

**Comment développer la promotion de la santé dans les
projets de cohésion sociale ?**

Recommandations de bonnes pratiques

**M. Morsa
A. Leroy
D. Doumont**

A la demande de la Direction Générale de la Santé

**Décembre 2014
Réf. : 14 - 72**

Série de dossiers techniques



**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Fédération Wallonie-Bruxelles**

Table des matières

Introduction	2
1. Méthodologie	3
2. Les Plans de cohésion sociale en Fédération Wallonie-Bruxelles	3
2.1. L'origine des Plans de cohésion sociale	4
2.2. La place de la santé au sein des Plans de cohésion sociale en Fédération Wallonie- Bruxelles	5
3. Les concepts de cohésion sociale en place dans la promotion de la santé	6
3.1. Définition des concepts.....	6
3.2. Les modèles de participation communautaire	7
3.3. Exemples d'initiatives en matière de santé.....	10
4. Les effets de la cohésion sociale sur la santé	13
5. Comment favoriser la cohésion sociale ?	14
6. L'évaluation de la cohésion sociale, en lien avec la promotion de la santé	15
Conclusion	16
Bibliographie	18

Comment développer la promotion de la santé dans les projets de cohésion sociale ? Recommandations de bonnes pratiques

Introduction

La promotion de la santé et la cohésion sociale sont pleinement liées, puisqu'elles sont, si l'on s'en tient à leur définition, en quelque sorte *interdépendantes*. L'une a besoin de l'autre pour fonctionner pleinement.

La **promotion de la santé** est définie comme « *un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* » (Charte d'Ottawa, 1986). L'une de ses stratégies d'action est de « **renforcer l'action communautaire** », en sollicitant notamment la participation de la communauté à la détermination des priorités, à la planification et aux prises de décisions dans le domaine de la santé (Van Steenberghe & St-Amand, 2006). En d'autres mots, et en simplifiant quelque peu : renforcer la cohésion sociale.

La **cohésion sociale** consiste en « *un ensemble des processus sociaux qui contribuent à assurer à tous les individus ou groupe d'individus, quelle que soit leur origine nationale ou ethnique, leur appartenance culturelle, religieuse ou philosophique, leur statut social, leur niveau socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle ou leur santé, l'égalité des chances et des conditions, le bien-être économique, social et culturel, afin de permettre à chacun de participer activement à la société et d'y être reconnu* » (CRAcs, 2014). L'un des objectifs majeurs des plans de cohésion sociale en œuvre est notamment l'**accès à la santé et le traitement des assuétudes** (Rapport d'activités, 2013). Dans ce cadre, l'accès à la santé est donc directement atteint par l'action communautaire. Ce qui implique dès lors de la promotion de la santé.

La promotion de la santé comprend donc de la cohésion sociale et la cohésion sociale comprend de la promotion de la santé. Ces deux processus sont ainsi indispensables l'un à l'autre.

¹ L'analyse des publications a été réalisée par D. Doumont, C. Feulien, N. Honoré, N. Mahieu, M. Morsa et S. Roussel.

Mais il s'agit également de deux notions multiples, aux frontières parfois floues et à l'enchevêtrement complexe qu'il convient de cerner précisément pour en mesurer l'action et les potentialités. Des plans de cohésion sociale ont en outre été introduits en Belgique, en Région Bruxelles-Capitale et en Région Wallonne, depuis une dizaine d'années. Ce dossier technique vise à les présenter dans le but de comprendre le contexte dans lequel ils s'inscrivent. Cependant peu d'informations et de données sont disponibles sur leur impact et leurs bénéfices éventuels auprès de la population, dans une perspective de santé. Il est dès lors impératif de mettre à plat la conception de la cohésion sociale en lien avec la promotion de la santé, et d'établir rigoureusement la manière dont elle agit, avec quels effets, quels moyens et comment l'évaluer.

La réponse à ces questions, et une compréhension globale des mécanismes en jeu dans la cohésion sociale en lien avec la promotion de la santé, pourraient permettre de mieux faire interagir ces deux processus dans le but de maintenir et/ou d'améliorer l'état de santé des individus et populations.

1. Méthodologie

Une recherche bibliographique sur les bases de données suivantes a été menée : Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), ScienceDirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science), MedLine (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux), PsycINFO (base de données proposée par l'American Psychological Association – APA - et qui contient des publications issues du domaine des sciences comportementales et de la santé mentale), Cairn (portail de maisons d'édition dans le champ des sciences humaines), Google Scholar (moteur de recherche de documentation scientifique internationale).

Différents mots-clés ont été utilisés : Cohésion sociale, Promotion de la santé, Action communautaire, Empowerment, Health Cities, Participation communautaire. Certains sites internet, thèses, mémoires et livres ont également été consultés. La date du document, son accessibilité, sa pertinence et son degré de réponse par rapport à la question de recherche et enfin la langue (articles rédigés en langue française ou anglaise) ont conditionné le choix des articles retenus.

Sur base de ces différents critères, une vingtaine de documents a été retenue.

2. Les Plans de cohésion sociale en Fédération Wallonie-Bruxelles

En Belgique, et en Fédération Wallonie-Bruxelles plus particulièrement, la cohésion sociale a été mise en œuvre au travers de deux plans distincts, correspondant aux deux régions sur

lesquelles s'étendent les actions de la Fédération Wallonie-Bruxelles : la Région Wallonne et la Région Bruxelles-Capitale.

En **Région Wallonne**, le Décret relatif au Plan de Cohésion sociale (PCS) dans les villes et communes de Wallonie a été adopté le 6 novembre 2008. Il faisait suite au Plan de prévention et de proximité, et initiait un ensemble d'actions du 1^{er} avril 2009 au 31 décembre 2013 dans 140 villes et communes de la Région. Une nouvelle programmation 2014-2019 des Plans de cohésion sociale a été approuvée par le Gouvernement Wallon, permettant à 181 villes et communes de développer un Plan transversal sur leur territoire (Martinez et al., 2013).

En **Région Bruxelles-Capitale**, la Commission communautaire française de la Région Bruxelles-Capitale (Cocof) s'est doté d'un décret organisant le soutien dans le cadre de la politique de Cohésion sociale le 1^{er} janvier 2006. Le dernier Plan en œuvre est celui s'étendant sur la période 2011-2015 (CRAcs, 2014).

2.1. L'origine des Plans de cohésion sociale

Les Plans de cohésion sociale sont basés sur la solidarité et la promotion de l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux. Ils trouvent leur origine dans les travaux menés au niveau du **Comité européen pour la Cohésion sociale** (CDCS), créé en 1998, au niveau du **Conseil de l'Europe** à travers sa Stratégie pour la Cohésion sociale adoptée en 2000, et révisée en 2004 et 2010.

Le Conseil de l'Europe met en avant la nécessité d'inclure **deux types d'approches simultanées** dans les Plans de cohésions sociales. Premièrement, une **approche ascendante**, qui vise le dialogue, la construction d'une vision pour l'avenir et le partage de la responsabilité sociale pour le bien-être de tous au niveau local, régional, national et européens, avec les citoyens, et qui permet de revisiter les politiques publiques à la lumière de la parole des citoyens. Deuxièmement, **une approche descendante**, qui part des politiques nationales et européennes pour proposer leur adaptation aux différentes échelles territoriales (Martinez et al., 2013).

Trois concepts fondateurs soutiennent en outre les actions de cohésion sociale (Martinez et al., 2013) :

1) La transversalité

Chaque problématique doit être envisagée dans sa globalité, avec l'apport de réponses concertées et coordonnées entre elles. C'est donc un processus, un mode de collaboration, et ainsi un moyen d'action.

2) La participation citoyenne

La construction d'une réponse collective à une question particulière est privilégiée. Les citoyens deviennent donc impliqués dans les projets en cours, et non plus seulement des objets d'attention.

3) La coresponsabilité

La démocratie collaborative sur un territoire de proximité (le territoire communal) est mise en avant. Des engagements mutuels sont pris par les citoyens et les institutions, qui doivent être en mesure de rendre compte des conséquences de leurs actions ou omissions. Cela implique une évaluation participative des besoins réels de la population.

2.2. La place de la santé au sein des Plans de cohésion sociale en Fédération Wallonie-Bruxelles

En Wallonie, les actions du Plan de cohésion social se coordonnent au sein de quatre axes : l'insertion socioprofessionnelle, l'accès à un logement décent, **l'accès à la santé et le traitement des assuétudes**, le retissage des liens sociaux, intergénérationnels et interculturels (SAW-B, 2014). En Région Bruxelles-Capitale, trois thématiques prioritaires ont été fixés par le Collège de la COCOF : le soutien et l'accompagnement scolaire, l'alphabétisation et l'apprentissage du français pour adultes peu ou non scolarisés, et l'accueil et l'accompagnement des primo-arrivants.

La santé est donc une matière parmi d'autres de la cohésion sociale, et n'est pas forcément celle la plus mise en avant ou développée au sein des actions. Le rapport d'activité du Plan de cohésion sociale en Wallonie montre notamment que **18% des actions ont concerné l'axe « accès à la santé et traitement des assuétudes »**, tandis qu'en Région Bruxelles-Capitale, la santé n'est pas reprise dans les thématiques prioritaires. La promotion de la santé, en tant que telle et de façon spécifique, n'est en outre jamais mentionnée – à notre connaissance – dans les Plans de cohésion sociale en Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les actions de promotion de la santé bénéficient pourtant directement des démarches de cohésion sociales. Si peu d'informations sont disponibles sur la question concernant les actions en Fédération Wallonie-Bruxelles, la revue de la littérature montre que d'autres pays ont mis l'accent sur le renforcement de l'action communautaire en promotion de la santé. Il faut en revanche noter que les termes de « cohésion sociale » ne sont pas partout repris en tant que tels dans les textes ou initiatives issus de l'étranger, et ont été jugés équivalents ou proches de termes comme « participation communautaire », « empowerment des populations », « villes saines », etc. dans le cadre du présent dossier technique. Ces concepts recouvrent en effet les mêmes domaines d'action que la cohésion sociale.

3. Les concepts de cohésion sociale en place dans la promotion de la santé

Le Conseil de l'Europe (2010) définit la cohésion sociale comme : « *la capacité d'une société à assurer le bien-être de tous ses membres, en réduisant les disparités au minimum et en évitant la marginalisation, à gérer les différences et les divisions, et à se donner les moyens d'assurer la protection sociale de l'ensemble de ses membres* ». Il en établit également les caractéristiques essentielles, lesquelles inclut : allégeances et solidarités partagées, solidité des relations sociales et des valeurs communes, sentiment d'identité commune et sentiment d'appartenance à la même communauté, confiance entre les membres, et réduction des écarts, des inégalités et de l'exclusion sociale.

Telle que proposée par le Conseil de l'Europe, la cohésion sociale est donc marquée par deux points majeurs : l'idée de communauté d'une part, et la réduction des inégalités² – soit une attention particulière aux communautés vulnérables – d'autre part. Ces éléments sont repris dans la littérature scientifique, dans laquelle on retrouve toutefois d'autres concepts relatifs ou proches de la cohésion sociale.

3.1. Définition des concepts

Depuis les années quatre-vingts, et la Charte d'Ottawa, l'action communautaire est devenue l'un des piliers centraux de la promotion de la santé. La tendance s'est confirmée dans les années nonante avec la Déclaration de Jakarta (OMS, 1997), qui fixe les orientations de la promotion de la santé pour le début du XXI siècle, et dans laquelle la participation communautaire et l'empowerment des individus sont désignés comme prioritaires. Il s'agit de deux concepts qui renvoient à la cohésion sociale, définis comme tels:

- **Participation communautaire** : c'est le processus par lequel les individus sont capables de devenir activement et réellement impliqués dans la définition des questions qui les concernent, en élaborant des décisions à propos des facteurs qui affectent leur vie, en formulant et implémentant des politiques, en planifiant, développant et fournissant des services et en effectuant des actions qui permettent le changement (Bloch et al., 2014 ; WHO, 2002, cité dans Heritage & Dooris, 2009). C'est une implication active dans les activités qui sont intrinsèquement sociales. L'aspect d'interaction avec les autres membres de la communauté est ainsi primordial (Chang et al., 2013). La participation communautaire, dans le cadre de la promotion de la santé, est donc un processus par lequel les individus définissent eux-mêmes leurs priorités en matière d'action et participent à leur mise en œuvre via des actions construites socialement.

² Voir les dossiers techniques 61 et 62 (Doumont & Feulien, 2010), pour une revue critique des fondements et concepts théoriques, et des initiatives, en promotion de la santé pour une réduction des inégalités sociales.

La **communauté** est en outre définie comme un groupe d'individus qui partagent un intérêt, un quartier ou un ensemble commun de circonstances. Ces individus peuvent, ou non, être des membres reconnus d'une communauté particulière (Dooris & Heritage, 2011).

- **L'empowerment communautaire** : c'est le processus par lequel des individus relativement impuissants travaillent ensemble pour augmenter leur contrôle des événements qui déterminent leur existence et leur santé (Laverack, 2006, p. 113). Il implique que ceux qui ont le pouvoir (les professionnels de la santé) et ceux qui ne l'ont pas (les clients) doivent coopérer pour créer les conditions nécessaires afin de rendre l'empowerment possible. Cela peut être fait en permettant des actions sociales qui traitent des conditions sociales, économiques et structurelles sous-jacentes qui ont un impact sur la santé (Heritage & Dooris, 2009). L'empowerment communautaire est donc un processus qui donne plus de pouvoirs aux individus (sur leur santé dans ce cas-ci), via notamment des démarches organisationnelles, sociales ou politiques.

La participation communautaire et les stratégies d'empowerment doivent en outre être développées de façon cohérente et à différents niveaux pour être utiles. Heritage et Dooris, (2009) insistent en outre sur le fait qu'elles **ont besoin d'inclure** tout particulièrement : **(1)** du soutien au développement communautaire et au renforcement des capacités au niveau de base ; **(2)** l'établissement et le renforcement des réseaux et des infrastructures pour les communautés et les professionnels qui travaillent à rendre possible la participation ; **(3)** et un engagement à mettre en œuvre le développement organisationnel, à assurer les actions de base pour une participation qui alimente et influence le courant dominant.

Ces deux concepts renvoient largement au concept de cohésion sociale, en insistant sur le rôle de la communauté dans la définition de ses besoins et dans son implication aux démarches (de santé) en œuvre. La notion de collaboration entre les différentes parties prenantes de la communauté est également avancée, ainsi que la nécessité que chaque membre puisse avoir les capacités de prendre des décisions et d'agir (pour sa santé).

Le concept de **gouvernance local** est aussi mis en exergue dans la littérature. Il renvoie au processus de participation aux politiques publiques à travers une influence et un pouvoir plus grand accordés aux communautés locales (Barten et al., 2007). Il s'agit en outre d'un concept très similaire à ceux de la participation communautaire et de l'empowerment, puisque l'accent est mis sur le renforcement du pouvoir d'une communauté à un niveau d'action local.

3.2. Les modèles de participation communautaire

Le développement d'une approche cohérente et stratégique requiert en outre que certaines conditions soient remplies comme l'engagement des membres de la communauté, leur niveau de compréhension, leurs capacités et les ressources disponibles. Ces conditions peuvent

modifier le **niveau de participation communautaire** selon leur présence, ou non, ou leur intensité.

L'échelle (Figure 1) développé par Brager & Specht (1973) et adapté par Dooris & Heritage (2011) permet de situer le niveau de participation communautaire. Il s'agit d'une **échelle** en 7 points, qui doit être lue comme un continuum allant du niveau le plus haut de participation communautaire (couleur foncée) au niveau le plus bas de participation communautaire (couleur claire). Des exemples sont fournis pour chaque catégorie d'échelle, mettant en scène une organisation x qui cherche à mettre en place un plan, et qui donne plus ou moins de « pouvoir » à la communauté.

Niveau de participation communautaire	Les individus	Exemples
Haut	Ont le contrôle	L'organisation demande à la communauté d'identifier le problème et de fournir les décisions clés sur les buts et les moyens. Elle est prête à aider la communauté à chaque étape dans l'accomplissement des objectifs.
	Ont une autorité déléguée	L'organisation identifie et présente un problème à la communauté. Elle définit les limites et demande à la communauté de prendre une série de décisions qui seront reprises dans un plan qui devra être accepté.
	Planifient conjointement	L'organisation présente une ébauche de plan susceptible de changer et ouvre les modifications à ceux qui en sont affectés. Elle attend des changements au moins minimes qui peuvent être éventuellement plus conséquent
	Conseillent	L'organisation présente un plan et invite à formuler des questions. Elle est prête à changer le plan uniquement si cela est absolument nécessaire.
	Sont consultés	L'organisation tente de promouvoir un plan. Elle cherche à développer un support pour faciliter l'acceptation de telle sorte que la compliance administrative peut être attendue.
Faible	Reçoivent des informations	L'organisation fait un plan et l'annonce. La communauté est convoquée dans un but informationnel. La compliance est attendue.
	Rien	La communauté n'a rien à dire.

Figure 1 : L'échelle de participation communautaire (Dooris & Heritage, 2011)

Cette échelle est donc utile pour situer le niveau de participation communautaire sur un baromètre, ce qui permet d'identifier le chemin qu'il reste à parcourir pour parvenir à une situation optimale et/ou d'identifier le chemin déjà parcouru dans la poursuite d'une situation optimale. Elle fournit donc des **indicateurs** du niveau de participation communautaire.

L'atteinte du niveau le plus élevé de collaboration n'est cependant pas toujours possible. Le contexte politique, social, économique ou organisationnel peut favoriser ou au contraire freiner la cohésion sociale. C'est pourquoi Davidson (1998, cité dans Dooris et Heritage, 2011) propose un modèle non-linéaire, qui met de côté la logique hiérarchique, et qui distingue les objectifs et techniques pour parvenir à la participation communautaire en **quatre catégories** : l'information, la consultation, la participation et l'empowerment. Le modèle est présenté sous forme de cercle (cf figure 2 ci-dessous). **L'information** peut être une communication minimale, une information limitée, ou une information de haute-qualité ; **la consultation** peut être une consultation limitée, un service à la clientèle ou une consultation authentique ; **la participation** peut être sous forme d'une décentralisation limitée de la prise de décision, d'un partenariat, ou d'un organe consultatif efficace ; et **l'empowerment** peut être sous la forme d'un contrôle délégué, d'un contrôle indépendant ou d'un contrôle confié.

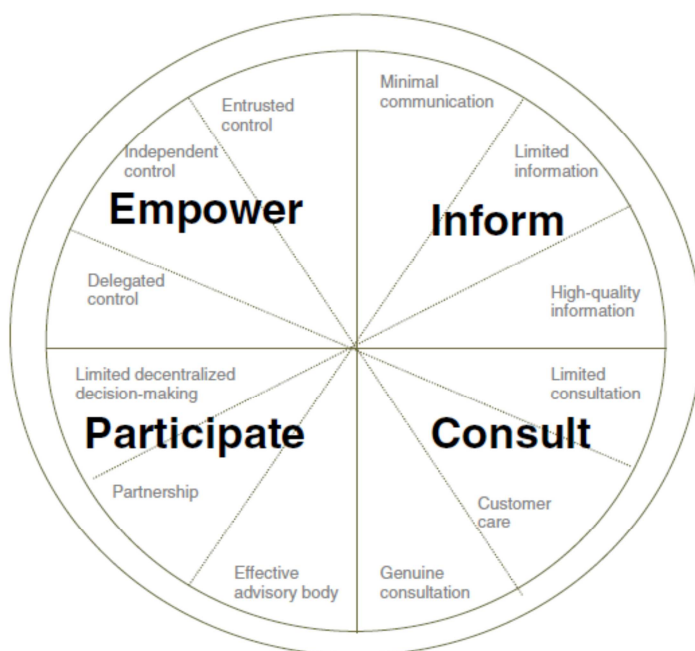


Figure 2 : Modèle de participation de Davidson, 1998 (cité dans Dooris et Heritage, 2011).

Ce modèle permet donc également de situer le niveau de participation communautaire, mais non plus sous forme hiérarchisée.

La compréhension de ces deux modèles est importante car c'est à travers eux, ou de modèles semblables, que peuvent être évalués la cohésion sociale et ses effets sur la santé, dans la

littérature scientifique. Leur présentation a permis d'identifier des indicateurs potentiels de cohésion sociale.

3.3. Exemples d'initiatives en matière de santé

Les initiatives basées sur l'action et la participation communautaire sont multiples, mais peu ont fait l'objet d'une évaluation des processus à ce jour. Deux types de démarches, aux processus validés, sont présentés dans un souci de montrer des « exemples » de ce qu'il est possible de faire. Ils ne doivent toutefois pas être lus comme un cadre rigide d'actions à conduire, les initiatives locales étant, par définition, déterminées par les besoins et les moyens locaux.

En France, les **ateliers de santé en ville** (ASV) constituent une démarche locale de santé jugée pertinente. Ils ont été mis en place au cours de l'année 2000. Les missions des ASV sont « *d'identifier, au niveau local, les besoins spécifiques des populations en situation de vulnérabilité et leurs déterminants : habitat, logement, emploi éducation, ressources ; de coordonner les différents acteurs : création et renforcement des réseaux médico-sociaux de proximité, établissements de santé, centre de santé, santé scolaire, etc. ; d'intervenir suivant l'analyse des besoins par site (élaboration de projets) ; de rendre effectif l'accès aux services sanitaires et sociaux de droits commun ; de favoriser la **participation active de la population à toutes les phases du programme**, ainsi que la concertation avec les professionnels et les institutions qui interviennent dans ce domaine* » (Molas Gali, 2014, p.47). La démarche est donc centrée sur la population locale via l'identification de ses besoins spécifiques et son implication dans les actions menées. Des coordinateurs ont en outre pour fonction d'établir un plan local en santé publique d'après un diagnostic fondé sur une méthodologie validée au plan national, qui comporte le recueil de données objectives dans les domaines sanitaire, social et éducatif, ainsi que le recueil de la parole des professionnels et des habitants (Molas Gali, 2014).

Les ASV ont pour **objectifs** de contribuer à la réflexion sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ; constituer un réseau national référent pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux ; faciliter l'accès à l'information et aux ressources nécessaires au fonctionnement des ASV ; et être une force de propositions et de ressources pour la recherche, l'innovation et l'expérimentation dans le cadre des dynamiques territoriales de santé (www.plateforme-asv.org).

Comme indiqué sur le site Internet de la plateforme des ASV (www.plateforme-asv.org), les missions des ASV se traduisent par la mise en œuvre des **actions suivantes** :

1. Faciliter la mise en réseau, le partage d'expérience et la réflexion sur les pratiques

- faciliter la rencontre entre acteurs et avec d'autres acteurs, dont les chercheurs
- organiser des journées nationales de rencontre et d'échange
- organiser des séminaires de réflexion thématiques
- travailler en partenariat et en complémentarité avec les animations régionales d'ASV
- renforcer les synergies régionales, faciliter les échanges inter-régionaux et le croisement des réseaux existants

2. Capitaliser et mettre à disposition les ressources

- rassembler les informations nécessaires et pertinentes pour le fonctionnement des Ateliers santé ville
- assurer une veille partenariale sur les actualités régionales et nationales
- capitaliser et valoriser les acquis des expériences et les savoir-faire des Ateliers santé ville
- publier les actes des rencontres
- diffuser régulièrement l'information par le biais d'un canal dédié (site internet + newsletter)

3. Comprendre et promouvoir les dynamiques portées par les Ateliers santé ville

- des interventions de proximité avec les acteurs locaux en partenariat avec les animations régionales d'ASV
- participer aux réseaux d'acteurs nationaux, régionaux et aux instances nationales
- réaliser des travaux et études complémentaires
- développer des axes de partenariat avec les partenaires ressources nationaux
- développer les liens avec la recherche

Ces activités s'articulent en outre autour de la mise en place de **différents outils** :

1. information et communication

- la constitution et la mise à jour de l'annuaire des acteurs du réseau
- un site internet dédié : actualité, agenda, base documentaire, espaces communs de travail, avec deux niveaux : régional et national

- une lettre d'information à destination des membres de la Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville et du réseau national des coordinateurs ASV
- les publications : actes des rencontres, compte-rendu des séminaires, résultats d'étude...
- des fiches de capitalisation d'expériences

2. rencontres

- organisation de rencontres nationales des ateliers santé ville
- organisation de séminaires thématiques de réflexion
- intervention / participation aux rencontres régionales ASV
- intervention / participation aux colloques nationaux
- participation aux réseaux d'acteurs de santé et instances nationales

3. études

- réalisation d'études complémentaires

Les ASV ont actuellement permis d'explorer des thématiques de santé peu approchées par la politique de la ville en France auparavant (nutrition, accès au droit...), une planification locale de la démarche en santé publique, la coordination des acteurs, la complémentarité des projets et le développement des projets en nombre et en qualité (Molas Gali, 2014).

Au Danemark, a été mis en place un programme intitulé « **Santé et communauté local** ». Bloch et al. (2014) montrent comment, pour prévenir le diabète au sein d'une île de 42 000 habitants, la participation des membres de la communauté a été privilégiée. L'objectif était d'agir sur les habitudes de vie des familles avec un enfant âgé de 3 à 8 ans, en s'appuyant sur les ressources de la communauté. L'ensemble des parties prenantes a été mobilisée : les centres pédiatriques, les centres scolaires, les supermarchés, les médias, les associations et ONG, des professionnels de la nutrition et de l'exercice physique, etc. Tous les individus qui avaient un lien avec la santé des enfants, la nutrition et l'exercice physique (ces deux derniers étant essentiel pour prévenir l'apparition du diabète) ont donc été appelés à contribuer à l'objectif de santé, mais aussi les médias et magasins, qui exercent une influence sur les prises de décisions, attitudes et comportements des individus. Et, bien entendu, les familles concernées étaient également impliquées. Bloch et al. (2014) soulignent en outre que le programme a été bien suivi par l'ensemble des parties prenantes et a permis la participation de la communauté autour de la prévention du diabète, et donc de renforcer la cohésion sociale dans une optique de promotion de la santé.

Si ces deux types d'initiatives montrent le renforcement de la cohésion sociale à travers une démarche de participation des individus à la promotion de la santé, la question des effets concrets sur la santé des individus doit encore être appréhendée.

4. Les effets de la cohésion sociale sur la santé

Il existe actuellement encore **peu de recherches rigoureuses** qui montrent les effets des approches de cohésion sociale **sur la santé**. Les raisons de ce manque de recherches résultent du fait qu'il est difficile de mesurer, aussi bien de façon qualitative que quantitative, les changements de structures sociales, et que les stratégies de promotions de la santé et d'empowerment sont également difficiles à évaluer, notamment leurs effets (Barten et al., 2007). La cohésion sociale, c'est-à-dire l'interaction entre les membres d'une communauté, leur implication de les décisions locales, etc., recouvre donc tellement de domaines et de possibilités d'actions qu'elle ne se mesure pas aisément. Et, de la même manière, établir un lien de cause à effet entre une démarche de cohésion sociale et l'état de santé des individus relève du défi au vue des multiples facteurs qui peuvent intervenir dans l'influence de l'état de santé. Des associations peuvent être mises à jour, mais il est rare de pouvoir affirmer avec certitude que la cohésion sociale est la cause d'un maintien ou d'une amélioration de la santé des individus.

Cependant, certaines études montrent des liens entre la cohésion sociale et des bénéfices sur la santé des individus. Il a notamment été mis en avant que la participation communautaire est un **indicateur de réhabilitation réussie pour les personnes vivant avec un handicap** et qu'elle est un **indicateur de qualité de vie et de santé** auprès de la population en général. L'augmentation de la participation des personnes handicapées aux prises de décisions concernant à la fois les soins nécessaires et attendus, les structures d'aide, et les possibilités d'aménagement de la vie quotidienne a en effet eu un effet significatif sur leur niveau de bien-être. Le manque de participation communautaire est en revanche reliée à l'émergence de symptômes dépressifs, de morbidité et de mortalité chez les individus (Chang et al., 2013).

Dooris et Heritage (2011) pointent également plusieurs actions. A Stockholm, en Suède, les écoles, cliniques pour jeunes, et clubs pour jeunes ont été sollicités afin de mettre en place un programme de prévention des maladies sexuellement transmissibles. La participation des jeunes à cette démarche de promotion de la santé, a eu un **impact sur leurs connaissances** de la thématique et leur motivation à **développer des comportements préventifs**. A Novocheboksarsk, en Russie, des **personnes malades** ont été invitées à s'unir avec divers clubs sportifs pour mettre en place des activités auxquelles ils peuvent participer malgré la maladie. La fréquence d'exercice physique régulier a augmenté, et **l'état de santé**, des 150 personnes qui ont participé à l'action s'est **amélioré**. Enfin, à Yevpatoria City, en Crimée, des femmes se sont mobilisées ensemble pour **promouvoir les actions de lutte contre les violences faites aux femmes**, et ont ainsi permis aux femmes de la région de mieux savoir à qui s'adresser en cas de difficultés, comment se protéger et de faire connaître la problématique à l'ensemble de la communauté.

5. Comment favoriser la cohésion sociale ?

Si la cohésion sociale est un moyen important de promotion de la santé, elle demande de mettre en œuvre les conditions nécessaires à sa réussite. Il est en effet indispensable de construire la cohésion sociale sur certaines bases solides sans quoi elle n'aura aucun impact sur la promotion de la santé.

Tout d'abord, Agrawal (1995) insiste sur l'instauration d'un **dialogue** entre les chercheurs, les travailleurs sociaux et les membres de la communauté concernée. C'est ce dialogue qui pourra permettre d'une part la compréhension des besoins, souhaits et préoccupations de la population, et d'autre part le renforcement des capacités de la population à agir pour les éléments qui la concernent, dont la santé, à travers notamment la conscientisation (Campbell & Jovchelovitch, 2000). Dans un premier temps, il s'agit donc d'établir un contact avec la population en mettant de côté son qualificatif d'« expert », pour rencontrer la réalité des individus. Ces derniers sont les mieux placés pour rendre compte de leur condition de vie et de leur besoin en matière de santé, et c'est donc auprès d'eux qu'il convient d'obtenir les informations. Dans un deuxième temps, le travail de **conscientisation** peut s'installer. Les individus peuvent penser a priori que leurs actions n'ont pas d'effets sur leur condition de vie, qu'ils ne sont pas eux-mêmes capables d'en changer le cours. Il convient alors de leur montrer que certaines de leurs propres actions peuvent produire du changement social. Ensuite, ils doivent être capables d'analyser eux-mêmes la situation pour mettre en œuvre les moyens de la changer si nécessaire (Campbell & Jovchelovitch, 2000).

D'autres facteurs, de nature plus psychologique cette fois, doivent également être pris en considération pour favoriser la cohésion sociale. C'est le cas notamment de **l'identité sociale**. En effet, les actions des individus sont largement influencées par leur identité sociale (Stockdale, 1995). Le simple fait d'avoir recours à des soins peut, dans certaines communautés, être déterminé par la position sociale, et donc l'identité sociale. Il faut en outre noter que l'identité sociale n'est pas forcément partagée une communauté regroupée géographiquement, mais peut aussi intervenir auprès d'individus qui partagent un ensemble de caractéristiques (culturelles, sociales...) communes et ne sont pas dans une situation de proximité géographique. Il est également important de tenir compte des **représentations sociales** de la communauté. La compréhension de la manière dont la communauté construit la réalité et donne du sens aux événements est ainsi primordiale pour la rendre plus active en matière de décisions de santé. Chaque communauté peut en effet avoir une vision différente de la santé de façon générale, et des moyens nécessaires pour l'entretenir. Campbell (1997, cité dans Campbell & Jovchelovitch, 2000) a par exemple montré comment la vision la masculinité en Afrique du Sud pouvait impacter sur l'utilisation du préservatif. Les représentations sociales doivent donc être étudiées et comprises avant de mettre en œuvre un plan de cohésion sociale (Campbell & Jovchelovitch, 2000).

Enfin, pour que la cohésion sociale puisse déboucher sur des actions en matière de santé, il est impératif que les individus possèdent des **compétences en matière de santé**, c'est-à-dire des aptitudes cognitives et sociales déterminent la motivation et la capacité des individus à accéder aux informations, à les comprendre et à les utiliser d'une façon qui promeuve et préserve la santé. Dans ce cadre, **l'éducation pour la santé** est nécessaire, en visant une influence sur les décisions des individus concernant leur mode de vie, et l'apprentissage des déterminants de la santé. Elle doit en outre encourager, entre autres, les initiatives collectives qui peuvent entraîner une modification de ces déterminants (Nairobi, 2008). Kickbusch et al. (2006) soulignent que les compétences en matière de santé incluent (1) l'application de comportements de promotion de la santé, de protection de la santé et de prévention des maladies, ainsi que l'autoadministration des soins ; (2) les compétences permettant au patient de cheminer à travers le système de santé et d'agir en partenaire des professionnels de la santé ; (3) les compétences permettant au consommateur de prendre les décisions en matière de santé dans le contexte du choix et, le cas échéant, d'exercer ses droits de consommateurs ; (4) les compétences citoyennes permettant de connaître les droits en matière de santé et d'adhérer à des organisations de patients et de santé. Le développement de ces compétences est ainsi essentiel pour que les individus puissent exprimer leurs besoins en matière de santé, utiliser les services de santé adéquats, ou trouver les informations nécessaires relatives à leur santé.

Mettre en œuvre de la cohésion sociale au sein d'une communauté, et ainsi une plus grande participation des individus dans les aspects de leur vie qui concernent la santé, implique donc de « rencontrer » la population concernée. C'est-à-dire écouter ce qu'elle a à nous apprendre sur son vécu et son quotidien de manière à identifier ses besoins, souhaits, attentes et préoccupations en matière de santé, mais aussi, éventuellement, les pistes et ressources qu'elle possède déjà. C'est aussi la conscientiser au fait qu'elle a les capacités d'agir sur sa santé. Pour ce faire l'éducation pour la santé, et au travers elle le développement des compétences en matière de santé, est indispensable. Enfin, c'est procéder à une analyse plus fine des mécanismes psychosociaux en place de la communauté, tels l'identité sociale ou les représentations sociales, afin d'établir au mieux comment aborder la communauté concernée et pouvoir travailler avec elle de façon efficace.

6. L'évaluation de la cohésion sociale, en lien avec la promotion de la santé

Si la cohésion sociale peut s'évaluer au travers certains de ses aspects comme la participation communautaire par exemple (voir point 3. Les concepts de cohésion sociale en place dans la promotion de la santé), elle peut également être appréhendée au travers d'**indicateurs** relatifs directement aux compétences de santé, tel que proposé par le Conseil de l'Europe (2010, cité dans Makara, 2014). Les indicateurs sont les suivants :

- Promotion de la santé et information en la matière
- Couverture du système d'information relatif à la santé publique
- Couverture des campagnes de prévention lancées par les ONG
- Couverture des campagnes de sensibilisation sur la distribution et l'utilisation des médicaments délivrés sur ordonnance
- Cours d'éducation à la santé
- Temps passé par les médecins pour informer les patients sur leur état de santé
- Accessibilité des informations données aux patients
- Informations gratuites et accessibles sur l'ensemble du système de soins de santé
- Utilisation d'Internet pour communiquer des informations aux patients
- Ligne d'assistance téléphonique pour les questions relatives à la santé
- Propriété du dossier médical
- Informations sur les médicaments génériques
- Tirage des magazines d'information sur la santé
- Encouragement de l'autoadministration de soins
- Disponibilité de médicaments d'automédication
- Taux de remboursement des médicaments d'automédication

Ces indicateurs de cohésion sociale relatifs aux compétences en matière de santé permettent donc de mesurer le niveau de cohésion sociale en fonction des moyens mis œuvre pour développer les compétences de santé des individus. Ils peuvent être utilisés pour évaluer si la cohésion sociale est effective pour favoriser la promotion de la santé, et sont complémentaires des indicateurs de participation communautaire (présentés au point 3.), en étant orientés plus spécifiquement sur la promotion de la santé.

Conclusion

La cohésion sociale est un moyen pertinent de favoriser la promotion de la santé. Mettre en collaboration les membres d'une communauté, les impliquer dans la définition de leurs besoins et dans les actions, ainsi que leur donner les moyens de le faire, tout en mettant l'accent sur la réduction des inégalités sociales, permet en effet d'orienter la promotion de la santé vers des démarches plus justes, plus solides et ayant plus d'impact. En Fédération Wallonie-Bruxelles, des Plans de cohésion sociale ont été mis en œuvre depuis la première décennie des années 2000, en Wallonie et en Région Bruxelles-Capitale. Si ces Plans ont permis la mise en place de nombreux projets locaux, peu d'informations et de données sont disponibles sur les bénéfices de la cohésion sociale en lien avec la promotion de la santé. La littérature scientifique montre en outre, à ce titre, qu'il est très difficile d'évaluer la cohésion sociale en tant que telle, premièrement, et ses conséquences sur la santé ou les comportements de santé des individus, deuxièmement.

Certains indicateurs marquants ont toutefois été relevés dans la littérature. Ils concernent des notions similaires à celle de la cohésion sociale, qui est peu mentionnée dans les travaux

scientifiques. La participation communautaire et l'empowerment communautaire sont ainsi en première ligne d'une cohésion sociale aboutie, et se mesurent à travers le niveau de participation des membres d'une communauté, ainsi que leur niveau d'information, de consultation et de compétences. S'ils sont rencontrés, ces éléments (entres autres) doivent permettre la cohésion sociale et favoriser les actions de promotion de la santé. Un point important pour y parvenir est l'éducation pour la santé. Sans compétences en matière de santé, les individus ne peuvent en effet mobiliser leurs ressources et parvenir à prendre des décisions et à agir pour leur santé. Il convient donc de *rendre capables* l'ensemble des individus, ainsi que de s'appuyer sur eux pour définir les besoins de santé tout en tenant compte des aspects psychosociaux (identité sociale, représentations sociales) qui peuvent intervenir dans leur construction et interprétation de la santé. La cohésion sociale dépend donc directement de la capacité des individus à agir, et nécessité des interventions d'éducation pour la santé afin que le processus se déroule correctement. Les individus – sans distinction de leur statut social, de l'origine ethnique, de leur genre, etc. – pourront alors être en mesure de mener ensemble des actions de promotion de la santé à une échelle locale en s'impliquant pleinement depuis la conception jusqu'à la réalisation des actions.

Bibliographie

- Agrawal, A. (1995). Dismantling the divide between indigenous and scientific knowledge, *Development & Change*, 26, 413-439.
- Barten, F., Mitlin, D., Mulholland, C., Hardoy, A., & Stern, R. (2007). Integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity, *Journal of Urban Health*, 84, 164-173.
- Bloch, P., Toft, U., Reinbach, H.C., Clausen, L.T., Mikkelsen, B.E., Poulsen, K., & Jensen, B.B. (2014). Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 1-15.
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: towards a social psychology of participation, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10, 255-270.
- Chang, F-H., Coster, W.J., & Helfrich, C.A. (2013). Community participation measures for people with disabilities: a systematic review from an *International classification of functioning, disability and health* perspective, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 771-781.
- CHARTE D'OTTAWA (1986), consulté le 22/04/2013 à http://www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/thematiques/Charte/ottawachart.pdf.
- Council of Europe New Strategy and Action Plan for Social Cohesion, approved by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 7 July 2010.
- CRAcs (2014). <http://www.cbai.be/page/66/>, consulté le 15 novembre 2014.
- Dooris, M., & Heritage, Z. (2011). Healthy cities: facilitating the active participation and empowerment of local people, *Journal of Urban Health*, 90, 74-91.
- Doumont, D., & Feulien, C. (2010). En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements, concepts et programmes stratégiques, Série de dossiers techniques 10-61, UCL-RESO, 20 p.
- Doumont, D., & Feulien, C. (2010). En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Stratégies locales d'intervention, Série de dossiers techniques 10-62, UCL-RESO, 17 p.

- Heritage, Z., & Dooris, M. (2009). Community participation and empowerment in healthy cities, *Health Promotion International*, 24, 45-55.
- Kickbusch, I., Wait, S., & Maag, D. (2006). *Navigating health. The role of health literacy*, Alliance for Health and the Future, Londres.
- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24, 113-120.
- Martinez, S.A., Jansen, C., Samain, R., & Vandriessche, L. (2013). Plan de cohésion sociale en Wallonie : une nouvelle approche des questions sociales au service du citoyen, *L'Observatoire*, 79, 13-17.
- Molas Gali, N. (2014). Les démarches locales en santé : des ateliers santé ville aux contrats locaux de santé, *Global Health Promotion*, 21, 46-49.
- Makara, P. (2014).
<http://www.coe.int/t/dg3/health/Peter%20Makara%20position%20paper%20FR.pdf>, consulté le 10 novembre 2014.
- Nairobi (2008). Nairobi Call To Action, the 7th Global Conference on Health Promotion.
- Plateforme Atelier Santé Ville (2014). www.plateforme-asv.org, consulté le 19 novembre 2014.
- Rapport d'activité 2012 (2013). Le plan de cohésion sociale dans les villes et communes de Wallonie, Direction interdépartementale de la Cohésion sociale (DiCS), 57 p.
- Stockdale, J. (1995). The self and media messages: match or mismatch? In *Representation of Health, Illness and Disease: A Comparative Perspective*, Curren, C., & Stacey M. (eds) Berg: New York.
- SAW-B (2014). <http://www.saw-b.be/Publications/PCS.pdf>, consulté le 28 octobre 2014.
- Van Steenberghe, E., & St-Amand, D. (2006). Charte de Bangkok, Réseau francophone international pour promotion de la santé, 94 p.

- OMS (1997). Jakarta Declaration on health promotion into the 21st century, WHO, Geneva.