

Table ronde canadienne portant sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS)

Montréal, Québec

22 février 2008

Rapport

Version préliminaire—pour discussion



RÉDACTRICE

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

MISE EN PAGE

Isabelle Hémon
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

RÉVISION LINGUISTIQUE

Services d'édition Guy Connolly

REMERCIEMENTS

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé souhaite remercier les participants à la table ronde qui ont offert leurs commentaires et précisions suite à l'envoi d'une première version. Nous tenons donc particulièrement à remercier François Benoit, Élisabeth Boivin, Diane McClymont Peace, Catherine Ford, Ronald Macfarlane, Michel O'Neill et Jean Rochon pour leur contribution fort appréciée.

DATE

Septembre 2008

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

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

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

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

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

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

Ce document est une version préliminaire. Nous invitons les lecteurs à nous envoyer leurs commentaires à ccnpps@inspq.qc.ca

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

Table des matières

1	PRÉSENTATION DU CONTEXTE.....	4
1.1	L'ÉIS comme une approche valable pour soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé au Canada	4
1.2	La table ronde	4
2	THÈME 1	
	A) LE CHOIX DE L'ÉIS COMME OUTIL DE PROMOTION DES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ	
	B) LE CHOIX DU PALIER LOCAL POUR INFLUER SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES	5
2.1	L'ÉIS : un choix judicieux, mais... qui n'est pas la panacée	5
2.2	Du palier local au palier central et inversement	6
3	THÈME 2 CE QUE NOUS POUVONS APPRENDRE DU PASSÉ	8
3.1	Intégrer ou ne pas intégrer l'ÉIS dans l'évaluation d'impact sur l'environnement ou d'autres types d'évaluation d'impact	8
3.2	L'instauration de la pratique de l'ÉIS au regard des politiques gouvernementales.....	9
4	THÈME 3 CE QUE NOUS POUVONS APPRENDRE DES INITIATIVES COURANTES	11
4.1	PATH Project : une illustration du modèle fondé sur le développement des collectivités.....	11
4.2	Toronto : une illustration du modèle fondé sur l'expertise de santé publique	11
4.3	Montréal : une illustration du modèle fondé sur la collaboration intersectorielle et le soutien au processus de décision	12
5	THÈME 4 LE RÔLE D'UNE ORGANISATION COMME LE CCNPPS POUR SOUTENIR LA PRATIQUE DE L'ÉIS AU CANADA	13
5.1	Le développement des connaissances	13
5.2	Le soutien au développement des compétences.....	14
5.3	L'accès à des informations et à des données scientifiques	14
5.4	Créer le climat	15
6	QUELQUES IDÉES MARQUANTES.....	16
6.1	L'importance de définir le concept et de clarifier sa portée par rapport à d'autres pratiques.....	16
6.2	Le rôle hybride des acteurs de santé publique engagés dans l'ÉIS.....	16
6.3	Reconnaître la diversité des pratiques de l'ÉIS : la métaphore du couteau suisse	17
6.4	Établir un nouveau lieu de développement des connaissances : entre le secteur de la santé publique et les autres secteurs de prises de décisions gouvernementales.....	18
6.5	La très grande diversité entre les provinces canadiennes	18
7	CONCLUSION.....	19
ANNEXE 1	INITIATIVES CANADIENNES D'ÉIS AU PALIER LOCAL	21
ANNEXE 2	LISTE DES PARTICIPANTS	24

1 PRÉSENTATION DU CONTEXTE

1.1 L'ÉIS COMME UNE APPROCHE VALABLE POUR SOUTENIR L'ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ AU CANADA

L'évaluation d'impact sur la santé, telle qu'elle est définie internationalement, est une approche qui vise à soutenir les politiques publiques en apportant un éclairage sur les répercussions potentielles sur la santé des décisions que s'appêtent à prendre des autorités gouvernementales. Prenant appui sur l'évaluation d'impact environnemental (ÉIE), un courant de pratique utilisant l'ÉIS pour soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé se développe depuis une douzaine d'années, particulièrement en Europe. À cet effet, une démarche standard et des outils méthodologiques ont été conçus pour guider la pratique. Au Canada, l'ÉIS est surtout connue dans le champ de l'évaluation d'impact environnemental, à l'intérieur duquel se pratiquent les évaluations d'impact sur la santé humaine des projets soumis à l'obligation d'être examinés en vertu des différentes lois sur la qualité de l'environnement adoptées par les provinces et le gouvernement fédéral. Il n'existe pas, jusqu'à maintenant, une instance de référence dans le contexte canadien au regard de l'ÉIS qui se pratique en dehors des ÉIE. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) considère qu'il pourrait jouer ce rôle, compte tenu du potentiel que cette approche semble offrir pour soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé.

1.2 LA TABLE RONDE

Une vingtaine de personnes de provenances diverses¹ ont été invitées à échanger avec des membres du CCNPPS sur les différents enjeux et les possibilités au Canada au regard du développement de l'ÉIS. Les participants ont été conviés à répondre à deux grandes questions :

- Quelles leçons pouvons-nous tirer des expériences canadiennes et internationales en matière d'ÉIS ?
- Quelles sont les possibilités et les zones de développement de l'avenir pour cette pratique au Canada ?

Pour permettre de répondre à ces questions, les discussions ont été organisées autour de quatre grands thèmes :

- Le choix, par le CCNPPS, de l'ÉIS pour travailler sur les politiques publiques favorables à la santé au palier local;
- Les leçons du passé sur les plans international et canadien;
- Ce que nous pouvons apprendre des initiatives actuelles;
- Le CCNPPS et le soutien à cette approche au Canada.

De plus, la présentation de trois initiatives canadiennes qui utilisent actuellement l'ÉIS comme cadre de référence pour agir sur les politiques au palier local a permis de faire ressortir quelques enjeux et besoins entourant cette pratique au Canada et de stimuler les échanges. Une brève description de ces trois initiatives est exposée en annexe.

Ce document présente le résultat de chacun des thèmes de discussion ainsi que les points forts ou originaux qui semblent ajouter aux discussions actuelles sur l'ÉIS.

¹ Voir la liste des participants en annexe.

2 THÈME 1

A) LE CHOIX DE L'ÉIS COMME OUTIL DE PROMOTION DES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES A LA SANTE

B) LE CHOIX DU PALIER LOCAL POUR INFLUER SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

2.1 L'ÉIS : UN CHOIX JUDICIEUX, MAIS... QUI N'EST PAS LA PANACÉE

Malgré le peu d'applications connues de cette approche au Canada, plusieurs participants, notamment ceux travaillant au palier local, ont vu de nombreux avantages à utiliser l'ÉIS comme outil pour favoriser les politiques publiques favorables à la santé. Le CCNPPS adhère au courant de pensée qui conçoit l'ÉIS comme une démarche allant au-delà de l'analyse des

Les atouts :

- *Soutient l'action intersectorielle;*
- *Confie un rôle différent et nouveau aux acteurs de la santé publique;*
- *Permet la sensibilisation sur les déterminants larges de la santé, tant dans le secteur de la santé publique que dans les autres secteurs.*

impacts sur la santé d'une option de politique et qui vise aussi à accompagner le processus de décision. Elle a donc été vue comme une approche utile pour favoriser la rencontre entre le secteur de la santé et les autres secteurs de la société où se prennent des décisions pouvant avoir un impact sur la santé. Lorsqu'elle est utilisée par les professionnels de la santé publique, cette approche permet à ces derniers d'œuvrer en dehors de leur cadre habituel de travail, ce qui est une nécessité pour comprendre les processus de décision et de développement de politiques. De plus, elle offre aux acteurs de la santé publique qui veulent agir sur les déterminants de la santé une façon nouvelle d'avoir une influence sur

les politiques, différente de l'*advocacy*, laquelle n'est pas toujours à leur portée. L'approche est donc vue non seulement comme un outil de sensibilisation aux déterminants de la santé pour les décideurs qui ne sont pas du secteur de la santé, mais aussi comme un puissant véhicule pour amener les acteurs de la santé publique à considérer l'importance des décisions prises en dehors de leur secteur quant à leur impact sur la santé de la population. De plus, il a été rapporté que cette pratique amènerait les acteurs de la santé publique à s'interroger sur le contexte d'élaboration des politiques et leur processus de développement ainsi que sur les rôles qu'ils peuvent y jouer. Enfin, il est reconnu qu'une des forces de cette approche est de procurer une démarche structurée qui permet de guider les actions et d'entrer dans une dynamique intersectorielle de façon organisée et crédible.

Cependant, même si l'ÉIS constitue un outil intéressant dans l'arsenal des stratégies d'influence des politiques publiques, les participants ont fortement insisté sur le fait que ce n'était

Les recommandations :

- *Clarifier les concepts et établir les différentes stratégies d'influence;*
- *Ne pas négliger les différents enjeux soulevés par cette pratique.*

certainement pas le seul. Cette stratégie fonctionne particulièrement bien lorsqu'elle est appliquée à un moment précis du processus de développement d'une politique publique, soit celui de sa formulation, et dans des contextes où il y a une volonté de la part des décideurs hors du secteur de la santé à collaborer avec

celui de la santé. D'autres approches, comme l'*advocacy*, peuvent aussi être utiles et plus pertinentes en d'autres circonstances. Il est donc apparu primordial de situer celle-ci parmi les

autres actions possibles, et de les distinguer en fonction de leur utilité en lien avec les différents contextes et les phases du processus de développement des politiques.

Par ailleurs, les expériences internationales, tant dans le champ de l'environnement que dans celui de la promotion de la santé, nous renseignent sur différents enjeux liés à cette pratique. Ceux-ci peuvent être classés en trois grandes catégories : 1) les aspects méthodologiques sur la capacité de prédire de façon suffisamment fiable les effets potentiels des politiques sur les déterminants de la santé; 2) la démonstration de la valeur ajoutée de cette pratique autant sur la santé de la population que sur le processus de développement des politiques; et 3) les répercussions potentielles sur les relations intersectorielles qui se développent dans d'autres contextes que celui de l'ÉIS. Les membres de la table ronde ont donc fortement invité le CCNPPS à promouvoir le monitoring et l'évaluation de cette approche afin de contribuer aux travaux visant à répondre à ces grandes questions.

2.2 DU PALIER LOCAL AU PALIER CENTRAL ET INVERSEMENT

Le CCNPPS définit les politiques publiques comme étant les décisions prises par des autorités ayant une légitimité gouvernementale, soit les élus et les décideurs au sein de l'administration publique. Ceux-ci œuvrent à plusieurs niveaux, allant du palier international au palier local, où tous prennent des décisions pouvant avoir un impact sur les déterminants de la santé de la

Chaque palier de décision porte ses responsabilités au regard de la santé de la population. Il faut penser à une dynamique de renforcement mutuel.

population. Dans toutes les provinces du Canada, on constate une tendance vers la régionalisation et, ultimement, la municipalisation des responsabilités gouvernementales dans de nombreux secteurs, y compris celui de la santé. Cette tendance et l'intérêt manifesté par les autorités régionales de la santé publique d'agir sur les politiques publiques qui se développent sur ce plan ont conduit le CCNPPS à privilégier le palier local pour

promouvoir l'utilisation de l'ÉIS. Ce choix a été conforté par les participants et plusieurs arguments ont été apportés en sa faveur. D'une part, ce palier permet une plus grande proximité entre les groupes de la population et les milieux de prise de décision, qu'ils soient municipaux ou régionaux. Ainsi, non seulement l'accès aux processus de décision est plus facile, mais les décideurs sont plus à même de constater les conséquences de leurs décisions sur la collectivité. De plus, à ce palier, les responsabilités sectorielles sont moins compartimentées, ce qui facilite la mise en perspective holistique du concept de santé telle qu'elle est souvent vécue par la population. D'ailleurs, si l'on souhaite tabler sur l'implication de la population, la démarche ÉIS conduit presque nécessairement au niveau local où cette participation est plus réalisable. L'expérience des projets PATH, en Nouvelle-Écosse, et d'autres menées dans le cadre du mouvement Villes-Santé, illustre que les collectivités peuvent jouer un rôle dans l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Enfin, il a été soulevé que la majorité des professionnels de la santé publique travaillent à ce palier et, de ce fait, constituent une masse critique importante pour agir potentiellement sur les politiques publiques favorables à la santé. Or, malgré le consensus établi sur l'importance de cette stratégie depuis la Charte d'Ottawa en 1986, il reste encore à mieux articuler cette pratique et à mieux la structurer. L'ÉIS semble avoir un excellent potentiel à cet égard.

Dans un autre ordre d'idée, il a été apporté que ce palier constitue un niveau pertinent pour agir sur les déterminants sociaux de la santé puisque les conditions de vie sont aussi modulées par des facteurs locaux et subissent les répercussions des décisions prises par les échelons supérieurs.

Il a été toutefois rappelé que si les politiques élaborées aux paliers provincial et fédéral sont plus complexes et plus difficiles à changer, elles ont une incidence considérable sur la santé de la population compte tenu de leur effet d'ensemble et du fait qu'elles peuvent générer des leviers ou, au contraire, des barrières aux décisions locales. Il est admis que certains grands problèmes, comme la pauvreté, relèvent en bonne partie de facteurs structureaux qui sont hors de la portée des décideurs locaux. Pourtant, la capacité du niveau local à faire bouger le gouvernement central est réelle. Le cas de la restriction de l'usage du tabac en Ontario et celui de la lutte aux pesticides sur les terrains de golf au Québec sont deux exemples qui ont été mentionnés pour illustrer des initiatives entreprises au niveau local qui ont soutenu et même incité le palier central à agir de façon à généraliser des réglementations adoptées par des municipalités. Il a été suggéré que les organisations provinciales et pancanadiennes de santé publique — telles que les associations de santé publique et les fondations de lutte contre les maladies chroniques — pourraient être des vecteurs de dissémination importants de la pratique ÉIS, compte tenu de leur visibilité au sein des échelons supérieurs des prises de décision gouvernementales.

Les différents paliers peuvent donc s'interpeller et se soutenir en matière de pratiques pour favoriser les politiques publiques favorables à la santé, ce qui nécessite toutefois une implication des acteurs de la santé publique agissant à tous les échelons.

3 THÈME 2 CE QUE NOUS POUVONS APPRENDRE DU PASSE

3.1 INTÉGRER OU NE PAS INTÉGRER L'ÉIS DANS L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR L'ENVIRONNEMENT OU D'AUTRES TYPES D'ÉVALUATION D'IMPACT

L'ÉIE offre un cadre organisé pour tenir compte des effets sur la santé. Mais attention à ses pièges : vision morcelée et tendance au détournement de sa finalité.

Le Canada est reconnu pour avoir bien intégré la pratique de l'évaluation d'impact sur l'environnement (ÉIE) à l'intérieur des processus décisionnels, tant du gouvernement fédéral que de ceux des provinces et des territoires. La plupart des juridictions au Canada ont ainsi adopté des mesures pour intégrer les effets sur la santé

humaine des projets soumis aux évaluations environnementales et beaucoup d'efforts ont été consentis au cours des années 1990 pour appuyer la pratique permettant cette intégration. Sur le plan international, il est souvent noté que la meilleure façon de développer l'ÉIS est de travailler à l'intérieur du champ de l'ÉIE. L'argument central appuyant cette thèse a été rappelé au cours de la rencontre : le champ est bien développé et offre le potentiel d'assurer la qualité des évaluations ainsi que la pérennité de sa pratique. Les observateurs de l'expérience canadienne ont cependant attiré l'attention sur les limites de la pratique de l'ÉIE et la capacité réelle à y intégrer la perspective santé de façon satisfaisante. Ainsi, sur le plan fédéral, en dépit de la large définition donnée au concept santé dans les documents de soutien et la reconnaissance officielle de l'importance de son intégration dans les ÉIE, cette intégration se fait de plus en plus difficilement dans la pratique. Celle-ci repose en effet sur les quelques agents de l'ÉIS qui se trouvent la plupart du temps dans une position de concurrence avec les autres professionnels engagés dans les études environnementales.

La faible légitimité du secteur de la santé dans les ÉIE, due à une définition floue de la santé dans la loi fédérale en évaluation environnementale (*Loi canadienne en évaluation environnementale — LCEE*), et la tendance observée vers une vision de la santé restreinte aux aspects physiques, font dire aux participants que la notoriété du Canada, sur ce plan, serait plus grande à l'extérieur qu'à l'intérieur du pays. Les efforts consentis à ce chapitre au cours des années 1990 ont été le fait de quelques individus qui ont assumé pendant plusieurs années un leadership permettant d'ouvrir la perspective des évaluations d'impacts sur la santé en considérant les répercussions sociales, et en ouvrant une discussion à l'égard de la santé dans une dynamique fédérale-provinciale. Les changements dans les structures gouvernementales et le départ de ces individus auraient conduit à la perte de ce leadership, et aujourd'hui, si l'intégration des dimensions sociales de la santé se rencontre à l'occasion dans les ÉIE, sur le plan fédéral et dans les provinces, ce serait plutôt l'exception que la règle.

De façon plus générale, on rapporte que l'approche par projets, qui caractérise le champ de l'ÉIE, tout en facilitant l'analyse en réduisant la portée de l'étude d'impacts à un territoire précis et à une population bien circonscrite, a le désavantage d'offrir une vision fragmentée de la santé populationnelle. L'application de l'ÉIS aux politiques, en dehors des procédures régies par les mécanismes actuels d'ÉIE, permettrait d'agir plus en amont des projets et des plans d'action, et encouragerait une vision d'ensemble plus cohérente avec l'optique de santé populationnelle.

Un des dangers à la réglementation obligatoire de l'ÉIS serait le piège dans lequel l'ÉIE se retrouve à l'occasion, soit celui où le processus prend le pas sur sa finalité. Plusieurs obstacles sont ainsi mentionnés : se limiter aux projets qui satisfont aux critères normatifs mis en place

pour entreprendre une ÉIE et, par la suite, naviguer dans un cadre d'ÉIE qui ne permet pas de prendre en considération tous les facteurs (entre autres les répercussions humaines). Par ailleurs, la portée de l'évaluation environnementale est parfois diminuée, par exemple, par le fractionnement du projet à l'étude. Ainsi, selon les observateurs de ce champ, avec les années et la consolidation des mécanismes réglementaires qui régissent le déclenchement et l'application des ÉIE, cette pratique tend à s'éloigner de l'idéal de départ, soit la préservation de l'environnement physique, et serait devenue une mécanique technocratique.

D'un autre côté, on a souligné l'évolution qu'a connue le secteur de la santé environnementale. Sa pratique s'est d'abord concentrée sur une approche fondée sur l'évaluation des risques en

*L'ÉIS à l'intérieur de l'ÉIE :
vers une troisième phase
évolutive.*

fonction de normes préétablies puis, avec le temps, elle a intégré, dans certaines provinces, une vision plus large de la santé tout en étant confrontée aux défis méthodologiques que l'approche suppose. Selon un des participants, il faut maintenant que ce secteur puisse cheminer vers une troisième phase évolutive en intégrant les déterminants sociaux et les inégalités de la santé.

Devant ces différents constats, il a été proposé de renforcer la pratique de l'ÉIS à l'intérieur des ÉIE lorsque cela s'applique. Malgré les limites et les difficultés soulevées, le champ de l'évaluation d'impact sur la santé des projets soumis aux ÉIE est bien établi et constitue un réservoir d'expériences de longue date sur lequel peut et doit s'appuyer le développement de l'ÉIS appliquée aux politiques. Il existe cependant dans ce champ un besoin de soutien au développement des capacités méthodologiques pour intégrer les considérations sociales de santé ainsi qu'une nécessité de mieux faire reconnaître la contribution des sciences sociales au sein d'une pratique fondée sur les sciences de la nature. Il faut donc mettre à profit les forces existantes dans ce champ tout en tentant de relever les défis méthodologiques et interdisciplinaires qu'une telle approche suppose.

La question portant sur l'intégration de l'ÉIS dans d'autres formes d'évaluation d'impact ne concerne pas uniquement l'ÉIE. En effet, la pression au regard de la prise en compte d'un ensemble d'autres considérations transversales des politiques publiques, telles le développement durable ou les répercussions sociales et autres, va en s'accroissant. Cet état de fait nécessite une sensibilité à l'égard de la réalité des décideurs sans pour autant sacrifier le biais envers la santé porté par l'ÉIS.

3.2 L'INSTAURATION DE LA PRATIQUE DE L'ÉIS AU REGARD DES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES

Deux expériences caractérisent l'utilisation de l'ÉIS appliquée aux politiques au niveau provincial au Canada : celle de la Colombie-Britannique, qui a duré quelques années, et celle

- *L'importance des champions aux appartenances différentes.*
- *Des objectifs santé à long terme.*
- *Des succès mesurés par petits pas.*

du Québec, qui a instauré cette pratique dans le cadre de la mise en œuvre de sa nouvelle *Loi sur la santé publique* adoptée en 2001. Parmi les facteurs contextuels qui auraient favorisé la première tentative gouvernementale d'instauration de la pratique de l'ÉIS en Colombie-Britannique, en 1993, on retrouve l'établissement d'objectifs de

santé publique qui a permis de procurer une vision élargie de la mission du système de santé ainsi que la présence de promoteurs tant académiques que gouvernementaux qui ont consacré temps et efforts pour encourager et mettre sur pied cette approche. Selon un des observateurs, le départ de ces leaders et les difficultés liées au manque de crédibilité de cette approche qui

en était à ses débuts, ont fait en sorte que celle-ci n'a pas survécu à un changement de gouvernement. L'évaluation d'impact sur la santé appliquée aux interventions complexes que sont les politiques nécessite la prise en compte d'une variété de facteurs qui se déploient selon une chaîne causale complexe et se heurte de ce fait à des difficultés méthodologiques que la pratique d'alors n'avait pas encore eu le temps de résoudre. Pour s'implanter à ce niveau, l'ÉIS a besoin de consolider une capacité nouvelle, laquelle s'appuie sur d'autres outils méthodologiques que ceux employés pour évaluer les projets ou les interventions individuelles de santé.

On a rappelé qu'en 1996 un premier rapport sur l'ÉIS commandé par le ministère de la Santé du Canada en était arrivé à la conclusion que le développement de cette approche dans toutes les provinces serait grandement facilité par l'établissement de politiques de santé dotées d'objectifs populationnels et d'une vision à long terme. En effet, les effets sur la santé des politiques ne peuvent qu'être envisagés sur un long horizon temporel et leur prise en compte suppose une vision large et sociale de la santé. Dans un contexte où il existe des politiques de la santé qui s'inscrivent dans une vision élargie, qui vont au-delà des objectifs à court terme et qui sont axées sur la livraison des services, il est plus aisé de développer un argumentaire en faveur de l'ÉIS.

L'expérience canadienne en matière de santé démontre aussi que les changements de paradigmes prennent du temps à s'opérer. Trente ans après le rapport Lalonde et vingt ans après la Charte d'Ottawa, les systèmes de santé sont toujours centrés sur les soins médicaux. C'est ce qui a fait dire aux observateurs de la scène canadienne présents à la rencontre qu'il faut envisager l'introduction d'une telle pratique avec patience et détermination, le danger étant d'abandonner devant les difficultés et de passer à une autre application, faisant de l'ÉIS une mode passagère. Les succès doivent donc se mesurer par les petits pas franchis. Une façon qui a été suggérée est de s'inspirer des modèles théoriques du changement de comportement, et de mesurer les succès par les modifications dans les intentions et les attitudes des acteurs de santé publique et des décideurs en dehors du secteur de la santé à qui cette approche est proposée, afin de suivre de façon plus fine le degré d'appropriation de cette nouvelle façon de concevoir leur rôle et leur responsabilité à l'égard de la santé populationnelle.

4 THÈME 3 CE QUE NOUS POUVONS APPRENDRE DES INITIATIVES COURANTES

Trois initiatives utilisant le cadre de référence de l'ÉIS pour influencer sur les politiques publiques au palier local ont été repérées jusqu'à ce jour par le CCNPPS². Leur présentation, au cours de la rencontre, a permis de rendre compte de la flexibilité de l'approche ÉIS en faisant émerger trois modèles d'application différents : le modèle communautaire, avec le PATH project de la Nouvelle-Écosse, où des collectivités de l'est de cette province ont élaboré leur propre guide (p. ex. *Community Health Impact Assessment Tool — CHIAT*); le modèle fondé sur la contribution des experts en santé publique, où l'ÉIS est vue comme un outil pour actualiser leur

- Une base commune, trois modèles différents.
- La pratique de l'ÉIS met en lumière plusieurs des composantes de l'action sur les politiques publiques saines.

mandat au regard de la protection de la santé et de l'information à la population (ville de Toronto, en Ontario); et le modèle de collaboration intersectorielle de la Montérégie (au Québec), où l'approche ÉIS est utilisée dans le cadre d'actions intersectorielles entre le secteur de la santé et le secteur municipal, en soutien au processus de décision. Les

échanges entourant la présentation de ces initiatives ont permis de discuter de diverses dimensions liées à ces modèles de pratique mettant au jour des forces et différents enjeux.

4.1 PATH PROJECT : UNE ILLUSTRATION DU MODÈLE FONDÉ SUR LE DÉVELOPPEMENT DES COLLECTIVITÉS

Ainsi, le modèle reposant sur la prise en charge par la collectivité, tel qu'il est décrit par les représentantes du PATH Project, s'avère une approche puissante d'*empowerment* des collectivités prenant leur force dans le processus même du développement d'un guide d'ÉIS. L'approche préconisée donne autant d'importance au processus de développement d'un outil (guide d'évaluation d'impact sur la santé des collectivités) qu'à l'utilisation de l'outil lui-même. Le processus pour aboutir à un guide nécessite une réflexion collective sur les facteurs communautaires qui créent la santé ainsi que le développement d'une vision commune des objectifs de santé à long terme. Cette approche procure aux collectivités une compréhension améliorée des enjeux de santé et elles sont de ce fait mieux outillées pour forcer un meilleur alignement entre les décisions et ces grands objectifs de santé communautaire. Le principal défi associé à ce modèle est celui de la pérennité de cette approche qui repose, d'une part, sur le volontariat et, d'autre part, sur les groupes communautaires au financement souvent précaire. Ce modèle correspond au courant préconisé par une partie de la documentation internationale qui met en garde contre la professionnalisation et la spécialisation à outrance de l'ÉIS.

4.2 TORONTO : UNE ILLUSTRATION DU MODÈLE FONDÉ SUR L'EXPERTISE DE SANTÉ PUBLIQUE

Le modèle reposant sur l'expertise de santé publique intégré aux instances municipales, comme c'est le cas dans la province de l'Ontario, assure une plateforme scientifique continue et la possibilité d'intégrer la préoccupation santé de façon routinière et, éventuellement, obligatoire dans les processus de décisions municipales. Elle vise à fournir des informations solides sur les

² Le résumé de ces présentations est exposé en annexe.

différents projets et les politiques variées qui sont proposés par les autorités municipales afin que le directeur de santé publique puisse remplir son mandat d'information à la population lorsque celle-ci s'inquiète des retombées possibles sur sa santé. Ce modèle est toutefois exigeant, car les attentes envers la production des données probantes sont élevées alors que celles-ci ne sont pas toujours disponibles. Ce modèle s'appuie sur la qualité des données scientifiques obtenues et nécessite donc que les ÉIS soient prises en charge de façon significative par le secteur de la santé publique. Les défis sont d'ordre méthodologique — liés, entre autres, à l'accessibilité aux données pertinentes —, mais aussi d'ordre organisationnel et politique lorsque les avis de santé publique viennent contrecarrer les projets issus de l'organisation qui les emploie. Enfin, ce modèle exige une capacité technique et des ressources suffisantes pour trier et établir les propositions qui nécessitent une ÉIS parmi l'ensemble des projets ou des politiques en développement, comme c'est le cas dans une municipalité aussi importante que celle de Toronto.

4.3 MONTÉRÉGIE : UNE ILLUSTRATION DU MODÈLE FONDÉ SUR LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE ET LE SOUTIEN AU PROCESSUS DE DÉCISION

Enfin, le modèle fondé sur la collaboration intersectorielle et le soutien au processus de décision, comme celui de la Montérégie, au Québec, offre un potentiel d'influence important puisqu'il est centré sur l'accompagnement au processus de développement de la politique ou du projet. Cette grande proximité avec les décideurs permet à la fois de bien saisir les différentes dimensions de la prise de décision et de fournir un niveau d'information de santé publique approprié au contexte et à la nature du projet ainsi qu'au moment opportun, maximisant ainsi le potentiel d'influence. Ce modèle doit cependant composer avec les tensions possibles entre le soutien au processus de décision et le jugement scientifique. Puisqu'il s'appuie sur les relations intersectorielles existantes — et à consolider — entre le secteur municipal et le secteur de la santé, il présente deux enjeux particuliers. D'une part, ce modèle est tributaire de la bonne volonté des décideurs municipaux d'intégrer une telle démarche, portée par une croyance d'une valeur ajoutée au processus de décision. D'autre part, une situation de projet controversé pourrait avoir des retombées négatives sur les relations intersectorielles que les acteurs de santé publique cherchent à consolider et, de ce fait, toucherait d'autres projets menés en partenariat entre ces deux secteurs.

La présentation de ces trois types de modèles d'ÉIS a mis en lumière de façon manifeste la flexibilité de cette approche tout en permettant de souligner différentes forces et limites de chacun de ceux-ci.

5 THÈME 4 LE RÔLE D'UNE ORGANISATION COMME LE CCNPPS POUR SOUTENIR LA PRATIQUE DE L'ÉIS AU CANADA

Entretenir le climat et développer les capacités et les connaissances.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé entend promouvoir et soutenir l'ÉIS auprès des acteurs de santé publique qui veulent agir sur les politiques publiques pour qu'elles soient

favorables à la santé. Ses principaux mandats sont la synthèse et l'échange de connaissances utiles au renforcement des compétences de santé publique ainsi que le soutien au réseautage entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs. En tant que première et unique organisation de santé publique entièrement vouée à ce thème au Canada, il était capital de connaître les points de vue des membres de la table ronde au regard du rôle que pourrait jouer le CCNPPS en matière d'ÉIS. Les suggestions émises à cet égard peuvent être classées en quatre grandes catégories : le développement des connaissances issues de la pratique; le soutien au développement des compétences; l'accès à des informations scientifiques; la création d'un climat général favorisant le déploiement de cette pratique.

5.1 LE DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES

Les besoins de connaissances varient selon le type de pratique de l'ÉIS. Nous avons vu que dans le cadre de l'ÉIE, les besoins sont surtout liés aux approches méthodologiques permettant d'apprécier les effets des projets de développement sur les aspects sociaux de la santé. Pour les autres types d'ÉIS au palier local, les besoins exprimés concernent davantage l'ensemble de la démarche ÉIS et son lien avec le processus de prise de décision des politiques. Les besoins de connaissances mentionnés sont relatifs aux outils de dépistage des politiques ou des projets, à la participation citoyenne, à la lecture des contextes de développement des politiques, aux bonnes pratiques dans le cadre de la dynamique partenariale et intersectorielle ainsi qu'aux pistes pour composer avec les conflits de valeurs qui sont inévitables dans ce processus.

Pour ce faire, trois voies sont suggérées. La première est celle de la synthèse des connaissances portant sur les meilleures pratiques à partir de ce qui se fait au niveau international d'abord, où cette pratique est plus courante, et sur le plan canadien ensuite, au fur

- *Synthèses contextualisées.*
- *Projets de démonstration.*
- *Croisement des pratiques.*

et à mesure que cette pratique sera connue et répandue. Il est apparu nécessaire de mettre en contexte canadien les concepts et les pratiques conçus en Europe et aux États-Unis. En effet, au-delà du discours commun sur l'ÉIS, qui permet au champ de développer son identité propre et auquel la pratique canadienne peut se rattacher, il existe des réalités culturelles, historiques et organisationnelles

dont il importe de tenir compte, ne serait-ce que pour éviter les confusions conceptuelles et les ambiguïtés concernant cette pratique que l'on trouve encore dans ce domaine.

La deuxième voie suggérée est celle du soutien à des projets pilotes canadiens ainsi qu'à des études évaluatives formelles. Cette voie permettrait de documenter des expériences courantes et d'apprendre de celles-ci, à la fois pour trouver des pistes pour résoudre les défis liés à cette pratique et pour faire émerger ce qui peut rendre l'ÉIS attrayante pour les décideurs. Des cas illustrant la valeur ajoutée de l'ÉIS, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'ÉIE, pourraient servir de référents pour faire reconnaître l'intérêt de cette pratique.

Finalement, la troisième voie concerne le partage des connaissances par le biais du croisement des pratiques, en favorisant, entre autres, les échanges entre les projets et en diffusant ces expériences au plus grand nombre possible.

5.2 LE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Si l'intégration de l'ÉIS dans le curriculum des formations de base des professionnels de santé publique — dans les écoles ou les programmes de santé publique par exemple — a été soulevée comme une façon de sensibiliser et d'outiller le secteur de la santé à agir sur les politiques, il a été fortement suggéré, par ailleurs, d'éviter d'en faire une chasse gardée de ce secteur. Il est entendu que le travail évaluatif en tant que tel n'est qu'une partie de la démarche

Éviter que l'ÉIS devienne une chasse gardée de la santé publique.

de l'ÉIS. Selon le modèle adopté, ce travail peut même à l'occasion être effectué par des gens qui ne sont pas des experts en santé publique. En effet, lorsque l'objectif est celui de la sensibilisation aux

déterminants larges de la santé, des intervenants qui ne sont pas du domaine de la santé publique peuvent conduire des ÉIS, comme le PATH Project l'a démontré. Les tenants de la pratique de l'ÉIS qui l'abordent sous cet angle considèrent que confier l'ÉIS uniquement aux experts en santé publique réduirait de beaucoup la capacité à étendre cette pratique et diminuerait du même coup sa portée comme outil de changement. De plus, les compétences nécessaires pour comprendre et agir sur le contexte de développement des politiques sont nombreuses et diffuses. On a suggéré, au cours de la table ronde, que la meilleure façon de les acquérir est par la pratique. Les expériences européennes en matière de formation mettent en garde contre la fausse assurance conférée par la participation à des cours magistraux et appellent à la prudence devant la tendance à trop formaliser la formation en ÉIS par un processus d'accréditation. Les cours de formation permettent de fournir une base de connaissances, mais la compétence véritable se développe par la pratique compte tenu du caractère complexe et contextuel entourant le processus de développement des politiques.

En considérant la quantité d'outils et de ressources qui ont été développés ces dernières années dans plusieurs pays, et qui s'adressent à des contextes différents et des clientèles variées, il a été proposé au CCNPPS, plutôt que d'en développer de nouveau, d'en faire le repérage et de mettre en valeur leur contribution respective au profit des praticiens d'ici. L'établissement d'une taxinomie des différents guides et des différentes pratiques selon les contextes et les réalités, en tablant sur les expériences diverses, serait plus en mesure de répondre aux besoins de la pratique à l'étape actuelle du développement de ce champ.

5.3 L'ACCÈS À DES INFORMATIONS ET À DES DONNÉES SCIENTIFIQUES

L'acquisition de données scientifiques pertinentes représente souvent un défi important pour la conduite des évaluations prospectives et le CCNPPS est invité à faciliter leur accès. Néanmoins, il est reconnu qu'il est difficile pour une seule organisation de maintenir à jour le large spectre des types d'informations nécessaires à des démarches scientifiques d'ÉIS rigoureuses. En effet, ces informations font autant référence aux données liant les déterminants à l'état de santé qu'à celles qui lient les projets de politiques aux déterminants de la santé. L'accès aux répertoires disponibles et, à tout le moins, aux rapports des ÉIS effectuées au Canada et ailleurs dans le monde, permettrait de répondre en partie à ce besoin.

5.4 CRÉER LE CLIMAT

L'instauration de la pratique de l'ÉIS dans tout le Canada représente un défi non négligeable. À côté des enjeux méthodologiques liés aux évaluations prospectives et de ceux relatifs aux besoins de connaissances et de compétences des acteurs de santé publique, figurent très certainement ceux liés à la dynamique intersectorielle à l'intérieur de laquelle s'inscrit nécessairement l'ÉIS. L'action en faveur des politiques publiques favorables à la santé et celle de l'ÉIS supposent une incursion dans les sphères de responsabilités qui ne sont pas celles de la santé. Non seulement est-il nécessaire que les acteurs de santé publique soient informés et sensibilisés à cette approche si l'on souhaite l'étendre et en faire un maillon fort des actions sur les politiques publiques favorables à la santé, mais il faut aussi que les autres secteurs de la décision publique soient informés de ce que la santé publique peut leur apporter. Le CCNPPS est ainsi invité à établir des liens avec ces autres secteurs et à agir comme ambassadeur de la santé publique. La Fédération canadienne des municipalités a été citée comme un type d'organisation où un tel message permettrait d'ouvrir la voie aux relations intersectorielles. La circulation des idées est une bonne façon de favoriser l'innovation. Le CCNPPS occupe une place privilégiée pour une telle méthode et pour contribuer à créer un climat et un terrain propice au déploiement de cette pratique sur le plan canadien. Il est aussi invité à participer aux discussions internationales susceptibles de stimuler les réseaux canadiens intéressés.

6 QUELQUES IDÉES MARQUANTES

La qualité des échanges et le choc des idées provoqué par la présence de personnes de provenances diverses au cours de la table ronde ont fait émerger plusieurs thèmes de réflexion qui nous ont semblé intéressants à faire ressortir pour leur accorder une place particulière dans la suite des travaux du CCNPPS. Nous en avons retenu cinq.

6.1 L'IMPORTANCE DE DÉFINIR LE CONCEPT ET DE CLARIFIER SA PORTÉE PAR RAPPORT À D'AUTRES PRATIQUES

Il est admis que, en dehors de l'ÉIE, l'ÉIS est un champ encore jeune et, de ce fait, souffre toujours d'une certaine confusion conceptuelle. Nous avons vu que l'ÉIS peut se concevoir différemment selon les pays et que la notion d'influence inhérente à cette pratique est parfois associée à celle de l'*advocacy*. En effet, il est établi que deux conditions sont nécessaires pour obtenir des politiques publiques favorables à la santé : la production d'information de santé publique et l'influence du processus de développement d'une politique. Sans son pôle d'influence, l'ÉIS ne joue pas son rôle qui sert à favoriser l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Cependant, elle n'est pas la seule pratique de santé publique pouvant contribuer à ces deux conditions. La recherche, par exemple, permet de produire les données probantes alors que l'*advocacy* est une stratégie qui vise à utiliser ces données pour promouvoir une option particulière, parfois dans une dynamique de confrontation. La particularité de l'ÉIS se trouve dans le soutien au processus de décision qui, lui, doit prendre en compte plusieurs solutions de rechange, chacune avec ses avantages et ses inconvénients, ainsi qu'un ensemble de considérations dont la santé est un élément parmi d'autres. Il a donc été avancé que l'ÉIS ne se réduit pas qu'à sa portion de recherche et n'est pas non plus de l'*advocacy*, mais constitue plutôt quelque chose entre les deux. Le fait d'utiliser cette démarche avec les décideurs permet d'ouvrir des perspectives et de favoriser le dialogue, ce qui constitue en soi une certaine forme d'influence qui reste à conceptualiser.

C'est à la lumière de ces réflexions que le CCNPPS a été invité à participer activement aux discussions qui permettraient de dissiper les confusions conceptuelles résiduelles au moment de faire la promotion de l'ÉIS.

6.2 LE RÔLE HYBRIDE DES ACTEURS DE SANTÉ PUBLIQUE ENGAGÉS DANS L'ÉIS

En parallèle au premier thème, celui traitant du rôle des acteurs de santé publique dans le cadre de la démarche ÉIS a occupé une partie des échanges de la table ronde. La démarche ÉIS semble porter la possibilité d'un conflit de rôles entre celui de la recherche et celui du soutien au processus de décision et d'influence. Il s'est avéré que ce conflit potentiel semble se moduler différemment selon le palier de décision (central ou local) et selon l'appartenance des personnes qui mènent les ÉIS (institution gouvernementale ou groupe communautaire). Au palier central, c'est-à-dire dans le cadre des politiques gouvernementales, là où l'envergure des projets complexifie les analyses d'impact, le rôle d'expert et celui de soutien et d'influence peuvent être joués par des personnes différentes. Cette situation existe par exemple dans le modèle gouvernemental québécois, où les experts en santé publique présents au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) fournissent les informations scientifiques, alors que ces informations sont mises en contexte et adaptées à la politique visée par des agents du ministère de la santé impliqués dans les relations interministérielles.

Il appert qu'au palier local, il est plus difficile de séparer les deux rôles compte tenu de la rareté des ressources affectées à cette pratique et de la proximité avec les lieux de décision. Dans le cadre d'un projet de politique controversé, il est possible, par exemple, qu'une même organisation de santé publique soutienne d'un côté un groupe de citoyens dans ses revendications et, de l'autre côté, désavoue les données utilisées par ce groupe si celles-ci ne sont pas considérées valables.

Par ailleurs, la prise de position à l'encontre d'un projet pour lequel des effets négatifs sur la santé ou ses déterminants ont été établis peut être difficile à tenir pour des intervenants qui sont employés du gouvernement, ce qui est souvent le cas pour les acteurs de santé publique, peu importe le palier. En effet, il peut être inconfortable, voire impossible pour ces acteurs de maintenir une position ferme à l'encontre d'un projet de politique mis de l'avant par une instance gouvernementale supérieure. La question centrale qui se pose alors pour ceux-ci est de trouver une façon de se conformer aux rôles attendus de leur fonction tout en maintenant la responsabilité envers la société et la santé de la population. Il faut donc choisir les bons porteurs du message. Ceux-ci peuvent se trouver du côté des organisations et des groupes de la société civile. À cet égard, il a été mentionné que les ONG sont souvent les mieux placées pour s'aventurer sur les terrains controversés.

Ces réflexions amènent le CCNPPS à devoir se pencher sur les différents rôles que peuvent jouer les acteurs de santé publique au regard des politiques publiques en tenant compte des réalités diverses, de la nature des politiques à influencer et des partenaires en dehors du milieu de la santé et des institutions gouvernementales.

6.3 RECONNAÎTRE LA DIVERSITÉ DES PRATIQUES DE L'ÉIS : LA MÉTAPHORE DU COUTEAU SUISSE

Une des caractéristiques de la démarche de l'ÉIS est sa flexibilité, lui permettant d'adopter différentes formes, comme nous l'avons vu dans la description d'initiatives menées actuellement au Canada. Elle peut être conçue pour mettre l'accent sur la qualité des données scientifiques, comme c'est le cas pour l'équipe de santé publique de la ville de Toronto, par exemple, ou plutôt comme un processus d'accompagnement du processus de décision et de vulgarisation sur les déterminants de la santé. Dans ce deuxième cas de figure, les ÉIS ne font généralement pas l'objet de longues et de profondes études.

Cette diversité a aussi été associée aux différentes fonctions de la santé publique. Dans une perspective de protection de la santé et de prévention des effets délétères possibles, elle s'inscrit dans une dynamique d'approbation. Elle se rapproche alors du mode en vigueur dans les ÉIE. Dans une perspective de promotion de la santé où les retombées positives sur la santé sont autant recherchées que les répercussions potentiellement négatives, l'ÉIS est axée sur la sensibilisation des décideurs aux déterminants non médicaux de la santé. Le choix du type d'ÉIS est fonction d'un ensemble de facteurs, souvent en lien avec le contexte particulier des praticiens.

La diversité canadienne conduit à devoir considérer cette démarche comme étant souple et devant s'adapter aux différentes capacités d'influence. Aussi, la métaphore du couteau suisse est apparue comme étant utile pour illustrer cette nécessaire flexibilité.

Le défi est maintenant de préserver cette diversité des pratiques qui permet à l'ÉIS de s'adapter aux différents contextes, sans toutefois étirer le concept au point où il perdrait sa spécificité

propre, ce qui aurait comme conséquence de maintenir la confusion et de réduire les capacités de participer aux discussions internationales.

6.4 ÉTABLIR UN NOUVEAU LIEU DE DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES : ENTRE LE SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES AUTRES SECTEURS DE PRISES DE DÉCISIONS GOUVERNEMENTALES

Parmi les idées fortes générées par les échanges de la table ronde, on retrouve la perspective d'envisager la pratique de l'ÉIS dans un nouveau territoire, entre celui couvert par le secteur de la santé publique et ceux couverts par les autres secteurs où se prennent des décisions de nature publique. Dans le cadre des discussions portant sur la propriété de la démarche ÉIS et du danger d'en faire une chasse gardée de la santé publique a germé l'idée de mettre en place de la formation dans ce nouvel espace. Cette idée confirme que l'ÉIS se trouve à la convergence des responsabilités sociétales envers la santé de la population. Ainsi, le secteur de la santé publique apporte des informations utiles à la prise de décisions alors que les autres secteurs apportent la connaissance de leur propre secteur ainsi que celle qui est liée à la réalité du processus de décision. Dans cette dynamique intersectorielle, les acteurs de santé publique doivent partager leurs connaissances et par conséquent leur pouvoir avec d'autres secteurs qui, eux, acceptent de laisser un peu de leurs prérogatives liées au processus de décision. La pratique de l'ÉIS suppose donc un positionnement différent des acteurs de santé publique par rapport à leur rôle traditionnel.

6.5 LA TRÈS GRANDE DIVERSITÉ ENTRE LES PROVINCES CANADIENNES

Enfin, plus spécifiquement liée à réalité canadienne, la préoccupation à l'égard de la grande variété entre les provinces et les territoires canadiens a été rappelée à plusieurs reprises. Les différences font autant référence aux structures du secteur de la santé publique et à leur rôle qu'aux mécanismes de prise de décision gouvernementale et au nombre et à la place qu'occupent les organismes communautaires qui peuvent jouer un rôle dans l'établissement des politiques. Les stratégies d'influence sur les politiques publiques favorables à la santé, et par le fait même la mise en œuvre et l'actualisation d'une pratique comme celle de l'ÉIS, devront absolument se moduler à ces différentes réalités. En Ontario, par exemple, les structures de santé publique sont intégrées dans les structures municipales, ce qui leur donne un passage direct vers les mécanismes de prise de décisions municipales. Au Québec, le secteur de la santé publique est bien développé, structuré en trois paliers et jouit de plusieurs années d'expérience en matière d'influence des politiques publiques, et ce, dans plusieurs secteurs.

Il existe donc un défi pour un centre comme celui du CNPPS de devoir s'adapter à cette diversité et répondre aux besoins variés. Un modèle unique mur à mur est impensable.

7 CONCLUSION

L'évaluation d'impact sur la santé comme approche pour agir sur les politiques publiques favorables à la santé semble donc constituer un créneau de grande importance et pertinent pour le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. À l'instar des cinq autres centres qui font partie du réseau des Centres de collaboration nationale en santé publique financé par l'Agence de santé publique du Canada, sa mission est de contribuer au renforcement des capacités des acteurs de santé publique par la synthèse et l'utilisation des connaissances. Le travail sur les politiques publiques, pour qu'elles soient favorables à la santé, est multiforme et peut s'envisager de différentes façons. La démarche de l'ÉIS est apparue comme étant une stratégie prometteuse puisque, d'une part, elle permet de combiner les deux dimensions fondamentales de ce travail que sont l'obtention des données probantes et l'influence du processus de décision. D'autre part, elle bénéficie d'un développement actif sur le plan international susceptible de nourrir la pratique canadienne. De plus, elle offre le potentiel de répondre aux besoins exprimés par divers groupes rencontrés au cours des tournées de consultation tenues par le CCCNPPS dans le Canada au moment d'établir ses orientations. En effet, la demande au regard d'outils et de façons de faire permettant de rendre la stratégie des politiques publiques favorables à santé promue dans la Charte d'Ottawa concrète et opérationnelle a été manifeste.

Le champ de l'ÉIS appliquée aux politiques se développe de façon intéressante depuis une quinzaine d'années en Europe, et sa popularité gagne du terrain puisque plusieurs pays à l'extérieur de ce continent s'y intéressent aussi, ce qui se solde par un foisonnement de documentation scientifique et grise sur ce sujet. La synthèse de connaissances produite en préparation de la rencontre de la table ronde³ a fait ressortir les forces et aussi les défis liés à cette pratique. Il devenait important de mettre ce développement des connaissances au diapason de la réalité canadienne.

En effet, le Canada a eu des contributions importantes sur le plan international dans le développement des innovations et des idées en promotion de la santé, en santé des populations et en ÉIE. Au regard de l'ÉIS, la province de la Colombie-Britannique a été un précurseur au chapitre des politiques gouvernementales en 1993, et le Québec s'est servi de cette expérience pour institutionnaliser la pratique de l'ÉIS par le biais de l'article 54 de sa *Loi sur la santé publique*. Ainsi, la table ronde sur l'ÉIS a permis de revisiter cette pratique, qui a connu une certaine évolution depuis les premiers travaux demandés par Santé Canada en 1996. Au cours des douze ans qui séparent les deux événements, il y a eu des reculs et des balbutiements, mais aussi des avancées que l'on peut attribuer en partie aux pratiques de l'ÉIE, à la force de l'idée de la santé populationnelle, à l'existence d'un réseau académique et de recherche qui s'intéresse aux déterminants de la santé, aux nouvelles infrastructures de santé publique, à la force de certaines communautés locales et à l'intérêt toujours présent en faveur de l'ÉIS.

La table ronde a été l'occasion de marquer un temps d'arrêt pour examiner cette évolution. D'abord, on peut affirmer que les discussions ont confirmé la constance de l'enjeu amplement discuté dans le champ de l'ÉIS qui est celui des difficultés méthodologiques liées à l'évaluation prospective des projets de politiques. D'autres enjeux ont aussi été soulevés. Celui de la confusion conceptuelle persistante a été pointé comme pouvant nuire à la bonne compréhension de cette pratique et au développement de ce champ. Le Centre devra

³ Accessible sur le site Internet du CCNPPS au www.ccnpps.ca.

certainement se pencher sur cette difficulté et contribuer aux réflexions qui ont cours pour clarifier les concepts portant sur les pratiques favorisant l'adoption des politiques publiques favorables à la santé. Cet enjeu conceptuel est aussi lié aux différences historiques, culturelles et organisationnelles qui caractérisent les continents et les pays. En guise d'illustration, nous pouvons mentionner la différence au chapitre des partenariats entre le secteur de la santé publique et les autres secteurs, qui sont variables selon les contextes et les pays et qui colorent très certainement la façon de concevoir la pratique de l'ÉIS.

Ensuite, nous retenons que la pratique de l'ÉIS suppose un changement de culture tant au sein de la santé publique que dans la gouverne de l'administration publique. La reconnaissance des déterminants socio-économiques de la santé (les « déterminants des déterminants »), la nécessité d'une vision à long terme et la gouvernance horizontale sont toutes des conditions qui favorisent le déploiement de l'ÉIS. Elles supposent cependant des changements sur une longue période. L'implantation de l'ÉIS en dehors des ÉIE peut être liée à une innovation et, comme pour l'introduction de toute innovation, cet élément prend du temps et nécessite un soutien particulier : il faut être persistant. Le CCNPPS comme organisation pancanadienne peut sûrement jouer un rôle facilitant en créant un climat propice à cet effet.

L'émergence d'une nouvelle façon de faire nécessite aussi de faire circuler les idées et de créer les liens entre les communautés de pratique pertinentes partout au Canada et au-delà. La suggestion faite au cours de la table ronde qui était de mesurer le succès de la pratique de l'ÉIS non seulement par la capacité de la démarche à influencer le processus, mais aussi par le niveau d'acceptation de la démarche par les décideurs, est très certainement une idée originale à explorer par le CCNPPS et ses partenaires. Cette nouvelle pratique passe aussi inévitablement par le développement des connaissances et des compétences des acteurs de santé publique. Celles-ci dépassent les connaissances sur la procédure ainsi que la capacité à utiliser des modèles d'analyse appropriés pour aussi s'attarder aux différentes dimensions associées à l'influence des politiques. Ces dimensions font référence, entre autres, au processus de développement des politiques, à la participation citoyenne et aux différents rôles des acteurs de santé publique parmi les autres acteurs impliqués dans l'univers de la décision. De plus, l'importance de considérer l'ÉIS dans sa dynamique intersectorielle est un autre message clé à retenir.

Pour la plupart de ces objets de connaissance, l'information existe, que ce soit à l'intérieur du champ de l'ÉIS ou de ceux de la promotion de la santé, de la santé des populations, de l'épidémiologie, de l'analyse de politiques, ou encore du développement des communautés. La synthèse de ces connaissances dans une perspective de mise à profit pour la pratique ÉIS est au cœur de la mission du CCNPPS. Certaines informations requièrent cependant le recours à des capacités de recherche, notamment en ce qui concerne l'évaluation de l'efficacité de l'ÉIS et des effets pervers possibles de cette approche. En plus du soutien aux projets de recherche académique, il a été recommandé au CCNPPS de poursuivre ses efforts pour documenter les cas existants en privilégiant une approche en profondeur. Il a été en effet suggéré de s'attarder à quelques initiatives porteuses de leçons, tablant sur le fait que la diffusion des résultats au moyen des réseaux multiples auxquels le CCNPPS peut s'adresser, permettra à ceux-ci de se répandre rapidement au profit d'un plus grand nombre.

Enfin, il est crucial de se rappeler que cette rencontre a été une discussion entre acteurs de santé publique. Compte tenu de la nature intrinsèquement intersectorielle de l'ÉIS, comme nous l'a rappelé à maintes reprises la teneur des échanges à partir des cas actuels, il faudra envisager que les prochains pas à l'intérieur de la stratégie de discussion nationale sur l'ÉIS se fassent en compagnie d'acteurs qui œuvrent en dehors du secteur de la santé.

ANNEXE 1

INITIATIVES CANADIENNES D'ÉIS AU PALIER LOCAL

PATH Projects

Présenté par Colleen Cameron

Les projets PATH 1 et PATH 2 et le développement d'un outil ÉIS par les communautés ont pris leur origine dans un contexte de réforme des services de santé en Nouvelle-Écosse, au milieu des années 1990. Cette réforme devait s'appuyer entre autres sur les besoins exprimés par les collectivités. Le but du premier projet (PATH 1), en 1995, a donc été de fournir à quelques collectivités de la région sanitaire de l'est de la province les moyens et les capacités de participer activement aux réflexions entourant l'organisation décentralisée des services de santé. Le projet, financé par Santé Canada, s'est appuyé sur une approche andragogique et de développement des collectivités qui a permis aux milieux de déterminer les principaux facteurs affectant leur santé et leur bien-être. Ces démarches ont donné lieu à la création d'un outil intitulé *Community Health Impact Assessment Tool (CHIAT)*, à être utilisé pour différents projets et décisions gouvernementales ou organisationnelles. Il a aussi donné lieu à la création d'un réseau, le PATH Network. Un deuxième projet (PATH 2), encore une fois financé par Santé Canada, en 2000, a permis de répéter la même démarche d'appropriation, cette fois avec le conseil de santé communautaire de la ville et du comté d'Antigonish.

Le processus de développement de guides, qui vise le renforcement des capacités des individus et des collectivités ainsi qu'une meilleure appropriation de leur santé, constitue le cœur de l'expérience. Il comprend six étapes. La première vise à établir collectivement les besoins d'une communauté pour maintenir celle-ci en santé. Cette étape se déroule en utilisant une approche de dialogue structuré, fondée sur les histoires vécues par les personnes et les collectivités (*story learning*). La deuxième étape consiste à développer une vision prospective de la collectivité en santé, la troisième à identifier les facteurs qui contribuent à cette vision afin de pouvoir, à la quatrième étape, de développer un outil, puis le tester (étape 5) et en faire un plan d'utilisation (étape 6).

Les outils développés ont été utilisés à quelques reprises, notamment pour contrer des décisions portant sur la fermeture de services.

Trois grands constats ont été dégagés au regard de ces expériences. Le premier concerne le fait que le développement des capacités et des connaissances au chapitre des individus et des groupes n'est pas suffisant pour que les changements surviennent. Il faut que les systèmes qui les chapeautent s'engagent dans les mêmes processus de sensibilisation aux déterminants de la santé et dans l'établissement d'une vision large et long terme de la santé. Le deuxième constat fait référence au temps et aux ressources nécessaires dans les processus de développement des collectivités : ce n'est pas parce que les actions se déroulent très près du terrain qu'elles ne nécessitent pas aussi des ressources. Enfin, le troisième constat est que pour être mises à profit, ces capacités nouvelles et ces outils doivent bénéficier d'un contexte où la participation citoyenne aux décisions soit encouragée.

Les prochaines étapes seront de réfléchir sur la façon dont ces développements peuvent être utilisés et maximisés pour influencer sur les politiques publiques.

Projet pilote en Montérégie

Présenté par Jean-Pierre Landriault

La Direction de santé publique (DSP) de la Montérégie (1,4 million d'habitants), située au sud de Montréal, mène un projet pilote ÉIS en collaboration avec un des onze Centres locaux de santé et de services sociaux (CSSS) de son territoire et des partenaires municipaux et de ce CSSS. Le projet vise à vérifier l'intérêt envers la pratique de l'ÉIS chez les décideurs du milieu municipal ainsi que les conditions et les effets organisationnels liés à l'introduction de cette nouvelle pratique, tant pour le secteur municipal que pour celui de la santé publique. Ce projet s'inscrit en soutien aux nouvelles responsabilités envers la santé populationnelle dévolues aux CSSS au cours de la récente réforme québécoise de l'organisation des services. Les CSSS doivent, en plus des services cliniques et individuels de santé et de services sociaux, agir sur les déterminants sociaux de la santé avec leurs partenaires. L'introduction de la pratique ÉIS est apparue comme une approche potentiellement appropriée à ce contexte.

Trois projets proposés par des acteurs municipaux font l'objet, depuis septembre 2007, d'une ÉIS : une politique sur les aînés pour une municipalité de 60 000 habitants; un projet de développement d'une coopérative dans un but de revitalisation d'un petit village (1 100 habitants), et un projet d'implantation d'une petite usine de compostage des déchets domestiques pour une municipalité régionale de comté (9 municipalités). Une personne-ressource est affectée à temps plein, pour un an, pour accompagner les municipalités impliquées et le personnel du CSSS et de la DSP. Dans le cadre de ce projet pilote, la démarche classique ÉIS en cinq étapes est appliquée par les acteurs de santé publique en collaboration avec les acteurs municipaux, dans l'espoir que ceux-ci puissent éventuellement se l'approprier.

En février 2008, les trois projets municipaux en étaient à des étapes différentes de la démarche d'ÉIS. Ce projet pilote bénéficie de l'expertise du CCNPPS, de l'INSPQ et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), qui soutiennent la démarche d'ÉIS au sein du gouvernement provincial. Il doit se terminer en septembre 2008, moment où la DSP et le CSSS devront décider s'ils élargissent le déploiement de cette approche dans la région et, le cas échéant, de quelle manière.

À ce stade du projet pilote, trois grandes questions émergent. La première a trait aux répercussions de cette démarche sur la décision municipale compte tenu du modèle qui s'appuie sur la collaboration et qui situe les acteurs de santé publique dans le processus de décision municipale. La deuxième question renvoie aux capacités, aux ressources et aux rôles des organisations régionales et locales de santé publique à soutenir plus largement les municipalités à mener des ÉIS. Enfin, la troisième question concerne les répercussions politiques ou interorganisationnelles en cas de rapport négatif à la suite d'une évaluation d'impacts d'un projet ou d'une politique sur la santé.

L'ÉIS à la ville de Toronto

Présentée par Ronald Macfarlane

La Direction de santé publique de la Ville de Toronto pratique depuis longtemps des analyses d'impact sur la santé des projets municipaux, mais de façon *ad hoc*. Au cours des dernières années, une volonté exprimée par le Conseil de santé de Toronto et par le directeur de la santé publique a poussé l'équipe de santé publique à envisager cette pratique de façon plus systématique et organisée, afin de mieux répondre à son mandat de soutien à l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. De plus, cette pratique devient nécessaire devant les demandes croissantes de la part de groupes de la population torontoise pour obtenir des avis du directeur de santé publique sur différents sujets. La mise en œuvre plus systématique de l'ÉIS permettrait d'établir un corpus de connaissances et d'informations de qualité pour être en mesure de répondre adéquatement à ces besoins.

Depuis 2004, quelques ÉIS ont été effectuées, principalement par le service de la santé environnementale, et ce, à la demande du Conseil de santé de Toronto, permettant ainsi à l'équipe de se familiariser avec les enjeux soulevés. En 2005, l'équipe de santé publique déposait au Conseil de santé un rapport sur les mécanismes permettant de déterminer les situations pour lesquelles la santé publique devrait être impliquée. Ce rapport indiquait que des ressources additionnelles seraient nécessaires pour conduire des ÉIS de façon régulière. Étant donné que ces ressources n'ont pas été au rendez-vous, la mise en œuvre de la pratique ÉIS se fait plus lentement que prévu. Depuis 2007, l'équipe est impliquée dans une ÉIS qui s'insère plus largement dans une évaluation d'impact environnemental d'un projet de gestion des matières résiduelles.

Le but de la pratique de l'ÉIS au sein de l'équipe de santé publique de Toronto est de fournir au directeur de santé publique des informations de qualité lui permettant de poser un jugement solide sur les répercussions éventuelles d'une proposition de projets ou de politiques. À cet égard, la qualité des évaluations répondant aux critères de la rigueur scientifique apparaît essentielle. C'est la raison pour laquelle les évaluations d'impact sur la santé doivent être conduites par des experts en santé publique. Cette orientation pousse à mettre particulièrement l'accent sur la première étape de la démarche de l'ÉIS, soit celle du dépistage. Les ÉIS étant entièrement prises en charge par l'équipe de santé publique, les premiers efforts ont consisté à développer un outil de dépistage permettant de trier les propositions soumises par la municipalité de Toronto et pouvant faire l'objet d'une ÉIS. Cet outil de dépistage est inspiré de celui conçu à Londres. La démarche ÉIS qui a été élaborée, qui reprend en gros la démarche classique, a aussi été intégrée à celle qui est utilisée dans le cadre des évaluations environnementales mises sur pied par la Ville de Toronto.

Plusieurs enjeux et défis ont été définis à l'étape actuelle du développement de cette pratique à Toronto. Le premier défi consiste à trouver une façon de réduire le nombre de propositions devant faire l'objet d'un dépistage. Un mécanisme de prédépistage doit être mis en place pour guider l'équipe rapidement vers les projets les plus importants. Les enjeux concernent aussi la disponibilité des ressources et de l'expertise nécessaire au sein de l'équipe, le développement de méthodes pour tenir compte des répercussions sociales et à long terme, l'accès aux données probantes ainsi que la capacité d'évaluer les coûts et les bénéfices des ÉIS.

ANNEXE 2 LISTE DES PARTICIPANTS

François Benoit	Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé
Pierre Bergeron	Institut national de santé publique du Québec
Élizabeth Boivin	Santé Canada
Colleen Cameron	PATH Project, Antigonish
Susan L. Eaton	PATH Project, Antigonish
Catherine Ford	Calgary Health region
Lawrence Green	University of California
Geneviève Hamel	Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé
John Kemm	The West Midlands Public Health Observatory
Tom Kosatsky	National Collaborating Centre for Environmental Health
Jean-Pierre Landriault	Direction de la santé publique de la Montérégie
Geneviève Lapointe	Institut national de santé publique du Québec
Lucie Lemieux	Direction de la santé publique de l'Outaouais
Ronald Macfarlane	Toronto Public Health
Diane McClymont Peace	Santé Canada
Jody Mucha	BC Healthy Communities
Michel O'Neill	Université Laval
Jean Rochon	Institut national de santé publique du Québec
Theresa Schumilas	Ontario Healthy Communities Coalition
Louise St-Pierre	Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé
Penny Sutcliffe	Sudbury and District Health Unit