

# 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

Marion Porcherie, Blanche Le Bihan-Youinou, Jeanine Pommier

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2018/HS1 S1 , PAGES 25 À 32  
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.184.0025

Date de mise en ligne : 19/09/2018

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-25?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# 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

*At what scale should proportionate universalism be applied to ensure health equity? Towards a contextualised approach to prevention and health promotion actions*

Marion Porcherie<sup>1</sup>, Blanche Le Bihan<sup>1</sup>, Jeanine Pommier<sup>1,2</sup>

## ➔ Résumé

**Introduction :** La lutte contre les inégalités sociales de santé constitue depuis 2009 l'un des axes fondateurs des politiques conduites par les Agences Régionales de Santé (ARS). Le présent article interroge deux cadres d'analyse mobilisés pour l'étude des actions de prévention et de promotion de la santé. À partir de l'exemple d'un dispositif hospitalier de prévention et de promotion de la santé, il démontre la nécessité de prendre en compte les contextes locaux, régionaux et nationaux dans lesquels s'inscrivent les actions menées afin d'en appréhender la portée sur les inégalités sociales et de santé.

**Méthodes :** Une analyse qualitative de documents de programmation a été utilisée pour mener une analyse descriptive des effets attendus sur les inégalités sociales de santé selon la classification de Diderichsen *et al.* Le cadre d'application des mesures universelles proportionnées de Carey *et al.* a été utilisé pour analyser son action sur les inégalités sociales de santé dans une approche contextualisée au regard des politiques régionales et nationales.

**Résultats :** Le dispositif étudié, axé sur des actions ciblées mais ouvert sur le territoire, oscille entre stratégie de rattrapage des écarts et action sur le gradient pour agir sur les inégalités sociales de santé. En revanche, une analyse au prisme de l'approche universelle proportionnée réinterroge l'appréciation des effets d'une intervention sur les inégalités sociales de santé.

**Discussion :** La mise en œuvre d'interventions qui concourent à la réduction des inégalités sociales de santé reste un défi pour les institutions comme les Agences Régionales de Santé. Néanmoins, l'étude d'un dispositif hospitalier de prévention montre une vision contrastée de son effet possible sur le gradient de santé, selon qu'il est considéré de manière isolée ou globale. Cet article plaide pour une analyse contextualisée des dispositifs locaux qui visent la réduction des inégalités sociales de santé.

**Mots-clés :** Inégalités sociales de santé ; Prévention ; Universalisme proportionnée ; Gradient de santé.

## ➔ Abstract

**Introduction:** Reduction of social inequalities in health has been one of the main political pillars of Regional Health Agencies in France since their creation in 2009. This paper presents a contextual analysis of the effects on social inequalities in health of a hospital-based health promotion and disease prevention programme in terms of overall health policy and scope.

**Methods:** Qualitative analysis was used to describe the impact on social inequalities in health according to the classification proposed by Diderichsen *et al.* Carey's framework was used to apply proportionate universalism in order to analyse its action on these inequalities, adopting a contextualised and holistic approach with regard to regional and national public policy. The results showed that the intervention focused on targeted actions, but may have broader applications. The intervention strategy shifts between closing the inequality gap and levelling up the social gradient. However, analysis of this type of intervention using the proportionate universalism framework may lead to a revised view of the effects of the intervention on social inequalities in health.

**Results:** Implementing health-equity focused interventions remains a challenge for each institution, including Regional Health Agencies. However, research on hospital-based preventive interventions highlights contrasting results in terms of social gradient, depending on whether the intervention is considered in isolation or in its broader context.

**Discussion:** This article advocates a contextualised approach to analysing local interventions and their effects on social inequalities in health.

**Keywords:** Social inequalities in health; Prevention; Proportionate universalism; Health gradient.

<sup>1</sup> Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARÈNES – UMR 6051 – F-35000 Rennes – France.

<sup>2</sup> CNRS, ARÈNES – UMR 6051 – F-35000 Rennes – France.

Correspondance : M. Porcherie  
marion.porcherie@ehesp.fr

Réception : 14/11/2015 – Acceptation : 02/10/2017



interrogé. Pour ce faire, deux modèles théoriques ont été mobilisés : l'un permettant d'analyser les effets d'une intervention sur les inégalités sociales de santé, le second, d'interroger les principes de l'universalisme proportionné. Les objectifs sont d'analyser :

- les stratégies mobilisées par un dispositif spécifique visant la réduction des inégalités sociales de santé ;
- la manière dont ce dispositif s'inscrit dans le cadre d'une politique générale, eu égard aux principes de l'universalisme proportionné.

## Méthode et cadres d'analyse

### Présentation du dispositif

Un dispositif mis en œuvre au niveau local a été identifié comme exemple pour illustrer le propos.

Ce dispositif consiste en un appel à projet destiné aux établissements sanitaires. Il permet le financement d'actions de prévention et de promotion de la santé au premier plan desquelles la réduction des inégalités sociales de santé. Le texte de l'appel à projet guide la mise en œuvre d'actions destinées à s'intégrer dans des plans nationaux déclinés au niveau régional (PNNS, plan cancer...). Il se décline également par rapport aux priorités régionales déclinées dans les différents schémas du projet régional de santé (PRS, SROS, schéma de prévention, PRAPS...). Ces actions ciblent les comportements de santé, plus spécifiquement liés à la prévention primaire et secondaire des maladies cardio-vasculaires et des cancers. Elles visent à développer l'information, la sensibilisation, à mettre en place des ateliers collectifs autour des facteurs de risques liés au tabac, à l'alimentation et l'activité physique, définis comme des thèmes prioritaires. D'autres thèmes peuvent également être abordés, tels que l'environnement, la vaccination, la politique des médicaments selon les mêmes modalités d'action (tableau I).

Concernant les populations destinataires, le dispositif cible particulièrement les populations vulnérables mais s'adresse également aux populations dans leurs lieux de vie (une école, une entreprise, un Établissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes) ainsi qu'aux professionnels qui interviennent auprès d'eux. Le périmètre d'action des professionnels porteurs du dispositif s'étend de l'enceinte de l'établissement sanitaire à l'ensemble de son territoire d'implantation, dans une volonté d'ouverture et d'actions externalisées.

Des entretiens menés auprès d'une diversité d'acteurs territoriaux ont permis d'identifier le dispositif étudié (tableau II). Il était pertinent pour servir d'exemple concret d'une intervention institutionnelle pouvant agir sur les inégalités sociales de santé.

### Mobilisation des cadres d'analyse de l'action sur les inégalités sociales de santé

Deux cadres de réflexion et d'analyse ont été mobilisés et sont présentés en figures 1 et 2.

Afin de caractériser l'action du dispositif sur les inégalités sociales de santé, nous avons utilisé la classification de Diderichsen *et al.* [7] (figure 1). Cette classification permet de caractériser les effets d'une intervention sur les inégalités sociales de santé. Elle s'appuie, tout d'abord, sur la description des stratégies mises en œuvre classées en fonction de leurs populations cibles : ensemble de la population, groupes de population, individus présentant un risque particulier. Elle décrit ensuite deux modes d'action possibles pour agir sur les inégalités sociales de santé : i) réduction du gradient de santé (c'est-à-dire une diminution des écarts proportionnels entre les états de santé constatés au sein d'une population dans son ensemble), ii) rattrapage des écarts de santé constatés entre différents groupes de population. En fonction de ces deux critères, la classification propose six interventions-types (figure 1). Dans le cadre de notre étude, nous avons appliqué cette classification au dispositif de prévention et de promotion de la santé décrit selon ses caractéristiques, afin de déterminer son mode d'action privilégié sur les inégalités sociales de santé, entre réduction du gradient et rattrapage des écarts de santé par rapport à des stratégies plutôt universelles (type I ou II) ou plutôt ciblées (type V et VI).

Afin d'analyser l'action du dispositif eu égard aux principes d'application de l'universalisme proportionné dans une perspective politique globale, nous avons utilisé le cadre de Carey *et al.* [8] (figure 2). Les auteurs proposent un cadre d'application des mesures universelles proportionnées, en considérant un principe de subsidiarité entre les différentes échelles d'intervention. L'action d'une intervention visant le gradient social de santé, donc les inégalités sociales de santé, est ici appréhendée, non pas à l'échelle de l'intervention mais de manière globale. Chaque niveau d'action politique compense et complète son action, vient en subsidence l'un de l'autre pour couvrir l'ensemble des domaines d'action possible. Pour Carey *et al.*, le niveau national est l'échelon principal dévolu au déploiement des politiques universelles s'adressant à l'ensemble de la

Tableau I : Détail des actions caractéristiques du dispositif

Objectifs du cahier des charges pour les principaux facteurs de risque ciblés	Objectifs du cahier des charges sur d'autres thèmes pouvant être ciblés par des actions
<p><b>Maladies chroniques et vieillissement</b>  <b>Tabac et autres addictions</b> → Objectif : Améliorer la connaissance, le repérage et l'orientation des personnes ayant des conduites addictives</p> <p>Ex. : d'activité : Sensibilisation, formation au repérage précoce et intervention brèves des personnels, actions de communication</p>	<p><b>Environnement</b> → Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la qualité de l'air intérieur pour les publics les plus jeunes</li> <li>• Réduire les expositions environnementales pour les nouveaux nés notamment dans l'environnement intérieur</li> </ul> <p>Ex. d'activités : diagnostic qualité, formations/sensibilisations...</p> <p><b>Politique du médicament</b> → Objectif : optimiser la prescription médicamenteuse chez la personne âgée et prévenir l'iatrogénie et les risques médicamenteux</p> <p>Ex. d'activité sensibilisation des professionnels et des usagers</p>
<p><b>Alimentation – Activité physique</b> → Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer le dépistage et le suivi de la dénutrition</li> <li>• Contribuer à la promotion de l'allaitement maternel</li> <li>• Promouvoir l'activité physique</li> </ul> <p>Ex. : d'activité : créer des environnements favorables pour les patients et le personnel de l'établissement, développer l'accès des personnes obèses ou en surpoids à l'activité physique adaptée</p>	<p><b>Chutes chez la personne âgée</b> → Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagner le retour à domicile des personnes âgées</li> <li>• Mener des actions d'information et de formation en direction des professionnels de l'aide à domicile</li> </ul> <p>Ex. d'activité diagnostic/évaluation gériatrique, actions d'éducation aux gestes de la vie quotidienne, formations/sensibilisations, coordination des professionnels...</p> <p><b>Périnatalité/petite enfance</b> → Objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer à partir des services de maternité et/ou de pédiatrie des actions d'éducation pour la santé à destination des parents</li> <li>• Améliorer l'accès et la prise en charge des personnes en demande d'IVG</li> </ul> <p>Ex. d'activité ateliers collectifs, campagnes d'informations, formations du personnel de l'accueil, actions d'éducation à la vie affective et sexuelle</p>
<p><b>Cancers</b>  → Objectif : Conforter les actions de promotion de dépistage des cancers</p> <p>Ex. : d'activité : campagne de communication, information/sensibilisation grand public et à destination du personnel</p>	<p><b>Vaccination</b> → Objectif : Promouvoir la vaccination promotion du carnet de vaccination électronique (CVE), outil de suivi de la couverture vaccinale, campagnes d'informations...</p> <p><b>Santé mentale</b> → Objectif : Promouvoir la santé mentale sensibilisation des agents d'accueil, formations au repérage de la souffrance psychique, repérage, supports et/ou actions de communication...</p> <p><b>Santé des plus démunis</b> → Objectif : Aller vers les publics en difficultés permettre l'accès des actions de prévention « thématiques » ci-dessus aux personnes en difficultés en lien avec la PASS, le service social de l'établissement, le centre d'examen de santé, les acteurs sociaux extérieurs à l'établissement, les professionnels libéraux...</p>

population sans discrimination. Il peut comporter des mesures dites adaptatives pour certains groupes de populations mais il reste un dispositif national pouvant possiblement concerner tous les individus d'une population. Le niveau régional, quant à lui, couvre des actions dites de « sélection positive », c'est-à-dire prodigue des mesures ciblées sur des groupes spécifiques dans le cadre de la déclinaison spécifique d'une politique universelle. À un

niveau plus fin, l'échelon infra-territorial, ici l'échelon local considéré comme le plus proche des individus, s'adresse lui, aux « particularismes », c'est-à-dire aux besoins les plus spécifiques des populations, évalués à une échelle individuelle. L'usage de ce cadre induit l'adoption d'une vision contextualisée des stratégies d'action sur les inégalités sociales de santé déployée par une intervention mise en contexte.

Tableau II : Caractéristiques du dispositif

Dimensions	Description du dispositif
1 Population	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes sur leurs lieux de vie</li> <li>Professionnels</li> <li>Personnes en situation de précarité</li> </ul>
2 Déterminants principalement visés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Facteurs proximaux des maladies cardiovasculaires et des cancers</li> </ul>
3 Actions directes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévention primaire               <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilisation, information, éducation en santé, vaccination</li> </ul> </li> <li>Prévention secondaire               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépistage</li> </ul> </li> </ul>
4 Stratégies locales dans lesquelles s'insèrent le dispositif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déclinaison de contrat de pôle</li> <li>Inclusion dans les Contrats Locaux de Santé</li> <li>Coopération interdisciplinaire</li> <li>Approche globale de la santé</li> </ul>
5 Stratégies régionales dans lesquelles s'insèrent le dispositif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Schéma Régional de Prévention</li> <li>Schéma Régional de l'Organisation des Soins</li> <li>Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins</li> <li>Schéma régional d'addictologie</li> <li>Plan régional Nutrition Activité Physique</li> </ul>

## Résultats

L'analyse du dispositif de prévention et de promotion de la santé utilisé comme exemple, au regard des critères de classification des interventions de Diderichsen (figure 1) le situe au niveau des interventions-types V et VI de la classification. En effet, il s'adresse principalement à des individus qui présentent des facteurs de vulnérabilité spécifiques, classant l'intervention parmi les « stratégies populationnelles ciblant les individus présentant un risque particulier ». La description des actions proposées – éducatives sanitaires, informatives, de sensibilisation, ateliers collectifs – relève de mesures d'éducation pour la santé et de prévention ciblées sur des facteurs de risque qui s'adressent à des populations de tous âges (enfants, adultes, personnes âgées) (tableau I). Elle place donc le dispositif étudié au niveau des interventions de type V. D'après ces critères, celui-ci agit donc sur le gradient de santé. Néanmoins, ces mesures portées par des professionnels du secteur sanitaire visent également des populations à risques spécifiques, notamment les enfants et les personnes en situation de précarité, situent ici le dispositif dans le cadre des interventions de type VI et place plutôt le dispositif dans des stratégies d'action visant le rattrapage des écarts de santé entre groupes de population. Le mode d'action du dispositif sur les inégalités sociales de santé n'offre donc pas une vision tranchée ; son efficacité sur le gradient social de santé n'est pas strictement affirmée.

Effet attendu selon les stratégies d'action sur les ISS		
	Réduction du gradient de santé	Rattrapage de l'écart entre les extrêmes
1 Stratégie visant l'ensemble de la population	I : mesures de prévention structurelle, légale, économique, normative	II : politique sociale universelle avec un accès équitable aux services et un complément de revenu
2 Stratégie ciblant des groupes de populations	III : mesures de prévention structurelles dans des zones économiquement défavorisées	IV : mesures sociales incluant les interventions en faveur du logement et de l'emploi pour des personnes marginalisées
3 Stratégie ciblant des individus présentant un risque particulier	V : dépistage, conseils et traitement par le secteur des soins de premier recours pour les citoyens de tous âges ayant un risque particulier	VI : mesures portées par les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux à destination des enfants à risque et groupe marginalisés, incluant ceux ayant des problèmes de santé mentale

Figure 1 : Exemple de mesures contre les inégalités sociales par stratégies et populations ciblées (adapté des Diderichsen *et al.* 2008)

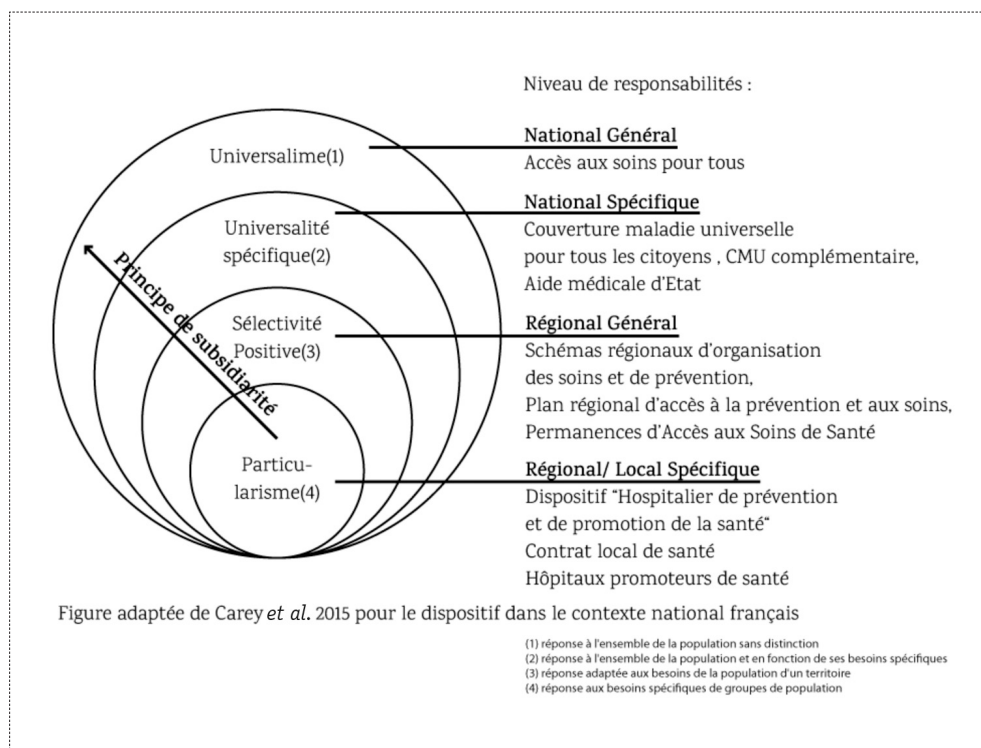


Figure 2 : Application du cadre théorique de l'universalisme proportionné de Carey *et al.* (2015) au dispositif de prévention dans le contexte national français

Toutefois, si l'on considère le dispositif au regard des principes de subsidiarité tels que décrits dans le cadre analytique de l'universalisme proportionné de Carey *et al.*, de nouveaux éléments d'analyse apparaissent. Tout d'abord, le dispositif étudié vise à répondre à des besoins ciblés localement et s'inscrit ainsi dans des « particularismes », échelon le plus proche de la population et de ses besoins. Au niveau régional, l'Agence joue un rôle d'opérateur dans la « sélection positive », principalement à travers une mission de planification. En effet, elle organise les soins, la prévention, l'offre médico-sociale, sur l'ensemble d'un territoire régional et propose des déclinaisons spécifiques dans les zones les plus déficitaires (figure 2). L'adaptation peut ici être individuelle mais sa déclinaison en est planifiée à un échelon territorial régional. Dans une perspective plus globale, le dispositif s'insère dans une politique nationale d'accès au soin et à la prévention à la fois universelle et ciblée *via* des dispositifs comme la CMU, et le tiers-payant qui sont eux-mêmes réajustés au niveau régional grâce aux mesures de types Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et consultations décentralisées.

## Discussion

Cet article souligne l'importance du cadre d'analyse choisi pour étudier l'impact des actions locales de prévention et de promotion de la santé et montre qu'il est nécessaire de les contextualiser pour en appréhender toute la portée.

Les effets sur les inégalités sociales de santé décrits par l'analyse classent le dispositif étudié parmi les interventions ayant un effet sur le gradient de santé et sur le rattrapage des écarts de santé. Pourtant, ce dispositif propose une approche ciblée des interventions dont l'action sur les inégalités sociales de santé reste insuffisante si elle reste la seule stratégie d'action [9, 10]. Des stratégies universelles (type I ou II) sont effectivement peu mobilisées. Par ailleurs, le dispositif ne cible pas directement les déterminants structurels qui l'amèneraient à agir plus largement sur le gradient. S'il incite les porteurs de projet à adopter une vision globale de la santé, il ne propose pour autant qu'une action visant essentiellement les inégalités d'accès à la prévention et aux soins pour des risques spécifiques. Dès

lors, une analyse du dispositif conduite de manière isolée, en dehors de tout contexte, pourrait conduire à conclure qu'il n'agit que faiblement sur les inégalités sociales de santé. À l'inverse, comme le montrent les résultats de ce travail, une approche contextualisée, qui tient compte des politiques menées aux niveaux local, régional et national, permet d'en saisir toute la portée à condition que celles-ci soient pensées et mises en œuvre de manière intégrée et cohérente avec tous les niveaux.

Le cadre de Carey *et al.*, en proposant d'adopter une vision globale et en tenant compte des différentes échelles territoriales impliquées dans les actions de prévention et de promotion de la santé, apparaît comme un cadre d'analyse pertinent pour contextualiser un dispositif. Il met en avant le principe de subsidiarité, par ailleurs bien connu des politiques sociales en France [11] mais qui peut également s'appliquer aux interventions en santé. Quelle qu'elle soit, l'action territoriale mérite d'être pensée largement afin de prendre en compte ses effets sur les interventions de rattrapages des écarts de santé et d'appréhender ainsi l'impact global sur le gradient. Le dispositif doit être pensé en lien avec l'ensemble des actions, dispositifs, mesures et acteurs existants sur le territoire qu'il couvre.

L'inscription territoriale du dispositif, passant, par exemple, par l'intégration des établissements de santé dans les contrats locaux de santé signés avec les élus du Territoire, ouvre la voie vers des actions plus larges, en lien avec les collectivités locales et territoriales, les secteurs sociaux, médico-sociaux et associatifs. Ces démarches positionnent le dispositif au cœur de stratégies d'action visant l'ensemble de la population d'un territoire spécifique. Cette ouverture vers l'extérieur constitue pour les établissements de soin et les professionnels, un changement de paradigme fort, marquant le passage d'une conception curative et préventive à une approche globale d'appréhension de la santé que l'ARS cherche, par le biais du dispositif, à encourager. Le développement actuel des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui repositionnent les établissements de santé comme des centres de recours territoriaux, encourage les collaborations et les échanges entre établissements spécialisés, entre médecine de ville et hôpital et entre professionnels de santé eux-mêmes. Ces démarches rejoignent les attentes soulevées par deux défis majeurs de la santé publique actuelle, que sont la coordination et l'intégration territoriale.

Cette dynamique territoriale est également en lien avec les politiques impulsées au niveau national. Ce dispositif répond en effet à deux orientations stratégiques de l'Agence qui sont de « développer la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé » et « d'améliorer

la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité du système de santé régional », proposée par le niveau national et réitérée par la loi de modernisation de notre système de santé. Il s'insère également dans plusieurs schémas ou programmes qui déclinent une politique nationale en matière de soins (Schéma Régional d'Organisation des Soins qui vise la prise en charge globale des patients) et répond à l'évolution du système de santé « vers une offre de prévention mieux intégrée à l'offre de soins de premier recours ». Il contient des objectifs visant à amener les équipes des établissements à aller à la rencontre des personnes démunies les plus éloignées du système sanitaire et social. Ceux-ci doivent en effet « concourir aux actions de médecines préventives et d'éducation pour la santé et à leur coordination » (Art. L.711-1). S'appuyant sur des dispositions légales, l'institution légitime ainsi le portage du dispositif par les établissements sanitaires et encourage par ailleurs l'évolution des pratiques soignantes vers des pratiques préventives.

Le cadre proposé par Carey *et al.* (2014) a permis de contextualiser des actions ciblées. Mis en regard d'un contexte politique global, à la fois local, régional et national, le dispositif étudié prend une dimension universelle proportionnée. Pour autant, les approches universelles ne se limitent pas au cadre national. Les territoires peuvent aussi s'emparer de démarches universelles. Ici, l'analyse contextuelle peut être mobilisée à différentes échelles de mise en œuvre. Notre approche dépasse par ailleurs le cadre d'application de l'universalisme proportionné proposé par Carey *et al.* en offrant une vision dynamique de subsidiarité des différents échelons politiques. Ceux-ci ne sont pas compartimentés mais s'interpénètrent. Le dispositif ne prend sens que parce qu'il s'intègre dans une politique régionale, qui répond elle-même à une politique nationale. Ce résultat interroge par ailleurs la lisibilité de la politique nationale en matière d'inégalités sociales de santé. Les différentes initiatives actuellement fragmentées gagneraient à être investies de manière globale et cohérente au niveau national, régional et local. Afin d'en vérifier la mise en œuvre opérationnelle, cette étude théorique, qui présente les limites de l'analyse documentaire, pourrait être complétée par une étude de terrain visant à vérifier si cette modification de pratique a bien cours, quels types d'action et quels groupes de populations sont effectivement touchés par le dispositif. Par ailleurs, une étude comparative des dispositifs financés par l'appel à projet permettrait d'étudier l'influence du contexte dans la mise en œuvre et la déclinaison des actions recommandées. La vérification empirique des effets de cette démarche offre un terrain de recherche encore non exploré en France.

## Conclusion

Les Agences Régionales de Santé se doivent par leurs missions, de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Néanmoins, la mise en œuvre d'interventions qui concourent à cet objectif reste un défi pour chaque institution. L'étude du dispositif hospitalier de prévention présentée ici propose une vision contrastée de son effet possible sur les inégalités sociales de santé et sur le gradient de santé, selon qu'il est considéré de manière isolée ou globale. L'adoption d'une vision systémique, telle que la propose Carey *et al.* aide à concevoir ce dispositif comme l'échelon local de la mise en œuvre de mesures universelles proportionnées, à même d'agir sur le gradient social de santé. Il est pour cela nécessaire de considérer l'ensemble des politiques, programmes et actions qui concourent à couvrir les besoins de toutes les populations dans un domaine donné. Dans une perspective universelle proportionnée, l'action sur le gradient social de santé des initiatives locales nécessite d'être pensée de manière coordonnée en lien avec le contexte et, selon le principe de subsidiarité en résonance avec les stratégies déployées au niveau régional et national.

*Aucun conflit d'intérêt déclaré*

## Références

1. Ministère de la santé et R. Bachelot. «Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires». JORF n° 0167, 2009;59:12184.
2. Stachenko S, Pommier J, You C, Porcherie M, Halley J, Breton E. Contribution des acteurs régionaux dans la réduction des inégalités sociales de santé : le cas de la France. Glob. Health Promot. 2005;vol. to be publ.
3. Vallgård S. Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. Health Policy (New York). 2008;85:71-82.
4. 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.
5. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling Taj, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661-9.
6. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health. 2012;126 (Suppl):S4-10.
7. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen AMN, Bach E, Baadsgaard M, Brønnum-Hansen H, Hansen FK, Jeune B, Jørgensen T, Søgaard S. Health inequality—determinants and policies. Scand. J. Public Health. 2012;40(8Suppl):12-105.
8. Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. Int. J. Equity Health. 2015.
9. Catherine F, Potvin L. Transcending the Known in Public Health Practice The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. Am. J. Public Health. 2008;98(2):216-21.
10. Lorenc T, Petticrew M, Welch V, Tugwell P. What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews. J. Epidemiol. Community Health. 2013.
11. Chauvière M. Quel est le « social » de la décentralisation ? Distribution, 2010.