Putting the Population into Population Health

Dennis Raphael,¹ Toba Bryant²

Population health is challenging health promotion as the dominant discourse in Canadian health policy. Its influence is seen in the renaming of government branches and departments and the numerous documents addressing population health.¹ The impetus for this challenge has come from work by the Population Health Group of the Canadian Institute for Advanced Research (CIAR), an international group consisting primarily of health economists and epidemiologists.^{1,2} This editorial examines the implications for health research and action of the CIAR vision of health as presented in the key document, *Why are Some People Healthy and Others Not?*³

Problems with the population health approach

Population health is firmly rooted in the epidemiological tradition. To illustrate, the CIAR definition of health owes nothing to WHO concepts: "For the most part we simply assume that health is the absence of illness."^{4, p.24} Similarly, the CIAR inquiry into determinants of health emphasizes exposures to environmental stimuli, identification of cause and effect relationships, and methods limited to experimental designs and quantitative data. It has been argued that:

There is a growing realization that traditional logical positivist approaches to health promotion research and evaluation no longer provide the right questions (or indeed answers) for many health promotion interventions.^{5, p.1}

In this critique, biomedical approaches are unable to consider lived experiences of

people, a form of knowledge essential to understanding the origins of health and health-related behaviours.⁶⁻⁸

Population health lacks an explicit values base. All health-related research and practice involve values.^{9,10} This is not problematic; what is problematic is not making explicit the values underlying an approach.¹¹ The CIAR approach ignores issues of participation, equity, community, collaboration, and social justice.¹² The result is a reliance on large-scale data collection surveys that do little to enable or empower individuals. Indeed, biomedical approaches may reflect conservative values that serve the status quo.⁹

Population health neglects political and sociological issues and offers no theory of society.¹³ It neglects how health determinants are created and maintained by powerful economic and social forces. Analysis of the causes of economic inequality and poverty, for example, are not high on the population health agenda.¹⁴ An approach that ignores these forces is unlikely to be useful for identifying and acting upon the inequities in health seen among Canadians.

There are practical implications of adopting the population health approach. Population health leads to context stripping, by which the health of individuals is considered removed from its community and societal context. Within the health field, context stripping occurs when studies attempt to identify general determinants of health across populations. To illustrate, analysis of how societal and community structures influence individuals' sense of control and well-being gives way to study of personal coping devices and the biological mechanisms by which stressors become translated into illness and disease. Critical analyses of society give way to studies focussed on individual-level variables.

Additionally, population health activities are focussed on research, not social change.

CIAR does not provide a model of change, and there is a hesitancy among its adherents to suggest health-enhancing policy responses. In 1994, Evans wrote: "We cannot offer a detailed prescription of what is to be done,"^{4, p.24} a sentiment he repeated five years later.¹⁵ Unless research aims to influence, rather than merely describe the determinants of health, it is unlikely to improve health. In contrast, the health promotion tradition emphasizes strengthening communities, building supportive environments and promoting healthy public policy as means of improving health.^{16,17}

Disturbingly, CIAR writings tend to minimize the problem of poverty – its causes, consequences, and solutions. In *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, Evans stated: "Indeed, a focus on poverty can block progress in understanding, because it can be dismissive of further questions."^{4, p.5} Poverty is one of the strongest determinants of health,¹⁸⁻²¹ but from the CIAR perspective, focussing on poverty – and working to alleviate it – distracts from "further questions." Studying and improving the lives of those in poverty should be a priority for health researchers.

Population health also exhibits a top-down emphasis on expert knowledge. The CIAR vision of health is not one of working with people in communities to understand and influence the determinants of health.²² The CIAR denial of the validity of alternate forms of knowledge, the importance of community participation, and the value of enabling and empowering people has been ignored as "population health" has been embraced. In reality, traditional biomedical approaches to health research can work against health.²³

Putting the population back into population health

Efforts to improve health should be based on clear statements of values and

1. Department of Public Health Sciences, University of Toronto

2. Faculty of Social Work, University of Toronto

Correspondence: Dr. Dennis Raphael, Department of Public Health Sciences, University of Toronto, McMurrich Building, Toronto, ON M5S 1A8. Tel: 416-978-7567, Fax: 416-978-2087, E-mail: d.raaphael@utoronto.ca

principles. The validity of various forms of knowledge must be accepted through a commitment to pluralism in methods. Analysis of determinants should occur at societal, community, and individual levels, and the political dimension of health is acknowledged. Finally, providing information for change is a key element in health research.

These ideas are consistent with developments in health promotion. Such ideas have seen application in innovative and community-based Canadian efforts such as

the *Pathways to Building Healthy Communities in Eastern Nova Scotia* and the *Community Quality of Life* projects in Toronto.^{24,25} There, community members identify and act upon determinants of health by drawing upon their experiences and developing critical understandings of how societies operate. Armed with these understandings, they identify policy issues that become the basis of efforts to influence government actions.²⁶

Such approaches are guided by values of equity, participation, and social justice –

concepts absent in CIAR thinking.²⁷ Without such commitments, the CIAR vision of population health is unlikely to enhance the health of Canadians. It certainly will not enhance the health of Canadians most in need – those living in poverty. Before population health replaces health promotion as health policy, serious thought must be given to the implications of such a shift on efforts to maintain and enhance the health of Canadians.²⁸

La santé de la population sans oublier la population

Dennis Raphael,¹ Toba Bryant²

La santé de la population est en voie de dominer la promotion de la santé dans le discours politique canadien en matière de santé. Son influence se fait sentir dans les changements de noms de directions générales et de ministères et dans les nombreux documents qui portent sur la santé de la population.¹ Ce sont les travaux de l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA) et de son groupe international sur la santé de la population, composé surtout d'économistes de la santé et d'épidémiologistes, qui ont donné son impulsion au nouveau concept.^{1,2} Notre éditorial étudie les ramifications de la perspective de l'ICRA sur la recherche et sur les interventions dans le domaine de la santé, une perspective présentée dans le document clé *Why are Some People Healthy and Others Not?*³ [« Pourquoi certaines personnes sont-elles en bonne santé et d'autres pas ? »].

Problèmes de l'approche de la santé de la population

La notion de santé de la population est profondément enracinée dans la tradition épidémiologique. Comme on le voit dans l'exemple ci-après, la définition que donne l'ICRA de la santé est aux antipodes de celle de l'OMS : [Traduction] « Dans l'ensemble, nous considérons tout simplement la santé comme l'absence de maladie. »^{4, p.24} De même, l'ICRA étudie les déterminants de la santé en mettant l'accent sur le contact avec les stimuli de l'environnement et l'identification des relations de cause à effet, et ses méthodes se limitent aux protocoles expérimentaux et aux données quantitatives. D'aucuns ont pu dire :

[Traduction] « On se rend de plus en plus compte que la recherche et l'évaluation en promotion de la santé, abordées sous l'angle conventionnel de la logique positiviste, ne posent plus les bonnes questions sur de nombreuses mesures de promotion de la santé (et, à vrai dire, n'y apportent plus les bonnes réponses). »^{5, p.1}

Dans notre perspective, l'approche biomédicale ne tient pas compte du vécu des gens, dont la connaissance est pourtant

essentielle à la compréhension des origines des habitudes de santé et des comportements connexes.⁶⁻⁸

L'approche de la santé de la population souffre d'une absence de valeurs explicites. Toutes les recherches et les pratiques en matière de santé reposent sur des valeurs.^{9,10} La question ne fait pas problème; ce qui en revanche est problématique, c'est plutôt que les valeurs qui sous-tendent la nouvelle approche n'ont pas été explicitement définies.¹¹ La démarche de l'ICRA néglige les questions de participation, d'équité, de communauté, de collaboration et de justice sociale.¹² Résultat : on se fie à des enquêtes de collecte de données à grande échelle qui ne font pas grand chose pour responsabiliser les individus ou leur faire découvrir leurs moyens. Au contraire, l'approche biomédicale est parfois le reflet de valeurs traditionnelles qui renforcent le statu quo.⁹

La santé de la population ne tient pas compte des enjeux politiques et sociologiques, et ne propose aucune théorie de la société.¹³ Elle n'aborde pas l'origine des déterminants de la santé, ni les puissantes forces économiques et sociales qui en assurent le maintien. L'analyse des causes

1. Département des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto

2. Faculté du travail social de l'Université de Toronto

Correspondance : Dr. Dennis Raphael, Department of Public Health Sciences, University of Toronto, McMurich Building, Toronto (Ontario) M5S 1A8. Tél. : 416-978-7567, téléc. : 416-978-2087, courriel : d.raaphael@utoronto.ca

des disparités économiques et de la pauvreté, par exemple, ne figure pas parmi les priorités du programme de la santé de la population.¹⁴ Il est peu probable qu'une démarche qui fait abstraction de tels facteurs soit utile pour recenser et corriger les inégalités entre les Canadiens en matière de santé.

L'adoption de l'approche de la santé de la population comporte de nombreuses conséquences pratiques. La santé de la population mène en effet à l'évacuation du contexte, en vertu de laquelle la santé des particuliers est considérée en dehors de son contexte communautaire et social. Dans le domaine de la santé, il y a évacuation du contexte lorsque des études tentent de définir les déterminants généraux de la santé chez plusieurs populations. Ainsi, l'analyse de l'influence des structures sociales et communautaires sur le bien-être et sur le sentiment de maîtrise des particuliers fait alors place à l'étude des réactions d'adaptation individuelles et des mécanismes biologiques qui transforment les facteurs d'agression en maladies, et les analyses critiques de la société font place à des études de variables ramenées à l'individu.

En outre, les activités d'un programme de santé de la population sont axées sur la recherche plutôt que sur le progrès social. L'ICRA n'offre aucun modèle d'amélioration, et ses adeptes hésitent à suggérer des mesures politiques qui favoriseraient la santé. En 1994, Evans écrivait : [Traduction] « Nous ne pouvons pas offrir de prescription détaillée de ce qu'il faudrait faire »^{4, p.24} et répétait ce propos cinq ans plus tard.¹⁵ À moins que la recherche s'efforce d'influencer les déterminants de la santé plutôt que de se borner à tout simplement les décrire, il est peu probable qu'elle parvienne à améliorer la santé. À l'opposé, la tradition de la promotion de la santé met l'accent sur le renforcement des communautés, la création de milieux favorables et l'incitation à une politique gouvernementale saine pour améliorer la santé.^{16,17}

Fait inquiétant, les analyses de l'ICRA ont tendance à minimiser le problème de la pauvreté, de ses causes, de ses conséquences et de ses solutions. Dans *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, Evans affirme : [Traduction] « À vrai dire, l'accent sur la pauvreté peut nuire au progrès de la connaissance, car il risque d'exclure de nouvelles questions. »^{4, p.5}

La pauvreté est l'un des déterminants de la santé les plus clairs,¹⁸⁻²¹ mais du point de vue de l'ICRA, si l'on met l'accent sur la pauvreté (et que l'on cherche à la soulager), on s'écarte de l'examen de « nouvelles questions ». Les chercheurs en santé devraient avoir pour priorité d'étudier et de chercher à améliorer la vie des personnes pauvres.

La santé de la population repose de surcroît sur l'imposition de savoirs spécialisés. L'ICRA ne cherche pas à collaborer avec les gens à l'échelon communautaire pour comprendre et influencer les déterminants de la santé.²² En épousant la cause de la « santé de la population », l'ICRA nie la validité d'autres formes de connaissances, l'importance de la participation communautaire et tout l'intérêt qu'il y a à responsabiliser et à habiliter les individus. En réalité, c'est l'approche biomédicale conventionnelle de la recherche sur la santé qui risque de nuire à cette dernière.²³

La santé de la population sans oublier la population

Tout effort visant à améliorer la santé doit s'accompagner d'un énoncé clair des valeurs et des principes qui le guident. Il faut admettre la validité de diverses formes de connaissances en s'engageant à suivre des méthodes pluralistes. L'analyse des déterminants doit se faire aux niveaux social, communautaire et individuel, et la dimension politique de la santé doit être reconnue. Enfin, l'un des éléments clés de la recherche en santé doit être d'apporter des éléments de changement.

De telles idées sont conformes à l'évolution de l'approche de la promotion de la santé. Au Canada, elles ont été appliquées dans le cadre d'efforts novateurs, axés sur le palier communautaire, comme *Pathways to Building Healthy Communities in Eastern Nova Scotia* (« Vers la création de villes et villages en santé dans l'est de la Nouvelle-Écosse ») et les projets *Community Quality of Life* (« Qualité de vie communautaire ») à Toronto.^{24,25} Les membres des collectivités définissent les déterminants de la santé et y donnent suite en se basant sur leur expérience et en développant une compréhension essentielle du fonctionnement des sociétés. Armés de ce nouveau savoir, ils cernent les enjeux politiques et en font la base de leurs interventions pour influencer l'action du gouvernement.²⁶

Ces efforts sont guidés par des valeurs d'équité, de participation et de justice sociale – tous concepts qui semblent loin des préoccupations de l'ICRA.²⁷ Sans engagements de la sorte, il est peu probable que la santé de la population, vue par l'ICRA, améliore la santé des Canadiens. Elle n'améliorera certainement pas celle des Canadiens qui en ont le plus besoin, à savoir : ceux qui vivent dans la pauvreté. Avant que la santé de la population ne remplace la promotion de la santé comme politique en matière de santé, nous devons étudier avec soin les conséquences que cela aurait sur les efforts déployés pour préserver et améliorer la santé des Canadiens.²⁸

REFERENCES/BIBLIOGRAPHIE

- Robertson A. Shifting discourses on health in Canada: From health promotion to population health. *Health Prom Int* 1998;13:155-66.
- Wong D. Paradigms Lost: Examining the Impact of a Shift from Health Promotion to Population Health on HIV/AIDS Policy and Program in Canada. Ottawa: Canadian AIDS Society, 1997.
- Evans RG, Barer M, Marmor TR. *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine de Gruyter, 1994.
- Evans RG. Introduction. In: Evans RG, Barer M, Marmor TR (Eds.), *Why Are Some People Healthy and Others Not?: The Determinants of Health of Populations*. New York: Aldine de Gruyter, 1994;3-26.
- MacDonald G, Davies JK. Reflection and vision: Proving and improving the promotion of health. In: Davies J, Macdonald G (Eds.), *Quality, Evidence, and Effectiveness in Health Promotion: Striving for Certainties*. London, UK: Routledge, 1998;5-18.
- Lincoln Y. Sympathetic connections between qualitative methods and health research. *Qualitative Health Research* 1994;2:375-91.
- Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1985.
- Williams G, Popay J. Social science and the future of population health. In: Jones L, Sidell M (Eds.), *The Challenge of Promoting Health*. London, UK: The Open University, 1997;260-73.
- Seedhouse D. *Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice*. New York: Wiley, 1997.
- Tesh S. *Hidden Arguments: Political Ideology and Disease Prevention Policy*. New Brunswick, NJ and London: Rutgers University Press, 1990.
- Collins T. Models of health: Pervasive, persuasive, and politically charged. *Health Prom Int* 1995;10:317-24.
- Minkler M. *Community Organizing and Community Building for Health*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1997.
- Poland B, Coburn D, Robertson A, Eakin J. Wealth, equity, and health care: A critique of a population health perspective on the determinants of health. *Soc Sci Med* 1998;46:785-98.
- Coburn D. Income inequality, lowered social cohesion, and the poorer health status of populations: The role of neo-liberalism. *Soc Sci Med* in press.
- Evans RG. Closing presentation at the conference "Population Health Perspectives: Making Research Work," Winnipeg, Manitoba, October 7, 1999.

16. Canadian Public Health Association. Action Statement on Health Promotion. Ottawa: Author, 1996. On-line at www.cpha/cpha.docs/ActionStatement.eng.html.
17. World Health Organization. *Ottawa Charter on Health Promotion*. Geneva: WHO, 1986.
18. Raphael D. From increasing poverty to societal disintegration: How economic inequality affects the health of individuals and communities. Chapter to appear in: Armstrong H, Armstrong P, Coburn D (Eds.), *The Political Economy of Health and Health Care in Canada*. Toronto: Oxford University Press, 1999.
19. Canadian Institute on Children's Health. *The Health of Canada's Children: A CICH Profile*. Ottawa: CICH, 1994.
20. Lessard R. Social Inequalities in Health: Annual Report of the Health of the Population. Montreal: Direction de la sante publique, 1997.
21. Reutter L. Poverty and health: Implications for public health. *Can J Public Health* 1995;86(3):149-50.
22. Raeburn J, Rootman I. *People-Centred Health Promotion*. New York: Wiley, 1997.
23. Davies JK, Macdonald G. Beyond uncertainty: Leading health promotion into the twenty-first century. In: Davies JK, Macdonald G (Eds.), *Quality, Evidence, and Effectiveness in Health Promotion: Striving for Certainties*. London, UK: Routledge, 1998;208-16.
24. PATH Project. Pathways to Building Healthy Communities in Eastern Nova Scotia: The Path Project Resource. Antigonish, NS: People Assessing Their Health, 1997.
25. Raphael D, Steinmetz B, Renwick R, et al. The community quality of life project: A health promotion approach to understanding communities. *Health Prom Int* 1999;14:197-207.
26. Bryant T. Critical approaches to knowledge development in public health: A new model of policy change. Paper presented at the session, *Policy Futures* at the 50th Annual Meeting of the Ontario Public Health Association, Toronto, ON, November 17, 1999.
27. Tones K. The anatomy and ideology of health promotion; Empowerment in practice. In: Scriven A, Orme J (Eds.), *Health Promotion: Professional Perspectives*. London, UK: MacMillan Press, 1996;9-21.
28. Raphael D, Bryant T. Is population health a threat to the health of Canadians? Paper submitted for publication, 1999.

Health for All in the Year 2000

**Canadian Public
Health Association**
91st Annual Conference

**Ontario Public
Health Association**
51st Annual Conference

OTTAWA, ONTARIO
22-25 OCTOBER 2000

For more information:

CPHA Conference Department

400-1565 Carling Avenue

Ottawa, ON, K1Z 8R1

☎ 613.725.3769 ☎ 613.725.9826
✉ conferences@cpha.ca 🌐 www.cpha.ca

La santé pour tous en l'an 2000

**91^e Conférence annuelle de
l'Association canadienne
de santé publique**

**51^e Conférence annuelle
de l'Association pour la
santé publique de l'Ontario**

OTTAWA ■ ONTARIO
DU 22 AU 25 OCTOBRE 2000

Pour plus de renseignements :

Service des conférences de l'ACSP

400-1565 avenue Carling

Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

☎ 613.725.3769 ☎ 613.725.9826
✉ conferences@cpha.ca 🌐 www.cpha.ca