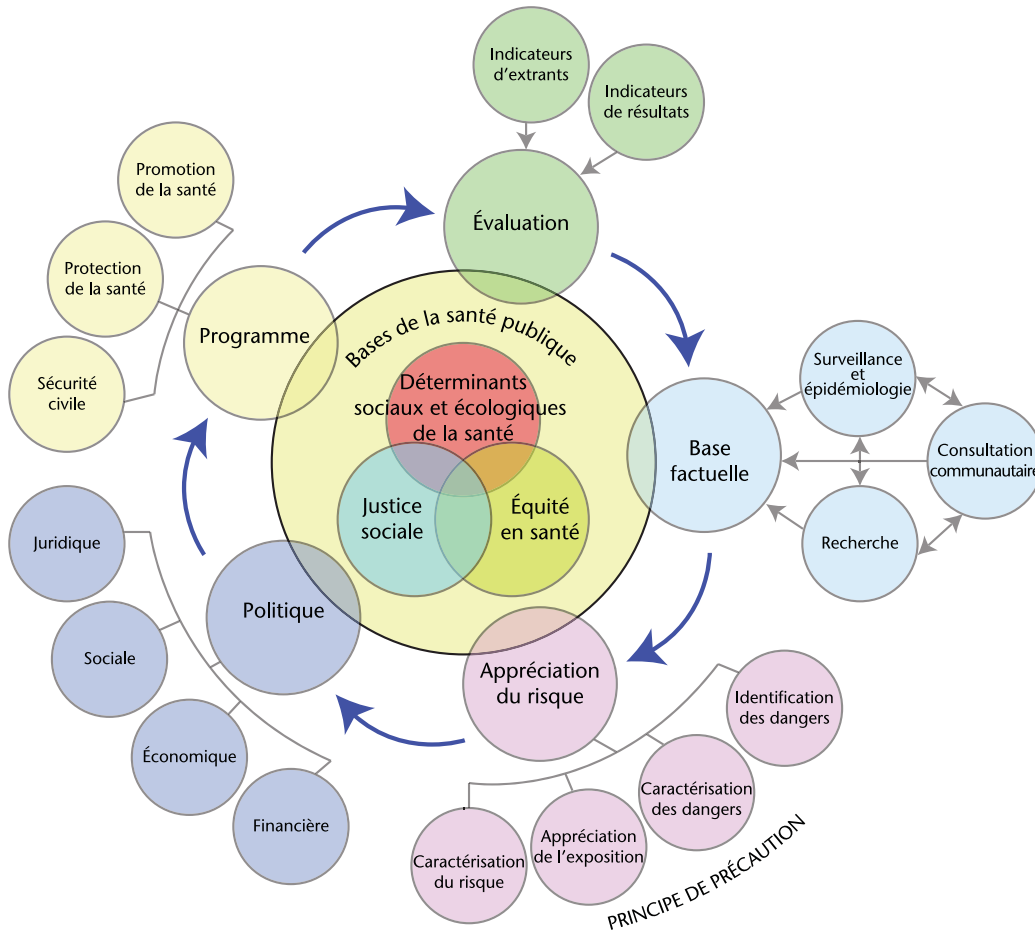




CPHA ACSP

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION
ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE

Document de travail de l'Association canadienne de santé publique



La santé publique :

Un cadre conceptuel

DEUXIÈME ÉDITION

Mars 2017

Fondée en 1910, l'Association canadienne de santé publique (ACSP) est la voix indépendante de la santé publique au Canada et entretient des liens avec la communauté nationale et internationale. Seule organisation non gouvernementale canadienne à se consacrer exclusivement à la santé publique, elle est idéalement placée pour conseiller les décideurs à propos des politiques pour la santé et orienter les initiatives visant à protéger la santé individuelle et collective au Canada et dans le monde.

L'ACSP est une association mutuelle bénévole nationale sans but lucratif. Ses membres croient à l'accès universel et équitable aux conditions de base nécessaires pour parvenir à la santé pour tous.

Copyright © 2016

L'Association canadienne de santé publique

L'autorisation est accordée uniquement pour une reproduction à des fins non-commerciales.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec:

L'Association canadienne de santé publique

1525, avenue Carling, bureau 404, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Téléphone : 613-725-3769

Télécopieur : 613-725-9826

Courriel : info@cpha.ca

www.cpha.ca

PRÉFACE

Les professionnels de la santé parlent souvent d'étudier un enjeu dans une « perspective de santé publique » ou « dans une optique de santé publique », mais cette notion n'est pas clairement définie. Le présent document est un premier effort pour définir ce qu'est une perspective, une optique ou une démarche de santé publique. Nous le soumettons à votre réflexion, et votre rétroaction serait appréciée. Tous les commentaires seront étudiés et pourraient être intégrés dans les versions futures de ce qui, nous l'espérons, deviendra un document « évolutif ». Les commentaires peuvent être adressés par courriel à : policy@cpha.ca.

L'élaboration du présent document a commencé quand nous avons tenté de définir ce qu'est une « démarche de santé publique » durant la préparation d'un document de travail de l'Association intitulé *Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales*. Le conseil d'administration de l'ACSP a ensuite demandé que l'on fasse un effort plus soutenu pour produire un document de synthèse qui décrive les principes et les pratiques à la base des activités de santé publique. Des stagiaires travaillant à l'ACSP ont donc élaboré un premier manuscrit, qui a fait l'objet d'un long processus d'examen à l'interne. Le manuscrit a ensuite été examiné par des professionnels de la santé publique qui appuient bénévolement les activités de l'ACSP. Le fruit de ces efforts a finalement été examiné, révisé et approuvé par notre c.a. à titre de document évolutif. Les administrateurs et le personnel de l'ACSP remercient les personnes qui ont participé à l'élaboration de cette première édition de *La santé publique : un cadre conceptuel*.

BUT

Le présent document de travail se veut un guide de référence rapide et un portrait des principes qui sous-tendent la pratique actuelle en santé publique; il n'est pas censé dire le dernier mot sur le sujet. Il définit plutôt la perspective que l'ACSP utilisera pour élaborer ses grandes orientations.

LA SANTÉ PUBLIQUE, UNE HISTOIRE EN MOUVEMENT

La pratique de la santé publique trouve peut-être ses racines dans le développement des aqueducs qui servaient au transport de l'eau propre dans les zones urbaines et à la gestion des urines et matières fécales à l'ère de l'Empire romain et byzantin. Son véritable point de départ, fondé sur une relation de cause à effet avec la prévention des maladies infectieuses, remonterait plutôt aux mesures prises en Europe au 14^e siècle pour limiter la propagation de la peste. L'une des premières mesures documentées a été prise à Venise vers 1348 quand on a désigné trois gardiens de la santé publique pour détecter et exclure les navires portant des passagers infectés par la maladie. De même, les premières mesures de quarantaine semblent avoir été prises à Marseille (1377) et à Venise (1403) : les voyageurs venant des pays frappés par la peste y étaient détenus pendant 40 jours pour empêcher la transmission de l'infection. Les premiers systèmes de surveillance datent des « bulletins de mortalité » créés à Londres en 1532 et de la publication ultérieure des *Observations naturelles et politiques* de John Graunt (1662) fondées sur les constatations des bulletins de mortalité. John Snow, le père de l'épidémiologie, a publié *De la propagation du choléra* en 1849. La première description de l'importance des déterminants sociaux de la santé, qui inclut la justice sociale comme un pilier de la santé publique, vient de

D^r Johan Peter Frank, qui a fait valoir en 1790 « que les mesures curatives et préventives [ont] peu d'effets sur les populations vivant dans une pauvreté abjecte et dans des conditions sordides¹ ».

Dans le contexte canadien, le premier conseil de santé a été créé au Bas-Canada en 1832, et le Haut-Canada a emboîté le pas en 1833. En se développant, ces conseils ont offert les infrastructures nécessaires aux activités d'inspection et de réglementation à l'appui d'enjeux aussi variés que la pasteurisation du lait, la prise en charge de la tuberculose chez l'humain, les quarantaines liées à diverses maladies et la lutte contre les maladies transmises sexuellement. Au début du 20^e siècle, on a commencé à mettre l'accent sur la santé maternelle et infantile et sur l'immunisation des enfants et des jeunes². De manière parallèle, aux 18^e et 19^e siècles, les praticiens de la santé publique ont étudié et milité contre les maladies nutritionnelles (le scorbut), professionnelles (le mésothéliome – cancer du scrotum) et environnementales (le saturnisme), et exhorté à prendre des mesures pour surmonter les iniquités en santé¹.

Au 20^e siècle, le passage d'une perspective principalement axée sur les maladies transmissibles à une perspective combinant les maladies transmissibles et non transmissibles a élargi la pratique en santé publique. Il y a aussi eu un mouvement continu entre la démarche agentique*, fondée sur la modification du comportement, et une démarche populationnelle, davantage axée sur l'ajustement des structures sociétales en insistant sur le soutien des populations à risque. Le but de ces changements et de cette expansion a toujours été de favoriser la santé des gens et de construire une société forte, résiliente et juste. En visant ce but, nos mesures n'ont pas toujours été les bonnes, ou elles ont pu être obscurcies par les croyances de l'époque. Ces efforts se poursuivent, mais il existe des principes fondamentaux qui sous-tendent la pratique en santé publique depuis le début.

DÉFINIR LA PRATIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique peut être vue comme une démarche de maintien et d'amélioration de la santé des populations fondée sur les principes de la justice sociale, des droits de la personne et de l'équité, sur des politiques et des pratiques éclairées par des données probantes et sur la prise en compte des déterminants de la santé sous-jacents. Une telle démarche met la promotion de la santé, la protection de la santé, la surveillance de la santé des populations et la prévention des décès, des maladies, des traumatismes et des invalidités au cœur de toutes les initiatives connexes. Elle signifie également de fonder ces initiatives sur des données probantes concernant ce qui fonctionne ou promet de fonctionner. C'est un effort organisé, global et multisectoriel^{3,4,5}.

Cette définition et la pratique de la santé publique se sont développées au fil du temps et continueront à se développer en fonction de l'évolution des besoins de santé de la population. Quand ces besoins augmentent, cela suscite des débats sur le rôle et le but de la pratique en santé publique et sur la portée des activités de ses praticiens. Au fond de ces débats et de ces développements, on trouve cependant un amalgame de concepts et de pratiques qui sont les bases et les éléments constitutifs de la santé publique.

^a Le mot *agentique* dénote des mesures autodirigées qui visent le développement personnel ou des objectifs choisis personnellement (*The Free Dictionary by Farlex*. Sur Internet : www.medical-dictionary.thefreedictionary.com). Cette notion repose sur une perspective de théorie sociale cognitive où les gens sont à la fois les producteurs et les produits des systèmes sociaux (définition tirée de : www.wordnik.com/words/agentive).

LES BASES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les bases de toutes les activités de santé publique, et les perspectives selon lesquelles on devrait les envisager, sont les notions de justice sociale⁶ et d'équité en santé⁷, qui se rattachent aux déterminants sociaux de la santé. Ces perspectives influencent et éclairent continuellement chaque élément constitutif. Toute la pratique en santé publique est construite sur l'interconnectivité de cinq grands éléments constitutifs (base factuelle, appréciation du risque, politiques, programmes et évaluation) qui ont été largement décrits dans la documentation, qui continuent d'évoluer et qui font l'objet de la section suivante de notre document. Chaque élément a de nombreux sous-éléments, et toutes les pièces doivent fonctionner dans un système adaptatif complexe* (fig. 1) pour atteindre les objectifs de la santé publique.

Justice sociale

L'objectif de la justice sociale est de renforcer la capacité des gens à donner leur pleine mesure dans la société où ils vivent. Selon la définition classique, la « justice » consiste à faire en sorte que les particuliers remplissent leur rôle sociétal et reçoivent leur dû de la société⁸, tandis que la « justice sociale » renvoie en général à un ensemble d'institutions qui permettent aux gens de mener une vie pleinement satisfaisante et de contribuer activement à leur communauté. Ces institutions sont entre autres l'éducation, les soins de santé et la sécurité sociale⁹.

Au Canada, la justice sociale trouve ses racines dans l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui prévoit le « ... droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale¹⁰. » Cette disposition a servi d'argument juridique dans la décision de la Cour suprême au sujet de *Insite*, le local de consommation supervisé de Vancouver¹¹, et dans la décision qui a annulé trois lois fédérales sur la prostitution¹². La *Charte canadienne des droits et libertés* est aussi appuyée par plusieurs pactes et conventions des Nations Unies[†] qui offrent des assises légales et sociales sur lesquelles édifier une démarche de santé publique. Dans ce contexte, la justice sociale veille à ce que la population dans son ensemble ait un accès équitable à toutes les initiatives de santé publique mises en œuvre pour réduire le plus possible les décès évitables et les incapacités¹³.

Équité en santé

L'équité en santé est définie comme étant « ... l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques¹⁴ ». Elle est fondée sur le principe de la justice sociale et désigne l'absence de disparités dans les aspects contrôlables et remédiables de la santé. Cette notion s'appuie sur le concept du *gradient social* : « Partout dans le monde, plus on est pauvre, moins on est en bonne santé. À l'intérieur des pays, les données montrent qu'en général, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé : ce gradient social concerne toute l'échelle socio-économique, de haut en bas¹⁵ ». En général, les personnes dont la santé est la meilleure sont au haut de l'échelle socio-économique. Ce concept s'applique dans tous les pays. On peut aussi le peaufiner en tenant compte de l'influence de la *violence structurelle* et de l'*intersectionnalité*[‡].

* Les systèmes adaptatifs complexes sont des systèmes composés de nombreuses pièces en interaction qui évoluent et s'adaptent avec le temps. Des comportements organisés émergent de l'interaction simultanée des pièces, sans plan global (www.cognitern.psych.indiana.edu/rgoldsto/compl ex/intro.pdf). Cette démarche a été appliquée à de nombreuses questions complexes, dont la pensée économique et scientifique et la conception organisationnelle.

† Ce sont : le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*, la *Déclaration sur les droits des peuples autochtones* et la *Convention internationale pour la protection et la promotion des droits et de la dignité des personnes handicapées*.

‡ La *violence structurelle* désigne les dommages physiques et moraux qui peuvent être causés par les systèmes sociaux, politiques et économiques de la société. On peut donc l'éviter et la prévenir. La théorie de la violence structurelle est décrite dans K. Ho, « Structural violence as a human rights violation », *Essex Human Rights Review*, vol. 4, n° 2 (2007), p. 1-17. L'*intersectionnalité* désigne un outil d'analyse, de plaidoyer et d'élaboration de politiques qui aborde plusieurs formes de discrimination et aide à comprendre l'effet de différents ensembles d'identités sur l'accès aux droits et aux possibilités. Source : Association for Women's Rights in Development, « Intersectionality: a tool for gender and economic justice », *Women's Rights and Economic Change*, n° 9 (août 2004), p. 1-8.

L'une des difficultés est que les concepts d'équité et d'égalité sont parfois employés de façon interchangeable. Bien qu'ils soient liés, il y a des distinctions importantes à faire :

L'équité (...) repose sur la volonté de comprendre les gens et de leur donner ce dont ils ont besoin pour s'épanouir et vivre des vies saines. Par ailleurs, l'égalité repose sur la volonté d'offrir la même chose à tous les gens pour qu'ils puissent s'épanouir et vivre des vies saines. Tout comme l'équité, l'égalité vise à promouvoir la justice, mais l'égalité ne peut être atteinte que si tous les gens partent du même point de départ et ont les mêmes besoins¹⁶.

Ainsi, il faut considérer la répartition **équitable** des services de santé et la création de programmes et de politiques culturellement compétents pour répondre aux besoins de la population qui est à risque. On doit porter attention à cette population pour que le changement proposé soit soutenu par l'autonomisation du groupe et l'appropriation par le groupe.

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont définis comme étant « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent¹⁷ ». Ces circonstances dépendent de la répartition de l'argent, du pouvoir et des ressources, qui causent des iniquités en santé au sein des populations. Bien que la liste des déterminants sociaux de la santé varie selon la source d'information, certains déterminants figurent dans toutes les listes et sont généralement perçus comme ayant le plus d'effet sur la santé des populations. Ce sont : le revenu, l'instruction, le sexe, le milieu physique, le milieu social, l'accès aux services de santé et le développement sain des enfants. Le mélange de ces facteurs crée la situation sanitaire propre à une personne ou à une population.

Les déterminants écologiques de la santé

Il existe nombre de processus écologiques et de ressources naturelles essentielles à la santé et au bien-être des êtres humains et d'autres espèces. Les déterminants écologiques de la santé dont dépend la vie comprennent au strict minimum une quantité suffisante des éléments suivants : l'oxygène; l'eau; et la nourriture. Il y a cependant d'autres processus écologiques et ressources naturelles d'importance : la couche d'ozone; les cycles de l'azote et du phosphore; les systèmes qui assainissent naturellement l'eau; et le sol fertile, l'eau douce et les systèmes aquatiques en abondance pour produire la nourriture et faire croître les plantes. Pour les êtres humains, trois autres besoins doivent être comblés : des matériaux pour construire nos abris et nos outils; des sources d'énergie abondantes; et un climat mondial assez stable avec des températures propices à la vie humaine et aux autres formes de vie.

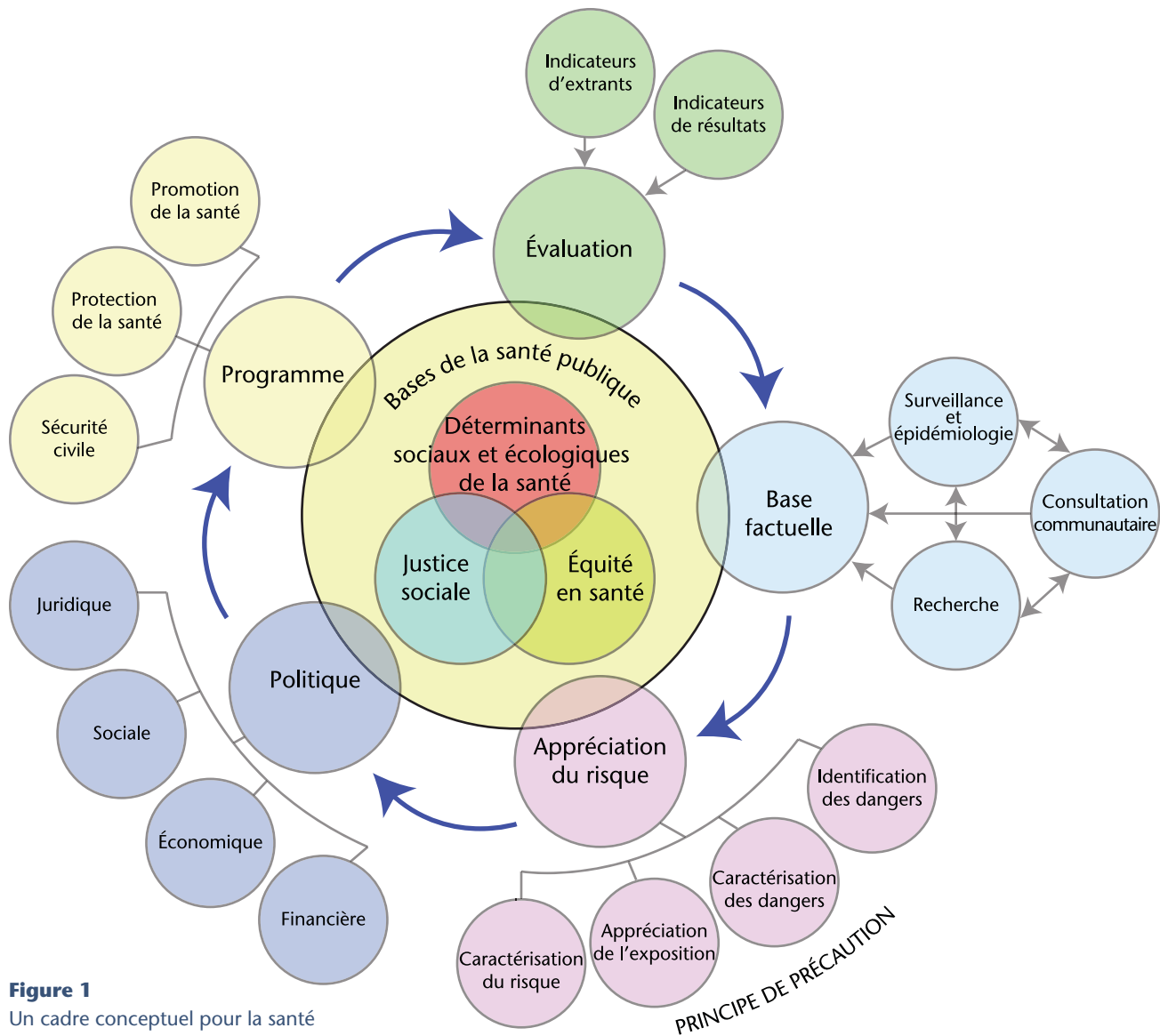


Figure 1
Un cadre conceptuel pour la santé publique

LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La santé publique, à sa racine, est l'amalgame des activités qui visent à améliorer les problèmes de santé au niveau d'une population dans les domaines généraux des maladies transmissibles et non transmissibles. Il y a une tension interne entre ces domaines; cependant, plusieurs activités (fig. 1) sont les éléments constitutifs de toute pratique en santé publique.

Base factuelle

La santé publique dépend de la solidité, de la précision et de la validité de sa base factuelle. Cette base comprend la recherche scientifique, les caractéristiques, besoins, valeurs et préférences de la population, et les compétences professionnelles¹⁸. La recherche, la surveillance/l'épidémiologie et la consultation communautaire sont les moyens par lesquels cette base factuelle est constituée (fig. 2). Il existe un lien étroit entre chaque élément; ainsi, la recherche peut servir à focaliser et à renforcer les activités de surveillance. On peut faire de la surveillance pour éclairer la recherche, et la surveillance et la recherche peuvent toutes les deux soutenir ou être orientées par la consultation communautaire.

Recherche

La recherche est définie comme étant les processus et les activités qui contribuent à la généralisation des connaissances¹⁹. Dans notre cas, ces activités éclairent la pratique et les politiques en santé publique et visent à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer des moyens améliorés et plus efficaces de protéger et de promouvoir la santé et de prévenir les maladies²⁰. On peut séparer la recherche en deux catégories :

- ✦ **Recherche quantitative** : L'utilisation de données qui peuvent être comptées ou exprimées sous forme numérique²¹. Elle sert principalement à trouver des associations statistiques entre des variables ou à tenter de trouver des variances dans les tendances de la santé entre deux populations dans le but de réduire le plus possible les erreurs humaines.
- ✦ **Recherche qualitative** : L'utilisation d'observations non numériques pour interpréter des phénomènes²². Elle sert à comprendre comment des situations particulières sont interprétées par la population étudiée. Les résultats de la recherche qualitative peuvent provenir d'études de cas cliniques, de récits de comportements, d'ethnographies et d'études organisationnelles ou sociales, et ils peuvent servir à produire des articles théoriques fondés sur la réalité observable. Les méthodes utilisées pour rassembler de telles données sont les enquêtes, les entretiens ou les groupes de discussion pour entrer en contact avec la population étudiée.

On peut combiner ces deux démarches pour mener des études de recherche pragmatiques ou à méthodes mixtes lorsqu'on cherche des réponses à des questions de recherche complexes²³, mais il doit y avoir un lien clair et stratégique entre les méthodes employées pour que les données soient plus éclairantes que celles que l'on obtiendrait en utilisant une seule démarche. Les études qui établissent un lien entre les déterminants sociaux de la santé et des données épidémiologiques sont des exemples de recherche à méthodes mixtes.

Surveillance et épidémiologie

La surveillance de santé publique est définie comme étant « la collecte, l'analyse et l'interprétation continues et systématiques de données essentielles à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des mesures de santé publique ». Elle peut :

- ✦ servir de système d'alerte précoce aux dangers imminents pour la santé publique;
- ✦ répertorier l'impact des interventions ou suivre l'évolution des progrès vers des objectifs donnés;
- ✦ surveiller et clarifier l'épidémiologie des problèmes de santé pour permettre l'établissement de priorités et pour éclairer les politiques et les stratégies de santé publique²⁴.

La surveillance épidémiologique à long terme, ou surveillance passive, consiste à contrôler les tendances en matière de santé et les déterminants de la santé²⁵; elle offre

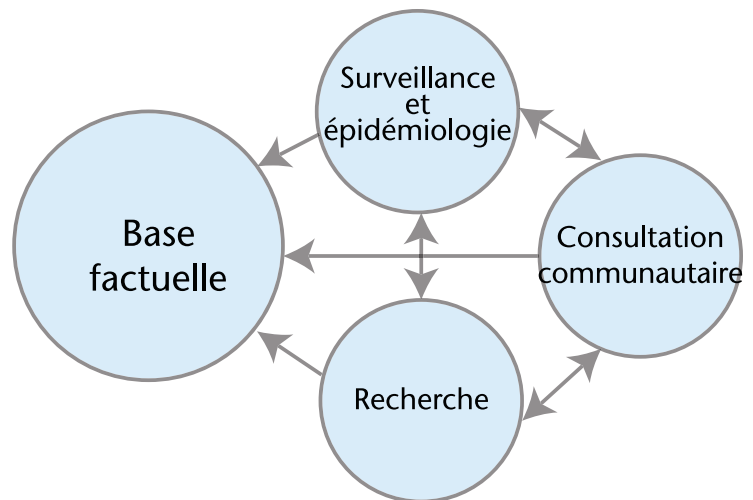


Figure 2
Interpénétration des éléments de la base factuelle

de l'information, par exemple, sur les tendances actuelles de l'obésité ou du cancer dans la population. La surveillance à court terme, active ou permanente consiste à détecter les maladies émergentes ou les éclosions, comme pour la surveillance menée durant les éclosions de SRAS ou de grippe H1N1. Les deux types de surveillance ciblent un état de santé, une maladie ou un agent en particulier.

Il faut faire la distinction entre la surveillance et l'épidémiologie. L'épidémiologie est définie comme étant :

...l'étude de la répartition et des déterminants des états ou événements liés à la santé (dont les maladies) et l'application de cette étude au contrôle des maladies et d'autres problèmes de santé. On emploie diverses méthodes pour mener des enquêtes épidémiologiques : les études de surveillance et les études descriptives peuvent servir à étudier la répartition, et les études analytiques, les déterminants²⁶.

Il est fondamental, quand on veut appliquer les résultats d'études épidémiologiques à la médecine préventive, de distinguer la notion de *stratégie axée sur les personnes à haut risque**, qui repose sur les approches médicales classiques de résolution des problèmes de santé, de la notion de *stratégie fondée sur l'ensemble de la population*, qui définit la démarche de santé publique à l'égard de la médecine préventive²⁷. Ces deux concepts découlent de l'*hypothèse de Rose*[†].

La recherche et la surveillance/l'épidémiologie peuvent nécessiter l'utilisation de renseignements sur les patients et peuvent être assujetties aux exigences de respect de la confidentialité des patients ou d'examen par les comités organisationnels d'éthique pour la recherche.

Consultation communautaire

La consultation communautaire est une méthode bien connue qui peut être considérée comme une pratique exemplaire pour prendre des décisions éclairées sur des questions complexes au sein de communautés²⁸. Elle repose sur les principes suivants :

- ✦ Reconnaître la communauté comme une unité identitaire, avec un sentiment partagé d'identification et un lien émotionnel qui influencent les valeurs, les normes et les besoins communs;
- ✦ Faire fond sur la force et les ressources d'une communauté pour aborder les préoccupations locales relatives à la santé. Les méthodes de consultation communautaire reconnaissent et cherchent à développer les structures et les processus sociaux qui contribuent à la capacité des résidents de travailler ensemble à améliorer leur santé;
- ✦ Intégrer les connaissances et l'action pour le bénéfice mutuel des partenaires et des acteurs, ainsi que pour le transfert réciproque des connaissances, des habiletés, des capacités et du pouvoir.

Ce processus permet aux résidents de contribuer activement, par leur collaboration et leur implication, à une initiative qui cherche à instaurer un changement social positif dans la communauté²⁹. Le sujet choisi doit avoir un caractère pratique pour la communauté, et les résidents devraient activement participer à la conception, à la réalisation et à la diffusion du projet. La conception peut impliquer certains aspects

* Une *stratégie axée sur les personnes à haut risque* fait porter ses efforts sur les personnes ayant le niveau le plus élevé d'un facteur de risque et utilise le cadre établi de la pratique médicale pour réduire ce risque, tandis qu'une *stratégie fondée sur l'ensemble de la population* prédit qu'en changeant la répartition d'un facteur de risque dans la population, on prévient une plus grande charge de morbidité qu'en ciblant les personnes à haut risque, car on réduit la probabilité d'une maladie dans la population entière²⁴.

† Selon l'*hypothèse de Rose*, la maladie est rare, et la plupart des gens qui adoptent un comportement pour réduire le risque d'attraper une maladie n'en tireront pas un avantage direct, mais quelques-uns peuvent en bénéficier énormément. Le défi est qu'il faut souvent appliquer une approche populationnelle pour que le petit nombre de personnes à risque bénéficie des mesures préventives, ou reçoive le traitement nécessaire. (Health Knowledge, « Epidemiological basis for preventive strategies ». Sur Internet : <http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/research-methods/1c-health-care-evaluation-on-health-care-assessment/epidemiological-basis-strategies>.)

des méthodes de collecte de données quantitatives et qualitatives, ainsi que l'information recueillie par des activités de surveillance. À la fin du processus, les résultats doivent pouvoir être transférés aux résidents pour appuyer un changement social positif. Un tel processus s'avère utile, par exemple, pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un local supervisé pour la consommation de substances psychotropes illicites.

Appréciation du risque

La base factuelle de la santé publique s'élargit, car on découvre constamment de nouvelles informations grâce à la recherche, à la surveillance et à la consultation communautaire. Les enjeux qui refont surface dans cette base deviennent des priorités pour la santé publique. Avant d'intervenir dans un enjeu particulier, il est nécessaire d'effectuer une appréciation du risque pour estimer la nature et la probabilité des résultats sanitaires négatifs chez les particuliers³⁰. L'appréciation du risque peut être appliquée aux problèmes de santé publique classiques, ainsi qu'aux risques professionnels, environnementaux, sociaux et

comportementaux. On utilise pour cela un processus en quatre étapes (fig. 3) :

Identification des dangers : Identification d'effets ou de dangers particuliers pour la santé. On peut utiliser l'information des activités de surveillance et d'épidémiologie pour les cerner.

Caractérisation des dangers : Évaluation de la nature des effets associés à un danger particulier. On peut utiliser la recherche qualitative et quantitative pour caractériser les dangers biologiques, physiques et chimiques.

Appréciation de l'exposition : Évaluation de l'effet possible du danger.

Caractérisation du risque : Intégration de l'identification des dangers, de la caractérisation des dangers et de l'appréciation de l'exposition en une estimation holistique de l'effet indésirable à l'échelle de la population.

Une fois l'appréciation du risque achevée, on détermine des options pour y répondre et on élabore un plan de gestion du risque. Les gestionnaires ayant le niveau d'autorité approprié doivent décider des actions nécessaires et prendre des mesures pour les mettre en œuvre. L'action souhaitée peut être menée directement quand une action immédiate s'impose, par exemple devant une éclosion de maladie infectieuse, ou par le biais de processus d'élaboration de politiques ou de programmes.

Le processus décisionnel s'appuie sur le *principe de précaution*, une démarche de gestion du risque élaborée pour aborder les circonstances marquées par l'incertitude scientifique. Ce principe traduit le besoin d'agir avec prudence sans avoir à attendre que toutes les études scientifiques aient été faites. Il a été appliqué par Krever durant l'enquête sur le scandale du sang contaminé au Canada³¹ et enchâssé dans la *Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement* en 1992.

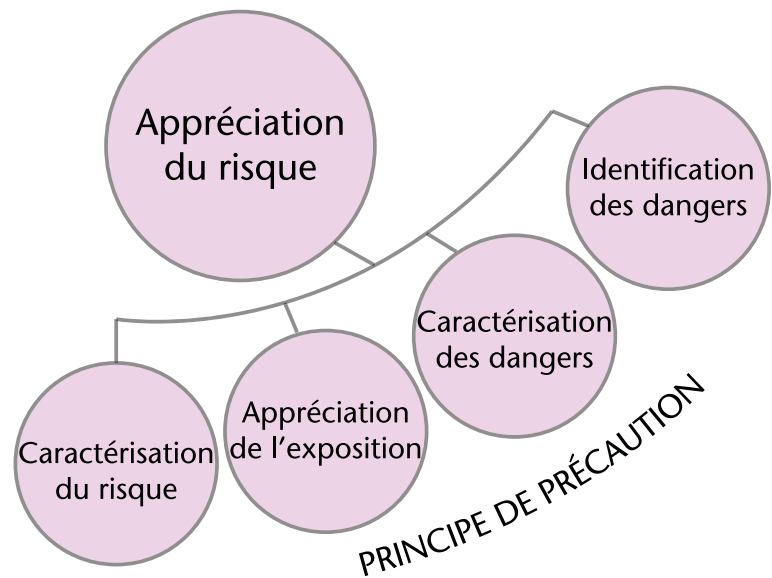


Figure 3

Éléments de l'appréciation du risque

Politique

Une politique est définie comme étant un ensemble de principes ou de protocoles adoptés ou proposés par un gouvernement, un parti, une entreprise ou une personne; elle établit une orientation ou des moyens d'action définitifs et guide ou détermine les décisions actuelles ou futures. Les politiques ne sont généralement pas limitées dans le temps, et elles précisent le milieu favorable, le cadre et les résultats à prévoir pour focaliser les activités de programme et permettre la prise de décisions futures. Les politiques sont d'habitude élaborées au moyen d'un processus souple et itératif qui englobe la définition de l'enjeu, l'élaboration du ou des instruments de politique, la consultation, la coordination, la prise de décision, la mise en œuvre et l'évaluation. Elles nécessitent une collaboration avec les partenaires et les acteurs. Dans le contexte canadien, l'élaboration des politiques fédérales peut découler soit de la plateforme politique du parti au pouvoir, soit d'un processus qui trouve son origine dans la bureaucratie.

Dans le domaine de la santé publique, il est toujours difficile de déterminer le rôle approprié de la science dans la formulation des politiques; la base factuelle et l'appréciation du risque devraient éclairer et appuyer l'élaboration des politiques, tandis que les décisions politiques peuvent modifier les activités scientifiques. Le processus décisionnel est compliqué par l'inclusion de politiques économiques, financières et sociales et de considérations juridiques et liées aux compétences.

Il est essentiel de faire participer au processus les partenaires et les acteurs concernés par une décision. L'objectif est de favoriser l'élaboration d'une démarche finale qui sera jugée acceptable par les groupes concernés. Les participants de la consultation doivent avoir un niveau suffisant et l'autorité nécessaire pour parler au nom de leur organisme. Le rôle d'une organisation non gouvernementale comme l'ACSP est de participer au processus d'élaboration de politiques par l'exercice d'un plaidoyer auprès des hommes et femmes politiques et des fonctionnaires, en exprimant des positions qui reflètent les intérêts des membres de l'Association et qui sont fondées sur la meilleure base factuelle disponible.

Un modèle simplifié de ces relations est présenté à la figure 4.

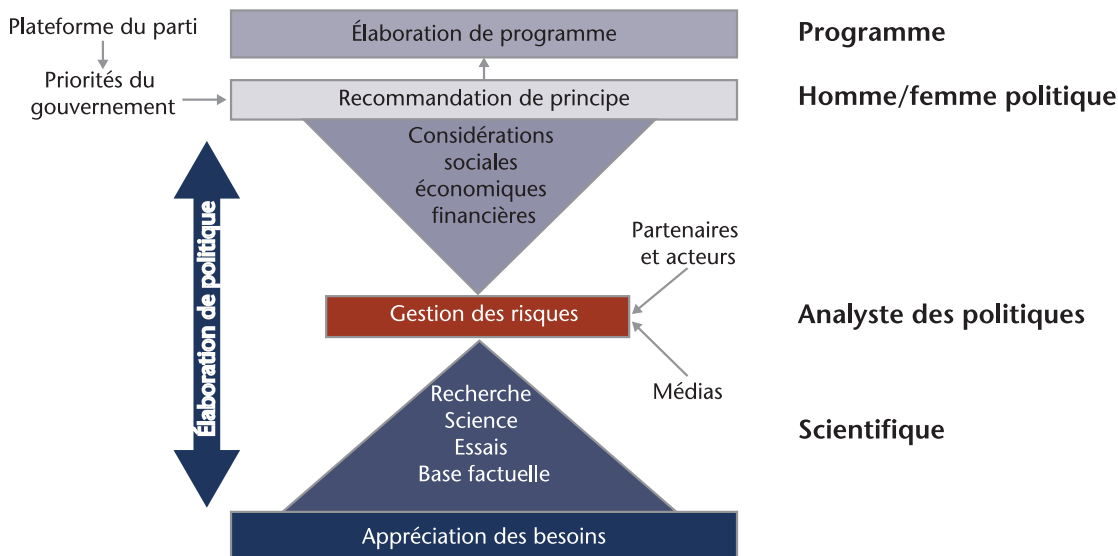


Figure 4
Modèle simplifié d'un processus d'élaboration de politique de santé publique

Intervention

L'élaboration de politiques fournit le cadre et les résultats escomptés des activités de santé publique, mais les programmes ou interventions sont les actions précises qui répondent à une orientation politique. Une intervention peut aborder des activités de protection de la santé, de promotion de la santé ou de sécurité civile. Toute intervention vise à limiter l'apparition et l'évolution d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une infection³² et peut être mise en œuvre en collaboration avec tous les ordres de gouvernement, d'autres ministères, des organisations non gouvernementales, des organismes sans but lucratif et des partenaires du secteur privé, le cas échéant. De plus, toute intervention doit être évaluée pour en mesurer la réussite du point de vue des extrants attendus (le produit souhaité de l'intervention), ainsi que les effets désirés (l'amélioration de la santé de la population). Pour qu'une intervention soit efficace, il faut que les personnes concernées par le problème de santé ciblé par l'intervention soient incluses dans son élaboration et sa mise en œuvre afin d'en améliorer les probabilités de succès. Un processus généralisé d'élaboration de programme est présenté à la figure 5.

Les activités d'intervention abordent en général trois grandes catégories de tâches, énumérées ci-dessous.

Protection de la santé

Les activités de protection de la santé abordent les influences négatives sur la santé; elles incluent des interventions aussi diverses que les analyses des réserves d'aliments et d'eau, les essais environnementaux et la surveillance pour dépister et suivre les éclosions de maladies infectieuses³³. Ces activités font appel aux données de surveillance pour orienter les activités d'intervention, par exemple les programmes de vaccination annuelle contre l'influenza, et peuvent fournir une base factuelle aux enquêtes épidémiologiques (c'est le cas des analyses des produits alimentaires et de l'eau).

Promotion de la santé

La promotion de la santé est la panoplie d'activités qui aident les particuliers et les communautés à prendre en charge leur santé personnelle. Elle aide à élaborer des politiques pour la santé et des milieux sains et à renforcer la résilience personnelle et implique « toute combinaison d'éducation à la santé et (des) interventions organisationnelles, économiques et politiques connexes conçues pour favoriser les

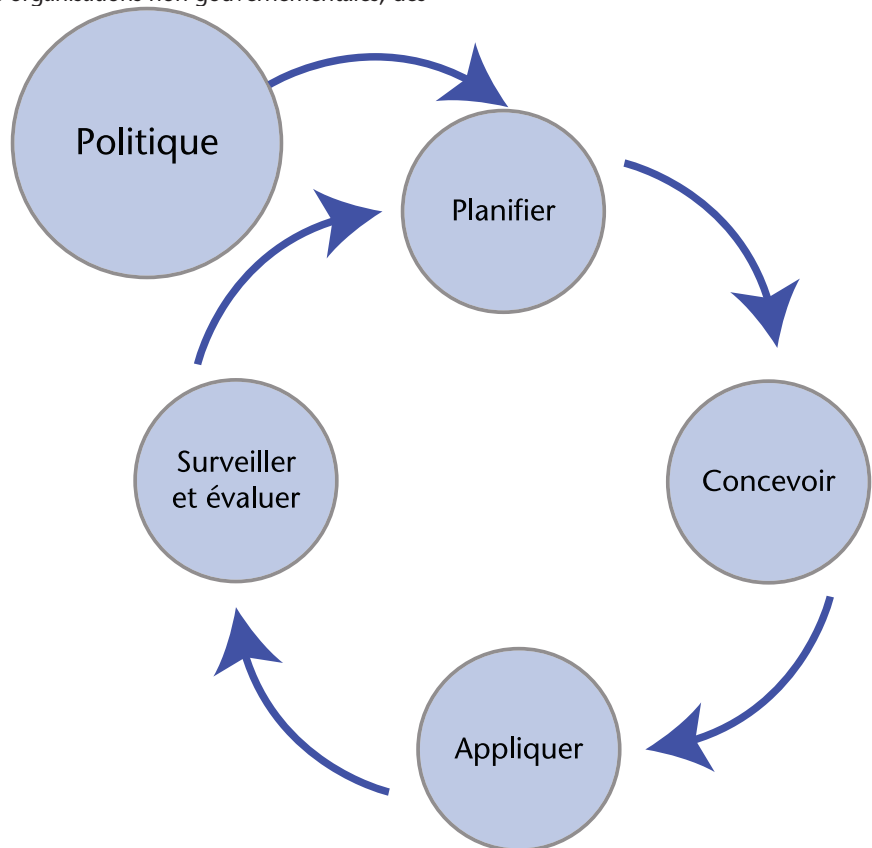


Figure 5

Processus généralisé d'élaboration d'une intervention

changements comportementaux et environnementaux propices à la santé³⁴ ». Ce concept a d'abord été décrit en tant qu'entité distincte dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*²⁵.

Sécurité civile

Les interventions de sécurité civile sont les activités qui permettent de répondre aux sinistres graves, des catastrophes naturelles aux éclosions de maladies infectieuses et aux déversements de produits chimiques. Elles ont quatre éléments constitutifs :

- ✦ Prévention : les activités qui réduisent la probabilité d'un sinistre
- ✦ Préparation : la planification, la formation et l'organisation de la réponse à des faits et des situations dommageables
- ✦ Réponse : la capacité de répondre aux sinistres graves
- ✦ Rétablissement : les processus nécessaires pour retourner à un mode d'existence « normal »

Évaluation

Il faut évaluer chaque politique et chaque programme pour déterminer si les produits livrables convenus (indicateurs d'extrants) et si le résultat escompté pour atténuer l'enjeu visé (indicateurs de résultat) ont été atteints. Il peut s'agir d'évaluations de la mise en œuvre ou des processus, et d'évaluations d'efficacité ou de résultats³⁶. Les évaluations de la mise en œuvre déterminent si un programme réalise son potentiel; elles sont menées quand le programme est encore actif. On utilise des données qualitatives et quantitatives pour porter des jugements éclairés. Les évaluations de résultats mesurent les progrès réalisés pour aborder les problèmes de santé publique ciblés par le programme; elles peuvent inclure des résultats à court, moyen et long terme, également fondés sur des données quantitatives et qualitatives. L'information recueillie par l'évaluation peut permettre de développer davantage le programme dans le domaine de santé publique en question.

RÉSUMÉ

La santé publique est un système adaptatif complexe qui, parti de l'acheminement d'eau pure et de la gestion des urines et matières fécales assure aujourd'hui la gestion d'un cadre élargi de maladies transmissibles et non transmissibles et continue de changer à mesure que nous abordons l'influence des déterminants sociaux et de l'environnement sur la santé. Le défi est d'autant plus grand que les populations que nous servons évoluent continuellement, tout comme les problèmes de santé publique associés. Chaque praticien ou praticienne de la santé publique doit constamment ajuster sa pratique, mais chaque ajustement doit être fondé sur les éléments constitutifs que sont la base factuelle, l'appréciation du risque, les politiques, les interventions et l'évaluation, lesquels reposent sur l'équité en santé, la justice sociale et les déterminants sociaux de la santé. Le présent document se veut donc une première tentative de définir les fondements de la santé publique, et il continuera à se développer à mesure que la pratique évoluera.

RÉFÉRENCES

1. National Advisory Committee on SARS, 2003. *Learning from SARS – Renewal of Public Health in Canada*. Chapter 3A. What is Public Health? Public Health Agency of Canada pp 43-68.
2. Canadian Public Health Association, 2010. This is Public Health: A Canadian History. Available at: www.cpha100.ca.
3. Last J 2007. *A Dictionary of Public Health*. Oxford University Press, 432 p.
4. Frank J, Di Ruggiero E, Moloughney B. 2003. *Proceeding of the “Think Tank on the future of public health in Canada”* Calgary May 10, 2003. *Can J Public Health*. 200; 95(1):6-11.
5. Anonymous, 2005. *Improving public health infrastructure in Canada*. Ottawa, Health Canada.
6. Canada 1982. *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, s 7, Part I of the *Constitution Act*, c 11.
7. Commission on Social Determinants of Health, 2008. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
8. Rawls J 1971. *A Theory of Justice*. 624 p.
9. Swift A 2013. *Political Philosophy* 3rd edn. 288 p.
10. Canada 1982. *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, s 2, Part I of the *Constitution Act*, c 11.
11. Canada (Attorney General) v. PHS Community Services Society. Supreme Court Judgements 2011 SCC44 (2011) 3 SCR 134, September 30, 2011. Available at <http://scc-csc.lexum.com/decisia-scc-csc/scc-csc.en/item/7960/index.do> Accessed: December 12, 2014.
12. Canada (attorney General) v. Bedford. Supreme Court Judgements 2013 SCC72, 35CR1101, December 20, 2013. Available at: <http://scc-csc.lexum.com/decisia-scc-csc/scc-csc.en/item/> Accessed December 12, 2014..
13. Last J 2007. *A Dictionary of Public Health*. Oxford University Press. 432 p.
14. World Health Organization, 2014. *Health systems: Equity*. Geneva, Switzerland, 2014. Available at: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/> Accessed: January 5, 2015.
15. World Health Organization, 2008. *Social Determinants of Health. Key Concepts*. Available at www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fey_concepts/en/ Accessed: January 5, 2015.
16. Atlantic Centre of Excellence for Women’s Health, British Columbia Centre of Excellence for Women’s Health, and Prairie Women’s Health Centre of Excellence. SGBA e-Learning Centre: Rising to the Challenge. www.sgba-resource.ca/en/. Accessed August 28, 2014.
17. World Health Organization, 2013. *What are social determinants of health?* Geneva, Switzerland. Available at: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/. Accessed January 5, 2015.
18. Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM 2009. Evidence-based public health: A fundamental concept for public health practice. *Annu. Rev. Public Health* 30: 17-201.
19. Department of Human and Health Services, Center for Disease Control and Prevention 1999. *Distinguishing public health research and public health non-research*. Available at: <http://www.cdc.gov/od/science/integrity/docs/cdc-policy-distinguishing-public-health-research-nonresearch.pdf> Accessed: December 10, 2014.
20. Jsselmuiden C, Matlin S 2006. *Why health research?* Council on Health Research for Development. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/2940286477_eng.pdf. Accessed: December 10, 2014.
21. The Association of Faculties of Medicine in Canada. *Appraising scientific evidence: Qualitative versus quantitative research*. Available at: <http://phprimer.afmc.ca/Part2-MethodsStudyingHealth/Chapter5AssessingEvidenceAndInformation/Appraisingscientificevidencequalitativeversusquantitativeresearch> Accessed: December 10, 2014.
22. The Association of Faculties of Medicine in Canada. *Appraising scientific evidence: Qualitative versus quantitative research*. Available at: <http://phprimer.afmc.ca/Part2-MethodsStudyingHealth/Chapter5AssessingEvidenceAndInformation/Appraisingscientificevidencequalitativeversusquantitativeresearch>. Accessed: December 10, 2014.
23. Lingard L. 2008. Grounded theory, mixed methods, and action research. *The BMJ* 2008; 337 doi: <http://dx.doi.org.proxy1.lib.uwo.ca/10.1136/bmj.39602.690162.47>. Accessed: December 10, 2014.
24. World Health Organization, 2014. *Public health surveillance*. Geneva, Switzerland. 2014. Available at: http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/ Accessed: January 5, 2014.
25. The Association of Faculties of Medicine in Canada. *Surveillance*. Available at: <http://phprimer.afmc.ca/Part2-MethodsStudyingHealth/Chapter7ApplicationsOfResearchMethodsInSurveillanceAndProgrammeEvaluation/Surveillance>. Accessed : January 5, 2015.
26. World Health Organization, 2014. *Epidemiology*, Geneva Switzerland. Available at: www.who.int/topics/epidemiology/en/. Accessed August 29, 2014.
27. Rose G 1992. *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press, Oxford. 192 p.
28. Israel BA, Schulz AJ, and Parker EA 1998. A review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Ann. REV. Public Health* 1998: 173-202.
29. The University of Western Ontario. *Community based research (CBR)*. Available at: http://www.success.uwo.ca/experience/community_based_research_cbr/index.html Accessed December 10, 2014.
30. United States Environmental Protection Agency, 2012. *Human health risk assessment*. Available at: http://www.epa.gov/risk_assessment/health-risk.htm. Accessed: December 10, 2014.
31. Historica Canada. The Krever Inquiry. Available at: www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/krever_inquiry/. Accessed January 21 2014.
32. The Association of Faculties of Medicine in Canada. The stages of prevention. Available at: <http://phprimer.afmc.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/Thestagesofprevention> Accessed January 21, 2015.
33. The Association of Faculties of Medicine in Canada. Implementing prevention, health protection and health promotion. Available at: <http://phprimer.afmc.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/Implementingpreventionhealthprotectionandhealthpromotion>. Accessed: January 21, 2015.
34. The Association of Faculties of Medicine in Canada. Implementing prevention, health protection and health promotion. Available at: <http://phprimer.afmc.ca/Part1-TheoryThinkingAboutHealth/Chapter4BasicConceptsInPreventionSurveillanceAndHealthPromotion/Implementingpreventionhealthprotectionandhealthpromotion>. Accessed: January 21, 2014.
35. World Health Organization, 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21 November 1986. pp 1-5.
36. Centers for Disease Control and Prevention. *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide*. 2012. Available at: <http://www.cdc.gov/EVAL/guide/step3/index.htm>. Accessed December 10, 2014.



CPHA  ACSP

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION
ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE