



National Collaborating Centre
for Infectious Diseases
Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses

La Note mauve

Faits saillants de la conférence de l'Association canadienne de santé publique Montréal (Québec) du 19 au 22 juin 2011

Cette année, le titre de la conférence de l'Association canadienne de santé publique (ACSP) était « La santé publique au Canada : des partenariats novateurs en action ». Les séances avaient toutes un thème commun, soit la collaboration et les partenariats intersectoriels et transdisciplinaires. Le présent numéro de *La Note mauve* est un résumé de nos impressions et interprétations de certaines des discussions qui ont eu lieu à la conférence. Nous invitons les lecteurs à nous faire part de leurs commentaires.

Préparation du terrain

Les déterminants sociaux de la santé sont les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent¹. Ces conditions influent sur la capacité d'une personne d'être en bonne santé et jouent un rôle important dans le maintien de la santé. Selon les données présentées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les femmes, les personnes de faible statut socio-économique et les résidents de quartiers pauvres sont moins susceptibles d'obtenir des soins de santé et de recevoir des soins de qualité pour des troubles de santé aigus et chroniques. Comme des facteurs autres que cliniques influent sur la santé, l'application d'une approche gouvernementale globale pour l'obtention d'une société en santé (selon laquelle tous les ministères gouvernementaux jouent un rôle dans l'élaboration de politiques « saines ») suscite de plus en plus d'intérêt. Le message sur « la santé dans toutes les politiques » comme stratégie d'amélioration de la santé de tous a été délivré bien

clairement pendant toute la conférence de 2011 de l'ACSP. En effet, l'adoption au Canada de politiques favorables à la santé a été le thème central des discussions à la conférence.

L'élaboration de politiques publiques saines et coordonnées s'appuie sur un cadre éthique accepté et de solides données probantes. Les mesures prises par les autorités de la santé publique face à la pandémie de grippe A(H1N1) de 2009 et les catastrophes naturelles ont démontré à quel point il était difficile pour les systèmes de soins de santé de faire face aux difficiles questions éthiques soulevées en période de crise. Les praticiens se sentent souvent mal préparés pour analyser ces questions et prendre les mesures voulues. Il se peut aussi que les intervenants ne s'entendent pas sur ces questions parce qu'ils ont des valeurs différentes. Il pourrait être erroné de supposer que tous les intervenants de la santé publique partagent certaines valeurs et vertus fondamentales, à partir desquelles les décisions sont prises. Des cadres éthiques pour les délibérations et les décisions doivent être mis en place au préalable et l'éthique de la santé publique peut permettre d'éclaircir les divers objectifs, valeurs et limites de la santé publique.

Pour les questions de santé complexes et controversées, la participation du public peut être très utile pour jeter la lumière sur les questions et le processus décisionnel. La participation du public peut :

- sensibiliser, renseigner, éduquer et habiliter le public
- assurer la transparence
- démocratiser le processus décisionnel
- éclairer le processus décisionnel dans le contexte des dilemmes sociaux et éthiques
- permettre de trouver des solutions novatrices et durables aux problèmes collectifs.

La pression croissante concernant l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes pose des défis aux services de santé publique, car ils doivent déterminer comment trouver et interpréter les données probantes et comment mettre en œuvre des pratiques fondées sur des données probantes. Le Service de santé publique de Peel a fait de grands progrès au chapitre de l'inclusion des données probantes à tous les échelons du processus décisionnel, en tirant parti de ressources externes

comme le site healthevidence.ca et le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) et en embauchant deux bibliothécaires de référence pour offrir des services de bibliothèque. L'appui inconditionnel de la haute direction est indispensable pour faciliter la transformation à l'échelle de l'organisation, motiver le personnel à participer à la formation et calmer les inquiétudes créées par le changement de pratique chez les employés. Les données probantes ne sont qu'un des nombreux déterminants de l'adoption d'une nouvelle pratique, mais l'analyse de ces données et leur synthèse en examens rapides servent de point de départ à la discussion et à l'établissement d'un consensus.

Structure et systèmes de santé publique

Le travail entrepris par le Service de santé publique de Peel pour intégrer systématiquement les données probantes à la pratique est une réussite en matière de transfert des connaissances à l'échelle locale. À l'échelle provinciale, les trois agences de santé publique créées, soit le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (CCMCB), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et Santé publique Ontario (SPO); anciennement, l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé), sont des exemples d'efforts de transfert des connaissances. Le mandat des trois agences est entre autres de servir de centres provinciaux d'échange des connaissances, mais chacune a un modèle organisationnel distinct. Au cours d'une séance de discussion en groupe à laquelle ont participé des représentants de la direction des trois agences, il a été question du rôle de conseiller scientifique des agences et de la position de celles-ci dans le processus d'élaboration des politiques en matière de santé.

SPO est régie par la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario. Son mandat est de donner des conseils scientifiques et techniques à ses partenaires du secteur de la santé publique, soit principalement les ministères provinciaux, les services locaux de santé publique et d'autres organismes du système de soins de santé. Les conseils de SPO sont fondés sur des données probantes, mais selon le D^r Vivek Goel, président-directeur général de SPO, en matière de santé publique, il n'y a pas que les questions scientifiques qui comptent. Comme la santé publique est fondée

sur des valeurs, on ne peut négliger le plus vaste contexte dans lequel les mesures de santé publique sont appliquées et il faut réexaminer les données probantes quand le contexte évolue.

L'INSPQ existe depuis douze ans. Sa principale fonction est de conseiller tant le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec que le grand public. Le D^r Luc Boileau, président-directeur général de l'INSPQ, a expliqué que son organisme doit concilier politiques et science pour atteindre ses deux auditoires, car ceux-ci n'ont pas les mêmes besoins en matière d'information. Quand il s'adresse aux décideurs du MSSS, l'INSPQ doit examiner les données probantes scientifiques à la lumière de leur impact sur la santé publique. Quand il s'adresse au grand public, l'INSPQ met l'accent sur l'aspect scientifique plutôt que sur les politiques.

Le CCMCB existe depuis 20 ans, mais dans ses premières années d'existence, il était composé de groupes gouvernementaux distincts. Le CCMCB a été créé par l'amalgamation de ces groupes interdépendants, contrairement à SPO et à l'INSPQ, dont la création a découlé de la loi. Le CCMCB est le principal organisme scientifique consultatif en matière de santé publique en Colombie-Britannique, mais, comme l'a fait remarquer le D^r David Patrick (ancien directeur de l'épidémiologie des maladies transmissibles au CCMCB), contrairement aux deux autres organismes provinciaux, le CCMCB offre aussi certains services de santé publique de base à l'échelle provinciale, dont la distribution des vaccins et les services cliniques relatifs aux importantes maladies transmissibles.

Au-delà du domaine de la santé de la population et publique, on s'intéresse de plus en plus à l'intégration des questions de santé et d'équité dans le processus d'élaboration des politiques publiques. Le mouvement « la santé dans toutes les politiques » prône l'adoption de mesures coordonnées et intersectorielles pour éliminer les iniquités qui ont un impact sur la santé. Au Québec, la *Loi sur la santé publique*, qui est en vigueur depuis dix ans, exige qu'on évalue les répercussions sur la santé de tous les projets de loi et de règlement. Au cours de la séance plénière d'ouverture, le D^r Alain Poirier, directeur national de la santé publique et sous-ministre adjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux, a énuméré plusieurs facteurs dont il faudrait tenir

compte quand on intègre la santé à toutes les politiques.

L'enchâssement de la santé publique dans les lois est essentiel pour que le gouvernement soit obligé de rendre des comptes, mais il ne suffit pas pour créer un système de santé publique intragouvernemental global et coordonné. Le D^r Poirier a souligné qu'il fallait mettre en place des mécanismes intragouvernementaux pour évaluer l'impact de toutes les politiques sur la santé et assurer le développement et le transfert des connaissances.

Pour que la santé publique continue de compter parmi les priorités publiques et soit complètement soutenue par les ministères, le renouvellement des partenariats doit être constant. Au Québec, les pressions de la société civile (p. ex. importantes fondations qui financent des initiatives à condition que le gouvernement verse un financement équivalent) sont un élément de motivation qui a produit de bons résultats. Pour obtenir le concours d'autres ministères en matière de santé publique, susciter leur intérêt, obtenir leur engagement et cerner les objectifs communs, le D^r Poirier a recommandé l'utilisation d'un langage commun et d'arguments économiques.

Au cours de la discussion en groupe qui a suivi la présentation, le D^r Cordell Neudorf, médecin-conseil en chef de la région sanitaire de Saskatoon, a corroboré les arguments présentés par le D^r Poirier, et présenté d'autres paramètres des partenariats intersectoriels fructueux :

- le besoin de leaders solides et engagés
- la capacité de saisir les occasions
- l'importance d'interpréter le milieu et le contexte de l'élaboration des politiques publiques
- la communication énergique et continue entre tous les intervenants et partenaires
- la démonstration d'un avantage pour tous.

La D^{re} Margo Greenwood, leader académique du Centre de collaboration nationale de la santé des Autochtones, a ajouté que l'approche de la santé dans toutes les politiques était conforme à l'approche holistique de la santé et du bien-être adoptée par les communautés des Premières Nations, inuits et métis. La compréhension et l'application de l'approche de la santé dans toutes

les politiques pourraient produire un changement transformationnel positif.

Santé publique : recherche et évaluation

La recherche sur la santé publique n'est pas simple, car les problèmes de santé publique sont complexes et exigent des solutions qui le sont aussi. Les priorités concurrentes et l'absence de système de surveillance des effets sur la santé compliquent encore davantage les choses. Au cours d'une séance intitulée « Bâtir un robuste système de recherche sur les interventions en santé publique au Canada : infrastructure, processus et méthodes », la D^{re} Nancy Edwards, directrice scientifique de l'Institut de santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a animé une discussion en groupe sur l'état actuel de la recherche sur la santé publique au Canada et son rapport avec les politiques et pratiques, et sur les façons de renforcer le modèle actuel de recherche sur la santé publique pour favoriser la collaboration intersectorielle, transdisciplinaire et interprovinciale.

Les conférenciers ont mis l'accent sur l'importance de tirer profit des possibilités de recherche mises en évidence par les essais accidentels. Les essais accidentels sont les événements qui découlent d'une nouvelle politique ou d'un changement de pratique, par exemple la mise en œuvre de stratégies de lutte contre la pauvreté. Bien que les essais accidentels ne soient pas à proprement parler des expériences scientifiques, l'observation et la documentation des processus ainsi que les résultats recherchés ou non d'une mesure ou d'un programme de santé publique peuvent donner d'incalculables renseignements. La nécessité du transfert des connaissances – c'est-à-dire leur application dans des provinces où le contexte est différent et leur diffusion à des intervenants auxquels elles sont susceptibles d'être utiles – est inhérente au processus des études. Pour que le transfert des connaissances réussisse, il faut des liens et des partenariats entre les intervenants communautaires, la population, les chercheurs en santé publique, les spécialistes des sciences sociales (historiens, éthiciens, théologiens, etc.), les praticiens de la santé publique, les décideurs et les responsables des politiques. Un des mandats des Centres nationaux de collaboration en santé publique (www.nccph.ca) est de favoriser le

développement de réseaux entre les praticiens et les chercheurs du domaine de la santé publique.

Comme les IRSC s'intéressent à la recherche intersectorielle et transdisciplinaire, on est en train de les réformer et de recruter des examinateurs de diverses disciplines pour former un comité d'évaluation des demandes de subvention. Un participant a affirmé que la réforme des IRSC ne devrait pas être limitée à la structure de son processus d'évaluation des demandes de subvention, mais qu'elle devrait aussi viser les catégories de financement et les exigences des propositions afin de rendre l'accès plus équitable. La structure de financement actuelle des IRSC est axée sur la compétitivité, laquelle dépend fortement de la rigueur scientifique du plan de l'étude et de l'expérience en recherche du principal candidat. La structure vise à assurer la rigueur scientifique des résultats des recherches financées par les IRSC, mais empêche les membres de la communauté de contribuer à parts égales à la recherche et perpétue les inégalités qui existent déjà entre les milieux universitaire et communautaire.

L'importance du dialogue bidirectionnel et des véritables partenariats entre les chercheurs et les praticiens du domaine de la santé publique a encore une fois été soulignée au cours de la séance plénière de clôture, intitulée « Mobiliser les ressources de la science et de la connaissance dans tous les secteurs ». En mettant l'accent sur l'application et l'utilisation efficace des données probantes dans la promotion de la santé, la D^{re} Louise Potvin, directrice scientifique du Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal de l'Université de Montréal, a attiré l'attention sur le dilemme de l'application à l'échelle locale des résultats de la recherche scientifique internationale. Les données scientifiques non contextuelles sont utiles, mais il faut adapter les données probantes au contexte local pour pouvoir les appliquer de façon significative en pratique. Il faut mener des travaux de recherche empirique pour comprendre le rôle des données probantes et les diverses façons de les utiliser pour la promotion de la santé en vue d'améliorer l'efficacité des programmes. La D^{re} Laurette Dubé, directrice scientifique de la Plateforme mondiale pour la convergence de la santé et de l'économie de l'Université McGill, a ajouté que ce n'est que par l'intégration des

connaissances dans tous les secteurs de la santé que nous parviendrons à changer notre approche en silo des questions de santé complexes et à opérer une transformation durable vers l'amélioration de la santé aux échelons politique, populationnel et individuel.

Au cours de la séance plénière intitulée « Au-delà du questionnaire de recensement complet : le visage évolutif de la surveillance au Canada », le D^r Gilles Paradis, professeur au Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail de l'Université McGill, et madame Beth Wilson, chercheuse principale et analyste des politiques de Social Planning Toronto, ont parlé des conséquences de l'abandon du questionnaire de recensement obligatoire complet sur les pratiques de santé publique et la recherche sur la santé publique, et ont cerné de nouvelles stratégies de collecte des données et de transfert des connaissances.

Comme la plupart des lecteurs de *La Note mauve* le savent déjà, le 13 juillet 2010, le gouvernement fédéral a annoncé l'abolition du questionnaire de recensement obligatoire complet, qui a été remplacé par l'Enquête nationale auprès des ménages, qui est à participation volontaire.

Les renseignements sur la population canadienne obtenus par l'entremise du questionnaire de recensement complet étaient utilisés pour l'élaboration et la prestation de programmes par le gouvernement et les groupes communautaires. Ils étaient aussi importants pour la recherche sur la population. L'Enquête nationale auprès des ménages porte sur la plupart des mêmes sujets que le questionnaire de recensement complet, mais on croit que le taux de réponse, qui était de plus de 90 % (pour le questionnaire de recensement complet), ne sera plus que de 50 % (pour le nouveau questionnaire volontaire). Comme les gens ne seront pas obligés de remplir le nouveau questionnaire, l'enquête comportera un biais de sélection, c'est-à-dire que les groupes dont le revenu est le plus élevé et le plus faible et les personnes démunies sur le plan social (p. ex. membres des Premières nations, personnes handicapées, nouveaux immigrants) seront moins susceptibles de le remplir, ce qui produira une population moins diversifiée et moins inégale – ce

que le D^r Paradis a appelé « un pays où la modération est plus grande ».

Si le taux de réponse est aussi faible que prévu, le remplacement du questionnaire de recensement complet par l'Enquête nationale auprès des ménages pourrait avoir des répercussions négatives sur les décisions ayant trait aux politiques publiques sur la santé, le logement, l'emploi et l'éducation à l'échelle régionale et locale. Il pourrait aussi être plus difficile d'évaluer les changements d'orientation et l'efficacité des programmes de santé publique.

Pour ce qui est de la recherche sur la population, l'absence de données fiables aura un effet négatif sur la base d'échantillonnage des études indépendantes et sur la capacité d'obtention d'une référence pour la correction des données. L'augmentation des coûts et des délais qui découlera du travail de fond supplémentaire pourrait retarder ou entraîner l'annulation de certaines études, surtout celles sur les déterminants sociaux de la santé.

Des sources complémentaires de données pourraient être utilisées de concert avec l'Enquête nationale auprès des ménages pour remplacer le questionnaire de recensement complet, dont les données provenant des déclarations fiscales, des dossiers médicaux, de l'administration publique (p. ex. permis de conduire) et des études menées par le secteur privé. Ces sources de renseignements sont souvent insuffisantes et ne peuvent remplacer le questionnaire de recensement complet, et il nous faudra déterminer la meilleure façon de faire face aux nouvelles limites concernant les données.

Éducation et renforcement des capacités

Au cours d'une séance plénière intitulée « Renforcer les capacités pour agir sur la santé publique », le D^r Alain Poirier, directeur national de la santé publique et sous-ministre adjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux, et le D^r John Frank, directeur de la Scottish Collaboration for Public Health Research and Policy, ont comparé la structure de la santé publique au Québec et en Écosse et décrit comment cette structure influe sur la prestation des programmes de santé publique et la capacité de réponse des praticiens de la santé publique.

Le D^r Poirier a expliqué que dans le cadre de la réforme québécoise de la santé publique, des centres locaux de soins de santé primaires ont été créés pour que l'expertise en santé publique se développe à partir de la base. En plus d'offrir des soins primaires, les médecins devaient s'occuper des questions de santé pertinentes à l'ensemble de la population. Par suite de ce modèle décentralisé de santé publique, la coordination et la vision provinciales ont été limitées, ce qui a créé des lacunes au chapitre de la capacité d'intervention en santé publique.

En Écosse, par contre, le système de santé publique est très solidement ancré dans l'appareil bureaucratique et, selon le D^r Frank, il faut remettre le pouvoir entre les mains des intervenants locaux. En effet, par suite des exigences divergentes de la santé publique, des soins à court et à long terme, de l'administration, ainsi que de la planification et de l'évaluation des programmes dans une structure de gouvernance partagée, les médecins et épidémiologistes perdent leurs qualifications. L'Écosse met fortement l'accent sur les politiques locales, mais, comme le Québec, a du mal à régler les problèmes de façon coordonnée à l'échelle nationale, par exemple en ce qui a trait aux politiques sur l'étiquetage des aliments ou les pratiques agricoles.

Dans les deux cas, un solide leadership et une autorité claire sont essentiels pour revitaliser le système de santé publique actuel. Selon le D^r Poirier, pour avoir de très bons leaders en santé publique, il faudrait que les médecins reçoivent une formation en santé publique au cours de leurs études universitaires. Les organismes de santé publique doivent collaborer avec les facultés de médecine, en mettant l'accent sur les innovations intersectorielles et transdisciplinaires, pour offrir une bonne formation, créer des emplois offrant d'excellentes possibilités et recruter activement des personnes talentueuses et ayant une solide formation pour pourvoir à ces postes. La formation en leadership en santé publique doit être offerte aux médecins pendant leurs études et renforcée pendant leur développement professionnel. Conscient de l'importance critique de la santé publique dans un système de santé global, le D^r Frank a fait l'éloge des efforts déployés au Canada pour créer de nouvelles écoles de santé publique afin d'accroître la capacité actuelle et d'élargir le

bassin d'expertise. Un avertissement a toutefois été servi aux membres de l'auditoire : le programme des écoles de santé publique doit être le même partout au Canada pour que les étudiants acquièrent les mêmes compétences de base partout au pays.

Communication

Au cours de la séance intitulée « La communication et l'échange de connaissances en santé : adopter les valeurs canadiennes pour favoriser l'équité en matière de santé », quatre panélistes ont parlé de la façon dont la communication efficace pouvait contribuer au dialogue constructif sur la santé et les valeurs qui sous-tendent les questions d'éthique de la santé publique, d'équité en matière de santé et de transfert des connaissances.

Selon la D^{re} Charlotte Reading, professeure agrégée à l'Université de Victoria, les conditions sociales sont le résultat d'inégalités qui sont souvent évitables. Chez les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, il y a encore un nombre démesuré de personnes en mauvaise santé par rapport au reste de la population et, selon la D^{re} Reading, on pourrait faire davantage pour favoriser l'équité en matière de santé et pour améliorer la santé des populations marginalisées. La D^{re} Bernie Pauly, professeure agrégée à l'Université de Victoria, a ajouté que le statut socio-économique, le niveau d'éducation et le revenu du ménage ne sont pas les seuls déterminants sociaux qui influent sur la santé. En effet, des facteurs systémiques comme le colonialisme, le racisme, le classisme et le sexisme ont des répercussions sur la mobilité sociale et, à partir de la naissance, déclenchent une série d'événements qui font que la personne sera moins susceptible d'être en bonne santé plus tard. La D^{re} Pauly a avancé que l'objectif fondamental de la santé publique est la justice sociale pour tous.

Le D^r Richard Lessard, directeur de la Direction de la santé publique de Montréal, a observé que la réduction des iniquités en matière de santé exige une vision à long terme. Quand on rédige les messages sur la santé publique, il faut choisir le bon langage. Le D^r Lessard a insisté sur l'importance de la connaissance de l'auditoire. Que l'auditoire ait une vision gauchiste ou droitiste du monde, le langage des messages doit être adapté à ses valeurs.

Monsieur Gene Long, conseiller en communication sur la santé, a souligné que la communication était nettement une fonction critique de la santé publique. Même si certains praticiens de la santé publique sont d'avis que les médias n'appuient pas suffisamment les communications, le grand public connaît et comprend généralement bien les iniquités en matière de santé publique. Toutefois, comme l'a fait remarquer monsieur Long, les médias sociaux émergents et autres progrès en matière de communication donnent beaucoup d'occasions de diffuser plus largement les messages sur les déterminants sociaux de la santé et la justice sociale.

Au cours de la séance plénière intitulée « Aborder les défis actuels et complexes de la santé publique : la sagesse de l'expérience et les nouvelles technologies », il a été question de l'utilisation des nouvelles technologies pour promouvoir les initiatives en matière de santé publique. Le D^r David Hammond, du Département des études sur la santé et de la gérontologie de l'Université de Waterloo, a donné l'exemple des innovations technologiques utilisées par l'industrie du tabac pour illustrer comment cette industrie avait exploité les nouvelles technologies et pour expliquer comment certaines de ces technologies avaient été mises à profit pour intensifier la campagne anti-tabac des autorités de la santé publique. Il a ensuite parlé de l'utilisation des nouvelles technologies pour la lutte contre l'obésité au Canada.

Pendant de nombreuses années, l'industrie du tabac est parvenue à faire accroître la consommation de tabac par l'innovation et la technologie. Par exemple, ses cigarettes aromatisées et emballages colorés ciblaient des groupes donnés de la population générale. En réponse aux messages des autorités de la santé publique sur les risques du tabac pour la santé, elle a en outre lancé de nouveaux filtres.

De la même façon, l'industrie alimentaire persuade les consommateurs de faire des choix malsains en utilisant divers subterfuges, par exemple en étiquetant les produits alimentaires comme « naturels » ou « sains » en raison d'un seul ingrédient et en utilisant des jouets pour tenter les enfants. Quand on la met en cause, l'industrie alimentaire, comme celle du tabac, modifie

rapidement ses produits plutôt que de tenter de changer les comportements des consommateurs.

On se demande maintenant comment utiliser les nouvelles technologies à notre avantage pour faire la promotion des questions de santé publique. Le D^r Hammond a avancé que les nouvelles technologies pouvaient permettre de déceler et d'analyser les tendances de consommation et de surveiller les milieux scolaires, de travail et de la vente au détail. Les nouvelles technologies peuvent aussi servir à accroître la portée des interventions. Il y a par exemple maintenant plus de 60 applications pour iPod pour aider les gens à cesser de fumer. Les applications qui calculent l'apport calorique et l'activité physique sont aussi de plus en plus populaires. Les autorités de la santé publique sont lentes à adopter les nouvelles technologies et les innovations, mais elles ne peuvent se permettre de commettre une des plus grandes erreurs de la campagne anti-tabac, soit s'attendre à ce que l'industrie modifie volontairement ses produits. Certaines des mesures prises par l'industrie partent probablement de bonnes intentions, mais elles sont souvent insuffisantes.

Une autre importante question émergente est l'utilisation des médias sociaux pour la communication des messages de santé publique. Comme l'a souligné monsieur Thom Kearney, partenaire et conseiller principal chez Rowanwood Consulting Inc., les médias sociaux peuvent permettre de mobiliser et d'organiser des populations entières comme jamais auparavant. Les médias sociaux mettent l'accent sur les gens et non sur la technologie. Pour être pertinente, la santé publique doit pouvoir s'adapter aux changements, et les médias sociaux sont un mécanisme de communication qui permet d'obtenir la collaboration intersectorielle et transdisciplinaire à grande échelle nécessaire à l'application et à l'échange des connaissances en matière de santé publique.

Référence

1. OMS, 2011. Déterminants sociaux de la santé. http://www.who.int/social_determinants/fr/ [consultation en ligne le 1^{er} juillet 2011]

La production du présent document a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.