



L'universalisme proportionné, stratégie de réduction des inégalités sociales de santé



**Séminaires sur les inégalités sociales de santé
Synthèse du 9 mai 2017**

Intervenants

Sarah Missine,
Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Christine Mahy,
Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté

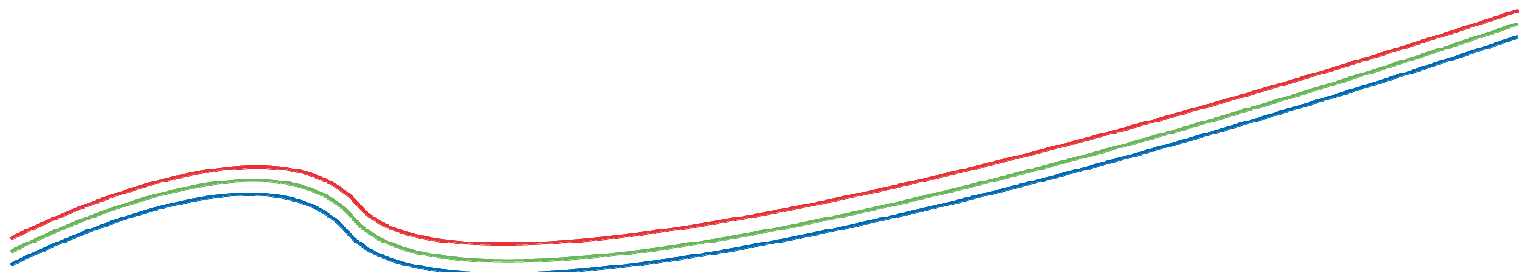


Table des matières

| | |
|---|----|
| 1. Introduction | 3 |
| 2. Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé | 5 |
| 3. Approche universelle versus approche ciblée | 6 |
| 3.1. Approche universelle..... | 6 |
| 3.2. Approche ciblée | 7 |
| 4. Principe d'universalisme proportionné | 8 |
| 5. Universalisme proportionné et pratiques de terrain | 10 |
| 5.1. Un exemple : le Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté..... | 11 |
| 5.2. D'autres exemples | 13 |
| 6. Echanges | 13 |
| Conclusions et pistes d'actions..... | 15 |
| Références bibliographiques | 17 |

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 quintile 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 la répartition inégale de ces facteurs entre des groupes occupant des positions différentes dans la société (Graham, 2004).

Dans ce contexte, les Séminaire Inégalités sociales de santé - 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/

Le séminaire du 9 mai 2017 a traité la question de l'universalisme proportionné comme outil de réduction des inégalités sociales de santé :

L'accroissement des inégalités serait maîtrisable si les politiques et les programmes n'étaient pas conçus et appliqués de manière unique pour tous. Les programmes et les politiques doivent respecter une offre d'intervention proportionnelle aux besoins spécifiques de sous-groupes de populations auxquels ils s'adressent : il s'agit de l'« universalisme proportionné.

Sarah Missine, sociologue médicale à l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, a décrit le concept d'universalisme proportionné.

Christine Mahy, secrétaire générale du Réseau Wallon de Lutte contre la Pauvreté (RWLP), a présenté les missions et les actions du RWLP en lien avec la question de l'universalisme proportionné.

Ce document propose une synthèse des échanges du séminaire « L'universalisme proportionné comme stratégie de réduction des inégalités sociales de santé » en détaillant le cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé (2) ; en abordant l'approche universelle, l'approche ciblée (3) et le principe d'universalisme proportionné (4) ; et en présentant des exemples d'actions concrètes (5) et des échanges entre le public et les intervenants (6).

2. Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS a développé un cadre conceptuel qui intègre les principales théories relatives à la production sociale de la santé : les approches psychosociales, la production sociale des maladies et les théories éco-sociales (Solar *et al*, 2010)². Ce cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé se décompose en deux parties principales (Figure 1) :

1. La première (en orange) concerne les **déterminants sociaux des inégalités de santé** ou encore **déterminants structurels**. Elle comprend les facteurs contextuels (le système éducatif, le marché du travail, les institutions politiques, les valeurs culturelles et sociétales,...)³, les mécanismes structurels (le revenu, l'éducation, l'occupation professionnelle, la classe sociale, le genre, l'appartenance ethnique,...) et la situation socio-économique de chaque individu.
2. La seconde (en bleu) considère les **déterminants sociaux de la santé** ou encore **déterminants intermédiaires**. Elle inclut les circonstances matérielles ; les circonstances psychosociales ; les facteurs biologiques et comportementaux ; et le système de santé lui-même comme déterminants sociaux de la santé.

Il est donc question de comprendre comment les mécanismes sociaux, économiques et politiques (structurels et contextuels) engendrent un ensemble de positions socio-économiques qui classifient les individus et les groupes en fonction de facteurs comme le revenu, l'éducation, la profession, ... Ce processus définit des déterminants spécifiques de l'état de santé des individus en fonction de leur statut social, ce qui génère des expositions différentes aux risques et aux facteurs de protection affectant la santé. La maladie d'un individu peut, en retour, modifier la position sociale de celui-ci en affectant son employabilité et ses revenus (illustré sur la Figure 1 par les flèches allant vers la gauche).

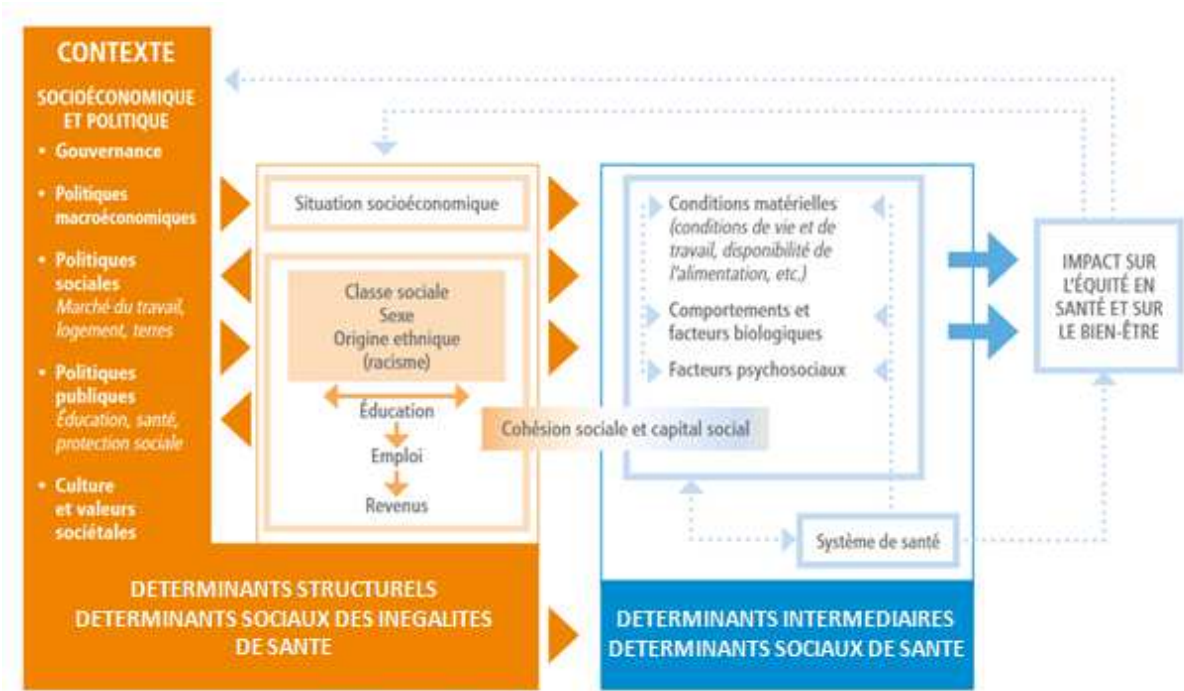
Les politiques mises en place pour réduire les inégalités sociales de santé ne doivent pas se limiter à agir sur les déterminants de la santé (déterminants intermédiaires) mais incluent des actions visant à contrecarrer les mécanismes sociaux à l'origine de la répartition inégale des déterminants de la santé dans la population.

² Solar O, Irwin A., (2010), A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).

³ Les politiques redistributives de l'Etat providence représentent le facteur contextuel ayant l'impact le plus important sur la santé.

Pour ce faire, la conception de telles politiques nécessitent la prise en compte de stratégies relatives au contexte socio-économique et politique ; aux approches intersectorielles ; et à la participation sociale et l'*empowerment*⁴.

Figure 1 : Cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé - Modèle pathway (OMS)



Source: Solar O, Irwin A.,(2010), A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)

3. Approche universelle versus approche ciblée

Pour réduire les inégalités sociales de santé, il existe deux types de stratégies : l'approche universelle (3.1) et l'approche ciblée (3.2).

3.1. Approche universelle

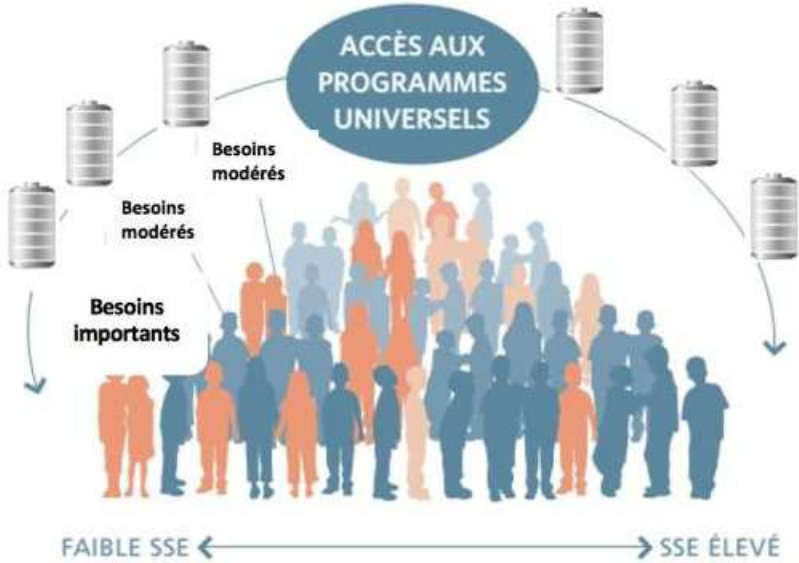
L'**approche universelle** représente une politique/une action où l'intervention est **offerte à tous**, et qui a le potentiel de soutenir l'ensemble de la population et de favoriser le bien-être de tous les niveaux socio-économiques.

Il s'agit donc d'une intervention qui concerne indifféremment l'ensemble de la population, quels que soient les besoins ou la position sociale de chacun (Figure 2). Il est question d'égalité d'accès.

⁴ -Terme anglophone que l'on peut traduire par « mise en capacité » ou « développement du pouvoir d'agir ».

En prenant l'exemple des soins de santé, chaque individu a potentiellement accès aux soins de santé de base indistinctement de son âge, de son revenu ou de sa position sociale. Cependant, cette approche ne prend pas en compte les difficultés d'accès des individus les plus précarisés qui font face à un ensemble de barrières (le coût des soins, les moyens de se rendre à l'hôpital, le niveau de littératie en santé trop faible, ...) restreignant l'accès effectif aux soins de santé de base. Cependant, des approches universelles peuvent accentuer les inégalités sociales de santé : les personnes disposant d'un statut socio-économique plus élevé bénéficient davantage des approches universelles notamment car ils ont plus éduqués ou rencontrent moins de difficultés d'accès aux services (Frohlich *et al*, 2008)⁵.

Figure 2 : Approche universelle⁶



Source : Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie Britannique, 2011

3.2. Approche ciblée

L'**approche ciblée** représente une politique/une action qui concerne une **partie** de la population en particulier. L'admissibilité et l'accès à l'intervention dépendent des critères de sélection (revenu, scolarité, état de santé,...). La majorité de la population n'en bénéficie pas.

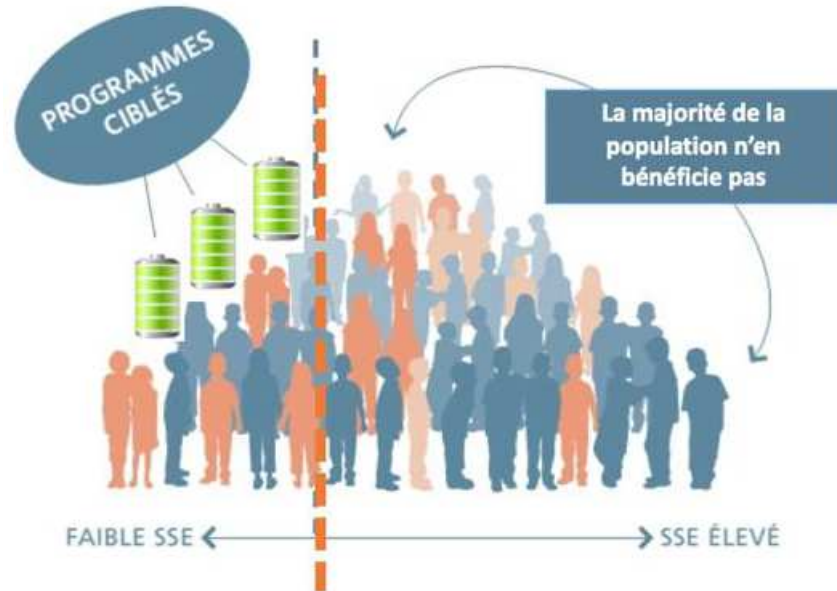
Il s'agit donc d'une action qui touche seulement une fraction de la population, considérée comme prioritaire (et souvent précarisée) (Figure 3). Cette sélectivité peut entraîner une stigmatisation des bénéficiaires ainsi qu'une exclusion des personnes non-éligibles.

⁵ Frohlich, K.L. et L. Potvin. « The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations ». American Journal of Public Health, février 2008, vol. 98, no 2, p. 216-221

⁶ Portail de Human Early Learning Partnership: <http://earlylearning.ubc.ca/>. SSE : statut socio-économique.

Les approches ciblées visent en général les conséquences des inégalités sociales de santé et non leurs causes. Elles ont peu d'impact sur le gradient social de santé.

Figure 3 : Approche ciblée



Source : Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie Britannique, 2011

4. Principe d'universalisme proportionné

Les approches universelles et les approches ciblées présentent chacune des inconvénients et impactent de manière limitée le gradient social de santé.

En combinant ces deux approches, Marmot (2010)⁷ a développé le principe d'**universalisme proportionné** : « Pour **réduire la pente du gradient social de santé**, les actions doivent être **universelles**, mais avec une **ampleur** et une **intensité proportionnelles** au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons **universalisme proportionné**. Une plus grande intensité d'action sera probablement nécessaire pour ceux qui ont un plus grand désavantage social et économique, mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème ».

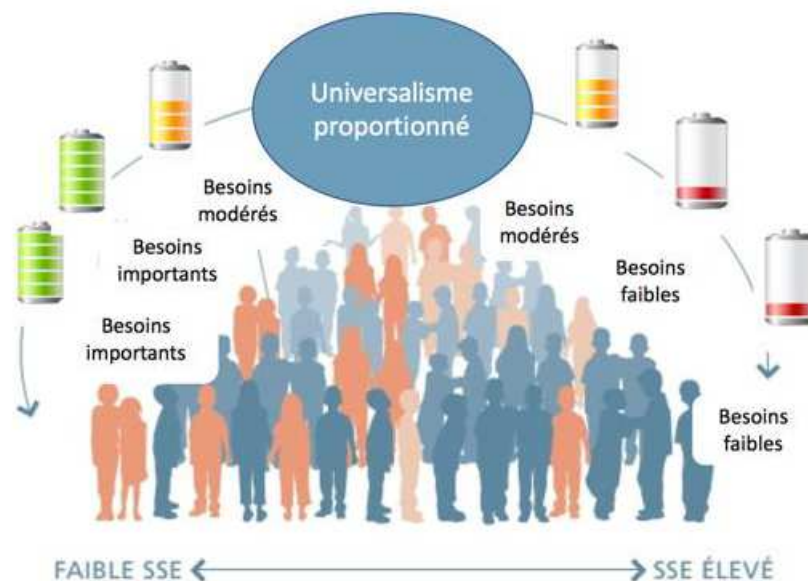
Il s'agit donc d'offrir une intervention universelle concernant l'ensemble de la population (tout en éliminant les barrières d'accès pour éviter d'accentuer les inégalités sociales de santé) ; mais avec une intensité et des modalités qui varient en fonction des différents sous-groupes de la population et de leurs besoins (Figure 4).

Le principe d'universalisme proportionné ne s'intéresse **pas uniquement à l'aspect quantitatif** des actions mais surtout à leur **aspect qualitatif** via des actions différenciées et adaptées au contexte local.

⁷ Marmot, M. ., «Fair society, healthy lives». Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review, February 2010.

Attention, utiliser une même action avec une intensité plus importante visant la population la plus défavorisée n'a que peu d'effets sur le gradient social de santé. Les politiques anti-tabac, qui ont un impact limité sur ces populations, illustrent ce phénomène : il n'est pas utile d'entreprendre les mêmes actions avec une intensité plus élevée chez les personnes précarisées, celles-ci ne fument pas forcément pour les mêmes raisons que les autres (Birch, 2010)⁸ ; pour ces personnes précarisées, le tabagisme représente une pratique sociale en relation avec leurs conditions de vie (Peretti-Watel *et al*, 2009)⁹. Dès lors, en complément d'actions génériques, des actions présentant des modalités spécifiques s'avèrent nécessaires pour lutter effectivement contre le tabagisme des populations précarisées.

Figure 4 : Approche par l'universalisme proportionné



Source : Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie Britannique, 2011

La figure 5 synthétise l'impact des différentes approches sur l'état de santé des individus en fonction de leur statut socio-économique :

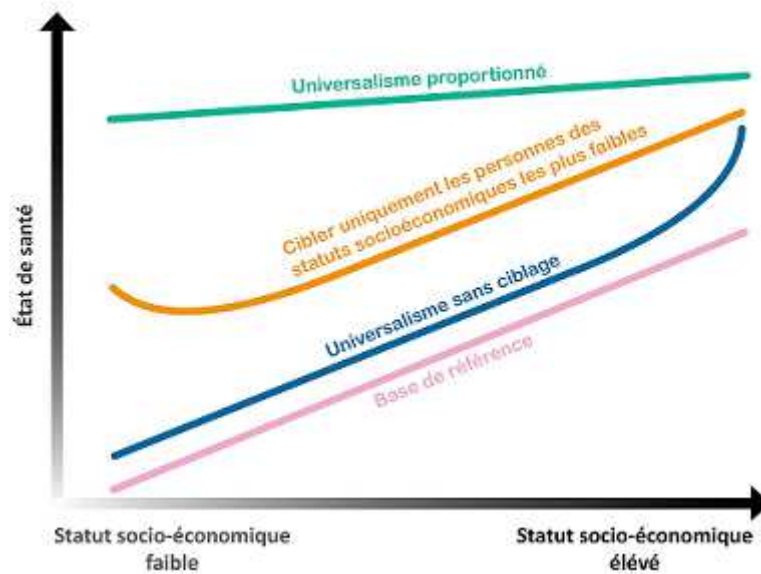
- en rose, la situation de départ sans intervention ;
- en bleu, les effets d'une approche universelle où les personnes ayant un statut socio-économique plus élevé en profitent le plus ;
- en orange, les effets d'une approche ciblée où les personnes ayant le statut socio-économique le plus faible en bénéficient (un peu et avec un ciblage très limité) ;

⁸ Birch, Stephen. I dreamed a dream: England reduces health inequalities and wins the world cup. *Health economics*, 2010, vol. 19, no 8, p. 881-885.

⁹ Peretti-Watel, Patrick, et Jean Constance. « Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? », *Déviance et Société*, vol. vol. 33, no. 2, 2009, pp. 205-219.

- en vert, les effets d'une approche mettant en œuvre l'universalisme proportionné agissant sur le gradient social de santé (en réduisant la pente de la droite, c'est-à-dire en limitant le différentiel entre l'état de santé des personnes ayant un statut socio-économique faible et celui des personnes ayant un statut socio-économique élevé).

Figure 5 : Représentation théorique de l'effet des stratégies de réduction des inégalités sociales de santé¹⁰



Source : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013), Université St. Francis Xavier

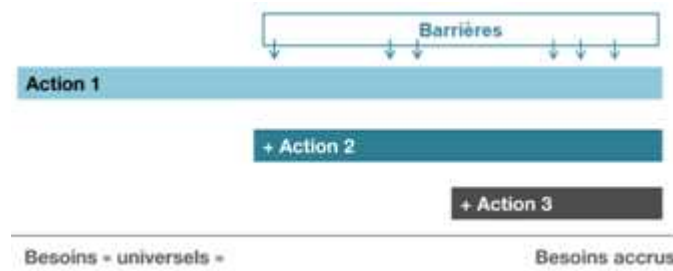
5. Universalisme proportionné et pratiques de terrain

Dans les faits, il est assez rare de trouver des actions mettant en œuvre le principe d'universalisme proportionné et qui l'identifient comme tel.

La mise en œuvre d'une politique universelle proportionnée intègre à la fois des approches universelles (Action 1) et des approches ciblées (Action 2 et 3) qui prennent en compte les différentes barrières d'accès rencontrées par chaque personne (Figure 6). En pratique, il ne s'agit pas forcément d'un ensemble d'actions distinctes mais d'une action globale qui se décline en sous-actions à destination de publics définis.

¹⁰ 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.

Figure 6 : Exemple d'une politique universelle proportionnée (en fonction des besoins)¹¹



Source : Poissant, 2015, INSPQ

Au-delà du principe d'universalisme proportionné, que représentent concrètement des actions le mettant en œuvre afin de réduire les inégalités sociales de santé ? Les actions du Réseau wallon de lutte contre la pauvreté (RWLP) (5.1) ainsi que d'autres actions (5.2) peuvent y contribuer.

5.1. Un exemple : le Réseau wallon de lutte contre la pauvreté

Pour le RWLP, la question porte sur la problématique liée à l'identification du seuil à partir duquel il convient de développer des actions ciblées. Il en va de même pour la proportionnalité des actions.

Définir une proportionnalité représente un élément positif pour répondre à la différence de besoins de chaque individu, mais l'erreur consiste à penser que la solution repose sur une action identique pour tous ; les personnes les plus précarisées ne développent pas la même sensibilité aux messages de santé, et encore moins aux messages de prévention. Il est donc nécessaire de prendre en compte ces constats via les témoignages des « experts du vécu ».

Christine Mahy, secrétaire générale du RWLP, souligne que notre société porte un regard particulier sur les personnes défavorisées en situant leurs besoins et leurs habitus de vie dans le « trop peu ». Cette vision a pour conséquence de limiter les investissements politiques et sociaux à l'égard des plus démunis.

C'est le cas de la réforme des **allocations familiales** : elle représente une avancée dans la lutte réparatrice des inégalités, mais dont les compléments versés au plus démunis sont insuffisants ; un enfant sur quatre vit sous le seuil de pauvreté en Wallonie.

Il en va de même pour la **politique du logement** : les personnes disposant des revenus les plus faibles doivent composer avec les contraintes les plus élevées (les propriétaires de logements ont des niveaux d'exigence plus élevés vis-à-vis de ces personnes) ; une différenciation des chèques habitat en fonction des revenus représenterait une avancée.

¹¹ Poissant, J, 2015, L'universalisme proportionné. Quelques explications additionnelles, Institut national de santé publique du Québec.

Au niveau de la **culture**, des mesures politiques ont été prises pour faciliter l'accessibilité des personnes les plus démunies à des événements culturels ; le succès de ces mesures reste extrêmement limité.

En matière de **scolarité**, les modalités d'organisation de voyages scolaires peuvent entraîner dans les faits une forme de discrimination des élèves en fonction des revenus des parents : certains établissements scolaires organisent, pour une même classe/année, des voyages scolaires vers des destinations différentes avec des coûts différents (par exemple : voyage à l'étranger en avion versus des classes vertes en Belgique dont le coût est moindre). De plus, des études indiquent que la durée des entretiens planifiés à l'école est généralement plus courte pour les familles défavorisées que les autres.

Dans le domaine de la **santé**, et notamment des soins dentaires des enfants, le discours moralisateur de certains dentistes à l'encontre de parents de familles précarisées peut engendrer un abandon des visites chez le dentiste, et donc des soins dentaires (le remboursement des soins dentaires pour les enfants jusqu'à 18 ans est intégral).

Un autre exemple, dans le cadre des **politiques de lutte contre la pauvreté**, porte sur les fonds alloués par la Loterie nationale pour soutenir les initiatives envers les plus démunis ; la répartition de ces fonds, faite par l'intermédiaire du Service public fédéral de programmation Intégration sociale (SPP IS), ne se base pas sur l'indice de pauvreté des populations du territoire concerné mais sur la part que représente l'ensemble population de ce territoire par rapport à la population totale de la Belgique.

Le RWLP milite pour que les politiques de lutte contre les inégalités sociales associent les professionnels et les personnes concernées. Pour ce faire, le Réseau Wallon de Lutte contre la pauvreté encourage la prise en compte des témoignages des plus pauvres via les « **experts du vécu** » ; et a mis sur place une formation de « **facilitateurs en prévention des inégalités** » à destination des fonctionnaires de première ligne.

5.2. D'autres exemples

- Le Programme de pratiques parentales positives – « Triple P »¹² de l'Agence de la santé publique du Canada met en œuvre le principe d'universalisme proportionné : il propose une intervention pour l'ensemble de la population mais avec 5 niveaux d'intensité différents en fonction des besoins des parents.
- *The Human Early Learning Partnership* (HELP) est un réseau de recherche étudiant le développement de la petite enfance, basé à l'Université de Colombie britannique, qui intègre l'universalisme proportionné dans ses recommandations.
- La Ville de Valence (France) a lancé un programme de soutien à la parentalité qui vise à développer les compétences des parents nécessaires à la santé de leurs enfants via des animations à destination de l'ensemble de la population et des ateliers adaptés dans les quartiers précarisés de la commune.
- La Ville de Lorient a mis en place un dispositif d'accueil préscolaire pour les enfants de parents qui travaillent en horaires décalés, dont les tarifs sont proportionnels aux revenus de parents.
- Les programmes locaux *Sure Start*¹³ (Royaume-Uni) fournissent des services intégrés pour les enfants de moins de cinq ans et leurs familles ; ces centres locaux sont situés dans les quartiers défavorisés et regroupent des services de garde d'enfants, d'enseignement maternel, de santé et de soutien familial.
- ...

6. Echanges

Dans un souci de lisibilité, une partie des réflexions et commentaires, échangés entre le public et les intervenants à l'issue des présentations, ont été intégrés dans les sections précédentes de ce document. Cette section reprend, en synthèse, les principales thématiques abordées lors de ces échanges.

- La campagne pour le dépistage du cancer du sein chez les femmes (www.lemammotest.be) : il ressort que certains groupes de femmes ne s'identifient pas du tout à cette campagne. Pour y remédier, la réalisation de vidéos pédagogiques avec ces femmes a été faite.
- Le tabagisme
 - *« l'interdiction de fumer dans les lieux publics a été bénéfique pour tout le monde » ;*
 - *« il est important de comprendre pourquoi certains groupes choisissent de fumer. Si par exemple, c'est pour réduire le stress engendré par le travail, alors il faut agir sur le stress au travail » ;*

¹² <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/triple-p-positive-parenting-program/>

¹³ <https://www.gov.uk/government/publications/sure-start-childrens-centres>

- « Il faudrait écouter les fumeurs précarisés sous l'angle du fumeur et pas sous celui du pauvre. Ils vont pouvoir dire selon leurs mots, leur stress, les essais, les erreurs » ;
- « On ne vous dit pas que ça va être facile, que vous devez arrêter du jour au lendemain. Les pauvres sont stigmatisés comme les fumeurs actuellement » ;
- L'alimentation
 - « Lors d'une animation, une maman a vécu une partie des interventions avec culpabilité. Elle m'a dit : « J'ai 3 ados et mon budget ne me permet pas de cuisiner des légumes tous les jours, pour les caler je fais un hachis Parmentier, si je fais de la soupe, ils ont faim une demi-heure après ». » ;
 - « c'est bien de faire des recettes pour apprendre à utiliser des panais, mais il faudrait faire des recettes pour les personnes qui ont des cuisines sous-équipées, sans four, sans toutes les épices nécessaires. Les gens ont leur réalité et il faut partir de cette réalité et là... Quand on n'a pas beaucoup d'argent, la cuisine n'est pas un lieu de plaisir. Contrairement à toutes les émissions culinaires que l'on peut voir » ;
 - « l'exemple d'un pays scandinave qui offre des repas sains à l'école pour tous les élèves. Il s'agit aussi d'une action structurelle bénéfique pour tout le monde » ...
... « C'est un proposition qui est portée par Paul Magnette mais qui est décriée par tous les progressistes. Un repas sain pour tout le monde c'est aider celui qui n'en a pas besoin mais si ça permet à tout le monde d'en tirer un bénéfice » ;
- L'éducation permanente : « ... avec un groupe de personnes ciblées on pourra faire quelque chose qu'on pourra transposer. En éducation permanente, on n'a pas d'objectifs de résultats mais bien de processus » ;
- Les « experts du vécu »
 - Comment les identifier ? « Ils sont employés de l'INAMI, ils font partie du pool des experts du vécu, il y en a une quarantaine » ;
 - « La fiscalité wallonne est demandeuse d'avoir un expert du vécu car elle est source d'inégalités sociales de santé. Pour l'étalement du remboursement d'une dette par exemple, peu de personnes le demandent car il faut oser prendre son téléphone, avoir de la gouaille... » .

Synthèse et pistes d'actions

Pour être efficaces, les politiques mises en place pour réduire les inégalités sociales de santé ne doivent pas se limiter à agir sur les déterminants de la santé (déterminants intermédiaires), elles nécessitent l'inclusion d'actions visant à contrecarrer les mécanismes sociaux à l'origine de la répartition inégale des déterminants de la santé dans la population.

Il est nécessaire de réduire la pente du gradient social de santé, objectif que des actions universelles ou des actions ciblées, conçues individuellement, ne parviennent pas à atteindre. Pour ce faire, le principe d'universalisme proportionné implique « *les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale* » (Marmot, 2010) ; il s'intéresse particulièrement à l'aspect qualitatif des politiques mises en œuvre via des actions différenciées et adaptées au contexte local.

Dans les faits, les principales difficultés rencontrées résident dans la détermination du seuil à partir duquel il convient de développer des actions spécifiques ainsi que de leur proportionnalité. Le RWLP milite pour que les politiques de lutte contre les inégalités sociales associent les professionnels et les personnes concernées via les témoignages des « experts du vécu » et la formation de « facilitateurs en prévention des inégalités ».

Quelques recommandations pour agir et mettre en œuvre le principe d'universalisme proportionné ¹⁴

- Agir précocement (périnatalité, petite enfance, modes de garde, santé scolaire) ;
- Améliorer la situation sur le plan de l'emploi 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 ;
- 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 ;
- Agir dans le domaine du développement durable et lutter contre le changement climatique ;
- Prendre en compte les explications psychosociales des inégalités sociales de santé :

¹⁴ 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).

- 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, source de résilience et de protection contre les risques en termes de santé.

Comment développer une action mettant en œuvre le principe d'universalisme proportionné sur le terrain ?

Un exemple : une commune désire, sur son territoire, mettre en place une « journée santé » où chaque citoyen a l'opportunité de rencontrer des professionnels de la santé gratuitement. Au-delà des bonnes intentions, comment peut-elle procéder pour mettre en œuvre le principe d'universalisme proportionné ?

La première étape consiste à réaliser un diagnostic le plus objectif possible de son territoire afin de cerner le contexte et les publics qui y sont présents, et définir ainsi les objectifs généraux de l'action qu'elle souhaite entreprendre (quel est l'impact de cette action sur la santé des habitants de la commune ?). L'Observatoire de la Santé du Hainaut peut apporter assistance dans la réalisation de ce diagnostic par l'intermédiaire de ses services ou du portail statistique HainautStat¹⁵.

La seconde étape vise à traduire cet objectif de « santé pour tous » en actions concrètes sans négliger les franges les plus précaires de la population. Pour ce faire, en plus de l'accueil général de la manifestation, il est nécessaire de prévoir des dispositifs spécifiques pour l'accueil et la prise en charge des publics précarisés (notamment les sans-abris, les personnes âgées isolées, les allocataires sociaux, les sans-papiers, ...).

¹⁵ <http://www.hainautstat.be/hainautstat/>

Références bibliographiques

Bambra C, Smith KE, Garthwaite K, Joyce KE, Hunter DJ. A labour of Sisyphus? Public policy and health inequalities research from the Black and Acheson Reports to the Marmot Review. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2010Apr;65(5):399–406.

Birch S. I dreamed a dream: England reduces health inequalities and wins the world cup. *Health Economics*. 2010Dec;19(8):881–5.

Frohlich KL, Potvin L. The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *American Journal of Public Health*. 2008Feb;98(2):216–21.

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

Marmot M. Fair society, healthy lives: the Marmot review. London: Marmot Review; 2010.

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/.

Peretti-Watel P, Constance J. Comment les fumeurs pauvres justifient-ils leur pratique et jugent-ils la prévention ? *Déviance et Société*. 2009;33(2):205.

Poissant J. L'universalisme proportionné. Quelques explications additionnelles. Institut national de santé publique du Québec. 2015.

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. 2010.