



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



LES DÉMARCHES CIBLÉES ET UNIVERSELLES EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ

PARLONS-EN

FAIT PARTIE DE LA SÉRIE « PARLONS-EN »

APERÇU

DÉMARCHES UNIVERSELLES

DÉMARCHES CIBLÉES

DESCRIPTION

S'appliquent à l'ensemble d'une population.

L'admissibilité et l'accès dépendent simplement du fait de faire partie d'une population donnée⁴ comme *l'ensemble des femmes, l'ensemble des enfants de moins de six ans ou l'ensemble des personnes vivant dans une région géographique donnée*, sans autres étiquettes comme le revenu, l'éducation, la classe, la race, le lieu d'origine ou l'emploi.

Reposent sur la croyance que tous les membres d'une société devraient avoir un accès équitable aux services de base comme l'éducation et les soins de santé⁵.

S'appliquent à une tranche prioritaire d'une population donnée.

L'admissibilité et l'accès aux services dépendent d'un critère de sélection, comme le revenu, l'état de santé, l'emploi ou le quartier.

Reposent sur la croyance que les concepts sociaux (p. ex. le classisme, le sexisme, le racisme et la colonisation) constituent des obstacles à un accès équitable aux déterminants de la santé et que des interventions ciblant les membres désavantagés d'une société sont nécessaires pour diminuer l'écart en matière de santé.

EXEMPLES

Au Canada, le système de soins de santé universel vise à couvrir l'ensemble de la population canadienne, sans égard à l'âge, au revenu ou à l'emploi. Il permet à tous les citoyens canadiens et à tous les résidents permanents d'accéder à des soins de santé de base.

Partout au Canada, un grand nombre d'initiatives visent à venir à bout de l'insécurité alimentaire pour les personnes vivant avec un faible revenu. Les stratégies ciblées portent sur les subventions alimentaires, les minimarchés d'alimentation locaux⁶, les paniers d'aliments sains et les potagers communautaires dans les quartiers à faible revenu.

DÉFIS

L'universalisme en *principe* ne se traduit pas nécessairement par l'universalisme en *pratique*. Par exemple, l'accès aux espaces verts et à l'activité physique est influencé par des déterminants comme l'éducation, le revenu, le sexe, l'ethnicité et le lieu de vie et de travail⁷.

Les programmes universels peuvent avantager des gens *déjà* en situation favorable ou ne pas réussir à améliorer dans une mesure proportionnelle les résultats des gens se trouvant dans une situation moins favorable, élargissant du coup l'écart en matière de santé⁸.

Les démarches ciblées peuvent viser les *conséquences* des iniquités plutôt que leurs causes. Il arrive parfois qu'une intervention ciblée qui avait pour but d'éliminer des causes structurelles dérive en fait vers une polarisation de l'éducation afin d'obtenir un changement comportemental ou ce que l'on appelle la « dérive du style de vie »⁹. Bien comprendre la population ciblée nécessite la collecte de données appropriées pendant un laps de temps.

Déterminer l'admissibilité peut poser problème. Il y a des risques d'*erreurs d'exclusion* (couverture insuffisante) et d'*erreurs d'inclusion* (trop grand nombre de souscriptions)¹⁰.

Des termes comme *à risque et difficile à atteindre* peuvent contribuer à la stigmatisation.

L'équité en santé est le principe selon lequel tous les gens devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal sans être limités à cet égard en raison de leur race, de leur ethnicité, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur classe sociale ou de leur situation socioéconomique¹.

Améliorer l'état de santé général d'une population tout en atténuant les iniquités entre les groupes constitue une partie importante du mandat du Canada en matière de santé publique². Ce mandat a des répercussions sur les politiques et les pratiques en santé publique.

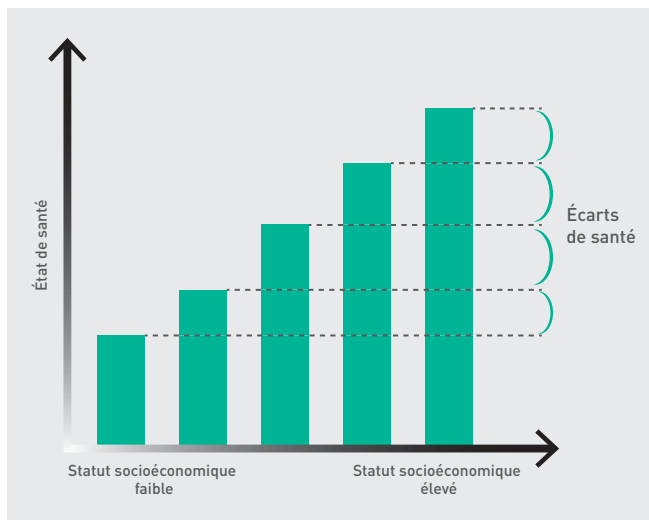
COMPRENDRE LE GRADIENT DE SANTÉ ET L'ÉCART EN MATIÈRE DE SANTÉ

En général, les personnes qui ont un statut socioéconomique (SSE)³ plus faible sont en moins bonne santé. Au Canada, les personnes vivant dans la pauvreté ont une espérance de vie plus faible et un taux de mortalité infantile plus élevé, en plus d'avoir plus souvent une insuffisance pondérale à la naissance et des maladies chroniques. Par contre, les personnes ayant un SSE plus élevé tendent à jouir d'une meilleure santé³. Cette disparité existe parce que les personnes ayant un SSE plus faible ont moins facilement accès non seulement aux services de santé, mais aussi aux déterminants de la santé en général, comme le logement, la sécurité alimentaire et l'éducation.

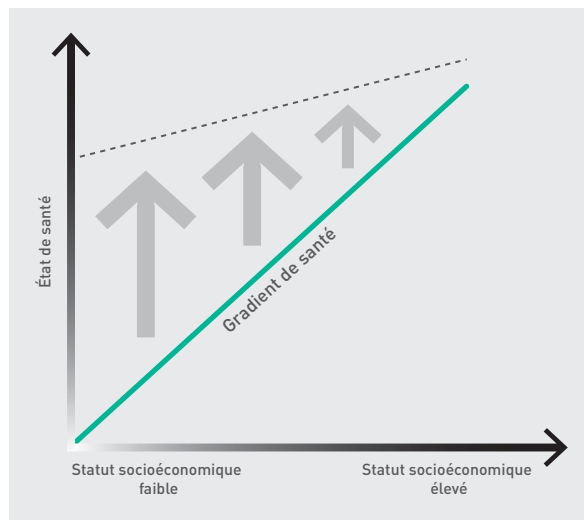
La différence entre les personnes les plus et les moins en santé dans une société s'appelle **l'écart en matière de santé**. On observe cet écart à chaque échelon de l'échelle socioéconomique : les personnes ayant un SSE plus élevé sont en meilleure santé que celles se trouvant à un échelon inférieur. Cette tendance systématique s'appelle le **gradient de santé**¹.

Améliorer l'état de santé général d'une population et réduire le gradient de santé sont des stratégies visant à **niveler vers le haut**¹.

REPRÉSENTATION THÉORIQUE DES ÉCARTS DE SANTÉ



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



Bon nombre d'organismes de santé publique cherchent à réduire l'écart et à niveler le gradient de santé. À cette fin, ils utilisent une série de démarches universelles, ciblées et mixtes, par exemple l'universalisme ciblé et l'universalisme proportionné. Avant de choisir une démarche, les décideurs doivent décortiquer les valeurs, les hypothèses et les données probantes qui orientent le processus d'élaboration des politiques ou des programmes.

DÉMARCHES MIXTES POUR RENFORCER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Puisque les démarches universelles et ciblées présentent toutes les deux des forces et des faiblesses, les professionnels de la santé publique créent souvent des interventions combinant ces démarches. Ces interventions, qui se placent sur un continuum, visent à la fois l'écart en matière de santé et le gradient de santé.

L'**universalisme ciblé**¹¹ est une démarche mixte qui tient compte du fait que l'universalisme peut quand même mener à un écart inacceptable en matière de santé et qu'une démarche ciblée peut produire un effet négligeable sur le gradient de santé.

EXEMPLE D'UNIVERSALISME CIBLÉ :

Un programme universel de vaccination contre la grippe peut inclure une stratégie de conscientisation particulière pour les groupes les moins enclins à se faire vacciner ou présentant un risque plus élevé de contracter la maladie, dont les femmes enceintes, les jeunes enfants, les aînés et les Autochtones. Les stratégies peuvent inclure la sensibilisation par des pairs, des emplacements satellites et des partenariats avec des groupes communautaires.

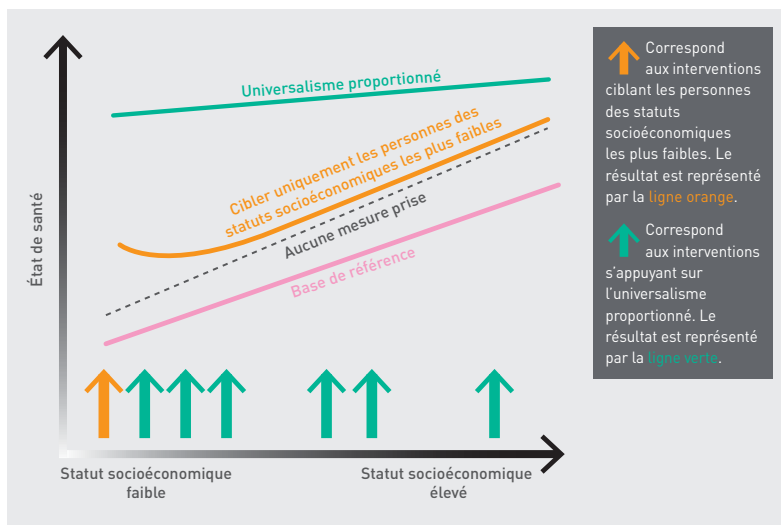
L'universalisme ciblé permet de définir des objectifs pour tout le monde, de déterminer les obstacles auxquels se heurtent des groupes précis et d'adapter les stratégies de manière à supprimer ces obstacles¹².

Il arrive parfois que le volet ciblé d'une démarche mixte donne des résultats avantageux pour tout le monde. Par exemple, quand on adapte les formulaires à l'aide d'un langage simple pour la clientèle ayant un faible niveau d'alphabétisation, tout le monde profite d'un texte plus clair.

Même si l'universalisme ciblé sert de plus en plus souvent de cadre au Canada et aux États-Unis, une démarche assez similaire appelée **universalisme proportionné**¹³ gagne de plus en plus la faveur en Europe et au Royaume-Uni. Une démarche fondée sur

l'universalisme proportionné tient compte du fait que pour niveler le gradient, les programmes et les politiques doivent inclure un éventail de mesures pour les divers degrés de désavantage vécus par les membres de la population. Michael Marmot, ancien président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, est un grand partisan de cette démarche. Selon lui, « se concentrer uniquement sur les plus désavantagés ne permettra pas de réduire suffisamment les iniquités en santé. Pour niveler le gradient social en matière de santé, les actions doivent être universelles, mais dans une mesure et une intensité qui sont proportionnelles au degré de désavantage »¹³. [traduction libre]

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



EXEMPLE D'UNIVERSALISME

PROPORTIONNÉ : Pendant plus d'une décennie, Enfants en santé Manitoba a accordé des fonds aux bureaux de santé pour que ceux-ci puissent offrir sans frais un programme de visites à domicile aux familles avec enfants, à partir de la grossesse jusqu'au premier jour d'école. En premier lieu, une infirmière de la santé publique communique avec les parents d'un nouveau-né. On jumelle ensuite les parents aux prises avec de plus grandes difficultés avec un visiteur à domicile du programme Les familles d'abord. Celui-ci fournit ensuite un soutien à la famille sur une multitude de plans pendant une période pouvant aller jusqu'à trois ans, selon la situation¹⁴.

EXEMPLE PRATIQUE

Une gestionnaire en santé publique souhaite promouvoir l'allaitement dans sa région. Elle a pris connaissance des données probantes montrant un lien positif entre l'allaitement et l'état de santé des nourrissons¹⁵ et une association entre les mères à très faible revenu et de faibles taux d'allaitement¹⁶. Elle pourrait recourir à différents modes d'intervention, dont les suivants :

UNIVERSALISME

- Travailler avec des organismes, des entreprises et des groupes communautaires pour sensibiliser les gens à l'importance des milieux favorables à l'allaitement¹⁶.

CIBLAGE

- Dans les quartiers à faible revenu, offrir des cours sur l'allaitement et un soutien connexe.

UNIVERSALISME CIBLÉ

- Sensibiliser les gens à l'importance des milieux favorables à l'allaitement et travailler avec des groupes communautaires afin de renforcer les politiques et les programmes appuyant les aspects bénéfiques de l'allaitement qui s'adressent aux femmes à faible revenu.

MATIÈRE À RÉFLEXION POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

1. Les décisions en matière d'intervention devraient s'appuyer sur des données probantes. Les bureaux de santé publique publient de plus en plus de données montrant le lien entre la santé de la population et les concepts sociaux sous-jacents d'une part, et l'incidence de leurs interventions, d'autre part. Une source intéressante de données probantes est disponible à l'adresse <http://healthevidence.org/default.aspx>.
2. Précisez les objectifs d'une intervention proposée. Vous pouvez vous servir d'un éventail d'outils existants pour vous aider à poser des questions clés en matière d'équité à toutes les étapes de la planification et de l'instauration d'un programme¹⁷, y compris celles concernant nos perceptions, nos idées préconçues et notre point de vue personnel sur le gradient de santé. Ces outils peuvent vous aider à établir des partenariats avec les bénéficiaires des interventions proposées. Une source intéressante pour trouver des outils est le [Centre de collaboration nationale des méthodes et outils](#).
3. Votre expérience au chapitre des interventions présente une certaine valeur pour les autres. Pensez à la documenter et à rendre l'information accessible – sommaire d'une page, présentation lors d'un déjeuner-causerie, rapport, texte dans une publication évaluée par un comité de lecture.

QUESTIONS À DÉBATTRE

1. **Nommez un projet de santé publique axé sur l'équité en santé dans votre collectivité.**
 - a. Quel problème le projet visait-il à régler?
 - b. La démarche est-elle universelle, ciblée, universelle ciblée ou universelle proportionnée?
 - c. Dans quelle mesure le projet s'est-il révélé efficace? Quelles sont les lacunes?
 - d. Comment pourrait-on améliorer le projet?
2. **Nommez une préoccupation relative à l'équité en santé dans votre collectivité.**
 - a. Quelles données probantes ou valeurs sous-tendent cette préoccupation?
 - b. Cette préoccupation se prête-t-elle à une démarche universelle, ciblée, universelle ciblée ou universelle proportionnée?
 - c. Si vous aviez à planifier une intervention pour contrer cette préoccupation, par où commenceriez-vous? De quelles données probantes et de quels outils vous doteriez-vous pour vous aider à mettre au point une intervention?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Whitehead, M. et G. Dahlgren. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2006 [cité le 12 janvier 2013]. Récupéré à l'adresse www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf.
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2011). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : Analyse du contexte en 2010*. 2010 [cité le 6 février 2013]. Récupéré à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/Environ_Report_FR.pdf.
3. Graham, H. et M. Kelly. *Developing the evidence base for tackling health Inequalities and differential effects*. Swindon : Economic and Social Research Council. [Date indéterminée]. [Cité le 12 janvier 2013]. Récupéré à l'adresse www.who.int/social_determinants/resources/esrc_document.pdf.
4. Perlman, M. *Targeted vs. universal intervention* [Internet]. Université de Toronto : Ontario Institute for Studies in Education, 2012 [cité le 6 février 2013]. Récupéré à l'adresse <http://tinyurl.com/aqtk5e3>.
5. Mkandawire, T. *Targeting and universalism in poverty reduction*. Genève : Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, 2005. Programme de politique sociale et de développement, n° 23. [Cité le 6 février 2013]. Récupéré à l'adresse <http://tinyurl.com/c2kkh6u>.
6. Sustainable SFU [Internet]. Burnaby : Université Simon Fraser, 2013 [cité le 4 février 2013]. Récupéré à l'adresse <http://sustainable.sfu.org/projects/local-food-program/>.
7. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2008, no 16. [Cité le 8 février 2013]. Récupéré à l'adresse www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html.
8. Frohlich, K.L. et L. Potvin. « The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations ». *American Journal of Public Health*, février 2008, vol. 98, n° 2, p. 216-221.
9. Hunter, D.J., J. Popay, C. Tannahill, M. Whitehead et T. Elson. Marmot Review Working Committee 3, Final Report. *Learning Lessons from the Past: Shaping a Different Future* [Internet]. 2009 [cité le 4 février 2013]. Récupéré à l'adresse www.instituteofhealthequity.org/projects/the-marmot-review-working-committee-3-report.
10. Yi, I. *Social integration, poverty eradication, productive and full employment and decent works* [endroit inconnu], [éditeur inconnu], [date inconnue]. [Cité le 8 février 2013]. Récupéré à l'adresse <http://www.un.org/esa/socdev/social/meetings/egm09/docs/Yi.pdf>.
11. Skocpol, T. « Targeting within universalism: politically viable policies to combat poverty in the United States » dans Jencks, C. et P.E. Peterson, éd. *The Urban Underclass*. Washington : Brookings Institution Press, 1991, p. 411-436.
12. Powell, J. *Structural Fairness & Targeted Universalism: Reflections on Detroit* [Internet]. Berkeley : University of California, 2012 [cité le 4 février 2013]. Récupéré à l'adresse <http://diversity.berkeley.edu/structural-fairness-targeted-universalism-reflections-detroit>.
13. Marmot, M. « Fair society, healthy lives » [Internet]. Strategic review of health inequalities in England post-2010. *The Marmot Review*, février 2010. [Cité le 7 février 2013]. Récupéré à l'adresse www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review.
14. Enfants en santé Manitoba. « Les familles d'abord ». [Cité le 7 février 2013]. Récupéré à l'adresse www.gov.mb.ca/healthychild/familiesfirst/index.fr.html.
15. Comité canadien pour l'allaitement. *L'initiative Amis des bébés au Canada – Rapport de situation* [Internet]. 2012 [cité le 4 février 2013]. Récupéré à l'adresse http://breastfeedingcanada.ca/documents/BFI_Status_report_2012_Final_French.pdf.
16. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes, 2009-2010*. « Choix de l'allaitement selon le revenu et le niveau d'études, Canada, 2009-2010 » [Internet]. 2012 [cité le 4 février 2013]. Récupéré à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/initiation-fra.php.
17. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé*. Tableaux comparatifs. 2012 [cité le 7 février 2013]. Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/tools-and-approches>.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)

Université St. Francis Xavier

Antigonish NÉ B2G 2W5

tél : 902-867-5406

téléc: 902-867-6130

ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca

Twitter: @NCCDH_CCNDS

Hannah Moffatt et Karen Fish ont rédigé le présent document en collaboration avec Suzanne Schwenger et Subha Sankaran. Linda Ferguson et Horst Backe ont formé le comité de lecture externe.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :
Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-926823-41-6

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

Les points de vue exprimés dans le présent document ne sont pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Let's Talk Universal and Targeted Approaches to Health Equity*