

Quelques outils pour faciliter l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques

Février 2017

Introduction

L'approche de la santé dans toutes les politiques (SdTP) mise en avant par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a rapidement été reconnue comme une stratégie permettant de prévenir les problèmes de santé complexes en agissant à l'échelle des politiques. Elle est définie comme une « approche intersectorielle des politiques publiques qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2013)¹.

Encadré 1. Définition de l'approche de la SdTP

La santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques qui **tient compte systématiquement** des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des **synergies** et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé (OMS, 2013)

Cette stratégie constitue une suite logique des autres stratégies d'action intersectorielle pour la santé soutenue par l'OMS, en commençant par *La santé pour tous*, apparue à la fin des années 1970 (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1981), suivie des *politiques publiques favorables à la santé*, incluses dans la Charte d'Ottawa en 1986 (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1986). En tablant sur les expériences acquises au fil de ces stratégies, et encouragée par les nouvelles connaissances sur les déterminants sociaux de la santé, la SdTP réaffirme l'importance d'agir le plus en amont possible de l'apparition des problèmes en instaurant des conditions de vie favorables à la

santé. La nécessité de remonter aux causes structurelles des inégalités sociales de santé et d'instaurer une gouvernance intersectorielle basée sur la responsabilité de tous les secteurs à l'égard de la santé de la population constitue le fondement de cette approche. Il s'agit d'un appel à une réponse plus soutenue et plus cohérente de la part des gouvernements afin d'assurer le bien-être durable des sociétés et pour faire face aux risques associés aux changements épidémiologiques et socio-économiques actuels et à venir (Kickbusch et Gleicher, 2011).

Encadré 2. Les 5 composantes clés du plan d'action en matière de SdTP de l'OMS

- Établir les priorités
- Élaborer un plan d'action
- Choisir les mécanismes et les procédures de soutien
- Faciliter l'analyse d'impact et l'engagement des parties
- Suivre, évaluer et rapporter

(World Health Organization [WHO], 2014)

La définition de SdTP annonce deux modalités d'action (voir encadré 1) : 1) instaurer des mesures pour prendre en compte de façon systématique les effets sur la santé (déterminants de la santé) des différentes décisions en matière de politiques publiques; et 2) mettre en place des politiques intersectorielles misant sur la synergie entre les secteurs pour une action complète sur un enjeu de santé donné (Pan American Health Organization [PAHO], 2014). À ce jour, la grande majorité des écrits sur l'implantation de l'approche de la SdTP traite de la deuxième modalité en offrant des exemples de politiques intégrées sur des thématiques de santé particulières (par exemple l'obésité, l'utilisation de la drogue, etc.). La prise en compte systématique, quant à elle, n'a pas comme point de départ une problématique particulière de santé, mais l'ensemble des déterminants de la santé. Pour actualiser cette modalité, les gouvernements doivent choisir les mécanismes et les procédures appropriés pour enchâsser la

¹ À noter que la définition de l'approche de la SdTP telle que proposée dans la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques est disponible en anglais à l'adresse suivante : http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8qchp/8qchp_helsinki_statement.pdf.



question de santé dans les processus réguliers de décision (voir le plan d'action de l'OMS dans l'encadré 2). À ce chapitre, l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) est souvent citée comme un instrument de choix pour mener à bien la prise en compte systématique de la préoccupation santé dans les décisions (Collins et Koplan, 2009). C'est donc un outil pour soutenir une approche de la SdTP. Cependant, il ne s'agit pas de la seule option.

En dehors de l'ÉIS, plusieurs autres outils sont disponibles pour répondre à cet objectif. Mais l'information à leur sujet est parcellaire et fragmentée (Bert, Scaioli, Gualano et Siliquini 2015). Une meilleure connaissance des différents outils s'avère donc un besoin au Canada, comme ailleurs dans le monde (Greaves et Bialystock, 2011).

À cet effet, cette note présente et compare cinq outils² favorisant une prise en compte systématique des questions de santé dans les politiques sectorielles, en lien avec la première modalité d'action de la SdTP. Il s'agit de l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) rapide, de la matrice santé, de l'outil de mesure du développement sain, de l'étude basée sur la santé et de l'outil d'évaluation économique des effets sanitaires. L'approche de l'analyse selon le prisme santé utilisée en Australie-Méridionale sera aussi abordée à titre d'exemple d'un idéal type. Les outils sélectionnés font partie de la grande famille des outils de soutien à la décision, mais ont la caractéristique de s'intéresser à la santé de la population et de s'adresser à d'autres secteurs que celui de la santé.

Les critères qui ont présidé au choix de ces outils sont relatifs à la philosophie qui sous-tend l'approche

² Ces outils ont été retrouvés selon une méthode par boule de neige, à partir des connaissances de l'auteure. Une recherche sur Google Scholar (Mot-clé : Health lens, Policy tools and health, Decision making tools and health, outils de soutien à la décision et santé), sur la plateforme Ebscohost (AgeLine, CINAHL, Environment Complete, ERIC, Health Policy Reference Center, MEDLINE Complete, Political Science Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, PsycINFO, Public Affairs Index et SocINDEX with Full Text), (mot clé « Health Lens », recherche limitée à la période 2010-2016) a permis de confirmer cette recherche. On retrouve également dans la littérature les mentions de lentilles équité, de lentilles intersectionnalité, des cadres d'analyse éthique, des cadres d'analyse de la santé publique ou de santé des populations (en anglais equity lens, intersectionality lens, ethical lens, public health lens ou population health lens). Ces lentilles n'ont pas été retenues, puisque leur but premier n'est pas d'instaurer une gouvernance partagée de la santé, même si elles contribuent partiellement au projet de la Santé dans toutes les politiques.

de la SdTP : d'abord, la facilité d'utilisation et d'appropriation par les décideurs dans l'expectative d'une intériorisation des concepts sur les déterminants de la santé et l'équité et d'une responsabilité à leur égard au sein des processus administratifs de décision; ensuite, leur fondement sur les données probantes. Étant donné le peu d'information disponible dans la littérature sur ces outils et sur leur évaluation, la description fournie dans cette note reste générale. Elle permet toutefois d'exposer des prototypes d'outils élaborés dans une diversité de contextes et d'acteurs dans l'espoir qu'ils puissent servir d'exemples pour les personnes qui souhaiteraient s'en inspirer.

La description des outils est précédée d'une description sommaire du rôle des outils de soutien à la décision dans les processus administratifs. Elle vise à éclairer sur les conditions de base à respecter pour qu'un outil puisse jouer le rôle attendu relativement à l'intégration de la santé dans les décisions prises dans les instances des divers secteurs d'activités. Enfin, les lecteurs intéressés à l'approche de la SdTP plus globalement trouveront en annexe des propositions de guides d'implantation de l'approche.

Le rôle des outils de soutien à la prise de décision

Plusieurs outils ont été développés au cours des dernières années pour aider les analystes de politiques et les décideurs (gestionnaires et politiciens) à prendre les décisions les plus éclairées possible. Que ce soit des modèles d'analyses multicritères, d'analyses coûts-avantages ou encore les différents programmes informatiques d'aide à la décision, ils permettent de comparer plusieurs options et de faciliter les choix à faire dans un environnement incertain ou complexe. L'utilisation de ces outils permet d'éviter les biais personnels et les automatismes en insufflant une dose de rationalité par l'introduction de données probantes dans les processus de décisions politiques, même si l'on sait que ces méthodologies privilégient certaines valeurs et ne sont donc jamais parfaitement neutres (Rozworski et Bellefleur, 2013).

Aux outils de nature verticale, qui s'intéressent aux aspects directement reliés au secteur visé, il faut ajouter ceux qui ont une portée horizontale, soit ceux traitant de questions qui ne sont pas du ressort du

secteur en situation de décision, mais qui font l'objet d'une priorité gouvernementale. Par exemple, les handicaps, le développement durable, les jeunes ou la pauvreté peuvent faire partie des thèmes à considérer systématiquement dans les processus de décision de l'administration publique. Le but de ces « clauses d'impacts » horizontales est d'établir une cohérence entre les décisions gouvernementales et les grandes priorités que se donnent les gouvernements.

Dans le cadre de l'approche de la SdTP, nous parlons d'outils qui permettent aux décideurs de tous les secteurs de prendre en compte les déterminants de la santé et de l'équité au moment de l'élaboration, de l'implantation ou de l'évaluation de leurs politiques et de leurs programmes. Ils peuvent donc être utilisés à plusieurs moments du cycle d'une politique (voir schéma); toutefois, la plupart d'entre eux ont été conçus pour être appliqués à l'étape de la formulation de la politique ou du projet. Cela vaut pour tous les paliers de gestion, tant au sein de l'administration centrale qu'au sein des gouvernements locaux à l'échelle des municipalités. Il s'agit donc d'outils de soutien à la prise de décision

de nature intersectorielle et utilisés idéalement le plus en amont possible de la décision.

Certes, l'utilisation des outils, même avec une perspective intersectorielle, ne peut à elle seule permettre l'intégration et la prise en compte de la santé dans les décisions des autres secteurs. Elle fait généralement partie d'un arrangement institutionnel plus large mis en place pour favoriser la coopération intersectorielle et pour surmonter les obstacles liés au manque de connaissances mutuel (Gase, Pennotti et Smith 2013). Aussi, ces outils doivent être considérés comme un adjuvant à une démarche globale qui favorise les conditions propices à l'approche de la SdTP (Howard et Gunther, 2012). C'est la raison pour laquelle le terme « outil » fait parfois référence à cette démarche qui permet d'intégrer la santé dans les processus de décision (voir l'expérience de l'Australie-Méridionale présentée plus loin). Dans le cadre de cette note, nous nous intéressons toutefois aux outils matériels, sous forme de feuille de travail, de grille ou de normes, à l'aide desquels les différents partenaires et le secteur de la santé peuvent faire des liens entre le sujet de l'attention (politique, programme, projet hors secteur santé) et la santé de la population.

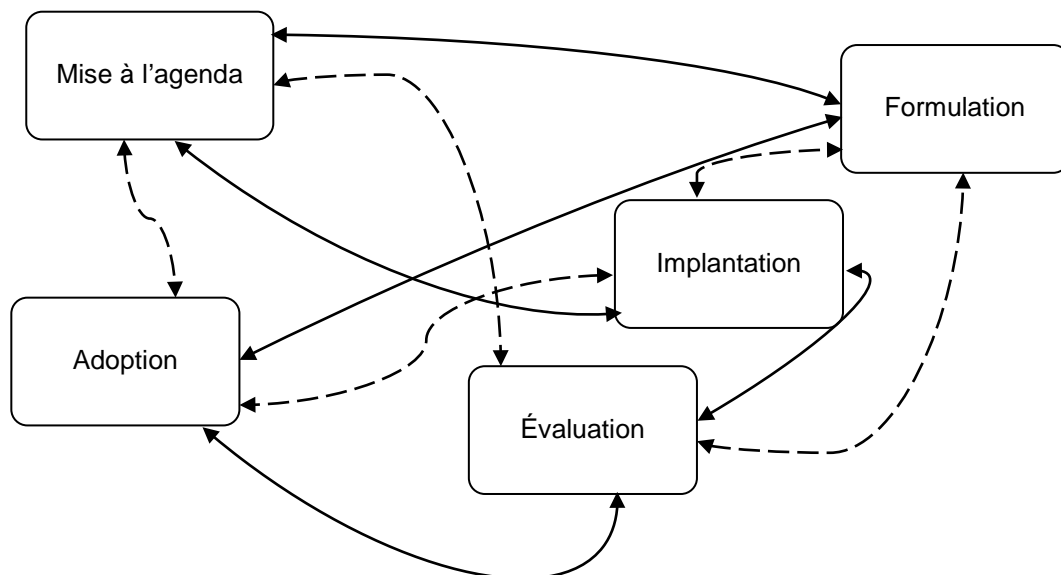


Figure 1 Schéma du cycle des politiques
(Adapté de Howlett et Ramesh, 2003)

Les outils décrits dans cette note répondent aux critères considérés comme importants pour faciliter la rencontre entre l'univers de la science et celui de la décision (Gieryn, 1983). Ils sont basés sur des données probantes et visent à contextualiser le plus possible les informations scientifiques relatives à la santé des populations pour faciliter leur utilisation en situation réelle. Ils sont conçus pour être compréhensibles et utilisables par les secteurs autres que celui de la santé. Ils évitent les jargons ainsi que l'obligation de faire appel à une expertise de pointe. De plus, ils peuvent être utilisés sans miner l'atteinte des objectifs des autres parties, ce qui correspond à une des valeurs importantes de l'approche de la SdTP (Krech et Buckett, 2010).

Description sommaire des outils analysés

L'ÉIS RAPIDE

L'ÉIS est le mécanisme le plus souvent cité parmi les outils favorisant l'intégration systématique des questions de santé dans les politiques sectorielles (European Union, 2007; Organisation mondiale de la Santé [OMS] et Gouvernement d'Australie-Méridionale, 2010). L'efficacité de la pratique d'ÉIS pour influencer les décisions a été illustrée à plusieurs reprises (Dannenbergh, 2016) et, conduite de façon régulière, elle peut induire des changements durables dans le système de prise de décision (Bhatia et Corburn, 2011). L'ÉIS standard, toutefois, est souvent perçue comme une démarche trop lourde pour être utilisée de façon systématique au sein des processus de décision. Aussi, certains intervenants se sont tournés vers l'évaluation d'impact rapide, parfois appelée *desk top*. Il s'agit d'une version allégée de l'ÉIS standard, qui permet une analyse sommaire à l'aide de deux outils complémentaires proposés dans les étapes initiales de l'ÉIS³ : la grille de dépistage et le diagramme des chemins causaux.

La grille de dépistage habituelle est composée d'une liste des déterminants (physiques, sociaux et économiques) de la santé ainsi que de différents sous-groupes de la population qui pourraient être touchés par une proposition (de politiques, de programmes ou de projets). En passant en revue les

éléments contenus dans la grille de dépistage, les utilisateurs doivent se questionner sur la possibilité qu'un déterminant soit affecté (positivement ou négativement) par la proposition et, le cas échéant, sur le degré d'importance du changement anticipé. Pour chacun des effets probables, il convient alors de déterminer si des groupes de la population touchée par la proposition seront particulièrement atteints. Les grilles de dépistage sont élaborées à partir des connaissances existantes sur les facteurs d'influence de la santé. De façon générale, elles présentent des concepts facilement assimilables par les utilisateurs, puisque ces concepts renvoient aux conditions de vie auxquelles tout type d'acteur peut se référer. Pour être efficace en tant qu'objet-frontière⁴, la grille doit permettre une discussion à laquelle peuvent prendre part toutes les parties prenantes, incluant les décideurs, les acteurs de la santé et les groupes de citoyens, du moins en théorie. Lorsqu'elles ont cours, les discussions servent non seulement à établir un diagnostic, mais aussi à convenir des priorités sur les aspects de la proposition à revoir ou à modifier pour éviter des conséquences néfastes pour la santé et l'équité. La grille de dépistage est parfois complétée par l'élaboration d'un diagramme des chemins causaux.

Pour trouver des modèles de grille de dépistage et de diagramme des chemins causaux, aller à : http://www.ccnpps.ca/100/Publications.ccnpps?id_article=1213

Ce type de diagramme présente de façon visuelle les liens entre un projet et la santé de la population, en passant par les déterminants directs et indirects. Il a une fonction heuristique pour favoriser la compréhension de la relation entre un projet sectoriel et les déterminants sociaux de la santé ainsi que des liens entre un secteur donné et la santé de la population.

Comme pour les autres outils d'analyse d'impact, ceux de l'ÉIS rapide sont utilisés à un point précis du cycle de développement d'une politique, soit au moment de la formulation, qui suit l'étape de la mise à l'ordre du jour gouvernemental et précède la décision ultime et l'implantation⁵. De ce fait, la marge

³ Pour une information complète sur les étapes de l'ÉIS standard, se référer à l'adresse suivante : <http://www.ccnpps.ca/docs/EISFaitsSillantsFR.pdf>

⁴ La notion d'« objet-frontière » renvoie aux idées et aux outils qui sont reconnus valides et acceptés par tous les partenaires et qui aident le travail intersectoriel (Gieryn, 1983).

⁵ Pour une illustration des étapes du cycle de développement d'une politique, se référer à l'adresse suivante : http://www.ccnpps.ca/docs/ModeleEtapesPolPubliques_FR.pdf

de manœuvre pour intégrer des préoccupations santé non prévues au départ est limitée. De plus, en l'absence d'une analyse approfondie, il est plus difficile d'obtenir une idée claire des impacts potentiels d'une proposition sur les déterminants de la santé et d'établir les indicateurs de suivi requis. Toutefois, en certaines situations, les prises de conscience induites par les discussions sur les déterminants et les groupes à risque suffisent à modifier la proposition sur la table en faveur de la santé de la population. En plus d'être facile à utiliser, l'ÉIS rapide a pour avantage d'être flexible et de proposer une vision holistique de la santé, ce qui lui permet d'être applicable à tout type de projets ou de politiques, tant de nature sociale que de nature physique, et ce, à tous les paliers de la décision. Cet outil est donc destiné à être utilisé par les acteurs de santé publique pour travailler avec les décideurs de tous les secteurs gouvernementaux, y compris les décideurs municipaux.

LA MATRICE SANTÉ

Pour trouver la matrice santé de la Suède, aller à : http://www.who.int/hia/about/en/HIA_sweden.pdf (en anglais seulement)

La matrice santé est un des outils proposés aux décideurs municipaux en Suède afin de les aider à considérer les impacts de leurs décisions sur la santé de la population. Elle fait partie d'un ensemble de trois outils de niveau d'analyse varié et progressif qui, lorsque combinés, structurent une démarche se rapprochant de la celle de l'ÉIS rapide. L'intérêt d'un porte-folio d'outils comme celui fourni aux décideurs locaux par l'Association suédoise pour les autorités locales et régionales (*Swedish Association of Local Authorities and Regions*) est d'offrir un choix parmi les outils d'aide à l'intégration de la préoccupation santé dans les décisions en fonction des ressources et du temps disponibles. Ainsi, même avec un délai limité, il sera toujours possible de considérer la question de la santé, au moins minimalement.

En Suède, l'outil de la matrice santé se situe entre celui intitulé *Questions de santé*, qui expose brièvement les questions que les décideurs devraient se poser au point de départ de chaque nouveau projet, et celui nommé *Analyse d'impact sur la santé*, qui suit les deux premiers si la nature et l'ampleur des effets potentiels l'exigent et si les ressources pour mener à bien l'exercice d'analyse sont disponibles. La matrice santé est l'outil le plus utilisé par les décideurs locaux (Swedish National

Institute of Public Health, 2005). Elle est constituée d'une grille comprenant huit grandes catégories de déterminants de la santé pour lesquels les utilisateurs considèrent les impacts possibles à court terme et à long terme ainsi que les impacts pour les sous-groupes de population, en plus de la population entière. Les huit grandes catégories incluses dans la grille sont pour la plupart des déterminants sociaux de la santé :

- Démocratie et possibilité d'exercer une influence;
- Sécurité financière;
- Emploi, vie satisfaisante et éducation;
- Réseau social;
- Accès aux services de santé et aux services sociaux;
- Foi en l'avenir, et un sens et des buts dans la vie;
- Environnement physique;
- Habitudes de vie.

La matrice a l'avantage d'être facile à utiliser et de présenter des concepts suffisamment larges pour stimuler une discussion autour des grands objectifs de société pour lesquels tant le secteur de la santé que les autres secteurs peuvent se sentir concernés. Les participants peuvent ainsi convenir des efforts communs à mettre en place pour soutenir le développement de la politique municipale afin que celle-ci atteigne le plus possible ces grands objectifs de société qui correspondent en fait aux déterminants structureaux de la santé cruciaux pour l'équité sociale. Cet outil est destiné à être utilisé par les décideurs eux-mêmes, et ce, assez tôt dans le processus de formulation du projet, permettant ainsi de considérer la santé de la population au point de départ d'un nouveau projet.

L'OUTIL DE MESURE DU DÉVELOPPEMENT SAIN

Pour trouver un exemple d'outil de mesure du développement sain, aller à : <http://www.denverhousing.org/development/Mariposa/Documents/Healthy%20Development%20Measurement%20Tool%20Report.pdf> (en anglais seulement)

Cet outil a été développé par la Direction de la santé publique de San Francisco en 2007, dans le but d'intégrer les questions de santé dans les projets de développement urbain. L'objectif de cet outil est de fournir aux planificateurs de projets, aux acteurs de santé publique et à la population en générale la possibilité d'analyser un projet proposé à l'aune des objectifs d'une communauté en santé, et en tenant

compte de la situation sanitaire du milieu où il sera implanté. L'outil est structuré autour de six grands objectifs considérés comme essentiels pour une communauté saine. Pour chacun de ces objectifs, des indicateurs ont été établis en fonction de la situation prévalant dans le milieu. Les six grands objectifs sont les suivants :

- Bonne gestion de l'environnement;
- Transport durable et sécuritaire;
- Cohésion sociale;
- Services publics;
- Logements salubres et adéquats;
- Économie saine.

Pour chacun des objectifs de développement d'une communauté saine, des exemples de politiques ou de stratégies basées sur des données probantes sont proposés, permettant aux promoteurs et aux parties prenantes de trouver rapidement des solutions de rechange (Farhang *et al.*, 2008).

Il s'agit donc d'un outil assez complet, comprenant à la fois une vision globale et des balises pour une communauté en santé, une information de base sur l'état de la situation réelle au regard de ces balises et des propositions de solutions fondées sur des données probantes. Il nécessite toutefois un investissement important de la part du secteur de la santé afin d'établir au préalable le profil de la population et de ses besoins au regard des grands objectifs, en plus d'assurer la mise à jour de ces informations pour des utilisations ultérieures. Bien que cet outil ait été conçu, tout comme l'ÉIS rapide, pour être appliqué à des projets qui ont atteint un stade avancé de leur développement, il est possible d'en faire un outil de soutien à la planification des grands projets de développement. Ce fut d'ailleurs le cas aux États-Unis lorsqu'un quartier d'une ville du Texas a été reconstruit après le passage d'un ouragan (Nolen *et al.*, 2010).

LISTE DE VÉRIFICATION SANTÉ

Pour trouver la liste de vérification d'une communauté saine, aller à : http://www.sfindicatorproject.org/resources/development_checklist (en anglais seulement)

La liste de vérification santé est une extension de l'outil de mesure du développement sain. Elle a été élaborée à titre d'aide-mémoire et pour faciliter la prise en compte rapide des liens entre un projet de développement urbain et la santé de la communauté

dans laquelle il sera implanté. La liste de vérification est destinée aux décideurs pour qu'ils soient aptes à juger de la pertinence d'une proposition de projets urbains au regard de la santé et du bien-être de la communauté. Elle reprend les grandes catégories d'objectifs d'une communauté saine en détaillant les éléments qui en font partie.

CADRE D'ÉTUDE DE BASE SUR LA SANTÉ (EBS)

Pour trouver les termes de références des éléments clés de l'EBS, aller à : <http://www.peelregion.ca/health/resources/healthbydesign/pdf/HBS-framework-3-reference.pdf> (en anglais seulement)

L'étude de base sur la santé a été développée au Canada dans le cadre des projets COALITION⁶ (The planning Partnership, 2011). Cet outil est destiné aux décideurs municipaux afin de les aider à analyser les propositions de promoteurs de projets de développement urbain à la lumière des effets possibles sur la santé (Moloughney *et al.*, 2015). Il est structuré autour de sept éléments centraux relatifs au milieu bâti pour lesquels il existe des informations probantes sur les liens avec la santé, soit :

- la densité;
- la proximité des services;
- la diversité des usages du sol;
- la connectivité des rues;
- les caractéristiques du réseau routier et des trottoirs;
- le stationnement;
- l'esthétique et l'échelle humaine.

Pour chacun de ces éléments, des indicateurs mesurables sont proposés, et les normes en vigueur sont communiquées (voir Denver Housing Authority, 2010). Ces indicateurs et ces normes proviennent de lignes directrices de pratiques exemplaires et ont été fixés à partir de consensus obtenus par le secteur de la santé auprès de partenaires du milieu de l'environnement bâti (Moloughney *et al.*, 2015). Idéalement, ces normes relatives à la santé devraient faire partie intégrante des formulaires d'approbation des projets par les municipalités.

⁶ Connaissances et actions liées pour une meilleure prévention (COALITION), une initiative du Partenariat canadien contre le cancer (PCCC). (Coalitions Linking Action and Science for Prevention [CLASP] project, an initiative of the Canadian Partnership Against Cancer [CPAC].)

L'avantage de cet outil est de regrouper dans un seul document l'ensemble des normes et des recommandations établies par les autorités compétentes pour un environnement bâti de qualité. Ces critères de qualité sont présentés dans un langage familier pour les utilisateurs visés, soit les aménagistes, les ingénieurs urbains, les promoteurs ainsi que les décideurs municipaux. Le document de référence de cet outil fournit, de plus, les informations qui justifient les liens entre les éléments constitutifs de l'EBS et la santé (The Planning Partnership, 2011). Bien qu'exclusivement axé sur les déterminants physiques de la santé, s'éloignant ainsi de la perspective holistique incarnée par l'approche de la SdTP, cet outil peut s'intégrer aisément dans les processus d'approbation des projets par les décideurs municipaux.

OUTIL D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUE DES EFFETS SANITAIRES (HEAT)

Pour accéder à l'outil de mesure d'évaluation économique en ligne, aller à : <http://www.heatwalkingcitycling.org/index.php?pg=introduction> (en anglais seulement)

Pour accéder au guide de pratique, aller à : <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/health-economic-assessment-tools-heat-for-walking-and-for-cycling.-methodology-and-user-guide.-economic-assessment-of-transport-infrastructure-and-policies.-2014-update> (en anglais seulement)

Cet outil vise d'abord à estimer les économies possibles en termes de réduction de la mortalité. Il est surtout utilisé pour évaluer les gains économiques de l'inclusion des mesures favorisant le transport actif comme les déplacements à pied et à vélo (Kahlmeier, Racioppi, Cavill, Rutter et Oja, 2010). Cet outil de calcul facile d'utilisation a été développé par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS et ses partenaires, et il est offert en ligne. Il se décline en seize questions réparties dans cinq étapes successives, où sont fournis des éléments d'information sur la base des indications données par l'utilisateur. L'évaluation de cet outil effectuée par l'OMS en 2013 (WHO Regional Office for Europe, 2013) a démontré son utilité ainsi que son acceptabilité auprès des décideurs. Cet outil vise aussi à intégrer une préoccupation à l'égard du transport actif dans les planifications de développement urbain par le développement d'un

argumentaire économique. Ce type d'argument est souvent entendu par les décideurs et il s'inscrit bien dans une recherche de situation de gagnant-gagnant entre le secteur de la santé et le secteur de la planification urbaine.

L'analyse selon un prisme santé : un exemple inspirant

Pour trouver un exemple d'analyse de type Prisme santé, aller à : <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+reform/health+in+all+policies/health+lens+analysis+projects> (en anglais seulement)

L'utilisation la plus connue du prisme santé est celle qui a cours au sein du gouvernement de l'Australie-Méridionale. Dans ce contexte, l'analyse selon le prisme santé se rapporte à une démarche de cinq étapes adoptée par les hautes autorités du gouvernement et pilotée par le secteur de la santé publique dans le but d'enrichir les politiques et les programmes qui répondent aux priorités gouvernementales à l'ordre du jour (Delany *et al.*, 2014). Plusieurs outils peuvent être mobilisés dans le cadre de cette démarche qui s'amorce très tôt dans le développement de la politique sectorielle, c'est-à-dire dès le début de son élaboration. Les outils utilisés servent avant tout à développer une compréhension commune des objectifs du secteur interpellé et à établir la contribution possible du secteur de la santé à l'atteinte de ceux-ci tout en faisant des liens avec les déterminants de la santé (Delany *et al.*, 2014). Cette approche prend du temps, car elle mise sur le développement de partenariats durables entre le secteur de la santé et les autres secteurs.

Si cette initiative ne s'appuie pas sur un outil spécifique que l'on peut partager dans cette note, elle mérite d'être nommée ici, car elle correspond parfaitement à l'idéal de l'approche SdTP. Elle s'inscrit dans les objectifs stratégiques du gouvernement et permet de transformer à la base le processus de développement des politiques avec l'intégration des questions de santé dans les décisions porteuses de changements structureaux (Lawless *et al.*, 2012).

Tableau 1 Comparaison entre les cinq outils de soutien à l'intégration de la santé dans les politiques et projets sectoriels et incluant l'approche du prisme santé

Outils	ÉIS rapide	Matrice santé	Mesure développement sain	Étude base santé	Analyse coût-avantages	Prisme santé
Caractéristiques						
Mise à l'agenda			X	X	X	X
Formulation	X	X	X	X	X	X
Implantation			X		X	
Aborde tous les déterminants	X	X	X			x
Champ d'application	Tous	Tous	Développement urbain	Développement urbain	Transport actif	Tous
Facilité d'utilisation	X	X		X		Ne sait pas
Premiers utilisateurs	Santé	Décideurs	Santé	Décideurs	Experts	Santé
Clientèle ciblée	Tous les décideurs de politiques Tous les paliers	Analystes de politiques et décideurs du palier local	Responsables des politiques municipales Planificateurs Population	Promoteurs	Planificateurs de politiques de mobilité et décideurs municipaux	Analystes de politiques de tous les secteurs du gouvernement central

Conclusion

Cette note vise à faire connaître quelques outils développés au cours des dernières années afin de faciliter l'intégration des questions de santé dans les processus de décision des secteurs qui n'ont pas la santé de la population comme premier objectif. Elle n'est pas le résultat d'une recension exhaustive de différents instruments de soutien à la décision relative à la santé, mais d'un repérage des outils associés à l'approche de la SdTP et qui ont fait l'objet de publications. La plupart d'entre eux sont destinés au palier de la décision municipale, principalement du milieu urbain.

Nous pouvons noter une variation dans l'étendue des déterminants de la santé considérés par chacun de ces outils. Certains sont plus holistiques et

s'appliquent à tous les types de politiques, comme l'ÉIS rapide, la matrice santé et l'approche du prisme santé. Ils répondent en cela parfaitement à l'esprit de la SdTP dans la mesure où ils permettent d'interroger les déterminants structureaux de la santé qui influencent l'équité sociale en matière de santé. D'autres outils ont été conçus en vertu d'un intérêt particulier, comme la pratique de l'activité physique ou le transport durable, ou encore pour des zones d'action spécifiques comme le développement urbain, pour lequel la notion d'environnement bâti fait de plus en plus l'objet d'attention de la part des acteurs de santé publique.

Toutefois, tous ces outils ont comme caractéristique de partir des déterminants de la santé plutôt que de problématiques de santé particulière. L'approche par déterminants a plus de chance de transformer

durablement les modes d'analyse des politiques publiques grâce à une intériorisation des concepts santé dans le système de prise de décision (Peters *et al.*, 2014), alors que l'attention pour une thématique de santé peut varier dans le temps en fonction des préférences et des priorités gouvernementales.

Nous avons cherché à faire connaître des outils simples à utiliser et ayant le plus de chance d'être incorporés dans les processus de décision dans le cadre administratif habituel où l'accès à des experts n'est pas requis (Sheate *et al.*, 2001). L'objectif final est que ces outils deviennent obsolètes et inutiles, ce qui traduirait un véritable changement dans les processus de gouvernance en faveur de la santé.

Enfin, il est important de rappeler que les outils d'aide à la décision ne sont pas une fin en soi. Ils s'inscrivent dans une démarche marquée par une volonté ferme de prendre en compte la question de la santé dans les décisions gouvernementales et, à ce titre, ils permettent de concrétiser cette volonté. Ils peuvent aussi servir de vecteur de développement d'une compréhension commune et de partage des objectifs et des valeurs entre les parties prenantes. Il s'agit là d'une fonction importante, puisque les décisions de politiques ne sont pas basées uniquement sur les connaissances scientifiques, mais aussi sur les valeurs et les intérêts des acteurs en présence.

Références

- Bhatia, R. et Corburn. J. (2011). Lessons from San Francisco: health impact assessments have advanced political conditions for improving population health. *Health Affairs*, 30(12), 2410-2418. Consulté en ligne à : <http://content.healthaffairs.org/content/30/12/2410.long>
- Bert, F., Scaiola, G., Gualano, M.R. et Siliquini, R. (2015). How can we bring public health in all policies? Strategies for healthy societies. *Journal Public Health Research*, 4(393), 43-46.
- Collins, J. et Koplan, J.P. (2009). Health impact assessment: a step toward health in all policies. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 302(3), 315-317.
- Dannenberg, A. (2016). Effectiveness of health impact assessment. A synthesis of data of five impact evaluation reports. *Preventing Chronic Disease*, 13(150559).doi : <http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.150559>
- Delany, T., Harris, P., Williams, C., Haris, E., Baum, F., Lawless, A., ...Kickbusch, I. (2014). Health impact assessment in New South Wales & health in all policies in South Australia: differences, similarities and connections. *BMC Public Health*, 14(699).
- Denver Housing Authority. (2010). *Use of the Healthy Development Measurement Tool (HDMT) in Denver. Cross-Sector Partnerships for Development and Public Health South Lincoln Homes, Denver Co.* Seattle, Washington. Consulté en ligne à : <http://www.denverhousing.org/development/Mariposa/Documents/Healthy%20Development%20Measurement%20Tool%20Report.pdf>
- Farhang, L., Bhatia, R., Comerford Scully, C., Corburn, J., Gaydos, M. et Malekafzali, S. (2008). Creating tools for healthy development: case study of San Francisco's eastern neighborhoods community health impact assessment. *Journal of public health management and practice*, 14(3), 255-265.
- Gase, L. N., Pennotti, R. et Smith, K. D. (2013). "Health in all policies": taking stock of emerging practices to incorporate health in decision making in the United States. *Journal of Public Health Management and Practice*, 19(6), 529-540.
- Greaves, L.J. et Bialystock, L.R. (2011). Health in all policies – all talk and little action? *Canadian Journal of Public Health*, 102(6), 407-409.

- Gieryn, T. F. (1983). Boundary-work and the demarcation of science from non-science: strains and interests in professional ideologies of scientists. *American Sociological Review*, 48(6), 781-795.
- Howlett, M. et Ramesh, M. (2003). *Studying public policy: policy cycles and policy subsystems*. Toronto, Ontario: Oxford University Press Canada.
- Howard, R. et Gunther, S. (2012). *Health in all policies: an EU literature review 2006-2011 and interview with key stakeholders*. EquityAction. Consulté en ligne à : <http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/04/HiAP-Final-Report.pdf>
- Kahlmeier, S., Racioppi, F., Cavill, N., Rutter, H. et Oja, P. (2010) "Health in all policies" in practice: guidance and tools to quantifying the health effects of cycling and walking. *Journal of Physical Activity and Health*, Suppl.1, S120-S125.
- Kickbusch, I. et Gleicher, D., (2011). *Governance for health in the 21st century*. Copenhagen, Danemark: WHO Regional Office for Europe. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf
- Krech, R. et Buckett, K. (2010). The Adelaide statement on health in all policies: moving forward toward a shared governance for health and well-being. *Health Promotion International*, 25 (2), 258-260. Consulté en ligne à : <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovftk&AN=00013240-201005000-00014>
- Lawless, A., Williams, C., Hurley, C., Wildgoose, D., Sawford, A. et Kickbusch, I. (2012). Health in all policies: evaluating the South Australian approach to intersectoral action for health. *Canadian Journal of Public Health*, 103 (suppl.1), S15-S19.
- Moloughney, B.W., Bursey, G.E., Neumann, J., Leeming, D.H., Gutmann, C.E., Sivanand, B. et Mowat, D.L. (2015). Intégrer la prise en compte des impacts sur la santé dans les processus d'approbation des plans d'aménagement du territoire : l'élaboration d'un cadre d'étude de base sur la santé. *Revue canadienne de santé publique*, 106(1) (suppl. 1), es35-3s42.
- Nolen, A., Bezold, C., Prochaska, J., Masel, M., Sullivan, J. et Ward, J. (2010) *Galveston hurricane and healthy neighborhood scenarios*. Galvestone, TX: Center to Eliminate Health Disparities. Consulté en ligne à : http://www.cidrap.umn.edu/sites/default/files/public/php/26978/Galveston%20Hurricane%20and%20Healthy%20Neighborhood%20Scenarios%20Workbook_0.pdf
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (1981). *La Stratégie de la santé pour tous d'ici l'an 2000*. Genève, Suisse. Consulté en ligne à : http://cms.unige.ch/isdd/IMG/pdf/strategie_mondiale_la_sante_pour_tous_en_l_an_2000.pdf
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2013). *Ce qu'il faut savoir au sujet de la santé dans toutes les politiques*. Genève, Suisse. Consulté en ligne à : http://who.int/social_deteminants/publications/health-policies-manual/key-messages-fr.pdf
- World Health Organization [WHO]. (2014). *Health in all policies (HiAP) framework for country action*. Genève, Suisse. Consulté en ligne à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112636/1/9789241506908_eng.pdf?ua=1
- Organisation mondiale de la Santé [OMS] Bureau régional de l'Europe. (1986). *Charte d'Ottawa – promotion de la santé*. Copenhagen, Danemark : OMS. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

- Organisation mondiale de la Santé [OMS] et Gouvernement d'Australie-Méridionale. (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. Adélaïde, Australie. Consulté en ligne à : http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
- Pan American Health Organization [PAHO]. (2014). *Advancing the health in all policies approach in the americas: what is the health sector's role? A brief guide and recommendations for promoting intersectoral collaboration*. Washington, DC. Consulté en ligne à : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30677&lang=f
- Peters, D., Harting, J., Van Oers, H., Schuit, J., De Vries, N. et Stronks, K. (2014). Manifestations of integrated public health policy in Dutch municipalities. *Health Promotion International*, 31(2), 290-302. Consulté en ligne à : <http://heapro.oxfordjournals.org/content/early/2014/12/09/heapro.dau104.full.pdf+html>
- Rozworski, M. et Bellefleur, O. (2013). *Introduction aux implications éthiques des évaluations économiques pour les politiques publiques favorables à la santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques favorables à la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/docs/EthiqueEvalEcon_FR.pdf
- Sheate, W., Dagg, S., Richardson, J., Aschemann, R., Palerm, J. et Steen, U. (2001). *SEA and integration of the environment into strategic decision making*. Executive Summary. Final Report to the European Commission. Londres, Royaume-Uni: Consortium dirigé par Imperial College Consultants. Consulté en ligne à : http://ec.europa.eu/environment/archives/eia/sea-studies-and-reports/pdf/sea_integration_xsum.pdf
- Swedish National Institute of Public Health. (2005). *A guide to health impact assessment. Focusing on social and environmental sustainability*. Stockholm, Suède. Consulté en ligne à : <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=78652>
- The Planning Partnership. (2011). *Region of Peel health background study. Development of a health background study framework*. Canada. Consulté en ligne à : https://www.peelregion.ca/health/resources/healthbydesign/pdf/Final_HBS_Framework_Report.pdf
- European Union. (2007). *Declaration on health in all policies*. Declaration of Ministerial Delegations of E.U. Member States. E.U. Conference "Health in all policies: achievements and challenges". Rome, 18 décembre 2007. [Document pdf]. Consulté en ligne à : http://www.publichealth.ie/files/file/DECLARATION_ADOPTED_SIGNATURE_S.pdf
- WHO Regional Office for Europe. (2013). *Using the health economic assessment tool (HEAT) for walking and cycling: lessons learnt*. Final Report. PHAN project deliverable D7. Copenhagen, Danemark. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/241728/USING-THE-HEALTH-ECONOMIC-ASSESSMENT-TOOLS-HEAT-FOR-WALKING-AND-CYCLING,-LESSONS-LEARNT.pdf?ua=1

Annexe Quelques guides généraux sur l'implantation de l'approche SdTP

Le thème de la Santé dans toutes les politiques a donné lieu à quelques guides de pratiques qui couvrent plus largement l'utilisation d'un outil favorisant la prise en compte systématique de la question de la santé dans les processus gouvernementaux de prise de décision. Les cinq guides suivants, proposés actuellement dans la littérature, apportent des informations supplémentaires, notamment sur les contextes dans lesquels les outils proposés peuvent être utilisés.

ChangeLab Solutions. (2015). *From Start to Finish. How to Permanently Improve Government through Health in All Policies*. Oakland, CA. Disponible en ligne à : http://www.changelabsolutions.org/publications/HiAP_Start-to-Finish

Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K. et Dillon, L. (2013) *Health in All Policies. A Guide for State and Local Governments*. Washington, DC et Oakland, CA: American Public Health Association and Public Health Institute. Disponible en ligne à : https://www.phi.org/uploads/files/Four_Pager_Health_in_All_Policies-A_Guide_for_State_and_Local_Governments.pdf

Organisation panaméricaine de la santé. (2015). *Advancing the Health in All Policies Approach in the Americas: What Is the Health Sector's Role? A Brief Guide and Recommendations for Promoting Intersectoral Collaboration*. Washington, DC. Disponible en ligne à : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&qid=30677&lang=fr

Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Health in All Policies. Training manual*. Genève, Suisse. Disponible en ligne à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf

Organisation des Nations Unies – Commission économique pour l'Europe. (2008). *Travailler ensemble pour un transport durable et sain. Guide pratique des conditions institutionnelles propices à l'intégration des politiques des transports, de la santé et de l'environnement*. New York, NY et Genève, Suisse : Programme paneuropéen sur les transports, la santé et l'environnement. Disponible en ligne à : <http://www.thepep.org/en/publications/WorkingTogether.Guidance.fr.pdf>

Février 2017

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

Soutien à l'édition : Marianne Jacques, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

St-Pierre, L. (2017). *Quelques outils pour faciliter l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS souhaite remercier Erica Arnett (Elgin St Thomas Public Health) et Carmel Williams (Government of South Australia) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

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 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. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

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

N° de publication : XXXX

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.

