

L'universalisme proportionné : De quoi parle-t-on ? Comment peut-il être mis en œuvre concrètement ?

SÉMINAIRE D'ÉCHANGES ENTRE ACTEURS
« PARTAGEONS NOS EXPÉRIENCES POUR AGIR SUR LES INÉGALITÉS DE SANTÉ »

Organisé par la SFSP
Paris – 17-18 mars 2015

Christine FERRON

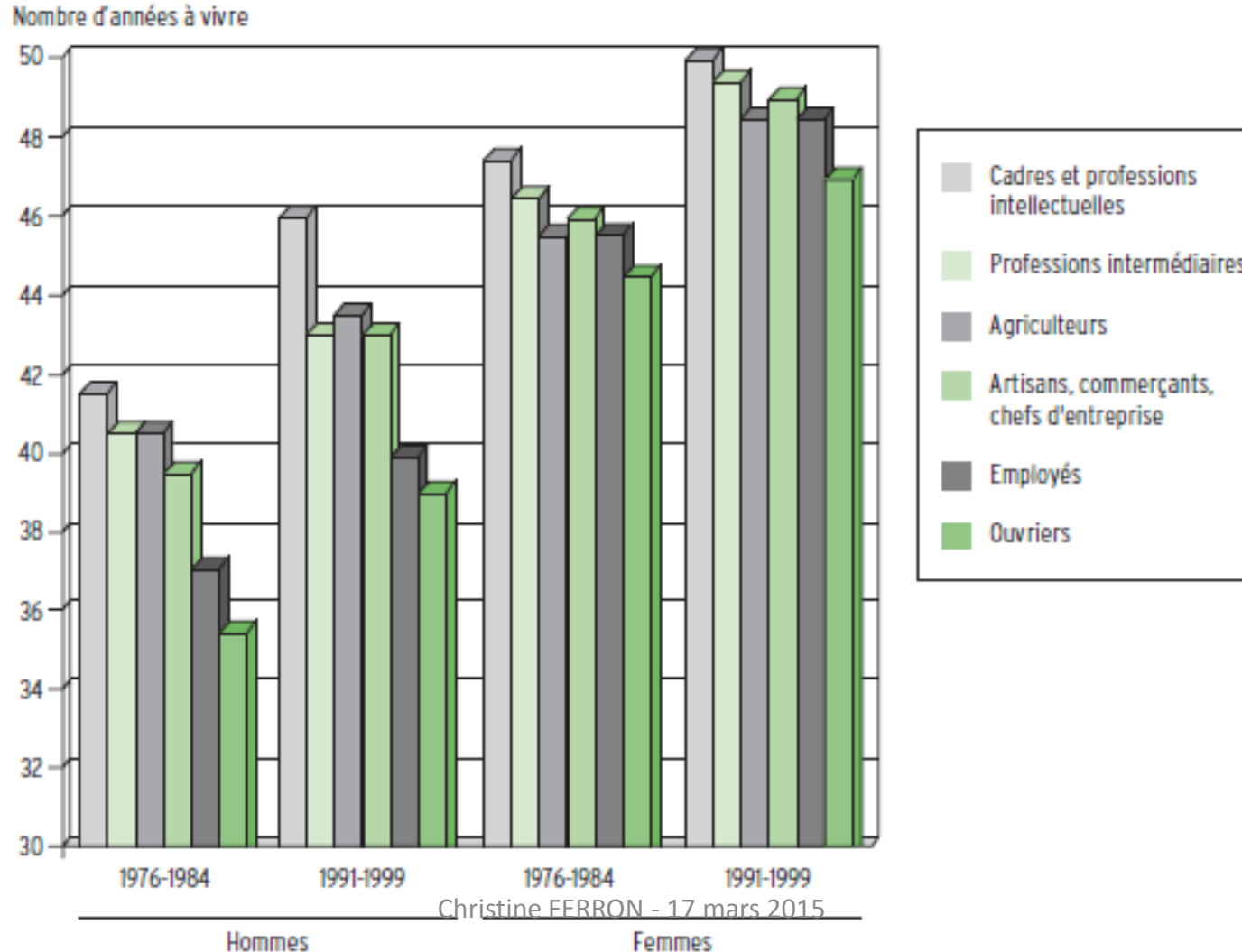
Instance Régionale d'Education et de Promotion de la santé de Bretagne
Fédération nationale de l'Education et de la promotion de la Santé

Christine FERRON - 17 mars 2015



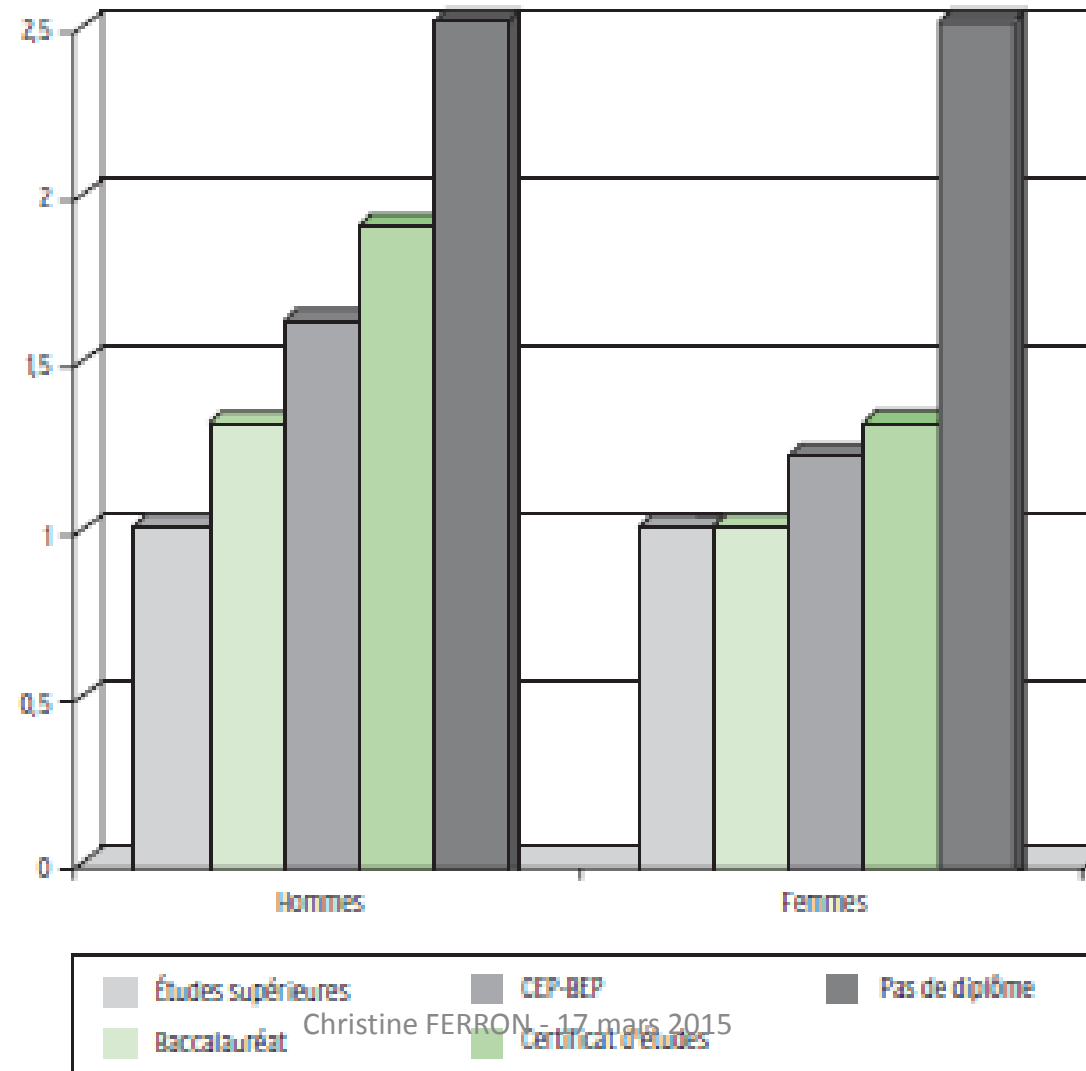
Monteil c. et al. (2005) INSEE Première n°1025 (in : INPES 2010)

Espérance de vie à 35 ans, des hommes et des femmes en France
par catégorie socioprofessionnelle, périodes 1976-1984 et 1991-1999



G. Menvielle et al. (2007) RESP n°55 (in : INPES 2010)

Mortalité relative pour la période de 1990-1996 en France,
pour les hommes et les femmes âgés de 35 à 64 ans en 1990,
selon le plus haut diplôme déclaré



LES INÉGALITÉS SE RÉPARTISSENT DANS LA POPULATION GÉNÉRALE SELON UN GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ

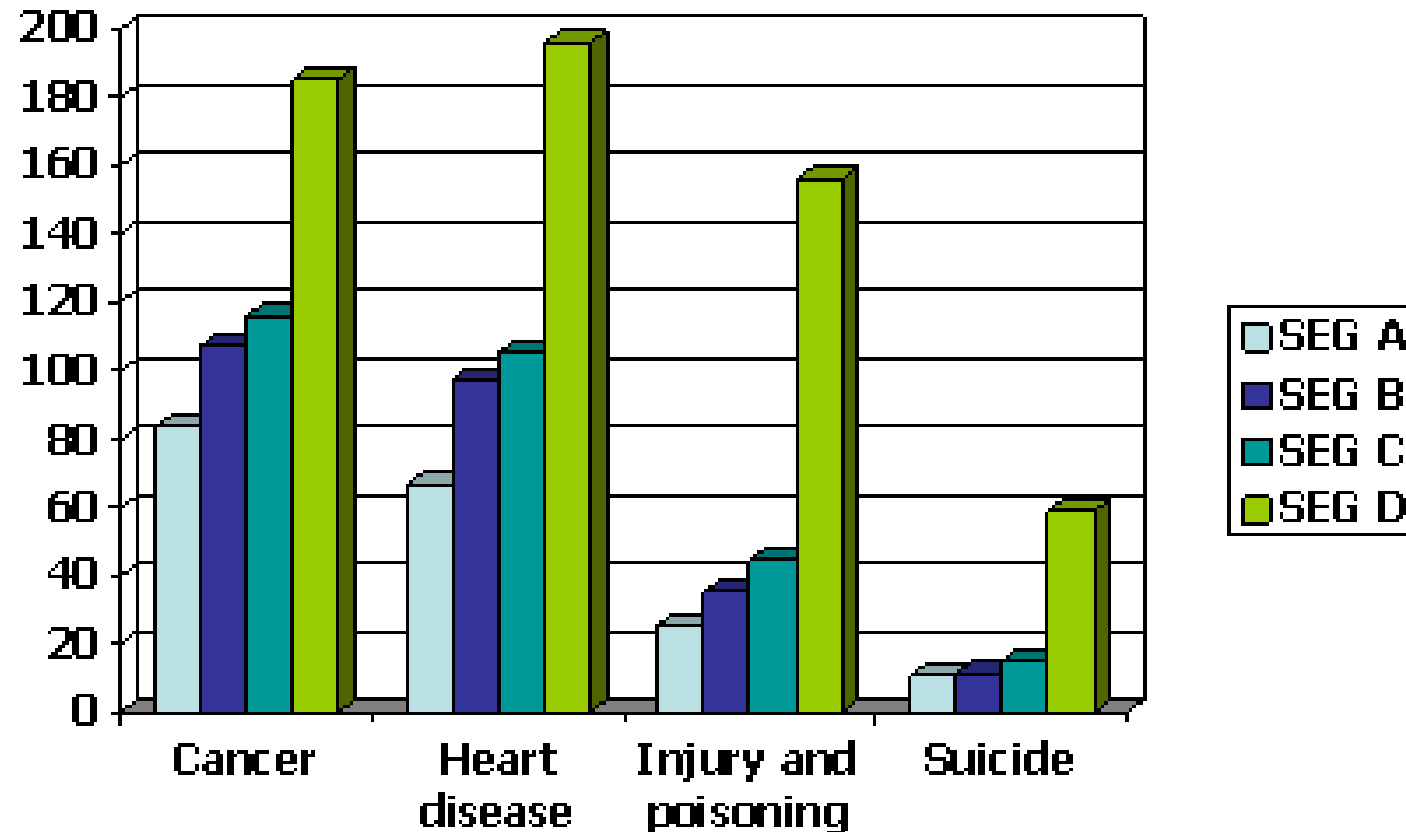
- « **Le gradient social de santé** décrit le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons »

[Rapport BLACK (1980) cité par A. SEN, « Why health equity », 2009]

LE GRADIENT SOCIAL DE SANTÉ

La fréquence des problèmes de santé **augmente régulièrement** des catégories sociales les plus favorisées aux catégories sociales les plus défavorisées

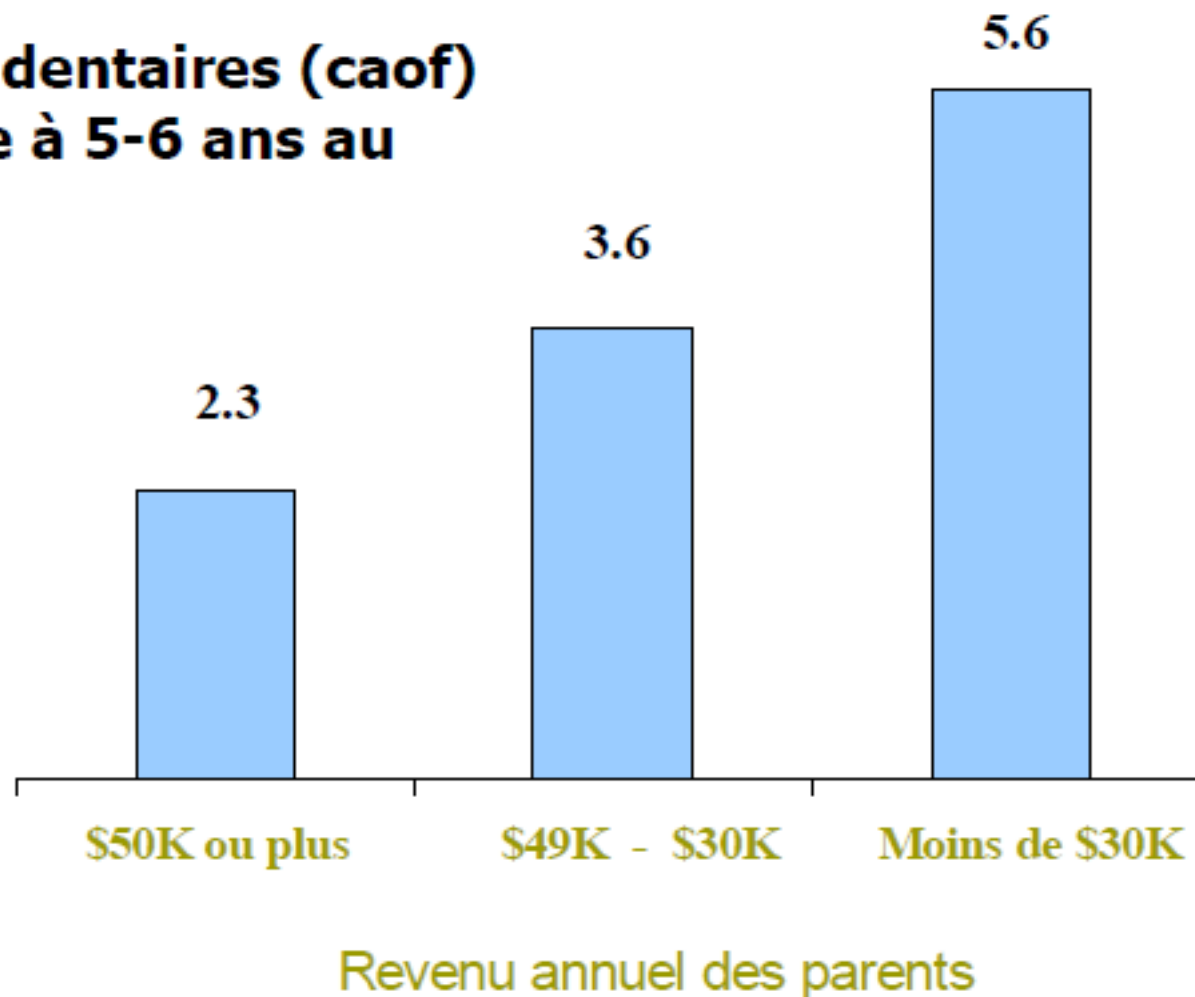
Impact of the social gradient on health



Cause of death in working age males by social class, Ireland 1989-1998

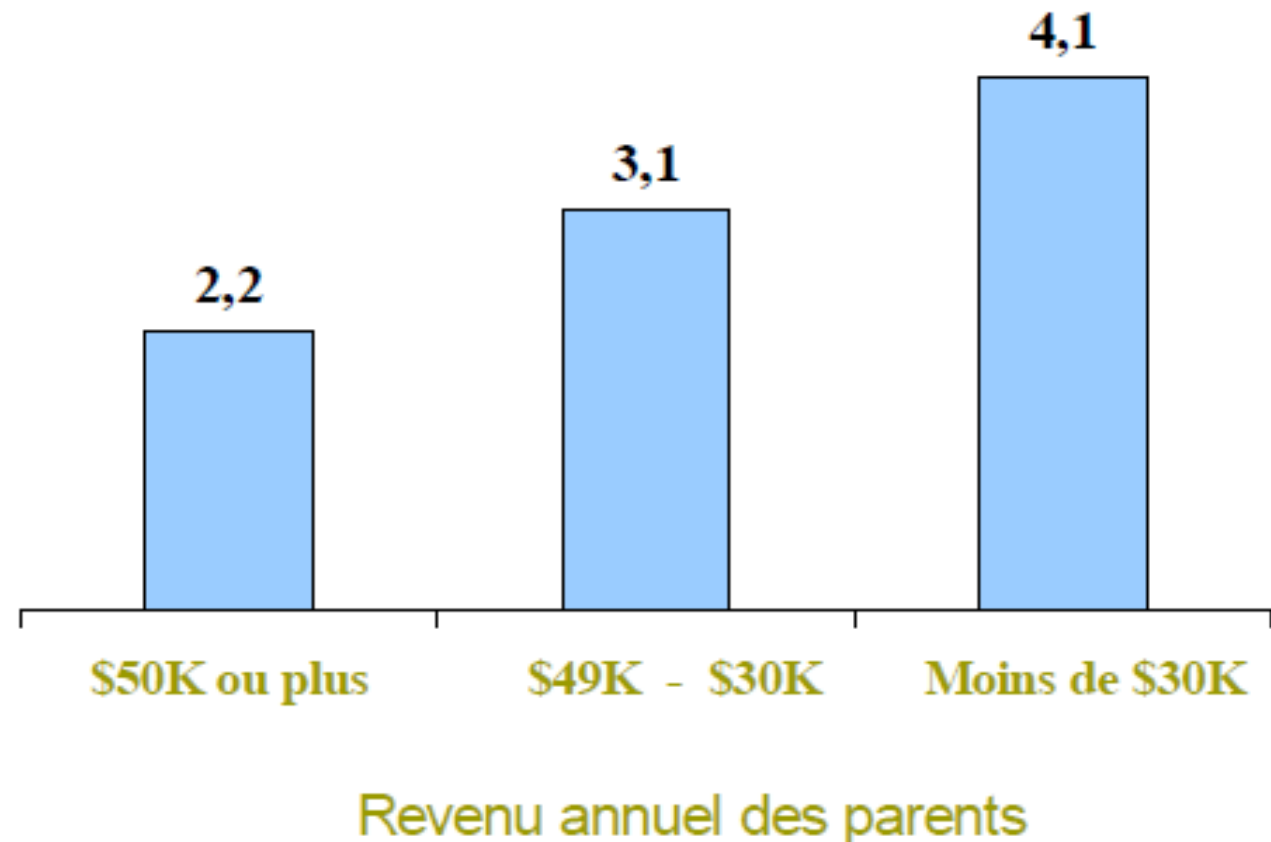
**Nombre de surfaces dentaires (caof)
 affectées par la carie à 5-6 ans au
 Québec**

(Brodeur *et al*, 2001)



**Nombre de surfaces dentaires (CAOF)
affectées par la carie à 11-12 ans au
Québec**

(Brodeur *et al*, 1999)

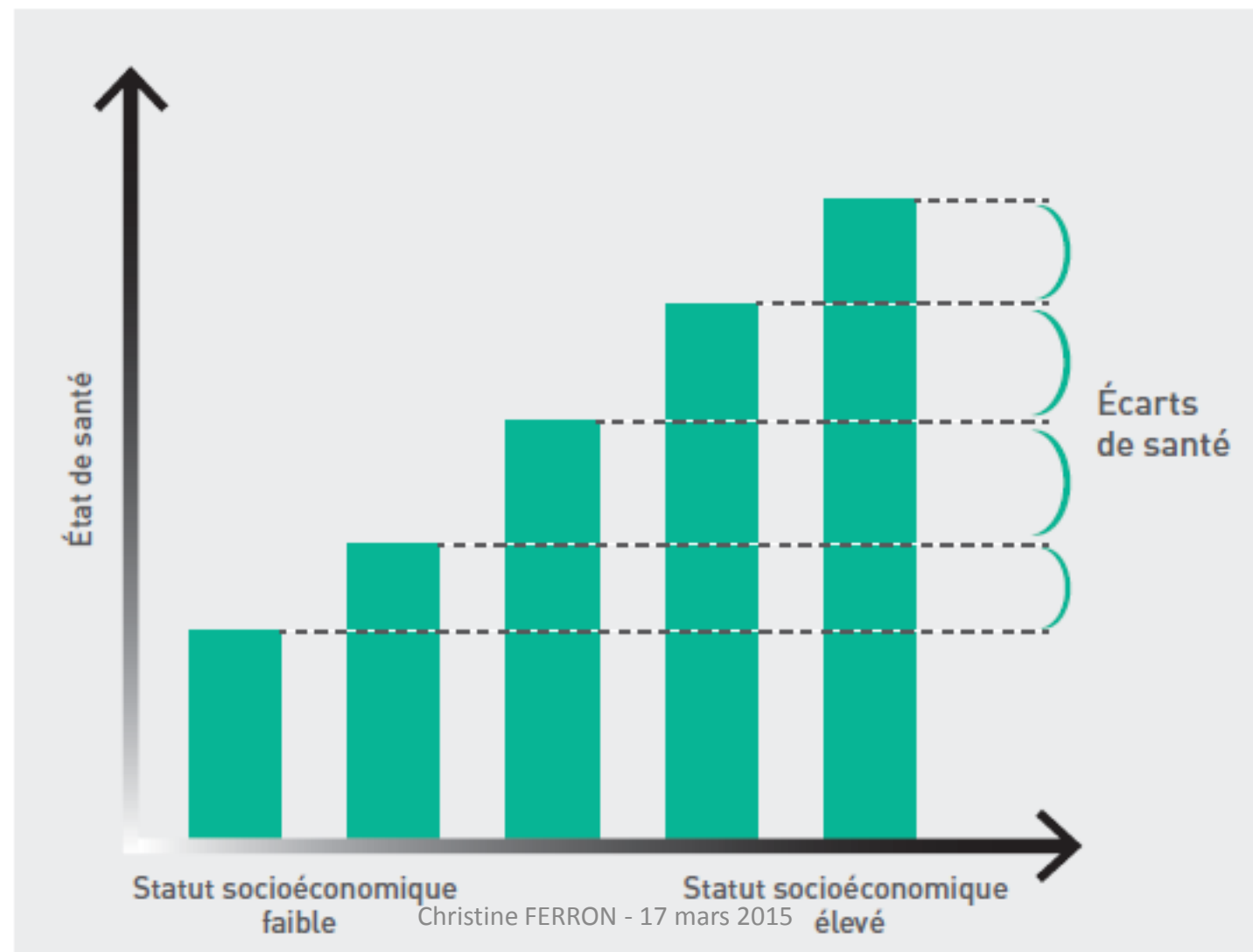


Prévalence de l'édentation complète à 35-44 ans au Québec

(Brodeur *et al*, 1995)



REPRÉSENTATION THÉORIQUE DES ÉCARTS DE SANTÉ



LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : COMMENT AGIR ?

- **L'action sur le gradient social**
≠ action visant exclusivement les populations les plus défavorisées
- **Suppose de combiner une action sur l'ensemble de la population (approche universelle) et une action différenciée selon les publics (approche ciblée)**

L'APPROCHE UNIVERSELLE

- « Une intervention offerte à tous (universelle) a le potentiel de soutenir **l'ensemble de la population** et de favoriser le bien-être de **tous les niveaux socioéconomiques**. »
 - « Cependant, ces interventions négligent une tranche importante de la population, c'est-à-dire **ceux qui ont besoin d'un soutien accru et qui sont plus difficiles à rejoindre**. »

(Julie POISSANT, INSPQ, 2013)



« L'UNIVERSALISME EN PRINCIPE NE SE TRADUIT PAS NÉCESSAIREMENT PAR L'UNIVERSALISME EN PRATIQUE »

- « Par exemple, l'accès aux espaces verts et à l'activité physique est influencé par des déterminants comme l'éducation, le revenu, le sexe, l'ethnie, le lieu de vie et de travail. Les programmes universels peuvent avantager des gens déjà en situation favorable et échouer à améliorer la situation des gens se trouvant dans une situation moins favorable, élargissant du même coup l'écart en matière de santé. »

*[Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2014)
Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé.
Antigonish, Centre de collaboration nationale des déterminants de la
santé, Université Saint Francis Xavier]*

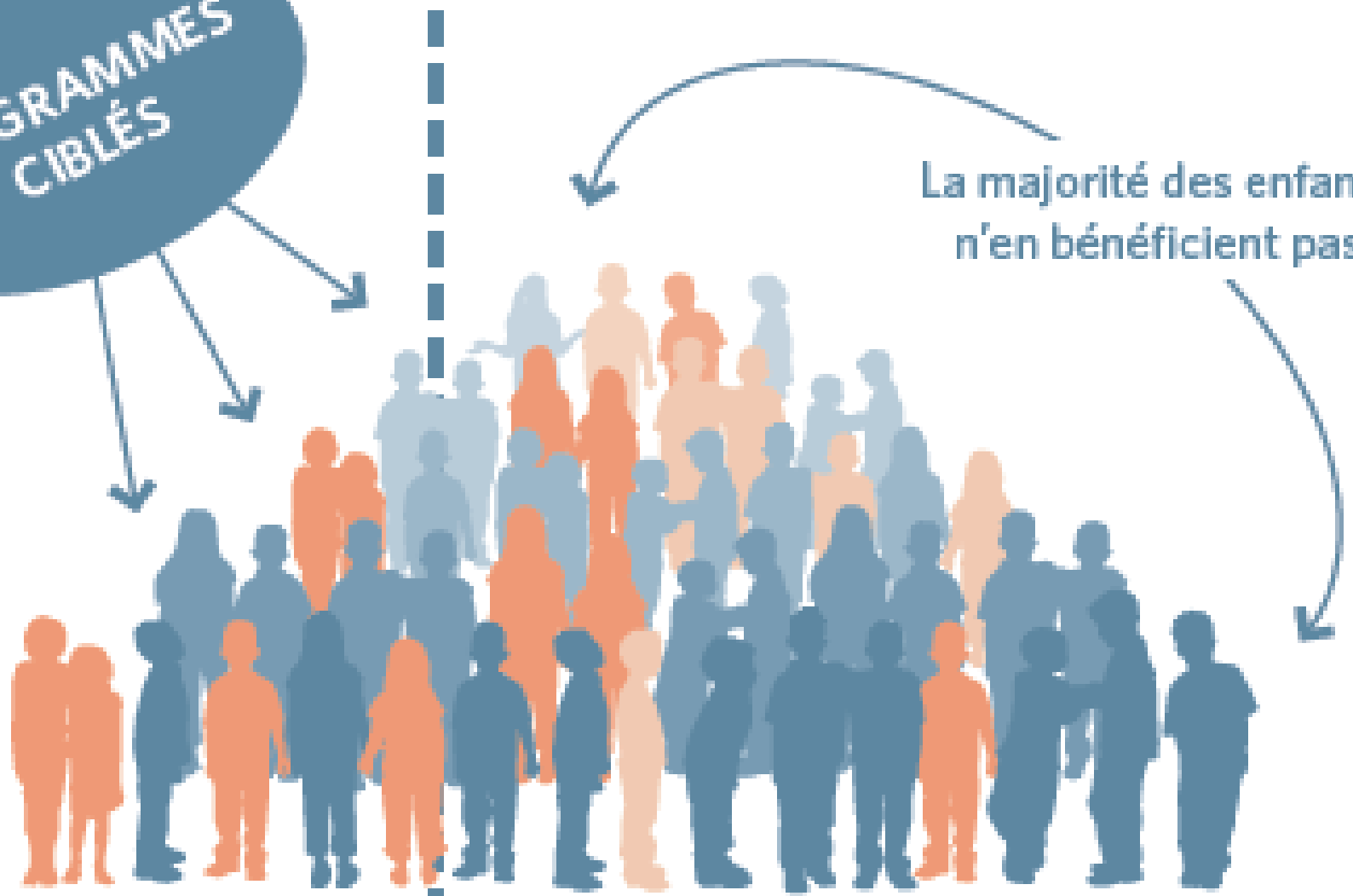
L'APPROCHE CIBLÉE

« L'approche ciblée vise à rejoindre **une partie de la population de manière prioritaire**. L'admissibilité et l'accès à l'intervention dépendent des **critères de sélection** (revenu, scolarité, état de santé, etc.). »

- « Cependant, le fait d'offrir l'intervention uniquement à certaines [populations] **contribue à les stigmatiser et néglige les besoins de ceux non éligibles**. »

(Julie POISSANT, INSPQ, 2013)

PROGRAMMES
CIBLÉS



La majorité des enfants
n'en bénéficient pas

FAIBLE SSE ←

→ SSE ÉLEVÉ

« LES DÉMARCHES CIBLÉES VISENT DAVANTAGE LES CONSÉQUENCES DES INIQUITÉS QUE LEURS CAUSES »

- « Les interventions ciblées dérivent souvent vers une éducation visant le changement de comportement - ce que l'on appelle la « **dérive du style de vie** »
- « Bien connaître et comprendre la population ciblée nécessite de **collecter des données appropriées pendant un laps de temps suffisant** »
- « Déterminer les conditions de l'admissibilité peut poser problème. Il y a des risques d'erreurs liées à l'**exclusion** (couverture insuffisante) et des risques d'erreurs liées à l'**inclusion** (population trop large) »
- « Des termes comme « à risque » et « difficile à rejoindre » contribuent à la **stigmatisation**. »

[Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2014) Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé. Antigonish, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université Saint Francis Xavier]

L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ (ou les mesures universelles proportionnées)

- « L'universalisme proportionné permet une **intégration de l'approche universelle et ciblée** » (*Julie POISSANT, INSPQ, 2013*)

- ⇒ Offrir une intervention à tous, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins
- ⇒ Mettre en œuvre des actions de prévention universelle / promotion de la santé s'adressant à l'ensemble de la population
= UNIVERSALISME

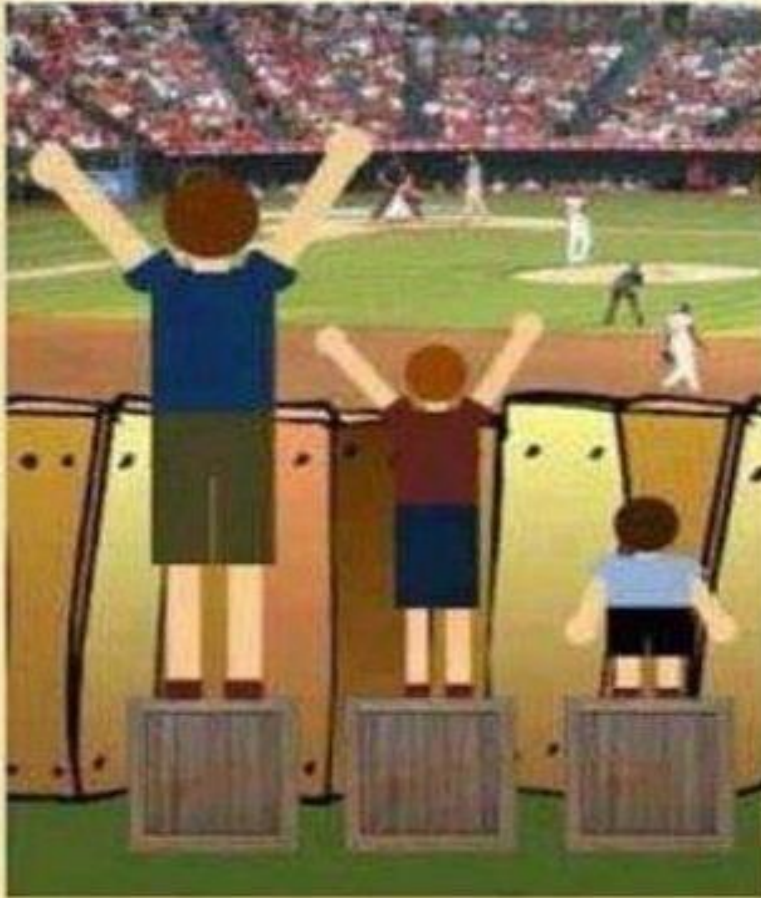
ET

Agir sur chaque catégorie de la population selon ses besoins
= PROPORTIONNALITÉ

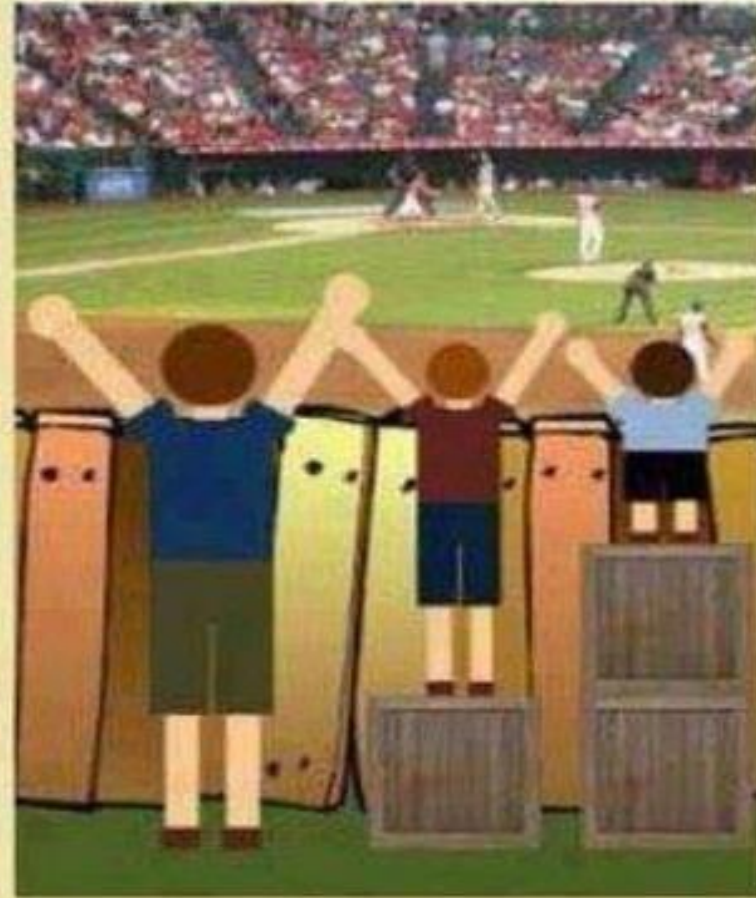
L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ (ou les mesures universelles proportionnées)

- Un concept défini par **Sir Michael Marmot** dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique (2010)
- **“Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé”** [*“Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010”*]
- “Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être **universelles**, mais **avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale**. C’est ce que nous appelons **l’universalisme proportionné**”.

Equality doesn't mean Justice



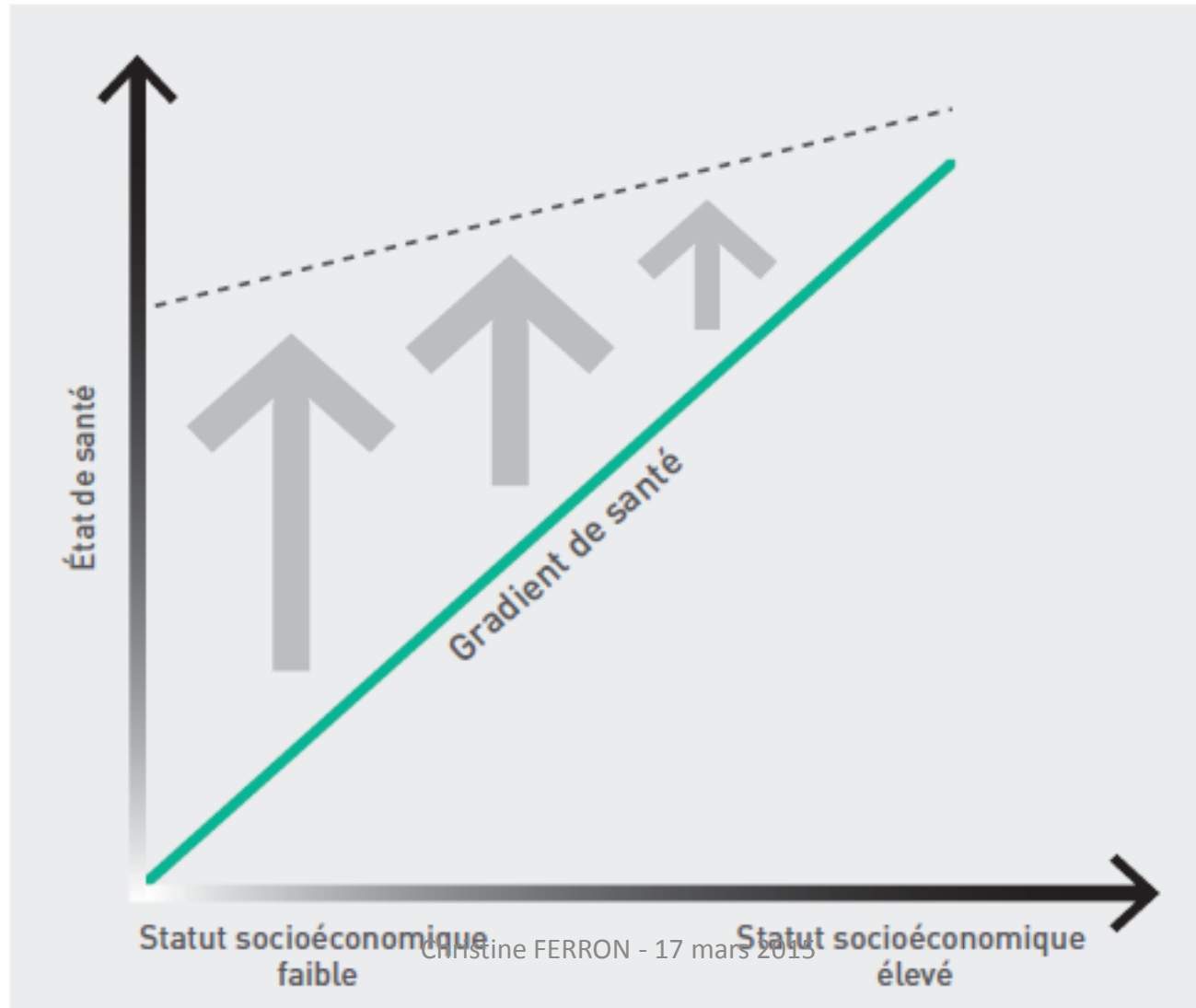
This is Equality



This is Justice

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

**REPRÉSENTATION THÉORIQUE DU GRADIENT DE SANTÉ
ET DU NIVELLEMENT VERS LE HAUT**



REPRÉSENTATION DE L'IMPACT DES MESURES UNIVERSELLES PROPORTIONNÉES

- **D'APRÈS**

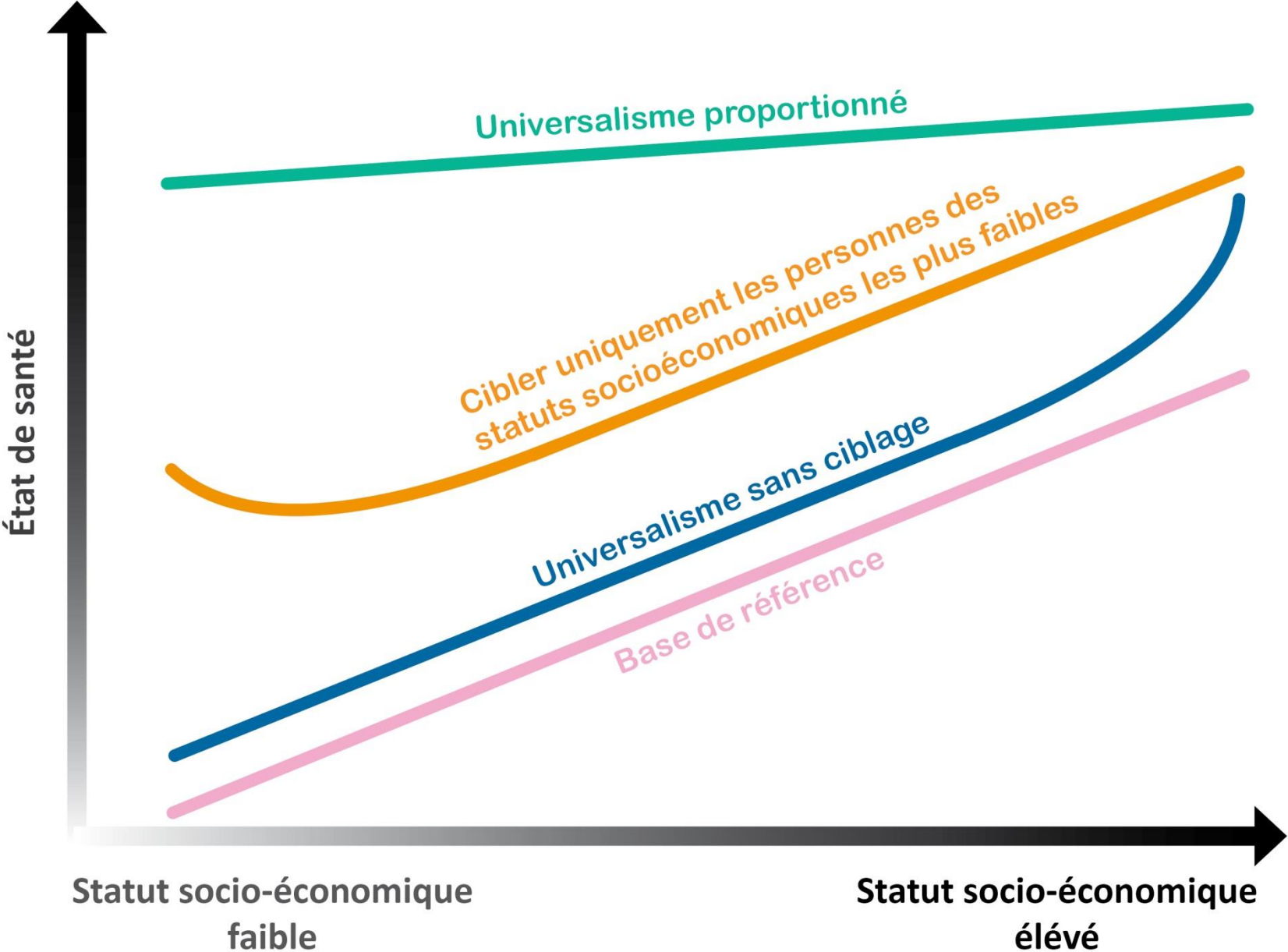
Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013).

« Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en ».

Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

- **MODIFIÉ À DES FINS PÉDAGOGIQUES**

REPRÉSENTATION THÉORIQUE DE L'EFFET DES DIVERSES STRATÉGIES D'ATTÉNUATION DES INIQUITÉS EN SANTÉ



NOTION D'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

- **Ne s'applique pas uniquement sur un plan **quantitatif****
 - ⇒ Exemple = augmenter la dose d'exposition des publics les plus précaires à des campagnes médiatiques de communication promouvant des comportements favorables à la santé
- **Se traduit aussi et surtout sur le plan **qualitatif****
 - ⇒ Action différenciée, adaptée, appropriée, sur les déterminants de la santé

LA NOTION DE PROPORTION OU DE « DOSE » D'INTERVENTION S'ENTEND QUANTITATIVEMENT MAIS AUSSI ET SURTOUT QUALITATIVEMENT

- « Donner des doses de ce qui a bénéficié aux riches, plus importantes aux pauvres, ne garantit pas des bénéfices égaux, encore moins des bénéfices supérieurs pour les pauvres. Les politiques visant l'arrêt du tabac [en] sont de bons exemples – ceux qui n'en profitent pas (les groupes de populations les plus défavorisés) étant visés avec des doses plus importantes alors qu'il faudrait faire des efforts pour comprendre les raisons pour lesquelles ils fument, qui peuvent être différentes des raisons pour lesquelles fument les groupes sociaux plus élevés dans l'échelle sociale. »

[Birch S. (2010) I dreamed a dream : England reduces health inequalities and wins the world cup. Health Economics, 19(8)]

RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

- **Agir précocement** (périnatalité, petite enfance, modes de garde, santé scolaire)
- Améliorer la situation sur le plan de **l'emploi** (qualité et flexibilité) et de **la formation**
- Assurer de bonnes **conditions de travail** et des **environnements de travail** favorables
- Veiller à l'existence d'un **revenu minimum** décent
- Assurer la **progressivité de l'impôt**
- Veiller à l'accessibilité des **transports publics**
- Veiller à la qualité du **logement**
- Favoriser les **actions intersectorielles**

[Bambra C., Smith K.E., Garthwaite K. et al. (2010) A labour of Sisyphus ? Public policy and health inequalities research from the Black and Acheson Reports to the Marmot Review. Journal of Epidemiology and Community Health, 65(5)]

RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

- **Mettre en place des interventions communautaires** sur l'alimentation, l'activité physique, l'alcool et le tabac, prenant en compte les contraintes environnementales et structurelles
 - « *Le marketing social n'est pas conçu adéquatement (« poorly designed ») pour agir dans une perspective de réduction des ISS »*
- Agir dans le domaine du **développement durable** et lutter contre le changement climatique

[Bambra C., Smith K.E., Garthwaite K. et al. (2010) A labour of Sisyphus ? Public policy and health inequalities research from the Black and Acheson Reports to the Marmot Review. Journal of Epidemiology and Community Health, 65(5)]

RECOMMANDATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

- Tenir compte des **explications psychosociales** aux inégalités sociales de santé
 - Lutter contre **l'isolement social**
 - Développer le sentiment de pouvoir exercer un **contrôle sur sa vie**
 - Soutenir **l'empowerment individuel et communautaire**
- Accroître le **capital social**
 - Défini comme **les liens qui unissent les personnes** à l'intérieur des communautés et entre elles
 - Considéré comme **une source de résilience et une protection contre les risques** en termes de santé

[Bambra C., Smith K.E., Garthwaite K. et al. (2010) A labour of Sisyphus ? Public policy and health inequalities research from the Black and Acheson Reports to the Marmot Review. Journal of Epidemiology and Community Health, 65(5)]

EVALUATION DE L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ : 7 CRITÈRES

1. Le programme vise-t-il à réduire les inégalités de santé avec des actions visant uniquement les groupes les plus désavantagés ?

- Si oui, d'autres politiques – universelles – assurent-elles l'action sur le gradient social ?
- Si oui, les mécanismes de ciblage risquent-ils de stigmatiser les groupes visés ?

2. Le programme vise-t-il à réduire les inégalités de santé uniquement par l'action universelle ?

- Si oui, des mesures ciblées assurent-elles une amplitude et une intensité d'intervention adaptées au niveau de défaveur de chaque partie de la population ?

[Davies, J.K. and Sherriff, N.S. (2012). The gradient evaluation framework (GEF): A European framework for designing and evaluating policies and actions to level-up the gradient in health inequalities among children, young people and their families. Brighton: University of Brighton]

EVALUATION DE L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

3. Le programme applique-t-il les principes de la santé publique moderne / promotion de la santé, c'est-à-dire une approche globale de la santé, une attention aux déterminants sociaux des inégalités sociales de santé, une stratégie d'empowerment, de justice sociale, d'équité, de développement durable ?

4. Le programme se situe-t-il « en aval », vise-t-il à modifier des comportements de santé défavorables en mobilisant uniquement le secteur sanitaire ?

EVALUATION DE L'UNIVERSALISME PROPORTIONNÉ

5. Le programme est-il transversal, centré sur les facteurs psychosociaux, les facteurs de risque comportementaux et les conditions du risque ?

6. Le programme se situe-t-il « en amont », visant les **circonstances larges** –conditions sociales, emploi, politiques environnementales, politiques de justice sociale – qui produisent les comportements de santé défavorables ?

7. Le programme établit-il une interaction entre le descendant, l'ascendant et le transversal ?

DERNIÈRE CITATION, PLACÉE PAR MICHAEL MARMOT EN EXERGUE DE SON RAPPORT

⇒ **“Rise up with me against the organisation of misery”**

“Elevez-vous (*soulevez-vous ?*) avec moi contre l’organisation de la misère”

(Pablo Neruda)

Merci de votre attention !