Vers un universalisme proportionné en promotion de la santé et prévention: réflexions et pistes d'action

Dr ANDREA LUTZ[a], KARIN ZUERCHER[a], Dr DAVID NANCHEN[a] et MYRIAM PASCHE[a]

Rev Med Suisse 2019; 15: 1987-90

Cet article traite de la problématique des inégalités sociales de santé et des mesures permettant de les réduire. En partant du constat que, en Suisse comme dans le reste du monde, les écarts de santé entre les plus riches et les plus pauvres demeurent toujours très marqués, cet article s'interroge sur le rôle que la promotion de la santé et la prévention peuvent jouer dans la lutte contre ce phénomène. Trois approches principales de réduction des inégalités sont présentées et illustrées à l'aide d'exemples, à savoir: l'approche universelle, l'approche ciblée et l'universalisme proportionné. Cette troisième approche apparaît comme l'idéal vers lequel toute action de promotion de la santé et de prévention devrait tendre afin de réduire les inégalités de santé tout au long du gradient social. Sa traduction dans des mesures concrètes de prévention demeure cependant sujette à interprétation. De ce fait, l'article se termine avec un ensemble de préconisations pratiques pour la conception de mesures visant à réduire les inégalités de santé.

Towards proportionate universalism in health promotion and prevention: reflections and courses of action

This article addresses the issue of health inequalities and the measures allowing to reduce them. Starting from the observation that, in Switzerland like in the rest of the world, health gaps between the riches and the poorest are still very marked, this article questions the role that health promotion and prevention can play in the fight against this phenomenon. The main approaches allowing to reduce inequalities are presented and illustrated with examples: the universal approach, the targeted approach and proportionate universalism. This last approach appears as the ideal towards which all health promotion and prevention actions should converge in order to reduce health inequalities all along the social gradient. However, its translation into prevention measures remains subject to interpretation. Therefore, the article ends with a set of recommendations for the elaboration of measures aiming to reduce health inequalities.

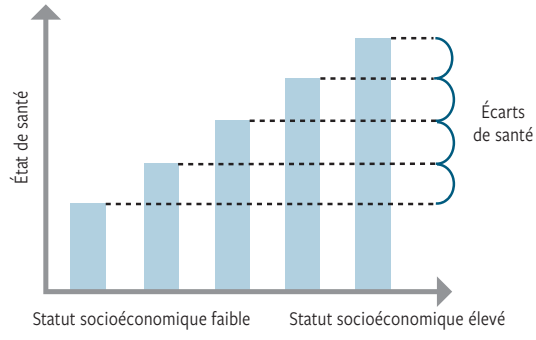
INTRODUCTION

Nous ne sommes pas tous égaux face à la santé et à la maladie! En Suisse, les écarts en termes d'états de santé entre les plus riches et les plus pauvres tendent à persister, voire même à se creuser avec le temps.[1] Les groupes à bas niveau socioéconomique présentent une espérance de vie plus basse que le reste de la population, leur état de santé autoévalué est moins bon, ils renoncent plus souvent aux prestations médicales et ils souffrent davantage du cancer du poumon, d'affections respiratoires, d'hypertension et de problèmes psychiques. Bien que l'état de santé de la population générale ait connu des améliorations importantes au cours des dernières décennies, ces améliorations n'ont pas touché de la même manière l'ensemble des groupes sociaux. En 1988, l'espérance de vie à la naissance en Suisse était de 74 ans pour les hommes et de 80,5 ans pour les femmes. En 2016, cette valeur est montée à 81,7 ans pour les hommes et à 85,6 ans pour les femmes. En dépit de cette amélioration significative de l'espérance de vie, la comparaison entre différents groupes sociaux permet de constater que les écarts de santé demeurent importants. Une comparaison entre deux quartiers de la ville de Berne permet, par exemple, de constater que les hommes résidant dans le quartier aisé de Kirchenfeld-Schosshalde ont une espérance de vie sensiblement plus élevée (83 ans) que les hommes habitant dans le quartier plus modeste de Bümpliz-Oberbottingen (78 ans).[1] Le canton de Vaud n'échappe pas à la règle. L'analyse des données issues de l'Enquête suisse sur la santé de 2017 le confirme. L'état de santé des vaudois ainsi que les attitudes et comportements pouvant influencer leur santé sont inégalement distribués dans la société.[2]

La thématique des inégalités sociales de santé a été largement étudiée dans le champ de l'épidémiologie et des sciences de la santé.[3-7] La notion d'inégalités sociales de santé fait surtout référence aux inégalités de santé qui découlent du statut socioéconomique des individus. Il s'agit donc de différences déterminées par des facteurs sociaux. Ce qui distingue les inégalités sociales de santé d'autres inégalités de santé (découlant, par exemple, de facteurs biologiques, génétiques ou du hasard) c'est précisément le fait qu'elles sont produites par l'ordre social. Elles sont la conséquence d'une inégalité dans la répartition des ressources et du pouvoir au sein de la société. Elles sont de ce fait évitables et injustes. Les inégalités sociales de santé se présentent sous la forme d'un gradient social de santé (**figure 1**), qui signifie que plus l'on descend dans l'échelle sociale, plus le risque d'être affecté par la maladie et les problèmes de santé devient élevé.[8] La comparaison entre les états de santé des différents échelons de la société permet de constater qu'il existe plusieurs écarts de santé tout au long de l'échelle sociale.

[a]Département de promotion de la santé et préventions, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne

FIG 1 **Représentation théorique des écarts de santé**



(*Adaptée de réf.*[9]).

QUELLES MESURES POUR LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ?

Face au constat que les inégalités sociales de santé demeurent très présentes au sein de nos sociétés, il apparaît indispensable de réfléchir à quelles réponses peuvent être apportées à cette problématique. Puisque les inégalités sociales de santé découlent des conditions d'existence des individus et de leur mode de vie, il semble fondamental d'agir en amont sur les facteurs qui influencent l'état de santé des individus, à travers des mesures préventives. La promotion de la santé et la prévention ont donc un rôle de premier plan à jouer dans la réduction de ces inégalités. Sur le plan conceptuel, les approches pour lutter contre les inégalités de santé peuvent être catégorisées en trois groupes:[10] 1) l'approche universelle, 2) l'approche ciblée et 3) l'universalisme proportionné.

L'approche universelle fait référence aux interventions qui s'adressent à l'ensemble de la population et qui ne visent pas un groupe en particulier. Cette approche consiste à soutenir de la même manière tous les membres de la communauté, indépendamment de leur statut socioéconomique. Elle découle de la volonté de garantir à tous les citoyens le même accès aux services de santé. Dans la pratique, il a cependant été démontré que les interventions universelles parviennent rarement à atteindre l'ensemble des groupes sociaux. En raison de différents obstacles individuels et structurels (manque d'argent, manque de temps, problème de langue, peur d'être jugé, difficulté à se projeter dans l'avenir, inadéquation des messages et/ou des prestations), les groupes plus défavorisés ont souvent du mal à accéder à ces interventions. De fait, celles-ci finissent par bénéficier davantage aux personnes qui sont déjà en situation favorable.[9] Elles tendent ainsi à reproduire les inégalités de santé, voire même à les creuser encore davantage.

Exemple 1

Les «Cours santé» sont une prestation offerte par le Département de promotion de la santé et préventions d'Unisanté au sein de ses différentes antennes régionales. Par le biais de multiples activités (aquagym, cours de diététique, gymnastique, sophrologie, etc.), cette intervention vise à renforcer les compétences en santé des individus et à encourager l'adoption d'un mode de vie sain. Ces cours sont offerts de manière universelle à l'ensemble de la population vaudoise dans plusieurs régions du canton à des prix relativement accessibles. Bien qu'ils aient rencontré un franc succès au cours des dernières années et qu'ils aient permis de toucher une grande diversité de groupes sociaux, ces cours demeurent relativement peu fréquentés par les populations les plus défavorisées.

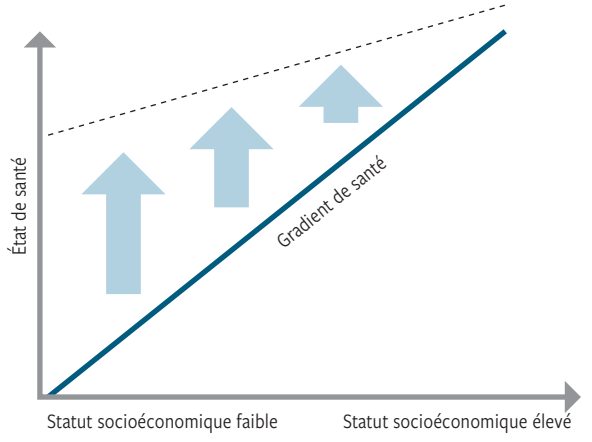
L'approche ciblée renvoie quant à elle aux interventions visant spécifiquement certains groupes de la population, appartenant généralement aux couches les plus défavorisées, qui sont identifiés à partir d'études épidémiologiques comme étant davantage à risque. Ce type d'approche permet de mieux adapter les interventions aux caractéristiques des groupes-cibles et de rationaliser les coûts, en offrant des services aux personnes qui en ont le plus besoin. Ce type d'approche présente toutefois un certain nombre de faiblesses. La focalisation sur des groupes spécifiques peut amener à négliger les besoins d'autres groupes de la population, notamment les groupes intermédiaires de la société, dont la santé est également à risque. Bien qu'elle participe à réduire le gradient de santé en améliorant la santé des groupes plus démunis, l'approche ciblée ne permet pas d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. Cette approche risque en outre de stigmatiser et de culpabiliser les groupes visés, en les étiquetant comme «à haut risque», «vulnérables» ou «difficiles à atteindre». En concevant la situation des groupes plus démunis uniquement en termes de manques et de déficits, cette approche peut aussi donner lieu à des formes de victimisation.

Exemple 2

Le projet pilote «Pas à pas +» d'Unisanté soutient les personnes insuffisamment actives ou à risque de développer une pathologie dans la reprise de l'activité physique. Les médecins prescrivent une prise en charge par des spécialistes en activité physique adaptée (APA), lesquels assurent un suivi de la reprise de l'activité physique. Les assistants sociaux et les professionnels de l'action psychiatrique peuvent aussi déléguer le conseil en activité physique aux APA. Ce projet découle d'une approche ciblée de la prévention, dans la mesure où il vise prioritairement les individus les plus exposés au risque de sédentarité et à la maladie.

L'universalisme proportionné constitue une approche mixte, se situant à l'interface entre l'approche universelle et l'approche ciblée. Il vise à pallier les faiblesses respectives de ces deux approches. Ce paradigme a été théorisé pour la première fois par l'épidémiologiste M. Marmot en 2010. Il préconise le développement d'interventions universelles, mais selon une échelle et une intensité proportionnelles au degré de défavorisation des individus. Cela permettrait ainsi d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population, tout en favorisant la réduction des écarts de santé entre les différents groupes sociaux. Le gradient social de santé serait ainsi nivelé par le haut (**figure 2**). L'universalisme proportionné

FIG 2 **Gradient de santé et nivellement par le haut**



(*Adaptée de réf.*[9]).

est aujourd'hui reconnu par la majorité des acteurs de la santé publique comme étant l'idéal vers lequel l'ensemble des programmes et des interventions devraient tendre. Bien que ce concept ait connu un succès important au sein du champ de la santé publique, il n'existe cependant pas à ce jour un véritable consensus sur la manière dont celui-ci doit être mis en pratique sur le terrain. Plusieurs interprétations et applications de ce concept restent possibles.

Exemple 3

Le label «Communes en santé», développé par Promotion Santé Valais et mis en œuvre par Unisanté dans le canton de Vaud, valorise les mesures de promotion de la santé soutenues ou mises en œuvre par les communes. Il encourage notamment la mise en place de mesures structurelles, visant à garantir un environnement favorable à la santé à l'ensemble de la population. Dans le canton de Vaud, un effort particulier est aujourd'hui entrepris par Unisanté afin de faciliter l'adhésion de communes plus défavorisées à ce projet et renforcer leur accompagnement. Cela doit à terme permettre de garantir une couverture de l'ensemble des régions du canton tout en accordant une attention particulière aux communes avec moins de moyens mais davantage de besoins.

PRÉCONISATIONS POUR LA MISE EN ŒUVRE

Bien que l'ensemble des acteurs de la santé publique soit aujourd'hui unanime sur la nécessité d'adopter une approche de la prévention tendant vers l'universalisme proportionné, la mise en pratique de ce concept demeure difficile. Il s'agit donc de réfléchir à la manière dont cette approche peut être traduite sur le terrain. Plus précisément, il s'agit de déterminer quelles caractéristiques doivent posséder les interventions de promotion de la santé et de prévention afin de réduire les inégalités de santé. A partir de la littérature scientifique et des enseignements tirés de la pratique dans le déploiement de projets de prévention, il est possible d'identifier un certain nombre d'éléments essentiels pour la conception de mesures permettant de lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé. Ces éléments sont les suivants:

- Documenter les inégalités sociales de santé (états de santé, comportements) au sein de la population à laquelle s'adresse l'intervention.
- Concevoir une intervention répondant aux besoins de l'ensemble des groupes sociaux, mais particulièrement aux besoins des groupes plus défavorisés.
- Associer des mesures comportementales avec des mesures structurelles de prévention, afin d'adresser les déterminants individuels et structurels des inégalités de santé. Construire des environnements favorisant l'adoption d'un style de vie favorable à la santé de manière globale et durable.
- Faire en sorte que les mesures proposées soient ouvertes à l'ensemble de la population, mais veiller à lever les obstacles à l'accès pour les publics plus défavorisés (adaptation des offres aux diverses réalités de vie, gratuité/réduction des coûts, partenariat avec des institutions en charge de personnes en situation de vulnérabilités, accompagnement spécifique pour les publics plus vulnérables).
- Construire des interventions qui soient culturellement et socialement adaptées aux publics auxquels elles s'adressent.
- Prioriser les interventions pendant les premières années d'existence (petite enfance, enfance), afin de réduire les inégalités sociales de santé dès leur apparition.
- Favoriser l'implication des usagers et des collectivités locales dans le développement des projets. Favoriser l'expression de la voix des groupes plus défavorisés.
- Mettre en place des actions intersectorielles favorisant une articulation entre le domaine de la santé et les autres domaines de la société (éducation, social, urbanisme, sport, bénévolat, etc.).
- Utiliser un vocabulaire non stigmatisant et valorisant pour les populations concernées.
- Renforcer les connaissances des acteurs de la promotion de la santé quant aux inégalités sociales de santé et renforcer leurs compétences professionnelles afin qu'ils/elles soient en mesure de concevoir et mettre en œuvre des interventions susceptibles de réduire les écarts de santé.
- Évaluer et monitorer les *outcomes* des interventions, afin de mesurer l'impact de l'intervention sur les inégalités sociales de santé. Tenir compte de l'impact différentiel des interventions sur les différents groupes sociaux.

CONCLUSION

Malgré des recherches importantes depuis des années sur les interventions de santé publique, la problématique des inégalités sociales de santé reste un défi majeur. Les professionnels de la promotion de la santé et de la prévention ont une responsabilité éthique à ne pas aggraver ces inégalités. Au lieu de se résumer à une stratégie unique pour implémenter des programmes préventifs, la lutte contre les inégalités sociales de santé implique une intervention à différents niveaux et fait appel à la créativité et à l'esprit d'innovation. Un dialogue étroit entre recherche scientifique et pratiques de terrain se révèle ainsi fondamental. Ceci permettra de garantir la conception d'interventions validées et efficaces, visant à

garantir un accès universel et équitable à la santé pour l'ensemble de la population.

Conflit d'intérêts: Les auteur·e·s n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La problématique des inégalités sociales de santé doit être prise systématiquement en compte dans la conception et la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé et de prévention
- Les professionnels de santé ont un rôle central à jouer dans la réduction des inégalités de santé. Ils doivent être sensibilisés à ce sujet et formés aux approches pertinentes
- Les mesures de promotion de la santé et de prévention devraient tendre vers une approche d'universalisme proportionné, en proposant des actions accessibles à l'ensemble de la population, mais selon une intensité proportionnelle au besoin et au degré de défavorisation des individus

1 *Office fédéral de la santé publique. 2018. Égalité des chances et santé. Chiffres et données pour la Suisse. Berne : OFSP.
2 Observatoire suisse de la santé. 2019. Rapport de base sur la santé pour le canton de Vaud. Neuchâtel : OBAN.
3 Killoran A, Swann C, Kelly MP. Public health evidence: tackling health inequalities. Oxford: Oxford University Press, 2007.
4 *Marmot M. Fair Society, Healthy Lives. London: The Marmot review, 2008.
5 Bauer G, Huber C, Jenny G, et al. Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explaining the gradient in men and women. Int J Public Health 2009;54:23-30.
6 McDavid D. Measuring and tackling health inequalities across Europe. London: LSE Health, London School of Economics and Political Science, 2009.
7 Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. J Epidemiol Community Health 2017;71:565-75.
8 **Whitehead, M., G. Dahlgren. 2007. A typology of actions to tackle social inequalities in health. J Epidemiol Community Health 61:473-478.
9 *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. E., Université St. François Xavier.
10 **Guichard A, Dupéré S. Approches pour lutter contre les inégalités sociales de santé. In Breton, E. et al. La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone. Rennes: Presses de l'EHESP, 2017.

* **à lire**
** **à lire absolument**

Traitement de l'anémie ferriprive avec acide folique en prévention:

Duofer® Fol

Seule préparation combinée enregistrée à contenir **69 mg de fer bivalent** et **0,4 mg d'acide folique**

- **Association de deux sels ferreux** fumarate de fer 175 mg et gluconate de fer 100 mg
- **300 mg vitamine C** ce qui favorise l'assimilation du fer
- **Sans** lactose, gluten, gélatine, sucre, ingrédients animaux, colorant artificiel

Admis aux caisses-maladies

VEGAN

Duofer® Fol, C: acide folique, fumarate de fer, gluconate de fer, vitamine C. **I:** prophylaxie et traitement d'une anémie ferriprive avec besoin accru en acide folique. **P:** 1 à 2 cps. pelliculés par jour. **CI:** surcharge en fer, troubles de l'utilisation du fer, hypersensibilité à l'un ou plusieurs des composants du médicament, anémies non ferriprives, intolérance, maladies hépatiques et rénales graves. **EI:** légers troubles gastro-intestinaux; rare: hypersensibilité, réactions allergiques. **IA:** antifoliques, antiépileptiques, contraceptifs, analgésiques administrés au long cours, tétracyclines, antiacides à base de sels d'aluminium ou de magnésium, zinc, cholestyramine, pénicillamine, sels d'or, biphosphonates. E: 40 et 100 comprimés pelliculés. Liste D. 10/2012. Vous trouverez de plus amples informations sur www.swissmedicinfo.ch. Andreabal SA, Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Tél. 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch

1008867

Andreabal SA, 4123 Allschwil
www.andreabal.ch