

TABLE RONDE SUR L'ÉVALUATION  
D'IMPACT SUR LA SANTÉ  
22 FÉVRIER 2008

L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ (ÉIS) : UNE  
VOIE D'ACTION PROMETTEUSE POUR FAVORISER LES  
POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

DOCUMENT DE MISE EN CONTEXTE

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE  
SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

FÉVRIER 2008

VERSION PRÉLIMINAIRE – POUR DISCUSSION





**AUTEUR**

Louise St-Pierre  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

**DATE**

Février 2008

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'utilisation des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé au sein de la communauté de la santé publique, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances.

Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine spécifique, mais avec un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances.

La production de ce document a été rendu possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de santé publique du Canada par le financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS).

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Internet du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca)

An English version of this paper is available at [www.ncchpp.ca](http://www.ncchpp.ca)

Ce document est une version préliminaire. Nous invitons les lecteurs à nous envoyer leurs commentaires à [ccnpps@inspq.qc.ca](mailto:ccnpps@inspq.qc.ca)

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

---

## Introduction

L'instauration de politiques publiques favorables à la santé est une stratégie importante de promotion de la santé. L'idée qui sous-tend cette stratégie réfère à la prise en compte de manière explicite des effets sur la santé et ses déterminants que peuvent avoir les politiques élaborées dans tous les secteurs de l'action gouvernementale, en particulier les secteurs autres que celui des services et soins de santé (WHO, 1988). Si cette idée n'est pas nouvelle, la mise sur pied d'une organisation de santé publique dédiée au développement des capacités des intervenants de santé dans ce domaine est une première au Canada. Le CCNPPS, financé par l'Agence de santé publique du Canada depuis 2005, a comme mandat de supporter les efforts des acteurs de santé publique et de leurs partenaires qui désirent s'investir dans le domaine des politiques publiques favorables à la santé. Ces derniers peuvent emprunter plusieurs voies d'action pour tenter d'influencer les politiques publiques. La communication sociale, le transfert des connaissances, le soutien aux organisations communautaires ou la production d'avis officiels aux autorités gouvernementales font partie de celles-là (Gagnon et al., 2007).

La démarche d'ÉIS est apparue au CCNPPS comme une manière de faire particulièrement intéressante, permettant d'intégrer plusieurs de ces voies d'action.<sup>1</sup>

## Le choix de l'ÉIS comme outil de promotion de politiques publiques favorables à la santé

Le champ de l'ÉIS appliquée aux politiques s'est développé à partir de deux sources d'influence : l'évaluation d'impact sur l'environnement des projets de développement, à l'intérieur de laquelle les impacts sur la santé humaine sont de plus en plus considérés (Davies & Sadler, 1997; Lock, 1998; Mindell et al., 2004; Bond, 2004) et l'approche sur les déterminants de la santé développée en promotion de la santé (Scott-Samuel, 1998; Kemm, 2001). Cette dernière influence a donné naissance à un courant de pratique de l'ÉIS qui s'appuie sur une définition large de la santé, inclut des préoccupations à l'égard des inégalités de santé et de la participation des groupes de citoyens. Il accorde de l'importance autant au processus d'influence qu'à celui du développement des données probantes (Kemm, 2001; Mahoney & Durham, 2002). Ce courant se développe de façon importante à travers le monde, notamment en Europe où une riche expérience et une variété d'outils sont maintenant rendus disponibles sur la Toile. Récemment, une vaste étude portant sur l'efficacité de l'ÉIS menée auprès de 19 pays européens a conclu à la capacité de cette pratique à influencer le processus de prise de décision et à accroître la sensibilité des décideurs envers les déterminants larges de la santé (EOHSP, 2007). De plus, une étude britannique indépendante a établi un rapport coût-bénéfice positif pour cette pratique (O'Reilly et al., 2006).

---

<sup>1</sup> Ce document présente le point de vue actuel de la direction du CCNPPS sur le champ de l'évaluation d'impact sur la santé et sur ses possibilités de développement pour le Canada. Il est le résultat de rencontres et d'une revue des connaissances effectuées entre 2005 et 2007 et se veut un point de départ pour les échanges qui auront lieu lors de la table ronde du 22 février 2008.

C'est sur la base de ces constats et devant l'intérêt manifesté au Canada, que le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé entend promouvoir et soutenir cette pratique auprès des acteurs de santé publique intéressés.

## **L'ÉIS, un outil pour supporter le processus de décision de politiques publiques**

La définition la plus commune de l'ÉIS est celle qui a été développée par un ensemble de pays européens réunis sous l'égide du Bureau Européen de l'OMS en 1999, connue sous le nom de « Consensus de Göteborg ». Elle présente l'ÉIS comme étant « *une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger des effets possibles d'une politique, d'un programme ou projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population* » (OMS et al., 2005).

L'ÉIS appliquée aux politiques s'appuie sur un modèle sociopolitique de la santé qui considère que l'état de la santé d'une population est tributaire des conditions dans lesquelles les personnes vivent et travaillent (Milio, 1987) et que ces conditions sont façonnées par les décisions prises dans tous les secteurs gouvernementaux. Elle s'appuie, de plus, sur l'idée d'une responsabilité sociétale envers la santé de la population partagée entre tous les secteurs. De ce fait, l'ÉIS se pratique généralement sur les politiques, programmes et projets élaborés dans d'autres secteurs que celui de la santé de la population (Lock, 2000; Cole et al., 2004).

L'ÉIS propose une démarche systématique en cinq étapes qui permet de structurer les actions visant à identifier les déterminants de la santé touchés par la proposition, à planifier et mener l'étude des répercussions possibles sur la santé de la population concernée et à interagir avec les développeurs de la politique en fonction des résultats obtenus<sup>2</sup>. En plus de procurer des informations de santé publique issues de la recherche, l'ÉIS se veut une démarche d'accompagnement du processus de développement d'une politique publique et elle encourage la participation des décideurs ainsi que des groupes de la population à l'identification des effets potentiels sur la santé (Scott-Samuel et al., 2001; Elliott & Williams, 2004). Ainsi, l'ÉIS, vue comme un processus ou une démarche, donne une importance aussi importante à la sensibilisation et à la responsabilisation des décideurs hors santé qu'à l'évaluation des risques et la prise en compte des résultats dans les prises de décision.

Certains auteurs ont d'ailleurs proposé de bonifier la définition actuelle de l'ÉIS afin de rendre compte de cette perspective élargie. Elle a été associée soit à une *Évaluation santé stratégique* (Strategic Health Assessment) (Mahoney, 2001), à une *analyse de politique centrée sur la santé* (Kemm, 2001) ou encore à une *stratégie de coordination interactive pour supporter l'intégration de la perspective santé dans les décisions* [traduction libre] (Bekker, 2007).

## **La pratique de l'ÉIS au Canada**

Au Canada, les efforts les plus consistants en matière d'ÉIS ont été faits dans le champ de la santé environnementale, soit à l'intérieur des Évaluations d'Impact sur l'Environnement (ÉIE)

---

<sup>2</sup> Pour visualiser la démarche typique proposée, voir en annexe.

qui sont maintenant obligatoires dans toutes les juridictions, provinciales et fédérales. Le Canada est reconnu internationalement pour avoir bien intégré la perspective santé à l'intérieur des ÉIE (Sadler, 1996; Noble, 2002; Cole et al., 2004). Ceci est dû, en partie, à la définition large donnée à l'environnement dans les cadres légaux, celle-ci incluant souvent la santé humaine. À ces leviers législatifs, s'ajoutent les efforts importants consentis par Santé Canada et le Comité fédéral-provincial-territorial de l'hygiène du milieu et du travail pour soutenir la pratique de l'ÉIS à l'intérieur des processus obligatoires d'ÉIE. Ces efforts, qui ont culminé au cours de la deuxième moitié des années 1990, ont donné lieu à la production de guides de pratique très élaborés, disponibles en ligne (Santé Canada, 2004a; Santé Canada, 2004b; Santé Canada, 2004c; Santé Canada, 2005), et à une série de rencontres de formation à travers le Canada. Dans la pratique, cependant, la capacité à intégrer de façon systématique et satisfaisante les différents aspects de la santé, notamment lorsqu'il s'agit des aspects sociaux de la santé, varie d'une province à l'autre et s'avère généralement plutôt mince (Yap, 2003; McCaig, 2005; Noble & Bronson, 2006).

En dehors du champ de la santé environnementale, les efforts les plus marquants ont été ceux faits en Colombie-Britannique au cours de cette même décennie. En 1993, le gouvernement de cette province introduisait une pratique d'ÉIS pour toutes les propositions soumises au Cabinet. Cette pratique a été étendue peu après au palier régional et divers outils ont été développés à l'intention des différents intervenants. Cet engagement n'a pas passé le cap des années 2000 toutefois. Selon certains analystes, cela serait dû à un changement de gouvernement et à une diminution du soutien politique à son égard (Banken, 2001). Cette expérience est reconnue internationalement comme étant la première tentative d'institutionnalisation de l'ÉIS dans un gouvernement. Elle a servi d'exemple au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) qui a proposé au gouvernement québécois de légiférer, en 2001, en faveur de l'ÉIS afin d'assurer sa pérennité au sein du gouvernement. Dans cette province, tel que stipulé dans l'article 54 de la Loi sur la santé publique, tous les ministères et organismes doivent, depuis lors, s'assurer que leurs lois et règlements n'occasionnent aucun impact négatif significatif sur la santé et le bien-être de la population (Gouvernement du Québec, 2001). Le MSSS soutient les instances gouvernementales dans cette responsabilité par la production de guides et diverses activités de transfert des connaissances.

À côté de ces expériences bien connues au niveau provincial, d'autres se sont développées ou se développent actuellement au niveau local, favorisant la convergence entre la santé publique et le milieu municipal ou les communautés locales dans la mise en œuvre de projets d'ÉIS. C'est le cas par exemple à la ville de Toronto en Ontario, à la Municipalité régionale de comté de la Haute-Yamaska au Québec ou dans le projet PATH à Antigonish en Nouvelle Écosse (Gillis, 1999). Ces développements à l'échelle locale de l'ÉIS peuvent s'arrimer avec le mouvement international Villes-Santé, né en 1986 et encore actif dans au moins quatre provinces canadiennes. Ces développements offrent un cadre favorable à l'établissement de politiques publiques favorables à ce palier gouvernemental.

## **Enjeux et potentialités**

Les défis entourant la pratique de l'ÉIS sont nombreux. En premier lieu, nous trouvons un enjeu d'ordre méthodologique portant principalement sur la capacité à prédire les effets d'une

politique. Cet enjeu est d'ailleurs amplement discuté dans la littérature (Parry & Stevens, 2001; Mindell et al., 2004; Veerman et al., 2007). Un deuxième enjeu attire de plus en plus l'attention. Il s'agit notamment de celui relatif à la capacité de la démarche ÉIS, somme toute basée sur une logique rationnelle et linéaire, à influencer le processus de développement d'une politique publique qui, lui, ne répond pas toujours à une logique linéaire et rationnel donnant préséance aux informations scientifiques. Le cumul des expériences menées depuis plusieurs années dans un nombre grandissant de pays a permis de faire émerger, au delà de l'aspect méthodologique, ce deuxième enjeu d'importance pointant vers la nécessité de comprendre le contexte de développement de la politique étudiée (Bekker et al., 2004; Putters, 2005; Kemm, 2005; Davenport et al., 2006). Ces deux enjeux font appel à un renforcement des capacités des acteurs de santé publique et de leurs partenaires afin d'accroître leurs compétences dans ces deux domaines.

En sus du développement des capacités des personnes qui mènent les évaluations d'impact sur la santé, une série de conditions organisationnelles, structurelles et sociopolitiques ont aussi été identifiées comme facteurs favorisant une utilisation optimale de l'ÉIS. Ainsi, diverses analyses ont fait ressortir la nécessité d'un soutien ferme des organisations en termes de ressources humaines et financières ; l'avantage de l'engagement politique et institutionnel ; l'existence d'unités de recherche, de formation et de diffusion des connaissances ; ainsi qu'un climat socio politique favorable (Mahoney et al., 2002; Lock & McKee, 2005; Davenport et al., 2006; Lee et al., 2006). De plus, plusieurs observateurs considèrent qu'il est plus facile d'appliquer une telle démarche au palier local qu'au palier central d'un gouvernement, tout en reconnaissant que la pratique appliquée à ces deux échelons permet un renforcement mutuel (Phoolcharoen et al., 2003; Finer et al., 2005; Stahl et al., 2006).

Au regard de ces conditions, la situation canadienne varie d'une province à l'autre. Dans l'ensemble cependant, le Canada possède des atouts qui permettent de croire en la possibilité d'affermir et d'étendre l'ÉIS comme stratégie pour favoriser les politiques publiques favorables à la santé. D'abord, nous assistons actuellement à une consolidation du secteur de la santé publique à travers le Canada<sup>3</sup> où il existe depuis plusieurs années une capacité de recherche en santé populationnelle et en santé publique, des organisations de transfert de connaissances, une riche expérience en santé environnementale et en promotion de la santé ainsi qu'une vitalité communautaire bien implantée. Nous croyons ainsi qu'il est possible de mettre en synergie toutes ces forces et de donner un nouvel élan à cette pratique, ce à quoi le CCNPPS entend se consacrer au cours des prochains mois et années.

## **Un diagnostic à partager**

Lors des rencontres et des différentes consultations menées par notre Centre de collaboration nationale, l'intérêt envers l'ÉIS a été manifeste, notamment pour le palier local de décisions gouvernementales. Une série d'échanges pancanadiens et internationaux en janvier 2008, dans le groupe de discussion électronique Click4hp ([www.click4hp.ca](http://www.click4hp.ca)), confirmait encore récemment

---

<sup>3</sup> Par exemple : création de l'Agence de santé publique du Canada et de ses Centres de collaboration nationale, développement des Écoles de santé publique, etc.

le besoin pour les praticiens locaux et régionaux de la santé publique d'outils de travail pour appuyer leur pratique dans ce domaine. À ce jour, nous n'avons encore qu'une connaissance limitée des pratiques réelles et des besoins précis de ces professionnels, ainsi que des autres acteurs intéressés à agir sur les politiques publiques reliées à la santé à travers le Canada. Les zones potentielles de collaboration entre le secteur de la santé publique et ceux des décisions municipales ou régionales constituent pour nous à cet effet des zones prioritaires à explorer. De plus, les expériences en matière d'influence des politiques issues du champ de l'évaluation environnementale mériteraient sans doute d'être mieux connues afin d'en tirer des leçons profitables pour l'ÉIS. Enfin, un portrait clair des intérêts pour la recherche et pour la formation dans ce domaine demeure à être brossé.

Nous espérons que les échanges qui auront lieu lors de la table ronde du 22 février 2008 permettront de valider et bonifier ce diagnostic et nous aideront à tracer les grandes lignes des développements futurs dans ce champ d'action prometteur.

## Références

Banken, R. (2001). *Strategies for institutionalizing HIA*. 1. Brussels European Center for Health Policy.

Bekker, M. P. M. (2007). *The politics of healthy policies. Redesigning Health Impact Assessment to integrate health in public policy*. Delft: Eburon.

Bekker, M. P. M., Putters, K., & Van der Grinten, T. E. D. (2004). Exploring the relation between evidence and decision-making: A political-administrative approach to health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 24, 139-149.

Bond, A. (2004). Lessons from EIA. In John Kemm, Jayne Parry, & Stephen Palmer (Eds.), *Health Impact Assessment* (pp. 131-142). New York: Oxford University Press.

Cole, B. L., Wilhelm, M. et al. (2004). Prospects for Health Impact Assessment in the United States: New and Improved Environmental Impact Assessment or Something Different? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29, 1153-1186.

Davenport, C., Mathers, J., & Parry, J. (2006). Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 196-201.

Davies, K. & Sadler, B. (1997). *Environmental Assessment and human Health: Perspectives, Approaches and Future Directions*. Ottawa Health Canada; International Association for Impact Assessment.

Elliott, E. & Williams, G. (2004). Developing a civic intelligence: local involvement in HIA. *Environmental Impact Assessment Review*, 24, 231-243.

EOHSP (2007). *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. (1 ed.) Copenhagen: World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies.

Finer, D., Tillgren, P. et al. (2005). Implementation of a Health Impact Assessment (HIA) tool in a regional health organization in Sweden--a feasibility study. *Health Promotion International*, 20, 277-284.

Gagnon, F., Turgeon, J., & Gagné, D. (2007). *Les actions de la santé publique en matière de politiques favorables à la santé au Québec, de 1995 à 2005. Perspectives centrales et régionales*. Québec Groupe d'études sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS).

Gillis, D. (1999). The "People Assessing Their Health" (PATH) Project: Tools for Community health Impact Assessment. *Canadian Journal of Public Health*, 90, Supplement 1, 53-56.

Gouvernement du Québec. (2001). Loi sur la santé publique. L.R.Q., chapitre S-2.2.

Kemm, J. (2001). Health Impact Assessment: a tool for Healthy Public Policy. *Health Promotion International*, 16, 79-85.

Kemm, J. (2005). The future challenges for HIA. *Environmental Impact Assessment Review*, 25, 799-807.

Lee, K., Lock, K., & Ingram, A. (2006). *Health, foreign policy and security: The role of Health Impact Assessment*. Nuffield Trust. UK.

Lock, K. (1998). Reviews : Health and Environmental Impact Assessment : an Integrated Approach. *Health Education Journal*, 57, 283.

Lock, K. (2000). Health impact assessment. *BMJ*, 320, 1395-1398.

Lock, K. & McKee, M. (2005). Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 356-360.

Mahoney, M. & Durham, G. (2002). *Health Impact Assessment; a tool for policy development in Australia*. Faculty of Health and Behavioural Sciences, Deakin University.

Mahoney, M. (2001). Health Impact Assessment: Environmental management versus healthy public policy perspective - exploring the nexus between the two. In *28th National Environmental Health Conference*.

Mahoney, M., Reidpath, D., & Wright, J. (2002). Health impact assessment within the New World Economy. -26. Melbourne, Deakin University, School of Health Sciences. HIA Working paper 2002-1.

McCaig, K. (2005). Canadian insights: The challenges of an integrated environmental assessment framework. *Environmental Impact Assessment Review*, 25, 737-746.

Milio, N. (1987). Making healthy public policy; developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health Promotion International*, 2, 263-274.

Mindell, J., Boaz, A. et al. (2004). Enhancing the evidence base for health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 546-551.

Noble, B. & Bronson, J. (2006). Practitioner survey of the state of health integration in environmental assessment: The case of northern Canada. *Environmental Impact Assessment Review*, 26, 410-424.

Noble, B. F. (2002). The Canadian experience with SEA and sustainability. *Environmental Impact Assessment Review*, 22, 3-16.

O'Reilly, J., Trueman, P. et al. (2006). *Cost Benefit Analyse of Health Impact Assessment*. London, England York Health Economics Consortium.

OMS , Centre collaborateur Villes-Santé, & Association Internationale Santé et Développement Durable (2005). *Étude d'impact sur la santé: Principaux concepts et méthode proposée. Traduction française du Consensus de Göteborg.*

Parry, J. & Stevens, A. (2001). Prospective health impact assessment: pitfalls, problems, and possible ways forward. *BMJ*, 323, 1177-1182.

Phoolcharoen, W., Sukkumnoed, D., & Kessomboon, P. (2003). Development of health impact assessment in Thailand: recent experiences and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 465-467.

Putters, K. (2005). HIA, the next step: Defining models and roles. *Environmental Impact Assessment Review*, 25, 693-701.

Sadler, B. (1996). *International Study of Effectiveness of Environmental Assessment. Final Report*. Ottawa Minister of Supply and Services Canada.

Santé Canada (2004a). *Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé - Volume 4 : Impacts sur la santé par secteur industriel*. Ottawa Santé Canada.

Santé Canada (2004b). *Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé Volume 3 : L'équipe multidisciplinaire*. Ottawa Santé Canada.

Santé Canada (2004c). *Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé: Volume 1: Notions fondamentales*. Ottawa Santé Canada.

Santé Canada (2005). *Guide canadien d'évaluation des incidences sur la santé: Volume 2: Approches et prises de décisions*. Ottawa Santé Canada.

Scott-Samuel, A. (1998). Health impact assessment--theory into practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 704-705.

Scott-Samuel, A., Birley, M., & Ardem, K. (2001). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*. Second edition, May 2001. Liverpool, International Health Impact Assessment Consortium.

Stahl, T., Wismar, M. et al. (2006). *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Finland Finnish Ministry of social Affairs and Health; European Observatory on Health Systems and Policies.

Veerman, J. L., Mackenbach, J. P., & Barendregt, J. J. (2007). Validity of predictions in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 362-366.

WHO (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Geneva World Health Organization.

Yap, N. T. (2003). *Towards an Inclusive Framework for Environmental Impact Assessment*. Ottawa Canadian Environmental Assessment Agency.

## ANNEXE

### La procédure à 5 phases

#### Filtrage

Déterminer si un projet ou une politique en élaboration pourrait avoir un impact important sur la santé de la population.



#### Délimitation

Établir l'envergure de l'appréciation de l'impact nécessaire en fonction de la nature de la proposition, des répercussions anticipées et des groupes de personnes qui peuvent être affectés.

Établir la façon dont l'appréciation de l'impact sera menée ainsi que les acteurs impliqués.



#### Appréciation de l'impact

Étude sur les impacts potentiels à l'aide des connaissances scientifiques disponibles ou à rechercher. La participation des parties prenantes concernées par la politique ou le projet est habituellement conseillée.



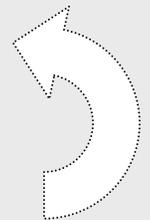
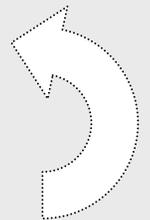
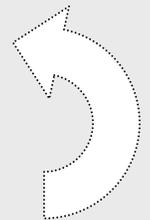
#### Recommandations et soutien à l'ajustement de la mesure

Rapport de synthèse de l'ensemble des informations recueillies qui peuvent éclairer sur les différentes options possibles pour atténuer les impacts négatifs et maximiser les aspects positifs.



#### Évaluation du processus

Retour sur le processus et son effet, y compris sur la satisfaction des partenaires et décideurs.



#### Sources:

WHO. HIA, *Tools and methods*. OMS. <http://www.who.int/hia/tools/en/>; Welsh Health Impact Assessment Support Unit (2004). *Improving Health and Reducing Inequalities. A practical guide to health impact assessment*. Cardiff University. ; Public Health Advisory Committee (2005). *A Guide to Health Impact Assessment. A Policy tool for New Zealand*. National Health Committee. New Zealand