Note « leviers d'action transversaux »

En 2025 et 2026, 3 synthèses de littérature ont été réalisées :

1. La première portait sur **l'isolement social**, considérant l'isolement social « objectif » (c'est-à-dire la faible quantité de contacts sociaux qualitatifs et/ou l'absence d'activités sociales) et l'isolement social « subjectif » (c'est-à-dire le ressenti de solitude).
2. La deuxième portait sur **l'insécurité alimentaire**, qui peut être sévère (rare dans les pays à haut revenu), ou modérée (bien plus courante dans les quartiers urbains pauvres des pays à haut revenu). Cette dernière concerne un accès irrégulier à la nourriture et des comportements alimentaires déséquilibrés (alimentation malsaine ou « malbouffe »).
3. La troisième porte sur deux dimensions fondamentales du lien entre le logement et le social-santé : la **qualité des logements et leur contexte environnemental et social** – Cette dernière sera complétée plus tard par une synthèse de la littérature sur deux autres dimensions fondamentales du lien entre le logement et le social-santé : **l'accès aux logements et la stabilité de cet accès.**

En examinant ces trois synthèses, on peut constater qu'une part importante des facteurs de risque et des conséquences associées à ces problématiques sont similaires, ce qui a pour effet que ces problématiques sont liées entre-elles et reliées à des facteurs communs. Agir de manière prioritaire sur ces points communs peut dès lors avoir un effet démultiplicateur puisqu'y sont associées ces différentes problématiques. Ils peuvent être considérés comme des leviers transversaux. Ces leviers font l'objet de cette note, qui a pour objectif de documenter et de guider l'action des équipes de soutien aux bassins d'aide et de soins. Ils sont détaillés dans ce document et un dernier point est consacré à des exemples d'interventions validées dans la littérature scientifique.

Une initiative de l'asbl BRUSANO
Agir collectivement pour transformer l'organisation social-santé
Avec le soutien de la Cocom
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

Quatre grandes catégories de facteurs communs

La précarité socio-économique

Bien entendu, au premier titre de la précarité socio-économique, il y a le manque de ressources financières. Mais il faut englober dans la précarité socio-économique le manque ou l'insuffisance de l'ensemble des **ressources matérielles** dont peut avoir besoin un individu. Le **logement** est en soi une ressource matérielle majeure. On doit y ajouter les ressources matérielles qui permettent **d'habiter le logement (eau, énergie, connectabilité)**, les ressources qui permettent de répondre aux **besoins de base (nourriture, transports, vêtements…)**, et les ressources matérielles qui permettent à chaque individu de vivre sa vie de manière autonome et intégrée à la communauté : avoir **une fonction sociale** (un emploi, un rôle), **des relations sociales, des activités…**

Pour ce qui concerne très spécifiquement le social-santé, on doit évidemment mettre en exergue les ressources matérielles qui permettent à tout individu d'avoir **un mode de vie en bonne santé**, en ce compris l'accès à l'ensemble des facilités qui permettent de faire des choix de santé (se nourrir correctement, accéder à des activités saines…) et d'accéder, lorsque c'est nécessaire, aux **soins de santé appropriés et/ou à l'accompagnement social** approprié.

Le manque de capital social

Le manque de capital social fait référence à l'absence ou l'insuffisance de **relations sociales qualitatives, soutenantes,** le manque **d'appartenance à des groupes sociaux** auxquels on peut s'identifier, le manque de **relations de confiance,** qu'elles soient professionnelles ou personnelles, le manque de personnes auprès desquelles on peut trouver du **support matériel, du support émotionnel, du support pratique.** Il n'existe pas un capital social optimal pour tout individu, mais chaque individu doit pouvoir accéder aux moyens de développer et d'entretenir des **relations sociales qualitatives en toute autonomie,** par exemple en ayant la possibilité d'accéder à des facilités, des activités, des interventions qui permettent d'entretenir des relations sociales qualitatives.

Une initiative de l'asbl BRUSANO
Agir collectivement pour transformer l'organisation social-santé
Avec le soutien de la Cocom
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

La précarité socio-culturelle

La précarité socio-culturelle se manifeste au premier abord par le **manque d'éducation scolaire,** l'absence de diplôme. Mais on peut y englober toutes les formes de décrochage culturel qui induisent un **manque de connaissance ou de compréhension de codes sociaux** propres à une situation, un milieu ou une communauté. Ainsi, des personnes issues de mouvements migratoires, bien que riches de leur propre culture et codes sociaux, peuvent se retrouver en précarité socio-culturelle dans un milieu social d'accueil dont les normes et codes leur sont étrangers. Des personnes n'ayant pas été familiarisées avec certains milieux spécifiques (par exemple le milieu médical) peuvent se retrouver en précarité socio-culturelle, ne comprenant pas ou ne parvenant pas à se faire comprendre de la part de professionnels formés utilisant un jargon, ou ne maîtrisant pas des codes sociaux souvent implicites propres à chaque milieu. Cela peut impliquer la littératie en santé. Les personnes ayant des déficiences cognitives (problèmes de santé mentale, démences, handicaps…) peuvent aussi avoir des difficultés d'insertion socio-culturelle. Et de plus en plus, de nouvelles lignes de fracture apparaissent en lien avec ce que l'on nomme la « littératie numérique », ou la maîtrise des outils numériques de communication et de capital social (voir point précédent).

La stigmatisation

La stigmatisation est un phénomène social dont une manifestation individuelle chez celui/celle qui la subit est le **manque d'estime de soi**. Il s'agit de véhiculer des **croyances, souvent négatives mais pas uniquement, sur les individus en fonction de catégories sociales dans lesquelles on les place,** partant d'un mécanisme qui attribue des caractéristiques prédéterminées aux personnes de ces catégories. La stigmatisation peut entraîner des mécanismes de **différenciation entre groupes d'individus (la discrimination),** inappropriés dans la mesure où ils sont basés sur des attributions de caractéristiques *a priori*. Lorsqu'un individu intègre lui/elle-même les idées (éventuellement négatives) que les autres individus lui prêtent, on perçoit un phénomène de baisse de l'estime de soi, qui peut, à un certain stade, entraîner une **confirmation auto-réalisatrice** des croyances attribuées. On notera que la stigmatisation est une dérive de la pensée catégorielle, et que celle-ci est courante, y compris chez de nombreux professionnels du social et de la santé, et qu'elle peut être consciente ou inconsciente. Des études montrent des pratiques stigmatisantes et discriminantes chez des professionnels du social-santé qui sont totalement involontaires.

Une initiative de l'asbl BRUSANO
Agir collectivement pour transformer l'organisation social-santé
Avec le soutien de la Cocom
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

Des combinaisons variables

Chaque individu développe ses propres stratégies pour faire face aux aléas de la vie en mobilisant ses ressources matérielles, sociales, culturelles et son estime de soi. Ces quatre ensembles sont interconnectés, et il est donc courant qu'une insuffisance dans un des quatre domaines soit renforcée par une insuffisance dans un autre domaine. Par exemple, le fait d'être en précarité socio-culturelle par l'absence d'études est fortement corrélé au fait de ne pas avoir d'emploi rémunérateur et donc peut entraîner une insuffisance en ressources matérielles.

Toutefois, ces corrélations ne sont pas absolues. En outre, il n'est pas nécessaire de disposer du plus grand capital matériel, relationnel, culturel et d'estime de soi pour avoir une vie sociale de qualité. Chaque individu peut compenser un déficit dans un domaine par des ressources disponibles dans un autre domaine. Par exemple, une personne en précarité économique qui dispose d'un bon réseau de support social peut développer des stratégies de vie de qualité. Une personne socialement isolée mais ayant une bonne estime d'elle-même et connaissant les codes sociaux des milieux dans lesquelles elle vit peut trouver des stratégies de vie qualité. Il faut donc parvenir à un certain niveau global de ressources qui peut résulter de combinaisons variables de ces quatre domaines.

Les interventions qui soutiennent le développement de ressources dans au moins un de ces quatre domaines ont plus de chances contribuer à une amélioration globale de la situation des personnes pour l'ensemble des problématiques sociales et des problématiques de santé marquées par les déterminants sociaux de santé. Celles qui combinent des effets sur plusieurs domaines démultiplient leur puissance.

Exemples d'interventions validées dans la littérature scientifique

Dans les synthèses de littérature produites, diverses interventions ont été mentionnées car elles ont fait l'objet d'évaluations scientifiques. Certaines ont vocation à être des leviers dans la mesure où elles concernent potentiellement divers domaines structurants (repris ci-dessus).

Dans l'ensemble des synthèses, ce sont des **interventions de type social-santé**, c'est-à-dire des interventions **de santé communautaire**, qui sont souvent mises en exergue. Par exemple, en matière d'isolement social, on a mentionné des programmes de réhabilitation gériatrique, qui consiste à établir un **réseau de sentinelles de quartier.** Il s'agit de professionnel·les qui entretiennent des liens sociaux avec des personnes âgées (des travailleur·euses à domicile, des travailleurs sociaux, des médecins… mais aussi des gestionnaires d'immeubles ou d'autres fonctions qui ne relèvent pas en premier lieu de l'accompagnement à la personne) et qui monitorent l'isolement social des personnes âgées vivant à domicile dans un quartier. Ces sentinelles sont en contact, peuvent se concerter et éventuellement, décider d'agir, soit sur le plan de situations individuelles (micro), soit sur le plan de la population du quartier (méso) lorsque cela s'avère nécessaire : informer d'autres acteurs ou des membres de la famille d'une situation qui se dégrade (niveau micro), organiser une activité collective ou distribuer de l'eau en période de chaleur (niveau méso)… Un autre exemple mentionné est celui du programme « *carelink* », ou des étudiant·es en soins infirmiers, dans le cadre de leur formation, allaient visiter les personnes âgées d'un quartier.

Une initiative de l'asbl BRUSANO
Agir collectivement pour transformer l'organisation social-santé
Avec le soutien de la Cocom
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

La littérature scientifique insiste sur le fait que ces interventions sont d'autant plus efficaces que 1) les bénéficiaires sont associés à l'organisation de l'activité (et peuvent participer à la prise de décision sur les actions), et 2) l'activité apporte des compétences utiles aux bénéficiaires.

Un autre exemple **en matière d'isolement social** sont **des cours de langue et des cours de gestion administrative pour personnes migrantes,** qui apportent à la fois du lien social (par le caractère collectif de l'activité) et des compétences culturelles (la maîtrise de la langue et des administrations du pays d'accueil). C'est le même type d'approche qui est mentionné dans la lutte contre l'insécurité alimentaire, où des **cours de cuisine** permettent à la fois de favoriser et d'entretenir des liens sociaux, d'améliorer les pratiques alimentaires, et de disséminer des compétences culturelles en se familiarisant avec les pratiques culturelles culinaires de diverses communautés.

En matière de qualité des logements, les interventions les plus prometteuses sont aussi des **interventions participatives,** où des travaux de rénovation sont concertés et planifiés avec les occupant·es et où un travail d'accompagnement social est combiné avec les rénovations physiques. On y insiste aussi sur l'intérêt des **prescriptions sociales**, soit un mécanisme où des médecins peuvent prescrire des activités sociales (et la mise en lien avec des travailleurs communautaires) tenant compte des déterminants sociaux de la santé, en ce compris les déterminants liés à la qualité des logements et de leur environnement.

Bien que les prescriptions sociales ne soient pas nomenclaturées en Belgique, le mécanisme sous-jacent reste l'intérêt de clinicien·nes (ici, des médecins) pour les aspects sociaux de problématiques de santé et la mise en contact ou l'entretien de liens avec des professionnel·les sociaux. Le mécanisme inverse est aussi envisageable, lorsque des travailleurs sociaux suspectent des difficultés de santé et mettent en contact ou favorisent les liens avec des professionnel·les de santé. Les synthèses de littérature mettent en évidence une multitude de corrélations entre des situations de santé et des situations sociales. Par exemple, les personnes isolées socialement ont 30% de plus de risque d'avoir des pathologies cardiométaboliques (diabète, hypertension, obésité…), et dans l'autre sens, les personnes qui ont de telles pathologies sont aussi à risque significativement plus élevé d'être socialement isolées. Toutes ces corrélations peuvent donc soutenir la mise en place de **mécanismes d'échange d'informations entre professionnel·les de la santé et du social** pour la détection et éventuellement l'accompagnement des problématiques associées.

De telles interventions impliquent donc :

- des mécanismes de partage d'information et de collaboration entre des professionnel·les de disciplines diverses, essentiellement des travailleurs sociaux et des professionnel·les de la santé,
- la participation des bénéficiaires à la conception, à la mise en œuvre, et parfois à l'évaluation des actions et mécanismes,
- de viser simultanément des objectifs multiples, avec notamment la recherche d'un bénéfice de compétences pour les bénéficiaires (capital social, compétences culturelles, renforcement de l'estime de soi), au-delà de l'amélioration des conditions sociales matérielles et de l'état de santé physique.

Une initiative de l'asbl BRUSANO
Agir collectivement pour transformer l'organisation social-santé
Avec le soutien de la Cocom
COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE