



HAL
open science

Universalisme proportionné : évolution, appropriation et mise en place du principe, vers une réduction des inégalités sociales de santé

Florence Francis-Oliviero

► To cite this version:

Florence Francis-Oliviero. Universalisme proportionné : évolution, appropriation et mise en place du principe, vers une réduction des inégalités sociales de santé. Médecine humaine et pathologie. Université de Bordeaux, 2022. Français. NNT : 2022BORD0463 . tel-04633210

HAL Id: tel-04633210

<https://theses.hal.science/tel-04633210>

Submitted on 3 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE PRÉSENTÉE
POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR DE
L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE SOCIÉTÉS, POLITIQUE, SANTÉ PUBLIQUE SPECIALITÉ
SANTÉ PUBLIQUE

OPTION INTERVENTIONS ET ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Par Florence FRANCIS-OLIVIERO

Née le 13 juin 1989 à Cagnes-sur-Mer

Universalisme Proportionné

**Evolution, appropriation et mise en place du principe,
vers une réduction des inégalités sociales de santé**

Sous la direction du Pr François ALLA

Soutenue le 30 Novembre 2022

Membres du jury

M. PRADIER Christian
Mme. MELCHIOR Maria

M. DELPIERRE Cyrille

Mme. VANDENTORREN Stéphanie

M. ALLA François

PU-PH Université Côte d'Azur

DR Inserm

DR Inserm

MD, HDR Santé publique France

PU-PH Université de Bordeaux

Président

Rapporteuse

Rapporteur

Examinatrice

Directeur

Résumé

Les inégalités sociales de santé (ISS), sont une problématique ubiquitaire, dont certains chercheurs en santé publique, mais également d'autres disciplines se saisissent. Dans son rapport *Fair Society, Healthy Lives*, commandité par le gouvernement britannique, Michael Marmot, formalise et propose pour la première fois le concept d'universalisme proportionné (UP) comme une solution permettant de réduire ces ISS. Il faudrait selon lui, que les actions soient universelles, mais avec une intensité proportionnelle au niveau de désavantage, c'est l'universalisme proportionné. Le rapport de M.Marmot et ses conclusions, ont soulevé une certaine controverse dans différents domaines de recherche (épidémiologie, sociologie, sciences politiques...), et les réactions contradictoires ou encourageantes ont été nombreuses. Toutefois, si suite à la formalisation du concept, quelques autorités locales britanniques ont tenté d'appliquer ce principe dans leurs politiques, peu de chercheurs ont analysé les tenants et aboutissants d'interventions répondant à ce principe. Ce concept a été interprété de différentes façons par certains acteurs de santé publique, et plusieurs définitions en pratique sont possibles.

L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer l'évolution, l'appropriation et la mise en pratique effective du principe par différents acteurs de santé publique : chercheurs issus de différentes disciplines, acteurs du soin, et acteurs de terrain en prévention promotion de la santé. La finalité de ce travail est de pouvoir à partir de l'analyse des cas pratiques et de l'identification des freins et leviers à sa mise en place, ébaucher un cadre opérationnel pour que toute intervention de santé publique respecte le principe d'universalisme proportionné.

Abstract

Health inequalities are an ubiquitous problem, which some public health researchers, but also other disciplines, are addressing. In its "Fair Society, Healthy Lives" report, Michael Marmot, proposes for the first time the concept of proportionate universalism (UP) as a solution to reduce health inequalities. According to him, "actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage", it is proportionate universalism. Mr. Marmot's report and its conclusions raised some controversy in different fields of research (epidemiology, sociology, political science, etc.), and there were many contradictory or encouraging reactions. However, while some British local authorities tried to apply this principle in their policies, few researchers in the field of intervention research have analysed interventions that comply with this principle. This concept has been interpreted in different ways by some interventional research actors, and several definitions are possible in practice.

The objective of this thesis is to evaluate the evolution, appropriation and effective implementation of the principle by different public health actors: researchers, health care professionals and health promotion professionals. The aim of this work is to propose an operational framework of practical proportionate universalism for any public health intervention that aim to reduce social health inequalities.

REMERCIEMENTS

A Monsieur Christian Pradier,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Ainsi que de m'avoir donné le goût de la santé publique, dès mes premières années de médecine à Nice.

A Madame Maria Melchior,

Je souhaiterais vous témoigner ici toute ma reconnaissance d'avoir accepté de rapporter ce travail de thèse.

A Monsieur Cyrille Delpierre,

Vous avez accepté d'être rapporteur de ce travail de thèse. Soyez assuré de tous mes remerciements pour l'intérêt que vous avez témoigné.

A Madame Stéphanie Vandentorren,

Je souhaiterais vous remercier d'avoir accepté de juger ce travail, et du temps que vous y avez consacré.

A Monsieur François Alla,

Merci François pour ta confiance et le soutien que tu m'as témoigné durant ces quatre années de thèse.

A Monsieur Jérôme Wittwer,

Merci infiniment Jérôme pour tous les conseils prodigués durant les comités de suivi, mais aussi en dehors !

A Sir Michael Marmot,

Merci mille fois, de m'avoir accompagnée durant la rédaction du premier article de cette thèse et de m'avoir témoigné votre confiance, c'est un grand honneur pour moi d'avoir pu échanger avec vous.

A toutes les personnes avec lesquelles j'ai pu échanger et qui m'ont aidée à mener cette thèse à son terme : Bénédicte, Thomas, Linda, Eric et tous les membres de l'équipe PHARES ! Un immense merci à Florence, Marion et toute l'équipe de l'UMES/USMR pour votre bienveillance, votre soutien et votre patience !

Une pensée et tous mes remerciements à mes parents, frère et sœurs, et à tous mes amis pour leur soutien sans cesse renouvelé.

A Cédric et Côme, à qui je ne pourrais jamais assez dire merci.

PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES

A. Publications en lien avec la thèse

Articles publiés

Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. Rev Panam Salud Publica. 15 oct 2020

Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión*. Rev Panam Salud Publica. 18 oct 2021;45:e102.

Article soumis au European Journal of Pediatrics

Francis-Oliviero F, Driollet B, Alla F. Perceptions of social health inequalities and proportionate universalism by pediatric health professionals in French public hospitals: a qualitative study.

Article soumis à Global Health Promotion

Francis-Oliviero F, Alla F. L'Universalisme proportionné en pratique en France : enquête auprès des acteurs en prévention-promotion de la santé.

B. Autres publications

Ces autres publications sont en lien avec d'autres projets de recherche et une activité de méthodologiste au CHU de Bordeaux.

Lesaine E, **Francis-Oliviero F**, Domecq S AVICOVID group, et al Effects of healthcare system transformations spurred by the COVID-19 pandemic on management of stroke and STEMI: a registry-based cohort study in France. BMJ Open 2022;12:e061025. doi: 10.1136/bmjopen-2022-061025

Francis-Oliviero F, Coste P, Lesaine E, Perez C, Casteigt F, Clerc JM, et al. Development and evaluation of the accuracy of an indicator of the appropriateness of interventional cardiology generated from a French registry. *Arch Public Health*. déc 2021;80(1):132.

Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión*. *Rev Panam Salud Publica*. 18 oct 2021;45:e102.

Francis-Oliviero F, Bozoki S, Micsik A, Kieny MP, Lelièvre JD. Research priorities to increase vaccination coverage in Europe (EU joint action on vaccination). *Vaccine*. sept 2021;S0264410X2101224X.

Collet C, Fayon M, **Francis F**, Galode F, Bui S, Debelleix S. The First 1000 Days: Impact of Prenatal Tobacco Smoke Exposure on Hospitalization Due to Preschool Wheezing. *Healthcare*. août 2021;9(8):1089.

Francis F, Enaud R, Soret P, Lussac-Sorton F, Avalos-Fernandez M, MucoFong Investigation Group, et al. New Insights in Microbial Species Predicting Lung Function Decline in CF: Lessons from the MucoFong Project. *Journal of Clinical Medicine*. janv 2021;10(16):3725.

The Mucofong Investigation Group, Soret P, Vandendorgh LE, **Francis F**, Coron N, Enaud R, et al. Respiratory mycobion and suggestion of inter-kingdom network during acute pulmonary exacerbation in cystic fibrosis. *Scientific Reports*. déc 2020

Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 15 oct 2020

Francis F, Terroba C, Persoz C, Gagliolo JM, Alla F. Quelle place pour les registres de morbidité à l'ère des données massives de santé ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 avr 2020;68(2):117-23.

Midy D, Bastrot L, Belhomme D, Faroy F, Frisch N, Bouillanne PJ, Delaunay T, Aguilar P, **Francis-Oliviero F**, Caradu C. Five Year Results of the French EPI-ANA01 Registry of Anaconda™ Endografts in the Treatment of Infrarenal

Abdominal Aortic Aneurysms. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery [Internet]. mars 2020

Gouverneur A, Dolatkhani D, Rouyer M, Grelaud A, **Francis F**, Gilleron V, et al. Agreement between hospital discharge diagnosis codes and medical records to identify metastatic colorectal cancer and associated comorbidities in elderly patients. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. août 2017;65(4):321-5.

Bezin J, **Francis F**, Nguyen NV, Robinson P, Blin P, Fourrier-Réglat A, et al. Impact of a public media event on the use of statins in the French population. Archives of Cardiovascular Diseases. févr 2017;110(2):91-8.

Table des matières

1) Introduction	Erreur ! Signet non défini.
1.1 Inégalités sociales de santé : définition et distribution.....	16
1.1.1 Définition de la santé : vers une prise en compte de sa dimension psycho-sociale	16
1.1.2 Inégalités sociales de santé.....	17
1.2 Modèles théoriques des déterminants sociaux de la santé	20
1.2.1 Définitions.....	21
1.2.2 Modèle de Dahlgren and Whitehead	21
1.2.3 Modèle du Ministère de la Santé et des Services sociaux québécois	23
1.3 Modèles théoriques des déterminants sociaux des inégalités de santé ..	24
1.3.1 Modèle causal de F.Diderichsen.....	24
1.3.2 Modèle causal de la Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS	26
1.3.3 Health equity measurement framework	27
1.4 De la théorie des déterminants sociaux de la santé à l'action publique ..	29
1.4.1 Propositions de la Commission des déterminants sociaux/OMS	29
1.4.2 Des politiques nationales de soins au prisme du curatif	30
1.5 L'universalisme proportionné : une solution	32
1.5.1 Définition.....	32
1.5.2 Fondements théoriques	34
1.5.3 Les critiques qui en sont faites.....	35
1.5.4 Un écho majeur ces dernières années	36
2) Problématique et objectifs de la thèse	41
3) Méthodologie de la thèse	43

3.1	Complémentarité des méthodes	43
3.2	Revue de littérature du type revue de scope pour la vision des chercheurs 43	
3.3	Méthodes des enquêtes auprès des professionnels de terrain	44
3.3.1	Enquête qualitative auprès des professionnels de santé.....	45
3.3.2	Enquête quantitative auprès des professionnels de terrain en PPS .	45
3.4	Synthèse des trois études et proposition d'un cadre opérationnel	46
4)	Appropriation du principe par les chercheurs.....	47
4.1	Introduction	47
4.2	Articles publiés	47
4.3	Conclusion	59
5)	Appropriation du principe par des soignants (Art 2)	60
5.1	Introduction	60
5.2	Article soumis au European Journal of Pediatrics	60
6)	Appropriation du principe par des acteurs de terrain en PPS.....	89
6.1	Introduction	89
6.2	Article soumis au journal <i>Global Health Promotion</i>	89
7)	Discussion.....	109
7.1	Synthèse des résultats concernant l'appropriation du principe	109
7.1.1	Une relative méconnaissance du principe	109
7.2	Synthèse des résultats concernant l'application du principe	112
7.2.1	Différentes interprétations du principe identifiées au travers des trois études	112
7.2.2	Enseignements issus des applications en vue de l'opérationnalisation du principe.....	124
7.3	Proposition d'un cadre opérationnel.....	129
7.3.1	Réaliser un diagnostic précis.....	129
7.3.2	Construction de l'intervention.....	129

7.3.3	Mener une évaluation rigoureuse	130
7.3.4	Représentation graphique du cadre opérationnel proposé	131
7.4	Discussion méthodologique	132
7.5	Pistes de recherche et approfondissements à envisager	134
7.5.1	Projet de PREPS concernant la littératie en santé en médecine générale	135
7.5.2	Complétion et validation du cadre opérationnel proposé	136
8)	Conclusion	137
	Annexe 1 : Projets réalisés en lien avec la thèse	147
	Annexe 2 : Activités d'enseignement et d'encadrement pédagogique en lien avec la thèse	149

Liste des abréviations

ETP : Education thérapeutique du patient

INCA : Institut National du Cancer

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IREPS : Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé

OCDE : Organisme de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPS : Prévention, Promotion de la Santé

UP : Universalisme Proportionné

Liste des tableaux

Tableau 1 : Nombre d'occurrences du terme "Universalisme proportionné" au sein des PRS, SRS et COS des agences régionales de santé françaises	37
---	----

Liste des figures

Figure 1: Espérance à la naissance du nombre d'années en incapacité en fonction d'un indice privation sociale en Angleterre, 2001 (Source : Bureau britannique des statistiques nationales).....	18
Figure 2 : Espérance de vie à la naissance par sexe et par niveau de vie mensuel en France, 2012-2016 (Source: Insee).....	19
Figure 3 : Risque standardisé de déclarer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie (Source Insee)	19
Figure 4 : Espérance de vie en fonction du niveau d'études, en France métropolitaine, 2009-2013.....	20
Figure 5 : Modèle des déterminants sociaux de la santé, selon Dahlgren et Whitehead, 1991	22
Figure 6: Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2012.....	23
Figure 8: Modèle causal des inégalités sociales de santé (I à IV) et points d'entrée des politiques – Diedrichsen et al, 2002.....	25
Figure 9 : Modèle des déterminants de la santé issus de la Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS, 2005	26
Figure 10 : Health Equity Measurement Model, Dover and Belon International Journal for Equity in Health (2019) 18:36	28
Figure 11 : Actions pour contrer les inégalités sociales de santé, Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS.....	29
Figure 12 : Cadre théorique des politiques prônées en vue de réduire les ISS....	33
Figure 13: Représentation graphique de l'universalisme proportionné.....	34
Figure 14 : Proposition du think-tank WRR concernant la mise en place de l'universalisme proportionné en Hollande.....	38
Figure 15: Nombre de publications dans Pubmed indexant le terme "Universalisme proportionné" comme mot-clé (n=68)	39
Figure 16 : Les données probantes en promotion de la santé	45
Figure 17 : Représentation graphique de l'universalisme proportionné.....	113
Figure 18 : Différents leviers d'intervention d'UP.....	114
Figure 19 : Participation des adolescents aux activités PRALIMAP- Ines	119
Figure 20 : Représentation graphique du cadre opérationnel d'UP proposé	131

Figure 21: Représentation graphique du cadre opérationnel proposé..... 131

1) Introduction

1.1 Inégalités sociales de santé : définition et distribution

1.1.1 **Définition de la santé : vers une prise en compte de sa dimension psycho-sociale**

La santé est un concept dont la définition a considérablement évolué à travers le temps. Longtemps a prévalu la vision d'Hippocrate, identifiant quatre humeurs au sein du corps humain (biles noire et jaune, sang, phlegme) dont l'équilibre définit la santé ². Du déséquilibre résultera une maladie, qu'il conviendra de traiter par des saignées, véritable panacée jusqu'au XVIIIème siècle.

Elles tomberont peu à peu en désuétude, et seront remplacées à l'issue de découvertes notables par ce qu'on appelle le modèle biomédical, modèle prédominant jusqu'au XXème siècle. Hérité de grands scientifiques comme Louis Pasteur ou Claude Bernard, ce modèle consiste à considérer les maladies comme étant les résultantes de lésions organiques, physiques qu'il convient de comprendre, diagnostiquer et traiter ³. Ainsi, toute maladie a une cause organique pour laquelle il est possible de trouver un traitement. Ce modèle fait la part belle aux sciences biologiques, mais omet d'une certaine façon la dimension psycho-sociale de la santé.

A l'issue de la seconde guerre mondiale, dans le contexte de la création de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les choses ont évolué. En effet, une définition de la santé consensuelle aujourd'hui est celle proposée par l'OMS au moment de sa constitution le 22 juillet 1946 : il s'agit d'un « état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. ». Cette approche holistique de la santé qui s'est avérée révolutionnaire pour l'époque, a permis la prise en compte d'une dimension sociale de la santé ⁴.

1.1.2 Inégalités sociales de santé

Il est désormais admis que l'appartenance sociale d'un individu contribue à sa santé physique, mentale et sociale et que celle-ci peut même être à l'origine de ce qu'on appelle les inégalités sociales de santé. Celles-ci sont définies par l'OMS comme étant « des écarts injustes, évitables et importants enregistrés au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde »⁵.

En France, les prémices de ces constats se font dans le courant du XIX^{ème} siècle, avec notamment l'étude de Louis-René Villermé en date de 1830, intitulée « De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris ». Après avoir fait le constat d'importantes disparités de mortalité dans différents quartiers de Paris, il en cherche la cause. Selon lui « L'aspect, l'exposition des logements, le voisinage de la Seine, les vents auxquels on est plus particulièrement exposé, et même l'agglomération des maisons, la densité de la population, toutes circonstances auxquelles les médecins font unanimement jouer un si grand rôle sur notre santé, n'ont [...] aucune action évidente (je ne dis pas réelle) sur la mortalité, l'effet de ces causes étant masqué par celui de l'aisance ou de la misère ». Ainsi, après avoir éliminé d'éventuels facteurs environnementaux, il conclut qu'il existe une relation entre revenu fiscal d'un foyer et mortalité. D'autres travaux, comme ceux de Jacques Bertillon en 1892, toujours en France, mettront en évidence des disparités de devenir en fonction des professions exercées⁶. C'est donc à cette époque, que de nombreux scientifiques interrogent ces inégalités et commencent à les qualifier d'injustes.

Au siècle suivant, à partir de travaux réalisés par l'Institut National de la Statistique et des études économiques (INSEE) et datant de 1965 on peut noter qu'un manoeuvre de 35 ans, avait une mortalité trois fois et demi supérieures à celle d'un instituteur, et entre ces deux extrêmes, la mortalité se répartissait tout au long des catégories professionnelles. C'est ce qu'on appelle le **gradient social de santé**, qui sera par la suite mis en évidence à de multiples reprises pour différents événements de santé et ce, dans différentes populations. La figure 1 illustre ce concept, en montrant le nombre d'années en situation d'incapacité « espérées » à la naissance en fonction de centiles d'un indice de privation sociale (le revenu moyen des habitants d'un quartier).

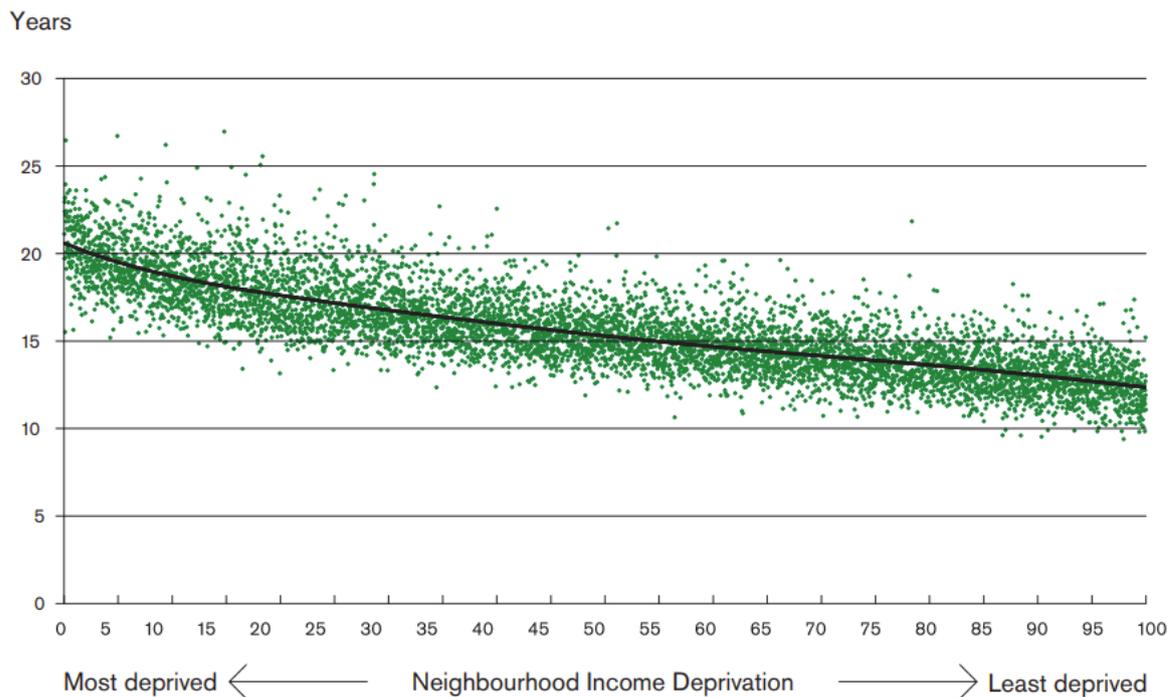


Figure 1: Espérance à la naissance du nombre d'années en incapacité en fonction d'un indice privation sociale en Angleterre, 2001 (Source : Bureau britannique des statistiques nationales)

En France, les inégalités d'espérance de vie en fonction de différentes catégories sociales se maintiennent, selon l'INSEE ⁷. Si l'on prend l'exemple du revenu mensuel (figure 2), on observe une inégalité de genre, les hommes vivant moins longtemps que les femmes et à nouveau un gradient social de santé : l'espérance de vie augmentant proportionnellement au revenu ⁸.

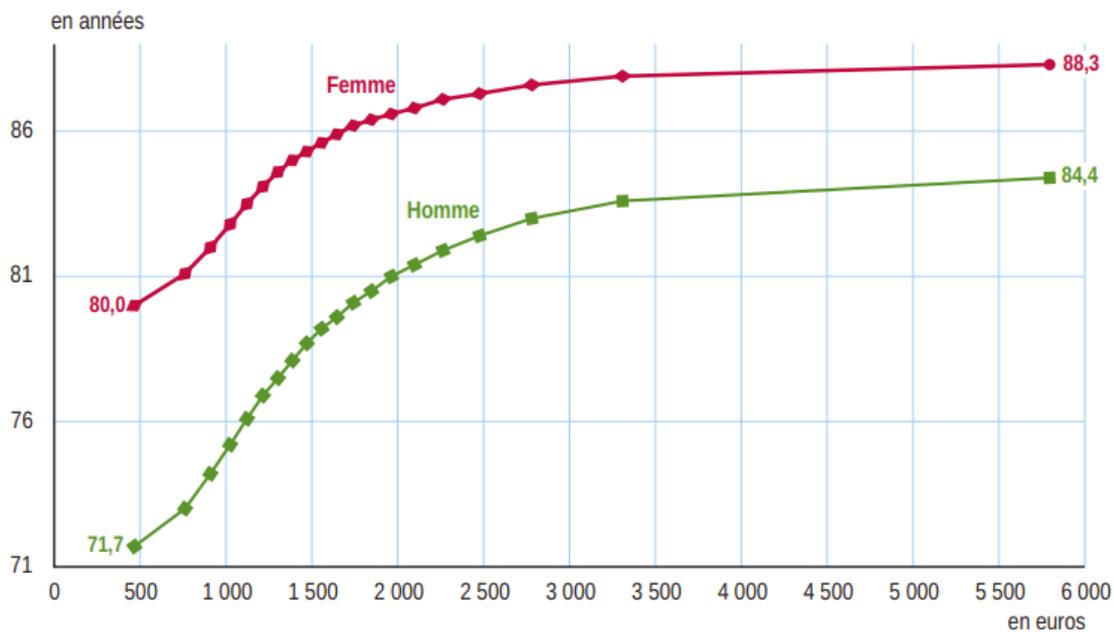
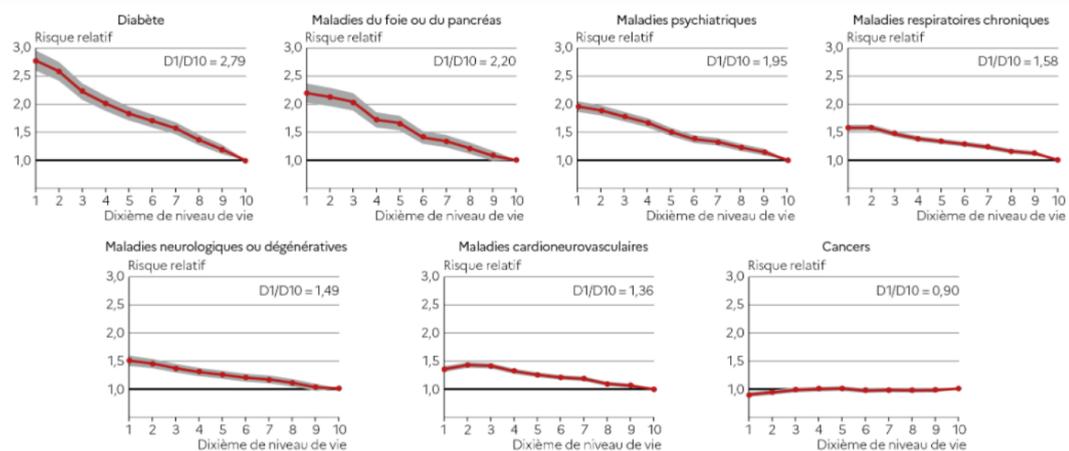


Figure 2 : Espérance de vie à la naissance par sexe et par niveau de vie mensuel en France, 2012-2016 (Source: Insee)

Note : en abscisse, chaque point correspond à la moyenne des niveaux de vie mensuels d'un vingtile. Chaque vingtile comprend 5% de la population.

Source : Insee-DGFIP-Cnav-CCMAS, Echantillon démographique permanent

Le dernier rapport de l'INSEE, en date de septembre 2022, montre ainsi le risque de développer une maladie chronique, en fonction de la catégorie sociale (décile de revenus).



Note > L'intervalle de confiance à 95 % est indiqué par le ruban qui entoure les valeurs.
 La valeur inscrite en haut à droite de chaque graphique correspond au risque relatif des personnes les plus modestes (premier dixième) relativement aux personnes les plus aisées (dernier dixième).
Lecture > Les personnes du dixième le plus modeste ont un risque 1,58 fois plus élevé de développer une maladie respiratoire chronique que celles du dixième le plus aisé.
Champ > 2016-2017, France (hors Mayotte).
Source > EDP-Santé 2017.

Figure 3 : Risque standardisé de déclarer une maladie chronique, selon le niveau de vie et la catégorie de maladie (Source Insee)

Ce gradient se retrouve également, si l'on prend en compte le niveau d'études.

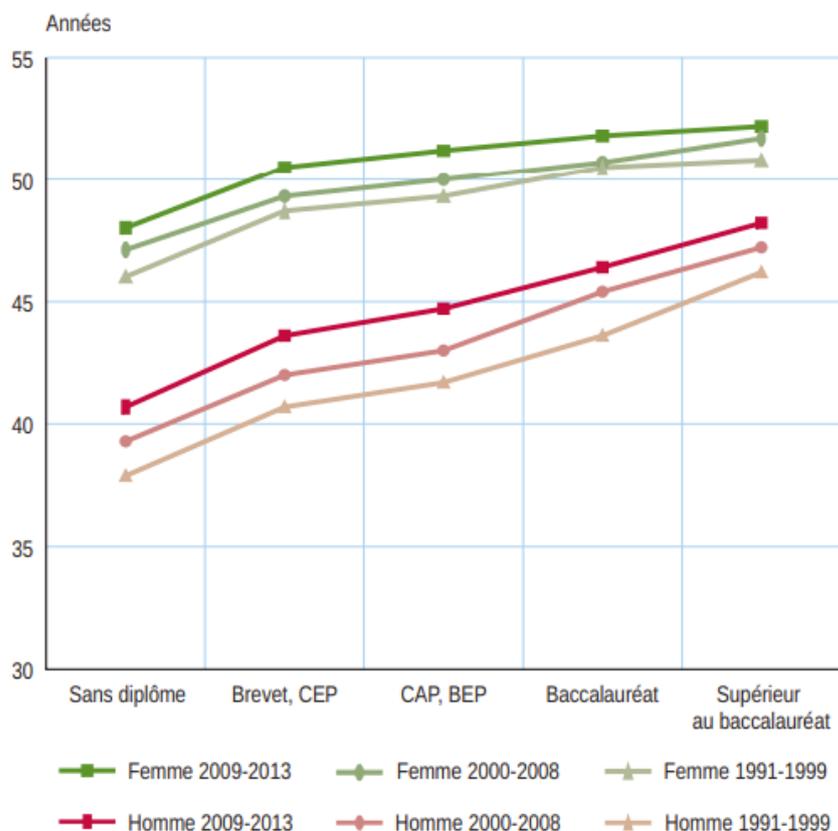


Figure 4 : Espérance de vie en fonction du niveau d'études, en France métropolitaine, 2009-2013

Source : Insee, Echantillon démographique permanent

Les exemples de gradient social sont nombreux, et ubiquitaires, ils représentent aussi bien des disparités de santé entre Etats qu'au sein d'un même pays. Ayant fait le constat de ces inégalités, il convient dès lors de s'interroger quant à la nature de leur cause.

1.2 Modèles théoriques des déterminants sociaux de la santé

Contrairement à une idée reçue, ces inégalités ne relèvent pas uniquement des caractéristiques individuelles des personnes ou de leurs comportements, mais également de leurs milieux de vie, et des conditions socio-économiques (environnement de travail, situation familiale, niveau d'éducation etc.), dans

lesquels ils évoluent. Cette théorie est celle des déterminants sociaux de la santé et de ses inégalités, qui a été conceptualisée selon différents modèles.

1.2.1 Définitions

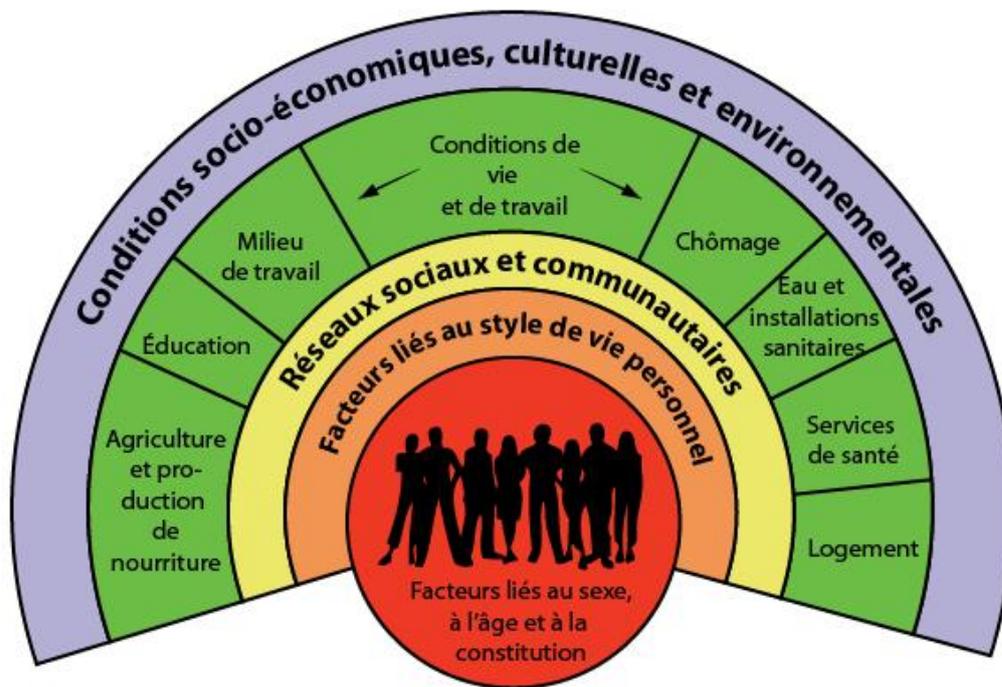
Les déterminants sociaux de la santé sont définis par l’OMS comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l’économie, les politiques sociales et la politique » (4).

De façon synchrone, « les structures et processus sociaux sous-jacents qui assignent systématiquement les gens à des positions sociales différentes et qui répartissent inégalement les déterminants sociaux de la santé dans la société sont les déterminants sociaux des inégalités de santé »⁹.

Une revue réalisée en 2016 recensait 21 modèles de déterminants sociaux de la santé : ils distinguent des modèles théoriques établis avant 1995, qui identifiaient des déterminants sociaux de la santé et leurs liens ; des modèles établis entre 1995 et 2005 qui se sont intéressés à classer les déterminants et à étudier leurs relations dans un modèle universel, et enfin les modèles après 2005 qui ont mis l’accent sur le rôle des déterminants socio-économiques de la santé et insistaient sur des leviers permettant d’agir sur ces déterminants afin de réduire les ISS (6). La majorité de ces modèles mentionnent les mêmes grands déterminants (revenus, niveaux d’éducation et catégorie socio-professionnelle), leurs principales différences résident dans une approche dite *life-course*, soit tout au long de la vie et la prise en compte ou non du système de soins et/ou de l’accès aux soins comme déterminant.

1.2.2 Modèle de Dahlgren and Whitehead

Parmi ces différents modèles, celui de Dahlgren and Whitehead, paru pour la première fois en 1991 fait office de référence¹⁰.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991,
Policies and Strategies to promote social equity in health.
Institute of Future Studies. Stockholm (traduction)

Figure 5 : Modèle des déterminants sociaux de la santé, selon Dahlgren et Whitehead, 1991

Il classe les déterminants en cinq catégories :

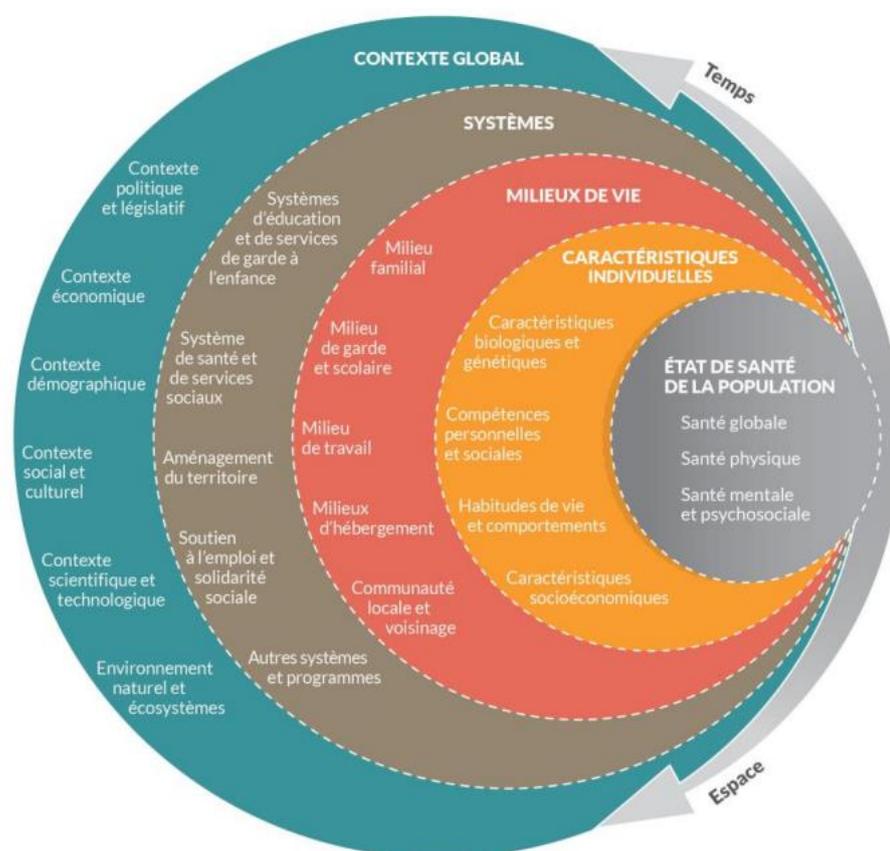
- Les facteurs individuels, biologiques : âge, sexe et facteurs héréditaires
- Les modes de vies et comportements
- L'appartenance à une communauté
- Les conditions de vie et de travail
- Les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

Les facteurs individuels, et les modes de vie sont alors appelés déterminants « proximaux » de la santé, quand les conditions socio-économiques culturelles et environnementales sont, elles, appelées déterminants « distaux » de la santé.

Ces déterminants interagissent entre eux, et s'inscrivent dans une perspective *life-course*, c'est-à-dire tout au long de la vie.

1.2.3 Modèle du Ministère de la Santé et des Services sociaux québécois

Par la suite, d'autres modèles seront proposés. Par exemple, en 2010, le ministère de la Santé québécois propose un modèle conceptuel élargi, intégrant notamment les notions de temps et d'espace ¹¹. Ce cadre se structure à partir de cinq champs : le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé de la population. Chaque champ se décline ensuite en plusieurs catégories. La représentation des lignes en pointillés entre les champs, est le symbole de l'interpénétration des différents champs, et de leur influence mutuelle.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.

Figure 6: Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants, Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2012

Il est important de préciser que ces modèles ne sont pas des modèles dont les flèches représentent des relations de causalité, mais simplement d'une conceptualisation des déterminants qui influencent la santé d'une population.

1.3 Modèles théoriques des déterminants sociaux des inégalités de santé

1.3.1 **Modèle causal de F.Diderichsen**

Le modèle de Finn Diderichsen et al met en évidence cinq mécanismes causaux : stratification sociale, exposition différentielle, vulnérabilité différentielle, conséquences différentielles des maladies et les conséquences de la maladie pour l'individu et la société.

Stratification sociale : la position occupée par un individu dans la société influe sur sa santé. Plus particulièrement l'enfance, et les premières années de développement qui sont influencés par la situation socio-économique, sociale et psychologique de la famille, ont un fort impact sur les chances de l'enfant dans le processus de stratification, et donc sur sa santé future.

Exposition différentielle : la position sociale exercée par un individu dans la société modifiera son degré d'exposition à de potentiels facteurs de risque, par l'intermédiaire de son emploi, de ses conditions économiques, mais également de son lieu de vie.

Vulnérabilité différentielle : Ici, l'idée est qu'une personne qui présente plusieurs facteurs de risque (auxquels il peut avoir été exposé dans l'enfance, ou plus tard dans sa vie d'adulte) de façon simultanée sera plus vulnérable à une même maladie. Par exemple, le tabagisme a un effet plus important en tant que facteur de risque de maladie cardio-vasculaire, chez un patient qui présente par ailleurs une hypertension artérielle.

Conséquences différentielles des maladies : les maladies altèrent la survie, la survie sans handicap et la qualité de vie, ainsi que la capacité d'une personne à exercer un emploi ou à avoir une vie sociale. Les conséquences des maladies sont affectées par la position sociale car celle-ci impacte l'accès aux soins, entre autres.

Conséquences de la maladie pour l'individu et la société : les conséquences sociales des maladies, sont souvent aggravées par la position sociale.

Le modèle décrit également trois types de déterminants des inégalités sociales :

- Les déterminants en lien avec la petite enfance et l'éducation qui affecteront la position sociale de l'enfant une fois parvenu à l'âge adulte, ou qui peuvent de façon plus directe influencer la santé future de l'enfant ;
- Les déterminants en lien avec la position sociale de l'individu à l'âge adulte, et plus particulièrement les conditions de travail, le lieu de vie, ou les habitudes de vie, qui sont des médiateurs de l'effet de la position sociale sur le risque de maladie ou d'accident ;
- Les déterminants qui jouent sur les conséquences des maladies, des accidents, ou du vieillissement, concernant la survie, les capacités fonctionnelles, la qualité de vie, ou l'emploi.

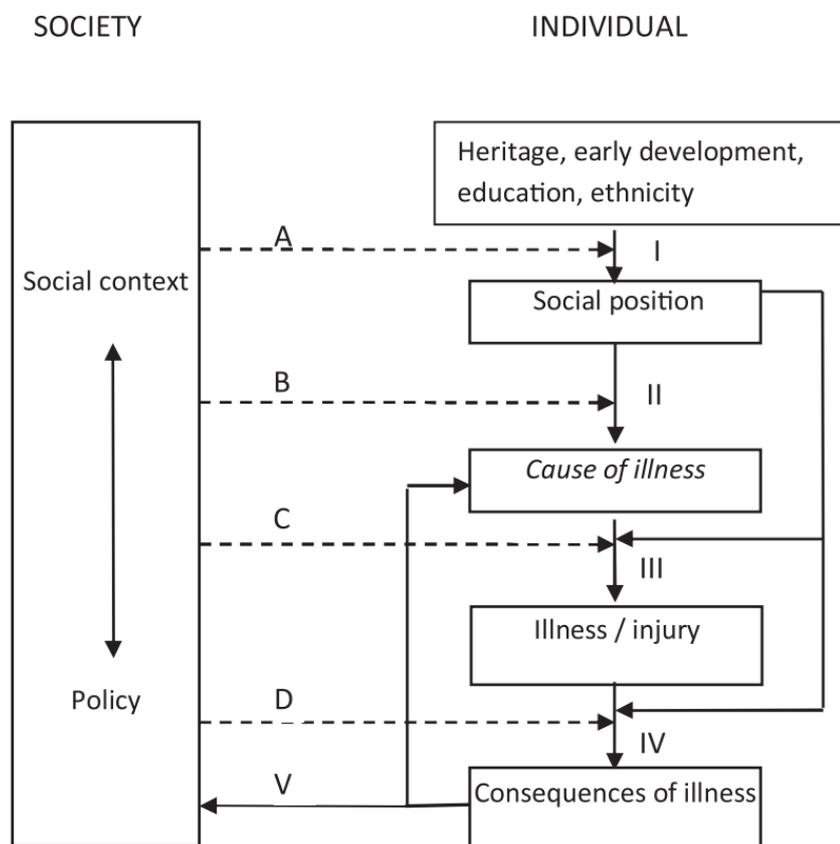


Figure 7: Modèle causal des inégalités sociales de santé (I à IV) et points d'entrée des politiques – Diederichsen et al, 2002

En miroir de ces mécanismes et de ces déterminants, des interventions pour lutter contre les ISS sont possibles.

1.3.2 Modèle causal de la Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS

L'OMS par le biais de sa Commission sur les déterminants sociaux de la santé a établi en 2005, un modèle tenant compte des théories précédentes ⁹.

Figure A. Final form of the CSDH conceptual framework

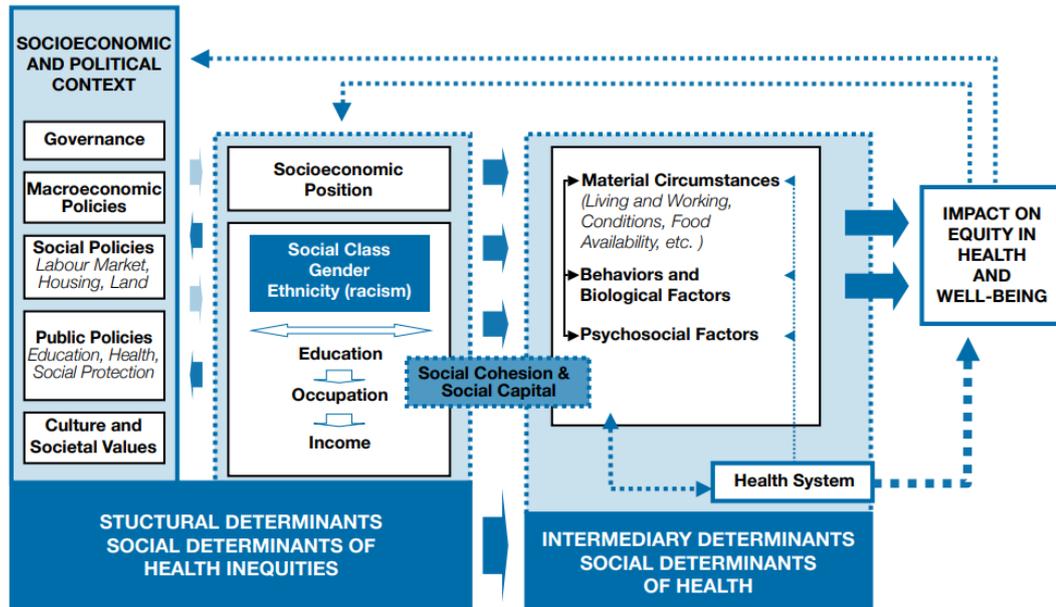


Figure 8 : Modèle des déterminants de la santé issus de la Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS, 2005

Inspiré du modèle de Diderichsen, il comprend trois niveaux. Premièrement, le contexte politique et socio-économique, et il diffère des autres modèles pour l'importance qu'il accorde à cela. C'est un ensemble de facteurs, qui ne peuvent être mesurés au niveau individuel, qui comprennent l'ensemble des politiques sociales au niveau de l'Etat, ainsi que les valeurs sociales et culturelles d'un pays.

Viennent ensuite les déterminants structuraux, qui désignent les interactions entre le contexte politique et socio-économique et les mécanismes à l'origine de la stratification sociale qui est le processus menant à la position socio-économique d'un individu. Celle-ci étant matérialisée par le revenu, la catégorie socio-professionnelle, et le niveau d'éducation principalement, on les appelle aussi les « causes des causes ».

Enfin, les déterminants dits intermédiaires, incluant les conditions matérielles telles que le logement, les moyens financiers, les « circonstances » psycho-sociales ou

socio-environnementales comme le stress, le soutien social... et les facteurs biologiques et comportementaux (tabagisme, alcoolisme...).

Une particularité de ce modèle est qu'il considère le système de soins comme un déterminant intermédiaire de la santé également. L'accès aux soins différencié peut expliquer la génération d'ISS mais pas seulement, c'est aussi la réponse qu'il apporte à différentes situations qui peut permettre d'aggraver ou de diminuer les ISS.

1.3.3 Health equity measurement framework

Le *Health equity measurement framework* a été développé en 2019, en faisant la synthèse de différents modèles et d'une revue de littérature ¹³. Il se fixe pour objectif de présenter de façon synthétique et complète, l'ensemble des chemins causaux et médiateurs d'effets de différents facteurs d'inégalités sociales. Il détaille ainsi plusieurs déterminants et leurs effets :

- Le contexte socio-économique, culturel et politique : il détermine la disponibilité, et la qualité des infrastructures publiques (sécurité sociale, logement, éducation etc...);
- La stratification sociale qui correspond à la distribution inégale des pouvoirs et des ressources,
- La position sociale, qui est la résultante de la stratification sociale, correspond à la place qu'occupe un individu dans la société à un instant donné. Elle est associée aux circonstances matérielles (moyens financiers), et est directement causale des circonstances sociales (capital social),
- Ces deux derniers facteurs, les circonstances matérielles et sociales, influent sur un ensemble de facteurs influant de façon directe ou indirecte sur l'état de santé : facteurs psycho-sociaux, capacité à « faire face », habitudes etc..
- L'état de santé résultant sera à l'origine d'un besoin de santé, c'est alors que tous les facteurs associés au recours aux soins et à la prévention interviendront pour mener à un événement de santé.

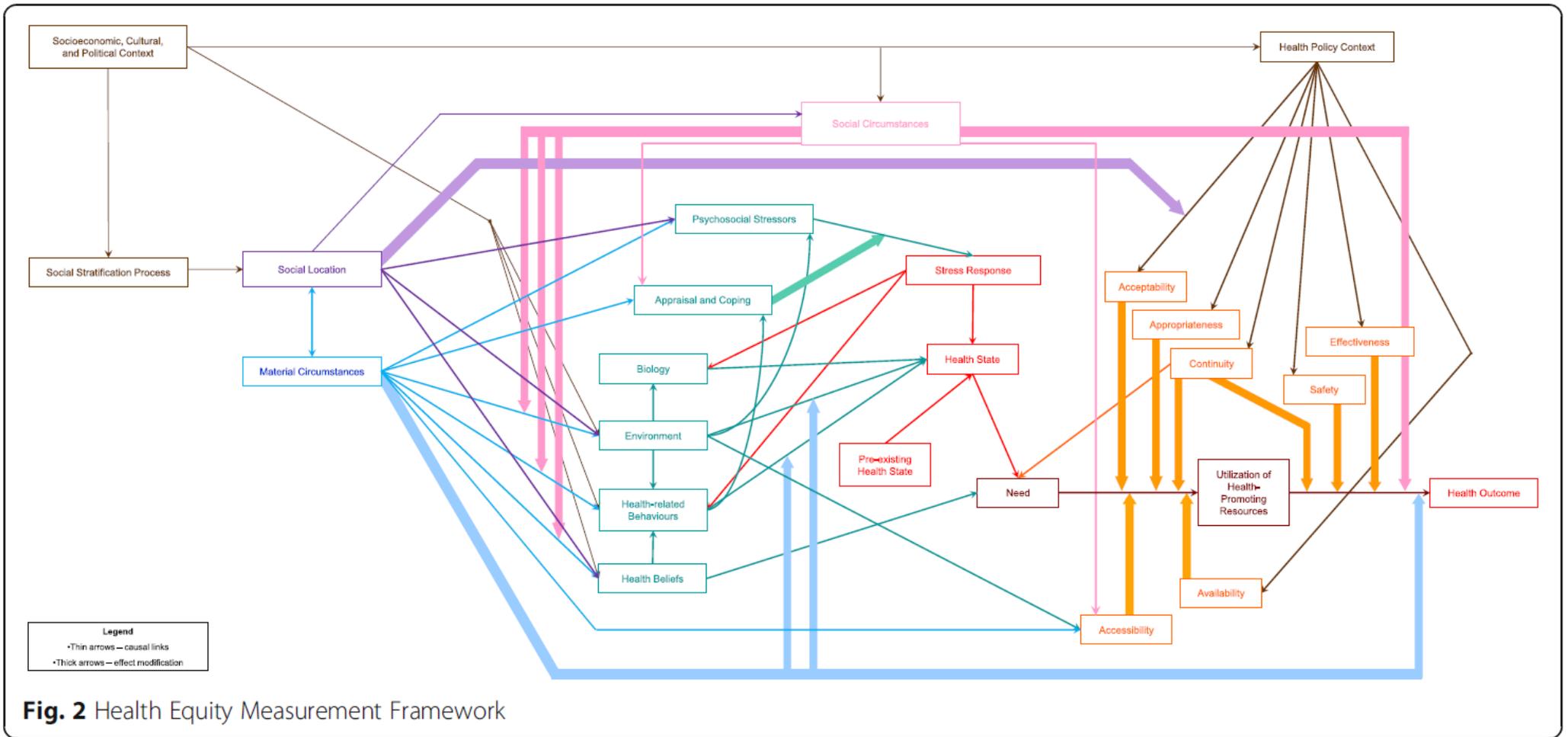


Figure 9 : Health Equity Measurement Model, Dover and Belon International Journal for Equity in Health (2019) 18:36

1.4 De la théorie des déterminants sociaux de la santé à l'action publique

1.4.1 Propositions de la Commission des déterminants sociaux/OMS

Si l'on connaît les origines de ces inégalités il semble possible d'y contrevenir par le biais d'interventions ciblant ces déterminants. C'est ainsi que l'OMS propose à la suite de son cadre théorique sur les déterminants sociaux, des grands principes concernant les actions à mettre en œuvre pour réduire les ISS ¹⁴.

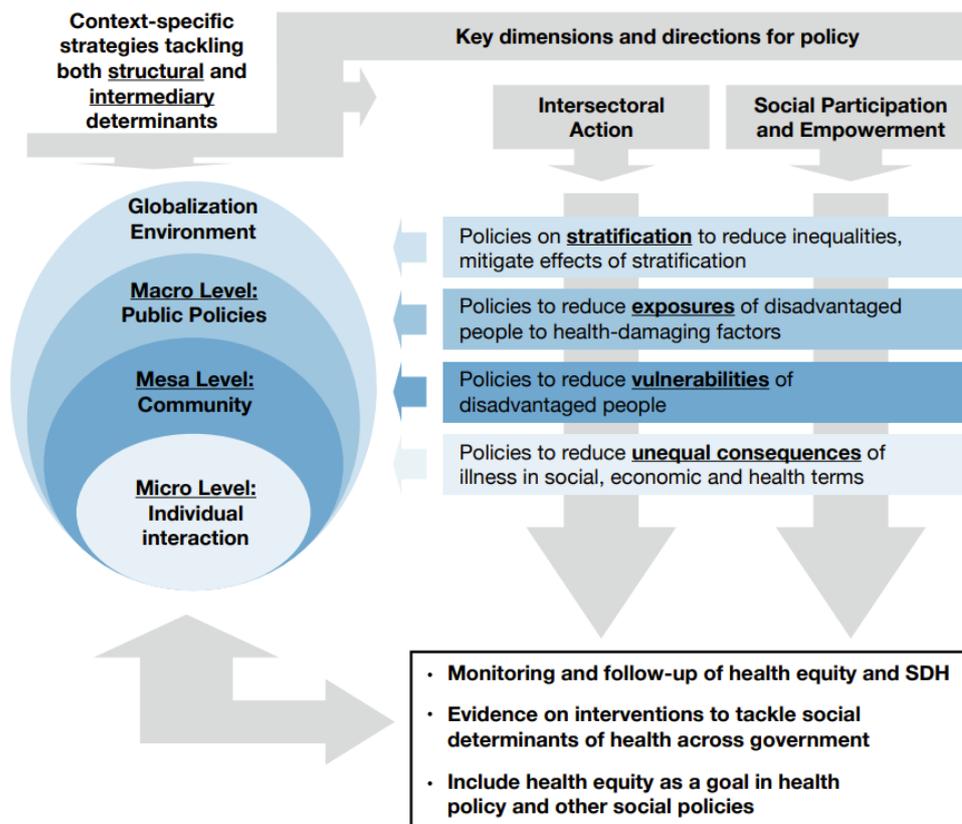


Figure 10 : Actions pour contrer les inégalités sociales de santé, Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS

Ayant une visée globale, leur première recommandation est d'agir en fonction de chaque contexte en ciblant à la fois des déterminants intermédiaires mais aussi structurels. En effet, selon les auteurs, les politiques ciblant ces déterminants sont encore trop peu mises en place. Certaines politiques britanniques, ciblent la petite enfance ou le logement, mais la plupart, ciblent des comportements individuels.

Leur seconde recommandation suggère la mise en place d'actions intersectorielles favorables à la santé, définies comme suit « actions entreprises par d'autres secteurs que celui de la santé, en collaboration avec le secteur de la santé, qui visent des résultats de santé ou d'équité en santé ou ciblent des déterminants de la santé ou de l'équité en santé » ¹⁵ (traduction libre du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec). Un exemple d'une politique intersectorielle serait celui d'une politique éducative forte visant à réduire les inégalités sociales.

Enfin, leur dernière incitation est celle d'une participation citoyenne permettant ainsi un *empowerment* des personnes en vue de politiques efficaces en termes de réduction des ISS. Selon la Commission, cela donne une légitimité éthique aux décisions prises et actions mises en œuvre, et constitue les fondements de politiques aux effets durables.

Ces recommandations répondent en tous points aux principes de promotion de la santé édictés par la Charte d'Ottawa ¹⁶. Ces politiques peuvent s'appliquer à différents niveaux de déterminants des plus structureaux aux plus proximaux.

Il convient dès lors de s'interroger quant à la mise en application de ces recommandations, aux niveaux international, national et infranational.

1.4.2 Des politiques nationales de soins au prisme du curatif

En parallèle de cette mise en évidence des ISS et de cette théorisation des déterminants sociaux de la santé, on observe en France depuis plusieurs décennies, au travers des lois et des grands rapports ministériels une prise en compte croissante du problème ¹⁷. Suivant cette tendance, les derniers plans de santé publique annoncent de façon quasi-systématique la nécessité de lutter contre les ISS. Il semblerait toutefois que la traduction effective en termes de politiques cible plus volontiers l'accès aux soins que les déterminants sociaux de la santé.

Ainsi, un certain nombre de productions et de rapports mentionnent la nécessité de prendre en compte ces ISS. L'arrivée au pouvoir de François Mitterrand en 1981, et des rapports publiés sous son mandat, témoignent d'une volonté de l'exécutif de « reconnaître que les écarts sociaux de santé ne relèvent pas du hasard mais constituent véritablement des « inégalités sociales de santé » ¹⁷. La loi Evin en 1990 interdisant le tabagisme dans les lieux publics, et limitant la publicité de boissons

alcoolisées suit la publication de ces rapports et témoigne d'une volonté de mener des politiques préventives, ciblant toutefois des comportements individuels, et non des déterminants sociaux structureaux à l'instar du logement ou de l'éducation. La décennie suivante voit les inégalités sociales directement ciblées au sein des différents plans et rapports, sans toutefois, que des mesures effectives ne suivent¹⁷. En effet, les différentes mesures prises dès lors, cibleront quasi-systématiquement l'accès aux soins. Malgré une volonté affichée de lutter contre les inégalités de santé, D. Fassin relève pourtant, que seule une mesure parmi les 100 objectifs de la loi de Santé publique de 2004 cible directement les inégalités sociales, le reste se concentrant sur le système de soins et de prévention¹⁸.

Il en va de même pour la Stratégie nationale de santé 2018-2022. En effet, le premier axe de cette stratégie consiste à « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie. » Cependant, le contenu des interventions proposées ne cible que les comportements individuels (alimentation, activité physique, addictions etc.), et ne prône pas la mise en place d'une politique intersectorielle ciblant des déterminants structureaux comme les lieux de vie, le logement ou l'éducation. De la même façon, le deuxième axe affiche la lutte des inégalités sociales de santé dans son titre, mais ne cible dans les faits que l'amélioration de l'accès et du recours aux soins. Cela semble corroboré par des données de l'OCDE indiquant que la part des dépenses de santé consacrées à la prévention en France est en dessous de celle des autres pays (2.5% vs. 2.9% en moyenne et 8.0% au Canada)¹⁹.

Cette polarisation des politiques de santé publique vers le soin trouve ses racines historiques suite au démantèlement de la profession soignante lors de la Révolution française selon Marcel Druhle¹⁷. Il explique en effet, que le corps médical ; orienté vers le soin, s'est imposé comme seul compétent dans le domaine de la santé en France, ne laissant pas l'opportunité de faire éclore une santé publique préventive plutôt que curative. L'exercice médical libéral actuel, centré sur la consultation individuelle, et un financement des médecins à l'acte (à l'exception de la rémunération sur objectifs de santé publique encore marginale), renforce la valorisation du soin²⁰. En dehors des spécificités de l'exercice médical français, d'autres causes sont alléguées, la crainte notamment qu'une politique hygiéniste soit considérée comme « liberticide ».

Au-delà du curatif et du contexte français, lorsque les politiques se développent en faveur de la promotion de la santé, celles-ci ciblent de façon quasi-permanente les comportements individuels, dits « à risque » plutôt que des déterminants structurels²¹. Ce biais s'est développé, selon plusieurs chercheurs à la faveur de l'émergence du néo-libéralisme, qui prône l'individualisme, et assimile un comportement défavorable à la santé à un choix individuel (11–13). Lorsqu'elles sont évaluées ce genre de stratégies démontre pourtant de façon quasi-systématique une augmentation des inégalités sociales^{22,23}. Diderichsen parle d'efficacité différentielle d'une mesure universelle²⁴.

1.5 L'universalisme proportionné : une solution

1.5.1 Définition

En 2010, le rapport *Fair Society, Healthy Lives*, commandité par le gouvernement britannique, Michael Marmot et ses co-auteurs, après avoir fait un bilan détaillé et argumenté de la situation en Grande-Bretagne, font émerger une série de propositions devant mener à réduire les ISS, considérées comme injustes¹.

Ils ciblent ainsi six thématiques prioritaires :

- Donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie ;
- Renforcer la capacité et le pouvoir d'agir des enfants mais aussi des adultes ;
- Avoir une politique de l'emploi juste, et améliorer les conditions de travail ;
- Renforcer le rôle et l'impact de la prévention ;
- Créer des lieux de vie sains et durables ;
- Assurer un niveau de vie sain pour tous.

Le cadre d'actions qu'ils proposent est représenté dans la figure 11. Selon eux, agir sur ces six axes prioritaires permettra de réduire efficacement les inégalités, en permettant d'atteindre deux cibles essentielles : créer une société qui maximise le potentiel des individus et des communautés et veiller à ce que la justice sociale, la santé, et le développement durable soient au cœur de toutes les politiques.

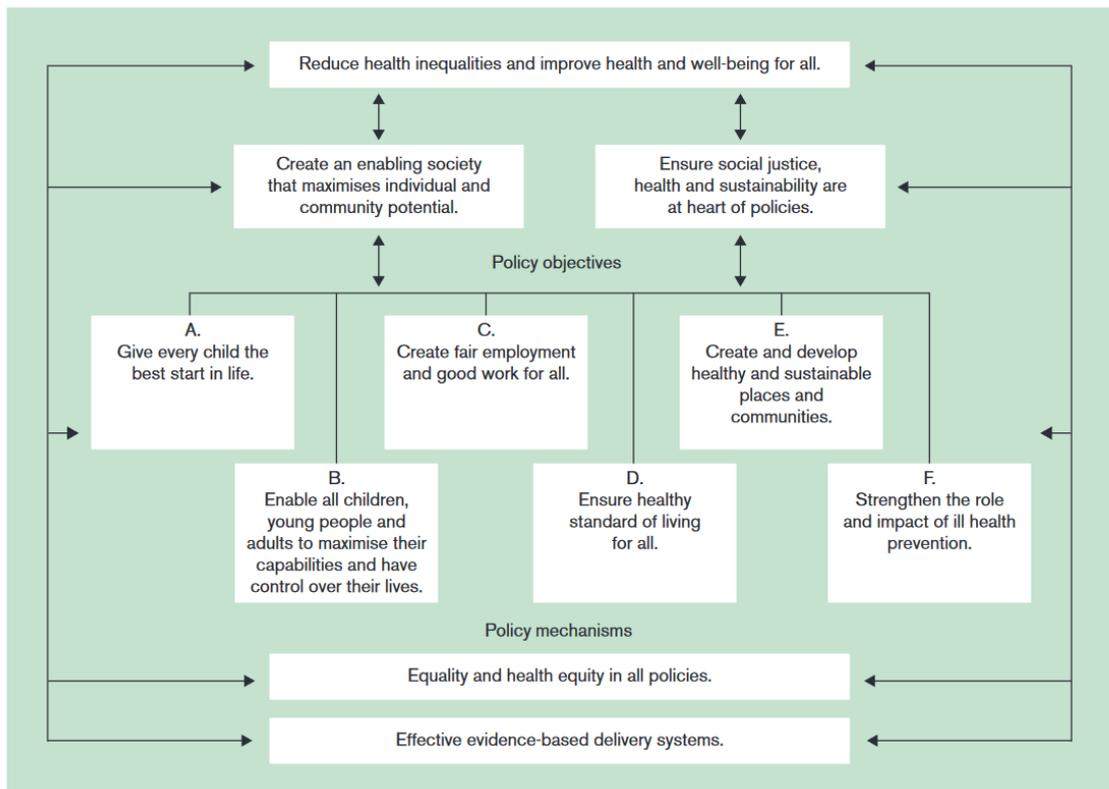


Figure 11 : Cadre théorique des politiques prônées en vue de réduire les ISS.

Source: Fair Society Health Lives, Marmot et al, 2010

Ils proposent également de mener des politiques au prisme du gradient social. Il faudrait selon eux, que les actions soient universelles, mais avec une intensité proportionnelle au niveau de désavantage, c'est ce qu'ils appellent l'Universalisme proportionné. Ce principe renvoie à la notion d'égalité et d'équité, il faut dépasser l'égalité, qui consiste à donner à chacun la même chose, pour parvenir à l'équité : donner plus à ceux qui ont besoin de plus, pour leur permettre d'arriver au même niveau que les mieux dotés. Il sous-tend l'ensemble des politiques et mesures proposées dans ce rapport : toutes doivent être faites proportionnellement au gradient. Cela est d'autant plus vrai que des mesures universelles ont tendance à aggraver les ISS.

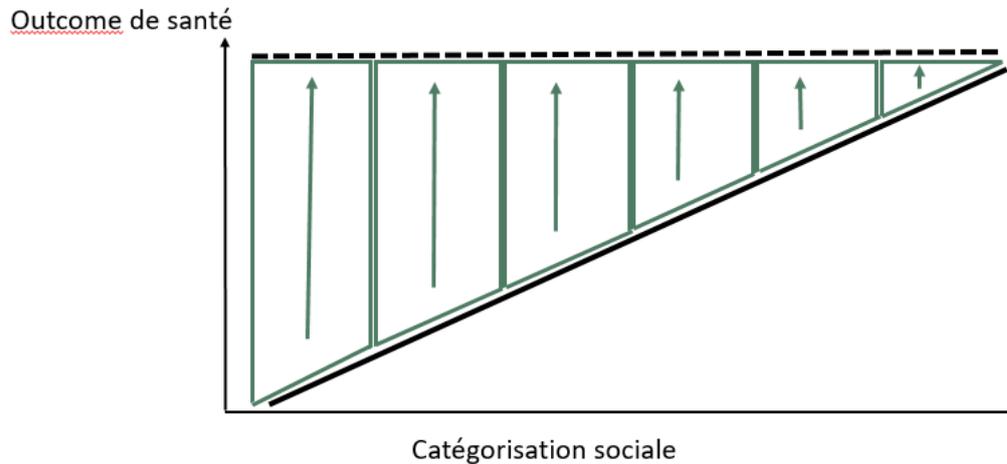


Figure 12: Représentation graphique de l'universalisme proportionné

Le fait de vouloir agir sur le gradient social et de le réduire apporte un angle nouveau. Selon Marmot, il faudrait donc cibler les déterminants sociaux de la santé, par des politiques inter-sectorielles, et en appliquant le principe d'universalisme proportionné afin de permettre une action tout au long du gradient social. Il propose ainsi par exemple, de rendre plus proportionnées les taxes sociales. Selon lui, en Angleterre les individus issus du quintile de revenus le plus faible paient 38% de leurs revenus en impôts, tandis qu'il s'agit de 35% pour le quintile le plus riche.

1.5.2 Fondements théoriques

La création de ce principe s'inscrit dans le débat entre tenants des politiques universelles ou ciblées en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé.

Si l'on constate que la santé se répartit différemment entre différentes catégories sociales, pourquoi ne pas cibler les interventions envers les catégories de personnes les plus précaires ? Cette idée de ciblage a été proposée par de nombreux chercheurs, parce qu'elle serait plus efficace selon eux, qu'une politique universelle. Cependant, les contradicteurs d'une telle politique, suggèrent, qu'en agissant de la sorte deux erreurs peuvent survenir : des erreurs inclusives, en faisant bénéficier des personnes qui ne correspondent pas à la cible, ou au contraire, en excluant des personnes qui devraient en bénéficier ^{25,26}. Korpi et Palme, eux, ont mis en avant le paradoxe de la redistribution : une politique

universelle et redistributive permet de réduire plus efficacement les inégalités de revenus ²⁷.

Les mêmes constats, ont suivi concernant des interventions de santé publique et les inégalités de santé, et notamment, concernant les politiques de ciblage en matière de prévention. Si elles permettent de réduire un éventuel écart entre deux catégories de population, elles n'ont en revanche pas d'impact sur le gradient social. Elles induisent également une stigmatisation, et sont plus complexes, et donc paradoxalement souvent plus coûteuses à mettre en place que des politiques universelles.

C'est donc dans ce contexte, que M.Marmot a proposé le principe d'universalisme proportionné.

1.5.3 Les critiques qui en sont faites

Ce rapport aura un certain écho parmi les chercheurs, plusieurs commentaires paraîtront dans un numéro spécial de *Social Science and Medicine* reflétant les différences de point de vue autour des solutions proposées ²⁸.

Parmi eux, Canning et Bowser sont les plus critiques. Ils questionnent le sens de la relation causale entre inégalités de santé et inégalités sociales : une personne est-elle en mauvaise santé à cause de sa position sociale, ou sa mauvaise santé n'induit-elle pas une position sociale moins élevée, par exemple par un chômage induit ²⁹. De la même façon, plutôt que de se concentrer sur le lien entre revenus et santé, les deux épidémiologistes suggèrent au contraire qu'une politique égale en matière d'accès aux soins permettra d'améliorer la santé de tous.

Au-delà des commentaires élogieux de Whithead et Popay supportant avec ferveur les conclusions du rapport, certains chercheurs, expriment leur crainte concernant la traduction effective de ces propositions en actions ³⁰. Ainsi, la place du revenu en tant que déterminant de santé et cible d'actions privilégiée des politiques semble non consensuelle parmi les chercheurs : Canning and Bowser et Chandra and Vogl trouvent qu'elle est sur-estimée dans le rapport, quant au contraire, Pickett and Dorling estiment qu'une réduction des revenus des plus riches bénéficierait à tous ^{29,31,32}. Lynch et al. soulignent la nécessité de mener des évaluations rigoureuses³³.

C.Jedan un éthicien hollandais, reproche quant à lui à ce principe une trop grande radicalité, même s'il insiste sur l'intérêt que revêt l'UP ³⁴. Selon lui, la vision de M.Marmot laisse de côté la responsabilité individuelle, ce qui rendrait le principe paternaliste.

1.5.4 Un écho majeur ces dernières années

Il semblerait que le principe d'UP ait gagné en notoriété ces dernières années, en France comme à l'étranger, et ce au sein des sphères politiques mais de santé publique en général, comme en témoignent un certain nombre d'indicateurs. Parmi eux, la nécessité du recours à ce principe présenté dans un certain nombre de documents officiels en témoigne.

Politiques publiques en France et à l'étranger

Les exemples de documents sont nombreux, seuls une sélection est présentée dans cette sous-partie. Ainsi, nous avons réalisé un travail de dénombrement des occurrences de la locution « universalisme proportionné », au sein des plans régionaux de santé, et des cadres d'orientation stratégiques des régions. Ces plans établissent la politique sanitaire à l'échelle des régions pour quatre ans (2018-2022) et sont nombreux à présenter l'UP comme un axe stratégique de développement (tableau 1). Parmi les 13 régions métropolitaines, 8 (61,5%) le citaient au-moins une fois.

Tableau 1 : Nombre d'occurrences du terme "Universalisme proportionné" au sein des PRS, SRS et COS des agences régionales de santé françaises

Région	Nombre d'occurrences
Normandie	22
Centre-Val-De-Loire	7
Ile-de-France	7
Bourgogne-Franche-Comté	3
Nouvelle-Aquitaine	2
Occitanie	2
Auvergne-Rhône-Alpes	1
Bretagne	1
Corse, Grand Est, Hauts-de-France, Pays de la Loire,	0

PRS : Plan régional de santé ; SRS : Stratégie régional de santé ; COS : Cadre d'orientation stratégique

De la même façon, en 2011, un rapport de l'IGAS proposait l'UP comme principe d'action de politiques autour de l'enfance ³⁵. De la même façon, un avis de la Commission nationale des droits de l'Homme concernant les inégalités sociales de santé, datant de février 2022 présente ce principe comme une solution à implémenter afin de mettre un terme à l'aggravation des inégalités sociales de santé ³⁶.

En Europe, certains exemples concrets de mise en pratique ont déjà vu le jour. Dans un bilan, dix ans plus tard, Marmot constate le fait que les inégalités en Grande-Bretagne se sont depuis aggravées, dans un contexte de crise économique majeure ³⁷. Il cite cependant quelques initiatives à l'échelle de municipalités à l'instar de Coventry, qui s'est proclamée « Marmot City » en 2013 ou de Manchester.

En Hollande, un think-tank, nommé Conseil scientifique pour la politique gouvernementale a recommandé par le biais d'une *Policy brief*, en novembre 2019, la mise en place une politique d'UP afin de réduire les inégalités sociales de santé ³⁴. Ils proposent de mixer, différentes mesures universelles et ciblées à toutes les étapes de la vie, avec un focus particulier sur l'enfance. Leur suggestion consiste à mener des politiques universelles ciblant des déterminants sociaux dits « distaux », et des politiques orientées, proportionnées, ciblant des déterminants plus

proximaux, comme les comportements non favorables à la santé. La synthèse de leurs propositions est présentée dans la figure 13.

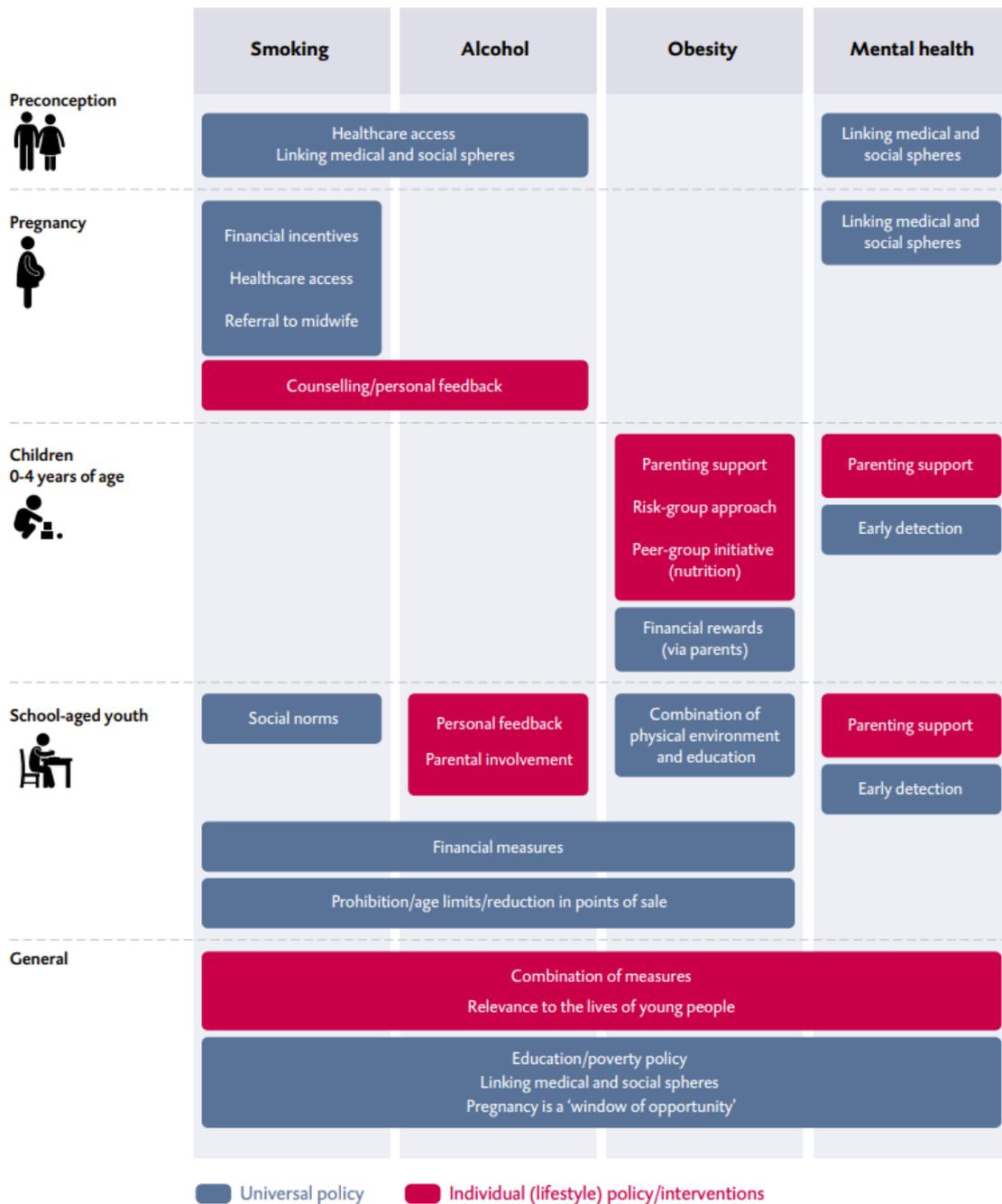


Figure 13 : Proposition du think-tank WRR concernant la mise en place de l'universalisme proportionné en Hollande

Recherche en santé publique

Dans le milieu de la recherche en santé publique, une rapide analyse des publications sur Pubmed (figure 14), montre une augmentation croissante ces dernières années, des publications mentionnant « universalisme proportionné » en mot-clé.

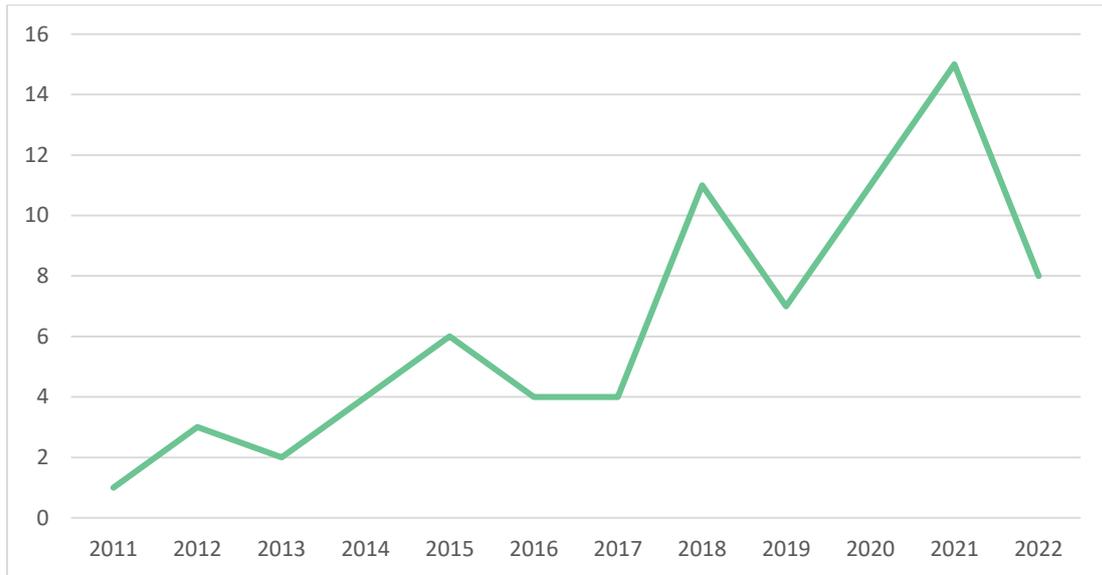


Figure 14: Nombre de publications dans Pubmed indexant le terme "Universalisme proportionné" comme mot-clé (n=68)

Si le nombre d'occurrences est en augmentation, il reste cependant raisonnable. Toutefois, il est à noter que la majorité des citations sont européennes, voire françaises.

Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)

Les IREPS enfin, qui ont entre autres, pour mission de conseiller et de former des porteurs d'actions d'éducation et de promotion de la santé sur le territoire français, ont également abondamment relayé ce principe, comme le démontre nos recherches dans la littérature grise.

Les IREPS de Bourgogne ou d'Auvergne Rhône-Alpes, par exemple, les suggèrent comme principe d'actions en promotion de la santé dans leurs guides pratiques à destination des acteurs de la PPS ^{38,39}.

2) Problématique et objectifs de la thèse

Le principe d'Universalisme Proportionné a donc gagné en popularité ces dernières années pour atteindre les cercles des politiques, des chercheurs en santé publique, mais aussi des acteurs de terrain en prévention-promotion de la santé (PPS). Avant de pouvoir démontrer son caractère *evidence-based*, il nous a semblé opportun, une dizaine d'années après son avènement, d'étudier en profondeur ce principe. En effet, comme tout principe au moment de sa conception, tous les enjeux liés à sa mise en pratique n'ont pas forcément été réfléchis et pensés en amont ³⁴.

Il nous semble important, dès lors, de comprendre le contexte théorique dans lequel s'inscrit l'UP, mais également comment il est défini, compris, appliqué et appréhendé par différents acteurs, de la recherche, du soin, et de la PPS. Cette compréhension fine de l'appropriation de ce principe, devrait nous permettre de dresser une définition opérationnelle de l'UP, d'en lister les enjeux et défis liés à sa mise en pratique, et d'identifier d'éventuelles perspectives de recherche.

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer l'appropriation du principe par différents acteurs de santé publique : chercheurs issus de différentes disciplines, acteurs du soin, et acteurs de terrain en PPS. La finalité de ce travail est de pouvoir à partir de l'analyse des cas pratiques et de l'identification des freins et leviers à sa mise en place, ébaucher un cadre opérationnel permettant de construire une intervention respectant le principe d'universalisme proportionné.

Ce travail de thèse répond à plusieurs objectifs spécifiques.

Objectif spécifique 1 : Décrire les fondements théoriques dans lequel s'inscrit le principe d'UP et en décrire les enjeux soulevés par les chercheurs au moment de son opérationnalisation ;

Objectif spécifique 2 : Décrire la perception des inégalités sociales et de l'UP qu'ont des soignants de malades chroniques pédiatriques et décrire leur ressenti vis à vis de leurs pratiques au prisme de l'universalisme proportionné ;

Objectif spécifique 3 : décrire la connaissance, la compréhension, et les perceptions qu'ont les acteurs de terrain en prévention, promotion de la santé (PPS) en France du principe d'universalisme proportionné.

3) Méthodologie de la thèse

3.1 Complémentarité des méthodes

Nous avons souhaité étudier l'appropriation du principe de l'UP et sa mise en pratique par différents acteurs issus de trois sphères différentes (recherche, soin et PPS). Notre travail de thèse comprend trois études reposant sur une méthodologie mixte, qualitative et quantitative, chacune adaptée à un terrain particulier. La première étude est une revue de littérature, nous avons ensuite utilisé une méthode inspirée de la méthode exploratoire séquentielle telle que proposée par Creswell & Plano Clark en 2018 ⁴⁰. Dans cette méthode mixte, une première phase qualitative doit permettre de préparer une étude quantitative, et est suivie par une interprétation commune. Ici, chaque étude a permis de préparer la suivante : la revue de littérature a permis de construire le guide d'entretien (définition de l'UP, exemples de son application), nos entretiens ont permis de développer le questionnaire d'enquête (propositions d'interprétations issues des mises en pratique discutées dans les deux études précédentes notamment).

L'idée était de réaliser, par trois méthodes complémentaires, un premier état des lieux de l'appropriation et de l'usage du principe d'universalisme proportionné au sein de trois milieux différents.

3.2 Revue de littérature du type revue de scope pour la vision des chercheurs

Afin d'analyser l'appropriation par les chercheurs de ce principe, nous avons réalisé une *scoping review* ou étude de scope, nous permettant d'identifier d'une part, les fondements théoriques sous-jacents à l'UP, mais également de décrire des interventions développées recourant à ce principe et d'en identifier les tenants et aboutissants. Nous avons choisi de réaliser une revue de scope car cette méthode permet de clarifier un concept, qui plus est, relativement émergent (une dizaine d'année au plus), mais aussi d'identifier de potentielles lacunes ou perspectives de recherche concernant les connaissances dans le champ ^{41,42}.

Cette revue de littérature, avait également pour objectif de nous aider à construire notre guide d'entretien, ainsi que les questions de l'enquête quantitative, selon la méthode exploratoire séquentielle. En effet, cette revue devait permettre de

recenser un certain nombre d'interventions mises en place en respectant le principe de l'UP. Ces premiers éléments, nous ont permis de dresser une liste d'interprétations possibles de l'UP en pratique, que nous avons pu proposer et discuter au moment des enquêtes.

Toutefois, une revue de littérature ne permet de ne disposer que de données limitées, et une analyse par capitalisation de l'expérience auprès des professionnels de terrain a permis de compléter cet état des lieux. En effet, les travaux de recherche, identifiés au travers de la revue de littérature, permettent de définir avec précision les enjeux théoriques, de décrire des évaluations d'efficacité d'intervention dans un contexte expérimental. Toutefois, même si cette évaluation est pragmatique, ces travaux ne permettent d'identifier que très partiellement la façon dont les acteurs de terrain ont implémenté et adapté les interventions à leur propre contexte, et/ou à l'évolution de leur pratique. C'est dans cette perspective, que nous avons décidé de mener deux études auprès des acteurs de terrain.

3.3 Méthodes des enquêtes auprès des professionnels de terrain

Les données probantes en PPS, sont issues de trois ensembles : les données scientifiques, issues de la littérature scientifique, les données contextuelles, issues de la littérature grise et les données expérientielles, issues directement des personnes (Figure 15). C'est dans cette perspective, que nous avons réaliséréalisé une enquête auprès des professionnels du soin, et une enquête auprès de professionnels de la PPS.

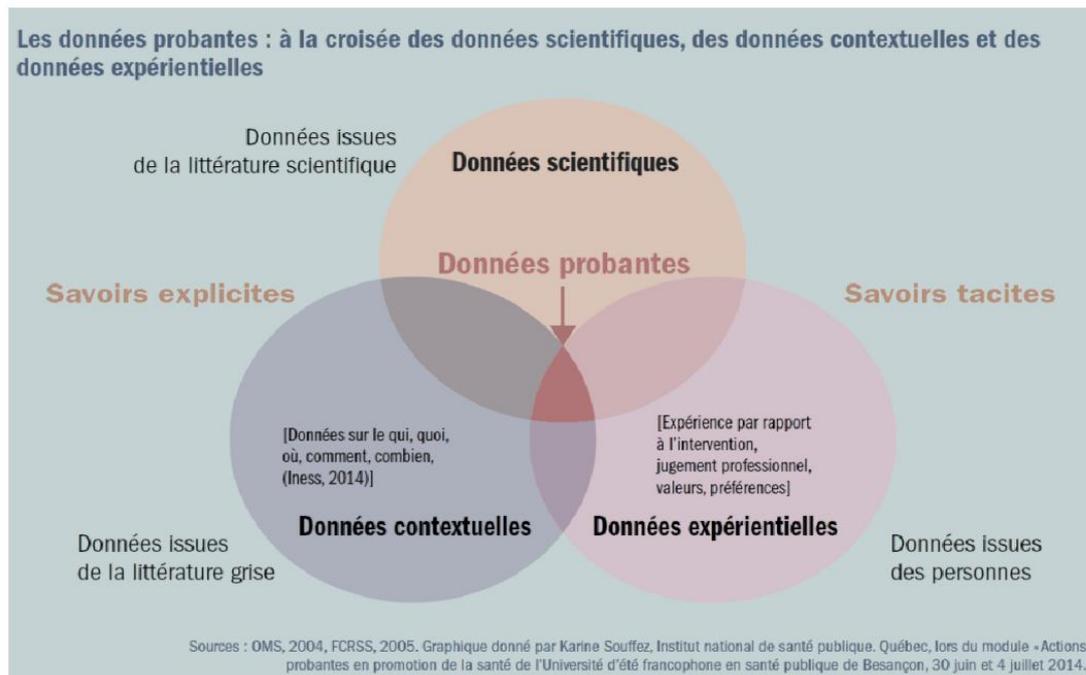


Figure 15 : Les données probantes en promotion de la santé

Source : OMS

3.3.1 Enquête qualitative auprès des professionnels de santé

Nous avons choisi pour cette enquête de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Cette étude a été réalisée en collaboration avec Bénédicte Driollet, doctorante au centre Inserm *Bordeaux Population Health*.

L'entretien est une technique d'enquête qualitative permettant d'étudier « des faits qui relèvent d'une part, des phénomènes ou des systèmes idéologiques et culturels collectifs [...] et d'autre part, des pratiques sociales – des faits issus de l'expérience, de récits de vie, des pratiques vécues, dont l'analyse permet de traduire les conduites et les épreuves individuelles en enjeux collectifs et de donner aux enjeux collectifs une dimension individuelle »⁴⁵.

Les entretiens étaient semi-structurés et ont été menés en face-à-face de façon synchrone ou à distance.

3.3.2 Enquête quantitative auprès des professionnels de terrain en PPS

Enfin, nous avons réalisé une enquête quantitative. Nous avons choisi cette méthode, pour bénéficier, dans un premier temps d'une vision nationale de la connaissance de l'UP et de l'ensemble des activités mises en place respectant le

principe d'UP. Cette enquête s'est basée sur le répertoire OSCARS des interventions de santé publique, répertorient les actions de 10 des 16 régions françaises.

3.4 Synthèse des trois études et proposition d'un cadre opérationnel

Nous avons enfin interprété ces trois études, afin de produire une synthèse faisant émerger les problèmes opérationnels qui se posent, et proposer d'éventuelles solutions ⁴⁶. Cette analyse a permis de définir un cadre opérationnel propre à l'UP.

4) Appropriation du principe par les chercheurs

4.1 Introduction

Cette première étude a fait l'objet d'un article publié dans la Panamerican Journal of Public Health, et de sa traduction en Espagnol, dans le même journal.

4.2 Articles publiés

Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. Rev Panam Salud Publica. 15 oct 2020.

Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión*. Rev Panam Salud Publica. 18 oct 2021

Consultable à l'adresse suivante :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7556407/pdf/rpsp-44-e110.pdf>

Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review

Florence Francis-Oliviero¹, Linda Cambon¹, Jérôme Wittwer¹, Michael Marmot² and François Alla¹

Suggested citation Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e110 <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>

ABSTRACT

Objective. In 2010, the principle of proportionate universalism (PU) has been proposed as a solution to reduce health inequalities. It had a great resonance but does not seem to have been widely applied and no guidelines exist on how to implement it.

The two specific objectives of this scoping review were: (1) to describe the theoretical context in which PU was established, (2) to describe how researchers apply PU and related methodological issues.

Methods. We searched for all articles published until 6th of February 2020, mentioning "Proportionate Universalism" or its synonyms "Targeted universalism" OR "Progressive Universalism" as a topic in all Web of Science databases.

Results. This review of 55 articles allowed us a global vision around the question of PU regarding its theoretical foundations and practical implementation. PU principle is rooted in the social theories of universalism and targeting. It proposes to link these two aspects in order to achieve an effective reduction of health inequalities. Regarding practical implementation, PU interventions were rare and led to different interpretations. There are still many methodological and ethical challenges regarding conception and evaluation of PU interventions, including how to apply proportionality, and identification of needs.

Conclusion. This review mapped available scientific literature on PU and its related concepts. PU principle originates from social theories. As highlighted by authors who implemented PU interventions, application raises many challenges from design to evaluation. Analysis of PU applications provided in this review answered to some of them but remaining methodological challenges could be addressed in further research.

Keywords

Health equity; health policy; socioeconomic factors.

Health inequalities are an ubiquitous and widening problem around the world, very often described through the social gradient of health: whatever the indicator of deprivation (incomes, social category, etc.) considered, the more a person belongs to the most deprived classes, the worse his or her health will be (1). These inequalities exist within countries as well as among countries. One example among many, that the Pan American Health Organization (PAHO) reports: "the difference in overall life expectancy among the countries of the PAHO region was over 19 years for both males and females in 2016" (2).

In 2010, the review *Fair Society, Healthy Lives*, proposed the principle of proportionate universalism (PU) as a solution to

reduce these inequalities (3). "Actions should be universal, but with an intensity and a scale that is proportional to the level of disadvantage": that is the exact definition of PU. Shortly after its publication this review had a great resonance among scholars from different fields and there were many encouraging or contradictory reactions (4–6). Moreover, a quick search with the keyword "proportionate universalism" shows that the principle has recently gained momentum. Despite this growing concern among researchers, with the exception of a few local policies in England and in European Nordic countries, the principle does not seem to have been widely applied.

¹ University of Bordeaux, Bordeaux, France ✉ Florence Francis-Oliviero, florence.francis@u-bordeaux.fr

² Institute of Health Equity at the University College London, London, United Kingdom

 This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 IGO License, which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. No modifications or commercial use of this article are permitted. In any reproduction of this article there should not be any suggestion that PAHO or this article endorse any specific organization or products. The use of the PAHO logo is not permitted. This notice should be preserved along with the article's original URL.

To our knowledge, there are no guidelines on how to implement policies or health interventions fulfilling this principle and how to evaluate them. Understanding the theoretical referents could contribute to develop more efficient and successful applications. In the same way, analyses of health interventions or programmes referring to PU could highlight practical issues.

The objective of the scoping review was to map available literature referring to the concept of PU or its related concepts. The two specific objectives were: (1) to describe the theoretical context in which PU was established, (2) to describe how researchers apply PU and related methodological issues.

MATERIAL AND METHODS

Framework of the review

Given the large scope of the research question, its emergent nature and the heterogeneity of articles, we have conducted a scoping literature review in accordance with PRISMA-ScR and Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines (7,8). We have followed the five mandatory methodological steps proposed by Arksey and O'Malley and secondarily completed: 1) identifying the research question, 2) identifying relevant studies, 3) study selection, 4) charting the data, 5) collating, summarizing and reporting the results (9–11).

Information sources and search strategy

We searched for all sorts of articles published until 6th of February 2020, mentioning “proportionate universalism” or its synonyms “targeted universalism” OR “progressive universalism” as a topic in all Web of Science databases written in English or French. We used Web of science to allow us to find scientific papers from different fields.

Study selection

Each title and abstract were screened by two authors (FF, FA) and discrepancies were solved by discussion. We included articles that defined, analysed ins and outs, and described applications of PU or its related concepts. The search was limited to the public health or social policies context. Papers were excluded if not available or if they were not directly related to one of the above-mentioned concepts.

Analysis of articles

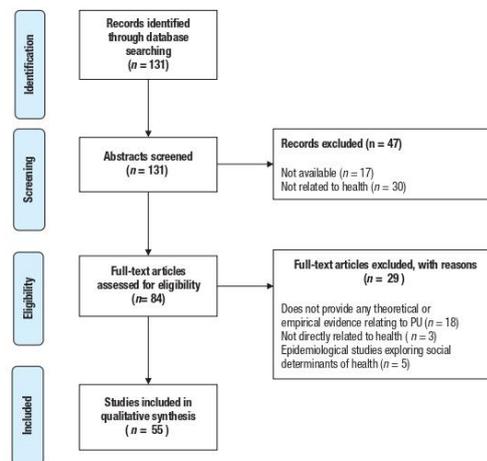
A reading grid was used to systematically analyse the articles. It contained: (1) characteristics of articles: author, region of the first author, type of article, field; (2) elements of definition for key-terms; and (3) objective, methods, main findings, and questions raised by authors regarding implementation of PU. Data were analysed using Excel.

RESULTS

Articles characteristics

Our initial search returned 131 articles. After selection, 55 were finally included (Figure 1). Included articles were of different types (interventions, theoretical articles, reviews...).

FIGURE 1. Article selection



The majority of included studies concerned European countries (n=39), followed by countries from North and South America (n=9) (Table 1). 56.4% (n=31) of articles were published since 2016. The characteristics of health population interventions are described in table 2. A graphical summary of the review is provided in figure 2: it presents the theoretical context of PU and common questions raised by PU applications targeting upstream or downstream determinants.

Theoretical context behind PU

Theoretical concepts behind PU refer to two major concepts: universalism and targeting that are widely developed in the literature, especially in human and social sciences (table 1). If the notion of universalism dates back to the Age of Enlightenment in Europe, opposition between universalism and targeting as ways to reduce inequalities have been a subject of debate for social and political scientists for the last thirty years and is still current.

In a seminal article, Korpi and Palme described the Paradox of redistribution: a universal policy is more redistributive than a targeted one. They classically opposed the two: a policy is either one or the other (12). Yet, the distinction between both terms is sometimes blurred (13). Further, many researchers have added nuances, suggesting in particular that we should consider the intentions of policies on the one hand and their outputs on the other. For example, a policy may have a universal intention: a family benefits for each child born. But if lower income families concentrate the largest families, then the policy appears targeted in its outputs (e.g., a family with more children will receive more money) (14–16). These researchers therefore advocate to define policies according to their intentions and not to their outputs (16).

Targeting is a complex notion. G. Cruz-Martinez distinguished different forms of targeting: by means or by social category (17). In her glossary, G. Carey defines different forms

TABLE 1. Characteristics of included articles (n = 55)

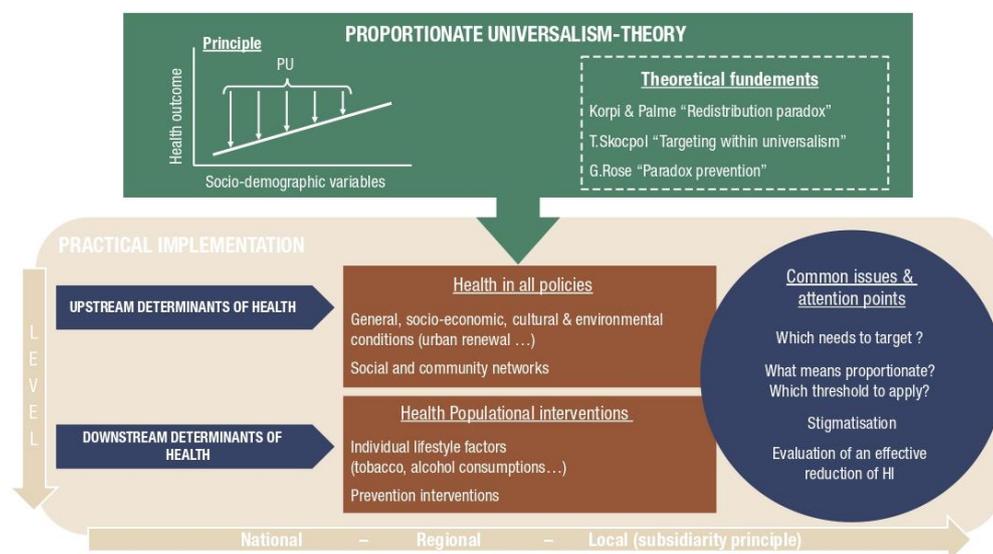
	Field	Country	Publication year
Social sciences, economics and political science			
Brady et al (21)	Universalism/Targeting	Germany	2012
Brady et Bostic (28)	Universalism/Targeting	Germany/Ireland	2015
Carey et al (39)	Universalism/Targeting	Australia	2015
Carey et al (41)	Universalism/Targeting	Australia	2016
Carey et al (18)	Universalism/Targeting	Australia	2017
Fischer (20)	Universalism/Targeting	United Kingdom	2010
Grogan et al (13)	Universalism/Targeting	United States	2003
Horton et al (32)	Universalism/Targeting	United Kingdom	2010
Imai (23)	Universalism/Targeting	India	2007
Jacques (16)	Universalism/Targeting	Canada	2018
Kabeer (29)	Universalism/Targeting	United Kingdom	2014
Kim (25)	Universalism/Targeting	Japan	2010
Kuivalainen et al (22)	Universalism/Targeting	Finland	2010
Marchal et al (15)	Universalism/Targeting	Belgium	2019
Skocpol (33)	Universalism/Targeting	United States	1991
Corburn (65)	Health in all policies	United States	2014
Brewster et al (53)	Dental health	United Kingdom	2013
Briaçon et al (64)	Child obesity	France	2020
Dierckx et al (57)	Maternal and Child health	Belgium	2019
Dodge et al (40)	Maternal and Child health	United States	2019
Cruz-Martinez et al (17)	Old pensions	Latin America/Caribbean	2019
Moffatt et al (67)	Old pensions	United Kingdom	2007
Müller (24)	Old pensions	Bolivia	2009
Neelsen et al (30)	Targeted health Coverage	Peru	2017
Van Lancker et al (15)	Single mothers poverty	Europe	2015
Van Lancker et al (14)	Child poverty	Europe	2015
Van Vliet J (41)	Not one in particular	Sweden	2018
Benach et al (46)	Not one in particular	Spain	2012
Porcherie et al (43)	Not one in particular	France	2017
Sannino et al (68)	Not one in particular	France	2018
Public Health, Epidemiology			
Barboza et al (62)	Maternal and Child health	Sweden	2018
Burström et al (37)	Maternal and Child health	Sweden	2017
Barlow et al (61)	Maternal and Child health	United Kingdom	2010
Bywater et al (52)	Maternal and Child health	United Kingdom	2018
Hogg et al (73)	Maternal and Child health	United Kingdom	2013
Thomson et al (35)	Maternal and Child health	United Kingdom	2012
Cowley et al (54)	Maternal and Child health	United Kingdom	2014
Morrison et al (56)	Maternal and Child health	United Kingdom	2014
Maharaj et al (47)	Maternal and Child health	United Kingdom	2012
Egan et al (49)	Urban renewal	United Kingdom	2016
Guillaume et al (38)	Cancer screening	France	2017
Guillaume et al (51)	Cancer screening	France	2017
Legrand et al (50)	Child obesity	France	2017
Mc Laren (31)	Universalism/Targeting	Canada	2019
Rice P (39)	Alcohol prevention	United Kingdom	2019
Vitus et al (70)	Body-weight management	Denmark	2017
Welsh et al (55)	Mental health, Pediatrics	Australia	2015
Bekken et al (74)	Not one in particular	Norway	2018
Affeltranger et al (44)	Not one in particular	France	2018
Goldblatt P (59)	Not one in particular	United Kingdom	2016
Wiseman et al (75)	Universal health Coverage	Indonesia	2018
Ethics			
Darquy et al (48)	Cancer screening	France	2018
Lechopier et al (72)	Cancer screening	France	2017
Moutel et al (71)	Cancer screening	France	2019
Devereux S (63)	Not one in particular	United Kingdom	2016

TABLE 2. Description of health population interventions (n = 9)

Author, year	Reference principle	Objective as stated in the article	Intervention description	"Level of disadvantage" assessment	Evaluation of inequalities reduction	Main findings
Hogg et al., 2012	Progressive universalism	Explore the assessment of vulnerability and support needs of families, from the perspectives of parents and HVs, with a particular focus on the Lothian Child Concern Model.	Each family is offered four home visits by the HV between 10 days and 4–6 months after the birth, during which the parents and HV discuss the family's health and health needs, and the HV provides information and advice as required.	Individually, through home-visits	Qualitative study (interviews of parents and health visitors)	The study findings significant the concept of 'progressive universalism' that provides a continuum that intensity of support to families, depending on need. Mothers would like better partnership working with health visitors.
Maharaj et al., 2012	PU	To demonstrate that community paediatrics can contribute to reduction of health inequalities by providing services that are accessible to and preferentially used by children whose health is likely to be affected by deprivation. 2. To provide a template for others to improve and monitor equity in their services.	New organisation of a pediatric service. Key features of the new service model are multi-agency working, accessibility, holistic assessment, comprehensive provision of services, and the fact that the service is available to all but able to respond proportionately to children with higher levels of need.	Indices of Multiple Deprivation	Access to care in the intervention area compared to a similar area, described by deprivation quintile	The new patient contact rate for the most deprived children in the population was more than three times that of the least deprived (odds ratio (OR) 3.29, 95% confidence interval (CI) [2.76–3.93]).
Guillaume et al., 2017	PU	Assess the efficacy of MMI in reducing social and geographic inequalities with regard to participation in breast cancer screening in a well-defined general population in a French territory.	National breast cancer screening combined with mobile mammography in one rural department in France (Orne). Experimentation in one rural department in France	Not specified	Not specified	After adjustment, invitation was associated with a significant increase in individual participation (odds ratio= 2.9)
Legrand et al., 2017 Branson et al., 2020	PU	Evaluate the effectiveness of a school-based intervention to address social inequalities in adolescents who are overweight and the impact of the interventions on adopting healthy behaviors, quality of life, anxiety and depression.	Standard-care management, according to the validated PPALIMAP trial was proposed for all adolescents, while strengthened-care management intending to address barriers was proposed for only socially less-advantaged adolescents of the intervention group.	Family Affluence Scale score	Comparison of the BMI after intervention among three groups constituted with results from Family Affluence Scale score	Trend to superiority for the less-advantaged group receiving the strengthened care management (reduction of BMI -0.06 [-0.11 to -0.01])
Burstrom et al., 2017 Barboza, 2018	PU	The intervention is expected to strengthen parents' knowledge about children, improve the interaction between parents and children, increase the contacts of parents with other relevant societal actors, and strengthen their self-efficacy and well-being.	Extended postnatal home visiting programme: the intervention consists of five extra home visits when the child is aged between 2–15 months, jointly by a child health nurse and a social service parental advisor, offered to all parents of first-born children attending Rinkaby child health centre.	5 extra-visits are offered to all parents. Parents express their will to attend to additional visits	Mixed-method approaches (interviews, participation rates, review of child records ...)	Study protocol
Bywater et al., 2018	PU	Does E-SEE Steps enhance child social emotional well-being at 20 months when compared with services as usual?	All intervention parents will receive an Incredible Years Infant book (universal level), and may be offered the Infant and/or Toddler group-based programme/s—based on parent depression scores on the Patient Health Questionnaire or child social emotional well-being scores on the Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional, Second Edition (ASQ:SE-2). Control group parents will receive services as usual.	Patient Health Questionnaire or child social emotional well-being scores on the Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional, Second Edition (ASQ:SE-2).	Not specified	Study protocol
Darquy et al., 2018	PU	Address socio-economic inequalities found in the existing organised programmes for cancer screening, in line with the established priorities of the national French Cancer Plan 2014–2019.	A programme open to all women aged 25–65, with targeted interventions for identified under screened populations (women over 50 yrs, unaware of their risks (precarious or homosexual women), vulnerable populations, women at increased risk of cervical cancer.	Preliminary studies to quantify non-participating women to the regular, universal screening.	Not specified	Study protocol
Dodge et al., 2019	Targeted Universalism	Description and evaluation of the program "Family Connects"	Family connect model, based on three pillars: one or more home visits (after child-birth), community alignment (community resources available for families), and data and monitoring (electronic health record shared by all stakeholders).	Individually, through home-visits	Two RCT and one field trial (interviews of parents); connectedness, parenting and parent mental health, child health and wellbeing	Families from interventions groups reported more connections to community resources, more positive parenting behaviours and fewer serious injuries or illnesses among their infants.

PU, proportionate universalism

FIGURE 2. Graphical summary of the review



of targeting, that she called negative and positive selectivisms and particularism. Negative selectivism could be considered as means-testing, which corresponds to the measure of people's income to decide of the attribution of social assistance. Positive selectivism refers to a targeting based on needs, irrespective of a social position; whereas particularism proposes different standards for different categories reflecting diverse circumstances (18).

S. Noy deplored the fact that targeting is often confused with means-testing, which can lead to misinterpretations (19). Those are two related but distinct concepts. Targeting involves focusing on a "particular segment of the population" (status characteristic, location...), whereas means-testing focuses only on income. According to her, "this distinction is important because some criticisms of targeting are actually criticisms of the strictness of enforcement in means-testing, utilized to ensure that only the intended recipients receive benefits" (19).

Many scholars analysed advantages and disadvantages of targeting and universalism (15–17,20–30). Despite a seemingly cost-effective principle, targeting leads to many issues: stigmatisation, increased social distance between recipients and non-recipients, administrative cost for means-testing, and also misclassifications, under-coverages and leakages (20,31,32). On their side, advocates of targeting argued that universal approaches increase inequalities, and involve significant costs for society.

Following these controversies, in 1991, Theda Skocpol proposed "targeting within universalism", which combines both approaches, and it is sometimes called "progressive universalism". She proposed "universal policy frameworks for extra benefits and services that disproportionately help less

privileged people without stigmatizing them" (33). In 1985, G. Rose introduced this debate into public health policy (34,31). According to him, health risks are distributed among a "risk continuum". Thus, he described the prevention paradox as "a preventive measure that brings large benefits to the community offers little to each participating individual." As the causes of many diseases are related to social determinants of health, G. Rose argued that "medicine and politics should not be kept apart". Similarly to social scientists, he exposed advantages and disadvantages of population-level versus high-risk strategies in prevention in his book (2,3).

A few years later, *Fair Society, Healthy Lives* introduced the principle of PU, a means of addressing the dichotomization between universalism and targeting in the health field (3). Based on the theory of the social determinants of health, PU approach proposes to focus on upstream determinants, and from this point of view advocates social policies focusing, for example, on education or employment.

Designing PU interventions and policies: methodological challenges

Despite this rich literature, there are still gaps to address when designing programmes and policies inspired from these principles (18,35). To illustrate these questions, table 3 details one targeted universalism and one PU application. They both could contribute to target the 3.4 Sustainable Development Goal "By 2030, reduce by one third premature mortality from non-communicable diseases" through the reduction of prevalence of overweight and obesity (36).

TABLE 3. Illustrations of proportionate universalism and targeted universalism regarding achievement of SDG 3.4 (Specific example: reduction of overweight and obesity)

	Richmond Health in all policies programme (65)	PRALIMAP-INES study (64)
Level of application	Local policy	Health intervention with a national vocation
Global description of the policy/intervention	Implementation of six final HIAP intervention areas <ul style="list-style-type: none"> - Governance and Leadership, - Economic Development and Education, - Full Service and Safe Communities, - Neighborhood Built Environments, - Environmental Health and Justice, and - Quality and Accessible Health Homes and Social Services. 	1) Identification of social category through a deprivation score 2) Composition of three groups: <ul style="list-style-type: none"> - one control group (standard care management) for socially advantaged group - two randomized intervention groups among less-advantaged adolescents: one control group and one standard and strengthened care management
Lever of action	Upstream determinants	Downstream determinants
Objective pursued by authors	"promoting healthy food store development through land-use zoning" (One specific objective of the 3rd axis)	"Evaluate school-based intervention to address social inequalities in adolescents who are overweight and the impact of the interventions on adopting healthy behaviors, quality of life, anxiety and depression."
Targeted population	Population of Richmond and especially from less-advantaged areas	Adolescents from 35 state-run high and middle schools (North-Eastern of France)
Universal part of the policy/intervention	"General health equity goals for the city"	Standard-care management (5 collective educational sessions)
Targeted part of the policy/intervention	Populations and places to help specific, currently vulnerable groups and neighbourhoods get healthier	Strengthened-care management intending to address barriers was proposed for only socially less-advantaged adolescents: <ul style="list-style-type: none"> - 3 multidisciplinary (school medical doctors and nurses; dieticians, psychologists etc.) meetings; - combination of different targeted activities: food workshops, peer health promotion, sporting good coupon (40€), hospital specialized management of obesity, physical activity motivational interviewing and motivational interviewing.
Evaluation of the level of disadvantage	Through identification of key-drivers of inequalities	Family affluence Scale (5 social categories)
Evaluation criteria(on) of health improvement	% Report eating fruit/veggies 3+ day last week % Adults engaged in regular physical activity in last week % Reporting poor health (self-reported health)	Comparison of the BMI after intervention among three groups constituted according to Family Affluence Scale score

HIAP: Health in all policies; BMI, body mass index

Context and level of actions

Literature showed different applications and interpretations of PU principle, notably regarding the variety of thematic areas covered: cancer screening (n=5), maternal and child health (n=9), child health and poverty (n=4), etc. (Table 1).

The level of actions in which PU can apply as a principle were also heterogeneous in the literature. Different authors propose it as a principle to conceive public health policies at national or regional levels such as alcohol prevention policies, cancer screening, or more individualized interventions such as home visiting programmes (37–41). Carey et al. proposed a framework based on the subsidiarity principle which argues that to flatten the social gradient, mixed scales of interventions should occur (42). She insists on the fact that all health interventions should be integrated into a broader landscape to reach such objectives. This is a systemic vision of PU, which Porcherie et al. also proposed (43). Whatever the level of action, national programs should be coherent and in interaction with local ones (28,44). Different levels of PU implementation (micro, meso or macro) are not mutually exclusive, and combining them allows expecting more efficient results (45).

Pursued objectives

The objectives of actions following PU should be both to increase overall health population and to flatten the social

gradient (46). In the majority of interventions included in the review, authors stated aiming at reducing health inequality, target access or geographical inequalities but not flattening directly the social gradient (Table 2) (37,38,47–53). Reviews included also did not identify interventions following this objective (54–56). Welsh et al., in a review to identify interventions promoting wellbeing or prevent mental illness, alleged that "very few interventions [were] specifically designed to address inequalities or evaluated in regard to differential impact" (42).

Different interpretations of proportionate universalism

PU definition could lead to different interpretations in practice. Dierckx, in her evaluation of three cases of child and family social work places highlighted that field workers disagreed on the definition of PU (57).

Moreover, interpretation of the notion of proportionate intensity of the delivered health action is heterogeneous in the literature. Does it have to be the same intervention in different intensities like a social allowance increasing when need increases (17)? Or different interventions for different target groups (58,59)? Alternatively, should the notion of proportion be understood in a context of a policy that will more apply on disadvantaged categories of population (e.g., the Minimum Price Unit for alcohol or taxes on sugary drinks) (39,45)? Indeed, such legal and regulatory interventions are universal by nature,

and as consumption has been proven to also follow a gradient, effect would be then naturally tailored. This question echoes the one raised by social scientists regarding the difference between intentions, outputs and outcomes of a policy.

Benach et al. introduced categories of “universal policy with additional focus on gap” and “redistributive policy” as *scenarii* close to but different from PU (60). PU consists in approach where “the benefit increases through the gradient and the gap between socio-economic groups is reduced” (60). In our review, most of interventions were either home visiting and then by nature PU because they are almost individual care, either a sum of actions targeting the most deprived (45,61). Even if they were proportionate most of them were not universal but specifically implemented in deprived area (37,50,62).

Following this proportionality issue, the question of a threshold has also emerged. Indeed, the most proportionate action would by its very nature, be individual, which is not possible to perform for evident feasibility stakes. Then when the type of inequality is targeted, which threshold and which granularity should be applied along the gradient (18)? Indeed, even a proportionate targeting implies setting a “poverty line” just above which people will receive less and may perceive it as unfair (63). In some interviews, Thomson et al. questioned women’s experiences of antenatal care services and they found out that “for women with low-risk pregnancies, there was felt to be some inequity in service provision” (35).

To adapt interventions in proportion to the level of disadvantage or need, it is necessary to determine what the needs could be. This question refers to the matter of upstream or downstream determinants interventions intend to address (59). Among the interventions included in our review, some targeted upstream determinants (neighbourhood renewal, parenting), others downstream (cancer screening, obesity care management) (50,64). When downstream determinants are the lever of action, authors targeted more easily access to care or health risk (48,51). For upstream determinants, evaluation of needs can be performed according to income, socio-economic index or scores, social category or territorial category. One example of targeting upstream determinants could be the implementation of “health in all policies”, which means applying policies not directly aiming at increasing health such as environmental or educational policies, but with indirect intended effects on health. Richmond City, California, settled a new framework based on this principle, referring to targeted universalism and participative democracy (Table 3) (65). Once the need has been determined, the next step is to ensure that no misclassifications occurred. Brewster et al. tested different techniques of health-risk measurements to determine if a targeted intervention reached its target (53). They found out that almost 50% of the children targeted with their postal code (selection of most deprived areas) were indeed not at-risk according to other measurements (clinical antecedents, other indexes of deprivation) (53). According to Comia and Stewart, two types of targeting errors could occur: exclusion, when an intervention fails to identify people in need, and inclusion, when the intervention identifies wrong people (63,66). Another focus point lies in the fact that people who are entitled to some aid do not necessarily use it, mostly because they do not know that they are entitled to it; there is a major communication issue at stake (67). Thus, performing evaluation of needs is very important to ensure that intervention will reach its objectives (68).

This notion is also in line with that of needs assessment through means (income) or needs testing described above (42). Carey et al. stated that PU should apply positive selectivism (i.e., through needs and not means evaluation), notably because previous experiences of means-testing, performed in Anglo-Saxon countries showed worse results in terms of equity (69).

Ethical and evaluation challenges

Some papers addressed ethical problems through targeting some more in-need populations (48,63,70–72). In this context, stigmatization is one of the most encountered problem and must be avoided. For example, qualitative studies conducted with mothers in the context of home visiting interventions have revealed a feeling of guilt felt by mothers, and sometimes a judgmental attitude from professionals against them (73). Finally, Bekken and Dierckx stressed the ethical need to investigate what healthcare and social workers know about these concepts (57,74).

Many scholars highlighted difficulties to properly evaluate health inequalities reduction and much more the reduction of the social gradient (20,15,27,75,59). Analysis are often limited to aggregated level, and evaluate more redistributive outputs than intentions (14). A solution has been proposed by Richmond city, which developed quantitative indicators to evaluate impact of its “health in all policies” program and give to the city council performance goals to reach, expressed through indicators such as percentage of residents not experiencing racism, percentage of city employees who are women and/or minorities... (65).

DISCUSSION

The main objective of our scoping review was to map available scientific literature on PU and its related concepts. We described theoretical foundations behind PU, and mainly social theories such as the Paradox Redistribution or Targeting within Universalism proposed in the last 40 years. Analyses of ins and outs of these theories permitted to better understand practical issues raised by PU (or its related concepts) applications. How to implement proportionate interventions? Which threshold to apply when identifying level of disadvantage? Which indicator should be used to define level of disadvantage? How to demonstrate effective reduction of social gradient of health?

Analysis of PU applications provided in this review responded to some of these questions but some are methodological challenges to address in further research.

It appears that the precise and practical definition of the principle is not consensual and may lead to different interpretations (45). Indeed, interventions referring to PU were rare and did not always fully comply with the principle: they were only targeted (not universal) or authors did not consider reduction of inequalities as an outcome.

All the questions raised by human and social scientists regarding universalism or targeting theories can be applied to public health context and PU applications. Through the description of PU applications, more specific issues related to PU interventions design and evaluation have been highlighted (Figure 2 and table 3).

In particular, the proportionate attribution of a policy raised many practical issues (identification of needs, exact proportionality to the gradient...), but the universal aspect should not be forgotten. Indeed, when considering how to reduce health inequality, all too often, the most at-risk populations are targeted from the outset (56). It should also be very interesting to explore knowledge and perceptions of front-line professionals and citizens on these issues more deeply (74). A whole literature is emerging in order to understand their knowledge and involve them actively in the reduction of social inequalities (76–79).

Strengths and limitations

To our knowledge, this is the first literature review focusing on PU. This scoping review followed last recommendations and double selection by two authors reduced the risk of misclassifications. We have chosen only a few key words synonymous with PU, which does not guarantee the comprehensiveness. However, our objective was not to be exhaustive but to identify the authors who recognize themselves in this term from a public health perspective. Moreover, the majority of included papers concerned European countries (n=39) where Welfare States are prevalent and PU originated. Even with related concepts, we found very few Australian, American or Asian interventions referring to PU. This does not mean that these concepts are not used, but rather that researchers from these countries probably refer to other concepts or do not name it with the synonyms we used. It should be further investigated. In the same way, we choose not to focus on grey literature, to apprehend researcher's insights on PU. Yet a rapid research with the keyword PU reveals a few references to the PU principle from European local health authorities (Marmot Cities for example), which have applied the principle and cite it. Here again, it would be very valuable to interview them and evaluate their representations of PU.

Upstream and downstream determinants

The term PU was proposed besides six policy objectives: Give every child the best start in life — Enable all children, young people and adults to maximise their capabilities and have control over their lives — Create fair employment and good work for all — Ensure healthy standard of living for all — Create and develop healthy and sustainable places and communities — Strengthen the role and impact of ill health prevention (3). PU was therefore proposed as a means of implementing upstream policies, aiming at addressing the root causes of inequalities.

From this perspective, the results of our review show an entirely different reality: except for parenting interventions, the majority of papers directly referring to PU described

interventions targeting downstream determinants to increase access to prevention or care (32,35,36,39).

This is not necessarily contradictory; all these interventions, both upstream and downstream, can be seen as complementary actions acting at different levels, addressing the problems at the root, as well as the negative consequences of a lack of action at a more proximal level.

Many public health interventions included in our review have applied PU to address problems of access to care, or downstream determinants. This can also be explained by the fact that public health interventions, when effective, have been shown to widen health inequalities (80).

Conversely, the relatively low number of medico-economic articles found in the review indicates that economists, although very familiar with the issues of universalism and targeting, have referred much less to the PU principle. Yet studies evaluating the effectiveness and efficiency of redistributive policies in reducing health inequalities are legion (81–83). Indeed, it is not an easy task to distinguish PU approach from the more classically “distributional” approaches that evaluate an intervention, a program, a policy, against distributional objectives (e.g., to give greater weight to increasing the screening rate of disadvantaged populations because they have a low screening rate). In the light of these elements, it appears essential to initiate a multidisciplinary dialogue in order to achieve a holistic approach of PU.

Conclusion

This review allowed us to map available scientific literature on PU and its related concepts. PU principle originates from social theories: Targeting within universalism, Paradox of redistribution. As highlighted by authors who implemented PU interventions, application raises many challenges from design to evaluation. Analysis of PU applications provided in this review answered to some of them but remaining methodological challenges could be addressed in further research.

Authors' contributions. FA contributed to the conception and design of the work, to the selection and analysis of included articles, and revised substantially the content of the paper. MM, LC and JW contributed to the conception and design of the work and revised substantially the content of the paper. FFO contributed to the conception and design of the work, to the selection and analysis of included articles and drafted the paper.

Conflict of interests. None declared.

Disclaimer. Authors hold sole responsibility for the views expressed in the manuscript, which may not necessarily reflect the opinion or policy of the *RPSP/PAJPH* and/or PAHO.

REFERENCES

- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Public Health*. 2005;365:6.
- The Final Report of the Commission of the Pan American Health Organisation on Equity and Health Inequalities in the Americas [Internet]. [cited 19 July 2020]. Available at: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/the-final-report-of-the-commission-of-the-pan-american-health-organisation-on-equity-and-health-inequalities-in-the-americas>

3. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review) [Internet]. Institute of Health Equity. [cited 30 May 2018]. Available at: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
4. Chandra A, Vogl TS. Rising up with shoe leather? A comment on Fair Society, Healthy Lives (the Marmot Review). *Soc Sci Med*. 2010;71(7):1227-30.
5. Canning D, Bowser D. Investing in health to improve the wellbeing of the disadvantaged: Reversing the argument of Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Soc Sci Med*. 2010;71(7):1223-6.
6. Subramanyam MA, Kawachi I, Subramanian SV. Reactions to Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Soc Sci Med*. 2010;71(7):1221-2.
7. 11.1.1 Why a scoping review? - JBI Manual for Evidence Synthesis - JBI GLOBAL WIKI [Internet]. [cited 10 July 2020]. Available at: <https://wiki.joannabriggs.org/pages/viewpage.action?pageId=3178748>
8. Kastner M, Tricco AC, Soobiah C, Lillie E, Perrier L, Horsley T, et al. What is the most appropriate knowledge synthesis method to conduct a review? Protocol for a scoping review. *BMC Med Res Methodol*. 2012;12:114.
9. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
10. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5(1):69.
11. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(12):1291-4.
12. Korpi W, Palme J. The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *Am Sociol Rev*. 1998;63(5):661-87.
13. Grogan CM, Patashnik EM. Universalism within Targeting: Nursing Home Care, the Middle Class, and the Politics of the Medicaid Program. *Soc Serv Rev*. 2003;77(1):51-71.
14. Van Lancker W, Van Mechelen N. Universalism under siege? Exploring the association between targeting, child benefits and child poverty across 26 countries. *Soc Sci Res*. 2015;50:60-75.
15. Marchal S, Van Lancker W. The Measurement of Targeting Design in Complex Welfare States: A Proposal and Empirical Applications. *Soc Indic Res*. 2019;143(2):693-726.
16. Jacques O, Noël A. The case for welfare state universalism, or the lasting relevance of the paradox of redistribution. *J Eur Soc Policy*. 2018;28(1):70-85.
17. Cruz-Martínez G. Older-Age Social Pensions and Poverty: Revisiting Assumptions on Targeting and Universalism. *Poverty Public Policy*. 2019;11(1-2):31-56.
18. Carey G, Crammond B. A glossary of policy frameworks: the many forms of « universalism » and policy « targeting ». *J Epidemiol Community Health*. 2017;71(3):303-7.
19. Noy S. Healthy targets? World Bank projects and targeted health programmes and policies in Costa Rica, Argentina, and Peru, 1980–2005. *Oxf Dev Stud*. 2018;46(2):164-83.
20. Fischer AM. Towards Genuine Universalism within Contemporary Development Policy. *IDS Bull*. 2010;41(1):36-44.
21. Brady D, Burroway R. Targeting, Universalism, and Single-Mother Poverty: A Multilevel Analysis Across 18 Affluent Democracies. *Demography*. 2012;49(2):719-46.
22. Kuivalainen S, Niemelä M. From universalism to selectivism: the ideational turn of the anti-poverty policies in Finland. *J Eur Soc Policy*. 2010;20(3):263-76.
23. Imai K. Targeting versus universalism: An evaluation of indirect effects of the Employment Guarantee Scheme in India. *J Policy Model*. 2007;29(1):99-113.
24. Müller K. Contested universalism: from Bonosol to Renta Dignidad in Bolivia. *Int J Soc Welf*. 2009;18(2):163-72.
25. Kim T. The welfare state as an institutional process. *Soc Sci J*. 2010;47(3):492-507.
26. Lau MK-W, Chou K-L. Targeting, Universalism and Child Poverty in Hong Kong. *Child Indic Res*. 2019;12(1):255-75.
27. Lancker WV, Ghysels J, Cantillon B. The impact of child benefits on single mother poverty: Exploring the role of targeting in 15 European countries. *Int J Soc Welf*. 2015;24(3):210-22.
28. Brady D, Bostic A. Paradoxes of social policy: Welfare transfers, relative poverty and redistribution preferences [Internet]. LIS Cross-National Data Center in Luxembourg; 2014 nov [cited 17 Feb 2020]. Report No.: 624. Available at: <https://econpapers.repec.org/paper/lisliwps/624.htm>
29. Kaber N. The Politics and Practicalities of Universalism: Towards a Citizen-Centred Perspective on Social Protection. *Eur J Dev Res*. 2014;26(3):338-54.
30. Neelsen S, O'Donnell O. Progressive universalism? The impact of targeted coverage on health care access and expenditures in Peru. *Health Econ*. 2017;26(12):e179-203.
31. McLaren L. In defense of a population-level approach to prevention: why public health matters today. *Can J Public Health*. 2019;110(3):279-84.
32. Horton T, Gregory J. Why Solidarity Matters: The Political Strategy of Welfare Design. *Polit Q*. 2010;81(2):270-6.
33. Skocpol T. *The Urban Underclass*. Washington, D.C.: The Brookings Institution; 1991.
34. Rose G, Khaw K-T, Marmot M. *Rose's Strategy of Preventive Medicine* [Internet]. Rose's Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press; 2008 [cited 3 March 2020]. Available at: <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780192630971.001.0001/acprof-9780192630971>
35. Thomson G, Dykes F, Singh G, Cawley L, Dey P. A public health perspective of women's experiences of antenatal care: An exploration of insights from a community consultation. *Midwifery*. 2013;29(3):211-6.
36. 3.4 by 2030 reduce by one-third pre-mature mortality from non-communicable diseases (NCDs) through prevention and treatment, and promote mental health and wellbeing – Indicators and a Monitoring Framework [Internet]. [cited 19 July 2020]. Available at: <https://indicators.report/targets/3-4/>
37. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Serv Res* [Internet]. [cited 17 Sept 2019] Available at: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2038-1>
38. Guillaume E, Launay L, De Jardin O, Bouvier V, Guittet L, Déan P, et al. Could mobile mammography reduce social and geographic inequalities in breast cancer screening participation? *Prev Med*. 2017;100:84-8.
39. Rice P. Plus ça change, plus c'est la même chose: a Review of Recent Alcohol Policy Developments in Europe. *Alcohol Alcohol*. 2019;54(2):123-7.
40. Dodge KA, Goodman WB. Universal Reach at Birth: Family Connects. *Future Child*. 2019;29(1):41-60.
41. Van Vliet J. How to apply the evidence-based recommendations for greater health equity into policymaking and action at the local level? *Scand J Public Health*. 2018;46(22, suppl):28-36.
42. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015;14(1). [cited 21 mai 2018] Available at: <http://www.equityhealthj.com/content/14/1/81>
43. Porcherie M, Le Bihan-Youinou B, Pommier J. À quelle échelle appliquer l'approche universelle proportionnée pour lutter contre les inégalités sociales de santé? Pour une approche contextualisée des actions de prévention et de promotion de la santé. *Santé Publique*. 2018;52(HS2):25.
44. Affeltranger B, Potvin L, Ferron C, Vandewalle H, Vallée A. Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? *Santé Publique*. 2018;52(HS2):13.
45. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015;14(1). [cited 17 sept 2019] Available at: <http://www.equityhealthj.com/content/14/1/81>
46. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(3):286-91.
47. Maharaj V, Rahman F, Adamson L. Tackling child health inequalities due to deprivation: using health equity audit to improve and monitor access to a community paediatric service: Tackling child health inequalities. *Child Care Health Dev*. 2014;40(2):223-30.
48. Darquy S, Moutel G, Jullian O, Barré S, Duchange N. Towards equity in organised cancer screening: the case of cervical cancer screening in France. *BMC Womens Health*. [Internet]. 2018;18(1). [cited 17 sept 2019] Available at: <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0683-0>

49. Egan M, Kearns A, Katikireddi SV, Curl A, Lawson K, Tannahill C. Proportionate universalism in practice? A quasi-experimental study (GoWell) of a UK neighbourhood renewal programme's impact on health inequalities. *Soc Sci Med*. 2016;152:41-9.
50. Legrand K, Lecomte E, Langlois J, Muller L, Saez L, Quinet M-H, et al. Reducing social inequalities in access to overweight and obesity care management for adolescents: The PRALIMAP-INÉS trial protocol and inclusion data analysis. *Contemp Clin Trials Commun*. 2017;7:141-57.
51. Guillaume E, De Jardin O, Bouvier V, De Mil R, Berchi C, Pomet C, et al. Patient navigation to reduce social inequalities in colorectal cancer screening participation: A cluster randomized controlled trial. *Prev Med*. 2017;103:76-83.
52. Bywater T, Berry V, Blower SL, Cohen J, Gridley N, Kiernan K, et al. Enhancing Social-Emotional Health and Wellbeing in the Early Years (E-SEE): a study protocol of a community-based randomised controlled trial with process and economic evaluations of the incredible years infant and toddler parenting programmes, delivered in a proportionate universal model. *BMJ Open*. 2018;8:e026906.
53. Brewster L, Sherriff A, Macpherson L. Effectiveness and reach of a directed-population approach to improving dental health and reducing inequalities: a cross sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1). [cited 17 Sept 2019]. Available at: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-778>
54. Cowley S, Whittaker K, Malone M, Donetto S, Grigulis A, Maben J. Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: A narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(1):465-80.
55. Welsh J, Strazdins L, Ford L, Friel S, O'Rourke K, Carbone S, et al. Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health Promot Int*. 2015;30(suppl2):ii36-76.
56. Morrison J, Pikhart H, Ruiz M, Goldblatt P. Systematic review of parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. *BMC Public Health* [Internet]. 2014;14(1). [cited 17 Sept 2019]. Available at: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1040>
57. Dierckx M, Devlieghere J, Vandebroek M. Proportionate universalism in child and family social work. *Child Fam Soc Work* [Internet]. 2020;25:337-344. [cited 27 Feb 2020]. Available at: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cfs.12689>
58. Darquy S, Moutel G, Jullian O, Barré S and Duchange N. Towards equity in organised cancer screening: the case of cervical cancer screening in France. *BMC Womens Health*. 2018;18:192.
59. Goldblatt P. How Can a Global Social Support System Hope to Achieve Fairer Competitiveness? Comment on « A Global Social Support System: What the International Community Could Learn From the United States' National Basketball Association ». *Int J Health Policy Manag*. 2015;5(3):205-6.
60. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martínez JM. A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(3):286-91.
61. Barlow J, McMillan AS, Kirkpatrick S, Ghate D, Barnes J, Smith M. Health-Led Interventions in the Early Years to Enhance Infant and Maternal Mental Health: A Review of Reviews. *Child Adolesc Ment Health*. 2010;(4):178.
62. Barboza M, Kulane A, Burström B, Marttila A. A better start for health equity? Qualitative content analysis of implementation of extended postnatal home visiting in a disadvantaged area in Sweden. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018;17(1). [cited 17 sept 2019]. Available at: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0756-6>
63. Devereux S. Is targeting ethical? *Glob Soc Policy Interdiscip J Public Policy Soc Dev*. 2016;16(2):166-81.
64. Briçon S, Legrand K, Muller L, Langlois J, Saez L, Spitz E, et al. Effectiveness of a socially adapted intervention in reducing social inequalities in adolescence weight. The PRALIMAP-INÉS school-based mixed trial. *Int J Obes*. 2020;44(4):895-907.
65. Corburn J, Curl S, Arredondo G, Malagon J. Health in All Urban Policy: City Services through the Prism of Health. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. 2014;91(4):623-36.
66. Cornia GA, Stewart F. Two errors of targeting. *J Int Dev*. 1993;5(5):459-96.
67. Moffatt S, Higgs P. Charity or Entitlement? Generational Habitus and the Welfare State among Older People in North-east England. *Soc Policy Adm*. 2007;41(5):449-64.
68. Sannino N, Biga J, Kurth T, Picon E. Quand l'universalisme proportionné devient relatif: l'accès aux soins des travailleurs non-salariés. *Santé Publique*. 2018;S2(HS2):165.
69. Green K. Response: Means-testing child benefits will hit the poor, not the rich. *The Guardian* [Internet]. 29 sept 2009 [cited 18 Sept 2019]. Available at: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2009/sep/30/means-testing-benefits-hits-poor>
70. Vitus K, Tørslev MK, Ditlevsen K, Nielsen AL. Body weight management and dilemmas of health responsibility for vulnerable groups in the changing Danish welfare state: a comparative case analysis. *Crit Public Health*. 2018;28(1):22-34.
71. Moutel G, Duchange N, Lièvre A, Orgerie MB, Jullian O, Sancho-Garnier H, et al. Low participation in organized colorectal cancer screening in France: underlying ethical issues. *Eur J Cancer Prev*. 2019;28(1):27-32.
72. Lechopier N, Hamant C. Accompagner et prévenir. Tensions éthiques dans le dépistage du cancer colorectal. *Sciences Sociales et Santé*. 2017;35(4):5-28.
73. Hogg R, Kennedy C, Gray C, Hanley J. Supporting the case for 'progressive universalism' in health visiting: Scottish mothers and health visitors' perspectives on targeting and rationing health visiting services, with a focus on the Lothian Child Concern Model. *J Clin Nurs*. 2013;22(1-2):240-50.
74. Bekken W. Public Health Coordinator – How to Promote Focus on Social Inequality at a Local Level, and How Should It Be Included in Public Health Policies? *Int J Health Policy Manag*. 2018;7(11):1061-3.
75. Wiseman V, Thabrany H, Asante A, Haemmerli M, Kosen S, Gilson L, et al. An evaluation of health systems equity in Indonesia: study protocol. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018;17(1). [cited 6 March 2020]. Available at: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-018-0822-0>
76. Andermann A. Screening for social determinants of health in clinical care: moving from the margins to the mainstream. *Public Health Rev* [Internet]. 2018;39(1). [cited 6 March 2020]. Available at: <https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-018-0094-7>
77. Andermann A. Taking action on the social determinants of health in clinical practice: a framework for health professionals. *Can Med Assoc J*. 2016;188(17-18):E474-83.
78. Jeoffron C. Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Cah Int Psychol Soc*. 2009;82(2):73.
79. Babbal B, Mackenzie M, Hastings A, Watt G. How do general practitioners understand health inequalities and do their professional roles offer scope for mitigation? Constructions derived from the deep end of primary care. *Crit Public Health*. 2019;29(2):168-80.
80. White M, Adams J, Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? In: Babones SJ, éditeur. *Social inequality and public health* [Internet]. Policy Press; 2009 [cited 13 Aug 2018]. p. 64-81. Available at: <http://policy.press.universitypressscholarship.com/view/10.1332/policy/press/9781847423207.001.0001/upso-9781847423207-chapter-5>
81. Asaria M, Griffin S, Cookson R, Whyte S, Tappenden P. Distributional Cost-Effectiveness Analysis of Health Care Programmes – A Methodological Case Study of the UK Bowel Cancer Screening Programme. *Health Econ*. 2015;24(6):742-54.
82. Shankaran V, McKoy JM, Dandade N, Nonzee N, Tigue CA, Bennett CL, et al. Costs and cost-effectiveness of a low-intensity patient-directed intervention to promote colorectal cancer screening. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2007;25(33):5248-53.
83. Cookson R, Drummond M, Weatherly H. Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions. *Health Econ Policy Law*. 2009;4(Pt 2):231-45.

Manuscript received on 24 April 2020. Revised version accepted for publication on 23 July 2020.

Desafíos teóricos y prácticos del universalismo proporcional: una revisión

RESUMEN

Objetivo. En 2010 se propuso el principio del universalismo proporcional como solución para reducir las desigualdades en materia de salud. Aunque tuvo una gran resonancia, no parece haber sido aplicado ampliamente y no existen directrices sobre cómo aplicarlo. Los dos objetivos específicos de esta revisión sistemática exploratoria fueron: 1) describir el contexto teórico en el que se estableció el universalismo proporcional, y 2) describir cómo los investigadores aplican el universalismo proporcional y las cuestiones metodológicas relacionadas.

Métodos. Se buscó en todas las bases de datos de la *Web of Science* los artículos publicados hasta el 6 de febrero de 2020 que tuvieran como tema "universalismo proporcional" o sus sinónimos "universalismo dirigido" o "universalismo progresivo".

Resultados. Esta revisión de 55 artículos permitió tener una visión global del universalismo proporcional en cuanto a sus fundamentos teóricos y su aplicación práctica. El principio del universalismo proporcional se basa en las teorías sociales del universalismo y el direccionamiento, y propone vincular estos dos aspectos para lograr una reducción efectiva de las desigualdades en materia de salud. Respecto de su aplicación práctica, las intervenciones basadas en este principio son poco frecuentes y dan lugar a diferentes interpretaciones. Todavía existen muchos desafíos metodológicos y éticos en relación con la concepción y la evaluación de las intervenciones relacionadas con el universalismo proporcional, incluida la forma de aplicar la proporcionalidad y la identificación de las necesidades.

Conclusión. En esta revisión se llevó a cabo un mapeo de la literatura científica disponible sobre el universalismo proporcional y sus conceptos relacionados. Este principio se basa en teorías sociales. Tal como lo destacaron autores que implementaron intervenciones de universalismo proporcional, su aplicación plantea muchos desafíos, desde el diseño hasta la evaluación. El análisis de las aplicaciones del universalismo proporcional presentado en esta revisión respondió a algunos de ellos, pero los desafíos metodológicos restantes requieren ser abordados en futuras investigaciones.

Palabras clave Equidad en salud; política de salud; factores socioeconómicos.

4.3 Conclusion

Cette revue de littérature nous a donc permis d'identifier les fondements théoriques de l'UP, de répertorier des premières interventions mettant en pratique l'UP et d'exposer les différents enjeux opérationnels qui se posent.

Au total, de multiples interprétations de l'UP en pratique sont possibles, mais le nombre d'applications qui en sont faites dans la littérature est encore assez faible, cela s'explique notamment par le caractère récent du principe.

5) Appropriation du principe par des soignants (Art 2)

5.1 Introduction

Si le soin, en tant que déterminant de santé, peut être une source ou un moyen de réduction des ISS, il semble également important de connaître la vision des soignants concernant ces ISS, et de savoir ce qu'ils connaissent et pensent de l'UP. Une traduction de ce principe au soin pourrait-elle se faire et si oui, comment ? Et à l'inverse une réflexion approfondie auprès des soignants, au plus proche des patients pourrait-elle faire émerger des solutions à grande échelle ?

Afin d'évaluer cela, nous avons choisi de mener une étude par entretiens qualitatifs dans un contexte bien précis : celui de la maladie chronique pédiatrique, pour laquelle des prises en charge différentielles en fonction de caractéristiques sociales avaient été mises en évidence, dans le cadre des travaux de thèse d'une doctorante Bénédicte Driollet ⁴⁷. Pour cette pathologie, la dialyse péritonéale présente de nombreux avantages pour l'enfant, car elle est réalisée à domicile, cela évite des déplacements, et peut se faire la nuit, ce qui n'induit pas d'absence scolaire notamment. A partir des données d'un registre national, elle a notamment mis en évidence, que chez les patients issus de milieux les plus défavorisés, l'incidence de l'insuffisance rénale terminale était plus élevée, le traitement de suppléance était plus tardif, plus souvent effectué en urgence et en hémodialyse plutôt qu'en dialyse péritonéale. Ce travail a été réalisé en collaboration avec elle.

RAJOUTER ELEMENTS DU GRADIENT MIS EN EVIDENCE PAR BD

5.2 Article soumis au European Journal of Pediatrics

TITLE PAGE

Perceptions of social health inequalities and proportionate universalism by pediatric health professionals in French public hospitals: a qualitative study

Florence Francis-Oliviero*, Bénédicte Driollet*, François Alla

*Co-first authors

Corresponding author: florence.francis@u-bordeaux.fr

ABSTRACT

Purpose

To describe healthcare professional's (HP) perceptions of social health inequalities (HI) in the context of pediatric chronic kidney disease, and their insights regarding proportionate universalism (PU) as a potential solution to reduce them.

Methods

Semi-directive interviews were conducted with healthcare professionals from different French pediatric chronic disease departments. This qualitative study is based on an inductive thematic analysis and an interview topic guide was used for the interviews and the analysis.

Results

In this study, we highlighted three main themes: the HP's perceptions of social HI in their practices, their causal beliefs of social HI, and the potential solutions raised by HP to reduce these social HI. HP very often associated inequalities with precariousness or geographical disparities but were not familiar with the notion of social gradient. Paradoxically, while they claimed not to make any differentiation in their practice, they suggested that they did adapt their care to complicated social situations. For them, these inequalities are the result of understanding problems, a lack of family support, a failure of the prevention system and a lack of financial means.

Conclusion

We still need to develop solutions to tackle those inequalities at every level and involve more actively HP in this effort. In this perspective, adapting public health principle like proportionate universalism to individual care could be one approach to follow.

Keywords

Social health inequalities, Pediatricians, Qualitative study, Proportionate universalism

What is known

- Social HI exist in pediatric care and a social gradient has been evidenced in many clinical situations.
- Explore HP's perceptions on social HI will brought out solutions to tackle them.

What is new

- Pediatricians and pediatrics nurses were not quite aware of the social gradient of health.
- Paradoxically, while they claimed not to make any differentiation in their practice, they suggested that they did adapt their care to complicated social situations. They also face sometimes a sense of failure. Proportionate universalism could be adapted to individual care.

Abbreviations

Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)

Social health inequalities (HI)

Healthcare Professionals (HP)

Peritoneal dialysis (PD)

Proportionate universalism (PU)

INTRODUCTION

Childhood is probably the most vulnerable period of life. This vulnerability is explained by the child's own nature: precarious neurological development, fragile emotional and behavioural balance, and dependence on the family, social and educational environment [1]. It therefore depends on the children's medico-psychosocial situation, on their own capacities and on parental capacities. Thus, the pediatric population with a chronic disease (diabetes, kidney failure, cystic fibrosis, etc.) is even more vulnerable [2].

Part of this vulnerability may be reinforced by a disadvantaged social context, particularly if the child, and by extension, the family is affected by a chronic disease. It is therefore understandable that social inequalities in health (HI) may be important in children with chronic diseases.

These social HI had already been shown in different contexts [3–5]. For example, in pediatric kidney failure, most deprived children tended to be late referred to a nephrologist, had lower access to pre-emptive transplantation and lower access to peritoneal dialysis (PD) [6]. Moreover, those data showed a clear social gradient between the incidence of kidney failure and social deprivation. Social gradient could be defined as the steep inverse association between social class and health and mortality from a wide range of diseases [7]. To reduce the steepness of this gradient, M. Marmot proposed, in 2010, the principle of Proportionate Universalism (PU): "Actions should be universal, but with an intensity and a scale that is proportional to the level of disadvantage" [8]. This principle has gained momentum these past years and began to be applied extensively [9]. However, more research is needed to fill gaps regarding the effective implementation of this quite recent principle.

Quantitative studies have then allowed us to highlight the existence of these social HI and this social gradient, but the reasons for their existence require further investigation. To get a complete understanding of the problem, mixed-methods approach is a reference method.

As healthcare is a health determinant, explore healthcare professional's (HP) knowledge of this gradient and potential solutions like PU will help to better operationalise this public health principle.

This study sought to describe healthcare professional's perceptions of social HI in the context of pediatric chronic kidney disease, and their insights regarding PU as a potential solution to reduce them. The specific objectives were to describe respectively healthcare professional's attitudes and beliefs regarding social HI, social gradient of health and proportionate universalism.

METHODS

Design

The study was a qualitative explorative study using individual semi-directed interviews performed in pediatric services. We followed the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) for designing the method and report our results.

Sample

We included a purposive sample of HP (nurses and pediatricians) working in different pediatric departments with patients suffering from chronic disease conditions. To have a wide range of perceptions, variation was sought regarding gender, profession, work experience and work environment (day hospital, conventional hospitalisation, or therapeutic education services).

Analysis

We conducted an interpretative qualitative interview study using an inductive thematic analysis. Two researchers (BD and FF) conducted the semi-directive interviews, scheduled at workplace or remotely due to COVID-19 crisis between July 2020 and March 2022. An interview topic guide, constructed from literature and expert knowledge, was used for the interviews and the thematic analysis (Annex 1). When needed, we explained to HP public health concepts like social gradient of health or PU to get their perceptions regarding them as caregivers. Interviews were audio recorded and transcribed verbatim. Demographic variables were collected at the end of the interviews through an additional questionnaire.

All interviews have been analysed by two researchers (BD and FF), using Nvivo© software. Themes has been refined all along the work until a consensus on them was reached [10].

RESULTS

Participants

We interviewed eleven HP: Table 1 presents demographic characteristics of the participants. Interviews lasted from 31 to 81 min.

Based on the data collection and the thematic analysis, we identified four main themes: perceptions of social HI in their practice, causal beliefs of social HI, existing and potential solutions to reduce social HI.

Table 1 : Characteristics of participants

	Effective	Percentages (%)
Gender		
Male	4	36,4
Female	7	63,6
Age		
Under 40	7	63,6
40 and more	3	27,3
50 and more	1	9,1
Profession		
Pediatrician	8	72,7
Nurse	3	27,3
Living places		
Rural	2	18,2
Peri-urban	2	18,2
Urban	7	63,6
Number of children		
None	2	18,2
1	2	18,2
2	5	45,5
3	2	18,2
Job tenure		
Less than 5 years	2	18,2
5-9 years	3	27,3
10-14 years	2	18,2
15-19 years	2	18,2
More than 20 years	2	18,2

Perceptions of social health inequalities in their practice (Table 2)

Precariousness rather than a social gradient - 1A

All HP associated the notion of social HI with that of precariousness, word very often pronounced during the eleven interviews (n=144 and mean of 13,1 times per interview). Moreover, they alleged that a majority of their patients were in precariousness situation. The majority of respondents were not familiar with the concept of social gradient of health. In their practice, they often observed that the most deprived arrived later at hospital in more severe clinical situations, but they did not perceive the fact that the health is improving proportionally to social situation along the gradient (Quote 1A). Besides, HP generally drew parallels between parents' occupations and social status.

Some situations against their preconceptions - 1B

Some HP confessed that they were surprised by situations they didn't expect (Quote 1B). On the contrary, some of them stated that most privileged or educated parents had difficulties to trust medical decisions and to implement required care. One example has been given of parents who wanted a second opinion regarding a medical decision to change a badly positioned catheter and then delayed a necessary intervention.

Geographic health disparities highlighted - 1C

Inequalities they identified in their practice concerned access to healthcare, and territorial disparities. Hospitals sometimes covers a very large territory with patients coming from villages located two or three hours away. Thus, the HP have largely addressed the issue of territorial inequalities and the inherent difficulties of access to care (Quote 1C). For example, some parents had difficulty getting to the hospital because of the lack of transportation, the price of gasoline or the price of parking, so they skipped some or all educational therapeutic sessions.

Implications in their practice / Adaptation of medical care: a paradox - 1D

The primary reaction of the majority of HP was to deny firmly the fact that they had a differential care according to socio-economic position of the patients (Quote 1D). They all claimed to provide equal care to every patient. Yet, during the interview, they mentioned that they could then adapt their care to some problematic situations. In this case, multi-disciplinarity became a rule: social worker, psychologist etc. were

involved in the care. They sometimes increased duration of stay of a patient to solve social problems such as lack of suitable housing or proposed more adapted treatments to the situation such as hospital therapy rather than home therapy like peritoneal dialysis, which requires a good adherence to instructions and enough space in the house. (Quote 1D-bis).

However, only two HP mentioned the possibility of unconscious choice leading them to increase health social inequalities (Quotes 1D-ter).

Table 2: Perceptions of social HI in the practice of HP interviewed

Sub -Theme	Quote
A) Observation of social gradient	<p><i>We observe easily the extremes, the gradient is much more difficult to identify (1A-Pediatrician)</i></p>
B) Observation of situations against their preconceptions	<p><i>Sometimes it's surprising. You think that things will work out. And finally, it is sometimes in these families where it is even more complicated. And it's more complicated to get</i></p>
C) Observation of geographical disparities	<p><i>people to accept help at a given moment. (1B-Nurse)</i></p> <p><i>If there is a problem with the catheter, if they live two hours away, we can't make them come (1C-Pediatrician)</i></p>
D) Implication in their practice	<p><i>They were in a caravan, dialysis is not possible in a caravan. So there they bought a house, but what we understood the last time, he sleeps on a mattress on the ground. The hygiene conditions are not optimal. Afterwards, there is always the risk of infection too. So it's complicated. (1D-Pediatrician)</i></p> <p><i>My vision of medical care is that there will be no difference in care. The care will be identical in terms of the quality that we can offer, and the supply of care that we can offer. There will be no restriction of care, whatever the socio-economic level, the precarious or non-precarious situation of the patients, as far as I can see and perceive. (1D-bis-Pediatrician)</i></p> <p><i>And then very probably there's the other side, which is the somewhat the caregiver part, which is the way we look at these parents and families. And there, I find it more difficult to formalise and to say how it impacts, but I'm pretty sure that there's also a part of it where, where we think we're doing well and probably the approach isn't always the most, for reasons of, I think, of... I don't know, a priori maybe. (1D-ter-Pediatrician)</i></p>

Causal beliefs about HI (Table 3)

Understanding problems - 2A

For HP, one of the primary reasons of health problems lied in understanding problems of a medical prescription due to comprehension difficulties or more often to language barrier. Indeed, many of their patients are migrants who do not speak French. HP feel that interactions are limited, especially when translators are not available (Quote 2A). This could lead to problematic situations or for example, to specific therapeutic choices such as extending a hospitalisation or not to prescribe peritoneal dialysis at home to avoid miscommunication and misunderstanding between HP and the family (Quote 2A-bis and ter). Moreover, the difficulties of some parents in expressing themselves in writing or even verbally may hinder any questions they may have. Nevertheless, HP have pointed out that problems of understanding were not only the result of a language barrier but also of a difference in social background resulting in a lack of literacy (Quote 2A-quater). Caregivers value very much the fact that parents can seek help whenever they need it.

However, some HP insisted that these comprehension difficulties were not necessarily directly related to social difficulties: some of them did not see any association, some found that it should be linked but not through a linear association (Quote 2A quinter).

Importance of family support - 2B

Caregivers also quoted family support as an important determinant of social HI. When parents are absent, or face familial problems (divorce for example), it could lead to some problematic situations (Quote 2B).

Failure of the prevention system - 2C

The most experienced physicians highlighted the problem of poor prevention system in France, which could explain some of the delayed and severe clinical situations they observed. They had the feeling to solve problems that should have been prevented earlier. This situation gives them sometimes a sense of failure and weariness. (Quote 2C)

Money problems: causes and consequences -2D

Some HP also observed that due to financial problems, some families have difficulties to access to some products that are not reimbursed but necessary such as, in pediatric gastroenterology, thickened milk. Moreover, as explained by one of the interviewed pediatrician, treatment of a chronic disease takes a back seat when parents struggle to find a work or a house (Quote 2D).

In contrast, a prolonged hospitalisation can result in absenteeism at work and then lead to a dismissal.

Table 3: Causes of social HI according to interviewed HP

Sub-Theme	Quote
A) Language barrier and understanding problems	<p><i>In this situation, the main difficulty will be the language barrier, [...] especially directly between the doctor and the family. Because I communicate a lot by email with many of my patients so this complicates our relationship. If I need to call the families, I can't actually do it, so it certainly makes the situation more complex (2A-Pediatrician)</i></p>
	<p><i>We keep some patients longer, because we feel that it's going to be complicated, we need everything to be settled before they go home.(2A-Bis-Pediatrician)</i></p>
	<p><i>So we had a case with a girl there who, she is from Turkey, the mother who only speaks Turkish. At first she agreed that we should try to set up [peritoneal dialysis]at home, and then she said: "no, no, it's going to be too complicated". It's true that even we thought: what are we going to do if she calls us at 2am if there's an alarm on the machine? (2A ter-Pediatrician)</i></p>
	<p><i>There is probably the effect of health literacy and sometimes the lack of ability to cope with medical information.(2A-Quater-Pediatrician)</i></p>
B) Family support	<p><i>It would be an unacceptable shortcut to say that there is a linear relationship between the level of precariousness and the level of understanding of the problem. (2A-quinter-Pediatrician)</i></p>
	<p><i>Family support also helps a lot because it means that the parents are more willing to come and accompany their children when they are hospitalised because the grandmother or the aunt will help with the other children. (2-B-Pediatrician)</i></p>
	<p><i>Sometimes the parents don't manage because they can't do anything with their child. Or the parents are away (e.g. abroad), but a child needs family support and sometimes this can directly impact care or cause real problems. (2B-Nurse)</i></p>

C) Failure of the prevention system

It's a bit difficult to do it upstream on the preventive medicine side, i.e. by saying to ourselves that we'll spot it and therefore we'll anticipate it. No, in general, we are more concerned with situations with a lot of problems, it's such a disaster that we think about how to try to make up for it. Identifying and trying to orientate better, to accompany better, is a more general problem of the French health system and of preventive medicine, here we have much more difficulty in doing it for reasons of medical culture, but also of human and financial resources, it's not easy. (2C-Pediatrician)

D) Money problems

When people have to find a house or a work or to deal with massive learning difficulties at school for their children, well, the daily treatment of kidney disease sometimes takes a back seat.(2D-Pediatrician)

Solutions to reduce HI (Table 4)

To collaborate with existing social structures - 3A

Most of the HP noted the existence of several social structures that collaborate with them at hospital and outside: social services, hospitalisation at home, special educators at school to enable the child to attend school etc. Their feelings concerning these services were ambivalent. On the one hand, they observed that access to care is not really a problem in France because of universal coverage and the help of these structures (Quote 3A). On the other hand, they faced difficulties such as the lack of knowledge of all existing solutions, the complexity of the system, and the lack of training to better understand the problematic of social HI and to identify social aids for their patients.

Moreover, the link to primary care was valuable for hospital paediatricians: it reinsures parents and permits to provide continuity of care. The general practitioner is a primary partner for children with chronic diseases (Quote-3A-bis).

Perspectives of improvement - 3B

COVID-19 crisis provided them an unexpected solution: telemedicine. The fact that patients stayed at home, presented several advantages: it reduced geographical disparities; children were in their usual environment, which reduced the level of stress induced by the hospital. E-therapeutic education sessions solved recurrent problems, because it allowed nurses to give advice more appropriate to the home setting. For example, in chronic kidney disease, water inputs are highly monitored, and with e-sessions, instead of saying you have to drink only 200 ml of water, which is a theoretical assertion they could show with family's containers for water to what exactly corresponded 200 ml.

PU vision - 3C

Proportionate universalism was a solution they did not know, far from daily care. Nevertheless, adaptation of care they provide every day (Quote 1D) could be an interpretation of the principle. Moreover, one of the pediatric services is experiencing a programme of home visiting after hospitalisation dedicated to precarious families (measured with the deprivation EPICES score ⁴⁸). So far, results were very

encouraging: acceptability was remarkably high. All respondents found the principle attractive and interesting. (Quote 3C)

Table 4: Potential solutions to reduce HI in clinical practice according to HP interviewed

Sub-Theme	Quote
A) Collaboration with existing structures	<i>We have structures that have been progressively set up over the last few years, which have, I think, considerably improved the care of people in precarious situations. So either via the social workers, who can manage a certain number of problems, but I think that what has improved things a lot is, for example, the home hospitalization systems (3A-Nurse)</i>
	<i>I think that the general practitioner can have a real place, and be a resource for a family who has not necessarily understood all the subtleties of care, but who feel it and say that they refer to the opinion of the general practitioner. (3A-bis-Pediatrician)</i>
B) Perspectives of improvement	<i>Perhaps there is also a lack of awareness of the help that can be given to them (3B-Nurse)</i>
C) PU vision	<i>It's my vision too to help more those who need more (3C-Pediatrician)</i>

DISCUSSION

This qualitative study allowed us to explore the perceptions of HP from pediatric wards regarding the issue of social inequalities in health, their impact on their practices and their management.

First, we found that HP were quite unaware of the social gradient of health, due to the lack of training in this field. The precariousness was the prism under which they perceived social HI. They only saw the two extremes and did not have the idea that “medians” patients would have a “median” health. We could make here the hypothesis that situations they observed against their misconceptions could correspond to the “medians” patients, i.e middle-income patients. Under the prism of social gradient of health and PU, to identify these middle patients in daily practice should be a priority [12].

HP denied firmly the idea of providing differential care to patients in different needs. The idea of giving more to those more in needs, as proportionate universalism proposes appeared initially an uncomfortable idea for them. Yet, when they explored impact of inequalities in their practice, they all explain spending more times with more “problematic” patients (not necessarily the most deprived ones), increasing length of stay to solve social problems or required health of social workers during dedicated staffs. This apparent paradox probably highlights a very French conception: the great attention to the equality principle rather to the equity one. This echoes to the French debate of affirmative action which contradicts equality principle and had been at the heart of actuality when N.Sarkozy, the former French President wanted to introduce the principle into his policies [13]. Yet, during the discussion, PU principle as a public health principle and not an individual one seemed very attractive to interviewed HP but the question of how to identify “middle” patients remains.

As we expected, the interviews brought out different ideas to explore. First, as it is impossible to fight something you do not know, introducing HI and social gradient in the curriculum of HP should be an important step in the way of tackling health inequalities.

The adaptation of care they provide by extending time with those more in need could be seen as an extreme interpretation of the PU principle dedicated to individual care.

Yet, the notion of proportionality with respect to the gradient is not guaranteed here. Many times, during the interviews, when HP expressed such situations, they associated it with a sense of failure and weariness. They had the feeling that their actions were too late, and only to fix problems rather than preventing them. The ongoing experimentation of screening patients on their social position to propose supplementary consultations at home could be a way to reduce social HI. However, screening patients in clinical practice raises both logistical and ethical questions: doctors lack time and do not necessarily feel competent to solve social problems [14, 15]. One possibility to implement it, raised by HPs in our interviews because of the encouraging results in therapeutic education sessions, would be the use of telemedicine. Even if the capacity of telemedicine to reduce HI is controversial due to problematic of access to digital equipment, telemedicine and home visiting are possibilities to explore in order to reduce HI [16]. These solutions could be seen as “outreach work” to anticipate people’s needs [17].

Only two senior professionals in our study (one nurse and one pediatrician), mentioned potential unconsciously decisions which could have led to influence therapeutically choices and led to HI. These results evoke also unconscious bias, which “describes associations or attitudes that reflexively alter our perceptions, thereby affecting behaviour, interactions, and decision-making”[18]. This bias and its effects regarding healthcare decisions have been widely studied and evidenced in different settings [18–21]. Most studies evaluate racial bias in United States, yet some of them highlighted unconscious bias regarding ethnics or socio-economic positions. The link between this unconscious bias and generation of health social inequalities is not established and would be a shortcut. To our knowledge, this bias has been poorly explored in French healthcare. However, two studies found a bias regarding the presence of a psychiatric illness, assessed with medical students, and the age of patients with oncologists and radiotherapist [16, 17]. If this bias really occurred in clinical practice, it should be addressed as a priority, so that care does not generate HI.

Finally, we can deduct from HP’s testimonies that developing health literacy could be an important leverage to tackle health inequality. Indeed, understanding problems have been quoted very often by respondents as a potential cause of health social inequalities. According to Sorensen et al, “Health literacy is linked to literacy

and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.”[24] This finding is corroborated by Nutbeam in his review: as health literacy is a mediator in the relation between socio-economic position and health outcome, it should be interesting to develop interventions to increase HL under the prism of health social inequalities [25–28]. This leverage could then be evaluated in its capacity to effectively reduce HI.

Our study presents some forces and limitations. First, the sample size (n=11) is limited, and most respondents were women. However, we have reached saturation point, and are then confident regarding our results. Second, due to COVID crisis, some of the interviews had to be led by distance which not allowed us to get all details of non-verbal communications. Eventually, our population of pediatricians worked in public hospitals, which means that the patients they have are usually more deprived and more often severe.

Regarding our population, having explored HP perceptions rather than patient's ones is quite original, and complete our work with patient's interviews would be an interesting perspective. Moreover, this study explored pediatric practices which face some particularities, compared to adult care. For example, as we have highlighted in our results, family support plays a particularly important role and has been evidenced as a mediator in the relation between social determinants and health [29].

CONCLUSION

We explored in this qualitative study the perceptions of healthcare professionals from pediatric wards in public hospitals regarding the issue of social inequalities in health, their impact on their practices and their management.

Despite a universal health system, social health inequalities are still present in France. HP face this issue in their daily practice without knowing the notion of social gradient. They also face a paradox: despite their desire to provide equal care to all, they admit spending more time with those who need more, but with often a sense

of failure. We still need to develop solutions to tackle those inequalities at every level and involve more actively HP in this effort.

In this perspective, adapting public health principle like proportionate universalism to individual care could be one approach to follow.

Annex 1

We are Florence Francis-Oliviero and Bénédicte Driollet, we are both doctoral students in Public Health. We are carrying out a study which aims to better understand the perception of social inequalities in health by healthcare workers. To do this, we would like to meet healthcare workers in the paediatric ward. This interview is confidential and anonymous, and your name will never appear in the study documents.

To begin, can you describe your daily practice as a doctor, nurse, etc. in this department?

Pouvez-vous nous raconter ce que vous percevez des inégalités sociales dans votre pratique de soignant ?

- **Influence in their practice**

- frequency
- adaptation of care
- organisation of time
- apprehension of health inequalities (HI)
- use of personal experience
- perception of differences related to HI

- **Impact on interactions with others**

- between colleagues
- relationship with the sick child
- relationship with the parents

- **Representations of health social inequalities**

Representations of HI

Causes of HI

Knowledge and point of view regarding social gradient of health and proportionate universalism

Focus on territorial inequalities

- **Knowledge of existing solutions to tackle social health inequalities in French healthcare system**

- existing initiatives in hospitals
- existing initiatives in the city
- opinion on these initiatives
- use of these initiatives

- **Suggestions for improvement to tackle social HI**

- accessibility of existing measures
- available information
- proposal for further measures

Socio-demographic data

Age

Marital status

Number of children

Residence: rural/urban

Current position

Number of years experience

REFERENCES

1. Public Health England No child left behind: understanding and quantifying vulnerability. 23
2. Coram and Coram international (2017) Constructing a Definition of Vulnerability – Attempts to Define and Measure. In: www.basw.co.uk. <https://www.basw.co.uk/resources/constructing-definition-vulnerability-%E2%80%93-attempts-define-and-measure>.
3. Krishna M, Salako A, Fofanova T, Kellermayer R (2020) Parental Education May Differentially Impact Pediatric Inflammatory Bowel Disease Phenotype Risk. *Inflamm Bowel Dis* 26:1068–1076. <https://doi.org/10.1093/ibd/izz225>
4. Mönkemöller K, Müller-Godeffroy E, Lilienthal E, et al (2019) The association between socio-economic status and diabetes care and outcome in children with diabetes type 1 in Germany: The DIAS study (diabetes and social disparities). *Pediatr Diabetes* 20:637–644. <https://doi.org/10.1111/pedi.12847>
5. Zuijdwijk CS, Cuerden M, Mahmud FH (2013) Social determinants of health on glycemic control in pediatric type 1 diabetes. *J Pediatr* 162:730–735. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.12.010>
6. B D, F B, T K, et al (2021) Social Deprivation Is Associated With Lower Access to Pre-emptive Kidney Transplantation and More Urgent-Start Dialysis in the Pediatric Population. *Kidney international reports* 7:. <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.12.015>
7. Social Gradient. In: Institute of Health Equity. <https://www.instituteofhealthequity.org/in-the-news/articles-by-the-institute-team-/social-gradient>. Accessed 12 Aug 2022
8. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review). In: Institute of Health Equity. <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>. Accessed 30 May 2018

9. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, et al (2020) Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Rev Panam Salud Publica* 44:. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.110>
10. Paillé P, Mucchielli A (2012) Chapitre 11 - L'analyse thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin, Paris, pp 231–314
11. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, et al (2015) A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. *European Journal of Public Health* 25:604–609. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku231>
12. Hutt P, Gilmour S Tackling inequalities in general practice. 39
13. Fleming CM, Girma H (2021) “Positive discrimination doesn’t mean anything”: Understanding Black French Ambivalence toward Affirmative Action. *Social Problems* 68:340–357. <https://doi.org/10.1093/socpro/spaa068>
14. Davidson KW, McGinn T (2019) Screening for Social Determinants of Health: The Known and Unknown. *JAMA* 322:1037. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.10915>
15. Garg A, Boynton-Jarrett R, Dworkin PH (2016) Avoiding the Unintended Consequences of Screening for Social Determinants of Health. *JAMA* 316:813. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9282>
16. Nouri S, Khoong EC, Lyles CR, Karliner L (2020) Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the Covid-19 Pandemic. 13
17. Shin HY, Kim KY, Kang P (2020) Concept analysis of community health outreach. *BMC Health Serv Res* 20:417. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05266-7>
18. Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, et al (2019) The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *The Journal of Infectious Diseases* 220:S62–S73. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiz214>
19. Green AR, Carney DR, Pallin DJ, et al (2007) Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients. *J Gen Intern Med* 22:1231–1238. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0258-5>

20. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, et al (2015) Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. *Am J Public Health* 105:e60–e76. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302903>
21. Chelimsky G, Simpson P, Feng M, Willis E (2022) Does Unconscious Bias Affect How Pediatricians Manage Their Patients? 121:9
22. Neauport A, Rodgers RF, Simon NM, et al (2012) Effects of a psychiatric label on medical residents' attitudes. *Int J Soc Psychiatry* 58:485–487. <https://doi.org/10.1177/0020764011408652>
23. Protière C, Viens P, Rousseau F, Moatti JP (2010) Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy? *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 75:138–150. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2009.09.007>
24. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
25. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, et al (2016) Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. *Public Health* 132:3–12. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.01.001>
26. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, et al (2011) A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. *J Gen Intern Med* 26:1297–1304. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1794-6>
27. Tavakoly Sany SB, Behzad F, Ferns G, Peyman N (2020) Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* 20:60. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4901-8>
28. Schillinger D, Piette J, Grumbach K, et al (2003) Closing the Loop: Physician Communication With Diabetic Patients Who Have Low Health Literacy. *Arch Intern Med* 163:83. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.1.83>

29. Blume M, Rattay P, Hoffmann S, et al (2021) Health Inequalities in Children and Adolescents: A Scoping Review of the Mediating and Moderating Effects of Family Characteristics. *IJERPH* 18:7739. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157739>

Statements & Declarations

Acknowledgements

We greatly thank all healthcare professionals who participated in the current study.

Funding

The authors declare that no funds, grants, or other support were received during the preparation of this manuscript.

Competing interests

The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose.

Author contributions

All authors contributed to the study conception and design. Material preparation, data collection and analysis were performed by Bénédicte Driollet and Florence Francis-Oliviero. The first draft of the manuscript was written by Bénédicte Driollet and Florence Francis-Oliviero and all authors commented on previous versions of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Consent to participate

Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

6) Appropriation du principe par des acteurs de terrain en PPS

6.1 Introduction

Nous avons conduit cette enquête nationale dans le cadre de cette thèse, afin d'évaluer la connaissance, la compréhension, et les perceptions que peuvent avoir les acteurs de terrain en prévention, promotion de la santé (PPS) en France du principe d'Universalisme proportionné. En effet, le répertoire de professionnels utilisé compte des représentants d'associations, d'IREPS, de professionnels du soin entre autres professions. Il s'agit donc des professions travaillant au plus proche des individus, qu'il nous semblait légitime d'interroger afin de bénéficier du panorama le plus large possible, et de pouvoir faire émerger d'éventuelles problématiques émanant du terrain.

6.2 Article soumis au journal *Global Health Promotion*

PAGE DE TITRE

L'Universalisme proportionné en pratique en France : enquête auprès des acteurs en prévention-promotion de la santé.

Auteurs

Florence Francis-Oliviero^{1,2,3}, François Alla^{1,2,3}

¹Université de Bordeaux, Département de santé publique, Bordeaux, France

²Inserm, Centre Bordeaux population Health, Bordeaux, France

³CHU De Bordeaux, Pôle de Santé publique, Bordeaux, France

RESUME

Le principe d'universalisme proportionné (UP) a été mentionné pour la première en 2010, par Michael Marmot dans son rapport *Health Society Healthy Lives*. Il faudrait selon lui, que les actions soient universelles, mais avec une intensité proportionnelle au niveau de désavantage, c'est l'UP. Ce principe a par la suite été relayé dans de nombreux cercles, et notamment par les instances sanitaires régionales comme étant un principe à appliquer dans le champ de la prévention, promotion de la santé (PPS).

L'objectif de cette enquête était de décrire la connaissance, la compréhension, et les perceptions qu'ont les acteurs de terrain en PPS en France du principe d'universalisme proportionné.

Nous avons réalisé une enquête descriptive transversale auprès des porteurs d'action de PPS issus de 10 régions françaises. Le questionnaire d'enquête s'articulait autour des parties suivantes : connaissance du principe, définition et description d'actions menées respectant le principe.

332 personnes ont répondu à l'enquête ce qui représentait un taux de participation de 8,7%. La majorité des répondants était des femmes (n=261, 79,6%), leur âge moyen était de 52 ans (écart-type 2,90). 59 personnes parmi les répondants (17,8%) connaissaient le terme d'UP. La proposition la plus en accord avec la définition de l'UP, selon eux, était celle d'un programme comprenant différentes composantes et modalités adaptées à chaque population (98,3% des répondants déclaraient être totalement en accord ou en accord avec cette proposition).

Nous avons donc réalisé un état des lieux des pratiques concernant l'usage de l'universalisme proportionné par les acteurs de prévention, promotion de la santé en France. Si ce principe semble encore assez peu connu des acteurs de terrain, ce constat est à nuancer face au caractère récent qu'il revêt. Les évaluations de recherche interventionnelle à venir permettront d'apporter des données probantes pouvant donner des pistes en vue d'opérationnaliser le principe.

INTRODUCTION

Dans son rapport *Fair Society, Healthy Lives*, commandité par le gouvernement britannique, Michael Marmot, formalise et propose pour la première fois en 2010 le concept d'universalisme proportionné (UP) comme une solution permettant de réduire les inégalités sociales de santé (ISS) (1). Suivant le débat entre interventions universelles ou ciblées, il faudrait selon lui, que les actions soient universelles, mais avec une intensité proportionnelle au niveau de désavantage, c'est l'universalisme proportionné. Le rapport de M.Marmot et ses conclusions, ont soulevé une certaine controverse dans différents domaines de recherche (épidémiologie, sociologie, sciences politiques...), et les réactions contradictoires ou encourageantes ont été nombreuses (2–8). Certains, ont ainsi prédit une absence d'effet de ce rapport (5), ou encore un rapport trop riche en statistiques, dans lequel on se perd (7), quand d'autres estiment que les préconisations qui en sont issues sont insuffisantes et proposent des mesures plus radicales, à l'instar d'une diminution des revenus les plus importants (8).

Malgré ces réactions en apparence contradictoires, le principe a depuis, été relayé par de nombreuses instances (4). C'est ainsi qu'en France et en Europe, de nombreux institutions incitent à recourir au principe d'UP. Parmi les 13 plans régionaux de santé de France métropolitaine pour les années 2018-2022, plus de la moitié (n=8), citaient au-moins une fois l'UP comme un principe à suivre. De la même façon, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2011, proposait l'UP comme principe d'actions de politiques autour de la petite enfance (9). En Europe, des municipalités comme Coventry, se positionnent en « Marmot City », et appliquent le principe (10).

Au-delà d'un principe de conception d'une macro-politique, l'UP a été adopté par les chercheurs en santé publique comme principe de conception d'une intervention visant à lutter contre les ISS. Une revue de littérature, a décrit les premières applications expérimentales de l'UP ainsi que les enjeux liés à sa mise en pratique et à son évaluation (11). Il apparaît dès lors, intéressant d'analyser l'appropriation de ce principe au-delà du spectre théorique et expérimental des chercheurs, par les acteurs de terrain en prévention-promotion de la santé : comment le définissent-ils, le comprennent-ils et l'implémentent-ils ? En effet, dans une perspective de capitalisation d'expérience en promotion de la santé, nous avons interrogé les acteurs de terrain,

pour permettre, au-delà de la vision théorique apportée par les chercheurs dans la revue de littérature sus-citée (11), d'apporter une vision plus pragmatique (12,13).

L'objectif de cette enquête était de décrire la connaissance, la compréhension, et les perceptions qu'ont les acteurs de terrain en prévention, promotion de la santé (PPS) en France du principe d'universalisme proportionné.

METHODES

Schéma et population d'étude

Une enquête quantitative descriptive transversale a été réalisée au mois de janvier 2022. Afin de cibler les acteurs de promotion de la santé, le répertoire OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé) recensant les porteurs de projets d'actions en prévention promotion de la santé a été utilisé pour contacter les enquêtés (14). Cette initiative recense les actions de santé publique, et répertorie les acteurs issus de 10 régions françaises : Bretagne, Grand Est, Guadeloupe, Martinique, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Océan indien, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire. Les personnes en charge de ces interventions ont été contactées par mail et un lien vers l'enquête leur a été envoyé.

Recueil de données

Un auto-questionnaire en ligne (présenté en annexe), avec questions conditionnelles a été conçu avec l'outil Framiform[®], il comprenait des questions fermées et ouvertes, et s'articulait autour des parties suivantes :

- Connaissance du principe d'universalisme proportionné,
- Définition selon eux du principe et des acteurs devant le mettre en œuvre,
- Connaissance et description (public et thématique ciblés) d'actions menées respectant ce principe.

Le questionnaire d'enquête comprenait des questions fermées de type oui/non, des échelles de Lickert et des questions ouvertes. Avant d'être envoyé, ce questionnaire a d'abord été testé dans une phase pilote par des personnes exerçant au sein de l'IRESP Nouvelle-Aquitaine afin de pouvoir modifier des questions qui poseraient des problèmes de compréhension.

Analyse du questionnaire

Une analyse a été menée afin de décrire la population d'étude, et les réponses apportées au questionnaire. Les données ont été analysées, sous forme de statistiques descriptives (fréquences, moyennes et écart-type) à l'aide des logiciels R[®] et Excel[®].

RESULTATS

3839 personnes ont été contactées par e-mail, parmi ce panel, 332 personnes, soit 8,7% ont répondu.

Caractéristiques des répondants (Tableau 1)

La majorité des répondants était des femmes (n=261, 79,6%), leur âge moyen était de 52 ans (écart-type 2,90). Professionnel du soin (n=91, 28,9%), chargé de projet (n=55, 17,5%), et coordonnateur de projet (n=36, 11,4%) étaient les professions les plus représentées. Ils exerçaient en majorité au sein d'associations (n=201, 67,5%).

Tableau 1 : Caractéristiques des répondants (n=332)

	Tous les répondants (N=332)		Répondants qui connaissent l'UP (N=59)	
	n / m	% / E-T	n / m	% / E-T
Profession				
Professionnel du soin	91	28,9	11	18,6
Chargé(e) de projet/chargé(e) de mission	55	17,5	20	33,9
Coordonnateur de projet/de mission	36	11,4	11	18,6
Responsable de service Prévention Promotion de la santé	18	5,7	6	10,2
Animateur de santé/Educateur pour la santé	18	5,7	2	3,4
Directeur(rice) d'association ou de centre social	31	9,8	5	8,5
Autre (juriste, éducateur spécialisé, bénévoles...)	83	26,3	4	6,8
<i>Données manquantes</i>	17		0	
Lieu d'exercice*				
Associations	201	61,5	27	45,8
Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)	11	3,4	7	11,9
Mairie	12	3,7	4	6,8
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)	7	2,1	3	5,1
Conseil départemental	4	1,2	2	3,4
Etablissement de santé	8	2,4	4	6,8
Communauté de communes	11	3,4	6	10,2
Education nationale	8	2,4	0	0,0
Autre (juriste, éducateur spécialisé, bénévoles...)	79	24,2	19	32,2
<i>Données manquantes</i>	5		0	0,0
Genre				
Féminin	261	79,6	43	72,9
Masculin	63	19,2	16	27,1
Indéterminé	4	1,2	0	0,0
<i>Données manquantes</i>	4		0	
Age moyen				
	52	2,9	36	4,8

<i>Données manquantes</i>	11		2	
Région d'exercice				
Autre	3	0,9	0	0,0
Bretagne	36	10,9	6	10,2
Grand Est	30	9,1	3	5,1
Guadeloupe	3	0,9	1	1,7
Ile de France	14	4,2	3	5,1
La Réunion	2	0,6	1	1,7
Martinique	4	1,2	0	0,0
Normandie	35	10,6	15	25,4
Nouvelle-Aquitaine	59	17,9	7	11,9
Occitanie	29	8,8	5	8,5
PACA	49	14,8	8	13,6
Pays de la Loire	66	20,0	10	16,9
<i>Données manquantes</i>	2		0	

E-T: écart-type;

**Plusieurs réponses étaient possibles*

Connaissances, perceptions et représentations de l'Universalisme Proportionné (Tableaux 1 et 2, Figure 1)

59 personnes parmi les répondants (17,8%) connaissaient le terme d'UP. Parmi ces personnes, 43 étaient des femmes, et leur âge moyen était de 36 ans (ET=4,77) (Tableau 1). Près d'un quart de ces personnes exerçaient au sein de la région Normandie (n=15).

Lorsqu'on les interrogeait sur différentes interprétations concrètes du principe de l'UP, la proposition la plus en accord avec la définition de l'UP, selon eux, était celle d'un programme comprenant différentes composantes et modalités adaptées à chaque population (98,3% des répondants déclaraient être totalement en accord ou en accord avec cette proposition) (Figure 1). Selon les répondants toujours, les premiers acteurs de l'UP en France, sont les acteurs de prévention, promotion de la santé (91,5 % des répondants étaient d'accord avec cela) (Tableau 2). 76,2% (n=45) des répondants qui connaissaient le principe d'UP étaient d'accord avec le fait que ce principe se prêtait à cibler des déterminants proximaux de la santé, comme les habitudes de vie individuelles, et 69.5% estimaient que ce principe pouvait également contribuer à cibler des déterminants distaux de la santé, du type éducation ou prestation sociale. Une autre interprétation, enfin a été proposée : celle de considérer l'UP, comme une méthode de travail, permettant de concevoir des actions au prisme du gradient social.

Tableau 2 : Représentations des professionnels de PPS en France concernant l'UP (n=59)

	n	%
Quels sont selon vous, les acteurs de l'UP en France*		
Les autorités publiques	38	64,41
Les autorités publiques sanitaires	42	71,19
Les professionnels et établissements de santé	36	61,02
Les acteurs de prévention, promotion de la santé	54	91,53
Les usagers	27	45,76
Autre	5	8,47
Selon vous, l'universalisme proportionné est un principe qui se prête à (plusieurs réponses possibles)*		
Cibler des déterminants distaux de la santé : éducation, prestations sociales	41	69,49
Cibler des déterminants proximaux de la santé : recours au dépistage, habitudes de vie, consommation tabagique etc	45	76,27
La mise en application du principe «la santé dans toutes les politiques »	35	59,32
Autre	3	5,08
Selon vous, l'universalisme proportionné relève plutôt d'interventions au niveau (plusieurs réponses possibles)*		
Local	54	91,53
Régional	39	66,10
National	40	67,80

*Pour chacune de ces questions, plusieurs réponses étaient possibles

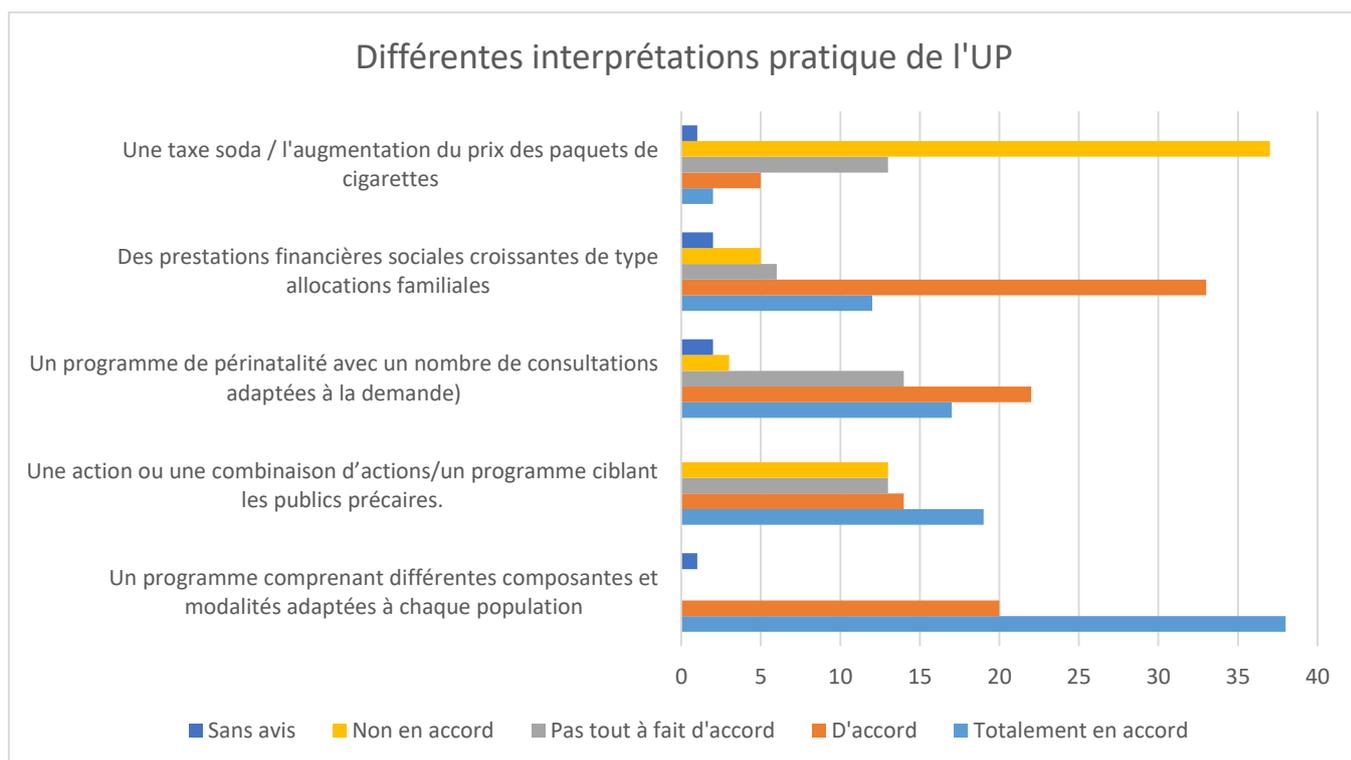


Figure 1 : Accord des répondants avec différentes propositions d'interprétations de l'universalisme proportionné (n=59)

Descriptions d'interventions (Figure 2)

Parmi les 59 personnes qui connaissaient le principe, 36 (61,0%) avaient connaissance d'une action le mettant en place au sein de leur structure (Figure 2). Au total, 45 actions respectant, selon eux, le principe de l'UP ont été recensées, celles-ci ciblaient divers publics : une majorité (n=34) de ces actions ciblait un public précaire, 26 ciblait les jeunes et 25 les enfants. Les thématiques concernées étaient, en premier lieu l'alimentation (n=33), l'activité physique (n=22), 13 concernaient la santé à l'école, la santé sexuelle et la santé environnementale (Figure 2).

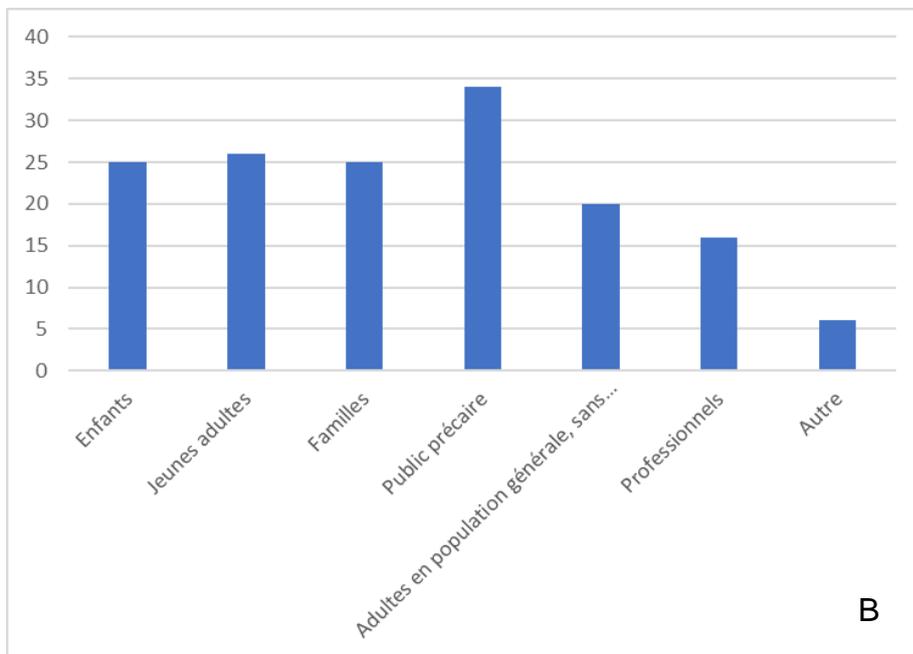
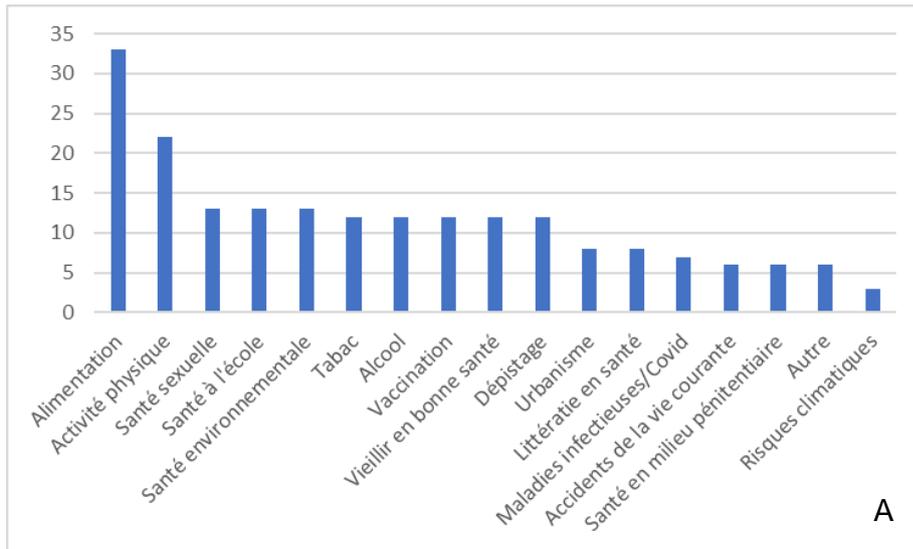


Figure 2 : Thèmes (A) et cibles populationnelles (B) des actions d'UP

DISCUSSION

Nous avons donc réalisé un état des lieux de l'usage de l'UP en France, par les professionnels de PPS, par l'intermédiaire d'une enquête quantitative, à laquelle 332 personnes ont répondu.

Il en ressort que le principe d'UP abondamment cité dans les programmes régionaux de santé, et dans certains rapports, reste finalement assez peu connu des acteurs de terrain (moins de 20% des répondants). Si les raisons de cette relative méconnaissance nous échappent plusieurs hypothèses peuvent toutefois être formulées : le principe apparaît trop théorique à des acteurs de terrain (information remontée dans les commentaires de l'enquête), plusieurs définitions sont possibles, ce qui n'en favorise pas sa compréhension, ni son application. Cette multiplicité des interprétations possibles a également été mise en évidence par Dierckx et al, dans une étude de cas de l'opérationnalisation de l'UP auprès de travailleurs sociaux exerçant dans le domaine de la petite enfance (15). Ce résultat est également à nuancer, face à la relative « nouveauté » de ce principe, qui n'a pour l'instant qu'une dizaine d'années. En effet, de nombreuses expérimentations, dans le cadre de la recherche, sont encore en cours d'évaluation (16–18), ce qui peut également expliquer que pour l'instant il ne soit pas plus connu.

Cette étude nous enseigne également que les acteurs de terrain connaissant l'UP, ont une vision finalement assez éloignée du principe tel que l'a initialement proposé M.Marmot. Selon lui, le principe devait s'appliquer préférentiellement à des politiques ciblant des déterminants distaux, tels que l'éducation, la modification des lieux de vie par exemple (19,20), or les actions citées par les enquêtés ciblaient plus volontiers les habitudes de vie telles que l'alimentation, l'activité physique et la santé sexuelle que l'éducation ou le renouvellement urbain de quartiers. Par ailleurs, lorsque l'on interprète au premier degré la définition du principe : des actions universelles, mais avec une intensité proportionnelle au niveau de désavantage, il semble sous-entendu que ce soit la même action à des dosages différents. Néanmoins, l'interprétation avec laquelle sont le plus en accord les personnes interrogées, était celle d'un programme avec différentes composantes adaptées chacune à une population. Il s'agit là d'une interprétation tout à fait envisageable du principe, qui traduit une évolution du concept, et témoigne de son appropriation par les acteurs de terrain en PPS en France, qui se

positionnent d'ailleurs dans cette enquête comme les premiers acteurs de l'UP. C'est d'ailleurs ce que propose G.Carey et al dans son cadre d'application de l'UP (19). Partant du principe que « plus de la même chose », a été démontré comme pouvant mener à une augmentation des ISS (21), elle propose donc dans son cadre, une politique universelle, appliquée via le principe de subsidiarité au plus proche des populations en besoin, par des entités locales. Ce constat d'opérationnalisation est également fait par Dierckx et al (15). La proposition de concevoir l'UP comme une méthode de travail, incitant à travailler avec la perspective du gradient social, si elle correspond à opérationnalisation « légère » du principe, demeure intéressante, car dans notre enquête, un certain nombre des actions référencées comme relevant de l'UP, ciblait pourtant les plus précaires. Cela pourrait par exemple revêtir la forme d'une analyse a priori de chaque action à mener en regard du gradient.

Il pourrait être intéressant de formuler une définition opérationnelle, afin d'harmoniser les pratiques. Bénéficier des premiers résultats des évaluations d'interventions respectant le principe, apporteront également des données probantes. Cela permettrait de favoriser le recours à ce principe. Dès lors, il faut maintenant évaluer ces interventions où qu'elles soient expérimentées (terrain ou recherche) de façon plus systématique que ce qui est fait actuellement.

Nous avons observé dans cette étude, une surreprésentation des personnels normands parmi ceux qui déclaraient connaître l'UP (25.04% VS 10.6%), avec un taux de participation régional proche du taux moyen de l'étude de 8,8% . Ce résultat est à mettre en perspective d'un travail de dénombrement des occurrences de la locution « universalisme proportionné », au sein des plans régionaux de santé, et des cadres d'orientation stratégiques des régions. Ces textes à l'initiative de chaque agence régionale de santé, définissent l'orientation stratégique des politiques de santé à l'échelle régionale pour les années à venir. Dans cette analyse, la Normandie, comptait un très grand nombre d'occurrences (n=22), par rapport à une moyenne de 3,3 citations pour les plans mentionnant le terme au-moins une fois. L'appel à manifestations d'intérêt établi par l'ARS Normandie, en réponse à la mesure 27 du Ségur de la santé « réduction des inégalités sociales à l'échelle régionale », dans lequel figure explicitement le recours à des actions universelles et proportionnées, paru en juin 2021, a également pu contribuer à faire connaître ce principe par les acteurs de terrain (22). Ce constat, nous pousse à faire l'hypothèse qu'à l'initiative

d'une volonté politique forte, ce principe a essaimé au sein des professionnels de PPS. Il faudrait toutefois confirmer ces hypothèses par des analyses qualitatives plus granulaires et approfondies.

Ce travail présente un certain nombre de limites, lié principalement à l'échantillon de notre étude. En effet, seuls 10% des personnes interrogées y ont répondu, la base de départ utilisé, ne correspondait qu'à 10 des 16 régions françaises. Cependant, la description de la population de notre étude était conforme à une autre, nous laissant confiants, dans le fait, que notre population était représentative des acteurs de terrain en PPS (23). Enfin, le très faible nombre de données manquante, nous conforte quant à la qualité des données recueillies.

Par ailleurs, le caractère quantitatif de cette enquête, s'inscrivant comme une étape préliminaire, dans une démarche de capitalisation des expériences, ne nous permet que de générer des hypothèses quant à l'usage effectif du principe d'UP (13,24). Une enquête qualitative serait ici intéressante à mener en vue de compléter notre objectif.

CONCLUSION

Nous avons donc réalisé un état des lieux des pratiques concernant l'usage de l'universalisme proportionné par les acteurs de prévention, promotion de la santé en France. Si ce principe semble encore assez peu connu des acteurs de terrain, ce constat est à nuancer face au caractère récent qu'il revêt. Les évaluations de recherche interventionnelle à venir permettront d'apporter des données probantes pouvant donner des pistes en vue d'opérationnaliser le principe.

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble des répondants à notre enquête en ligne.

REFERENCES

1. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review).pdf.
2. Whitehead M, Popay J. Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1234-6.
3. Canning D, Bowser D. Investing in health to improve the wellbeing of the disadvantaged: Reversing the argument of Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1223-6.
4. Jedan C. Proportionate Universalism and Public Health: An Analysis of WRR Policy Brief From Disparity to Potential. *NTT Journal for Theology and the Study of Religion*. 1 mars 2021;75(1):73-93.
5. Mackenbach JP. Has the English strategy to reduce health inequalities failed? *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1249-53.
6. Marmot M, Allen J, Goldblatt P. A social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1254-8.
7. Nathanson C, Hopper K. The Marmot Review – Social revolution by Stealth. *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1237-9.
8. Pickett KE, Dorling D. Against the organization of misery? The Marmot Review of health inequalities. *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1231-3.
9. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant [Internet]. vie-publique.fr. [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/32071-les-inegalites-sociales-de-sante-dans-lenfance-conditions-de-vie>
10. Marmot M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*. 24 févr 2020;368:m693.
11. Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, Marmot M, Alla F. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 15 oct 2020 [cité 24 nov 2020];44. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7556407/>

12. Gardien È. Qu'apportent les savoirs expérientiels à la recherche en sciences humaines et sociales ? *Vie sociale*. 2017;20(4):31.
13. Soudier B, Ferron C, Laurent A. Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience. 2021;(456):3.
14. OSCARS : Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé [Internet]. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.oscarsante.org/>
15. Dierckx M, Devlieghere J, Vandenbroeck M. Proportionate universalism in child and family social work. *Child & Family Social Work*. mai 2020;25(2):337-44.
16. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2017 [cité 17 sept 2019];17(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2038-1>
17. Darquy S, Moutel G, Jullian O, Barré S, Duchange N. Towards equity in organised cancer screening: the case of cervical cancer screening in France. *BMC Women's Health* [Internet]. déc 2018 [cité 17 sept 2019];18(1). Disponible sur: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0683-0>
18. Matsuyama Y, Aida J, Taura K, Kimoto K, Ando Y, Aoyama H, et al. School-Based Fluoride Mouth-Rinse Program Dissemination Associated With Decreasing Dental Caries Inequalities Between Japanese Prefectures: An Ecological Study. *Journal of Epidemiology*. 2016;26(11):563-71.
19. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. déc 2015 [cité 17 sept 2019];14(1). Disponible sur: <http://www.equityhealthj.com/content/14/1/81>
20. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review) [Internet]. Institute of Health Equity. [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

21. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews: Table 1. *J Epidemiol Community Health*. févr 2013;67(2):190-3.
22. Réduction des inégalités sociales à l'échelle régionale [Internet]. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/reduction-des-inegalites-sociales-lechelle-regionale>
23. ra_bestransfcon_0216.pdf [Internet]. [cité 10 août 2022]. Disponible sur: https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_rapports_de_la_sfsp/ra_bestransfcon_0216.pdf
24. Expériences en promotion de la santé [Internet]. PromoSanté IdF. 2021 [cité 9 août 2022]. Disponible sur: <https://www.promosante-idf.fr/agir/experiences-en-promotion-de-la-sante>

ANNEXE : QUESTIONNAIRE

Quel est votre profession ? *

- Chargé(e) de projet/chargé(e) de mission
- Professionnel du soin
- animateur de santé/Educateur pour la santé
- Coordinateur de projet/de mission
- Directeur de santé publique
- Responsable de service prévention promotion de la santé
- Méthodologiste/accompagnateur
- Chercheur
- Autre

Dans quelle structure travaillez-vous? *

- IREPS
- Associations
- Mairie
- Conseil régional
- Conseil départemental
- Ministère de la santé
- CCAS
- Agence régionale de santé
- Autre

Dans quel département exercez-vous ? *

Quel est votre âge

Avez-vous déjà entendu le terme Universalisme proportionné ? *

- Oui
 Non

Voici plusieurs exemples d'interventions, pour chacune d'elle, détaillez si vous pensez qu'elle correspond à l'idée que vous vous faites de l'Universalisme proportionné

	Totalement en accord	D'accord	Pas tout à fait d'accord	Nonen accord	Sans avis
Une taxe soda / l'augmentation du prix des paquets de cigarettes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des prestations financières sociales croissantes de type allocations familiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un programme comprenant différentes composantes et modalités adaptées à chaque population	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un programme de périnatalité avec un nombre de consultations adaptées à la demande)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une action ou une combinaison d'actions/un programme ciblant les publics précaires.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous voulons seulement savoir comment ce principe est interprété.

Quels sont selon vous les acteurs de l'universalisme proportionné en France ?

- Les autorités publiques
 Les autorités publiques sanitaires
 Les professionnels et établissements de santé
 Les acteurs de prévention, promotion de la santé
 Les usagers
 Autre

Selon vous, l'universalisme proportionné est un principe qui se prête à (plusieurs réponses possibles) :

- Cibler des déterminants distaux de la santé : éducation, prestations sociales
- Cibler des déterminants proximaux de la santé : recours au dépistage, habitudes de vie, consommation tabagique etc
- La mise en application du principe «la santé dans toutes les politiques »
- Autre

Selon vous, l'universalisme proportionné relève plutôt d'interventions au niveau (plusieurs réponses possibles):

- Local
- Régional
- National

Avez-vous connaissance d'actions réalisées dans (ou en lien avec) votre structure intégrant ce principe ?

- Oui
- Non

Quel est votre genre ?

- féminin
- masculin
- indéterminé

SOUMETTRE

7) Discussion

7.1 Synthèse des résultats concernant l'appropriation du principe

L'analyse conjointe des trois études précédentes, a permis d'évaluer l'usage de l'UP en France et, dans une certaine mesure à l'étranger, au sein de différents milieux de santé publique. Ainsi, après analyse au sein de trois populations différentes, des constats communs peuvent être faits : le principe semble, en pratique assez peu connu et/ou appliqué par des acteurs de terrain, peut-être en raison des diverses interprétations qui peuvent en être faites. A partir des interventions et des différentes interprétations possibles de l'UP recensées au cours de ce travail de thèse, un cadre opérationnel sera secondairement proposé.

7.1.1 **Une relative méconnaissance du principe**

Un des premiers constats que ce travail nous a permis de faire, et que, si le principe de l'UP est de plus en plus décrit et prôné dans les milieux politiques (PRS, rapports etc...), celui-ci reste relativement méconnu des acteurs de terrain en France, qu'ils soient professionnels de santé ou de PPS. Si certains le pratiquent sans le nommer, une grande majorité semble toutefois l'ignorer. En effet, parmi les soignants interrogés dans l'enquête qualitative aucun n'avait connaissance du principe, et parmi les professionnels de l'enquête nationale, seulement 17.9 % (n=59) des personnes interrogées connaissaient le principe. Par ailleurs, seulement 28 interventions se référant au principe ont pu être citées par les enquêtés.

S'il était attendu que les soignants connaissent peu le principe, cela nous a semblé plus étonnant pour les professionnels de PPS. D'une façon plus large, l'enquête qualitative a permis de montrer que la thématique des inégalités sociales de santé restait a priori encore assez peu connue des soignants en France. Par ailleurs, le recours systématique en cours d'entretiens au terme « précarité », renforce le constat que le gradient social de santé est un principe éloigné des représentations des soignants.

Causes et conséquences de cette méconnaissance

Cette relative méconnaissance constitue un frein du recours à l'UP. Si les raisons de cette méconnaissance nous échappent plusieurs hypothèses liées à la nature

du principe peuvent toutefois être formulées : il apparaît trop théorique et éloigné des réalités du terrain (information remontée dans les commentaires libres de l'enquête) ; son interprétation est difficile (comme en témoigne les multiples interprétations possibles du principe), ou plus simplement, il s'agit encore d'un principe assez récent. Il est à noter également que les enquêtes de cette thèse s'inscrivent dans le contexte français, dans lequel la culture de prévention et de santé publique, restent assez peu développées par rapport à la culture du soin et du curatif ⁴⁹. Il est probable que cela participe de cette méconnaissance, notamment des ISS, par les soignants.

Enfin, le contexte français, peut également expliquer certaines réticences à l'usage d'un tel principe, rappelant finalement une forme de « discrimination positive » ou plus généralement de ciblage en santé générant un clivage politique^{50,51}. En effet, ce principe s'oppose à celui d'Universalisme, né au sortir de la Révolution française, qui revendique pour chacun un accès égal à tous les organes de la République. Au sortir de la seconde Guerre Mondiale, la Sécurité sociale permettant à tous un accès égal aux soins, réaffirme ce principe. Néanmoins, un virage s'opère depuis les années 1970, et la création des zones d'éducation prioritaires par exemple. C'est ainsi que le rapport Minc en 1994 suggère de valoriser l'« équité » aux dépens de l'« égalité », ouvrant ainsi la voie à la discrimination positive. Le principe de ciblage, apparaît donc peu à peu dans les politiques publiques. Cependant, la mise en place de politiques ciblées, contrevenant au droit français, comme celle en faveur de la parité par exemple, ont fait l'objet de véritables batailles juridiques⁵¹.

Il est également possible que des personnes se réfèrent au principe sans le nommer ainsi. Cela a pu être partiellement évalué dans la revue de littérature, car les termes « *targeted universalism* », « *progressive universalism* » ont été utilisés dans l'algorithme de recherche. Mais il n'est pas exclu que d'autres termes soient employés.

Cette méconnaissance peut avoir différentes conséquences pratiques au moment de l'implémentation d'interventions de santé publique :

- Des actions ciblant les plus précaires peuvent être mises en place, isolant de fait une partie importante de la population,

- Des actions universelles peuvent être également mises en place, et comme cela a été démontré à plusieurs reprises, cela augmente in fine les inégalités sociales ⁵².

La prise en compte de ce principe nous semble donc essentielle en vue de mener des actions efficaces, réduisant le gradient social.

Leviers potentiels pour améliorer la connaissance du principe d'UP

Ce constat incite à poser la question de la réalisation d'un plaidoyer en faveur de l'usage de l'UP ⁵³. Le plaidoyer, outil de promotion de la santé a été défini par la Charte d'Ottawa comme une des trois stratégies du domaine de la promotion de la santé ^{16,54}. Simplifier les messages pourrait ainsi être le premier levier en faveur de son usage par les praticiens de promotion de la santé. Nous essaierons dans la suite de ce manuscrit, de présenter plusieurs méthodes permettant d'en simplifier son approche.

La formation des soignants à la question des inégalités sociales de santé, pourrait constituer une étape de ce plaidoyer. En effet, les soignants ont réitéré cette demande au cours des entretiens. Les professionnels de santé étant les acteurs au plus proche des patients, les sensibiliser à ces questions, pourrait permettre d'orienter leurs pratiques. En médecine, l'émergence des examens cliniques orientés et structurés (ECOS), des exercices de simulation clinique permettant l'évaluation des étudiants de deuxième cycle, pourrait constituer une opportunité de former de sensibiliser les étudiants en médecine à ces thématiques.

Le soin est en effet, un lieu de réduction des inégalités sociales, mais peut aussi être un lieu où elles sont générées, par l'intermédiaire notamment du biais inconscient ⁵⁵⁻⁵⁹. Ce biais consiste à évaluer négativement une personne sur la base de ses caractéristiques telles le genre ou l'origine ethnique et ce, de façon inconsciente. Ce type de biais s'explore le plus souvent par des tests d'association implicite, dans lesquels on demande à une personne d'associer une image, un mot ou une vignette clinique (dans le domaine de la santé) à des concepts positifs ou négatifs. A notre connaissance, ce biais n'a pas encore été beaucoup exploré en France, deux études toutefois ont permis de mettre en évidence un biais concernant la présence d'une maladie psychiatrique, évaluée auprès d'étudiants en médecine, et l'âge des patients auprès d'oncologues et de radiothérapeutes ^{60,61}. Approfondir

cette hypothèse dans une perspective d'évaluation des pratiques professionnelles apparaît donc comme une piste potentielle.

7.2 Synthèse des résultats concernant l'application du principe

7.2.1 **Différentes interprétations du principe identifiées au travers des trois études**

Il ressort de nos résultats que la définition de l'UP n'est pas consensuelle et plusieurs interprétations constituant autant de leviers d'intervention sont possibles. L'UP est un principe polymorphe : d'une politique publique redistributive telle que M.Marmot l'a initialement conçu, il peut à l'extrême, devenir un outil de soin. Sa définition n'en semble pas consensuelle. Loin d'être problématique, ces différentes interprétations témoignent d'une évolution du principe au gré de son appropriation par les différents acteurs de santé publique.

Nous proposons de synthétiser les différents leviers d'intervention possibles de l'UP au moment de sa mise en pratique, observées lors des trois analyses de cas, et considérées comme relevant du principe. Dans la suite de ce manuscrit, nous utiliserons le terme générique d'intervention pour désigner des politiques, programmes ou actions de santé publique.

Définition initiale

L'universalisme proportionné - en faisant l'hypothèse que l'intervention cible un *outcome* quantitatif, et que la catégorisation sociale est également quantitative - est représenté sur la figure ci-dessous.

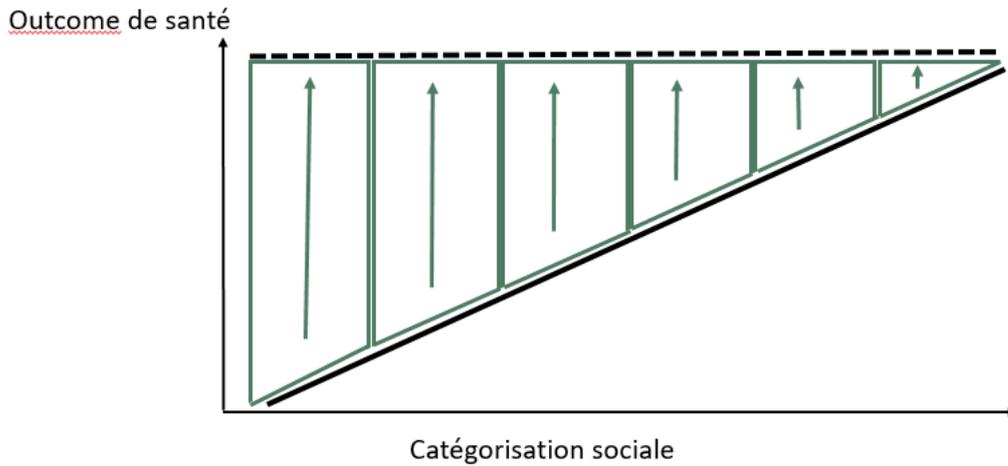
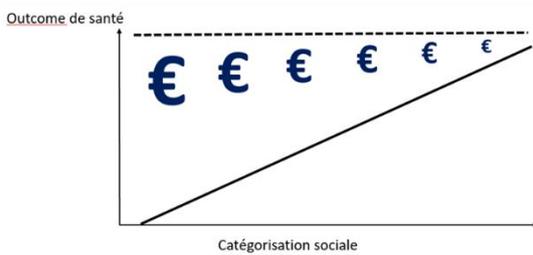


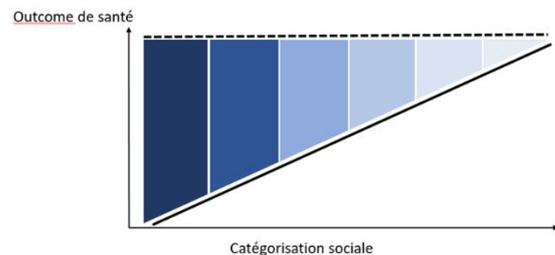
Figure 16 : Représentation graphique de l'universalisme proportionné

Il s'agit de mener des interventions permettant à chacun d'améliorer son niveau de santé, tout en gommant le gradient social de santé.

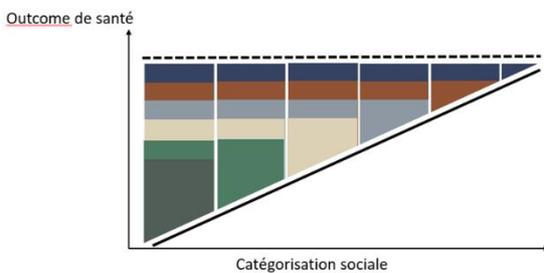
A partir de cette définition théorique, différentes interprétations correspondant à différents leviers d'intervention se fixant pour objectif de diminuer le gradient social de santé ont été mis en place. Ils sont représentés dans la figure 17.



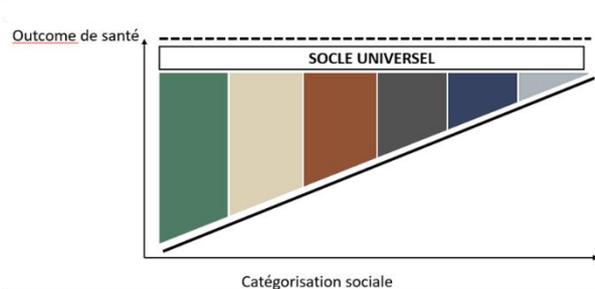
A) Allocation financière proportionnelle aux revenus



B) Intensité croissante d'une composante d'intervention unique



C) Des composantes différentes, pouvant s'additionner ou se combiner en fonction des besoins



D) Des composantes différentes, chacune adaptée à une population en besoin

Figure 17 : Différents leviers d'intervention d'UP

Une première façon de les classer est selon la façon de déterminer la proportionnalité de l'intervention, ce qui correspond à la nature des flèches de la figure 17. Chaque levier d'intervention est détaillé ci-dessous, avec un encadré mettant en valeur un ou deux exemples (le plus souvent français) identifiés au sein des trois études.

Intensité croissante d'une composante d'intervention unique (Figure 17 A et B)

a) Allocation financière inversement proportionnelle aux revenus

L'idée ici, est d'avoir une intervention unique, dont l'intensité varie de façon proportionnelle aux besoins identifiés. Il s'agit de la définition la plus proche de ce qu'a proposé initialement M.Marmot qui correspondrait à une politique d'allocation proportionnelle aux revenus : c'est le cas d'une allocation financière attribuée sur un critère de revenu par exemple (Figure 17-A).

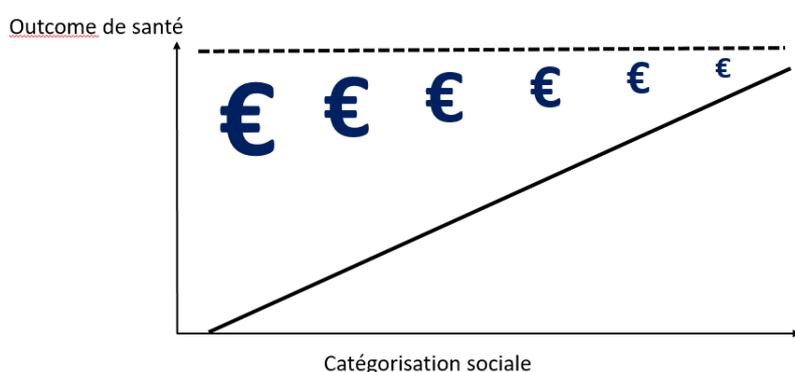


Figure 17-A : Allocation financière proportionnelle aux revenus

Exemple : allocations familiales ou quartiers prioritaires des politiques de la ville

Cette politique pourrait alors s'appliquer à l'échelle individuelle comme les allocations familiales en France, ou à l'échelle d'un quartier ou d'établissements scolaires qui pourraient être plus dotés en fonction, par exemple d'un indicateur écologique de favorisation sociale. En France, c'est par exemple le cas des zones urbaines sensibles, remplacés plus récemment par les quartiers prioritaires des politiques de la ville, qui sont des territoires infra-urbains définis comme étant socialement défavorisés et devant faire l'objet d'attentions particulières ⁶².

b) Interventions « en nature », d'intensité croissante

Au-delà des politiques publiques d'allocations financières, la revue de littérature a permis d'identifier des interventions complexes, citant le principe d'UP comme théorie constructrice. Le modèle d'intervention est alors celui d'une intervention identique pour tous, mais non financière, dont l'intensité soit proportionnelle au gradient (Figure 17-B).

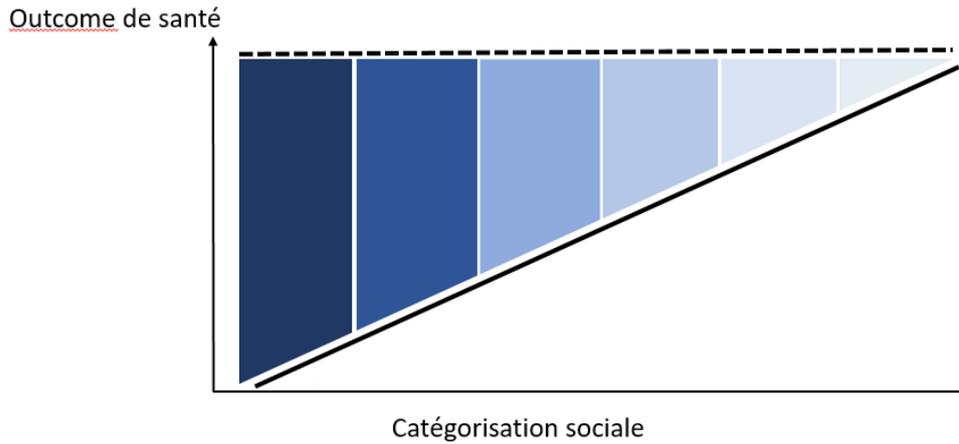


Figure 17-B : Intensité croissante d'une composante d'intervention unique

Exemple : Consultations périnatales, PMI

Ce type d'intervention correspond parfaitement au modèle des consultations autour de la périnatalité et de la parentalité dont le nombre est susceptible d'augmenter en fonction des besoins des parents. C'est le cas de l'intervention décrite par Burström et al, en Suède, proposant des visites à domicile après la naissance d'un enfant ⁶³. Ce programme de visite à domicile, cible les 1000 premiers jours de vie, connus pour être décisifs dans le développement de l'enfant. Il est universel, car il s'adresse à tous les parents et proportionné à la fois, puisque le nombre de visites dépend du besoin des parents. Une évaluation rigoureuse du programme est prévue, et les résultats devraient paraître prochainement.

En France, les services de protection maternelle et infantile (PMI), créés au sortir de la seconde guerre mondiale, se réfèrent à ce principe ⁶⁴. Ayant pour objectif de promouvoir la santé des enfants, et par sa nature universelle et pluridisciplinaire (professionnels du soin, du médico-social et du social), la PMI constitue un levier de choix dans la lutte contre les ISS. Néanmoins, suite à la loi de décentralisation, ce service est sous l'autorité des départements, ce qui à l'échelle de la France confère une grande hétérogénéité des pratiques. Et les services manquent souvent de moyens pour accueillir les familles comme ils le souhaiteraient (délais rallongés notamment, arrêt des suivis pour les enfants au-delà de 2 ans) et ne constituent un relais véritable que pour une minorité de parents, son caractère universel étant ainsi mis à mal ^{65,66}. De nombreuses expérimentations sont en cours, pour notamment développer le principe des visites à domicile, c'est le cas de l'expérimentation PANJO (Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents), actuellement en test de déploiement ^{67,68}.

Le risque identifié ici est celui de toute politique universelle, à savoir, ne pas parvenir à atteindre certaines personnes, pourtant en besoin.

Intervention composée d'un socle universel, et de différentes composantes d'intervention (Figure 17-C et 17-D)

Dans ce cas, chaque composante peut être différente (Figure 17-C) et cibler une population différente ou alors les différentes composantes d'intervention peuvent s'ajouter en fonction du niveau de désavantage social (figure 17-D). Il est possible d'imaginer des composantes s'additionnant au fur et à mesure des besoins, ou des composantes se combinant différemment au sein de chaque catégorie sociale selon la nature des besoins exprimés.

a) Un socle universel et des composantes d'intervention s'additionnant au fur et à mesure des besoins

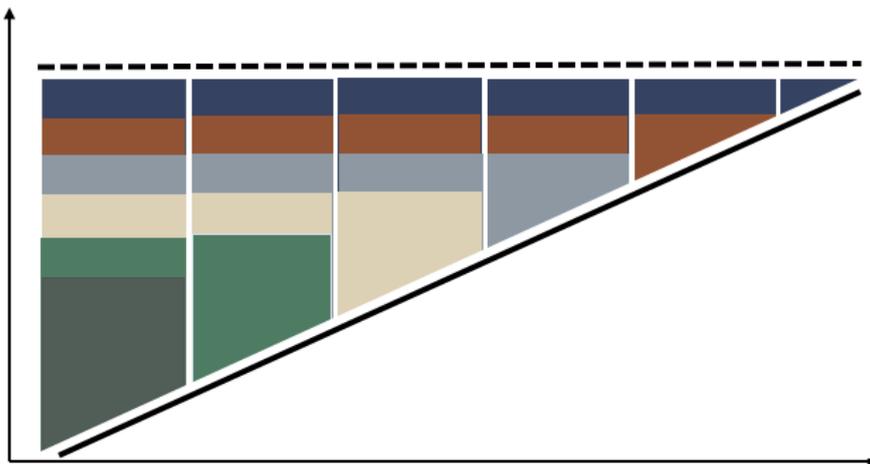


Figure 17-C : Un socle universel et des composantes différentes pouvant s'additionner en fonction des besoins

Exemple : essai PRALIMAP-INES

Cette première proposition (Figure 17-C) correspond à une étude interventionnelle détaillée dans la revue de littérature : PRALIMAP-Ines⁶⁹. Il s'agit d'un essai français dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité d'un accompagnement adapté pour les adolescents moins favorisés et vérifier s'il peut avoir un effet équivalent à un accompagnement standard pour les adolescents favorisés sur la réduction à court terme de l'excès de poids en milieu scolaire. Tous les adolescents inclus souffraient de surpoids, ils bénéficiaient tous d'une intervention standard en matière de prise en charge de l'obésité, à savoir 5 sessions d'éducation de 2 heures chacune. En revanche une prise en charge renforcée était proposée aux enfants issus des milieux les plus dévalorisés (l'attribution de cette prise en charge renforcée était alors randomisée). Différentes activités faisaient partie de cette prise en charge renforcée : entretiens motivationnels, bons d'achat pour du matériel d'activité physique, des ateliers alimentation etc... Et le choix était laissé aux participants de réaliser une ou plusieurs des activités proposées.

La figure 18 présente la participation des adolescents aux différentes activités proposées en sus.

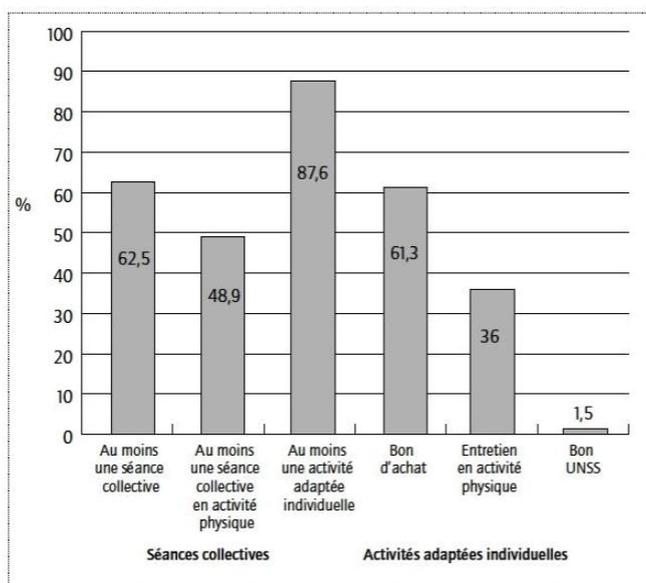


Figure 18 : Participation des adolescents aux activités PRALIMAP- Ines

(d'après Langlois et al. Participation d'adolescents en surpoids de milieu défavorisé à une intervention de promotion de l'activité physique à l'école. Santé Publique)

b) Un socle universel et des composantes d'intervention différentes pouvant se combiner différemment en fonction des besoins

La dernière interprétation (Figure 17-D) est celle avec laquelle les acteurs de prévention-promotion de la santé étaient le plus en accord au moment de l'enquête : 98.3% des répondants à l'enquête étaient d'accord ou totalement en accord avec cette proposition. Il s'agit d'un programme comprenant différentes composantes et modalités adaptées à différentes catégories de population « en besoin ».

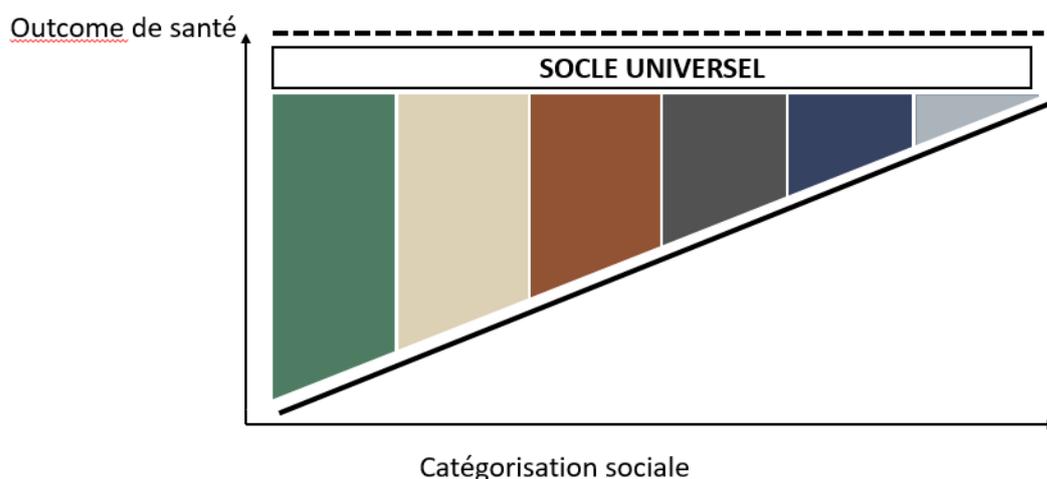


Figure 17-D : Des composantes différentes, chacune adaptée à une population en besoin

Exemple : dépistage organisé du cancer du col de l'utérus par l'INCa

Un exemple de ce type d'application pourrait être celui du dépistage généralisé du cancer du col de l'utérus, mené par l'INCa^{70,71}. Une analyse a d'abord permis d'identifier les femmes non participantes au dépistage (femmes en grande précarité, femmes homosexuelles, femmes âgées...). Ces catégories ont ensuite constitué des cibles afin d'améliorer l'incidence du recours au dépistage, au sein de ces différentes populations. Afin de limiter les problématiques de stigmatisation et augmenter les chances de succès, des associations locales sont en charge d'inciter les femmes ciblées au dépistage.

Le risque d'une telle approche, serait de ne pas cibler une population pourtant en besoin et/ou d'oublier l'aspect universel. Ce type de stratégie doit donc s'appuyer sur une bonne connaissance du terrain, et pourrait nécessiter au préalable, un diagnostic du besoin.

Modalités « non retenues »

D'autres définitions ont pu être retrouvées comme étant associées au principe dans la littérature, mais ne semblent pas consensuellement admises comme relevant du principe. C'est le cas d'un programme qui combinerait différentes actions ciblant les publics précaires. En effet, il manque à une telle proposition la dimension d'universalisme.

Enfin, le principe d'une taxe soda, ou de l'augmentation du prix des paquets de cigarettes a été rejeté comme relevant du principe. L'idée derrière cette interprétation, est que la proportion réside dans le caractère proportionné de la consommation. En effet, si la consommation de tabac ou de soda suit un gradient social, alors les plus grands consommateurs seront impactés plus par la taxe. Cependant, ce type de politique ne répond pas nécessairement aux principes de promotion de la santé, et n'est pas universel et proportionné *stricto sensu*²⁴. Par ailleurs la capacité de ce type d'approche à réduire les inégalités sociales de santé reste controversé.

Lorsqu'un médecin passe plus de temps à expliquer une maladie ou un traitement à un patient qui a des problèmes de compréhension, il pourrait s'agir à l'extrême d'une façon de concevoir l'UP à l'échelle individuelle et au moment du soin, ce qui n'est toutefois pas en accord avec une théorie de promotion de la santé.

Enfin, il a été proposé de considérer l'UP comme une méthode de travail permettant de tenir compte du gradient social de santé, au moment de construire des interventions. Cette proposition a été faite dans le cadre de l'enquête auprès des acteurs de terrain. Si elle s'éloigne de la définition du principe d'UP, elle apparaît cependant comme une opportunité intéressante. En effet, il est possible que pour un certain nombre de raisons, aucun des leviers présentés plus haut ne soit réalisable, néanmoins avoir un raisonnement autour de l'existence du gradient au moment de construire une intervention est toujours intéressant. Cela pourrait permettre par exemple, qu'une intervention qui ne soit pas universelle, mais avec un objectif de réduction des ISS, puisse par exemple, ne pas se focaliser uniquement sur les plus précaires mais agir tout au long du gradient.

Une stratégie interventionnelle complémentaire proposée : « l'aller-vers »

Quel que soit le levier de l'intervention, il est possible d'identifier « l'aller-vers » comme une stratégie complémentaire ciblant les populations les plus vulnérables. Nous entendons ici par stratégie interventionnelle, une façon de mettre en place une modalité d'intervention. Cette stratégie est complémentaire, dans la mesure où elle pourrait être utilisée avec n'importe lequel des leviers précédents. Il s'agit d'un principe de promotion de la santé, qui « consiste à aller à la rencontre de personnes qui ne formulent aucune demande ou ne s'adressent pas aux dispositifs adaptés, en allant sur leur lieu de vie ou de prise en charge de la personne (structure d'hébergement, établissement de santé ou médico-social, etc.) ». Si cette définition sous-tend une amélioration de l'accès aux soins pour des personnes n'en faisant pas nécessairement la demande, elle peut également s'appliquer à des personnes déjà insérées dans le système de soins pour en favoriser leur parcours.

C'est le cas d'une expérimentation actuellement en cours dans un centre hospitalier français, qui consiste à *screener* le niveau social de chaque patient par le score EPICES afin de déterminer son statut « précaire » ou non. Pour les patients issus des milieux les plus défavorisés, l'éducation thérapeutique se fait alors au domicile du patient. Cette proposition émanant de l'hôpital d'« aller vers » le patient, avait pour bénéfice secondaire de lui éviter les contraintes financières et organisationnelles d'un déplacement, mais aussi de lui permettre de ne pas s'extraire de son environnement familial pour celui froid, et parfois impressionnant de l'hôpital.

De la même façon, le recours à la télémédecine pendant le confinement lié à la Covid-19 a également permis de proposer une forme d'aller-vers émanant des institutions de soins, perçu positivement par les équipes soignantes. Ainsi, dans le contexte d'une maladie chronique, pouvoir pratiquer les séances d'éducation à distance est en effet une opportunité pour les patients de mieux inscrire leur prise en charge dans leur quotidien. L'exemple a ainsi été donné par une infirmière d'éducation thérapeutique : il peut être difficile pour un patient de se représenter ce que représente en termes de volume une restriction hydrique dans le cadre de la maladie rénale chronique lorsqu'on lui donne une valeur numérique à l'hôpital. En revanche, expliquer cette restriction en téléconsultation en utilisant les récipients disponibles chez le patient (par exemple, en limitant l'apport hydrique quotidien à

une carafe utilisée quotidiennement par la personne), permet de faciliter la compréhension du message.

Cependant, le recours à la télémédecine comme outil « d'aller vers » et d'éducation thérapeutique est à nuancer. En effet, pour bénéficier d'une téléconsultation, les patients doivent avoir en leur possession un matériel numérique adéquat ⁷². Cette lacune suit donc celle de la fracture numérique et peut constituer un frein au recours de tels procédés. De la même façon, même si la personne a à disposition un smartphone, cela ne veut pas dire qu'elle sait l'utiliser à des fins de téléconsultation, on parle de littératie digitale. Ainsi, il a été démontré que les populations socialement défavorisées recouraient moins aux téléconsultations ^{72,73}.

La dernière forme d'aller-vers identifiée dans les études de cette thèse comme stratégie interventionnelle repose sur une interprétation « géographique » de l'UP qui a été proposée par un professionnel au moment de l'enquête quantitative (épicerie permettant la réalisation d'ateliers culinaires implantée dans des zones défavorisées). Elle rejoint la de dépistage du cancer du sein mobile identifié dans la revue de littérature ⁷⁴. Ce type d'interprétation a pour but de limiter les inégalités territoriales de santé, mais permettrait aussi de limiter la stigmatisation qui pourrait être inhérente au ciblage. En effet, toutes ces interventions ont la particularité d'être universelles au moment où elles sont proposées.

A partir de l'ensemble de ces interprétations et mises en pratique, il est donc possible d'extraire quatre principaux leviers de mise en place d'UP :

- Allocation financière inversement proportionnelle aux revenus
- Intensité croissante d'une composante d'intervention unique
- Intervention composée d'un socle universel et de différentes composantes d'intervention s'additionnant ou se combinant
- Intervention composée d'un socle universel et de différentes composantes chacune adaptée à une population spécifique et en besoin.

Enfin, il est possible d'ajouter à chacun de ces leviers, une stratégie complémentaire : l'aller-vers.

Ces éléments constitueront la base de notre cadre opérationnel, qui sera détaillé plus loin.

7.2.2 Enseignements issus des applications en vue de l'opérationnalisation du principe

Déterminants ciblés par les interventions d'UP

A l'issue de notre travail, il est possible de conclure que cibler les déterminants distaux de la santé par des mesures structurelles (politique d'allocations proportionnelles aux ressources, installations de pistes cyclables...) semble être le plus efficace en matière de lutte contre les ISS ⁷⁵.

Néanmoins, au moment de son appropriation, les acteurs de santé publique, ne pouvant directement agir sur ces éléments (en dehors d'un plaidoyer), ont tendance à choisir des déterminants plus intermédiaires, à l'instar de l'essai PRALIMAP-Ines, qui ciblait l'activité physique et/ou les habitudes alimentaires. De la même façon, dans l'enquête quantitative, alimentation, activité physique et santé sexuelle étaient les trois thèmes qui faisaient l'objet du plus grand nombre d'interventions.

Les entretiens avec les professionnels du soin nous ont renseigné sur un déterminant majeur en vue de réduire les inégalités sociales : la littératie en santé. Tous les soignants sans exception, ont relié les inégalités qu'ils observaient à des problématiques de compréhension (barrière de langue, ou compréhension en général). La littératie en santé, telle que définie par Sorensen et al., va au-delà de la simple compréhension des patients et regroupe « les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé ; pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence » (22).

Ce concept a été démontré comme étant un médiateur de la relation entre niveau social et état de santé, et pourrait de fait, constituer une cible de choix d'une intervention d'UP ⁷⁷⁻⁷⁹. En effet, s'il n'est pas possible pour tous de concevoir une politique au niveau macro, alors construire des interventions respectant le principe d'UP et ciblant des médiateurs, eux-mêmes distribués selon le gradient social, pourrait avoir pour résultat de diminuer le gradient social de santé. C'est pourquoi

Don Nutbeam, propose de réaliser des interventions répondant au principe d'UP et ciblant la littératie ⁷⁷. Au-delà de la littératie, mieux comprendre les mécanismes menant aux inégalités sociales, permettrait d'identifier d'autres médiateurs, constituant de nouvelles cibles d'interventions de santé publique.

Toutefois, comme nous l'avons évoqué en introduction, les déterminants des inégalités sociales de santé, et leur relation de causalité sont complexes, et ont été abondamment étudiés par F.Diderichsen. La vulnérabilité différentielle, détaillée en introduction de cette thèse peut se résumer comme la différence d'effet d'un facteur entre différents groupes et a selon lui, été encore relativement peu étudiée alors qu'elle pourrait jouer un rôle dans la construction d'une intervention respectant le principe d'UP (53). L'exemple que l'auteur donne est celui de la consommation alcoolique et de la mortalité induite par celle-ci. Il a été démontré que la mortalité liée à l'alcool était plus importante chez les groupes sociaux les plus désavantagés, pourtant, ce sont les groupes sociaux les plus avantagés qui boivent plus. On explique cela par un effet différentiel de la consommation d'alcool en fonction des classes sociales, autrement nommé vulnérabilité ⁸¹⁻⁸³.

L'auteur se réfère ensuite aux travaux de VanderWeele qui a décomposé l'effet sur la santé d'une exposition comme le niveau social par exemple, en quatre effets distincts ⁸⁴ :

- l'effet direct contrôlé : le niveau socio-économique a un effet direct sur la pathologie, même chez ceux qui ne sont pas exposés au médiateur ;
- l'interaction de référence : l'effet du niveau socio-économique sur la maladie dépend de l'exposition au médiateur et vice versa ; l'effet du médiateur dépend du niveau socio-économique, c'est-à-dire qu'ils interagissent, mais le niveau socio-économique n'influence pas l'exposition au médiateur ;
- l'interaction médiée : l'effet du niveau socio-économique est dépendant de l'exposition au médiateur (et vice versa), mais ici le niveau socio-économique a une influence sur le niveau d'exposition du médiateur ;
- l'effet indirect pur : l'effet du niveau socio-économique sur la maladie est médié en totalité par l'exposition différentielle au médiateur.

L'effet total, est donc équivalent à la somme de ces quatre effets. Cette décomposition permet donc de pouvoir identifier l'effet d'un médiateur sur la relation entre inégalités sociales et niveau de santé, médiée ou non par une interaction. Ainsi, au moment de construire des interventions visant à réduire les inégalités sociales de santé, l'auteur explique qu'il est important de pouvoir estimer l'effet du niveau socio-économique si on enlève l'exposition au médiateur, qui est parfois appelée « proportion éliminée ».

Identification des besoins

Cette étape qui consiste à savoir vers qui diriger la proportion est essentielle, et correspond à la traduction effective de la locution « augmentation proportionnelle aux besoins ». G.Carey propose les solutions suivantes :

- Le « Sélectivisme » négatif, qui consiste à proportionner les interventions en fonction des moyens financiers évalués par l'intermédiaire du *means-testing* ; *Exemple : les allocations familiales en France.*
- Le « Sélectivisme » positif, qui consiste à proportionner les interventions en fonction des besoins (sans recourir au *means-testing*) ; *Exemple : l'identification par l'INCa de différents groupes n'ayant pas pour habitude de recourir au dépistage du cancer du col de l'utérus.*
- Le particularisme, consiste à laisser les individus exprimer leurs besoins en fonction de leurs valeurs, de leurs souhaits et de leurs normes sociales. *Exemple : les visites à domicile proposées par les PMI aux familles en France.* Dans ce cas précis, il est à noter, que la proportion de l'intervention est le reflet de la volonté de l'utilisateur, cette solution est préférée par un certain nombre de chercheurs, car elle favorise selon eux, la capacité d'agir. Néanmoins, elle ne permet pas de répondre directement au principe d'UP, dans la mesure où l'intensité de la demande n'est pas nécessairement proportionnelle au besoin. De nombreuses études notamment démontrent un recours aux soins moins important parmi les catégories socio-professionnelles les moins élevées ^{85,86}.

Cependant, la distinction entre ces trois définitions théoriques peut s'avérer floue en pratique. Et le levier de l'intervention et le choix du déterminant ciblé, influenceront nécessairement sur l'identification du besoin. En effet, si on cible un déterminant

structurel, de type communautaire (déploiement d'espaces verts dans un quartier, pollution de l'air...), alors l'identification du besoin sera géographique et reposera sur des indicateurs de type écologique.

En revanche, pour des déterminants plus proximaux, plusieurs situations sont possibles. On pourra choisir de suivre le gradient social et, dans ce cas l'indicateur de besoin, devient l'indicateur socio-économique utilisé pour mettre en évidence la distribution selon le gradient tel que représenté sur l'axe des abscisses de la figure 16 (revenus, niveau d'études et/ou catégorie socio-professionnelle essentiellement). Soit on cible plutôt les besoins, et dans ce cas, il faut une étude préalable qui identifie différentes catégories de besoins, comme l'a fait l'INCa en identifiant des populations n'ayant pas recours au dépistage.

Choix de la granulation

La granularité de la proportion qui est représenté par le nombre de graduations de l'axe des abscisses de la figure 16 est également un enjeu, plus le nombre de catégories sera important, plus le pouvoir discriminant sera important, mais plus l'intervention coûtera chère et sera difficile à implémenter. On peut ainsi aller d'une attribution individuelle de l'intervention, à une attribution populationnelle basée sur des quantiles d'une catégorisation sociale. Dans tous les cas, les risques de fuite ou de mauvaise identification d'une personne sont présents. Dans cette perspective, mener une étude pilote permettant d'évaluer la pertinence des choix réalisés pourrait permettre de limiter ce risque.

Réponses aux problèmes éthiques

Notre travail a également permis de mettre en avant un certain nombre de problèmes éthiques engendrés par le ciblage des interventions : la stigmatisation et la crainte d'un paternalisme. Plusieurs solutions sont envisageables pour essayer d'en minimiser l'impact.

La première est celle qui a été mise en place dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col : le recours aux associations de patients et aux patients pairs pour inciter à la pratique du dépistage ⁷⁰. En effet, ce type d'usage, reposant également sur les savoirs expérientiels des patients ou usagers est prometteur, et a été démontré efficace dans plusieurs contextes^{87,88}. En santé mentale notamment, le recours aux médiateurs, patients pairs usagers est de plus en plus utilisé ⁸⁹⁻⁹¹.

La co-construction d'interventions en lien avec les usagers apparaît également comme une solution intéressante à explorer. Cela permettrait de mieux cibler les besoins des personnes, et pourrait limiter les biais de stigmatisation, dans la mesure où l'intervention serait d'emblée acceptable car co-construite ⁹².

Les entretiens menés avec les soignants nous ont également apporté un certain éclairage, par l'intermédiaire de l'expérimentation en cours, développée par une des soignantes interrogées. Dans cette intervention, où le score EPICES est calculé de façon individuelle et permet de proposer un accompagnement à domicile des jeunes patients diabétiques définis comme précaires. Cela n'a pas été formellement évalué encore, mais l'acceptation de cette expérimentation est très bonne par les patients. L'intervention leur est présentée avant le calcul du score : on leur explique alors que ce score sert à définir la précarité, et qu'en fonction du résultat, un accompagnement personnalisé et à domicile aura lieu. A ce jour, aucun refus n'a eu lieu, et les personnes concernées semblent très enthousiastes à l'idée d'un tel programme, qui est perçu très positivement. Il s'agit là de données très préliminaires, et les raisons de cette bonne acceptation n'ont pas encore été évaluées formellement : peut-être est-ce lié au fait que l'intervention est proposée par des soignants dans un cadre hospitalier, ou à la relation de confiance établie en amont de l'intervention ? Une analyse complémentaire ici serait nécessaire pour identifier les déterminants d'une bonne acceptabilité d'une intervention ciblée. Mener une étude pilote, conformément aux recommandations du *Medical Research Council* pourrait permettre de s'assurer de ces éléments ⁹³.

Mener une évaluation rigoureuse

La revue de littérature nous a permis de voir que les interventions n'étaient que très rarement évaluées au prisme de la réduction effective des ISS, même quand elles annonçaient en objectif principal la réduction des ISS, leur critère de jugement principal était le plus souvent un critère clinique évalué dans différentes strates de la population. Ce constat offre une perspective de recherche, à explorer : trouver un indicateur permettant d'évaluer la réduction du gradient social. L'idéal serait de pouvoir disposer d'un indice synthétique permettant d'évaluer à la fois la réduction du gradient social et l'amélioration de l'état de santé de la population. A notre connaissance, développer un indicateur numérique permettant de synthétiser ces deux informations n'existe pas. Seule une analyse graphique et visuelle pourrait

permettre d'évaluer les deux de façon synchrone. En revanche, il existe en économétrie, un grand nombre d'indicateurs permettant de quantifier des inégalités de revenus, qui pourraient être appliquées dans notre contexte pour quantifier la réduction des inégalités de santé. On dénombre notamment, l'indice de Gini, l'indice d'Atkinson, qu'il pourrait être intéressant d'adapter au contexte de l'évaluation d'interventions en santé publique⁹⁴.

7.3 Proposition d'un cadre opérationnel

Nous proposons dans cette partie, à partir de la synthèse des éléments présentés ci-dessus une ébauche de cadre opérationnel qui permette de développer une intervention respectant le principe d'universalisme proportionné.

Ce cadre se propose de détailler les différents éléments auxquels réfléchir afin de mettre en place une intervention respectant le principe d'UP. Ce modèle est une proposition, qu'il pourrait être intéressant de faire valider par un panel d'experts issus de différents domaines, via une méthode de consensus (Delphi, Groupe nominal ou *Multi Criteria Decision Analysis*). Elle s'inspire des méthodes d'évaluation d'impact en santé ⁹⁵.

7.3.1 **Réaliser un diagnostic précis**

La première étape inscrite dans ce cadre est commune à toute intervention de santé publique, elle consiste en la réalisation d'un diagnostic permettant de définir avec précision la problématique à laquelle se propose de répondre l'intervention, identifiant des leviers interventionnels prometteurs ou ayant déjà fait la preuve de leur efficacité, voire d'identifier une théorie d'intervention déjà développée. Ce diagnostic doit se baser sur des données probantes, étayées par une revue de littérature scientifique et grise permettant de recueillir l'ensemble des données nécessaires à la construction ultérieure de l'intervention. Ce diagnostic pourra par exemple reprendre des données d'épidémiologie sociale ayant mis en évidence un gradient social de santé autour d'une problématique de santé (recours au dépistage, choix thérapeutiques...).

7.3.2 **Construction de l'intervention**

Cette étape reprend les différents éléments cités dans la partie précédente.

7.3.3 Mener une évaluation rigoureuse

Cette proposition émane des constats réalisés au cours de nos trois études, qui renforcent selon nous la nécessité de recourir à une évaluation rigoureuse de toute intervention d'UP en vue de rendre ce principe *evidence-based*.

Compte-tenu de la relative nouveauté de ce principe, construire une intervention d'UP soulève encore de nombreux défis méthodologiques auxquels une évaluation rigoureuse peut permettre de répondre peu à peu. Cela pourrait ainsi permettre de valider ou d'invalider le recours à certains leviers d'UP proposés, d'identifier les déterminants les plus efficaces, de connaître les leviers les plus à même de réduire le gradient social de santé.

Le recours à des études pilotes de faisabilité ou de viabilité en cours de construction des interventions pourrait permettre, conformément aux recommandations du *Medical Research Council*, de modifier l'intervention afin d'en optimiser son implémentation⁹³. Cette évaluation doit, dans la mesure du possible être multi-disciplinaire afin de répondre aux différentes problématiques soulevées (épidémiologiques, médico-économiques, éthiques, politiques, sociales et de santé publique).

Enfin, une évaluation de l'efficacité de l'intervention développée, selon des méthodes de type essai contrôlé randomisé pourrait permettre d'évaluer avec le plus haut niveau de preuve épidémiologique ce type d'intervention.

7.3.4 Représentation graphique du cadre opérationnel proposé

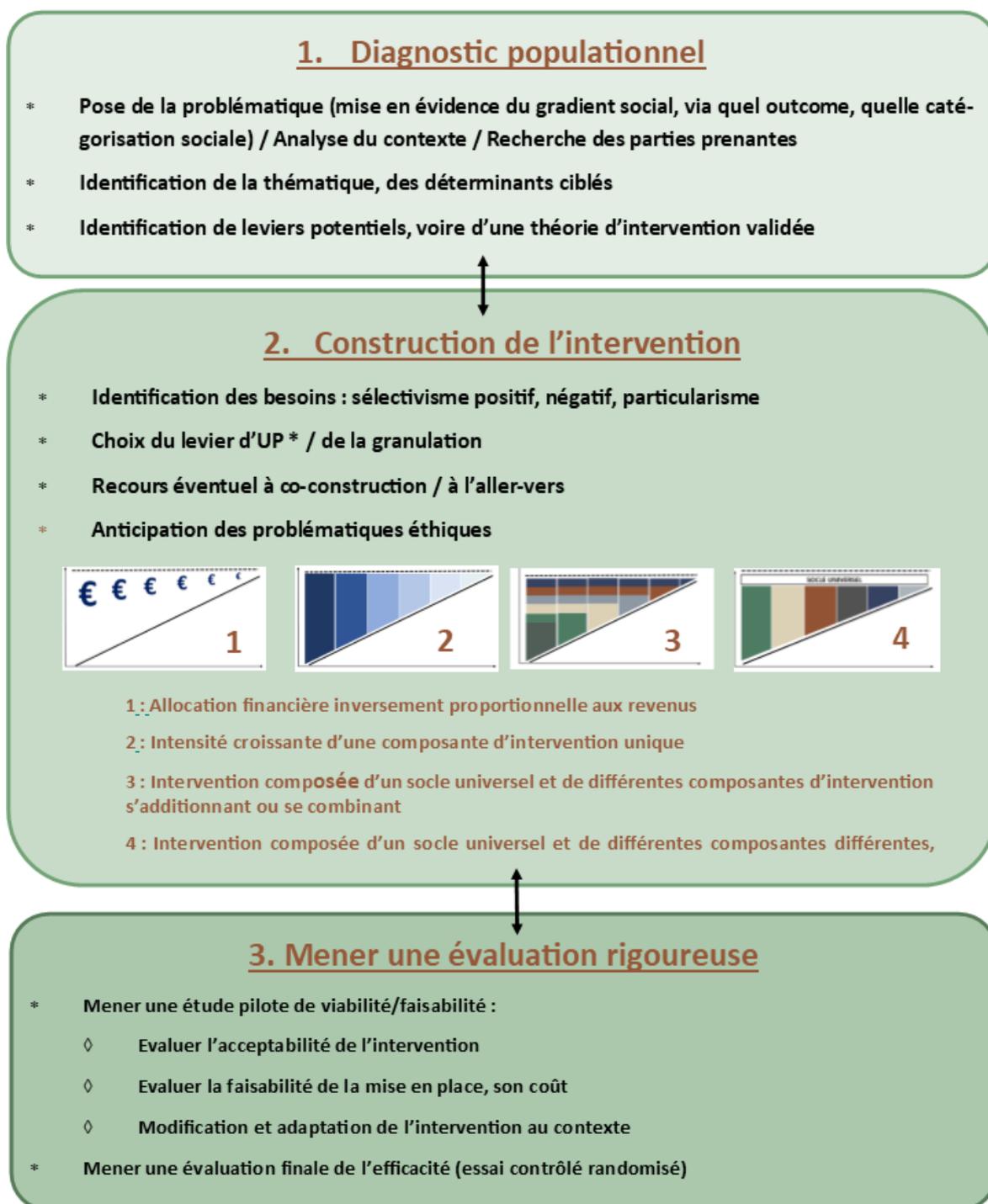


Figure 19 : Représentation graphique du cadre opérationnel d'UP proposé

7.4 Discussion méthodologique

Ce travail de thèse s'inspirant d'une méthode mixte, reposant sur trois méthodologies complémentaires, à dresser un état des lieux de l'usage de l'UP en France. Un recensement des interventions a ainsi pu être fait. Celui-ci n'est toutefois pas exhaustif, pour diverses raisons.

La première concerne la revue de littérature, qui s'est attachée à rechercher les termes « Universalisme proportionné » et quelques synonymes. Cependant, il est très probable que des chercheurs aient recours à ce principe sans le nommer ainsi. Cela n'est pas quantifiable, et constitue une limite à notre travail.

Ensuite, l'enquête qualitative réalisée auprès des soignants, faisait suite aux travaux d'épidémiologie sociale de Bénédicte Driollet. A l'issue de ses résultats, nous avons donc interrogé préférentiellement des pédiatres et soignants exerçant en service de pédiatrie pour répondre également à sa problématique et confirmer les hypothèses générées dans le cadre de son étude quantitative. Afin de bénéficier d'une vision plus complète des soignants, il pourrait être intéressant de répliquer le travail effectué auprès de soignants exerçant dans d'autres champs de la santé.

L'enquête quantitative, enfin, n'a pu être adressée qu'aux professionnels de 10 des 16 régions françaises, et le taux de réponses quoiqu'assez conforme aux autres enquêtes réalisées auprès de professionnels de santé, était faible. Cette enquête pourra être secondairement complétée par des entretiens qualitatifs auprès des acteurs de PPS. Nous avons recueilli dans le questionnaire l'accord pour être recontacté, et pourrons ainsi écrire à un certain nombre d'acteurs.

Cependant, les deux enquêtes ont permis de compléter, par les retours d'expérience des professionnels de terrain, les constats relevés par la revue de littérature. Nous espérons donc, que ce travail, par la combinaison de trois méthodes et de trois populations différentes, nous ait permis de réaliser un premier état des lieux de l'usage de l'UP. Par ailleurs, il pourrait être intéressant, dans une perspective holistique de recueillir également le point de vue des acteurs du monde politique, tant au niveau régional que national, ainsi que les points de vue des usagers du système de soins et de prévention.

Le choix d'une méthode qualitative pour réaliser l'enquête auprès des soignants, et celle d'une méthode quantitative pour les acteurs de PPS pourrait également être critiqué. Ces choix ont été guidés par nos objectifs. Concernant les soignants, s'agissant d'un public plus « naïf » de la question des ISS, il nous a semblé opportun de recueillir dans un premier temps, avant d'aborder avec eux la question, plus « technique » de l'universalisme proportionné, leurs perceptions concernant les inégalités sociales de santé. En effet, dans la mesure où le soin est un déterminant des inégalités sociales de santé, interroger en profondeur les soignants, par la technique de l'entretien semi-dirigé nous semblait être une méthode de choix. Enfin, l'entretien nous a également permis d'interagir avec eux concernant les termes et les notions abordées, et parfois de préciser avec eux les termes qui devaient l'être.

En revanche, nous souhaitons, pour les acteurs de PPS, plus au fait de ces notions, connaître leur connaissance et leur usage de l'UP. L'accès à l'outil Oscar répertoriant l'ensemble des actions et des professionnels de PPS de 10 régions en France nous a semblé une opportunité de mener une enquête quantitative nationale.

Ainsi, le cadre opérationnel construit à partir de ces trois études, n'est qu'une proposition initiale qu'il conviendra de compléter et de faire valider par un ensemble d'experts.

La nature pluri-disciplinaire de ce concept se référant aux sciences politiques, économiques, éthiques, sociales, épidémiologiques et de promotion de la santé a parfois pu être une difficulté dans l'approfondissement de certaines notions. Néanmoins, les co-auteurs de la revue de littérature et les collaborations effectuées avec d'autres doctorants épidémiologistes et/ou biostatisticiens, ont permis d'apporter des éclaircissements, et sa pluridisciplinarité constitue une richesse de ce travail. Cette nature pluri-disciplinaire nécessiterait également, un plus grand dialogue des acteurs en vue de construire des interventions les plus abouties et efficaces possibles. Par exemple, l'épidémiologie sociale et les travaux de Diderichsen présentés plus haut, pourraient être utilisés pour sélectionner les leviers les plus efficaces en matière de réduction des inégalités sociales. De la même façon, les indicateurs d'économétrie permettant de mesurer les inégalités pourraient être adaptés ici pour mesurer la réduction effective des ISS.

Par ailleurs, la relative méconnaissance du principe que nous avons mise en évidence par cet état des lieux, nous invite à nous interroger sur la diffusion des principes théoriques au sein des milieux professionnels.

7.5 Pistes de recherche et approfondissements à envisager

Ce premier état des lieux nous a donc permis d'identifier également des pistes de travail et de recherche en vue de favoriser l'usage du principe d'Universalisme Proportionné. Si le principe a été proposé sur des bases théoriques solides, il manque cependant à ce jour, des éléments de preuve formels de son efficacité, rendant le principe *evidence-based*. Des évaluations sont en cours et devraient paraître prochainement. L'idée de ces évaluations serait de permettre de démontrer à la fois une amélioration de la santé pour tous, ainsi qu'une réduction des inégalités sociales de santé, qui semble pour l'instant avoir été très peu explorées.

Par ailleurs, la méconnaissance de ce principe, pourtant essentiel à la prévention-promotion de la santé renforce la nécessité d'un dialogue entre chercheurs et acteurs de terrain afin de permettre une meilleure diffusion des principes théoriques, jugés souvent trop éloignés des terrains. Le développement de partenariats entre chercheurs et professionnels de terrain, apparaît ainsi comme une solution privilégiée, permettant par un dialogue, de mieux ancrer ce type de principe théorique à la réalité des terrains⁹⁵. La multi-disciplinarité mise en œuvre dans les prises en charge de patients dans le cadre des soins, telle que nous l'avons mise en évidence dans l'enquête qualitative, devrait ici aussi être la règle. Par exemple, en amont de la construction d'une intervention, l'apport de l'épidémiologie sociale, suivant les travaux de F.Diderichsen ou de D.Dover pourrait permettre d'identifier les déterminants à cibler les plus efficaces en matière de lutte contre les ISS. Les sciences éthiques et politiques doivent intervenir pour trouver les clefs nécessaires et diminuer les risques de stigmatisation, ou de paternalisme engendrés par de tels principes. L'évaluation et les sciences économiques, pourraient également apporter des indicateurs d'évaluation de la réduction du gradient, pour l'instant encore très peu utilisés.

Cette thèse nous a permis d'identifier différentes perspectives de recherche, qui découlent directement des conclusions de ce travail.

7.5.1 **Projet de PREPS concernant la littératie en santé en médecine générale**

La première est un projet de recherche interventionnelle soumis à l'appel d'offre du PREPS (Programme de Recherche sur la Performance du système de soins). Ce projet a été soumis une première fois en 2021, acceptée en lettre d'intention, mais rejeté au stade de protocole. Les expertises ont permis de modifier substantiellement le projet, qui a été soumis une nouvelle fois pour la campagne 2023. Ce projet a pour objectif d'évaluer une intervention visant à améliorer la littératie en santé des patients suivis pour une hypertension artérielle (HTA) en médecine générale. Une des originalités de ce projet, est qu'il se propose d'évaluer l'efficacité de l'intervention sur un critère clinique « dur » : l'atteinte de la cible thérapeutique, plutôt qu'une échelle de littératie, comme c'est habituellement le cas.

L'intervention consisterait en une mise à disposition d'outils tels que :

- Une formation des médecins (techniques de communication, présentation des outils), dont le format sera adapté à leurs contraintes,
- Mise à disposition de techniques de communication favorisant la LS: « faire dire », conseils d'écriture de l'ordonnance (taille de police, simplification...), demander au patient « quelle question avez-vous » plutôt que « avez-vous des questions ? » ...
- Environnement : vidéos explicatives sur l'HTA, images de piluliers pour favoriser l'observance, supports écrits (prospectus d'information) diffusés en salle d'attente ou pendant la consultation à destination des patients,
- Liens avec associations de patients à proposer à ceux qui le souhaitent.

L'association et la mise en pratique de ces différents outils devrait permettre aux médecins généralistes impliqués de développer une véritable littératie organisationnelle en santé⁹⁶⁻⁹⁸. Il s'agit d'un concept relativement nouveau apparu pour la première fois en 2006, qui consiste en une structuration de l'offre de soins tenant compte de la LS des usagers, leur permettant de comprendre, utiliser l'information à disposition et de « naviguer » plus facilement au sein du système de santé.

Afin de renforcer son acceptation et son implémentation, il est prévu que cette intervention soit co-construite avec des médecins généralistes et des patients. Son

aspect universel et proportionné sera réfléchi et également co-construit en lien avec des usagers et des médecins.

Dans le cadre de ce projet, Noémie Boureau, un médecin généraliste a réalisé dans le cadre de sa thèse de médecine : « Améliorer le partage d'informations pour favoriser la littératie en santé - Une étude qualitative auprès de médecins généralistes et de pharmaciens au sujet de leur patientèle suivie pour hypertension artérielle. » Il s'agit d'une étude qualitative permettant d'évaluer les représentations et perceptions qu'avaient des médecins généralistes et des pharmaciens du concept de littératie en santé et d'outils de communications en santé. Cette étude qualitative est une étude pilote qui a permis d'apporter des premiers éléments pour la construction de l'intervention.

7.5.2 Complétion et validation du cadre opérationnel proposé

La seconde consistera à faire valider et compléter le cadre opérationnel proposé dans la discussion de cette thèse par des experts, idéalement internationaux, via une méthode de consensus. La méthode Delphi, pourra permettre dans un premier temps de recueillir les éléments les plus importants en vue de la construction d'une intervention d'UP, puis un groupe nominal pourrait permettre, de valider secondairement le cadre opérationnel, lors d'une réunion présentielle ⁹⁹.

8) Conclusion

Ce travail de thèse nous a permis de réaliser un premier état des lieux, dix ans après son avènement du principe d'universalisme proportionné, proposé pour la première fois par Sir Michael Marmot.

Si ce principe était semble-t-il proposé initialement en vue de mener des politiques ciblant des déterminants distaux de la santé, tels que l'éducation, ou l'environnement de vie, nous pouvons conclure à l'issue de nos trois études, que des professionnels issus de différentes disciplines l'ont utilisé pour des interventions ciblant des déterminants plus proximaux tels que les comportements alimentaires l'activité physique etc... Cette mise en pratique témoigne d'une appropriation du principe, qui quoique très théorique pour certains, semble séduisant pour d'autres, car il permet de rompre avec la mise en place d'interventions universelles générant *in fine* des inégalités sociales. La mise en pratique de ce principe reste encore trop peu fréquente et pose encore de nombreux défis méthodologiques et pratiques (identification des leviers les plus efficaces, évaluation de la réduction du gradient social de santé...), qu'il faudra relever par des recherches futures. Enfin, la relative méconnaissance de l'Universalisme proportionné, et du gradient social de santé de façon plus générale, doit inciter à la mise en œuvre d'un véritable plaidoyer en faveur de leur prise en compte.

BIBLIOGRAPHIE

1. Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review) [Internet]. Institute of Health Equity. [cité 30 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
2. Andrea AC. Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Biomed.* 2018;89(3):352-4.
3. Chapitre 1 Les concepts de la santé et de la maladie | AFMC Primer on Population Health [Internet]. [cité 25 avr 2022]. Disponible sur: <https://phprimer.afmc.ca/fr/partie-i/chapitre-1/>
4. Badash I, Kleinman NP, Barr S, Jang J, Rahman S, Wu BW. Redefining Health: The Evolution of Health Ideas from Antiquity to the Era of Value-Based Care. *Cureus.* 9(2):e1018.
5. Social determinants of health: Key concepts [Internet]. [cité 28 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts>
6. Bertillon J. De la morbidité et de la mortalité par profession. :33.
7. Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent. :3.
8. Castaing E (DREES/DIRECTION). L'état de santé de la population en France. 2022;66.
9. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2010;76.
10. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health.* 1 oct 2021;199:20-4.
11. Emond A, Gosselin JC, Dunnigan L, Québec (Province), Ministère de la Santé et des services sociaux. Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: résultat d'une réflexion commune [Internet]. Québec: Santé et services sociaux Québec, Direction des communications; 2010 [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/1987647>
12. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen AMN, Bach E, Baadsgaard M, et al. Health Inequality - determinants and policies. *Scand J Public Health.* 1 nov 2012;40(8_suppl):12-105.
13. Dover DC, Belon AP. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *Int J Equity Health.* déc 2019;18(1):36.

14. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health ; final report. Geneva: WHO; 2008. 246 p.
15. Leppo K, Development URI for S, Terveysministerio FS ja. Health in all policies : [Internet]. Ministry of Social Affairs and Health, Finland,; 2013 [cité 6 juill 2022]. Disponible sur: <https://digitallibrary.un.org/record/749644>
16. PROMOTION DE LA SANTE - Charte d'OTTAWA. :6.
17. Drulhe M. 2. Fin de siècle et inégalités sociales de santé en France : l'amorce d'un débat ? : In: Les inégalités sociales de santé [Internet]. La Découverte; 2000 [cité 14 avr 2022]. p. 41-51. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-inegalites-sociales-de-sante-2000--9782707132475-page-41.htm?ref=doi>
18. Fassin D. Les lois de l'inégalité. *Mouvements*. 2004;32(2):83-6.
19. Colombo F, Morgan D. Évolution des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. *Revue française des affaires sociales*. 2006;(2-3):19-42.
20. Sociologie politique de la santé [Internet]. [cité 15 avr 2022]. Disponible sur: https://www.puf.com/content/Sociologie_politique_de_la_sant%C3%A9
21. Baum F, Fisher M. Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*. 2014;36(2):213-25.
22. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. *J Epidemiol Community Health*. 1 févr 2013;67(2):190-3.
23. Thomas S, Fayter D, Misso K, Ogilvie D, Petticrew M, Sowden A, et al. Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco Control*. 1 août 2008;17(4):230-7.
24. Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *International Journal of Epidemiology*. 1 févr 2019;48(1):268-74.
25. Cornia GA, Stewart F. Two errors of targeting. *Journal of International Development*. 1993;5(5):459-96.
26. Devereux S. Is targeting ethical? *Global Social Policy: An Interdisciplinary Journal of Public Policy and Social Development*. août 2016;16(2):166-81.
27. The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries on JSTOR [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.jstor.org/stable/2657333>

28. Marmot M, Allen J, Goldblatt P. A social movement, based on evidence, to reduce inequalities in health. *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1254-8.
29. Canning D, Bowser D. Investing in health to improve the wellbeing of the disadvantaged: Reversing the argument of Fair Society, Healthy Lives (The Marmot Review). *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1223-6.
30. Whitehead M, Popay J. Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1234-6.
31. Pickett KE, Dorling D. Against the organization of misery? The Marmot Review of health inequalities. *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1231-3.
32. Chandra A, Vogl TS. Rising up with shoe leather? A comment on Fair Society, Healthy Lives (the Marmot Review). *Soc Sci Med*. oct 2010;71(7):1227-30.
33. Lynch JW, Law C, Brinkman S, Chittleborough C, Sawyer M. Inequalities in child healthy development: Some challenges for effective implementation. *Social Science & Medicine*. oct 2010;71(7):1244-8.
34. Jedan C. Proportionate Universalism and Public Health: An Analysis of WRR Policy Brief From Disparity to Potential. *NTT Journal for Theology and the Study of Religion*. 1 mars 2021;75(1):73-93.
35. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - Santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant [Internet]. *vie-publique.fr*. [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/32071-les-inegalites-sociales-de-sante-dans-lenfance-conditions-de-vie>
36. Avis sur les inégalités sociales de santé. 2022;44.
37. Marmot M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*. 24 févr 2020;m693.
38. calendrier_mise_en_page.pdf [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: https://ireps-bfc.org/sites/ireps-bfc.org/files/files-upload/calendrier_mise_en_page.pdf
39. Guide_ciblage_01.02.22.pdf.
40. Creswell JW, Clark VLP. *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. \$ {number}nd édition. Los Angeles: SAGE Publications Inc; 2010. 488 p.
41. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*. févr 2005;8(1):19-32.

42. Munn Z, Peters MDJ, Stern C, Tufanaru C, McArthur A, Aromataris E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology* [Internet]. déc 2018 [cité 3 mars 2020];18(1). Disponible sur: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-018-0611-x>
43. Des histoires, des savoirs et des hommes | ECLM [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.eclm.fr/livre/des-histoires-des-savoirs-et-des-hommes/>
44. Soudier B, Ferron C, Laurent A. Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience. 2021;(456):3.
45. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In: *Les recherches qualitatives en santé* [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 9 août 2022]. p. 167-85. (Collection U). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-167.htm>
46. Pluye P. L'intégration en méthodes mixtes. 3 juin 2019 [cité 11 août 2022]; Disponible sur: <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evalsantemondiale/chapter/integration/>
47. Driollet B. Inégalités sociales de santé dans la maladie rénale chronique chez les jeunes. :204.
48. Labbe E, Blanquet M, Gerbaud L, Poirier G, Sass C, Vendittelli F, et al. A new reliable index to measure individual deprivation: the EPICES score. *European Journal of Public Health*. 1 août 2015;25(4):604-9.
49. rapport_chauvin.pdf [Internet]. [cité 18 oct 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chauvin.pdf
50. Avenel C. Politiques de jeunesse : universalité, ciblage ou « discrimination positive »?: *Agora débats/jeunesses*. 1 juin 2007;N° 43(1):56-66.
51. Boëton M. Discrimination positive en France. *Études*. 2003;398(2):175-84.
52. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the Known in Public Health Practice: The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *Am J Public Health*. févr 2008;98(2):216-21.
53. Tétreault - Conception graphique et réalisation.pdf [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://refips.org/wp-content/uploads/2021/05/Plaidoyer-pour-la-sant%C3%A9-Un-guide-pratique.pdf>
54. Tétreault N. Conception graphique et réalisation. :64.

55. Marcelin JR, Siraj DS, Victor R, Kotadia S, Maldonado YA. The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *The Journal of Infectious Diseases*. 20 août 2019;220(Supplement_2):S62-73.
56. Green AR, Carney DR, Pallin DJ, Ngo LH, Raymond KL, Iezzoni LI, et al. Implicit Bias among Physicians and its Prediction of Thrombolysis Decisions for Black and White Patients. *J Gen Intern Med*. sept 2007;22(9):1231-8.
57. Chelimsky G, Simpson P, Feng M, Willis E. Does Unconscious Bias Affect How Pediatricians Manage Their Patients? 2022;121(1):9.
58. Dehon E, Weiss N, Jones J, Faulconer W, Hinton E, Sterling S. A Systematic Review of the Impact of Physician Implicit Racial Bias on Clinical Decision Making. *Academic Emergency Medicine*. 2017;24(8):895-904.
59. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. déc 2017;18(1):19.
60. Neauport A, Rodgers RF, Simon NM, Birmes PJ, Schmitt L, Bui E. Effects of a psychiatric label on medical residents' attitudes. *Int J Soc Psychiatry*. 1 sept 2012;58(5):485-7.
61. Protière C, Viens P, Rousseau F, Moatti JP. Prescribers' attitudes toward elderly breast cancer patients. Discrimination or empathy? *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. août 2010;75(2):138-50.
62. Couvert N. Pourquoi les habitants des Zus présentent un moins bon état de santé que les autres citoyens. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*. 2014;59(1):9-10.
63. Burström B, Marttila A, Kulane A, Lindberg L, Burström K. Practising proportionate universalism – a study protocol of an extended postnatal home visiting programme in a disadvantaged area in Stockholm, Sweden. *BMC Health Services Research* [Internet]. déc 2017 [cité 17 sept 2019];17(1). Disponible sur: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2038-1>
64. 2018-102r-pmi.pdf.
65. Bourdillon F. La pmi dans la stratégie nationale de santé. Créer des liens avec Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique. In: *La prévention toujours en re-création* [Internet]. Toulouse: Érès; 2016 [cité 8 août 2022]. p. 225-30. (1001 et +). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-prevention-toujours-en-re-creation--9782749252346-p-225.htm>
66. Chaudieu E. Protection maternelle et infantile et stratégie nationale de santé : penser l'enjeu des continuités et des complémentarités. In: *Conjuguer la santé de l'enfant et de la famille au singulier et au pluriel* [Internet]. Toulouse: Érès; 2015 [cité 8 août 2022]. p. 159-68. (1001 et +). Disponible sur: <https://www.cairn.info/conjuguer-la-sante-de-l-enfant-et-de-la-famille-au--9782749248875-p-159.htm>

67. L'étude PANJO [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/la-sante-a-tout-age/la-sante-a-tout-age/les-1000-premiers-jours/l-etude-panjo>
68. Saïas T, Clavel C, Dugravier R, Bonnard A, Bodard J. Les interventions à domicile en Protection maternelle et infantile. Résultats d'une étude nationale. *Santé Publique*. 2018;30(4):477-87.
69. Legrand K, Lecomte E, Langlois J, Muller L, Saez L, Quinet MH, et al. Reducing social inequalities in access to overweight and obesity care management for adolescents: The PRALIMAP-INÉS trial protocol and inclusion data analysis. *Contemporary Clinical Trials Communications*. sept 2017;7:141-57.
70. Darquy S, Moutel G, Jullian O, Barré S, Duchange N. Towards equity in organised cancer screening: the case of cervical cancer screening in France. *BMC Women's Health* [Internet]. déc 2018 [cité 17 sept 2019];18(1). Disponible sur: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0683-0>
71. Rapport-final-Etude-medico-eco-DO-CCU-Phase 1.pdf.
72. The digital divide: How COVID-19's telemedicine expansion could exacerbate disparities | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S019096222032212X?token=CE3A25390DF39FE9B1953E87A72FA2C86D52256E241B7CE060DCDE31D9A1EEB8BEBBD57E5C69033EF6366C69227CF700&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220919133709>
73. Nouri S, Khoong EC, Lyles CR, Karliner L. Addressing Equity in Telemedicine for Chronic Disease Management During the Covid-19 Pandemic. 2020;13.
74. Guillaume E, Launay L, Dejardin O, Bouvier V, Guittet L, Déan P, et al. Could mobile mammography reduce social and geographic inequalities in breast cancer screening participation? *Preventive Medicine*. juill 2017;100:84-8.
75. fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf [Internet]. [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf>
76. 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*. déc 2012;12(1):80.
77. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*. 2021;42(1):159-73.

78. Stormacq C, Van den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promotion International*. 1 oct 2019;34(5):e1-17.
79. Lastrucci V, Lorini C, Caini S, Bonaccorsi G. Health literacy as a mediator of the relationship between socioeconomic status and health: A cross-sectional study in a population-based sample in Florence. *PLoS One*. 23 déc 2019;14(12):e0227007.
80. Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *International Journal of Epidemiology*. 1 févr 2019;48(1):268-74.
81. Adger WN. Vulnerability. *Global Environmental Change*. août 2006;16(3):268-81.
82. Birkmann J, Cardona OD, Carreño ML, Barbat AH, Pelling M, Schneiderbauer S, et al. Framing vulnerability, risk and societal responses: the MOVE framework. *Nat Hazards*. juin 2013;67(2):193-211.
83. Turner BL, Kasperson RE, Matson PA, McCarthy JJ, Corell RW, Christensen L, et al. A framework for vulnerability analysis in sustainability science. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 8 juill 2003;100(14):8074-9.
84. VanderWeele TJ. A unification of mediation and interaction: a four-way decomposition. *Epidemiology*. sept 2014;25(5):749-61.
85. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health* [Internet]. déc 2015 [cité 17 sept 2019];14(1). Disponible sur: <http://www.equityhealthj.com/content/14/1/81>
86. Adler NE, Glymour MM, Fielding J. Addressing Social Determinants of Health and Health Inequalities. *JAMA*. 25 oct 2016;316(16):1641.
87. Yurt S, Saglam Aksut R, Kadioglu H. The effect of peer education on health beliefs about breast cancer screening. *International Nursing Review*. 2019;66(4):498-505.
88. Kåks P, Målqvist M. Peer support for disadvantaged parents: a narrative review of strategies used in home visiting health interventions in high-income countries. *BMC Health Services Research*. 23 juill 2020;20(1):682.
89. Bolster-Foucault C, Ho Mi Fane B, Blair A. Déterminants structurels de la stigmatisation touchant les conditions sanitaires et sociales : revue rapide et cadre conceptuel visant à guider la recherche et les interventions. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. mars 2021;41(3):93-128.

90. Giordana JY, Dubois F. Chapitre 9 - Médiateurs de santé - pairs et déstigmatisation. In: L'expérimentation des médiateurs de santé – pairs [Internet]. Doin; 2016 [cité 12 août 2022]. p. 109-23. (Polémiques). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-experimentation-des-mEDIATEURS-DE-SANTE-PAIRS--9782704014729-p-109.htm>
91. Demailly L. Les pratiques des médiateurs de santé-pairs en santé mentale: Rhizome. 16 mars 2020;N° 75-76(1):37-46.
92. on behalf of the GrandStand, Safe Step and Teenage Girls on the Move Research Groups, Leask CF, Sandlund M, Skelton DA, Altenburg TM, Cardon G, et al. Framework, principles and recommendations for utilising participatory methodologies in the co-creation and evaluation of public health interventions. *Res Involv Engagem.* déc 2019;5(1):2.
93. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *BMJ.* 30 sept 2021;374:n2061.
94. De Maio FG. Income inequality measures. *Journal of Epidemiology & Community Health.* 1 oct 2007;61(10):849-52.
95. Valentini H, Saint-Pierre L. L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques. *Santé Publique.* 2012;24(6):479-82.
96. Petitpierre G, Scelles R, Bungener M, Detraux JJ, Tremblay M. Mener une recherche en partenariat avec les acteurs sociaux, économiques et politiques. *Réflexions pour une collaboration fructueuse et respectueuse de la recherche. Contraste.* 2016;43(1):245-65.
97. Baumeister A, Chakraverty D, Aldin A, Seven ÜS, Skoetz N, Kalbe E, et al. "The system has to be health literate, too" - perspectives among healthcare professionals on health literacy in transcultural treatment settings. *BMC Health Serv Res.* déc 2021;21(1):716.
98. Agency for Healthcare Research and Quality, Brach C, Keller D, University of California, San Francisco School of Medicine, Hernandez L, Institute of Medicine, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *NAM Perspectives* [Internet]. 19 juin 2012 [cité 1 juill 2021];02(6). Disponible sur: <https://nam.edu/perspectives-2012-ten-attributes-of-health-literate-health-care-organizations/>
99. Farmanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational Health Literacy: Review of Theories, Frameworks, Guides, and Implementation Issues. *INQUIRY.* 1 janv 2018;55:0046958018757848.
100. How to use the nominal group and Delphi techniques | SpringerLink [Internet]. [cité 22 oct 2022]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-016-0257-x>

101. RCNV [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.registres-cnv.fr/accueil>

Annexe 1 : Projets réalisés en lien avec la thèse

En lien avec l'équipe des registres cardio-neuro-vasculaires créé en 2010 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, deux études ont été menées afin d'évaluer l'impact du confinement sur la qualité des prises en charge et l'éventuelle génération d'inégalités de prise en charge : AVICOVID et AVICOVID-ISS¹⁰⁰.

AVICOVID

Cette étude a été publiée dans le BMJ Open.

Lesaine E, Francis-Oliviero F, Domecq S AVICOVID group, et al Effects of healthcare system transformations spurred by the COVID-19 pandemic on management of stroke and STEMI: a registry-based cohort study in France. *BMJ Open* 2022;12:e061025. doi: 10.1136/bmjopen-2022-061025

Abstract

Objective: To assess the impact of changes in use of care and implementation of hospital reorganisations spurred by the COVID-19 pandemic (first wave) on the acute management times of patients who had a stroke and ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI).

Design: Two cohorts of patients who had an STEMI and stroke in the Aquitaine Cardio-Neuro-Vascular (CNV) registry.

Setting: 6 emergency medical services, 30 emergency units (EUs), 14 hospitalisation units and 11 cathlabs in the Aquitaine region.

Participants: This study involved 9218 patients (6436 patients who had a stroke and 2782 patients who had an STEMI) in the CNV Registry from January 2019 to August 2020.

Method: Hospital reorganisations, retrieved in a scoping review, were collected from heads of hospital departments. Other data were from the CNV Registry. Associations between reorganisations, use of care and care management times were analysed using multivariate linear regression mixed models. Interaction terms

between use-of-care variables and period (pre-wave, per-wave and post-wave) were introduced.

Main outcome measures: STEMI cohort, first medical contact-to-procedure time; stroke cohort, EU admission-to-imaging time.

Results: Per-wave period management times deteriorated for stroke but were maintained for STEMI. Per-wave changes in use of care did not affect STEMI management. No association was found between reorganisations and stroke management times. In the STEMI cohort, the implementation of systematic testing at admission was associated with a 41% increase in care management time (exp=1.409, 95% CI 1.075 to 1.848, p=0.013). Implementation of plan blanc, which concentrated resources in emergency activities, was associated with a 19% decrease in management time (exp=0.801, 95% CI 0.639 to 1.023, p=0.077).

Conclusions: The pandemic did not markedly alter the functioning of the emergency network. Although stroke patient management deteriorated, the resilience of the STEMI pathway was linked to its stronger structuring. Transversal reorganisations, aiming at concentrating resources on emergency care, contributed to maintenance of the quality of care.

AVICOVID-ISS

Cette étude est actuellement en cours de publication. Son objectif principal est d'évaluer dans quelle mesure le confinement a contribué à générer ou réduire des inégalités sociales de santé concernant la qualité des prises en charge pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux ou d'infarctus du myocarde.

Annexe 2 : Activités d'enseignement et d'encadrement pédagogique en lien avec la thèse

UNIVERSITE	NATURE DES FORMATIONS
UNIVERSITE DE BORDEAUX UFR SCIENCES MEDICALES	<ul style="list-style-type: none"> - TD DE BIOSTATISTIQUE (LASS/PAS) - UE SANTE SOCIETE HUMANITE : COURS DE SANTE PUBLIQUE GENERALE EN DFASM - TD DE SERVICE SANITAIRE - LCA (DFGSM, DFASM) : COURS THEORIQUES ET SEMINAIRE DE CAS
UNIVERSITE DE BORDEAUX ISPED	<p>COORDINATION D'UE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - BASES MEDICALES EN SANTE PUBLIQUE (M1 DE SANTE PUBLIQUE) - EVALUATION EN SANTE (M1 DE SANTE PUBLIQUE PRESENTIEL ET DISTANCE) - EVALUATION EN DEVELOPPEMENT SOCIAL ET EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (M2 PROMOTION DE LA SANTE) - MODULE EVALUATION (DU D'EPIDEMIOLOGIE) <p>INTERVENTIONS</p> <ul style="list-style-type: none"> - EVALUATION NORMATIVE ET EVALUATION D'INTERVENTIONS COMPLEXES (MASTER1, MASTER 2 PROMOTION DE LA SANTE, SANTE TRAVAIL ENVIRONNEMENT, EPIDEMIOLOGIE) - UER DE MODELISATION :COURS SUR LES ETUDES DE SURVIE - DU D'EPIDEMIOLOGIE : MODULE D'EVALUATION
UNIVERSITE DE PARIS	<ul style="list-style-type: none"> - INTERVENTION DANS LE CADRE DU MASTER 2 D'ETHIQUE EN SANTE SUR L'UNIVERSALISME PROPORTIONNE

- Co-encadrement de la thèse en médecine générale de Noémie Boureau avec le Dr Julie Héraud : « Améliorer le partage d'informations pour favoriser la littératie en santé : Une étude qualitative auprès de médecins généralistes et de pharmaciens au sujet de leur patientèle suivie pour hypertension artérielle. »
- Co-encadrement du Master 1 de santé publique de Caroline Sauvent avec Raphaëlle Teysseire : « Comment identifier et prendre en compte les inégalités sociales de santé dans les consultations environnementales proposées par ARTEMIS au CHU de Bordeaux ? Proposition d'actions à partir d'une étude bibliographique. »

Universalisme Proportionné : évolution, appropriation et mise en place du principe, vers une réduction des inégalités sociales de sante

Résumé

Les inégalités sociales de santé (ISS), sont une problématique ubiquitaire, dont certains chercheurs en santé publique, mais également d'autres disciplines se saisissent. Dans son rapport *Fair Society, Healthy Lives*, commandité par le gouvernement britannique, Michael Marmot, formalise et propose pour la première fois le concept d'universalisme proportionné (UP) comme une solution permettant de réduire ces ISS. Il faudrait selon lui, que les actions soient universelles, mais avec une intensité proportionnelle au niveau de désavantage, c'est l'universalisme proportionné. Le rapport de M.Marmot et ses conclusions, ont soulevé une certaine controverse dans différents domaines de recherche (épidémiologie, sociologie, sciences politiques...), et les réactions contradictoires ou encourageantes ont été nombreuses. Toutefois, si suite à la formalisation du concept, quelques autorités locales britanniques ont tenté d'appliquer ce principe dans leurs politiques, peu de chercheurs ont analysé les tenants et aboutissants d'interventions répondant à ce principe. Ce concept a été interprété de différentes façons par certains acteurs de santé publique, et plusieurs définitions en pratique sont possibles. L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer l'évolution, l'appropriation et la mise en pratique effective du principe par différents acteurs de santé publique : chercheurs issus de différentes disciplines, acteurs du soin, et acteurs de terrain en prévention promotion de la santé. La finalité de ce travail est de pouvoir à partir de l'analyse des cas pratiques et de l'identification des freins et leviers à sa mise en place, ébaucher un cadre opérationnel pour que toute intervention de santé publique puisse respecter le principe d'universalisme proportionné.

Mots clés : Universalisme proportionné, inégalités sociales de santé, interventions

Proportionate universalism: evolution, appropriation and application of the principle, towards a reduction of social health inequalities

Abstract

Health inequalities are an ubiquitous problem, which some public health researchers, but also other disciplines, are addressing. In its "Fair Society, Healthy Lives" report, Michael Marmot, proposes for the first time the concept of proportionate universalism (UP) as a solution to reduce health inequalities. According to him, "actions must be universal, but with a scale and intensity that is proportionate to the level of disadvantage", it is proportionate universalism. Mr. Marmot's report and its conclusions raised some controversy in different fields of research (epidemiology, sociology, political science, etc.), and there were many contradictory or encouraging reactions. However, while some British local authorities tried to apply this principle in their policies, few researchers in the field of intervention research have analysed interventions that comply with this principle. This concept has been interpreted in different ways by some interventional research actors, and several definitions are possible in practice. The objective of this thesis is to evaluate the evolution, appropriation and effective implementation of the principle by different public health actors: researchers, health care professionals and health promotion professionals. The aim of this work is to propose an operational framework of practical proportionate universalism for any public health intervention that aim to reduce social health inequalities.

Keywords: Proportionate universalism, social health inequalities, interventions

Inserm Bordeaux population health U1219

[Equipe PHARES, - Université de Bordeaux -146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux, France]