4 ADAPTER LES INTERVENTIONS AUX TYPES DE PUBLICS

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. Adapter son intervention aux types de publics, In : Lambert H. (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 6 p.

RÉSUMÉ

Selon les contextes, de nombreuses variables, telles que la classe sociale, la culture, la langue, la religion, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et les incapacités entrent en interaction pour créer des situations désavantageuses pour certains groupes et individus (Touati *et al.*, 2018). Comprendre leurs contextes de vie, leur besoins, leurs représentations, et tenir compte de la diversité de leurs points de vue s'avèrent donc indispensables lorsqu'il s'agit d'élaborer, de mettre en œuvre et de diffuser des politiques et des interventions équitables en santé (Jongen *et al.*, 2017). La littératie en santé est un facteur influençant l'état de santé des groupes sociaux. Un bon niveau de littératie contribue à permettre aux individus de faire des choix éclairés et d'adopter des comportements favorables à leur santé (Van den Broucke & Renwart, 2014). Ensuite, la culture a une profonde influence sur la manière dont les individus perçoivent le monde et plus spécifiquement, la santé et la maladie (Huff *et al.*, 2015). La compétence culturelle ou « compétence en matière de diversité » (Butler *et al.*, 2016) correspond quant à elle à une stratégie visant à tenir compte des différences culturelles à tous les niveaux du système de santé (Jongen *et al.*, 2017). Les stratégies visant simultanément plusieurs aspects tels que la littératie, la culture et la langue et à plusieurs niveaux du système de santé semblent particulièrement pertinentes pour communiquer efficacement et améliorer l'état de santé de la population dans sa diversité (Jongen *et al.*, 2017 ; Andrulis *et al.*, 2016).

Les groupes sociaux sont caractérisés par les déterminants de santé qui les affectent et leur capacité à agir sur ces déterminants. En effet, les problèmes de santé se répartissent dans la population selon un gradient socio-économique (Garcia, 2006). Plus précisément, de nombreuses variables, telles que la classe sociale, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et les incapacités interagissent pour créer des situations désavantageuses pour certains groupes et individus (Touati *et al.*, 2018). Les populations défavorisées ont un accès plus limité aux soins de santé (Lie *et al.*, 2012). Elles rencontrent des barrières économiques, linguistiques et/ou culturelles nuisant à leur décodage de l'information en santé et à leur orientation dans le système de santé (Andrulis, 2016). Dans ce contexte, la prise en compte de leurs environnements et conditions de vie, de leurs besoins spécifiques et de la

diversité de leurs points de vue s'avère indispensable lorsqu'il s'agit d'élaborer, de mettre en œuvre et de diffuser des politiques et des interventions équitables en santé (Jongen *et al*., 2017).

Deux concepts ont été développés pour mieux prendre en compte les spécificités de certains groupes ou individus en santé publique. D'abord, le terme de *littératie* en santé, inscrit en 1998 dans le glossaire de la santé de l'OMS, suscite un intérêt croissant (Cultures&Santé, 2016 ; Renwart & Van De Broucke, 2014). Il est aujourd'hui mobilisé par de nombreux chercheurs, acteurs de terrain et décideurs politiques. Ensuite, l'influence de la culture sur les comportements de santé a été davantage étudiée et reconnue au fil du temps (Kreuter & McClure, 2004). Dans ce contexte, le concept de *compétence culturelle* a émergé (Jongen *et al*., 2017).

○ DÉFINITIONS DES CONCEPTS

La littératie en santé est un déterminant de la santé. Un bon niveau de littératie contribue à ce que les individus fassent des choix éclairés et adoptent des comportements favorables à leur santé (Van den Broucke & Renwart, 2014). Les individus présentant un faible niveau de littératie sont aussi souvent ceux qui sont faiblement éduqués, économiquement défavorisés, et qui appartiennent à un groupe minoritaire (Van den Broucke & Renwart, 2014), ce qui fait dire à Van den Broucke qu'il faut considérer la littératie comme « un médiateur important des effets des facteurs sociaux sur la santé, tels que le niveau de revenu ou d'éducation par exemple » (Van den Broucke, 2015).

Suite à l'analyse de 17 définitions trouvées dans la littérature, Kristine Sørensen et ses collaborateurs proposent de définir la littératie en santé de la manière suivante : « *La littératie en matière de santé est liée à l'alphabétisation et elle englobe les connaissances, la motivation et les compétences des personnes pour accéder aux informations sur la santé, les comprendre, les évaluer et les appliquer afin de porter des jugements et de prendre des décisions dans leur vie quotidienne relatives aux soins de santé, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé pour maintenir ou améliorer leur qualité de vie tout au long de leur vie*. » (Sørensen *et al*., 2012 : 13 ; traduit par nos soins). La littératie comprend donc un ensemble complexe et interconnecté de capacités individuelles. L'approche dite « clinique » met l'accent sur les relations entre patients et soignants tandis que l'approche dite de "santé publique" inscrit la littératie dans le domaine plus large du développement du pouvoir d'agir (Sørensen *et al*., 2012, Cultures&Santé, 2016). Pour la promotion de la santé, il est important que les populations puissent comprendre les messages de santé, les évaluer et prendre des décisions relatives aux problèmes de santé publique qui les concernent (Cultures&Santé, 2016). La littératie en santé joue également un rôle crucial dans la capacité des populations à intervenir dans les débats publics sur la santé et les instances de démocratie en santé (Ferron, 2017).

Ensuite, **la culture** a une profonde influence sur la manière dont les individus perçoivent le monde et plus spécifiquement, la santé et la maladie (Huff *et al*., 2015). Elle est un déterminant important des comportements de santé (Huff *et al*., 2015). Alexandra Garcia (2006 : 21, traduit par nos soins) définit la culture ainsi : « *un terme qui fait référence à l'ensemble des règles implicites et explicites héritées par un groupe et qui guident sa façon de voir, ressentir et interagir avec le monde* ». Plus globalement, la culture se reflète dans tous les aspects de la vie sociale d'un groupe, tels que dans ses croyances, son langage corporel, son mode de vie ou sa conception des rôles familiaux (Pérez & Luquis, 2008 ; Huff *et al*., 2015 ; Kreuter & McClure, 2004). Elle évolue, se reconfigure au fil du temps (Kreuter & McClure, 2004). De plus, la plupart des individus appartiennent à plusieurs cultures (Garcia, 2006).

Tout au long de sa vie, à travers un processus de socialisation, l'individu intériorise certaines dispositions culturelles propres à son milieu qui façonnent sa personnalité, ses perceptions et facilitent son intégration au sein de la société. Les **représentations sociales** font référence aux grilles de lecture et d'interprétation du monde qu'acquièrent les groupes et individus à travers ce processus de socialisation. Les **normes sociales** quant à elles, font référence aux règles, aux conduites et aux valeurs dominantes (lois, habitudes, coutumes, mœurs…) au sein d'un groupe ou d'une collectivité. Les représentations sociales et les normes sociales ne sont pas figées, elles évoluent au gré des situations, des contextes et des époques (Cultures&Santé *et al*., 2013).

La compétence culturelle ou « compétence en matière de diversité » (Butler *et al*., 2016) correspond à une stratégie visant à tenir compte des différences culturelles à tous les niveaux du système de santé (Jongen *et al*., 2017). C'est un « *ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruents qui se retrouvent dans un système, une organisation ou parmi les professionnels et qui permettent à ce système, cette organisation ou ces professionnels de travailler efficacement dans des situations transculturelles* » (Cross *et al*., 1989 cités par Jongen *et al*., 2017 : 2 ; traduit par nos soins). Elle s'applique aussi bien aux minorités qu'à d'autres groupes marginalisés et/ou stigmatisés tels que les populations LGBTI+ et les personnes en situation de handicap (Butler *et al*., 2016).

Dans un contexte multiculturel, travailler à réduire les inégalités sociales de santé implique donc de créer des environnements « culturellement compétents ». Ces environnements doivent être adaptés aux réalités spécifiques des différentes communautés (Pérez & Luquis, 2008).

MODÈLES

LITTÉRATIE

Le modèle proposé par Sørensen *et al.*, (2012) décrit les principales composantes de la littératie en santé selon l'approche « santé publique ».

FIG. 8 : LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE LA LITTÉRATIE SELON SØRENSEN ET SES COLLABORATEURS (2012)

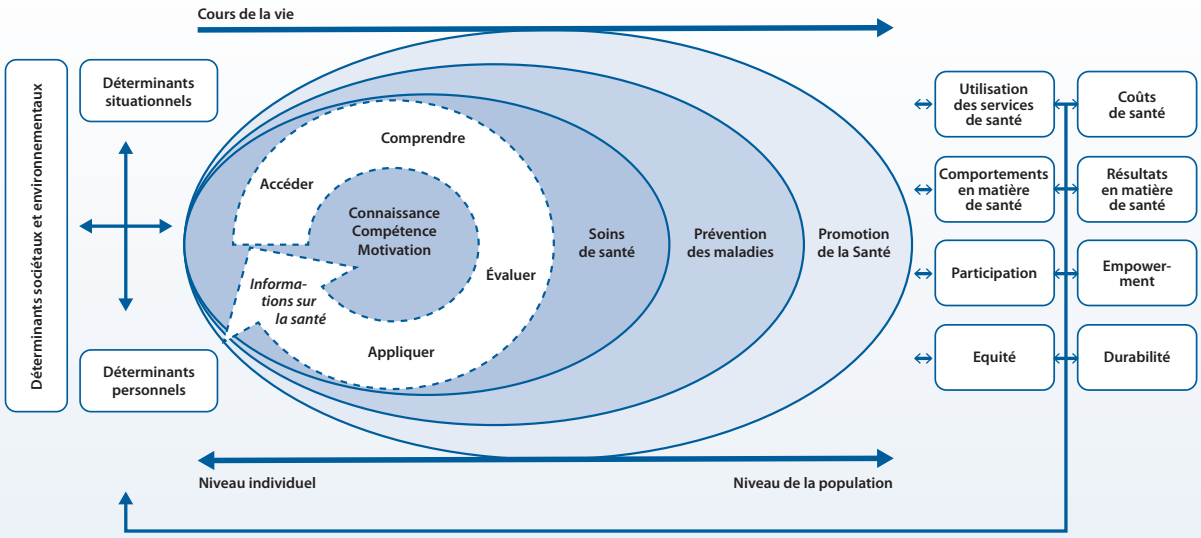


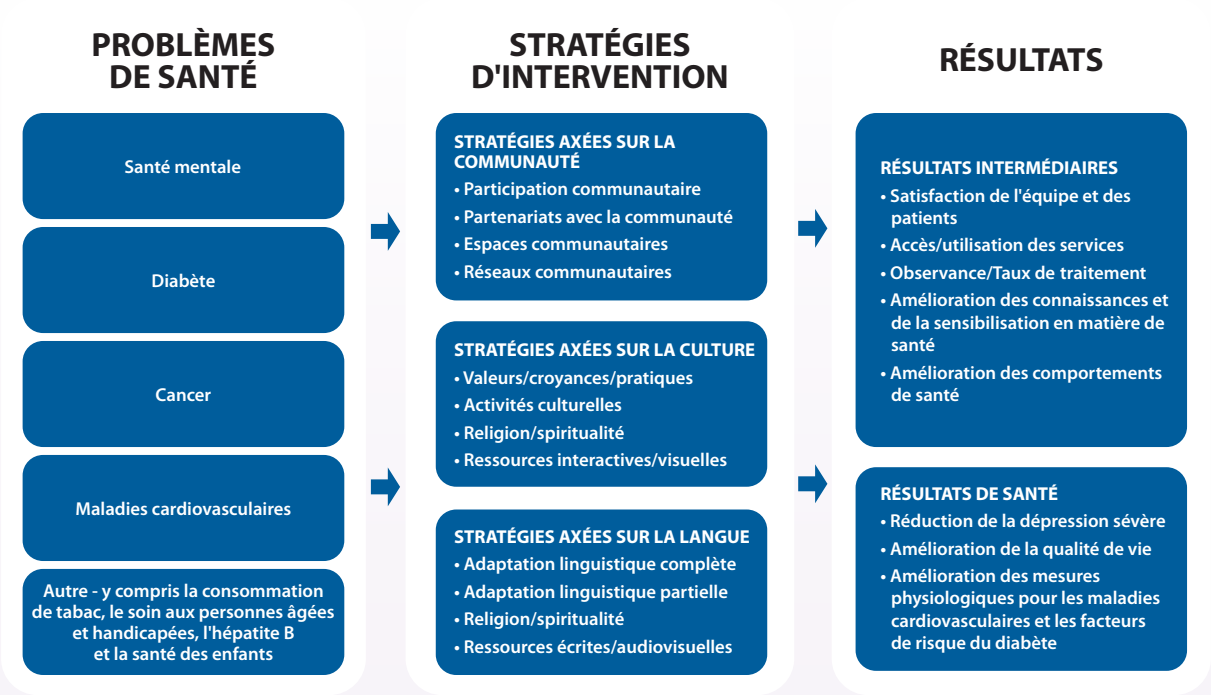
Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. ; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25 ; 12:80

Au centre du modèle, se trouve le concept de littératie en santé. À gauche, se situent les déterminants sociétaux et environnementaux (culture, langue, politique, etc.), individuels (âge, sexe, etc.) et situationnels (soutien social, influence de la famille, etc.) qui influencent le niveau de littératie d'un individu. À droite, logent les conséquences de la littératie. Un meilleur niveau de littératie engendre, par exemple, une réduction de l'utilisation des services de santé, une amélioration de l'état de santé auto-déclaré des individus, une plus grande participation aux décisions de santé publique et davantage d'équité (Sørensen *et al.*, 2012).

COMPÉTENCE CULTURELLE

Jongen *et al.* (2017) ont identifié trois types de stratégies utilisées en promotion de la santé pour améliorer la compétence culturelle de certaines interventions : celle axée sur la communauté, celle axée sur la culture et celle axée sur la langue. Les interventions culturellement compétentes mobilisent la plupart du temps plusieurs de ces stratégies.

FIG. 9 : MODÈLE PRÉLIMINAIRE POUR AMÉLIORER LA COMPÉTENCE CULTURELLE DES SERVICES ET PROGRAMMES DE SANTÉ SELON JONGEN ET SES COLLABORATEURS (2017)



▸ *Schéma traduit par nos soins et issu de l'article : Jongen C.S., McCalman J., Bainbridge R.G. The Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review. Front Public Health. 2017 Feb 27;5:24.*

À gauche du modèle, se trouvent les problèmes de santé spécifiques pour lesquels il existe des preuves de l'amélioration de l'état de santé par la mise en place d'interventions culturellement compétentes. Au centre, se trouvent les stratégies d'intervention préconisées à différents niveaux. À droite, sont présentés certains résultats de santé qu'engendrent ces stratégies.

○ CONCLUSION

Comprendre les réalités diverses des populations à qui nous destinons nos interventions en promotion de la santé, les impliquer dans ces interventions et adapter nos interventions à leurs besoins est fondamental pour les atteindre, renforcer leur confiance et réduire les inégalités sociales de santé. Les stratégies visant simultanément plusieurs aspects tels que la littératie, la culture (et la langue), les représentations et normes sociales semblent particulièrement pertinentes pour communiquer efficacement et améliorer l'état de santé de la population dans sa diversité (Jongen *et al.*, 2017 ; Andrulis *et al.*, 2016).

○ FAITS SAILLANTS

- Selon les contextes, de nombreuses variables, telles que la classe sociale, la culture, la langue, la religion, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et les incapacités entrent en interaction pour créer des situations désavantageuses pour certains groupes et individus (Touati *et al.*, 2018). Comprendre leurs contextes de vie, leur besoins, leurs représentations, et tenir compte de la diversité de leurs points de vue s'avèrent donc indispensables lorsqu'il s'agit d'élaborer, de mettre en oeuvre et de diffuser des politiques et des interventions équitables en santé (Jongen *et al.*, 2017).
- La littératie en santé est un déterminant de la santé. Un bon niveau de littératie contribue à renforcer la capacité des individus à faire des choix éclairés et à adopter des comportements favorables à leur santé (Van den Broucke & Renwart,

2014). La littératie en santé joue également un rôle crucial dans la capacité des populations à intervenir dans les débats publics sur la santé et les instances de démocratie en santé.

- La culture a une profonde influence sur la manière dont les individus perçoivent le monde et plus spécifiquement, la santé et la maladie (Huff *et al*., 2015). Elle est un déterminant important des comportements de santé (Huff *et al.*, 2015). La compétence culturelle ou « compétence en matière de diversité » (Butler *et al.*, 2016) correspond à une stratégie visant à tenir compte des différences culturelles à tous les niveaux du système de santé (Jongen *et al.*, 2017).
- Le modèle proposé par Sørensen *et al*. décrit les principales composantes de la littératie en santé selon l'approche « santé publique » (2012). Jongen *et al.* (2017) ont quant à eux identifié trois types de stratégies utilisées en promotion de la santé pour améliorer la compétence culturelle de certaines interventions : celles axées sur la communauté, celles axées sur la culture et celles axées sur la langue. Enfin, partant du constat que littératie, culture et langue sont souvent traitées séparément lorsqu'il s'agit d'implémenter des stratégies à destination de personnes vulnérables, Andrulis *et al.* (2016), proposent un modèle « intégré » destiné au milieu clinique.
- Les stratégies visant simultanément plusieurs aspects et prenant en compte la littératie, la culture et la langue, à plusieurs niveaux du système de santé, semblent particulièrement pertinentes pour communiquer efficacement et améliorer l'état de santé de la population (Jongen *et al.*, 2017 ; Andrulis *et al.*, 2016).

POUR ALLER PLUS LOIN

- **La littératie en santé. D'un concept à la pratique. Guide d'animation.**
  Cultures&Santé. 2016 : 83.
  https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html
- **Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review.**
  Jongen C.S., McCalman J., Bainbridge R.G. The Front Public Health. 2017 Feb 27 ; 5:24.
  https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327788/
- **Questionner les représentations sociales en promotion de la santé.**
  Cultures&Santé. 2013 : 54.
  https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/261-questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante.html
- **La littératie en santé comme facteur médiateur des inégalités sociales de santé et des comportements de santé.**
  Renwart A., Van den Broucke S. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation.
  Université catholique de Louvain. 2014.
  https://alfresco.uclouvain.be/alfresco/service/guest/streamDownload/workspace/SpacesStore/b6374a8a-76d3-44b5-b888-3fc0c-0c05fe5/Litt%C3%A9ratie%20en%20sant%C3%A9%20en%20Belgique.pdf?guest=true

BIBLIOGRAPHIE

- Andrulis DP, Brach C. Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. American Journal of Health Behavior. 2007;31(1_suppl):122-133.
- Butler M, McCreedy E, Schwer N, Burgess D, Call K, Przedworski J, *et al.* Improving Cultural Competence to Reduce Health Disparities. Rockville (US) : Agency for Healthcare Research and Quality; 2016. 91p. Report No.: 16-EHC006-EF.
  En ligne : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361126/

- Cultures&Santé, CLPS de Bruxelles, CLPS en province de Luxembourg, CLPS en province de Namur. Questionner les représentations sociales en promotion de la santé. Bruxelles (BE) : Cultures&Santé ; 2013. 54p.
  En ligne : https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/261-questionner-les-representations-sociales-en-promotion-de-la-sante.html
- Cultures&Santé. La littératie en santé. D'un concept à la pratique. Guide d'animation. Bruxelles (BE) : Cultures&Santé ; 2016. 83p.
  En ligne : https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-promotion-sante/item/417-la-litteratie-en-sante-d-un-concept-a-la-pratique-guide-d-animation.html
- Dupuis P. La littératie en santé : comprendre l'incompréhension. Éducation Santé. 2015;(309):8-10.
- Ferron C. La littératie en santé : synthèse bibliographique. Aubervilliers cedex (FR) : Fnes ; 16 oct. 2017; 39p.
  En ligne : https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf
- Garcia A. Is health promotion relevant across cultures and the socioeconomic spectrum? Family & community health. 2006;29(1):20-27.
- Huff R, Kline M, Peterson VD. Health promotion in multicultural populations. Newbury Park (US) : Sage publications Ltd ; 2015. 560p.
- Jongen CS, McCalman J, Bainbridge RG. The Implementation and Evaluation of Health Promotion Services and Programs to Improve Cultural Competency: A Systematic Scoping Review. Frontiers in Public Health. 2017;5(24):1-14.
- Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. Annual Review of Public Health. 2004;25:439-455.
- Lie D, Carter-Pokras O, Braun B, Coleman C. What do health literacy and cultural competence have in common? Calling for a collaborative health professional pedagogy. Journal of Health Communication. 2012;17(3_suppl):3-22.
- Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa (CA) : OMS ; 21 nov. 1986. 5p.
  En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Pérez, M. A., et Luquis, R.R. Hoboken (US) : Cultural competence in health education and health promotion. Jossey-Bass/Wiley ; 2008. 303p.
- Renwart A [Mémoire]. La littératie en santé comme facteur médiateur des inégalités sociales de santé et des comportements de santé. Prom. : Van den Broucke, Stephan. Louvain (BE) : Université catholique de Louvain ; 2014. 23p.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, *et al*. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;25(12):1-13.
- Touati N, Garakani T, Charest E, Proteau-Dupont E. Des personnes uniques avant tout : une grille d'analyse critique pour mieux prendre en compte la diversité des besoins dans le cadre des actions sur les déterminants sociaux de la santé. Éthique publique. 2018;20(2):1-20.



Fiche extraite du dossier ONZE FONDAMENTAUX EN PROMOTION DE LA SANTÉ : DES SYNTHÈSES THÉORIQUES

Télécharger le dossier complet

Dossier coordonné par Hélène Lambert[1]

Préface rédigée par Timothee Delescluse[3] et Christine Ferron[2].

La fiche sur la promotion de la santé a été rédigée par Christine Ferron[2].

La fiche sur l'éthique a été rédigée par Timothée Delescluse[3] et Christine Ferron[2] .

Les fiches suivantes ont été rédigées par Hélène Lambert[1], avec les contributions de : Isabelle Aujoulat[1] , Timothée Delescluse[3] , Dominique Doumont[1], Christine Ferron[2] pour la conception et la relecture critique de l'ensemble du document, et d'Océane Le Boulengé[1], Ségolène Malengreaux[1] , Claire Deltenre et Lucie de Meester (mémorantes à l'UCLouvain/IRSS-RESO dans le cadre de leur master en sciences de la santé publique à l'UCLouvain), pour leur contribution à la rédaction ou leur relecture de certaines fiches.

La conclusion a été rédigée par Dominique Doumont[1] et Isabelle Aujoulat[1].

[1] UCLouvain/IRSS-RESO, Fédération Wallonie Bruxelles, Belgique
[2] Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, Aubervilliers, France
[3] Promotion Santé Normandie, Rouen, France

REMERCIEMENTS :

- **Pour leurs retours à l'occasion d'un moment d'échange** : Denis Mannaerts et Maite Cuvelier (Cultures&Santé), Tiphaine Alonzo et Laure Bidaux (Promotion Santé Normandie), Chloé Hamant (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône Alpes), Katherine Loayza (Question Santé), Lucie Cros et Anne Sizaret (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne-Franche Comté)
- **Pour sa contribution à la conception du projet** : Bénédicte Scheen (UCLouvain/IRSS-RESO, mars 2018 - décembre 2020)
- **Pour la coordination de la mise en page** : Théophile Pitsaer (UCLouvain/IRSS-RESO)
- **Pour le design et la mise en page du document** : Olivier Vertcour (Alakazam)

Pour citer ce dossier : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (Décembre 2021). *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p.

Avec le soutien de :

Éditrice responsable : Isabelle Aujoulat
UCLouvain/IRSS-RESO Clos Chapelle aux champs, 30 bte B1.30.14 - 1200 Woluwe-St-Lambert, Belgique
Contact : reso@uclouvain.be