

Workshop

Comment les Instituts nationaux de santé publique peuvent-ils promouvoir des approches équitables du bien-être afin d'influencer les résultats en matière de santé des populations ?

Comité de l'IANPHI sur les inégalités sociales en santé publique

11-13 juin 2025, Saint-Maurice, France

Rapport de l'atelier

INTRODUCTION

L'atelier du comité thématique sur les inégalités sociales et de santé publique de l'IANPHI s'est tenu du 11 au 13 juin 2025 à Santé Publique France, à Saint-Maurice, en France. Il a réuni des représentants de 22 instituts et organisations partenaires, issus de toutes les régions de l'IANPHI, afin d'étudier la question suivante: **Comment les Instituts nationaux de santé publique (INSP) peuvent-ils faire progresser des approches équitables du bien-être pour influencer les résultats en santé des populations?**

Cette initiative s'inscrit dans le cadre d'un projet plus large financé par le Programme de subventions pour la santé internationale de l'Agence de la santé publique du Canada, qui vise à promouvoir des échanges structurés sur le rôle et l'expérience des instituts nationaux de santé publique (INSP) dans le passage de l'observation et de la documentation des inégalités à la conception et à la mise en œuvre d'actions visant à réduire ces inégalités en matière de santé et de bien-être.

La réunion a été ouverte par *Anne-Catherine Viso*, directrice des affaires scientifiques et internationales à Santé publique France, qui a présenté la mission globale de l'institut et l'importance pour celui-ci de disposer d'un programme transversal lié aux inégalités en matière de santé. À la suite de ces propos introductifs, l'atelier s'est poursuivi avec une présentation détaillée présentée par *le professeur Felix Rosenberg (FIOCRUZ)* président du comité thématique de l'IANPHI sur les inégalités sociales et la santé publique. Il a mis en perspective les différentes sessions de l'atelier au sein d'un cadre d'action global, en soulignant que chacune avait été conçue de manière stratégique pour aborder des leviers clés de promotion de l'équité en santé et garantir l'alignement des discussions avec les objectifs généraux du comité. Enfin, il a replacé le projet dans le contexte des activités du Comité, rappelant que cette réunion en présentiel constituait une occasion unique de transformer des années de réflexions conceptuelles en actions concrètes, et que le travail collectif permettrait de poser les bases d'un plan de travail durable et financé pour lutter efficacement contre les inégalités de santé.

SESSION 1 - LE RÔLE DES INSP DANS LE RENFORCEMENT DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS DES ACTEURS COMMUNAUTAIRES

Modérateur: Prof. Felix Rosenberg, directeur du Forum Itaboraí, Fondation Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), président du comité thématique « Inégalités sociales et inégalités en matière de santé publique » de l'IANPHI

La première session s'est ouverte avec la présentation par *le professeur Rosenberg* des résultats du projet « Diagnostic territorial multicentrique des inégalités sociales et des iniquités en santé par l'application de technologies sociales » mis en œuvre en 2024 en Argentine, au Mexique, en Colombie, au Salvador et au Paraguay. Le projet visait à promouvoir l'équité en matière de santé dans une perspective territoriale, en intégrant les systèmes de santé publique nationaux et locaux. Le professeur Rosenberg a expliqué que cette approche s'appuie sur un modèle conceptuel dans lequel le territoire n'est pas seulement une variable épidémiologique parmi d'autres, mais la base structurelle sur laquelle ses communautés ou ses habitants interagissent, révélant d'importantes inégalités sociales comme déterminants des inégalités en matière de santé, en fonction de la géographie et de la classe sociale. Il a plaidé en faveur d'interventions de santé publique ancrées dans les territoires et a souligné le rôle des instituts nationaux de santé publique dans le développement de réponses politiques adaptées aux contextes locaux. À la suite de sa présentation, *le Dr Laura Recoder*, de l'Institut national de santé publique (INSP) argentin au Centre national de diagnostic et de recherche sur les maladies endémiques (CENDIE/ANLIS), a présenté une étude de cas issue du projet multicentrique mené dans la localité de Dock Sud, une zone à forte vulnérabilité environnementale près de Buenos Aires. Le processus de diagnostic rapide participatif (DRP) a impliqué de multiples parties prenantes, notamment le gouvernement, le monde universitaire et des groupes communautaires, à travers des entretiens, des exercices de cartographie et des ateliers, et a produit des résultats concrets tels que des rapports gouvernementaux, des cartes analogiques et numériques, des sessions de formation et des actions de dépistages communautaires. Ces travaux ont permis non seulement de produire de nouvelles données locales en santé, mais aussi de renforcer l'engagement communautaire et d'influencer les politiques municipales de santé.

La discussion s'est ensuite orientée vers des réflexions plus générales des participants sur l'utilisation du DRP et de la cartographie participative, soulignant l'efficacité de ces outils pour mettre en lumière des problématiques de santé locales souvent absentes des enquêtes conventionnelles, et pour favoriser l'appropriation locale et la mobilisation des acteurs. Les DRP ont été présentés comme une alternative peu coûteuse aux enquêtes nationales, fournissant un retour d'information en temps réel aux communautés et garantissant la transparence et la légitimité des données sanitaires grâce à la validation communautaire. Ils constituent ainsi non seulement une innovation méthodologique, mais aussi une approche stratégique au service de l'équité.

Les participants ont identifié des stratégies locales pour lutter contre les inégalités en matière de santé :

1. **Repenser les indicateurs de réussite en santé publique**, en allant au-delà des indicateurs biomédicaux vers de nouveaux indicateurs qui reflètent le bien-être, l'équité et la transformation systémique, et **plaider en faveur de l'intégration de l'expertise en sciences sociales dans les institutions de santé publique**, car la prédominance des modèles cliniques limite souvent le champ d'action. Ces approches nécessitent des changements méthodologiques et institutionnels, notamment des réformes éducatives, un renforcement des capacités à long terme et une collaboration avec les communautés impliquées dans la recherche et la planification.
2. **Comblar le fossé entre les systèmes centralisés et les réalités locales**. Les INSP doivent soutenir les acteurs locaux par le biais de formations et de ressources, tout en jouant un rôle de **tout en**

jouant un rôle de coordination entre les besoins communautaires et les stratégies nationales. Cette perspective territoriale est essentielle pour comprendre comment les inégalités structurelles se manifestent différemment d'un endroit à l'autre, et comment les réponses localisées peuvent être plus efficaces lorsqu'elles sont co-crées avec les personnes les plus touchées.

3. **Relever les défis liés à l'inclusion et à la confiance**, en particulier dans les contextes où les pratiques participatives sont nouvelles ou où les déséquilibres de pouvoir entre les institutions et les communautés restent importants. La collaboration intersectorielle est un facteur de réussite important.

Tous les participants ont fait état de succès dans l'utilisation d'outils participatifs tels que la cartographie sanitaire et les diagnostics communautaires pour générer des données pertinentes et mobiliser des réponses conjointes. Cependant, il a également été reconnu que sans soutien structurel, tel que le financement, les mandats institutionnels et la volonté politique, ces pratiques risquent de devenir des projets isolés sans impact à long terme. Les participants ont appelé à la reconnaissance du diagnostic participatif comme outil d'autonomisation des communautés et de transformation des politiques, ainsi qu'à un engagement institutionnel plus fort en faveur de la justice sociale et environnementale et des investissements à long terme.

SESSION 2 – SÉCURITÉ ALIMENTAIRE ET NUTRITIONNELLE : COMMENT INTÉGRER LES INSTITUTS NATIONAUX DE SANTÉ PUBLIQUE AUX POLITIQUES INTERSECTORIELLES?

Modératrice : Dr Ivalda Macicame, directrice nationale des enquêtes et de l'observation sanitaire, Institut national de la santé du Mozambique

Dr Macicame fit une présentation sur le rôle essentiel des INSP dans la lutte contre l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, soulignant les disparités mondiales en matière de sous-alimentation et d'insécurité alimentaire, en particulier en Afrique et dans les pays à faible et moyen revenu, où le fardeau est le plus lourd et exacerbé par les conflits armés, le changement climatique et les défis économiques. Elle a ensuite présenté le modèle collaboratif du réseau des INSP des pays lusophones, qui vise à intégrer les INSP dans les conseils nationaux de sécurité alimentaire et nutritionnelle, à partager les bonnes pratiques et à surmonter les défis tels que la faiblesse des systèmes de surveillance et la fragmentation des données. Elle a conclu en proposant des stratégies permettant aux INSP de renforcer la sécurité alimentaire et nutritionnelle grâce à l'analyse des données, à l'orientation des politiques, à la coordination intersectorielle, au renforcement des capacités et à la promotion de l'équité.

À la suite de cette présentation, les participants ont proposé des recommandations concrètes qui pourraient être mises en œuvre pour intégrer les INSP dans les politiques intersectorielles de sécurité alimentaire et nutritionnelle :

1. **Élargir le rôle des NPHI en matière de nutrition**, au-delà de la prévention et du contrôle de l'obésité et des comportements individuels, afin de traiter la faim et l'insécurité alimentaire comme des priorités de santé publique. Les INSP doivent s'engager activement dans les commissions nationales et les organismes intersectoriels afin de briser les cloisonnements et de promouvoir la collaboration entre les secteurs de l'alimentation, de la santé et de l'environnement.
2. **Partager et promouvoir les bonnes pratiques** : tirer parti des modèles éprouvés, tels que le Nutri-Score en France, les repas scolaires gratuits en Angleterre et les approches communautaires au Québec, pour orienter les politiques et encourager la collaboration internationale. Se

concentrer sur l'adaptation des ressources existantes plutôt que sur la création de nouvelles solutions.

3. **Coordonner l'action à plusieurs niveaux** : au niveau local, utiliser des méthodes participatives pour créer des recommandations alimentaires adaptées à la culture, influencer l'offre alimentaire en limitant l'octroi de licences aux points de vente proposant des aliments malsains et soutenir les programmes communautaires de production alimentaire et de nutrition. Aux niveaux régional et national, s'attaquer aux problèmes structurels tels que la pauvreté et les inégalités, tout en plaidant en faveur de réglementations fondées sur des données probantes afin d'obtenir un soutien politique.
4. **Renforcer le suivi et la recherche** : évaluer régulièrement les interventions nutritionnelles à l'aide d'indicateurs tels que la sous-alimentation, l'insécurité alimentaire et les disparités socio-économiques. Développer la recherche sur l'impact du changement climatique sur les systèmes alimentaires et la qualité nutritionnelle afin d'éclairer les politiques.
5. **Lutter à la fois contre la sous-alimentation et l'obésité** en adaptant les stratégies aux réalités locales, en trouvant un équilibre entre l'amélioration de l'environnement alimentaire et les interventions visant à modifier les comportements individuels, et en reconnaissant le double fardeau que représentent la sous-alimentation et l'obésité.
6. **Lutter contre les déterminants commerciaux de la santé** : les INSP doivent renforcer leur capacité à contrer l'influence de l'industrie alimentaire sur la santé publique et utiliser des outils internationaux pour protéger les intérêts sanitaires. Renforcer la confiance du public en veillant à ce que la santé passe avant les profits des entreprises et en évaluant de manière critique les partenariats public-privé.
7. **Passer d'une approche comportementale à une approche structurelle** : coordonner les interventions structurelles et comportementales dans tous les secteurs, indépendamment des structures de financement. Les recommandations politiques doivent être flexibles afin de traiter efficacement tous les aspects de l'environnement alimentaire.
8. **Renforcer les capacités et les compétences** : investir dans la formation en nutrition dans tous les secteurs, tels que la santé publique, l'éducation et l'agriculture familiale. Les programmes intergénérationnels peuvent préserver les connaissances alimentaires et les compétences culinaires, favorisant ainsi des habitudes alimentaires durables.
9. **Considérer la production alimentaire comme une question de santé** : la planification de la santé publique doit tenir compte des pratiques agricoles, en particulier des produits agrochimiques et des pesticides. Soutenir les approches agroécologiques pour une population et une planète plus saine.
10. **Intégrer le climat et la durabilité** : les politiques et la recherche doivent établir un lien entre le changement climatique et la nutrition, en encourageant la collaboration entre le Nord et le Sud. Ce domaine offre des possibilités d'action commune et d'apprentissage mutuel.
11. **Améliorer les stratégies de communication** : adapter les messages afin qu'ils trouvent un écho auprès de divers groupes et promouvoir les pratiques alimentaires traditionnelles en tant que patrimoine culturel et nutritionnel. Une communication efficace crée une dynamique et un sentiment d'appropriation collective en faveur de systèmes alimentaires plus sains.

SESSION 3 - LE RÔLE DES INSP DANS LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS DE DES CAPACITÉS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR FAIRE FACE AUX INÉGALITÉS SOCIALES, ÉCONOMIQUES ET ENVIRONNEMENTALES EN TANT QUE DÉTERMINANTS DES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Modérateur : Dr Bernardo Hernandez Prado, doyen de l'École de santé publique, Institut national de la santé du Mexique

Durant son exposé introductif, le Dr Hernandez Prado a déclaré que la disponibilité d'une main-d'œuvre adéquate dans le domaine de la santé publique (sur le plan qualitatif et quantitatif) est probablement l'une des inégalités les plus frappantes entre les pays et les régions du monde. On prévoit une pénurie de 11 millions de professionnels de la santé d'ici 2030, principalement dans les pays à revenu faible et intermédiaire inférieur, en raison notamment du sous-investissement chronique dans l'éducation et la formation des professionnels de la santé et de l'inadéquation entre l'éducation, les systèmes de santé et les besoins de la population. Bien que des travaux aient été menés pour définir les compétences requises pour le personnel de santé publique, il est nécessaire de préciser davantage les compétences requises pour lutter contre les inégalités en tant que déterminants des disparités en matière de santé.

Selon le Dr Hernandez Prado, les estimations prospectives de l'offre et de la demande de ressources sanitaires, la formation interprofessionnelle axée sur la responsabilité sociale, y compris le travail communautaire, l'éducation et la recherche, et l'utilisation de nouveaux modèles éducatifs sont des aspects essentiels du renforcement des capacités pour traiter les questions de santé.

La session s'est ensuite orientée vers la description par les participants de leurs expériences et des défis rencontrés en matière de besoins et de formation de la main-d'œuvre. Un appel a été lancé pour essayer de se concentrer sur le renforcement des capacités de la main-d'œuvre afin de lutter contre les inégalités sociales, économiques et environnementales en tant que déterminants des inégalités en matière de santé, et sur le rôle que les INSP devraient jouer. Sur cette base, certaines propositions d'action ont été avancées afin de recentrer l'attention sur l'équité :

1. **Redéfinir la définition de la main-d'œuvre en santé publique** : mettre l'accent sur les approches interdisciplinaires et multisectorielles (par exemple, l'inclusion de professionnels des services sociaux, de l'éducation, de l'urbanisme), souligner la nécessité d'une représentation diversifiée, d'une expérience vécue et de compétences antiracistes/culturelles, explicitement liées à la capacité de s'attaquer aux causes profondes des inégalités, et faire référence aux soins de santé primaires comme mécanisme d'équité, en attirant l'attention sur l'accès de premier niveau et le gradient social. Cette redéfinition permet de garantir que le renforcement des capacités ne se limite pas aux compétences techniques, mais vise également à doter le personnel de la capacité de comprendre les inégalités et d'agir en conséquence.
2. **Définir les compétences qui ciblent directement les inégalités** : inclure l'analyse politique, l'organisation et la couverture des systèmes de santé, la communication stratégique et l'engagement communautaire parmi les compétences essentielles liées à l'équité, et appeler à l'alignement entre la formation et les besoins réels des systèmes de santé publique, en tenant compte du contexte des déterminants sociaux de la santé dans des lieux spécifiques. Ces ajouts déplacent l'accent mis sur la formation générique en santé publique vers les capacités qui soutiennent directement l'action contre les inégalités sociales, économiques et environnementales.
3. **Renforcer le rôle des INSP dans la formation axée sur l'équité** : bien qu'il existe une hétérogénéité importante dans les mandats et les activités des différents INSP il est nécessaire de reconnaître que les INSP ne supervisent peut-être pas officiellement la formation, mais peuvent influencer, soutenir et garantir la qualité, avec une perspective claire en matière d'équité, et considérer les détachements, le mentorat et l'apprentissage entre pairs comme des outils flexibles pour l'apprentissage appliqué de l'équité. Cela réaffirme la responsabilité plus large des INSP dans la

promotion du développement de la main-d'œuvre pour l'équité, non seulement par le biais de mandats de formation directe, mais aussi en donnant l'exemple des meilleures pratiques et en offrant des possibilités de formation et de développement professionnel continu à leur personnel, voire des formations à des organisations externes.

4. **Les INSP en tant que catalyseurs structurels de l'équité** : les INSP sont bien placées pour appeler à un investissement multidisciplinaire à long terme dans la formation qui s'attaque aux causes profondes des inégalités, et pour soutenir l'institutionnalisation des écoles de santé publique en mettant clairement l'accent sur l'équité et la durabilité. Ces approches structurelles contribueront à garantir que l'équité ne soit pas un ajout, mais qu'elle soit intégrée dans la manière dont le système soutient la main-d'œuvre.
5. **Orientations futures dans une perspective d'équité** : Afin de réduire les inégalités en matière de santé, il est nécessaire de mettre l'accent sur la formation comme levier de changement à long terme : les stagiaires d'aujourd'hui sont les leaders de l'équité de demain, ce qui souligne la nécessité d'intégrer les déterminants sociaux de la santé dans les programmes d'études de base et de promouvoir des communautés de pratique intersectorielles, impliquant en particulier les professionnels marginalisés, et d'inclure des compétences fondamentales telles que l'humilité épistémique, l'écoute et la culture politique, qui sont essentielles pour le travail en faveur de l'équité. Cela renforce l'idée que la transformation de la santé publique vers l'équité nécessite un changement plus profond dans les mentalités, les compétences et les structures.

SESSION 4 – CONSTRUIRE LA CONFIANCE, COMBLER LES FRACTURES : SOUTENIR LES INSP DANS UNE COMMUNICATION PUBLIQUE ÉQUITABLE ET EFFICACES

Co-moderé par : Jalpa Shah (Santé Publique France), Giri Shankar (Public Health Wales)

Giri Shankar a ouvert la session en soulignant l'importance d'une communication équitable en matière de santé publique, en particulier dans un contexte de désinformation croissante et de divisions sociales. Il a expliqué que les INSP doivent être des sources fiables d'informations précises et opportunes, en particulier en période de crise. Une communication équitable doit être accessible à tous les segments de la population, y compris les groupes marginalisés, et adaptée afin de permettre aux communautés de prendre des mesures significatives. Il a souligné que la communication en matière de santé doit non seulement informer, mais aussi promouvoir la littératie en santé, instaurer la confiance et veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte.

Jalpa Shah a ensuite présenté une étude de cas française, élaborée avec *Stéphanie Vandentorren*, sur la coproduction de communications relatives à la COVID-19 destinées aux populations marginalisées, en particulier les personnes sans domicile fixe. Cette initiative, qui s'est déroulée de 2021 à 2023, a donné lieu à la publication de 22 bulletins d'information et est devenue une source d'information fiable, largement diffusée par courrier électronique, WhatsApp, documents imprimés et réseaux sociaux. Elle a également influencé les discussions politiques, en mettant en évidence les obstacles structurels tels que les exigences en matière d'adresse dans les systèmes de vaccination. Elle a conclu en soulignant l'intérêt de la coproduction pour combler le fossé entre les secteurs sanitaire et social, tout en notant les difficultés liées à l'évaluation de l'impact de la communication, compte tenu de la diffusion de plus en plus répandue de l'information en ligne par des canaux privés (par exemple WhatsApp) et de la lutte contre la désinformation.

Les messages clés suivants ont ensuite émergé de la discussion qui a suivi avec les participants :

1. **Les INSP doivent montrer la voie en élaborant des messages fondés sur des preuves**, en créant des outils et des plateformes de communication, en coordonnant les réponses stratégiques à la désinformation, en promouvant des réseaux collaboratifs qui favorisent la diffusion

d'informations fiables sur la santé et en garantissant l'utilisation efficace des ressources. Les fausses informations doivent être rapidement contrées par des faits fondés sur des preuves. Les INSP ont la responsabilité de veiller activement à ce que leurs communications ne perpétuent ni n'aggravent les inégalités existantes en matière de santé. Une approche efficace consiste à élaborer des communications qui abordent et remettent en question la discrimination structurelle et les déséquilibres de pouvoir, en veillant à ce que les communautés marginalisées aient leur mot à dire, par exemple par le biais de la coproduction, de l'engagement communautaire, d'approches communautaires, etc.

2. **Importance de la coproduction** : une communication efficace en matière de santé publique nécessite une véritable collaboration avec les communautés, fondée sur la confiance. Ces relations, cultivées en dehors des périodes de crise et entretenues au fil du temps, permettent une mobilisation rapide en cas de crise et favorisent la résilience des communautés. La suppression des barrières bureaucratiques et la mise en place de réseaux ascendants contribuent également à garantir la pertinence de la communication, en particulier pour les groupes marginalisés qui peuvent ne pas accorder la priorité à certaines questions de santé, compte tenu des besoins urgents et fondamentaux qui dominent leur vie quotidienne.
3. **Garantir l'engagement de la communauté** : Écouter les communautés et reconnaître les incertitudes est tout aussi important que de partager des informations fondées sur des preuves. Il est également essentiel d'établir des voies efficaces pour développer une compréhension commune, tout comme il est important de reconnaître et de traiter les dynamiques de pouvoir entre les institutions et les communautés. Chacun de ces éléments contribue à instaurer la confiance et à garantir que les messages sont reçus et compris comme prévu. De plus, il faut veiller à ce que les messages ne renforcent pas la stigmatisation des groupes déjà marginalisés.
4. **Avantages des approches communautaires** : les stratégies ascendantes impliquant les dirigeants locaux et des intermédiaires de confiance se sont avérées plus efficaces que la communication centralisée seule. Il est essentiel d'aligner la communication sur les valeurs et les nuances culturelles de la communauté.
5. **Sensibilité au contexte** : les messages de santé publique doivent aller au-delà de l'exactitude technique pour s'attaquer aux obstacles structurels tels que les barrières linguistiques, la stigmatisation, la discrimination et la marginalisation. Il est essentiel de s'attaquer directement à ces obstacles pour améliorer l'équité en matière de santé et garantir que les messages atteignent et trouvent un écho auprès de tous les segments de la population.
6. **Communication rapide et fiable, en particulier lors d'urgences de santé publique** : la rapidité ne doit pas se faire au détriment de la confiance, les messages doivent être soigneusement programmés et adaptés à la culture locale afin de ne pas paraître condescendants ou trop normatifs. Pour lutter contre la mésinformation et la désinformation, les communicateurs doivent anticiper les types de mésinformations susceptibles d'apparaître et planifier en conséquence.
7. **Tensions entre les autorités locales et centrales** : des messages incohérents peuvent nuire à la confiance et à l'efficacité. La fragmentation des informations sanitaires non seulement sème la confusion parmi les professionnels de santé et les travailleurs de terrain, mais érode également la confiance des populations marginalisées, en particulier celles qui ont une connaissance limitée des questions de santé.
8. **Formation et renforcement des capacités** : il est essentiel de former les professionnels de la santé publique aux techniques de communication et d'intégrer des experts en communication, notamment des étudiants et des spécialistes en sciences sociales, dans les équipes. De même, les communicateurs doivent être formés aux principes de santé publique et aux cadres d'équité afin de garantir que les messages servent l'ensemble de la population. Les institutions

nationales de santé publique sont encouragées à adopter des stratégies numériques plus proactives afin d'atteindre des publics diversifiés.

9. **Placer l'équité au cœur des messages** : les niveaux de connaissances en matière de santé, les croyances culturelles et la diversité linguistique doivent tous être pris en compte lors de la conception et de la diffusion des communications de santé publique.

SESSION 5 - LE RÔLE DES SYSTÈMES NATIONAUX D'INFORMATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LA PROMOTION DE L'INTÉGRATION SYSTÉMATIQUE D'INDICATEURS GÉOGRAPHIQUES ET D'INÉGALITÉ.

Co-modéré par : Andrew Hayward (UKHSA), Stéphanie Vandentorren (Santé Publique France)

La session s'est concentrée sur la manière dont les indicateurs d'inégalité en matière de santé peuvent être rendus plus significatifs et exploitables, en particulier pour les acteurs locaux et les populations marginalisées.

Andrew Hayward a souligné l'importance d'utiliser les données sur l'équité en matière de santé pour prendre des décisions exploitables, et pas seulement pour établir des rapports. Au Royaume-Uni, malgré la richesse des données et des outils interactifs tels que Fingertips et Health Inequalities Dashboard, il existe toujours un écart entre les données et leur impact. Il a insisté sur la nécessité de disposer de données simples et ciblées, d'une meilleure visualisation des données et de l'inclusion des groupes socialement exclus (par exemple, le sans-abri, les migrants) qui sont souvent invisibles dans les ensembles de données courants.

Stéphanie Vandentorren a présenté le point de vue français, où les données sociales sont rares, ce qui limite la capacité de réponse lors de crises telles que celle du COVID-19. La France intègre désormais systématiquement les principaux déterminants sociaux (par exemple, le logement, l'emploi, l'origine) dans les enquêtes nationales. Elle a souligné le passage de l'utilisation d'indices composites de privation à des indicateurs structurels plus spécifiques afin de mieux éclairer les politiques et les interventions. Des études de cas sur les vagues de chaleur et la tuberculose ont montré comment le fait de se concentrer sur les conditions de logement (surpeuplement, mauvaise ventilation) plutôt que sur des indices généraux a permis de mieux orienter les mesures de santé publique ciblées et efficaces. Elle a souligné la nécessité de la formation, de la clarté méthodologique et de la collaboration entre les communautés pour transformer les données sociales en changement systémique.

Quelques recommandations clés ont ensuite été formulées lors des discussions avec les participants :

1. **Aller au-delà de la simple description des inégalités pour utiliser des indicateurs afin de les combattre**, en se posant la question de savoir si la priorité doit être de générer davantage d'indicateurs ou de traduire les données existantes en actions concrètes. Des inquiétudes ont été exprimées concernant les efforts répétés de collecte de données qui ne parviennent pas à influencer les politiques ou la prestation de services, mais il a également été reconnu que des indicateurs solides et transparents sont des outils essentiels pour la responsabilité, la planification et l'engagement communautaire, en particulier lorsqu'ils sont conçus avec des objectifs clairs et des populations cibles à l'esprit.
2. **La valeur des données granulaires et à petite échelle pour révéler les inégalités locales** et soutenir des interventions ciblées, tout en reconnaissant les défis éthiques et pratiques liés à la confidentialité lors du traitement de données hautement désagrégées. Recadrer les données spatiales en se concentrant moins sur la cartographie spécifique à une maladie et davantage sur l'analyse des fragilités structurelles et environnementales qui sous-tendent les disparités en matière de santé, afin de soutenir des stratégies de santé publique proactives qui s'attaquent aux causes profondes plutôt qu'aux symptômes.

3. **Importance de coproduire des indicateurs avec les communautés touchées par les inégalités.** Utilisation de la recherche qualitative avec les agents de santé locaux pour repenser les tableaux de bord afin qu'ils soutiennent mieux la prise de décision. Nécessité de diversifier les approches de collecte de données et d'impliquer les communautés depuis la planification jusqu'à l'interprétation.
4. **Améliorer la maîtrise des données**, en particulier au niveau local, afin de garantir que les indicateurs sont compris et utilisés efficacement, car les mesures des inégalités ont tendance à être plus complexes que les données sanitaires traditionnelles.
5. **Aller au-delà des sources de données conventionnelles**, par exemple les bases de données des centres antipoison, l'analyse des eaux usées et les inventaires des actifs communautaires, qui peuvent offrir des informations opportunes et spécifiques au contexte, souvent négligées dans la surveillance de routine. Les dimensions éthiques et politiques de la production de données sont une préoccupation majeure, en particulier le phénomène de « génocide statistique », où les groupes marginalisés sont rendus invisibles par leur absence dans les statistiques officielles ou leur dilution dans les indices moyens, ce qui a un impact sur leurs droits et leur accès aux ressources. Cela montre le rôle des données dans la mise en évidence des problèmes invisibles et l'amplification des voix exclues.
6. **Intégrer des garanties éthiques tout au long du processus d'élaboration des indicateurs et de reporting afin d'éviter des résultats indésirables, en prêtant attention à l'utilisation abusive des données, qui ne sont jamais neutres et peuvent être utilisées comme une arme pour stigmatiser ou justifier des politiques néfastes.**

Dans l'ensemble, les participants ont appelé à un changement de paradigme vers des indicateurs coproduits et adaptés au contexte, qui reflètent les réalités vécues et servent d'outils non seulement pour la mesure, mais aussi pour le plaidoyer, la collaboration et un changement significatif.

SESSION 6 - COMMENT RENFORCER LES CAPACITÉS ET LA RECONNAISSANCE DU RÔLE DES INSP DANS LES EFFORTS ET PROJETS INTERSECTORIELS VISANT À LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

Co-modéré par : Beth Jackson (Agence de la santé publique du Canada), Marianne Jacques (Centre national de collaboration en politiques publiques et santé, Institut national de santé publique du Québec)

Au cours de cette discussion riche et multiforme, *Marianne Jacques* et *Beth Jackson* ont exploré le rôle des INSP dans la promotion de l'action intersectorielle visant à lutter contre les inégalités en matière de santé et à agir sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et structurels de la santé, en s'appuyant sur les quatre piliers de l'OMS, à savoir la gouvernance, le leadership, les méthodes de travail et les ressources, comme cadre pour renforcer la capacité des INSP à agir de manière intersectorielle.

Beth Jackson a expliqué que les cadres de référence en matière de bien-être, tels que le Cadre de référence sur la qualité de vie du Canada, ouvrent de nouvelles perspectives pour la collaboration intersectorielle en fournissant un langage et des objectifs communs qui transcendent les cloisonnements traditionnels dans le domaine de la santé. Elle a également souligné l'importance de mettre ces principes en pratique en intégrant l'équité, l'engagement et les données probantes dans les fonctions essentielles de la santé publique, et en positionnant l'Agence de la santé publique du Canada non seulement comme un conseiller, mais aussi comme un catalyseur de changement au niveau des systèmes dans les environnements politiques axés sur le bien-être de la population.

Marianne Jacques a ensuite présenté le Réseau canadien pour la santé dans toutes les politiques, créé pour favoriser la collaboration intersectorielle et l'apprentissage entre pairs parmi les professionnels de la santé publique à travers le Canada. Bien que de nombreuses personnes travaillent à la réalisation d'objectifs similaires, leurs efforts restent souvent cloisonnés. En facilitant le partage des connaissances, ce réseau vise à soutenir les structures de gouvernance qui favorisent des approches holistiques et collaboratives en matière de santé et de bien-être.

Les discussions avec les participants ont conclu que les progrès dépendent de modèles institutionnels qui placent l'équité et la collaboration au cœur des fonctions fondamentales de la santé publique. Dans ce contexte, il est nécessaire de soutenir fermement les réseaux professionnels capables de surmonter les impasses et les conflits qui surviennent lorsque les responsabilités et les priorités en matière de santé publique divergent entre les agences aux niveaux national, régional et local. Ces réseaux sont essentiels pour favoriser l'harmonisation et résoudre les tensions qui peuvent entraver les progrès. Cela rejoint également les réflexions critiques du groupe sur le leadership, l'autonomie et des concepts tels que la « résilience » et la « santé dans toutes les politiques », soulignant que ces termes doivent être utilisés avec prudence afin d'éviter de renforcer les limitations structurelles. La discussion a également révélé la tension entre l'autonomie des institutions nationales de santé publique et leur dépendance vis-à-vis du financement ou des mandats gouvernementaux, soulignant la nécessité d'un cadre plus clair et plus favorable qui équilibre l'indépendance et l'efficacité dans le leadership en matière de santé publique.

Les points clés suivants ont également émergé des discussions :

- Importance de fixer des objectifs réalistes pour réduire les inégalités en matière de santé et nécessité d'une infrastructure de données solide pour orienter les politiques.
- Le rôle du leadership informel et formel, les changements culturels au sein des institutions et le potentiel des outils de diagnostic pour renforcer la collaboration.
- La nécessité d'un plaidoyer plus fort au sein des institutions de santé publique et d'une responsabilisation axée sur une collaboration à long terme et orientée vers les processus.
- L'absence de stratégies nationales globales en matière d'inégalités en matière de santé constitue une lacune importante.

Certaines stratégies suggérées comprenaient :

- Renforcer les actions intersectorielles locales.
- Impliquer des représentants d'autres secteurs dans la gouvernance.
- Le maintien de l'indépendance institutionnelle grâce à un leadership résilient capable de naviguer dans les changements politiques.
- Promouvoir une législation moderne en matière de santé publique.

La session s'est conclue par une réflexion sur l'importance de créer une dynamique intersectorielle au sein des instituts grâce à des comités associant des parties prenantes internes et externes.

DÉBAT EN PLÉNIÈRE – CONCLUSIONS ET PROCHAINES ÉTAPES POUR LE COMITÉ THÉMATIQUE DE L'IANPHI SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES ET LA SANTÉ PUBLIQUE

Modérateur : Felix Rosenberg (FIOCRUZ), président du comité thématique de l'IANPHI sur les inégalités sociales et de santé publique

Conclusions générales et recommandations concernant les inégalités en matière de santé en tant que question centrale dans les INSP

Les discussions ont permis aux participants d'identifier différents mécanismes par lesquels les INSP peuvent contribuer à réduire les inégalités en matière de santé, notamment ceux énumérés ci-dessous :

- **Placer les inégalités en matière de santé au cœur des préoccupations institutionnelles et éviter l'isolement des travaux sur l'équité au sein des instituts** : les inégalités en matière de santé sont souvent isolées dans des unités spécialisées et ne sont pas intégrées dans les INSP ce qui risque de les marginaliser et de limiter leur impact. Plaider en faveur de l'intégration des inégalités en matière de santé dans tous les programmes des instituts plutôt que de les isoler. Partager largement les connaissances et soutenir ceux qui travaillent sur les inégalités afin d'éviter l'isolement.
- **Mettre l'accent sur l'action et la collaboration intersectorielle** : de nombreuses institutions nationales de santé publique mènent des études sur l'impact des différents types d'inégalités sociales et économiques sur les inégalités en matière de santé. Des mesures concrètes sont nécessaires pour agir efficacement afin de réduire ces inégalités. Les institutions nationales de santé publique devraient également s'impliquer dans la collaboration intersectorielle, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'agriculture, du développement environnemental et du logement, entre autres.
- **Évaluer les positions institutionnelles actuelles** : les instituts varient considérablement en termes de mandat, de capacité et de maturité en matière d'équité en santé. L'adaptation des objectifs et des calendriers tient compte de ces différences, garantit des attentes réalistes et favorise des progrès progressifs sans décourager les instituts moins avancés.
- **Tirer parti des ressources existantes et des meilleures pratiques**, y compris les travaux sur les inégalités dans d'autres programmes institutionnels au sein des INSP.
- **Fixer des objectifs réalistes** : les instituts nationaux varient considérablement ; les interventions doivent être adaptables et les objectifs réalistes afin de garantir des progrès efficaces.
- **Rendre obligatoires les évaluations d'impact sur l'équité en matière de santé** pour les activités institutionnelles (par exemple, les activités de promotion de la santé, le renforcement des capacités, la formation ou la recherche), afin de promouvoir la responsabilité et un changement mesurable.
- **Une analyse de l'équité est essentielle à la validité scientifique** afin de renforcer son acceptation parmi les chercheurs. Cela positionne l'équité non seulement comme un impératif moral, mais aussi comme un facteur essentiel pour obtenir des résultats crédibles et efficaces en matière de santé publique.
- **Impliquer les communautés dans leurs priorités afin de garantir des interventions plus pertinentes, mieux acceptées et plus efficaces**. Ignorer les préoccupations locales crée un risque de solutions inefficaces et de gaspillage des ressources. L'utilisation d'outils de

technologie sociale est nécessaire pour écouter et travailler sur les préoccupations et les priorités des communautés.

- **Les agents de santé de première ligne sont essentiels pour mettre en œuvre efficacement les initiatives en matière d'équité.** La participation des agents de soins de santé primaires aux études et pratiques locales permet de retrouver l'esprit initial de la Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé, ce qui permet un engagement profond de la communauté dans un diagnostic territorial rapide et des solutions réalisables pour réduire les inégalités en matière de santé.

Actions concrètes pour le comité

- **Renforcer le comité en tant que communauté de soutien**, en encourageant les interactions régulières, la dynamique et l'action collective, afin d'étendre l'influence du comité et le partage des connaissances.
- **Organiser des réunions virtuelles trimestrielles** pour maintenir l'engagement, partager régulièrement des informations actualisées et produire des orientations à l'intention des décideurs politiques et du public.
- **Élaborer un plan d'action concret** pour les activités du comité et sur la manière d'intégrer les inégalités en matière de santé dans les structures et projets institutionnels existants.
- **Organiser des groupes de soutien plus petits, régionaux ou contextuellement similaires**, afin de traiter efficacement les divers contextes spécifiques à chaque pays et de favoriser le soutien mutuel.
- **Rédiger un bref document de synthèse afin d'impliquer les directeurs** des instituts, au moment où les objectifs du comité arriveront à maturité, pour un impact plus important.
- **Veiller à ce que l'équité soit intégrée dans tous les plans de travail des comités thématiques de l'IANPHI**, organiser des réunions conjointes pour harmoniser les stratégies.
- **Veiller à ce que l'équité soit intégrée dans tous les projets, ainsi que dans les principaux cadres et outils institutionnels**, tels que le cadre de l'IANPHI pour la création et le développement d'instituts nationaux de santé publique.
- **Créer une communauté de pratique**, développer une plateforme pour partager les meilleures pratiques, les références et les outils permettant d'intégrer l'équité en matière de santé.
- **Cartographier et exploiter les ressources existantes**, en demandant à chaque institut de rendre compte de la manière dont l'équité est structurée et organisée afin d'éclairer l'amélioration collective au moyen d'un questionnaire dirigé par un comité.

ANNEXE I : PARTICIPANTS

Pays	Nom	Institut / Organisation	Fonction
Argentine	Laura Recoder	National Center for Diagnosis and Research in Endemic Epidemics (CENDIE) - ANLIS-Malbran	Chercheuse
ASPHER	Alison Mc Callum	Association of Schools of Public Health in (WHO) European Region (ASPHER)	Professeure invitée (honoraire) en santé publique, Centre for Population Health Sciences, Usher Institute, Université d'Édimbourg.
Autriche	Marion Weigl	Austrian National Public Health Institute (GÖG)	Chef du département Santé, société et équité
Belgique	Aline Scohy	Sciensano	Chercheuse et chef de projet
Brésil	Felix Rosenberg	Oswaldo Cruz Foundation (FIOCRUZ)	Directeur du Forum Itaboraí
Burkina Faso	Seydou Barro	Institut National de santé publique du Burkina Faso	Directeur de l'institut
Cambodge	Vannarah Te	National Institute of Public Health	Coordinateur du programme de doctorat
Canada	Beth Jackson	Public Health Agency of Canada	Directrice et conseillère scientifique principale à la Division des politiques en matière d'équité en santé
France	Anne-Catherine Viso	Santé Publique France	Directrice de la Division scientifique et internationale
France	Jalpa Shah	Santé Publique France	Chargée de recherche pour le programme Inégalités sociales et territoriales en santé
France	Stéphanie Vandentorren	Santé Publique France	Coordinatrice des activités de suivi, de surveillance, de prévention et d'intervention
Allemagne	Digo Chakraverty	Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG)	Responsable scientifique
Allemagne	Julia Waldhauer	Robert Koch Institute	Chercheuse au département des déterminants sociaux de la santé
IANPHI	Ines Ferrer y Fernandez	IANPHI	Coordinatrice de projet
IANPHI	Marie Le Roy	IANPHI	Responsable de programme
IANPHI	Sarah Fernandes	IANPHI	Responsable des événements et des projets
IANPHI	Yi Shang	IANPHI	Assistante de projet et de programme
Irlande	Roger O'Sullivan	Institute of Public Health in Ireland	Directeur de la recherche sur le vieillissement
Italie	Ornella Punzo	Istituto Superiore di Sanità	Chercheuse principale
Jordanie	Ala'a B. Al-Tammemi	Jordan Center for Disease Control	Directeur de la recherche, de la politique sanitaire et de la formation

Kenya	Sophia Michael	Kenya National Public Health Institute (KNPHI)	Santé communautaire et intelligence sociale
Mexique	Bernardo Hernández Prado	National Institute of Public Health of Mexico	Doyen de l'École de santé publique du Mexique
Mozambique	Ivalda Macicame	National Institute of Health	Directrice nationale des enquêtes et de l'observation sanitaire
Québec	Marianne Jacques	National Collaborating Centre for Healthy Public Policy and Institut national de santé publique du Québec	Responsable scientifique du Centre national de collaboration en politiques publiques et santé (CNCPPS)
Québec	Olivier Bellefleur	Institut national de santé publique du Québec	Chef de l'Unité scientifique des produits et substances psychoactifs
Serbie	Milena Vasic	Institute of Public Health of Serbia Dr Milan Jovanovic Batut	Chef du département de la recherche scientifique et de la coordination des projets
Royaume-Uni Angleterre	Andrew Hayward	UK Health Security Agency (UKHSA)	
Royaume-Uni Angleterre	Noor Saeed	UK Health Security Agency (UKHSA)	Responsable du renseignement sur l'équité en matière de santé
Royaume-Uni Écosse	Rishma Maini	Public Health Scotland	Consultante en médecine de santé publique
Royaume-Uni Pays de Galles	Giri Shankar	Public Health Wales	Directeur de la protection de la santé

ANNEXE II : ORDRE DU JOUR

Jour 1 – Mercredi 11 juin		
8 h 30 – 9 h	Accueil et inscription	
9 h – 12 h (Pause café de 30 minutes à 10 h 45)	<p><u>Session 1</u></p> <p>Le rôle des institutions nationales de santé publique dans la promotion des soins de santé primaires et le développement des capacités des travailleurs communautaires.</p> <p>Présentation sur « La mise en œuvre d'outils de technologie sociale pour identifier les populations fragiles/vulnérables et élaborer des propositions impliquant la communauté (projet dans 5 pays d'Amérique latine) ».</p>	Président : Felix Rosenberg (Fiocruz)
12 h 00 – 13 h 00	PAUSE DÉJEUNER	
13 h – 14 h 45	<p><u>Session 2</u></p> <p>Sécurité alimentaire et nutritionnelle : comment intégrer les politiques nationales de santé publique dans les politiques intersectorielles de sécurité alimentaire et nutritionnelle ? (Le modèle RINSP/CPLP).</p>	Présidente : Ivalda Macicame (Institut national de la santé du Mozambique)
14 h 45 – 15 h 15	PAUSE CAFÉ	
15 h 15 – 17 h	<p><u>Session 3</u></p> <p>Le rôle des institutions nationales de santé publique dans le renforcement des capacités de la main-d'œuvre pour faire face aux inégalités sociales, économiques et environnementales en tant que déterminants des inégalités en matière de santé</p>	Président : Bernardo Hernandez Prado (Instituto Nacional de Salud Publica Mexico)
Jour 2 – Jeudi 12 juin		
8 h 00 – 9 h 45	<p><u>Session 4</u></p> <p>Instaurer la confiance, combler les fossés : soutenir les institutions nationales de santé publique dans une communication équitable et efficace en matière de santé publique</p>	Coprésidents : Jalpa Shah (Santé Publique France), Giri Shankar (Public Health Wales)
9 h 45 – 10 h 15	PAUSE CAFÉ	
10 h 15 – 12 h	<p><u>Session 5</u></p> <p>Le rôle des institutions nationales de santé publique dans la promotion de l'intégration systématique d'indicateurs géographiques et d'inégalités.</p>	Coprésidents : Andrew Hayward (UKHSA), Stéphanie Vandentorren (Santé Publique France)
12 h 00 – 13 h 00	PAUSE DÉJEUNER	
13 h 00 – 16 h	<u>Session 6</u>	

<i>Avec une pause café de 14 h 45 à 15 h 15</i>	Comment renforcer les capacités et la reconnaissance du rôle des ISSP dans les efforts et les projets intersectoriels visant à lutter contre les inégalités en matière de santé et de bien-être	Coprésidentes : Beth Jackson (Agence de la santé publique du Canada), Marianne Jacques (Centre national de collaboration en politiques publiques et santé et Institut national de santé publique du Québec)
Jour 3 – Vendredi 13 juin		
9 h à 12 h 30 (Pause-café de 30 minutes à 10 h 45)	<u>Discussion plénière :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Projet de recommandations • Plan d'action du comité visant à réviser les recommandations et à soutenir et promouvoir leur mise en œuvre par les instituts membres de l'IANPHI • Alternatives pour la publication des résultats de l'atelier 	Président : Felix Rosenberg (FIOCRUZ)
12h30	DÉJEUNER	