

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

LA 12^E CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ (ÉIS) : DES QUESTIONS NOUVELLES POUR RÉPONDRE À L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES | OCTOBRE 2013



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec 

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

LA 12^E CONFÉRENCE INTERNATIONALE SUR
L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ (ÉIS) :
DES QUESTIONS NOUVELLES POUR RÉPONDRE
À L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE

SYNTHÈSE DES ÉCHANGES | OCTOBRE 2013

AUTEURE

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

ÉDITION

Alima Alibhay
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

Madalina Burtan
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

St-Pierre, L. (2013). *La 12^e conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) : Des questions nouvelles pour répondre à l'évolution de la pratique*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Une version préliminaire de ce document a été publiée précédemment pour l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES).

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

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

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

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

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca.

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

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, 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 la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration nationale en santé publique se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 L'ÉIS, LA VOIE ROYALE POUR INTÉGRER LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES?	2
2 L'INSTITUTIONNALISATION DE L'ÉIS ET LES ENJEUX POLITICO-ADMINISTRATIFS...4	
3 UNE PRATIQUE AUX ACCENTS VARIÉS.....6	
4 L'EFFICACITÉ DE L'ÉIS, UNE QUESTION À APPROFONDIR	8
CONCLUSION.....	10
RÉFÉRENCES	11

INTRODUCTION

Sans contredit, l'intérêt pour la pratique de l'ÉIS s'accroît à l'échelle mondiale. Depuis la première conférence internationale qui a eu lieu à Liverpool en 1998, le nombre de participants et de pays représentés augmente sans cesse. La 12^e Conférence internationale sur l'ÉIS, qui a eu lieu au mois d'août 2012, au Québec, a attiré près de 400 personnes en provenance de 42 pays différents. Cette affluence non négligeable dans un contexte économique difficile confirme non seulement l'intérêt grandissant pour cette pratique, mais aussi son caractère universel. Comme l'a souligné le Dr Carlos Dora, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), au cours de la séance d'ouverture, ces conférences ont fortement contribué à la consolidation de la pratique de l'ÉIS et à l'établissement d'une communauté de pratique internationale.

Depuis son émergence dans les années 1970 dans le cadre des évaluations d'impact environnemental, l'ÉIS a élargi sa portée et a fait preuve de flexibilité pour s'adapter aux différents objectifs et contextes de la prise de décision (Harris-Roxas *et al.*, 2012). Chacune des conférences internationales sur l'ÉIS a témoigné d'une façon ou d'une autre de cette évolution en traitant des différents enjeux liés à la pratique selon les préoccupations du moment. Celle de 2012 a voulu explorer plus spécifiquement la pratique de l'ÉIS dans le contexte de l'approche de la santé dans toutes les politiques (*Health in All Policies*), approche avancée par les autorités sanitaires internationales au cours des dernières années.

Ainsi, la Conférence de 2012 a abordé les thèmes de la **santé dans toutes les politiques**, celui de l'**institutionnalisation** de l'ÉIS, et a tenté de rendre compte de la **diversité de la pratique** et de ce que nous savons à ce jour sur son **efficacité**. Bien entendu, en plus de ces quatre grands thèmes, une large place a aussi été laissée aux propositions suggérées par les participants. Aussi, des discussions ont porté, entre autres, sur la formation, les inégalités de santé, la participation citoyenne, la santé environnementale, les aspects politiques en lien avec l'ÉIS; des thèmes qui reviennent régulièrement dans le cadre de ces conférences afin de permettre aux praticiens et à leurs partenaires d'échanger sur l'état de la recherche et sur les expériences respectives.

1 L'ÉIS, LA VOIE ROYALE POUR INTÉGRER LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES?

Depuis 2006, le mouvement pour l'instauration d'une approche de santé dans toutes les politiques (SdTP) au sein des gouvernements capte de plus en plus l'intérêt. Ce concept, mis en avant par la Finlande au moment où elle assumait la présidence de l'Union européenne en 2006 (Stahl *et al.*, 2006), a fait depuis l'objet de recommandations à plusieurs reprises. Ainsi, le Dr Carlos Dora a rappelé aux participants que cette approche a été suggérée dans le rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS (Commission sur les déterminants de la santé, 2008), et a été réitérée à la conférence mondiale de l'OMS portant sur ce sujet qui s'est tenue en octobre 2011 au Brésil, mais aussi au cours du Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles à New York en 2011 ainsi qu'à la Conférence sur le développement durable (Rio+20) qui s'est tenue à Rio de Janeiro en juin 2012 (Dora, 2012).

Pour le secteur de la santé publique, il ne s'agit pas d'une nouvelle idée. L'importance de l'action intersectorielle et des politiques publiques favorables à la santé est promue depuis plusieurs années, ayant été mise à l'avant-scène par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé en 1986 (OMS, 1986). Toutefois, la nécessité et la difficulté de faire face à la montée des problèmes complexes, tels les maladies chroniques, l'obésité et les changements climatiques, exigent des réponses intégrées. La prise de conscience de l'effet de ces problèmes sur la qualité de vie des populations et sur la prospérité des pays a remis cet impératif à l'ordre du jour. La SdTP sera d'ailleurs le sujet principal de la prochaine conférence mondiale de l'OMS sur la promotion de la santé qui se tiendra à Genève, en Suisse, du 2 au 4 octobre 2013.

La SdTP est considérée comme une approche collaborative qui aide les décideurs de tous les secteurs d'un gouvernement à prendre en compte les questions de santé, de bien-être et des inégalités dans leurs processus d'élaboration, d'implantation et d'évaluation de leurs projets, programmes ou politiques (Ståhl, 2012). Selon Timo Ståhl, conférencier-panéliste, la question ne porte plus sur la pertinence de l'approche, mais sur les façons concrètes de la mettre en œuvre. Il s'agit là du défi des prochaines années.

L'ÉIS est souvent présentée comme une pratique qui permet d'opérationnaliser la SdTP. Toutefois, le contexte particulier de cette approche, inscrite dans le système politico-administratif gouvernemental, exigera sans doute une adaptation de la pratique standard de l'ÉIS. L'approche de la SdTP est caractérisée par un souci d'arriver à une situation qui permette des gains mutuels pour les parties concernées, par des prises de décisions consensuelles et par une vision à long terme (Broderick, 2012; Rudolph, 2012). Cela signifie pour le secteur de la santé de développer des relations intersectorielles basées sur la confiance, de reconnaître les objectifs spécifiques poursuivis par les autres secteurs et de proposer des façons de les atteindre tout en prenant en considération les questions de santé. Situation que madame Linda Rudolph de la direction de santé publique de la Californie a assimilée à la recherche d'occasions d'avantages mutuels.

Les présentateurs qui ont abordés ce sujet ont posé la question suivante : La pratique de l'ÉIS, telle qu'elle est actuellement définie et mise en œuvre, est-elle adaptée à ce contexte ? Cette question est demeurée sans réponse. Tant en Australie-Méridionale (Broderick, 2012) qu'en Californie (Rudolph, 2012), la conception de l'ÉIS qu'ont les partenaires externes au milieu de la

santé a représenté un frein à son utilisation comme stratégie d'intégration de la SdTP. Perçue comme un processus long et susceptible d'entraver la bonne marche de l'élaboration des politiques, plus encline à juger qu'à suggérer et produisant des informations difficilement accessibles et utilisables, l'ÉIS semblait moins compatible avec la philosophie portée par la SdTP. Les panélistes ont évoqué la possibilité de nommer autrement l'ÉIS – « lunette » santé, analyse santé, par exemple – pour éviter cet écueil. Ils ont aussi insisté sur la nécessité d'apporter des modifications à la pratique standard afin qu'elle puisse répondre aux exigences du contexte de la prise de décision gouvernementale, et ils ont soulevé le danger que représente la tendance du secteur de la santé à poser l'objectif « santé » au-dessus des autres objectifs gouvernementaux. M. Ståhl a, quant à lui, mis en garde contre la multiplication des évaluations d'impact au sein des gouvernements et souhaitait plutôt voir l'ÉIS comme partie intégrante d'une évaluation d'impact intégrée ou d'autres formes d'évaluation d'impact où l'on aura pris soin de renforcer la prise en compte des questions de santé.

Le débat demeure évidemment ouvert. Il a aussi été mentionné que la capacité de l'ÉIS à se moduler aux différents contextes, et l'émergence du modèle d'application nommé « soutien à la prise de décision » (Harris-Roxas et Harris, 2011) témoigne de cette adaptation. Ce dernier modèle répond aux principes de collaboration et de gains mutuels à la base de l'approche de la SdTP. Ainsi, pour l'instant, l'ÉIS peut être considérée comme une pratique pertinente pour soutenir la stratégie de la SdTP à la condition qu'elle soit conçue et comprise comme un « dialogue organisé » (Dora, 2012) et non comme une démarche éloignée du processus d'élaboration de la politique, sous la forme de jugement d'experts.

2 L'INSTITUTIONNALISATION DE L'ÉIS ET LES ENJEUX POLITICO-ADMINISTRATIFS

L'institutionnalisation a souvent été mentionnée comme étant la meilleure façon d'assurer la pérennité de l'ÉIS au sein de l'administration publique et de favoriser ainsi une véritable « culture santé » au sein des gouvernements (Banken, 2001; Morgan, 2008). On entend par institutionnalisation le fait que la pratique soit utilisée de façon routinière dans les processus administratifs et qu'elle acquiert de ce fait un caractère systématique et permanent. Quelques pays ont réussi à institutionnaliser l'ÉIS, et la Conférence a offert une occasion de revenir sur ces expériences et de discuter des principaux enjeux et défis que cela représente. Trois modèles différents ont été exposés : celui du Québec, de la Thaïlande et des États-Unis. Dans ces trois régions, une législation est à la base de l'institutionnalisation de l'ÉIS. Au Québec, le renouvellement de la *Loi sur la santé publique*, en 2001, a fourni l'occasion d'inclure une obligation pour tous les ministères et organismes gouvernementaux de s'assurer que leurs objets législatifs n'occasionnent pas d'effets négatifs sur la santé de la population. Un mécanisme intragouvernemental a été mis en place pour encadrer le cheminement des demandes de consultation au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et leur traitement. Ce mécanisme a aussi établi une répartition claire des rôles et des responsabilités de chacun, incluant le Conseil exécutif du gouvernement. Au cours des dix dernières années, le MSSS a dénombré 528 demandes de consultation en provenance des différents secteurs gouvernementaux, et une étude effectuée entre 2002 et 2007 a suggéré que 80 % des projets législatifs qui ont fait l'objet d'une ÉIS au cours de cette période avaient tenu compte des avis du secteur de la santé. Une étude indépendante récente a trouvé que l'institutionnalisation a permis une sensibilisation accrue quant à l'importance des actions des autres secteurs sur la santé de la population ainsi que des changements organisationnels et de culture relativement à la gestion horizontale (Denis et Smith, 2012). Plusieurs défis demeurent cependant. Parmi ceux-ci, il a été mentionné la nécessité d'agir plus en amont de la prise de décision afin de pouvoir influencer sur le processus à son début, et de poursuivre les efforts pour rejoindre davantage les ministères à vocation économique (Poirier *et al.*, 2013).

En Thaïlande, l'ÉIS est requise en vertu de deux mesures législatives adoptées toutes deux en 2007. La première vient de la réforme du système de santé et de sa loi qui l'encadre. La réforme visait à réaligner le système vers des objectifs de santé de la population plutôt que sur les soins uniquement. Un article de cette loi vient donner le pouvoir aux groupes et aux individus de réclamer une ÉIS d'une politique et d'y participer. Au cours de la même année, la Constitution du royaume de la Thaïlande a été revue et est venue préciser les obligations des promoteurs de projets au regard de la conduite des évaluations d'impact sur l'environnement et sur la santé de la population touchée. Il s'agit donc d'une combinaison de deux idées maîtresses, selon Dr Sukkumnoed (Poirier *et al.*, 2012) : celle de favoriser un apprentissage collectif pour de meilleures politiques publiques et celle de la protection de la santé publique par un processus d'approbation obligatoire pour de grands projets publics ou privés. Pour ces deux situations, des avantages et des difficultés ont été soulevés. À titre d'exemple, ni l'une ni l'autre des approches n'ont pu éviter les polarisations et les oppositions qui ont freiné le développement de certaines politiques ou de projets. Toutefois, la participation des communautés locales aux ÉIS aurait favorisé une meilleure compréhension à l'égard des

déterminants de la santé au sein des communautés, une plus grande démocratie participative ainsi que l'identification de politiques innovatrices (Poirier *et al.*, 2012).

Aux États-Unis, la pratique de l'ÉIS connaît une croissance importante due à une action combinée d'un financement accru de la part de fondations privées et du gouvernement fédéral et de l'adoption par quelques États, comme la Californie, l'Oregon, l'Alaska et Washington, de mesures relatives à la pratique de l'ÉIS, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des évaluations d'impact environnemental. Selon Dr Aaron Wernham (Poirier *et al.*, 2012), ces mesures de soutien à l'instauration de la pratique ÉIS sont le résultat des pressions en provenance des groupes de la communauté. Au fédéral, la loi sur la protection de l'environnement, le *National Environmental Policy Act* en vigueur depuis le début des années 1970, offre la plateforme de l'institutionnalisation de l'ÉIS. Pour cet observateur, si la législation est un important facteur d'institutionnalisation de l'ÉIS, elle ne sera pas suffisante en l'absence d'une volonté réelle des groupes de la population et de l'implication du secteur de la santé publique. Ce commentaire rejoint l'idée avancée par Dr Sukkumnoed au regard de l'expérience de la Thaïlande.

Il est intéressant de noter ici que l'expérience du canton de Genève, en Suisse, et celle de la province de la Colombie-Britannique, au Canada, semblent donner raison à cette observation. Dans ces deux cas, les gouvernements ont adopté, au cours des dernières années, des mesures législatives permettant la pratique de l'ÉIS, mais celles-ci ne sont toujours pas implantées. À l'inverse, au Québec, la législation a constitué le socle sur lequel l'institutionnalisation de l'ÉIS a pu s'établir. La même situation prévaut actuellement dans la Communauté autonome d'Andalousie, en Espagne (Rivadeneira, 2012). En Australie-Méridionale, l'inclusion d'une mesure semblable à celle adoptée au Québec sera incluse dans la nouvelle loi sur la santé publique. Cette mesure est perçue comme la façon d'assurer que l'approche de la santé dans toutes les politiques survive aux changements de gouvernement (Broderick, 2012).

3 UNE PRATIQUE AUX ACCENTS VARIÉS

Avec l'évolution de la connaissance sur les déterminants de la santé, et sous l'influence des différentes écoles de pensée en santé publique, l'ÉIS présente aujourd'hui plusieurs modulations selon la finalité poursuivie par les praticiens. À titre d'exemple, si l'objectif premier de l'ÉIS conduite dans le cadre des évaluations d'impact environnemental est celui de protéger la santé humaine contre les effets délétères produits par des ouvrages industriels, nous pouvons trouver aujourd'hui des situations où l'ÉIS est menée avec l'objectif de donner une voix aux citoyens dans le processus d'élaboration de politiques, ou encore, dans le but de réduire les inégalités de santé. Si cette diversité a le mérite de répondre aux besoins variés relativement à l'établissement de politiques favorables à la santé, elle a aussi contribué à une certaine confusion à l'égard de l'ÉIS.

La présentation de Ben Harris-Roxas sur une typologie des divers modèles de pratique élaborée pour rendre compte de cette diversité a permis aux participants de la Conférence internationale de situer leur propre pratique dans ce champ en pleine expansion. Cette typologie, dressée à partir des observations effectuées en Australie et ailleurs dans le monde, propose quatre modèles de pratique (Harris-Roxas, 2012). L'ÉIS dite « mandatée » représente le modèle le plus ancien. Il se rapporte aux ÉIS effectuées sur une base obligatoire, notamment dans le cadre des évaluations d'impact environnemental. Ces ÉIS s'inscrivent habituellement dans les processus d'approbation des projets de développement, sont effectuées par des experts dans le but de repérer les risques à la santé, et mobilisent les connaissances en épidémiologie et en toxicologie. Le modèle dit de « soutien à la prise de décision » renvoie aux ÉIS menées sur une base volontaire, avec l'assentiment des décideurs et dans le but d'enrichir le processus de décision. Les décideurs, les parties prenantes et la communauté sont invités à prendre part à la démarche ÉIS. Ce modèle s'appuie sur une conception sociale de la santé et cherche autant à maximiser les effets positifs qu'à minimiser les effets négatifs. Les deux autres modèles proposés, soit le modèle de type *advocacy* et celui appelé « mené par la communauté », reposent aussi sur une conception sociale de la santé et accordent, de façon générale, une grande attention aux inégalités de santé. Le modèle de *l'advocacy* est caractérisé par le fait que les ÉIS sont menées par un groupe qui se situe en dehors du processus de décision et dans le but de faire pression en faveur d'une option de politique spécifique. Les ÉIS menées par la communauté sont entièrement sous le contrôle de non-experts, dont le but n'est pas tant de faire valoir une option particulière, mais de s'assurer que les préoccupations de la communauté qui sera touchée par la politique sont entendues et prises en considération. Le renforcement des capacités des communautés à participer aux processus des décisions qui les concernent fait partie des principes à la base de ce modèle. Ainsi, selon cette typologie, la finalité et la posture épistémique qui en découle sont ce qui différencierait les divers modèles d'application de l'ÉIS que l'on observe aujourd'hui.

La production de cette typologie marque un moment dans l'évolution du champ de l'ÉIS. Jusqu'à maintenant, beaucoup d'efforts ont été consentis pour élaborer les méthodes et les outils d'analyse (voir par exemple Mindell *et al.*, 2006), clarifier les valeurs et les principes (Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, 2005) et fixer les standards de pratique (North American HIA Practice Standards Working Group, 2010). En rendant explicite la finalité spécifique visée par chacun des modèles de pratique ainsi que la théorie

d'action qui y est associée, il devient plus facile de les étudier et de cerner les processus qui interviennent dans l'atteinte des résultats. L'ÉIS se situe à la convergence de trois champs de connaissances scientifiques : celui de la santé publique (notamment l'épidémiologie), celui des sciences sociales et celui de la science politique. Ces champs offrent chacun des outils théoriques en mesure d'étayer les différentes dimensions de l'ÉIS en cohérence avec le modèle de pratique mobilisé. La troisième conférence plénière a fourni l'occasion d'illustrer les avantages de l'utilisation de modèles théoriques puisés en dehors du champ de la santé publique proprement dit. L'étude de la pratique de l'ÉIS au Pays de Galles privilégie une approche sociologique qui met l'accent sur la compréhension des interactions entre la démarche ÉIS, les acteurs qui s'y engagent et le contexte dans lequel elle s'insère, tout en valorisant les savoirs populaires (Elliot, 2012). Dre Elliot a observé de plus que les modèles de type « mandaté » confèrent, de façon générale, une importance plus grande aux savoirs experts au détriment du savoir populaire. Dre Monica O'Mullane, quant à elle, a mis à profit une perspective politico-administrative pour comprendre les raisons qui expliquent l'utilisation des résultats des ÉIS par les décideurs gouvernementaux en Irlande. Les modèles théoriques issus de la science politique se sont révélés intéressants pour illustrer l'apparente dichotomie entre la perspective linéaire de la démarche ÉIS et la non-linéarité du processus de décision. L'utilisation de modèles théoriques en science politique lui a permis, de plus, de mieux cerner les conditions contextuelles qui favorisent l'utilisation des résultats des ÉIS par les décideurs, conditions qui pourraient être considérées avant même le début d'un projet ÉIS (O'Mullane, 2012). Le recours à des outils d'analyse en provenance de la science politique a déjà été proposé pour jeter un éclairage sur la complexité du processus d'élaboration d'une politique publique à l'intérieur duquel s'insère la démarche ÉIS (Bekker *et al.*, 2004; Putters, 2005). Leur utilisation semble toujours présenter un intérêt dans l'étude de l'ÉIS si l'on en juge par deux travaux de recherche importants actuellement en cours, tant en Australie-Méridionale sur l'approche de la SdTP au sein du gouvernement (Lawless et Baum, 2012) qu'au Québec, où est étudié l'effet de l'institutionnalisation de l'ÉIS (Denis et Smith, 2012).

La multiplication des modèles d'application de l'ÉIS et sa capacité à évoluer vers des formes libres (Dora, 2012) soulèvent toutefois la question du danger de rendre les frontières de l'ÉIS à ce point floues qu'elle en perde son identité. La vigilance à cet égard est donc de mise. Cette préoccupation a aussi été relevée dans les conférences antérieures.

L'utilité de la typologie proposée par Harris-Roxas et Harris se vérifiera au cours des prochaines années. Cette utilité servira non seulement les praticiens afin qu'ils puissent communiquer clairement leur position, mais aussi les chercheurs qui sont invités à faire appel à des cadres théoriques ancrés dans les sciences connexes à la santé publique. L'amélioration de la pratique de l'ÉIS au cours des prochaines années passe par ce développement, tel que nous l'enseignons l'adage qui rappelle que « rien n'est plus pratique qu'une bonne théorie ».

4 L'EFFICACITÉ DE L'ÉIS, UNE QUESTION À APPROFONDIR

La question de l'efficacité de l'ÉIS a toujours occupé une partie des discussions au sein de la communauté de pratique de l'ÉIS. Au moment de son extension aux politiques publiques au début des années 2000, la question tournait surtout autour de la capacité des méthodes d'analyse utilisées à prédire correctement les effets sur la santé (Parry et Kemm, 2005). Dans le cadre de la préparation de la 12^e Conférence, les membres du comité scientifique international ont été unanimes à considérer que la question de l'efficacité de l'ÉIS demeure cruciale. Toutefois, aujourd'hui, elle est posée par les acteurs qui se trouvent en dehors du champ de l'ÉIS, soit les décideurs de politiques, les gestionnaires des organisations de santé ou les groupes de la communauté. Plusieurs reconnaissent qu'il est impossible de relier directement les résultats d'une ÉIS et l'état de santé de la population (Wismar *et al.*, 2009), mais que pouvons-nous dire aux personnes à qui l'on tente de vendre les mérites de l'ÉIS?

Une partie de la réponse est venue de la présentation de M. Robert Quigley, lequel a effectué une revue des principales études évaluatives effectuées en Australie et en Nouvelle-Zélande, où l'ÉIS est pratiquée depuis plusieurs années. Abordée sous l'angle de la capacité de la démarche ÉIS à informer la prise de décision et à favoriser des modifications aux propositions de politiques pour les rendre plus favorables à la santé, l'efficacité de l'ÉIS ne fait plus de doute selon cet observateur (Quigley, 2012). Les autres effets observés peuvent être résumés de la façon suivante :

- Les démarches ÉIS changent les façons dont les organisations pensent la santé;
- L'ÉIS permet aussi le développement des capacités méthodologiques concernant notamment les mécanismes de concertation et de consultation;
- L'ÉIS permet d'améliorer les connaissances sur les déterminants sociaux.

Les expériences néo-zélandaises ont aussi montré que des compétences relatives aux relations intersectorielles et au leadership importent autant que les compétences techniques. M. Quigley a signalé à cet effet qu'il n'est pas nécessaire d'être un expert aguerri avant d'entreprendre une ÉIS. La plupart des ÉIS menées en Nouvelle-Zélande ont été le fait de néophytes qui ont pu bénéficier, toutefois, d'un soutien minimal extérieur. Pour ce conférencier-panéliste, le succès d'une ÉIS ne repose pas tant sur le facteur temps ou sur les moyens octroyés, mais plutôt sur la préoccupation de faire de l'ÉIS une valeur ajoutée aux processus de décision.

La présentation de l'expérience de la direction de santé publique de San Francisco par le Dr Rajiv Bhatia, un des précurseurs de la pratique aux États-Unis, est venue confirmer les constats observés sur le continent australien. Un point intéressant à noter relativement à l'expérience de San Francisco, où la pratique de l'ÉIS date depuis plus de dix ans, est l'évolution des mécanismes de collaboration entre le secteur de la santé publique et les milieux de décision gouvernementaux. Avec le temps, compte tenu des succès obtenus avec les ÉIS, du développement des connaissances et de l'instauration d'une confiance mutuelle, ainsi que d'une plus grande sensibilisation aux déterminants de la santé, la fréquence des ÉIS a diminué pour laisser la place à des interactions continues entre le secteur de la santé publique et les décideurs municipaux. Cette transformation dans les modes de collaboration entre les deux secteurs a permis du coup une plus grande implication du secteur de la santé dans le

processus de développement des politiques publiques, et ce, à toutes les étapes allant de leur émergence à leur évaluation, en passant par leur implantation (Bhatia, 2012).

Un troisième point de vue est venu clore cette série de présentations sur l'efficacité de l'ÉIS, soit celui de M. André Fortier, secrétaire général associé au ministère du Conseil exécutif du gouvernement québécois. Il s'agissait d'un regard porté à partir d'un organe central gouvernemental qui gère l'interface entre les processus administratifs d'élaboration des projets législatifs et ceux qui mènent à l'adoption de ces projets par les parlementaires. Au Québec, entre 400 à 500 projets législatifs sont soumis annuellement au gouvernement pour décision. Actuellement, l'ÉIS constitue l'une des seize « clauses d'impact » qui doivent être prises en considération par les différents ministères au moment d'élaborer leurs projets législatifs. La présentation de ce contexte a permis à M. Fortier de signaler les compromis nécessaires à faire au moment même de choisir les différentes analyses d'impact qui semblent les plus pertinentes au projet. Toutefois, il est estimé que 75 % des projets législatifs soumis au Conseil exécutif ont considéré les impacts sur la santé. De plus, un projet peut être retiré du processus d'analyse par le Conseil exécutif s'il est estimé qu'une ÉIS n'a pas été entreprise de façon satisfaisante ou si celle-ci n'a pas fait émerger une solution acceptable. Un des messages clairs de ce haut fonctionnaire aux participants de la Conférence est qu'une politique est le résultat d'un compromis entre plusieurs intérêts et plusieurs valeurs. La santé publique ne peut « gagner » sur tous les dossiers (Fortier, 2012).

CONCLUSION

La 12^e Conférence internationale sur l'ÉIS a été l'occasion de constater les progrès continus dans ce domaine, tant par l'augmentation de la pratique partout dans le monde, que par l'augmentation des connaissances à son égard. La diversité des sujets discutés dans chacune des éditions de ces conférences internationales témoigne de la vivacité du mouvement et de l'enthousiasme de ses membres.

Une des idées fortes qui a traversé l'ensemble des conférences plénières est celle d'envisager stratégiquement la suite du développement de l'ÉIS. Maintenant que les fondements de la pratique sont bien établis, que celle-ci a montré sa capacité à se moduler aux différents contextes dans lesquels elle s'inscrit et qu'elle a fait ses preuves, le défi est maintenant de favoriser son expansion pour une plus grande prise en compte de la santé dans tous les secteurs où des décisions qui touchent la population sont prises. Il reste encore du travail à faire dans ce sens (Massé, 2012). Cela signifie qu'il faut utiliser toutes les occasions pour introduire l'idée de l'ÉIS, même de façon incomplète, établir des relations de confiance avec les autres secteurs et travailler de concert avec les communautés locales et les différents groupes du milieu. Ces derniers constituent autant d'alliés potentiels pour réclamer une gouvernance qui intègre un souci pour la santé de la population (Massé, 2012).

En bref, pourvu que les efforts pour consolider la pratique se poursuivent et que les tenants de son utilisation fassent preuve de vision stratégique, l'ÉIS représente un potentiel énorme pour faire avancer l'idéal de mettre de la « santé » dans toutes les politiques.

RÉFÉRENCES

- Banken R. (2001). *Strategies for institutionalizing HIA*. Health Impact Assessment Discussion Papers, Number 1. Bruxelles, Belgique : Centre européen de l'OMS pour la politique de la santé. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/101620/E75552.pdf
- Bhatia, R. (2012). *Comprendre la prise de décision afin de mieux la soutenir*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.eis2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni%C3%A8re4_RajivBhatia.pdf
- Bekker, M., Putters, K., & Van der Grinten, T. (2004). Exploring the relation between evidence and decision-making: A political-administrative approach to health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 24, 139-149.
- Broderick, D. (2012). *From HIA to HiAP: The Long March from Project Assessments to Strategic Engagement*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni%C3%A8re_1_Danny_Broderick.pdf
- Cameron, C. (2012). *Community engagement in HIA: The value of lay knowledge*. Présentation réalisée dans le cadre de l'atelier « Participation of Stakeholders in the HIA Process » lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/2D_ColleenCameron.pdf
- Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones. (2005). Étude de l'impact sur la santé : Principaux concepts et méthodes proposées. Consensus de Göteborg. Consulté en ligne à : <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44163>. Traduction de : European Centre for Health Policy. (1999). Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. Brussels: WHO-Regional Office for Europe.
- Commission sur les déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Organisation mondiale de la Santé. Genève, Suisse. Consulté en ligne à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- Dora, C. (2012). *Coming of Age of HIA: Current and Future Perspectives*. Conférence d'ouverture réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/112/Conference_Program.html

- Harris-Roxas, B., & Harris, E. (2011). Differing forms, Differing Purposes: A typology of health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 31(4), 396-403.
- Harris-Roxas, B., Vilianni, F., Bond, A., Cave, B., Divall, M., Furu, P., Harris, P., Soeberg, M., Wernham, A., & Winkler, M. (2012). Health impact assessment: The state of the art. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 30(1), 43-52.
- Elliot, E. (2012). *HIA in Wales: A Social Science Perspective*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni3_EvaElliott.pdf
- Fortier, A. (2012). *L'analyse d'impact dans le processus décisionnel au gouvernement du Québec*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.eis2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni4_AndreFortier.pdf
- Harris-Roxas, B. (2012). *Fit for More than One Purpose: Typologies, Theory and Evaluation in HIA*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni3_BenHarrisRoxas.pdf
- Lawless, A. et Baum, F. (2012). *Health in All Policies: Development of an Evaluation Framework*. Présentation réalisée dans le cadre de l'atelier « L'évaluation de l'ÉIS » lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/6D_AngelaLawless.pdf
- Massé, R. (2012). *Les enjeux de l'ÉIS pour le futur*. Conférence de clôture donnée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.eis2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Cloture_RichardMasse_FR.pdf
- Mindell, J., Biddulph, J.P., Boaz, A., Boltong, A., Curtis, S., Joffe, M., Lock, K., Taylor, L. (2006). *A Guide to Reviewing Evidence for use in Health Impact Assessment*. London: London Health Observatory. Consulté en ligne à : http://www.lho.org.uk/Download/Public/10846/1/Reviewing%20Evidence-Final%20v6.4_230806.pdf
- Morgan, R.K. (2008). Institutionalising health impact assessment: The New Zealand experience. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 26(1), 2-16.

- North American HIA Practice Standards Working Group. (2010). *Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment*. Version 2. California: Oakland: North American HIA Practice Standards Working Group. Consulté en ligne à : <http://www.humanimpact.org/doc-lib/finish/11/9>
- O'Mullane, M. (2012). *Investigating HIA From a Politico-Administrative Perspective: A Theoretical Framework*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni%C3%A9re3_MonicaOMullane.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa : Canada. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Parry, J.M., & Kemm, J.R. (2005). Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health* 119(12), 1122-1129.
- Poirier, A., Sukkumnoed, D., Wernham, A., Kemm, J. (2012). *L'institutionnalisation de l'ÉIS; Faire face aux enjeux politico-administratifs*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.eis2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni%C3%A9re_2_AaronWernham_FR.pdf
- Putters, K. (2005). HIA, the next step: Defining models and Roles. *Environmental Impact Assessment Review*, 25, 693-701.
- Quigley, R. (2012). *Informing Decision Makers and Changing Proposals: HIA's Role*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni%C3%A9re4_RobertQuigley.pdf
- Rivadeneira, A. (2012). *HIA institutionalisation in a regional context: The case of the Autonomous Community of Andalusia in Spain*. Présentation réalisée dans le cadre de l'atelier « Institutionnalisation et ÉIS » lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.eis2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/2F_AnaRivadeneira.pdf
- Rudolph, L. (2012). *HIA and Health in All Policies*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni%C3%A9re_1_LindaRudolph.pdf

- Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E., & Leppo, K. (2006). *Health in All Policies: Prospects and Potentials*. Helsinki : ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
- Ståhl, T. (2012). *Impact Assessments as a Means to Implement Health in All Policies*. Présentation réalisée lors de la 12^e Conférence internationale sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS). Québec, Canada, 29-31 août 2012. [Présentation Powerpoint]. Consulté en ligne à : http://www.hia2012.ca/docs/Pr%C3%A9sentations/Pleni%C3%A8re_1_TimoStahl.pdf

