Policy processes and Public Health

There is far too little study of the formal institutions of Public Health,* particularly by public health scholars. One welcome exception is Barbara Seed and colleagues' applied policy analysis of the 2002-2008 period during which British Columbia Public Health committed to advancing food security in the province.¹ The fact that food security was adopted as a core Public Health program provides a strong case for the examination of institutional commitment and mainstreaming within Public Health's daily work as a policy-setting and programming body.

Public Health also produces relatively little policy scholarship. Seed et al. use a particular lens on the policy process, considering both the policy implementers – government [in this case formal Public Health], and the policy influencers – civil society. This configuration of policy actors is consistent with a preferred public policy theory in public health – Sabatier's Advocacy Coalition Framework.^{2,3} There are other ways of conducting policy analyses using techniques that focus on institutional processes rather than policy actors. Operating as a government policy subsystem, Public Health rarely considers itself part of the action arena that is at the core of Elinor Ostrom's Institutional Analysis and Development theory of policy processes.^{4,5} Public health scholars infrequently discuss how public health problems, policies and politics seek out the policy windows that characterize John Kingdon's multiple streams theory of policy process;⁶ or even how the social construction of a problem drives public policy, as described by Ingram and colleagues.⁷

In their policy analysis, one of Seed et al.'s key findings in relation to limitations of Public Health's ability to advance food security is that civil society organizations felt pushed out by Public Health when it came time for policy implementation. The experience of exclusion is also recorded in Mount et al.'s Ontario-based study of barriers to community food projects.⁸ Examined from the perspective of community food security organizations, their chief complaint was lack of collaboration with government; and the main recommendation from civil society was for better collaboration. Seed et al. similarly suggested that "increasing capacity building for civil society and finding ways to share power will help to strengthen community engagement" (ref.1, p. e328). Both studies underscore Public Health's commitment to community engagement, yet exhortations to Public Health to collaborate better fail to acknowledge institutional constraints to doing so. Indeed, Seed et al.'s use of the word 'systemic' to describe limitations to Public Health's advancement of food security seems to overlook the fact that Public Health is the system.

In tracing Public Health's claim to be a policy player in food security, Seed et al. suggest that Public Health has historical precedent in this regard. There are several cautions with respect to this position. First – as Patricia Allen has chronicled⁹ – at the World Food Conference in 1974, to which Seed et al. make reference, the issue of food security was indeed the dominant theme, but food security in this context meant the ability of a country to generate enough food to feed its population. When the 1996 World Food

Les processus d'élaboration des politiques et la Santé publique

Il y a beaucoup trop peu d'études sur les institutions officielles de la Santé publique*, particulièrement par les érudits du domaine. Une heureuse exception est l'analyse, par Barbara Seed et coll., des politiques appliquées de la période 2002-2008, durant laquelle la Santé publique de la Colombie-Britannique s'est employée à favoriser la sécurité alimentaire dans la province¹. Le fait que l'on ait adopté la sécurité alimentaire comme un programme de base de la Santé publique est un argument solide en faveur de l'examen de l'engagement institutionnel et de l'intégration de la sécurité alimentaire dans l'activité quotidienne de la Santé publique en tant qu'organe d'établissement de politiques et de programmes.

La Santé publique produit aussi relativement peu de savoir sur les politiques. Seed et coll. observent le processus d'élaboration des politiques dans une optique particulière, en considérant à la fois ceux qui mettent en œuvre les politiques – le gouvernement [dans ce cas-ci la Santé publique au sens officiel] – et ceux qui influencent les politiques – la société civile. Cette configuration d'acteurs des politiques est conforme à une théorie de la politique publique qui a la cote en santé publique : le « cadre des coalitions de cause » (*Advocacy Coalition Framework*^{2,3}) de Sabatier. Il y a d'autres moyens de mener une analyse des politiques, à l'aide de techniques axées sur les processus institutionnels plutôt que sur les acteurs des politiques. Fonctionnant comme un sous-système des politiques gouvernementales, la Santé publique se voit rarement comme faisant partie de la sphère d'action qui est au cœur de la théorie des processus d'élaboration des politiques d'Elinor Ostrom : le cadre « Analyse et développement institutionnels » (*Institutional Analysis and Development*^{4,5}). Il est rare que les érudits de la santé publique discutent de la façon dont les problèmes, les politiques et les considérations politiques en santé publique font appel aux « fenêtres d'opportunité politique » qui caractérisent la théorie des courants multiples de John Kingdon⁶; ou même de la façon dont le construit social d'un problème alimente les politiques publiques, comme l'expliquent Ingram et coll.⁷

Dans leur analyse des politiques, l'une des principales constatations de Seed et coll. quant aux limites de la capacité de la Santé publique à favoriser la sécurité alimentaire est que les organismes de la société civile se sentent repoussés par la Santé publique quand vient le temps de mettre en œuvre des politiques. Cette expérience d'exclusion est aussi notée dans l'étude ontarienne de Mount et coll. sur les obstacles aux projets d'alimentation communautaires⁸. Du point de vue des organismes communautaires qui œuvrent à la sécurité alimentaire, le principal problème est le manque de collaboration du gouvernement; et la principale recommandation de la société civile est d'améliorer cette collaboration. Seed et coll. suggèrent eux aussi d'accroître les capacités de la société civile et de trouver des moyens de partager le pouvoir afin de renforcer la mobilisation communautaire (note n° 1, p. e328). Les deux études soulignent l'engagement de la Santé publique envers la mobilisation communautaire; pourtant, les appels exhortant la Santé publique à mieux collaborer feignent

* Public Health is the formal governmental institution; public health is the field of activities intended to protect and improve the public's health.

* La Santé publique (avec un grand S) est l'institution gouvernementale officielle; la santé publique (avec un petit s) est le champ d'activité qui vise à protéger et à améliorer la santé du public.

Summit was convened in Rome by the Food and Agriculture Organization, a landmark event omitted by Seed et al., the definition of food security was codified: food security exists when “all people, at all times, have physical, social and economic access to sufficient safe and nutritious food that meets their dietary needs and food preferences for an active and healthy life.”¹⁰ The term became aspirational rather than pragmatic. For example, under this definition, poor access to organic choices renders the most affluent Canadian who seeks these products food insecure. With a shift in understanding of how food security was defined, Public Health’s role in food security became twofold: to seek to reduce food insecurity (defined as the inability to access sufficient food through socially acceptable means due to financial constraints¹¹), and to enhance local/community food systems within the global food system. Allen pointed out in 1999 that these two aims are not complementary; in fact they are often contradictory,⁹ and this tension has dogged food insecurity/community food security advocates. Seed et al. provide numerous examples of such tensions, two of which are:

1. Community nutritionists and civil society representatives were concerned that the use of the term ‘food security’ was too frequently associated with household and individual food insufficiency – often referred to as ‘food insecurity’.
2. Individual skill building, a focus of some initiatives, was highly controversial as many interviewees were not satisfied with an alleviation approach to food insecurity (versus tackling root causes).

The fact that Seed and colleagues do not proffer their definition of food security until well into their article is telling, as is the definition that they landed on, namely that food security is community food security: “Community food security exists when all citizens obtain a safe, personally acceptable, nutritious diet through a sustainable food system that maximizes healthy choices, community self-reliance and equal access for everyone” (ref.1, p.e325). (Seed et al. note that this definition is adapted from Bellows and Hamm.¹²)

With ‘food security’ defined, Seed et al.’s use of the Public Health Agency of Canada’s Population Health Template¹³ as an analytic framework reveals an interesting gap; namely the final common pathway’s dual goals. The dual goals of improving the health of the population while decreasing health inequities are necessary for all Public Health actions, but themselves perpetuate tension related to: social equity versus individual empowerment; social welfare models versus community development approaches; the individual/household versus community unit of analysis; and most importantly, governmental actors versus community organizations.¹⁴ The absence of clearly articulated dual goals for Public Health’s policy commitment to food security struck me as a possible forbearer of conflicts. According to Seed et al.’s policy analysis, clearly some actors favoured the equity goal (reduction of food insecurity) while others supported community food security actions, which through the Community Food Action Initiative were really the only ones to get off the ground.

A closer examination of the Population Health Template used for Seed et al.’s analysis uncovers another worrisome gap.¹³ The phase labeled ‘Analysis of Health Issues’ explicitly requires examination of the evidence base. Seed et al. suggest that one limitation was Public Health’s lack of ability to incorporate evidence from civil

d’ignorer les contraintes institutionnelles à une telle collaboration. À vrai dire, l’emploi du mot « systémique » par Seed et coll. pour décrire les contraintes à la promotion de la sécurité alimentaire par la Santé publique semblent négliger le fait que la Santé publique *est* le système.

En retraçant la prétention de la Santé publique d’être un acteur des politiques de sécurité alimentaire, Seed et coll. indiquent qu’elle l’est déjà depuis un certain temps. Il y a plusieurs mises en garde à faire à ce sujet. Premièrement (comme le relate Patricia Allen⁹), à la Conférence mondiale de l’alimentation de 1974 à laquelle Seed et coll. font allusion, la question de la sécurité alimentaire était à n’en pas douter le thème dominant, mais la sécurité alimentaire dans ce contexte signifiait la capacité d’un pays de produire suffisamment de denrées pour nourrir sa population. Lors du Sommet mondial de l’alimentation tenu à Rome en 1996 par l’Organisation pour l’alimentation et l’agriculture (un événement phare dont Seed et al. ne parlent pas), on a codifié la définition de la sécurité alimentaire : celle-ci est assurée « quand toutes les personnes, en tout temps, ont économiquement, socialement et physiquement accès à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui satisfait leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine¹⁰. » L’expression a perdu son caractère pragmatique pour devenir une aspiration. Par exemple, selon cette définition, l’accès restreint aux aliments biologiques met les Canadiens les plus aisés qui recherchent ces produits en situation d’insécurité alimentaire. Avec la nouvelle définition de la sécurité alimentaire, le rôle de la Santé publique à cet égard est devenu double : chercher à réduire l’insécurité alimentaire (définie comme étant l’incapacité de se procurer des aliments en quantité suffisante par des moyens socialement acceptables en raison de contraintes financières¹¹) et améliorer les circuits alimentaires locaux/communautaires au sein du système alimentaire mondial. Allen faisait remarquer en 1999 que ces deux buts ne sont pas complémentaires; en fait, ils sont souvent contradictoires⁹; les défenseurs de la sécurité alimentaire butent sans cesse sur la tension qui en résulte. Seed et coll. donnent de nombreux exemples de ces tensions; en voici deux :

1. Les nutritionnistes communautaires et les représentants de la société civile étaient préoccupés par l’emploi de l’expression « sécurité alimentaire », trop fréquemment associée à l’insuffisance alimentaire des ménages et des particuliers – souvent désignée par l’expression « insécurité alimentaire ».
2. Le renforcement des compétences individuelles, point focal de certaines initiatives, était très controversé, car de nombreuses personnes interrogées étaient insatisfaites d’une démarche consistant à soulager l’insécurité alimentaire (plutôt que de s’attaquer à ses causes fondamentales).

Le fait que Seed et coll. n’offrent pas leur propre définition de la sécurité alimentaire avant que leur article soit bien entamé est éloquent, tout comme la définition qu’ils ont choisie, à savoir que la sécurité alimentaire est communautaire : « Il y a sécurité alimentaire communautaire quand tous les citoyens peuvent avoir un régime alimentaire nutritif, sûr et qui leur est personnellement acceptable par le biais d’un système alimentaire durable qui maximise les saines habitudes de vie, l’autonomie de la communauté et l’égalité d’accès pour tous » (note n° 1, p.e325). (Seed et coll. signalent que cette définition est adaptée de Bellows et Hamm¹².)

society food security networks. Here I would suggest the failure was a lack of evidence rather than the means to incorporate evidence. There is little evidence that community food security initiatives reduce food insecurity^{11,15} and it is unclear what outcomes should be used to measure their success. This is a different interpretation than Seed et al.'s which suggests that individual-level health outcomes were the only outcomes of interest for Public Health within its institutional role in health. Nowhere was it suggested that monitoring of provincial household food insecurity rates, available throughout that time period through the Canadian Community Health Survey, was used to measure progress. While measurement failure might be a possible reason for the lack of tangible results, it could as easily be argued that civil society succeeded in convincing Public Health to commit to a policy initiative on the basis of a well-argued problem statement (food security is a problem) that unfortunately lacked an evidence base for action. The policy analysis went to great lengths to report how civil society actors felt frustrated that they were not listened to, that their expertise was undervalued. This raises the serious difficulty that Public Health faces, being a techno-bureaucratic institution itself that must accommodate community input while managing within an outcomes-based accountability framework.

This brings us to the key recommendation of Seed et al., namely the need for regulatory pluralism. By focusing on the topic of regulation, Seed et al. acknowledge Public Health as a techno-bureaucratic institution. But the example provided as justification for such regulatory pluralism is of concern. Much is made of an oppressive meat inspection system that, once introduced in British Columbia, effectively closed most small abattoirs in the province and with them small local ranchers. This account has been documented by Miewald et al.¹⁶ The regulations Public Health enforces are those that arose out of the 2004 Bovine Spongiform Encephalopathy (BSE) crisis that virtually shut down Western cattle ranching and exposed serious deficiencies in meat production.

Public Health has, as Seed and colleagues affirm, a salient history in food safety, and members of the public remain skeptical and combative with respect to milk pasteurization¹⁷ and concerns around urban chickens,¹⁸ yet at the same time are incensed with listeriosis outbreaks through deli meats.¹⁹ Regulatory pluralism has other advocates too. In Mount et al.'s Ontario community food study, farmers identified different regulatory barriers than farmers' markets.⁸ Recently, the former head of a US grocery chain announced he would open a store that sells post-"best by"-date food products at low cost so that food is not wasted.²⁰ Clearly, regulatory pluralism is firmly in the purview of Public Health and one of its key tools for execution of its mandate within governmental apparatus. Food insecurity/security is a good test case for Public Health's ability to navigate difficult terrain, and no doubt the latter could do better. In fact, Public Health policy processes represent a novel area of study for public health scholars, and we thank Seed and colleagues, and those who participated in the British Columbia case study, for provoking a long-overdue discussion.

Lynn McIntyre, MD, MHSc, FRCPC

Professor, Dept. of Community Health Sciences, Cumming School of Medicine, University of Calgary, Calgary, AB

Une fois la « sécurité alimentaire » définie, l'utilisation par Seed et coll. du Modèle de promotion de la santé de la population¹³ de l'Agence de la santé publique du Canada comme cadre d'analyse révèle une lacune intéressante, car la voie commune finale a un double objectif. Ces deux objectifs, améliorer la santé de la population tout en réduisant les iniquités face à la santé, sont nécessaires à toute action de la Santé publique, mais perpétuent eux-mêmes des tensions : entre l'équité sociale et l'autonomisation individuelle; entre les modèles d'aide sociale et les démarches de développement communautaire; entre la personne/le ménage et la communauté comme unité d'analyse; et surtout, entre les acteurs gouvernementaux et les organismes communautaires¹⁴. L'absence d'un double objectif clairement énoncé dans la profession de foi de la Santé publique en faveur de la sécurité alimentaire me frappe comme étant un gage de conflits futurs. Selon l'analyse des politiques de Seed et coll., il est clair que certains acteurs étaient en faveur de l'objectif d'équité (réduction de l'insécurité alimentaire), tandis que d'autres appuyaient des mesures de sécurité alimentaire à l'échelle communautaire, lesquelles, par le biais de la Community Food Action Initiative, sont en réalité les seules qui ont décollé.

Un examen attentif du Modèle de promotion de la santé de la population ayant servi à l'analyse de Seed et coll. révèle une autre lacune inquiétante¹³. L'étape appelée « Analyser les enjeux liés à la santé » exige explicitement un examen des fondements scientifiques. Seed et coll. indiquent que l'une des contraintes était le manque de capacité de la Santé publique d'intégrer les données probantes des réseaux de sécurité alimentaire de la société civile. Ici j'indiquerais que le problème était le manque de données probantes et non le manque de moyens de les intégrer. Il est loin d'être prouvé que les initiatives de sécurité alimentaire communautaire réduisent l'insécurité alimentaire^{11,15}, et on ne sait pas clairement quels résultats utiliser pour mesurer le succès de ces initiatives. Mon interprétation est différente de celle de Seed et coll., selon qui les résultats sanitaires à l'échelle des particuliers sont les seuls résultats d'intérêt pour la Santé publique dans le cadre de son rôle institutionnel en santé. On n'indique nulle part que la surveillance des taux d'insécurité alimentaire des ménages de la province, disponibles pendant toute la période d'étude grâce à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, a servi à mesurer les progrès réalisés. L'insuffisance du système de mesure pourrait être une raison du manque de résultats tangibles, mais on pourrait tout aussi facilement faire valoir que la société civile a réussi à convaincre la Santé publique de souscrire à une initiative stratégique sur la base d'un énoncé de problème bien argumenté (la sécurité alimentaire est un problème), auquel il manque malheureusement le fondement scientifique nécessaire à l'action. L'analyse des politiques insiste beaucoup sur la contrariété des acteurs de la société civile, qui ont senti qu'ils n'étaient pas écoutés et que leur savoir-faire était sous-estimé. Ceci soulève la grave difficulté à laquelle la Santé publique est confrontée en tant qu'institution techno-bureaucratique : elle doit tenir compte de l'apport de la communauté tout en gérant ses activités dans un cadre de responsabilisation axé sur les résultats.

Ceci nous amène à la recommandation clé de Seed et coll., à savoir le besoin d'un pluralisme réglementaire. En s'attachant au thème de la réglementation, Seed et coll. reconnaissent la Santé publique en tant qu'institution techno-bureaucratique. Mais l'exemple fourni pour justifier ce pluralisme réglementaire est

REFERENCES/RÉFÉRENCES

1. Seed BA, Lang TM, Caraher MJ, Ostry AS. Exploring Public Health's roles and limitations in advancing food security in British Columbia. *Can J Public Health* 2014;105(5):e324-e329.
2. Sabatier PA, Weible CM. The Advocacy Coalition Framework. In: Sabatier P (Ed.), *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO: Westview Press, 2007.
3. Moloughney B. The use of policy frameworks to understand public-health related public policy processes: A literature review. Peel Public Health, October 2012. Available at: https://www.peelregion.ca/health/library/pdf/Policy_Frameworks.PDF (Accessed September 30, 2014).
4. Ostrom E. Institutional Analysis and Development Framework. In: Sabatier P (Ed.), *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press, 2007.
5. Ostrom E. *Institutional Rational Choice: An Assessment of the Institutional Analysis and Development Framework*. Boulder: Westview Press, 2007.
6. Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, 2nd ed. New York, NY: Longman, 2003.
7. Ingram H, Schneider A, deLeon P. Social construction and policy design. In: Sabatier P (Ed.), *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press, 2007.
8. Mount P, Hazen S, Holmes S, Fraser E, Winson A, Knezevic I, et al. Barriers to the local food movement: Ontario's community food projects and the capacity for convergence. *Local Environment* 2013;18(5):592-605.
9. Allen P. Reweaving the food security safety net: Mediating entitlement and entrepreneurship *Agriculture Human Values* 1999;16:117-29.
10. FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations): Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action. Rome, 1996. Available at: <http://www.fao.org/docrep/003/w3613e/w3613e00.HTM> (Accessed September 30, 2014).
11. McIntyre L, Rondeau KR. Food insecurity. In: Raphael D (Ed.), *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press, 2009.
12. Bellows AC, Hamm MW. International effects on and inspiration for community food security policies and practices in the USA. *Critical Public Health* 2003;13:107-23.
13. Public Health Agency of Canada. Population Health Template, Draft 2001. Available at: http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/overview_handout_black-eng.pdf (Accessed September 27, 2014).
14. Winne M, Joseph H, Fisher A. Community Food Security: A guide to concept, design, and implementation. Venice, CA: Community Food Security Coalition, 1997. Available at: <http://www.slideshare.net/GeoAnitia/community-food-security-a-guide-to-concept-design-and-implementation> (Accessed September 30, 2014).
15. Kirkpatrick S, Tarasuk V. Food insecurity and participation in community food programs among low-income Toronto families. *Can J Public Health* 2009;100(2):135-39.
16. Miewald C, Hodgson S, Ostry A. Tracing the unintended consequences of food safety regulations for community food security and sustainability: Small-scale meat processing in British Columbia. *Local Environment* 2013. Available at: <http://dx.doi.org/10.1080/13549839.2013.840567> (Accessed September 27, 2014).
17. LeJeune JT, Rajala-Schultz PJ. Unpasteurized milk: A continued public health threat. *Clin Infect Dis* 2009;48:93-100.
18. Pollock SL, Stephen C, Skuridina N, Kosatsky T. Raising chickens in city backyards: The public health role. *J Community Health* 2012;37:734-42.
19. Hatt K, Hatt K. Neoliberalizing food safety and the 2008 Canadian listeriosis outbreak. *Agriculture Human Values* 2012;29(1):17-28.
20. Trader Joe's ex-president to open store selling expired food. FoxNews.com, January 22, 2014. Available at: <http://www.foxnews.com/leisure/2014/01/22/trader-joe-ex-president-to-open-store-selling-expired-food/> (Accessed September 30, 2014).

préoccupant. On fait grand cas d'un système d'inspection des viandes abusif qui, une fois instauré en Colombie-Britannique, a eu pour effet de fermer la plupart des petits abattoirs de la province et, avec eux, les petits ranchs locaux. Cette version est attestée par Miewald et coll.¹⁶ Or, les règles appliquées par la Santé publique sont nées de la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) de 2004, qui a pratiquement mis un terme à l'élevage de bovins dans l'Ouest et exposé de sérieuses lacunes dans la production de viande.

La Santé publique a toujours joué un grand rôle dans la salubrité des aliments, comme l'affirment Seed et coll., et une partie du public demeure sceptique et combative devant la pasteurisation du lait¹⁷ et les préoccupations entourant les poulets urbains¹⁸, tout en s'indignant des éclosions de listériose liées à des produits de charcuterie¹⁹. Le pluralisme réglementaire a d'autres défenseurs. Dans l'étude sur l'alimentation communautaire en Ontario de Mount et coll., les agriculteurs ont mentionné d'autres obstacles réglementaires que les marchés de producteurs⁸. Dernièrement, l'ancien PDG d'une chaîne d'épicerie des États-Unis annonçait qu'il ouvrirait un magasin vendant à bas prix des produits dont la date de péremption est dépassée pour éviter le gaspillage d'aliments²⁰. Il est clair que le pluralisme réglementaire est du ressort de la Santé publique; c'est l'un des principaux outils dont elle dispose pour exercer son mandat au sein de l'appareil gouvernemental. L'insécurité/la sécurité alimentaire est un bon test élémentaire de la capacité de la Santé publique de naviguer en terrain difficile, et il est certain qu'elle pourrait faire mieux. En fait, les processus d'élaboration des politiques de la Santé publique représentent un nouveau champ d'étude pour les érudits du domaine; nous remercions Seed et coll., ainsi que les participants de l'étude de cas en Colombie-Britannique, d'avoir lancé un débat longuement attendu.

Lynn McIntyre, M.D., M.Sc.S., FRCPC

Professeure, Département des sciences de la santé communautaire,
Faculté de médecine Cumming, Université de Calgary,
Calgary (Alberta)