

# Introduction à l'ÉIS

Série sur l'ÉIS

Novembre 2009

Version préliminaire – pour discussion

Un des mandats du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) est d'informer les praticiens de santé publique du Canada sur les stratégies efficaces pour favoriser l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. L'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) est la pratique la plus structurée à ce jour à la portée des acteurs de santé publique. Elle s'applique aux politiques développées par d'autres secteurs que celui de la santé, et qui peuvent avoir des effets importants sur les déterminants de la santé.

Ce document bref est le premier d'une série qui aborde la pratique de l'ÉIS sous divers angles. La version électronique de ces documents brefs donne accès à d'autres ressources disponibles sur le site du CCNPPS par le biais d'hyperliens.

## L'ÉIS : De quoi parle-t-on?

### Historique

L'ÉIS appliquée aux politiques publiques est une pratique qui connaît une popularité croissante partout dans le monde, particulièrement depuis le milieu des années 1990. Elle s'appuie sur les succès obtenus dans le domaine de la protection de l'environnement, où l'évaluation des impacts sur l'environnement (ÉIE) de grands projets d'infrastructure est maintenant menée de façon statutaire dans la plupart des pays industrialisés, dont le Canada. L'ÉIS a d'abord été élaborée au sein de l'ÉIE, en complémentarité avec les études environnementales sur les impacts potentiels des projets sur la santé humaine. Depuis quelques années, un courant de pratique d'ÉIS a été élaboré pour être appliqué à tout projet de politiques qui pourraient avoir un effet significatif sur les déterminants tant socioéconomiques que physiques de la santé de la population, qu'ils aient ou non un effet présumé sur l'environnement.

### Fondement

L'ÉIS appliquée aux politiques est souvent présentée comme un moyen d'actualiser l'une des priorités d'action mises de l'avant par la *Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé*, soit favoriser les politiques publiques saines (OMS, 1986). Les principes et les valeurs promus par la *Charte d'Ottawa* sont aussi souvent mentionnés comme étant les assises de l'ÉIS. Ainsi, celle-ci s'appuie sur une approche holistique de la santé et sur les valeurs de démocratie, d'équité, de développement durable et d'utilisation éthique des données probantes (International Association for Impact Assessment, 2006). Il est courant, dans la littérature portant sur l'ÉIS, de situer son origine à la convergence des deux courants mentionnés précédemment : l'évaluation d'impact sur l'environnement et la promotion de la santé (Kemmerling *et al.*, 2004).

### Visées

L'ÉIS appliquée aux politiques publiques est à la fois une démarche et un outil dont la visée est de porter à la connaissance des stratèges et des décideurs qui ne sont pas du domaine de la santé des informations sur les conséquences possibles de leurs décisions sur la santé de la population ou sur celle de certains groupes de la population.

La définition courante de l'ÉIS la présente comme « une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger des effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population » (OMS, 2005). Les principales caractéristiques de l'ÉIS appliquée aux politiques publiques peuvent être résumées de la façon suivante :



- L'ÉIS constitue une démarche qui tente d'estimer de façon prospective les effets potentiels sur la santé d'une proposition de politique ou de projet;
- L'ÉIS s'applique dès le moment où les propositions de politiques sont suffisamment avancées pour faire l'objet d'une analyse de leurs impacts potentiels, mais avant que la décision concernant ces politiques ne soit prise, afin de pouvoir en influencer le contenu;
- L'ÉIS vise à apporter une valeur ajoutée au processus de prise de décision en rendant explicites les impacts sur la santé qui sont non prévus et non voulus et qui n'auraient pu être anticipés grâce aux mécanismes habituels de planification de politiques;
- La démarche d'ÉIS vise à intégrer les informations issues de la littérature scientifique à celles qui sont fournies par les personnes touchées par l'adoption et l'implantation du projet ou de la politique, telles que les décideurs, la population et les parties prenantes, afin de tenir compte du contexte;
- La préoccupation au regard des inégalités de santé est inhérente à la démarche d'ÉIS.

L'ÉIS ainsi conceptualisée n'est donc pas tant une activité de recherche évaluative en tant que telle qu'une méthode qui permet de rendre disponibles des informations fondées sur la santé publique au profit du processus décisionnel d'une politique élaborée dans un but autre que la santé de la population (Kemmer, 2001).

## Démarche par étapes successives

Les guides de pratique de l'ÉIS présentent généralement celle-ci sous la forme d'une démarche en cinq étapes successives. Ces étapes, ainsi que les outils afférents, qui ont été fixés au fil des années par les divers pays et les diverses organisations de santé publique qui s'y réfèrent<sup>1</sup>, permettent d'encadrer et de

<sup>1</sup> Plusieurs ressources (telles que des guides, cours, outils d'analyse, rapports d'évaluation, etc.) en provenance d'organismes gouvernementaux et académiques sont

structurer les interventions nécessaires à son application. Ces étapes se présentent de la façon suivante :

### Étape 1 : Le dépistage

L'étape du dépistage vise à répondre à deux questions centrales :

- Est-ce que la proposition de politique ou de projet contient des éléments susceptibles d'avoir des effets négatifs (à éviter) ou positifs (à accentuer) sur la santé de la population?
- Si oui, l'importance de ces effets justifie-t-elle une analyse approfondie?

Si la réponse à ces deux questions est positive, il est alors justifié de poursuivre la démarche et de passer à la deuxième étape, soit celle du cadrage.

Il est à noter que certains praticiens ont inclus à l'étape du dépistage des questions visant à évaluer la pertinence d'entreprendre une ÉIS selon le contexte de la politique. Ainsi, dans certaines situations, il peut être judicieux de se demander dans quelle mesure il est possible d'influencer la prise de décision, si le temps imparti est suffisant et si les ressources minimales pour effectuer une ÉIS sont disponibles (Mahoney *et al.*, 2004).

Plusieurs outils ont été réalisés par la communauté de pratique pour faciliter et systématiser les tâches associées à cette étape. L'outil le plus employé est une grille présentant une liste de déterminants sociaux, économiques et physiques de la santé en fonction desquels les éléments de la proposition sont passés en revue. Il devient alors possible d'identifier les déterminants de la santé qui peuvent être influencés par la politique ou le projet, le sens de cette influence (positif ou négatif) et l'importance de l'effet escompté, tout en s'interrogeant sur les sous-

disponibles en ligne. Il est possible d'avoir un aperçu de ces sites de référence en consultant le guide des ressources produit par le CCNPPS à l'adresse suivante : <http://nchpp.ca/en/contenu.aspx?sortcode=2.1.6.7>.

groupes de la population qui sont les plus susceptibles d'être affectés.

Enfin, il est souvent recommandé de mener cette étape en équipe multidisciplinaire et de joindre à celle-ci des représentants du milieu décisionnel et de la population visée par la proposition, lorsque cela est faisable. L'intégration d'une variété de participants à cette étape permet d'en arriver à la vision la plus complète possible dans ce premier tour d'horizon, puisque cet exercice influencera le reste de la démarche.

## Étape 2 : Le cadrage

L'étape du cadrage consiste à planifier la phase subséquente, à savoir l'étude en tant que telle des effets anticipés à l'étape du dépistage. Le cadrage permet de répondre aux questions suivantes :

- Quelles informations seront nécessaires pour estimer l'ampleur des effets potentiels des éléments ciblés à l'étape du dépistage?
- Par qui, quand, comment et avec qui se feront la collecte et l'analyse des informations?
- De combien de temps disposons-nous pour effectuer l'étude des impacts anticipés?

Les réponses à ces questions permettront de proposer des balises claires aux différents partenaires prenant part à l'étape de l'évaluation, en plus de déterminer les attentes quant à la nature et à l'ampleur des résultats à venir.

## Étape 3 : L'évaluation

L'étape de l'évaluation constitue l'étude des impacts en tant que telle. Elle comprend deux types d'activités : la collecte d'informations et l'analyse.

La nature des informations à collecter est généralement de quatre ordres :

- Des informations précises sur les caractéristiques du projet ou de la politique. Ce type d'informations n'est généralement

pas entre les mains des acteurs de santé publique;

- Les publications scientifiques, obtenues grâce à la recension des écrits et à la consultation d'experts;
- Le profil de la population qui sera touchée par la politique ou le projet. Ces informations sont généralement obtenues auprès de sources administratives;
- Des informations issues de la population, obtenues lors d'activités de consultation (tels des groupes de discussion et des dialogues délibératifs). L'objectif, ici, n'est pas tant de mesurer l'acceptabilité sociale de la proposition que d'obtenir des indications sur les effets probables de l'implantation de la politique au sein des milieux visés. Ces effets peuvent être différents de ceux trouvés dans la littérature.

Il est recommandé que les activités d'analyse et d'interprétation des résultats, lesquelles suivent la collecte d'information, soient menées en équipe multidisciplinaire composée de membres venant de divers horizons scientifiques, par exemple social, épidémiologique et environnemental.

Un groupe d'auteurs (Mindell *et al.*, 2006) a élaboré un guide de collecte d'informations scientifiques qui tient compte de la contrainte de temps qui entre en ligne de compte lors de l'ÉIS. Ce groupe considère qu'il est possible d'obtenir des informations valables en un temps limité en suivant une démarche rigoureuse.

## Étape 4 : Les recommandations

Par souci de transparence, il est généralement recommandé que les résultats des étapes du dépistage, du cadrage et de l'analyse fassent l'objet d'un rapport écrit.

Ce rapport contiendra aussi les recommandations de l'équipe d'ÉIS. Celles-ci peuvent aller dans plusieurs sens : supprimer certains éléments du projet ou de la politique qui pourraient avoir des conséquences négatives; suggérer une modification de

certaines aspects pour éviter des retombées négatives ou accroître les effets positifs sur la santé; prévoir des mesures de protection s'il est impossible de supprimer ou de modifier les mesures ayant des conséquences négatives probables. L'ÉIS étant une démarche de soutien à la prise de décision, il est important de considérer la faisabilité économique, sociale et politique des changements proposés.

## Étape 5 : L'évaluation de la démarche

La littérature portant sur l'ÉIS souligne deux fonctions possibles de cette dernière étape. Initialement, il était suggéré que celle-ci serve à suivre et à mesurer les effets réels de l'implantation d'un projet ou d'une politique, afin de vérifier dans quelle mesure les effets escomptés s'avèrent ou non, ou pour mesurer l'efficacité des moyens d'atténuation, le cas échéant.

Cependant, ce type de suivi n'est pas toujours possible. Il dépend de la nature et de l'ampleur de la politique, des contextes dans lesquels son implantation s'effectue et des capacités de l'équipe chargée de l'ÉIS. Celle-ci peut toutefois recommander que la politique inclue une clause relative au suivi des effets.

La deuxième fonction attribuée à cette étape est celle de l'évaluation de la démarche d'ÉIS. Elle permet de faire un retour sur toutes les activités entreprises, sur l'utilité des outils, sur la participation des différents partenaires engagés ainsi que sur le degré d'utilisation des informations par les décideurs lors de la prise de décision. Cette étape peut donc être vue comme un exercice réflexif sur la pratique, puisqu'il s'agit de considérer les aspects à améliorer tout en réfléchissant sur la capacité de la démarche à influencer le processus de décision.

## Forces et limites de la démarche d'ÉIS

L'ÉIS est souvent présentée comme une pratique qui favorise la mise en place de politiques publiques favorables à la santé. Cependant, malgré les qualités associées à

cette démarche, sa mise en œuvre n'est pas sans défi. Voici un résumé de ce que la littérature rapporte en ce qui concerne les avantages et les difficultés de l'ÉIS.

### Une approche flexible

La démarche d'ÉIS est une démarche flexible. Malgré sa procédure standardisée, il est possible de l'adapter en fonction du niveau de prise de décision (local, national ou international) ou de la finalité visée. Cette adaptabilité donne lieu à une pratique aux accents variables, selon que l'ÉIS est utilisée pour sa capacité à générer des données probantes, à favoriser la participation citoyenne ou à servir au management public (Bekker, 2007).

### Une approche qui structure et systématise le déroulement de l'action

L'adoption d'une démarche commune a permis l'établissement d'une communauté de pratique au sein de laquelle il est possible d'échanger au sujet des expériences concrètes et de l'efficacité des outils employés. L'amélioration des outils et de la pratique qui en résulte favorise une démarche systématisée, rigoureuse et facile à communiquer aux partenaires comme aux pairs.

### Une approche pragmatique

Dans la mesure où l'ÉIS se fait parallèlement au processus de prise de décision, elle permet de tenir compte de plusieurs éléments du contexte entourant l'implantation de la politique et, de ce fait, génère des recommandations qui tiennent compte de la faisabilité réelle de cette dernière.

### Une approche qui repose sur le diagnostic le plus précis possible

La capacité de prédire avec précision les effets sur la santé d'une politique demeure l'un des plus grands défis de l'ÉIS (Mindell *et al.*, 2001). La nature et l'envergure de la politique étudiée influencent cette capacité. Par exemple, dans le

cas de politiques sociales pour lesquelles les effets seront le fruit de chaînes causales multiples et d'influences nombreuses, il sera difficile de poser un diagnostic précis. Les effets sur les déterminants de la santé, la force des liens qu'il y a entre ceux-ci et l'état de santé tel que démontré dans la littérature seront le plus souvent les éléments d'information les plus utiles.

### L'ÉIS doit s'adapter au contexte politique

Pour que la démarche d'ÉIS soit utile, les praticiens doivent s'adapter au processus de prise de décision de la politique et non s'attendre à ce que l'inverse se produise (Putters, 2005). Les considérations politiques qui entourent généralement le choix d'une politique, comme les intérêts qui s'opposent, l'idéologie dominante ou la fluctuation des demandes, constituent autant de contraintes que les praticiens de la démarche d'ÉIS doivent prendre en compte.

### L'ÉIS nécessite des capacités et des ressources suffisantes

Pour les décideurs, la valeur ajoutée de l'ÉIS est l'apport d'une information qu'il aurait été impossible d'obtenir dans le cadre de la démarche habituelle d'analyse des politiques. Cet apport propre à l'ÉIS nécessite l'accès à certaines ressources (humaines, financières et technologiques) ainsi qu'à des compétences multiples et complémentaires (recension des écrits, animation des groupes, vulgarisation scientifique, etc.).

Malgré ces enjeux, l'ÉIS demeure l'une des démarches les mieux structurées à ce jour pour agir au regard des politiques publiques. Elle prend en compte un ensemble d'informations, tant scientifiques que contextuelles, afin de soutenir le processus de prise de décision. Sa capacité à sensibiliser les décideurs qui ne sont pas du domaine de la santé au sujet des déterminants de la santé a été démontrée (Wismar, 2007). De plus, la popularité de l'ÉIS a fait en sorte que sa pratique actuelle, dans le monde, a généré un ensemble de connaissances que tout nouveau praticien peut mettre à profit pour sa propre pratique.

### Références

- Bekker, M. (2007). *The politics of healthy policies. Redesigning Health Impact Assessment to integrate health in public policy*. Delft : Eburon.
- Kemm, J. (2001). Health Impact Assessment : a tool for Healthy Public Policy. *Health Promotion International*, 16, 79-85.
- Kemm, J., Parry, J., & Palmer, S. (éds.) (2004). *Health impact assessment*. Oxford University Press : Oxford, 432 p.
- Mahoney, M., Simpson, S. et al. (2004). *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework*. Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), 45 p.
- Mindell, J., Biddulph, J. P. et al. (2006). *A Guide to Reviewing Published Evidence for use in Health Impact Assessment*. London : London Health Observatory.
- Mindell, J., Hansell, A. et al. (2001). What do we need for robust, quantitative health impact assessment? *Journal of Public Health Medicine*, 23, 173-178.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa Health and Welfare Canada.

- Organisation Mondiale de la Santé (2005). *Étude d'impact sur la santé : Principaux concepts et méthode proposée. Traduction française du Consensus de Göteborg*. Centre collaborateur Villes-Santé & Association Internationale Santé et Développement Durable.
- Putters, K. (2005). HIA, the next step : Defining models and roles. *Environmental Impact Assessment Review*, 25, 693-701.
- Wismar, M., Blau, J.; Ernst, K., & Figueras, J. (éds.) (2007). The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO. 291 p.

# Note documentaire

Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

## Novembre 2009

Auteure — Louise St-Pierre

Mise en page — Madalina Burtan

### Remerciements

Le CCNPPS tient à remercier Anika Mendell et Ginette Lafontaine pour leurs judicieux commentaires.

La production de ce document a été rendue 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.



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé  
National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy

Institut national  
de santé publique  
Québec