



La force du lien, un outil de réduction des inégalités sociales de santé



**Séminaires sur les inégalités sociales de santé
Synthèse du 23 février 2017**

Intervenants

Dinora De Waele,
Coach en Force du lien

Micheline Masay,
Directrice du Centre culturel de Momignies

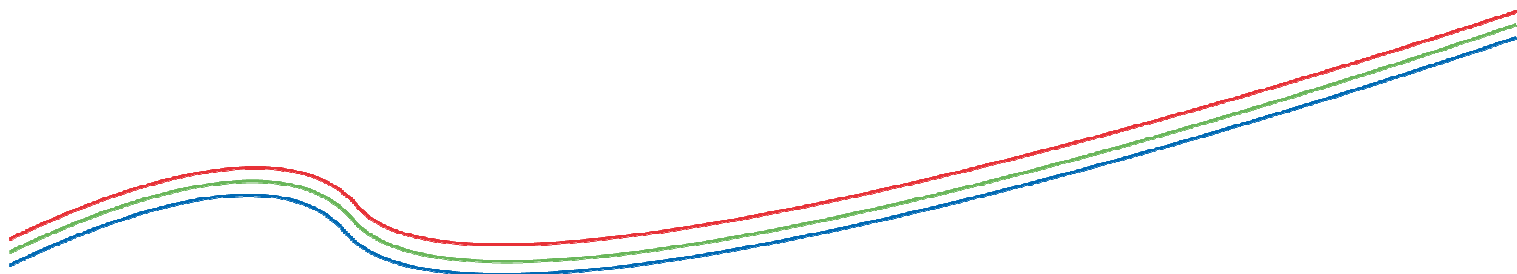


Table des matières

1. Introduction	3
2. Définition de « La force du lien »	5
2.1. La parole des demandeurs d'aide	6
2.2. La perception des intervenants sociaux.....	7
2.3. La mise en lien de la parole des demandeurs d'aide et des intervenants sociaux	8
3. Les dix lignes de « force du lien ».....	9
4. Mise en œuvre pratique	10
5. Echanges	11
Conclusions et pistes de réflexions pour agir	12
Références bibliographiques	13

1. Introduction

Dans le cadre des travaux de sa Commission des déterminants sociaux de la santé, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)¹ aborde la question des inégalités sociales de santé en précisant que : « *Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé: ce **gradient social** concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans les pays à revenu faible ou intermédiaire comme dans ceux à revenu élevé. Le gradient social signifie que les inégalités sanitaires touchent tout un chacun.*

Ainsi, si l'on examine les taux de mortalité des moins de cinq ans selon la richesse des ménages, on constate qu'il existe un lien entre la situation socio-économique et la santé. Plus le ménage est pauvre, plus la mortalité avant cinq ans est élevée; dans les ménages appartenant au deuxième quintile² le plus riche, le taux de mortalité des moins de cinq ans est plus élevé que dans ceux appartenant au premier quintile. C'est ce qu'on appelle le gradient social en santé ».

Afin de cerner au mieux les enjeux relatifs à la réduction des inégalités sociales de santé, thématique transversale des Séminaire Inégalités Sociales de Santé - SEM'ISS – de l'Observatoire de la Santé du Hainaut (OSH), il est nécessaire de distinguer les **déterminants sociaux de la santé** des **déterminants des inégalités sociales de santé**.

Les déterminants sociaux de la santé se réfèrent aux facteurs sociaux influençant la santé des individus et des populations alors que les déterminants des inégalités sociales de santé se rapportent aux processus sociaux à l'origine de la répartition inégale de ces facteurs entre des groupes occupant des positions différentes dans la société (Graham, 2004).

Dans ce contexte, les SEM'ISS de l'OSH visent à apporter un éclairage professionnel sur l'évolution des connaissances et des pratiques en matière de réduction et de prévention des inégalités sociales de santé. Ces séminaires se déroulent en trois temps :

- la présentation d'une thématique par un expert ;
- un échange de pratiques avec les professionnels confronté à la problématique présentée ;
- la mise en commun des perspectives d'intégration de la thématique dans les pratiques de chacun.

¹ OMS : http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

²Un quintile représente la cinquième portion d'un ensemble. Un quintile s'emploie pour désigner un cinquième ou pour représenter le pourcentage 20%

Le séminaire du 23 février 2017 a traité de la force du lien comme outil de réduction des inégalités sociales de santé :

Les inégalités sociales de santé s'accroissent. La précarisation des personnes les plus vulnérables est problématique, structurelle, persistante et résistante. En prise directe avec la complexification croissante des situations, le sentiment d'impuissance grandit dans le chef des travailleurs sociaux. Pourtant, ils sont, avec les personnes précarisées, des leviers garants de changement et d'évolution. La force du lien s'inscrit dans une démarche analysant les liens entre les travailleurs sociaux et les personnes en situation de pauvreté dans une perspective d'un accompagnement de qualité et d'*empowerment* des populations.

Dinora De Wael, coach en Force du lien de la Haute école Karel de Grote – Antwerpen, a présenté le concept de Force du lien.

Micheline Masay, directrice du Centre culturel de Momignies, a décrit la mise en œuvre du concept de force du lien comme outil de renforcement de la Coordination sociale de Momignies.

Ce document propose une synthèse des échanges du séminaire « La force du lien, un outil de réduction des inégalités sociales de santé » en détaillant la notion de « force du lien » (2) ; les dix lignes qui résume son action (3) un exemple de sa mise en œuvre sur le terrain (4) ainsi que les thèmes abordés lors des échanges entre le public et les intervenants (5).

2. Définition de la force du lien

Cette section se base sur l'ouvrage « La Force du Lien. Contre la pauvreté. Sphère de vie et relation d'aide. » (Driessens et Van Regenmortel, 2006) et de l'article « La relation entre intervenants sociaux et personnes vivant dans la pauvreté. Affronter l'exclusion et la dépendance. » (Driessens, 2010), qui en est la synthèse méthodologique. Les éléments présentés ici découlent des résultats d'une enquête sociologique qualitative basée sur 35 relations de prise en charge de personnes demandeuses d'aide sociale dans la partie nord d'Anvers.

La **force du lien** vise à améliorer la mise en œuvre d'une aide qui engendre des résultats durables pour et avec les personnes vivant dans la pauvreté. Aussi bien les travailleurs sociaux que les demandeurs d'aide se retrouvent souvent dans une impasse en raison de la complexité des situations, l'absence de résultats tangibles, l'incompréhension mutuelle, ... Pour essayer d'adresser ces problématiques, la force du lien examine les relations de prise en charge des personnes en situation de pauvreté aussi bien du point de vue de ces personnes que de celui des travailleurs sociaux ; et veut agir sur l'**attachement** et l'**empowerment**.

L'*empowerment*, concept anglophone qui trouve son origine dans les mouvements des suffragettes au début du XX^{ème} siècle peut être traduit comme, entre autres, par « mise en capacité » ou « développement du pouvoir d'agir »³, concerne le processus qui va permettre à un individu (un groupe, une organisation) de pouvoir augmenter son (leur) pouvoir d'action et de décision sur sa vie et son environnement ; et intègre les notions de participation, de citoyenneté, de justice sociale, de solidarité, ... L'*empowerment* peut se concevoir à trois niveaux : l'*empowerment* individuel, l'*empowerment* communautaire et l'*empowerment* organisationnel (Ninacs, 2008)⁴. Médecine pour le Tiers Monde et ses partenaires utilisent l'*empowerment* comme stratégie de lutte pour le droit à la santé⁵. Ce concept est aussi au centre de la démarche de promotion de la santé et apparaît dans la charte d'Ottawa⁶, texte fondateur d'une nouvelle vision de la santé publique en 1986. Au début des années soixante, il s'inscrit dans la lutte pour l'alphabétisation au Brésil (Paulo Freire)⁷.

³ Le Bossé Y, L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : Aperçu de ses fondements et de son application. Canadian Journal of Counseling - Revue canadienne de counseling - 2002, Vol. 36:3, pp180-193

⁴ Ninacs W A, Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2008, 140p.

⁵ Pour de plus amples information sur l'*empowerment*, il existe le dossier thématique réalisé par Culture et Santé disponible sur <http://www.cultures-sante.be/nos-outils/dossiers-thematiques/255-lempowerment.html>.

Et plus spécifiquement en lien avec la santé : brochure de Médecine pour le Tiers Monde disponible sur <https://m3m.be/news/nouvelle-brochure-empowerment-tous-ensemble-pour-la-sant%c3%a9>

⁶ OMS Europe, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986

⁷ Freire P, La pédagogie des opprimés. Maspéro 1974 (Epuisé)

La théorie de l'attachement⁸, développée par John Bowlby⁹, postule que l'attachement représente un besoin inné, primaire, biologiquement déterminé similaire aux autres besoins fondamentaux liés à la survie. Les relations d'attachement se construisent dès la naissance entre un bébé et les personnes qui l'élèvent, et continuent tout au long de la vie. On identifie différents types d'attachement : l'attachement sécure, l'attachement insécure évitant, l'attachement insécure ambivalent, l'attachement désorganisé.

La démarche de la force du lien s'est développée en trois étapes : recueillir la parole des demandeurs d'aide vivant dans la pauvreté quant à la manière dont ils vivent leur prise en charge, les obstacles rencontrés et ce que représente une prise en charge réussie (2.1) ; prendre en compte la perception qu'ont les travailleurs sociaux de leur action, des difficultés rencontrées et de la manière de les aborder (2.2) ; mettre en commun les étapes précédentes afin d'identifier les relations de prise en charge qui offrent les résultats les plus probants à long terme (2.3).

2.1. La parole des demandeurs d'aide

Le recours à l'aide sociale entraîne, dans le chef des demandeurs d'aide, une situation de dépendance envers les intervenants sociaux en raison de l'inégalité inhérente à la relation de prise en charge.

L'identification des attentes des demandeurs d'aide permet de délimiter les **rôles** que doivent exercer les **intervenants sociaux** :

- le **guide** transmet des connaissances, aide à faire valoir leurs droits ;
- le **spécialiste** transmet des aptitudes et encourage les compétences ; fournit un service concret et correct, sur mesure ;
- le **défenseur des intérêts** devient le représentant, le médiateur ; défend les intérêts ; met en garde ; élargit les possibilités d'action des personnes ;
- le **soutien/stimulateur** offre un nouvel espoir, de nouvelles perspectives ; se concentre sur les forces ; est la clé du changement ; aide les gens à se valoriser.

L'identification des postures des **demandeurs d'aide** (relatives à l'inégalité relationnelle) permet de délimiter les **rôles** qu'ils prennent dans leur relation avec les travailleurs sociaux :

- le **débrouillard** reste indépendant ; développe des stratégies de survie pour ne pas devenir dépendants de l'aide sociale ; comprend essentiellement des hommes ;

⁸ Pour de plus amples informations sur l'attachement, voir notamment : Guedeney N, L'attachement, un lien vital. Disponible en ligne :

<http://www.yapaka.be/content/1%E2%80%99attachement-un-lien-vital>.

⁹ Bowlby J, Attachement et perte. Vol1. L'attachement. Paris. PUF. 2002.544p.

- le **demandeur d'aide temporaire** demande de l'aide pour un problème ponctuel tout en conservant une relation limitée (confiance limitée) ; souhaite obtenir une réponse rapide et discrète ;
- le **consommateur passif** se montre très dépendant dans un domaine précis (exemple : les mères célibataires qui demandent un soutien administratif ou financier) ; attache peu d'importance à la participation et à l'implication ;
- le **demandeur affectueux** fait très fréquemment appel à l'intervenant social pour l'ensemble de ses problèmes et se montre très reconnaissant ; endosse souvent le rôle de victime ;
- le **demandeur d'aide directif** vit depuis longtemps dans la pauvreté ; a déjà beaucoup d'expérience en ce qui concerne l'aide sociale ; choisit lui-même ses intervenants sociaux en fonction du problème ; joue le rôle attendu et cache parfois certains éléments ; ne se laisse rien imposer et prend la fuite quand la prise en charge devient trop invasive ;
- le **collaborateur de bonne volonté** (« client idéal ») s'engage dans un processus d'accompagnement ; suit les conseils des assistants sociaux et respecte les rendez-vous ; pense que la meilleure stratégie est de collaborer activement (relation de confiance) ; veut apprendre, accroître son autonomie.

Cette catégorisation des différents rôles permettent une meilleure compréhension des relations de prise en charge. Dans la pratique, un demandeur d'aide peut jouer différents rôles en fonction de la situation, de son évolution dans le temps. Chaque rôle nécessite une prise en charge particulière.

2.2. La perception des intervenants sociaux

De la pratique quotidienne des intervenants sociaux, il ressort trois champs de tension dans les relations de prise en charge des demandeurs d'aide : une tension entre confiance et contrôle ; entre création de dépendance et autonomisation ; et entre déclassement et intégration.

En prenant en considération ces tensions, on peut distinguer les intervenants sociaux selon six types de rôles qu'ils prennent :

- centré sur le produit :
 - 1) l'**assistant qui suit les règles** : travail centré sur l'offre ; confiance limitée ; importance du contrôle bureaucratique ; distant ; paternaliste ;
 - 2) le **contrôleur-inspecteur** : contrôle extrême ;
 - 3) Le **sauveur** : travail centré sur la demande en situation de crise ; confiance limitée ; pas de contrôle ; proche, personnalisé, paternaliste ;
 - 4) le **solutionneur de problèmes** : travail centré sur la demande et les résultats ; fortement aliénant, crée une dépendance.

- centré sur le processus :
 - 5) l'**accompagnateur** : travail centré sur la personne ; sur le changement de comportement ; relation de confiance et contrôle indirect ; proche, personnalisé et émancipateur ;
 - 6) le **médiateur** : travaille avec le demandeur dans son entourage ; renforce l'aspect relationnel (relation de confiance et contrôle indirect) ; proche, personnalisé et émancipateur.

Les intervenants sociaux doivent pouvoir prendre ces différents rôles en fonction (de l'évolution) des situations et des personnes rencontrées, il n'y a pas de rôle idéal. Les rôles dont le travail est centré sur le processus limitent les sentiments de dépendance des demandeurs d'aide (cependant ces rôles axés sur le processus ne conviennent pas à toutes les situations/demandeurs d'aide).

2.3. La mise en lien de la parole des demandeurs d'aide et des intervenants sociaux

La confrontation de la typologie issue de la parole des demandeurs d'aide avec celle des intervenants sociaux permet de déterminer quelles relations offrent des perspectives de résultats durables.

Le tableau 1 reprend les résultats de l'étude des 35 relations de prise en charge. Par « résultats durables », il faut entendre « accroissement de l'autonomie et réinsertion de la personne ». Chaque item représente une relation de prise en charge.

Tableau 1 : Confrontation des typologies des rôles des demandeurs et intervenants sociaux

Intervenant social Demandeur d'aide	Intervenant ritualiste	Contrôleur	Sauveur	Solutionneur de problèmes	Accompagnateur	Médiateur
Débrouillard	-	-	-	-	↓	-
Demandeur temporaire	-	-	SS	S	-	-
Consommateur passif	S	-	-	SS	↓	-
Demandeur d'aide affectueux	-	-	-	S	↑ ↑ ↓ ↓	-
Demandeur d'aide directif	↓	↓	-	SS	S ↓ ↓	↓
Collaborateur de bonne volonté	-	-	-	↑	SS ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑	SS

Légende : Le trait (-) : cette configuration ne s'est pas présentée au moment des interviews ; S : « apporte une stabilité » ; ↓ : « ajoute des blessures ou tend à une spirale négative » ; ↑ : « résultats durables ».

Source : Driessens, Van Regenmortel, 2006, p.239

« Les travailleurs sociaux qui jouent un rôle d'assistant ritualiste, de sauveur et de solutionneur de problèmes parviennent souvent à stabiliser les familles pauvres. » (Driessens, 2010). Pour certains demandeurs, cette intervention est suffisante et ils n'en demandent pas davantage. « Pour les demandeurs d'aide qui tiennent à leur autonomie [...] la stabilité est souvent le meilleur résultat qu'ils peuvent atteindre (provisoirement). » (op. cit.).

Les accompagnateurs et les médiateurs favorisent l'ancrage et le renforcement, ils obtiennent des résultats durables mais parfois peu visibles. « Ce n'est qu'en amenant le demandeur d'aide à prendre en charge le rôle de collaborateur de bonne volonté que le processus de prise en charge a véritablement des chances de réussir. » (op. cit.). Il est question d'une prise en charge réussie lorsque l'intervenant et le demandeur d'aide vivent cette prise en charge comme satisfaisante sur le plan relationnel en plus des résultats durables obtenus.

Pour éviter de générer de nouveaux problèmes, les intervenants doivent prendre en compte la diversité des demandeurs d'aide, des situations et de leur évolution ; et donc ne pas forcément jouer le rôle d'accompagnateur de manière indifférenciée. « Les relations d'aide sociales réussies se caractérisent par le dialogue, par l'ouverture à l'environnement des demandeurs d'aide, par le respect pour la formulation du problème des personnes concernées et en tenant compte du rythme et des possibilités du demandeur. » (op. cit.).

3. Les dix lignes de la force du lien

Driessens et Van Regenmortel (2006) résument la démarche de « force du lien » en dix lignes qui constituent des principes d'action et de réflexions à destination des intervenants sociaux :

- 1) « la force du lien » donne à l'*empowerment* une place centrale dans la lutte contre la pauvreté et l'inégalité sociale.
- 2) « la force du lien » traduit l'*empowerment* dans l'aide sociale en termes d'autonomisation dans la solidarité.
- 3) « la force du lien » considère l'égalité relationnelle comme la base de toute relation de prise en charge réussie.
- 4) « la force du lien » implique une adhésion à l'univers des personnes pauvres, de manière à laisser s'exprimer la force de la différence.
- 5) « la force du lien » s'intéresse aux processus psychologiques et à leur influence sur le plan structurel.
- 6) « la force du lien » se développe via des combinaisons de rôles adaptées entre demandeurs et intervenants.
- 7) « la force du lien » demande une attitude de départ positive et s'appuie sur la force du dialogue et de la participation.

- 8) « la force du lien » veut entamer un dialogue sur les champs de tension et les relations de pouvoir dans la prise en charge.
- 9) « la force du lien » s'épanouit dans un environnement stimulant et une organisation qui pratique l'*empowerment*.
- 10) « la force du lien » exige des réseaux de concertation et une politique axée sur les forces.

4. Mise en œuvre pratique

La Coordination sociale de Momignies regroupe l'ensemble des services sociaux, culturels éducatifs, de prévention intervenant sur le territoire de la Commune de Momignies pour des questions relatives à l'estime de soi, l'appartenance au groupe, la citoyenneté, la création de liens sociaux, l'intergénérationnel, ...

Elle poursuit plusieurs objectifs :

- Développer des actions en commun dans le cadre de la promotion de la qualité de la vie et répondant aux besoins locaux ;
- Echanger sur des pratiques et des savoirs ;
- Développer des synergies entre services et éviter le double emploi des actions des services ;
- Relayer les besoins locaux auprès des instances politiques communales.

Elle met en œuvre des stratégies visant à :

- favoriser un travail en partenariat ;
- permettre la visibilité de chaque association membre ;
- étudier les besoins de la population ;
- interpeller les autorités politiques communales en cas de nécessité.

Dans le cadre de ses missions, la Coordination sociale de Momignies a entamé, en 2015, une réflexion sur la pauvreté dans la partie sud de l'Entre-Sambre-et-Meuse. La réflexion portait sur la manière dont chaque intervenant social gérait les situations difficiles et construisait des relations avec les demandeurs d'aide. Dans cette optique, elle a lancé une formation en « force du lien », par l'intermédiaire de D. De Waele, portant sur un questionnement plus marqué sur le fonctionnement des institutions et des travailleurs. Cette formation a eu comme impact : une meilleure connaissance de la réalité des bénéficiaires ; une modification du cadre de la relation entre professionnel et bénéficiaire ; une meilleure connaissance des institutions entre-elles ; une meilleure connaissance du fonctionnement des institutions ; et une amélioration et une évolution des relations entre professionnels et bénéficiaires.

5. Echanges

Cette section reprend, en synthèse, les principales thématiques abordées lors des réflexions et commentaires, échangés entre le public et les intervenants à l'issue des présentations.

Contrairement à Momignies qui est une commune rurale de la Botte du Hainaut (5 000 habitants), la reproduction d'expériences semblables dans les plus grandes villes pose problème. Il faut mobiliser beaucoup plus d'institutions, d'intervenants sociaux,... Des essais existent mais ils s'essouffent souvent assez vite en raison d'un certain nombre d'inerties.

Cette démarche semble fonctionner à Momignies mais peut-elle s'appliquer à différentes échelles territoriales ? Est-il possible d'étendre cette démarche à la région de l'Entre-Sambre-et-Meuse en intégrant les communes limitrophes ? Pour le moment, des partenaires dont le champ d'action est plus grand que Momignies participent à la Coordination sociale de la commune.

La mobilité des personnes précarisées pose problème notamment dans les communes rurales. De nombreuses activités de la Coordination sociale se font dans une même salle de la commune. Pour atténuer cette problématique, des formes de covoiturage ont été mises en place.

Synthèse et pistes de réflexions pour agir

« La force du lien » essaye d'adresser les tensions existantes entre demandeurs d'aide et intervenants sociaux en mettant en lien les paroles des deux parties. Il s'agit de comprendre comment les personnes précarisées vivent leur situation vis-à-vis des services sociaux ; et comment les intervenants sociaux perçoivent la relation de prise en charge. La « force du lien » vise à améliorer la mise en œuvre d'une aide qui engendre des résultats durables pour et avec les personnes vivant dans la pauvreté ; examine les relations de prise en charge des personnes en situation de pauvreté aussi bien du point de vue de ces personnes que de celui des travailleurs sociaux ; et veut agir sur l'attachement et l'*empowerment*. Les relations de prises en charge qui engendrent des résultats durables se distinguent par des intervenants sociaux prenant des rôles flexibles adaptés au demandeur d'aide, de sa situation et de son évolution ; et développant une relation de confiance basée sur le respect et le dialogue.

La mise en œuvre de l'approche « la force du lien » semble pouvoir fonctionner dans des communes rurales (dont la densité de population est faible) ou dans une zone très ciblée d'une grande ville. Dans les grandes villes, on risque d'atteindre rapidement les limites organisationnelles des institutions en raison du nombre beaucoup plus important de demandeurs d'aide.

De plus, « la force du lien » se limite à une approche individuelle (des demandeurs d'aide) en laissant peu place à l'*empowerment* communautaire ; et semble se focaliser davantage sur les conséquences des inégalités sociales de santé que sur leurs causes. L'approche « la force du lien » ne fait pas de liens avec les notions de cohésion sociale et d'inclusion sociale ; elle en limite sa portée. L'inclusion sociale fait appel à une réflexion, d'une part, sur la dynamique des systèmes (sociaux) et, d'autre part, sur les logiques d'action personnelle et la qualité des relations interpersonnelles qui renforcent ou déforcent la cohésion sociale. Comme le souligne le Conseil de l'Europe, la cohésion sociale se développe plus facilement en période de croissance économique. Dès lors, il s'avère nécessaire de soutenir la cohésion sociale pendant les phases de récession économique pour faire face au risque accru de désolidarisation des liens sociaux et une défiance envers les institutions de socialisation.

D'un point de vue pratique, l'approche « la force du lien » peut se concevoir comme un outil permettant aux intervenants sociaux de se positionner par rapport à la prise en charge des demandeurs d'aide. Contrairement aux approches *top-down* conventionnelles en santé publique, l'approche *bottom-up* de « la force du lien » se base sur le demandeur d'aide et questionne sa relation avec les institutions auxquelles il est confronté et *in fine* les rôles et missions de ces institutions.

Références bibliographiques

Bowlby J, Attachement et perte.Vol1.L'attachement. Paris. PUF. 2002.544p.

Driessens K, Van Regenmortel T. La Force du Lien. Contre la pauvreté. Sphère de vie et relation d'aide. Leuven: Lannoo Campus; 2006.

Driessens K. La relation entre intervenants sociaux et personnes vivant dans la pauvreté. Affronter l'exclusion et la dépendance. Pensée plurielle. 2010;n° 25(3):91.

Graham H. Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. The Milbank Quarterly. 2004;82(1):101–24.

Ninacs W A, Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité, Québec, Presses de l'Université de Laval, 2008, 140p.

OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Commission des déterminants sociaux de la santé. (Page consultée le 05/10/17)

http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/.