC-2023)



2.6 Qu'est-ce qui empêche certaines personnes de demander ou d'accepter de l'aide ?

Certaines personnes ne reçoivent aucune aide, ni dans leur vie quotidienne ni dans les situations difficiles, parce qu'elles ne sont pas en mesure ou pas disposées à montrer qu'elles ont besoin d'aide ou à solliciter un soutien. Cette absence de soutien peut se répercuter sur leur santé physique et psychique. Il existe divers facteurs, tant individuels qu'environnementaux, qui peuvent empêcher une personne de rechercher de l'aide ou d'accepter le soutien offert. Dans le domaine de la promotion de la santé, pour élaborer des structures et des offres facilitant l'accès au soutien social pour ces personnes, il est nécessaire de comprendre les causes de ces freins. Chaque situation problématique est différente et, de ce fait, il n'existe pas de solution de soutien unique. Les principaux obstacles identifiés dans la littérature scientifique sont listés ci-dessous (p. ex. Kessler, 2022; Mahalik & Di Bianca, 2021; Walters et al., 2001; Gianola, 2025):

- **Besoin de réciprocité :** le besoin d'équilibre entre donner et recevoir peut rendre extrêmement difficile pour les personnes en situation sociale précaire d'accepter de l'aide, car elles craignent de ne pas pouvoir rendre la pareille, par exemple en raison de manque de moyens ou d'une situation familiale difficile.
- **Crainte de surcharger les personnes qui apportent leur aide :** le besoin de réciprocité s'accompagne souvent de la crainte de surcharger les autres en leur demandant de l'aide et du soutien. On ne veut pas «être un fardeau» pour les autres.
- **Conflit avec l'image de soi comme une personne autonome :** les personnes qui ont des exigences très élevées en matière d'autonomie rencontrent souvent des difficultés à demander de l'aide, car le fait d'admettre qu'elles dépendent des autres contredit l'image qu'elles ont d'elles-mêmes. Cette image de soi peut être influencée par des normes sociales, liées par exemple à la masculinité ou à un idéal parental.
- **Stigmatisation :** les personnes socialement stigmatisées partent généralement du principe (en partie à juste titre) qu'elles ne recevront aucune aide pour cause de discrimination, qu'elles seront cataloguées comme incapables (p. ex. parents souffrant de troubles psychiques ou d'addiction) ou qu'elles subiront des conséquences

sociales et juridiques négatives si elles révèlent qu'elles ont besoin d'aide.

- **Crainte de perdre son autonomie :** les personnes en situation précaire craignent souvent de ne plus être prises au sérieux et de ne plus être respectées dans leur autonomie si elles recherchent ou acceptent de l'aide. Ces attentes négatives sont également influencées par les normes sociales et les processus de discrimination. Cela concerne par exemple les parents isolés touchés par la pauvreté ou les personnes âgées fragiles.
- **Supposition qu'il n'existe aucun-e interlocuteur-trice approprié-e dans le réseau social :** un autre obstacle à la recherche d'aide peut résider dans le fait qu'on s'attend (à tort ou à raison) à n'avoir personne dans son réseau social en mesure de fournir une aide réellement adaptée au besoin et susceptible d'apporter un soulagement. Le travail de proche aidant-e à long terme en est un exemple : si le/la proche malade a besoin de soins la nuit ou si la relation est compliquée en raison de maladies psychiques ou de démence, on considère souvent qu'il est trop difficile ou exigeant de demander de l'aide à quelqu'un.

Ces différents obstacles à l'accès au soutien social et à la participation sociale peuvent être abordés à différents niveaux. Il est par exemple important de lutter contre la précarité et la stigmatisation de certains groupes de population au niveau structurel et social. Dans les projets et programmes de promotion de la santé et de prévention, tout comme dans le domaine thérapeutique et des soins, il convient de veiller à ce que les personnes en situation de vulnérabilité soient respectées et encouragées dans leur autonomie. Les attitudes qui représentent un obstacle à la recherche d'aide peuvent notamment être abordées dans le cadre d'échanges bilatéraux, par exemple lors de contacts avec des proches aidant-e-s (cf. [partie 2, recommandations d'action](#)). Ci-après, nous décrivons plus en détail certains groupes sociaux qui présentent un risque élevé de ne pas rechercher ou accepter de l'aide et qui doivent donc faire l'objet d'une attention particulière et d'une approche ciblée. Il s'agit notamment des hommes ayant une image traditionnelle de la masculinité, des parents isolés et des personnes âgées en situation de fragilité. Cette liste est donnée à titre d'exemple et n'est pas exhaustive.

Hommes ayant une image traditionnelle de la masculinité

Les hommes (ou les personnes en général) qui s'identifient fortement aux normes traditionnelles de la masculinité ont beaucoup de mal à demander ou à accepter de l'aide. La masculinité traditionnelle implique notamment de savoir contrôler ses émotions, de toujours préserver son indépendance et de donner la priorité au travail plutôt qu'à la vie privée. L'exigence de contrôler ses émotions et de rester indépendant et autonome en toutes circonstances empêche notamment d'admettre et d'afficher qu'on a besoin d'aide. Les personnes qui partagent cette conviction courent un risque plus élevé de ne parler à personne de leurs problèmes émotionnels et de ne pas chercher d'aide, même en cas de troubles psychiques graves. Cela s'accompagne également d'un risque accru de suicide en cas de détresse psychique importante (Benakovic et al., 2025; McDermott et al., 2018).

Parents et parents seuls

Être parent, et en particulier parent seul, peut parfois être source de tensions et de stress importants, ce qui peut entraîner à long terme un épuisement et nuire à la santé psychique (p. ex. burnout parental). Les problèmes psychiques tels que la dépression et l'anxiété sont particulièrement fréquents chez les parents, notamment autour de la naissance et pendant les premiers mois de vie de l'enfant. Le soutien pratique et émotionnel apporté par les proches et d'autres personnes significatives de l'environnement social est primordial pour de nombreux parents afin de préserver leur santé psychique et prévenir l'épuisement parental. Selon l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, leur situation sociale et les normes sociales de référence, les parents ont plus ou moins de facilité à rechercher et à accepter de l'aide. La conviction qu'une « bonne mère » ou un « bon père » doit pouvoir gérer seul-e la vie familiale (Goldberg & Frost, 2025; VanAntwerp et al., 2025) constitue par exemple un obstacle courant.

Les parents appartenant à une minorité sociale et craignant la discrimination évitent souvent de solliciter de l'aide auprès de leur réseau social ou du système professionnel, car ils redoutent que le fait d'admettre qu'ils sont surmenés remette en question leurs compétences et leurs droits en tant que parents, voire que leurs enfants leur soient retirés. Ces craintes sont particulièrement vives chez les

parents de la communauté LGBTQI+, les parents touchés par la pauvreté, les parents issus de l'immigration ou les parents souffrant de troubles psychiques ou d'addiction (Goldberg & Frost, 2025; Mazi et al., 2024; VanAntwerp et al., 2025).

Personnes âgées et leurs proches aidant-e-s

Bon nombre des obstacles mentionnés ci-dessus, tels que le besoin de réciprocité ou la crainte de perdre son autonomie, touchent particulièrement les personnes âgées. La littérature scientifique, les témoignages de personnes âgées et les entretiens avec des spécialistes de la promotion de la santé et de la prévention mettent en évidence les problèmes décrits ci-après (cf. Kessler, 2022).

Les **personnes âgées** sont confrontées à la réalité que leur état physique et cognitif se fragilise avec l'âge et que cette évolution est irréversible à long terme. Le besoin de réciprocité peut devenir un obstacle particulièrement important lorsque l'état de santé se fragilise. Beaucoup de personnes âgées ne souhaitent pas être un fardeau pour leur famille ou leur entourage et ne veulent pas être celles qui ont toujours besoin d'aide, mais souhaitent aussi pouvoir apporter leur propre contribution (Kruse, 2017). Les personnes âgées sont souvent confrontées à des stéréotypes liés à l'âge blessants et entravant leur autodétermination, contre lesquels elles tentent de se défendre. En réaction, certaines d'entre elles sont réticentes à dépendre d'une aide extérieure, car cela correspondrait au stéréotype négatif et affecterait leur estime de soi. La plupart des personnes âgées en Suisse souhaitent en outre rester chez elles, dans leur environnement familial, jusqu'à leur mort (Stettler et al., 2018). Reconnaître qu'on n'est plus capable de gérer seul-e son quotidien et qu'on a besoin d'aide peut être interprété comme un premier pas vers l'entrée nécessaire dans un établissement médico-social. Par crainte, de nombreuses personnes âgées cachent donc leur fragilité croissante et se retirent de la vie sociale pour éviter de révéler leurs difficultés. Elles deviennent « invisibles » alors que leur situation se précarise (Haslbeck et al., 2015).

Pour les **proches aidant-e-s âgé-e-s** qui s'occupent de leur partenaire, la promesse de prendre soin de l'autre jusqu'à la fin de ses jours peut devenir une sorte de piège qui les empêche de chercher l'aide

dont ils/elles ont pourtant urgemment besoin. Souvent eux/elles-mêmes épuisé-e-s depuis longtemps, ces proches aidant-e-s considèrent la recherche d'aide externe comme une « trahison » envers leur partenaire.

Des **tensions intergénérationnelles** peuvent surgir entre les personnes âgées et leurs proches plus jeunes lorsque les attentes mutuelles sont contradictoires ou ne sont pas clairement communiquées. À cela s'ajoute que les familles récemment immigrées en Suisse et encore peu intégrées dans la société connaissent souvent mal le système de soins suisse en termes de prise en charge des personnes âgées et de soutien aux proches aidant-e-s. Ces

familles issues de l'immigration sont alors parfois confrontées à une difficulté particulière : la jeune génération suppose à tort que ses parents ou beaux-parents attendent d'elle qu'elle endosse l'entièreté des soins et de l'accompagnement, alors que les parents sont tout à fait conscients des pratiques en Suisse. Ces attentes erronées entravent la recherche d'aide et de soutien (Gerber & Hungerbühler, 2018).



Partie 2 : recommandations d'action

3 Qu'est-il possible de faire aux niveaux communal et cantonal pour promouvoir les ressources sociales ?

D'une manière générale, la promotion des ressources sociales doit être considérée comme une tâche essentielle relevant de la santé publique, au même titre que l'accès à l'eau potable. Une promotion globale pour l'ensemble de la population inclut des aspects liés à la politique sociale et à la politique de la santé, au droit du travail (p. ex. en lien avec les conditions d'engagement qui facilitent la prise en charge des enfants et des personnes âgées), à l'aménagement du territoire, à la politique de mobilité et à l'accessibilité pour les personnes en situation de

handicap. L'intégration sociale des familles touchées par la pauvreté ou des personnes âgées au sein des communes peut par exemple être encouragée par des offres culturelles et de loisirs gratuites au niveau communal. La promotion de la santé peut sensibiliser d'autres domaines de la politique aux conditions-cadres bénéfiques ou néfastes pour les ressources sociales des groupes de la population (p. ex. par la participation à des groupes de travail interdirectionnels, avec des prises de position sur des projets de loi ou avec la mise à disposition d'argumentaires).

Les projets et mesures visant la promotion des ressources sociales doivent remplir les critères suivants :

- Participation facultative
- Participation et autonomisation du groupe cible
- Accès facile ou accès via des personnes de confiance (p. ex. soins à domicile, travail social de proximité, médecins de famille et corps enseignant)
- Création de réseaux d'entre-aide permettant aux groupes de personnes vulnérables de donner et de recevoir de l'aide (à privilégier aux offres de soutien et de contact classiques)

Principes clés pour permettre aux personnes en situation de vulnérabilité d'accepter un soutien :

- Les offres de soutien doivent être conçues de sorte à respecter la dignité et à renforcer l'autodétermination des personnes en situation de vulnérabilité. La crainte de perdre son autonomie et son autodétermination doit être prise au sérieux et l'offre doit poursuivre un but d'empowerment. Une approche participative et une communication d'égal-e à égal-e avec les personnes concernées est requise ici.
- La promotion des compétences en matière de santé doit tenir compte des compétences

sociales et de l'attitude personnelle qui permettent d'apporter et de solliciter de l'aide. On peut citer comme éléments centraux la capacité à exprimer clairement les attentes et besoins mutuels ou un changement de perception qui considère le fait de demander de l'aide en situation de difficulté non plus comme une faiblesse mais comme une force.

- Pour atteindre les personnes stigmatisées, qui s'abstiennent généralement de solliciter les offres de soutien classiques, il s'agit de privilégier toutes les mesures qui luttent contre les attitudes stigmatisantes et la discrimination, telles que les campagnes de sensibilisation à la discrimination des personnes de couleur ou de la communauté LGBTQI+. Les offres spécifiques aux groupes cibles stigmatisés, basées sur l'approche par les pair-e-s, s'avèrent particulièrement indiquées (p. ex. pour les personnes souffrant de troubles psychiques et les communautés migrantes).

Sources : Weber & Hösli (2020), Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021), Kessler (2022), Kruse (2017), Bühler et al. (2025), Zumbrunn et al. (2025)

Les infrastructures socioculturelles (p.ex. l'animation enfance et jeunesse en milieu ouvert ou les centres de quartier) apportent une contribution précieuse à la **promotion des ressources sociales dans une commune ou un quartier** (dans le sens d'une mesure à portée universelle). Elles offrent un lieu de rencontre et de participation ouvert à tou-te-s, s'occupent de la coordination des aides bénévoles et transmettent au besoin des offres d'aide concrètes. Les écoles qui ont développé et intégré des processus participatifs dans le quotidien scolaire revêtent une importance capitale pour la promotion de l'intégration sociale des enfants et des adolescent-e-s. Nous vous présentons ci-après des orientations importantes pour les mesures cantonales et communales. Vous y trouverez les éléments essentiels à la promotion ciblée des ressources sociales ainsi que quelques projets, en guise d'illustration. La liste ne prétend pas à l'exhaustivité. D'autres domaines de la politique assument la responsabilité d'une partie des projets. Dans sa [liste d'orientation](#), Promotion Santé Suisse recommande des projets qui peuvent être inclus dans les programmes d'action cantonaux.

3.1 Enfants et adolescent-e-s

Pour ce groupe d'âge, nous proposons cinq orientations possibles pour des mesures et projets de promotion des ressources sociales.

Encouragement précoce d'enfants issus de milieux socialement défavorisés incluant le soutien de leurs parents

Dans le domaine de l'encouragement précoce, il existe des programmes déjà établis dont l'efficacité est démontrée, tels que [petits:pas](#) ou [PAT – Apprendre avec les parents](#). D'une part, ils favorisent les enfants dans leur développement et, d'autre part, ils mettent en réseau des enfants et leurs parents au niveau local et favorisent leur intégration sociale. L'intégration et la mise en réseau sociale d'enfants de familles défavorisées s'effectuent également par les parents. Si ces derniers sont isolés socialement, cet isolement se répercute sur les enfants. Nous recommandons donc également des offres de mise en réseau et de renforcement des parents que l'isolement social guette, en raison d'un manque de ressources ou de contraintes élevées, comme par exemple [femmesTISCHE](#).

Éléments importants: les projets dans ce domaine devraient viser le renforcement des enfants et de leurs parents, la mise en réseau sur le lieu de vie et pendant les loisirs et rendre possible le soutien social mutuel.

Exemples de projets: offres au niveau du quartier et visites à domicile : [primano](#)

Soutien et accompagnement des familles dont un parent souffre de troubles psychiques

Outre les soins de professionnel-le-s, c'est la mise en réseau avec d'autres personnes touchées actuellement ou par le passé (approche de guérison) qui est au cœur de cette approche.

Les **éléments importants** sont notamment la mise à disposition d'un point de contact (p.ex. une plateforme en ligne) pour faciliter l'aide et les contacts ainsi que l'accompagnement de proximité par des bénévoles.

Exemples de projets: plateforme pour les enfants et adolescent-e-s dont un parent souffre d'addiction : [mamanboit.ch](#), [papaboit.ch](#); concept d'accompagnement pour les enfants qui doivent composer avec la fragilité psychique d'un parent : [Parcours ZigZag](#) développé par As'trame; projet de parrainage et plateforme : [Association Periparto](#); [informations pour les professionnel-le-s](#) de l'Institut Kinderseele Schweiz; informations pour les Young Carers sur les sites [ciao.ch](#) (FR), [www4.ti.ch/dss/dasf/campagne/giovani-familiari-curanti](#) (IT) et [feel-ok.ch](#) (DE)





Aide et décharge de familles monoparentales

Différentes offres destinées à conseiller et décharger les **familles monoparentales** existent au niveau national et régional, mais les offres de mise en réseau sont encore très peu nombreuses. Nous recommandons des offres incluant des rencontres régulières, ce qui encourage les contacts sociaux et le soutien social entre les membres du groupe. Les offres doivent être faciles d'accès et organisées et coordonnées de manière professionnelle (p.ex. [Zusammen essen – Zusammen sein](#)). Dans certaines villes et régions de Suisse, des associations proposent un soutien et des possibilités de contact aux parents élevant seuls leurs enfants (p.ex. dans le canton de Vaud: Association des familles monoparentales et recomposées, [AFMR](#) ou les groupes régionaux de l'Association suisse des mères et des pères élevant seuls leurs enfants, [FSFM](#)).

Éléments importants: on peut promouvoir les ressources sociales des familles monoparentales en leur donnant la possibilité de participer davantage à la vie sociale (p.ex. par le biais de manifestations culturelles ou sportives abordables). Il est égale-

ment important de promouvoir et de coordonner l'entraide ainsi que de renforcer les compétences personnelles et sociales des parents.

Exemples de projets: offres culturelles et de loisirs faciles d'accès et gratuites comme [MiniMove où les parents se retrouvent autour d'un café](#) et [Open Sunday](#) de la fondation [ideesport](#); mise en réseau locale de parents élevant seuls leurs enfants: [Zusammen essen – Zusammen sein](#), [AFMR](#), groupes régionaux [FSFM](#)

Promotion d'un bon climat en classe et d'une culture scolaire efficace contre l'exclusion et le mobbing des écolières et des écoliers

Le climat social dans une école est déterminant pour le bien-être et la santé psychique des enfants et des adolescent-e-s. Le corps enseignant, avec sa manière de diriger la classe et d'établir des relations avec les élèves, exerce une grande influence sur ce climat. Il existe des programmes visant à promouvoir un bon climat de classe, à prévenir le harcèlement ou à apprendre à le gérer efficacement qui ont été évalués et ont prouvé leur efficacité (Averdijk et al., 2015; Fabian et al., 2014). Vous

trouverez un bon aperçu des possibilités actuelles, une base de données avec des exemples de bonnes pratiques et une liste des services cantonaux et communaux sur la page de l'Institut suisse pour la prévention de la violence : www.sig-online.ch.

Éléments importants : il convient de mettre à disposition des ressources suffisantes pour permettre la mise en œuvre des programmes à long terme et il faut veiller à la participation et à l'intégration de tous les acteur-trice-s d'une école.

Exemples de projets : promotion de compétences de vie et d'une bonne ambiance dans les écoles : [MindMatters](#) ; [MoMento](#), [#standup – Initiative gegen Mobbing](#), [DENK-WEGE](#)

Développement de quartiers adaptés aux enfants par la conception participative du propre environnement comme un lieu de rencontre et d'empowerment

Il s'agit ici de prendre en compte les besoins des enfants et des adolescent-e-s dans la planification et le développement de la ville afin qu'ils/elles aient plaisir à bouger et à rester dans des lieux publics en toute sécurité. C'est une condition préalable importante à l'apparition de ressources sociales. Les espaces libres adaptés aux enfants et conçus en harmonie avec la nature sont particulièrement précieux pour leur développement et leur santé psychique. Assortis d'un minimum de règles, ils devraient offrir beaucoup d'espace pour des expériences sensorielles, des expérimentations, l'organisation autonome et l'autodétermination (citons p.ex. le projet [Participlace](#)).

Éléments importants : l'approche participative, qui permet l'empowerment des enfants et des adolescent-e-s ainsi que la création d'espaces libres et de lieux de jeu et de rencontre, est un critère important pour les programmes et les projets dans ce domaine.

Exemples de projets : projets de conception participative pour l'aménagement des espaces de jeu : [Spielraum.ch](#), [Participlace](#), [Directives pour les aires et les espaces de jeu](#) ; place à la participation et à la mise en réseau lors du travail (ouvert) pour les enfants et les adolescent-e-s : [Milchjugend](#) ; participation des enfants dans les communes : [Commune amie des enfants](#)

3.2 Personnes âgées

Pour les personnes âgées, nous distinguons quatre orientations principales dans la promotion des ressources sociales : deux s'adressent à des groupes vulnérables et deux contribuent à la promotion de la santé de la population âgée dans son ensemble, dans le sens de programmes à portée universelle. Il est en principe recommandé d'opter pour une approche basée sur les besoins de la population locale qui met en réseau les ressources disponibles sur place tout en incluant les groupes vulnérables. Une telle approche est décrite dans le guide de planification [Promotion de l'intégration sociale des personnes âgées dans les communes](#).

Intégration de personnes âgées touchées par la solitude

Cette orientation cible les personnes particulièrement vulnérables qui sont déjà isolées socialement. Elle inclut également les personnes qui risquent de souffrir de solitude en raison de la survenue d'un événement critique (p.ex. maladie, décès du/de la partenaire, problèmes de mobilité, déménagement). Les projets dans ce domaine doivent dans la mesure du possible

- contenir des éléments de proximité (p.ex. service de visites par des bénévoles, travail de quartier de proximité) ;
- proposer des offres de mise en réseau très faciles d'accès, c'est-à-dire accessibles à des personnes ayant des limitations fonctionnelles ;
- encourager les relations réciproques et être adaptés aux besoins individuels (groupes pour les personnes âgées, mais aussi manifestations intergénérationnelles et avec communauté d'intérêt).

Éléments importants : une attention particulière devrait être portée à un accès à bas seuil à l'offre. Les personnes de confiance des personnes isolées socialement (p.ex. professionnel-le-s de soins à domicile, services de visite et d'accompagnement, médecins de famille, accompagnant-e-s spirituel-le-s ou même coiffeur-euse-s) peuvent éventuellement établir un premier contact. Il est important de sensibiliser et d'offrir les instruments nécessaires aux collaborateur-trice-s des services à domicile. Ils/elles sont régulièrement en contact avec les personnes concernées et sont souvent leur principal



interlocuteur-trice. En outre, une bonne mise en réseau de tous les services et institutions dans le domaine de la «vieillesse et de la santé» est précieuse.

Exemples de projets: coordination de services d'accompagnement: [Pro Senectute](#), [CRS](#); soutien à l'organisation de repas communautaires mis en œuvre en autonomie: [Tavolata](#); intermédiation et premiers contacts avec des groupes d'entraide: [Info-Entraide Suisse](#), [Alzheimer Suisse](#), [Self-help friendly hospitals](#); formation pour multiplicateur-trice-s «La solitude et l'intégration sociale des personnes âgées»; offres de mise en réseau et de soutien de [queerAltern](#); offres à bas seuil pour encourager les contacts dans la vie quotidienne: [Plauderkasse](#), [malreden](#)

Renforcement des ressources des personnes âgées qui s'occupent de proches

Les offres visant à décharger et à soutenir les proches aidant-e-s ont été peu utilisées jusqu'ici (manque d'accessibilité, notoriété, etc.). La CRS a développé une [plateforme d'information](#) qui recense les possibilités d'aide par région et les rend accessibles. L'objectif est de prévenir la surcharge, l'épuisement et l'isolement social qui touchent souvent les proches aidant-e-s (voir brochure [Promotion de la santé psychique des proches aidant-e-s de personnes](#)

[âgées](#)). Pour ce faire, il est nécessaire d'organiser des entretiens de conseil et d'aide avec et sans rendez-vous, y compris par téléphone. Il est également nécessaire d'avoir des possibilités d'échange avec d'autres personnes concernées, à la manière d'un groupe d'entraide (p.ex. [Espace Proches](#) de la ville de Lausanne avec des informations, un soutien et des conseils, et un «café des proches»).

Éléments importants: dans le cadre des projets et des programmes dans ce domaine, il faut veiller à ce que l'offre corresponde aux ressources du groupe cible, qui sont généralement limitées au niveau temporel et parfois aussi financier, qu'elle s'adapte aux besoins et possibilités du groupe cible de manière flexible et offre des possibilités de mise en réseau et d'échange entre personnes concernées et que, dans le même temps, elle propose ou présente des options de prise en charge alternative ou de soins pour le/la proche.

Exemples de projets: décharge et mise en réseau de proches aidant-e-s [CRS](#), [Pro Senectute](#), [Alzheimer Suisse](#), [Daheim statt Heim](#); cours pour améliorer les compétences et mettre en réseau les proches qui s'occupent et prennent soin de personnes atteintes de démence: [AEMMA](#); centre, point de contact et lieu de rencontre pour les proches aidant-e-s à Lausanne: [Espace Proches](#)

Aide de voisinage et coordination des volontaires

Les projets qui encouragent les rencontres de proximité et l'aide de voisinage sont très précieux, en particulier dans les villes où la proportion de personnes vivant seules est élevée.

La **promotion du bénévolat** aide à créer du sens et à intégrer des personnes âgées actives ainsi qu'à apporter du soutien à des groupes particulièrement vulnérables. Certains de ces programmes reposent sur la réciprocité. C'est le cas notamment du [projet KISS](#), dans le cadre duquel des volontaires accompagnent des personnes âgées, le temps ainsi investi leur étant crédité sur un «4^e pilier» dont ils/elles pourront faire bon usage ultérieurement.

Éléments importants : dans ce domaine, il existe de nombreux exemples de projets qui fonctionnent bien. La coordination et l'organisation de l'aide de voisinage peuvent s'effectuer par l'intermédiaire d'insti-

tutions ancrées à l'échelle locale (p.ex. services de gestion de quartiers, centres communautaires) et d'une plateforme en ligne, sachant qu'un accès à Internet doit être garanti aux personnes qui n'en ont pas. Ce qui est essentiel, c'est de rendre possible le donner et recevoir et les contacts sociaux au sein de la communauté.

Exemples de projets : informations de base pour renforcer le bénévolat: projet [geben&annehmen!](#), notamment ses conseils pour faciliter [l'acceptation d'une aide bénévole](#); plateformes pour l'aide de voisinage au niveau du quartier: [Nachbarschaftshilfe Zürich](#), [Nachbarschaft Bern](#), [vicino Luzern](#), autres sous «Projets de développement participatif de communes, de quartiers ou de zones d'habitation» ([page 21](#)); accompagnement et prise en charge de personnes âgées avec crédit de temps: [Fondation KISS](#), [Drehscheibe Nidwalden](#)





Projets de développement participatif de communes, de quartiers ou de zones d'habitation

La conception d'un environnement dans lequel les personnes âgées peuvent vivre et se déplacer a une incidence sur leur capacité à rencontrer d'autres personnes et à entretenir des contacts sociaux, et au final aussi sur le laps de temps durant lequel elles peuvent être autonomes chez elles. Les événements participatifs ou tout autre approche participative, telles que les **visites de quartier** participatives sont autant de possibilités d'aménagement participatif de la ville. Dans la ville de Schaffhouse, cela s'est fait dans le cadre du projet [Quartierspaziergang mit Wirkung – Betroffene und Akteure gemeinsam unterwegs](#). Dans le canton de Vaud, un programme a été réalisé avec [Quartiers Solidaires](#), qui permet la mise en réseau et la participation d'habitant-e-s âgé-e-s du quartier. Il fonctionne sous la forme de manifestations de groupe, mais aussi de visites à domicile pour établir un « diagnostic » du quartier du point de vue de la population âgée. Un point de rencontre où les activités peuvent se dérouler et qui offre une visibilité au programme est mis à disposition dans le quartier.

Éléments importants: pour promouvoir les ressources sociales dans l'environnement de vie des personnes âgées, ces projets de développement participatif de quartier doivent, d'une part, permettre la conception effective de son propre environnement et, d'autre part, donner aux participant-e-s l'occasion d'avoir des échanges sociaux et de se créer un réseau social. Il est également important que la participation soit ouverte aux personnes à mobilité réduite ou ayant d'autres limitations fonctionnelles.

Exemples de projets: projets participatifs dans les communes: [ReliÂges](#), [Lokal vernetzt älter werden](#); développement du quartier et mise en réseau de la population âgée: [Quartiers Solidaires](#), [Altersfreundliches Frauenfeld: programme AWIQ «Älterwerden im Quartier»](#); créer une communauté de soutien: [Caring Communities](#)

4 Bibliographie

- Abi-Jaoude, E., Treurnicht Naylor, K. & Pignatiello, A. (2020). Smartphones, social media use and youth mental health. *Canadian Medical Association Journal*, 192(6), E136–E141. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190434>
- Averdijk, M., Eisner, M., Luciano, E. C., Veldebenito, S. & Obsuth, I. (2015). *Prévention de la violence. État actuel du savoir sur l'efficacité des approches*. (jeunesetviolence.ch). Office fédéral des assurances sociales.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Obsan Dossier 27, p. 88. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Badura, P., Eriksson, C., García-Moya, I., Löfstedt, P., Melkumova, M., Sotiroska, K., Wilson, M., Brown, J. & Inchley, J. (2024). *A focus on adolescent social contexts in Europe, central Asia and Canada*. HBSO, vol. 7. World Health Organization.
- Balsiger, N. & Delgrande Jordan, M. (2025). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von 11-, 13- und 15-jährigen Jugendlichen im Jahr 2022 und Entwicklung über die Zeit: Die Schweiz im internationalen Vergleich*. Sucht Schweiz. <https://doi.org/10.58758/rech176>
- Benakovic, R., Liddle, S., Scurrah, K., Tsindos, G., Reynolds, K. & King, K. (2025). Exploring the Influence of Masculine Norms on Suicidal Ideation and Help-Seeking Behavior: Findings From a Longitudinal Cohort Study of Australian Men. *Crisis*, 46(1), 7–16. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000976>
- Bigler, C., Pita, Y. & Amacker, M. (2024). *Psychische Gesundheit von jungen Frauen*. Mandat für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung (IZFG) der Universität Bern.
- Boden-Stuart, Z. (with Larkin, M.) (2024). *Relationships and Mental Health: Relational Experience in Distress and Recovery* (1st ed). Springer International Publishing AG.
- Brunner, S. (2016). Santé psychique dans la petite enfance (âge préscolaire). In M. Blaser & F. T. Amstad (éd.), *La santé psychique au cours de la vie*. Rapport 6. Promotion Santé Suisse.
- Bühler, S., Fabian, C., Käser, N., Zumbunn, A., Kühr, J., Arbel, A., Zürcher, K., Csupor, I. & Bachmann, N. (2025). *Capsule vidéo «La santé commence par la participation»*. Consultée le 19.01.2026, sur <https://www.hetsl.ch/laress/catalogue-des-recherches/detail/recherche/capsules-video-sur-la-promotion-de-legalite-des-chances-en-matiere-de-sante>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (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*, 25(2), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0017216>
- Eisenberger, N. I. (2015). Social Pain and the Brain: Controversies, Questions, and Where to Go from Here. *Annual Review of Psychology*, 66(1), 601–629. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115146>
- Fabian, C., Käser, N., Klöti, T. & Bachmann, N. (2014). *Leitfaden. Good-Practice-Kriterien Prävention von Jugendgewalt in Familie, Schule und Sozialraum*. (jugendundgewalt.ch). Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Gerber, M.-L. & Hungerbühler, H. (2018). *Lebenssituation und Bedürfnisse der älteren tamilischen Migrationsbevölkerung in der Schweiz*. Schweizerisches Rotes Kreuz, Departement Gesundheit und Integration. Abgerufen am 19.01.2026 von <https://www.migesplus.ch/publikationen/aeltere-tamilinnen-tamilen>
- Gianola, G. (2025). *Monitoring des ressources en santé psychique 2025*. Feuille d'information 124. Promotion Santé Suisse.
- Goldberg, A. E. & Frost, R. L. (2025). "Saying 'I'm not okay' is extremely risky": Postpartum mental health, delayed help-seeking, and fears of the child welfare system among queer parents. *Family Process*, 64(1), e13032. <https://doi.org/10.1111/famp.13032>

- Gurny, R., Cassée, K., Gavez, S., Los, B. & Albermann, K. (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie*. Hochschule für Soziale Arbeit Zürich.
- Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I. & Sottas, B. (2015). *Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen*. Obsan Dossier 46. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hong, J. H., Nakamura, J. S., Berkman, L. F., Chen, F. S., Shiba, K., Chen, Y., Kim, E. S. & VanderWeele, T. J. (2023). Are loneliness and social isolation equal threats to health and well-being? An outcome-wide longitudinal approach. *SSM – Population Health*, 23, 101459. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2023.101459>
- Hugentobler, V., Seifert, A., Höpflinger, F. & Age-Stiftung (Eds). (2024). *Wohnen und Nachbarschaft im Alter*. Seismo.
- Huxhold, O., Miche, M. & Schüz, B. (2014). Benefits of Having Friends in Older Ages: Differential Effects of Informal Social Activities on Well-Being in Middle-Aged and Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(3), 366–375. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt029>
- Inglis, S., Hornung, R. & Bergstraesser, E. (2011). Palliative care for children and adolescents in Switzerland: A needs analysis across three diagnostic groups. *European Journal of Pediatrics*, 170(8), 1031–1038. MEDLINE®. <https://doi.org/10.1007/s00431-011-1398-5>
- Jäggi, J., Höglinger, D., Lätsch, D. & Jud, A. (2025). *La santé mentale dans le contexte social. Rapport national sur la santé 2025*. Obsan.
- Kessler, C. (2022). *Wie lässt sich die Annahme von Unterstützung im Alter fördern? Eine Analyse für die Zielgruppen der älteren Menschen und betreuenden Angehörigen*. Arbeitsdokument zuhanden von Gesundheitsförderung Schweiz basierend auf Erfahrungsberichten in verschiedenen Austausch-Anlässen in den Jahren 2020/21 und ausgewählten Studien und Berichten.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021). *Kriterien für gute Praxis der sozial-lagenbezogenen Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 19.01.2026 von https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Good_Practice/21-08-30_Broschuere_Good_Practice-Kriterien_neu_barrierefrei_01.pdf
- Köster, F. & Lipps, O. (2024). How loneliness increased among different age groups during COVID-19: A longitudinal analysis. *European Journal of Ageing*, 21(1), 2. <https://doi.org/10.1007/s10433-023-00798-3>
- Kruse, A. (2017). *Lebensphase hohes Alter: Verletzlichkeit und Reife*. Springer.
- Leu, A., Frech, M. & Jung, C. (2018). Young carers and young adult carers in Switzerland: Caring roles, ways into care and the meaning of communication. *Health & Social Care in the Community*, 26(6), 925–934. <https://doi.org/10.1111/hsc.12622>
- Mahalik, J. R. & Di Bianca, M. (2021). Help-seeking for depression as a stigmatized threat to masculinity. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(2), 146–155. <https://doi.org/10.1037/pro0000365>
- Mazi, H., Makowsky, K., Parchow, A. & Rademaker, A. L. (2024). Inanspruchnahme Früher Hilfen durch suchterkrankte Schwangere und Mütter. *Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung* 20(4), 10–12.
- McDermott, R. C., Smith, P. N., Borgogna, N., Booth, N., Granato, S. & Sevig, T. D. (2018). College students' conformity to masculine role norms and help-seeking intentions for suicidal thoughts. *Psychology of Men & Masculinity*, 19(3), 340–351. <https://doi.org/10.1037/men0000107>
- Office fédéral de la statistique OFS. Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC). Consulté le 19.01.2026, sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/enquetes/silc.html>
- Office fédéral de la statistique OFS. *Tableaux ESS22*. Consulté le 19.01.2026, sur <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb/resultats-publications.html>
- Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022*. Obsan Bericht 02/2023. Obsan.

- Rosenbrock, R. & Hartung, S. (Eds) (2012). *Handbuch Partizipation und Gesundheit* (1. Auflage). Verlag Hans Huber.
- Stettler, P., Bischof, S. & Bannwart, L. (2018). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009. Schlussbericht*. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit BAG, Direktionsbereich Gesundheitspolitik. Büro BASS.
- VanAntwerp, J., Lawson, K., Diaz, A., Tatum, A. & Salinas-Quiroz, F. (2025). Parental Burnout in LGBTQ+ Parents: Examining the Role of Sexual Minority Stress. *LGBTQ+ Family: An Interdisciplinary Journal*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/27703371.2025.2453165>
- Vogel, E. A., Rose, J. P., Okdie, B. M., Eckles, K., & Franz, B. (2015). Who compares and despairs? The effect of social comparison orientation on social media use and its outcomes. *Personality and Individual Differences*, 86, 249–256. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.06.026>
- Wahring, I. V., Simpson, J. A. & Van Lange, P. A. M. (2024). Romantic Relationships Matter More to Men than to Women. *Behavioral and Brain Sciences*, 1–64. <https://doi.org/10.1017/S0140525X24001365>
- Waldinger, R. J. & Schulz, M. S. (2010). What's love got to do with it? Social functioning, perceived health, and daily happiness in married octogenarians. *Psychology and Aging*, 25(2), 422–431. <https://doi.org/10.1037/a0019087>
- Waller, G., Bernath, J. & Hengarter, M. P. (2025). *Médias numériques : chances et risques pour la santé. Rapport national sur la santé 2025*. Obsan.
- Walters, K., Iliffe, S. & Orrell, M. (2001). An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs. *Family Practice*, 18(3), 277–282. <https://doi.org/10.1093/fampra/18.3.277>
- Weber, D. & Hösli, S. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention. Approches éprouvées et critères de réussite*. OFSP, PSCH, CDS.
- Zumbrunn, A., Sephania, S., Bachmann, N., Bühler, S., Kühr, J., Arbel, A., Zürcher, K. & Csupor, I. (2025). *Capsule vidéo «Faciliter l'accès»*. Consultée le 19.01.2026, sur <https://www.hetsl.ch/laress/catalogue-des-recherches/detail/recherche/capsules-video-sur-la-promotion-de-legalite-des-chances-en-matiere-de-sante>