



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain  
Opérateur direct de la Francophonie

**Année : 2007**

**Promotion : 2005-2007**

## Mémoire

Pour l'obtention du

**Master en développement**

**DE L'UNIVERSITÉ SENGHOR**

**Spécialité : Santé Internationale**

Par

**Monsieur Shible SAHBANI**

Evaluation des impacts inattendus des politiques  
publiques  
sur la santé des populations:

Cas de Québec et de Genève et projet d'institutionnalisation au Maroc.

*Lieu de stage* : CAPP – Université Laval – Québec - Canada

*Directeur de stage* : **Pr. Jean CRÊTE**

*Soutenance le* : 24 Avril 2007

Membres du jury :

▲ **Dr Christian MESENGE** : Directeur du Département Santé / Nutrition.  
Université Senghor. Alexandrie. Egypte.

▲ **Pr Abderahmane EL MAAROUFI** : Directeur de l'Institut National  
d'Administration de la Santé. Ministère de la Santé. Rabat. Maroc.

▲ **Dr Magued Choukry KARASS**. Université d'Alexandrie. Egypte.



*À la mémoire de ma Grand-mère*

*ZIDELKHEIR Malika*

*Décédée durant ma formation.*

*Ju as été pour moi le signe  
du conseil et de la sagesse,  
de l'endurance et de la  
tendresse.*

Que dieu ait son âme en sa sainte miséricorde



# DÉDICACES

A mes très chers parents. Famille *SAHBANI*

Puissiez vous trouver en ce travail le fruit de vos efforts.

Je vous aime de tout mon cœur.



A mon fils *Saif-Dine*

L'éclair de bonheur permanent dans mon cœur,

Que Dieu tout puissant te protège et te guide vers le droit chemin



A mon épouse, âme sœur et amie. *Mariam*

Source d'inspiration et de réconfort. Je t'Adore.

Tu es et resteras la meilleure.



A mes beaux parents. Famille *EL OMRI*

Nul mot ne saurait exprimer ma gratitude et reconnaissance

pour votre dévouement et encouragements.

Croyez en mon profond Amour et affection.



A mes très chers Sœurs et frères :

Sherine, Shahme, Shams, Ilyass, Nawal, Rachid.

A Rim et Souleimane...

# REMERCIEMENTS

Dr Christian MESENGE

*Vous avez toujours été là pour nous. Vous nous avez entendus, soutenus, encouragés et réconfortés. Vos qualités humaines et professionnelles ont été et seront un exemple pour nous tous.*

*Pour leurs conseils et accueil chaleureux, je tiens à remercier:*

- ❖ Pr Fernand TEXIER Recteur de l'Université Senghor.
- ❖ Pr Abderrahmane MAAROUFI de l'INAS à Rabat. Maroc.
- ❖ Pr Jean CRETE du CAPP à Québec. Canada.
- ❖ Pr Pierre Gerlier FOREST du MS à Ottawa. Ontario.
- ❖ Pr Pascal Van GRIETHUYSEN de l'IUED à Genève. Suisse.
- ❖ Mme Geneviève HAMEL du MSSS à Québec.
- ❖ Mme Louise ST PIERRE de l'INSPQ à Québec.
- ❖ Mme Denise KOURI de L'INSP à Montréal.

*Des remerciements particuliers pour toute l'équipe de l'Université Senghor, administration et équipe académique.*

*Mme **Omnéya**, du département Informatique*

*Mme **Alice**, du département Santé*

*Mme **Jeanne**, du rectorat*

*méritent amplement ma gratitude.*

*Mes pensées vont à mes collègues de travail de  
la Fondation Mohammed V pour la Solidarité.*

*Je suis bientôt parmi vous...*



## **RÉSUMÉ**

Au vu des expériences de nombreux pays dans ce domaine, et conscients de la place que lui accorde l'Organisation Mondiale de la Santé dans ses recommandations, nous avons opté pour l'*E*valuation de l'*I*mpact sur la *S*anté "*EIS*" ou communément appelé « *Health Impact Assessment* » comme sujet de recherche.

Ce travail consiste à remonter brièvement l'historique de l'EIS et, en se basant sur des modèles théoriques et les exemples de mise en application dans quelques pays, proposer quelques solutions pour la mise en application de ce processus dans les pays du sud et surtout les actions qui doivent inévitablement être au centre de la démarche finale pour que cette évaluation ait un sens.

Ainsi, nous avons effectué un tour d'horizon à travers une recherche bibliographique et des contacts avec des experts et chercheurs dans ce domaine et, en s'appuyant sur l'expérience du Québec et celui de la Suisse, nous avons tiré des conclusions sur l'applicabilité de l'évaluation de l'impact sur la santé dans les pays en voie de développement en prenant le contexte marocain comme cas de figure.

## **MOTS-CLÉS**

- Evaluation de l'impact sur la santé,
- Evaluation des politiques publiques,
- Impact inattendus
- Health Impact Assessment
- Déterminants de la santé,
- Santé environnementale
- Promotion de politiques publiques saines
- Loi sur la santé publique, Article 54,
- Promotion de la santé

## **ABRÉVIATIONS**

<b>ACSP</b>	:	Agence canadienne de santé publique
<b>CAPP</b>	:	Centre d'Analyse des Politiques Publiques (Université Laval à Québec)
<b>CCN-PR</b>	:	Centre de Collaboration Nationale sur les politiques publiques et l'Évaluation des Risques (Canada)
<b>CNE</b>	:	Conseil National de l'Évaluation (France)
<b>CNUED</b>	:	Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement
<b>DGS</b>	:	Direction générale de la santé (Suisse)
<b>EES</b>	:	Évaluation environnementale stratégique.
<b>EIE</b>	:	Étude de l'impact sur l'environnement.
<b>EIS</b>	:	Évaluation de l'impact sur la santé
<b>FMVS</b>	:	Fondation Mohammed V pour la Solidarité (Maroc)
<b>FQRSC</b>	:	Fonds Québécois de Recherche sur la Santé et la Culture
<b>FRSQ</b>	:	Fonds de Recherche en Santé du Québec
<b>GAO</b>	:	General Accounting Office (USA)
<b>HIA</b>	:	Health impact assessment.
<b>INSPQ</b>	:	Institut national de santé publique du Québec
<b>IUED</b>	:	Institut universitaire d'études du développement (Genève)
<b>MEnv</b>	:	Ministère de l'environnement (Québec)
<b>MS</b>	:	Ministère de la santé
<b>MSSS</b>	:	Ministère de la santé et des services sociaux (Québec)
<b>NEPA</b>	:	National Environmental Policy Act (USA)
<b>OMS</b>	:	Organisation mondiale de la santé
<b>OPCA</b>	:	Organe Parlementaire de Contrôle de l'Administration (Suisse)
<b>PD</b>	:	Pays développés
<b>PP</b>	:	Politiques publiques
<b>PPP</b>	:	Politiques, programmes et projets
<b>PVD</b>	:	Pays en voie de développement
<b>RRSP</b>	:	Réseau de recherche en santé publique (Canada)
<b>SP</b>	:	Santé publique
<b>UE</b>	:	Union européenne

## **LISTE DE FIGURES, ENCADRÉS, TABLEAUX ET ANNEXES**

### ***Figures***

<b>Figure 1</b>	: Critères d'évaluation des politiques publiques	Page 15
<b>Figure 2</b>	: Niveaux de mise en place du processus d'évaluation	Page 16
<b>Figure 3</b>	: Déterminants de la santé	Page 18
<b>Figure 4</b>	: Classification de l'EIS selon la période de réalisation	Page 20
<b>Figure 5</b>	: Phases de réalisation d'une EIS	Page 22
<b>Figure 6</b>	: Importance de l'EIS	Page 23
<b>Figure 7</b>	: Modèle théorique de Göthenburg	Page 26
<b>Figure 8</b>	: Processus et méthodes du modèle de Merseyside	Page 28
<b>Figure 9</b>	: Modèle de Bielefeld en dix étapes	Page 31
<b>Figure 10</b>	: Fonctionnement général de l'EES	Page 33
<b>Figure 11</b>	: Processus du SIA	Page 37
<b>Figure 12</b>	: Processus de l'EIS au Québec	Page 40
<b>Figure 13</b>	: Processus d'exécution de l'EIS à Genève	Page 45

### ***Encadrés***

<b>Encadré 1</b>	: Définition de la santé par l'OMS (1946)	Page 1
<b>Encadré 2</b>	: Définition de Ville - Santé	Page 2
<b>Encadré 3</b>	: Décret français sur l'EPP	Page 12
<b>Encadré 4</b>	: Rapport Moscovici (1994)	Page 13
<b>Encadré 5</b>	: Définition de l'EIS. Göthenburg	Page 17
<b>Encadré 6</b>	: Définition de l'EES	Page 32
<b>Encadré 7</b>	: Article 54 de la loi sur la SP au Québec	Page 39
<b>Encadré 8</b>	: Définition de la promotion de la santé par le MSSS	Page 43
<b>Encadré 9</b>	: Article 4, Alinéa 2 de la loi sur la santé. Genève.	Page 45
<b>Encadré 10</b>	: Résumé de l'article 152 du traité d'Amsterdam.	Page 47

***Tableaux***

***Tableau 1*** : Comparaison entre "Santé pour tous" et "Agenda 21" Page 3

***Annexes***

***Annexe I*** : Déclaration mondiale en matière de santé. Page 71  
***Annexe II*** : Traité d'Amsterdam. Article 152. Page 72  
***Annexe III*** : Loi sur la santé publique au Québec. Articles 52 à 56. Page 73  
***Annexe IV*** : Evaluation rapide présentant les déterminants de la santé. Page 74  
***Annexe V*** : Charte d'Ottawa Page 75

## **TABLE DES MATIERES**

<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>A</b>
<b>MOTS-CLÉS.....</b>	<b>A</b>
<b>ABRÉVIATIONS.....</b>	<b>B</b>
<b>LISTE DE FIGURES, ENCADRÉS, TABLEAUX ET ANNEXES ....</b>	<b>C</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>E</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>I.Mise en contexte _____</b>	<b>1</b>
<b>II.Objectifs _____</b>	<b>5</b>
<b>III.Méthodologie de travail _____</b>	<b>6</b>
<b>PREMIERE PARTIE : KIT D’INITIATION.....</b>	<b>8</b>
<b>I)Glossaire _____</b>	<b>8</b>
<b>II)Généralités _____</b>	<b>13</b>
<i>II-1.Évaluation des Politiques Publiques _____</i>	<i>13</i>
<i>II-2.Évaluation de l’impact sur la Santé _____</i>	<i>20</i>
<b>III)Modèles théoriques _____</b>	<b>31</b>
<i>III-1. Consensus de Gothenburg _____</i>	<i>31</i>
<i>III-2. Modèle de Merseyside _____</i>	<i>35</i>
<i>III-3. Modèle de Bielefeld _____</i>	<i>39</i>
<i>III-4. Modèle d’évaluation environnementale stratégique _____</i>	<i>42</i>
<i>III-5. Modèle d’analyse d’impact sur les aspects sociaux _____</i>	<i>46</i>
<b>DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE CAS APPLIQUÉS.....</b>	<b>49</b>
<b>I. Cas de la Province du Québec _____</b>	<b>49</b>
<b>II. Cas du Canton de Genève _____</b>	<b>56</b>
<b>III. Autres cas appliqués _____</b>	<b>59</b>
<i>I.1Au niveau international _____</i>	<i>59</i>
<i>I.2Au niveau National _____</i>	<i>60</i>

<i>I.3Au niveau provincial</i> .....	63
<i>I.4Au niveau local</i> .....	63
<b>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION</b> .....	<b>64</b>
<b>I.État des lieux</b> .....	<b>66</b>
<b>II.Contraintes</b> .....	<b>72</b>
<b>III.Suggestions et recommandations</b> .....	<b>74</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>75</b>
<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>76</b>

## **INTRODUCTION**

### ***I. Mise en contexte***

Depuis plusieurs années, les gouvernements se sont penchés sur les questions de la santé et en ont fait un objectif lors de l'élaboration de leurs politiques publiques "PP", prenant ainsi en considération le caractère multidimensionnel et universel de ce secteur, comme cela a été souligné par l'Organisation Mondiale de la Santé "OMS": (encadré 1)



#### **Encadré n° 1 : Définition de la santé. OMS (1946)**

De ce fait, une large campagne de prévention a été adoptée dans plusieurs pays visant à privilégier les quatre fonctions essentielles de la santé publique "SP" que sont la promotion, la prévention, la protection et la surveillance de la santé des populations, plutôt que la médecine curative, le plus souvent lourde et coûteuse quand elle est possible.

Ce principe de prévention supposait donc une connaissance des risques encourus dans les différents domaines et de leurs mécanismes de survenue.

Mais, devant l'évolution technologique, industrielle et organisationnelle, nul ne peut prévoir les effets que de nouveaux procédés puissent avoir sur la santé, qu'ils soient positifs ou négatifs, sans une préalable évaluation de l'impact sur la santé "EIS".

Devant ce constat, des mesures de sécurité, se basant sur le principe de précaution, ont été entreprises s'inspirant ainsi du modèle de l'Evaluation Environnementale Stratégique "EES".

Néanmoins, l'EIS, communément plus connue sous son terme anglais, Health Impact Assessment "*HIA*", visant toutes les PP, aussi imprévisibles leurs relations avec la santé soient-elles, n'est que très récente et n'est appliquée que dans quelques pays développés "*PD*".

Pour ces pays, la mise en place du processus d'EIS s'est inscrite dans des contextes mondiaux et régionaux très particuliers marqués par :

### *I-1. Le programme Villes-Santé*

Le programme Villes-Santé de l'OMS, regroupant actuellement une quarantaine de villes dans toute l'Europe, est né en 1986 en continuité avec le principe de l'OMS de la « Santé pour tous » et ceux de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. C'est un mouvement de villes ayant la santé et le bien-être des citoyens au coeur du processus décisionnel.

*Hancock et Duhl (1988)* définissent la ville-santé comme étant :

*« Une ville qui crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux et qui développe les ressources de la collectivité, permettant ainsi aux individus de s'entraider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la vie et leur donnant la possibilité de développer au maximum leur potentiel personnel »*

### *Encadré n° 2 : Définition de Ville-Santé. Hancock et Duhl (1988)*

Le projet qui est actuellement dans sa quatrième phase (2003 - 2008), dont l'un des thèmes centraux est l'EIS, a joué en faveur de l'institutionnalisation de l'évaluation de l'impact sur la santé dans le Canton de Genève.

Il est à noter qu'à ce jour, Genève est la seule ville suisse dans ce réseau Villes-Santé de l'OMS. (cf. chap. « Cas appliqués »)

### I-2. La Charte d'Ottawa

L'année 1986 a connu la ratification de la Charte d'Ottawa, établie lors de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, avec comme slogan:

« La Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà »

Cette charte, qui s'est appuyée sur le débat autour de l'action intersectorielle pour la santé à l'Assemblée mondiale de la santé, souligne que la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur médical mais inclut : **(voir Annexe V)**

- ⇒ le développement d'une PP de promotion de la santé;
- ⇒ la création de milieux favorables à la santé;
- ⇒ le soutien d'actions communes pour la santé;
- ⇒ le développement des compétences personnelles;
- ⇒ la réorientation des services de santé.

Les déterminants de la santé, autres que les facteurs biologiques, ont ainsi été mis à l'avant, en inscrivant la santé dans un processus de développement global impliquant tous les secteurs d'un pays. (cf. figure n°3)

### I-3. Développement durable

La notion de « développement durable » "DD" a pris son envol lors de la Conférence des Nations Unies sur l'Environnement et le Développement « *CNUED* ».

C'est un :

«...développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures de répondre aux leurs»

***Commission Brundtland (1987)***

Après de longues concertations autour du DD, le principal résultat du Sommet de la Terre de Rio de Janeiro en 1992 fût l'Agenda 21 dans lequel l'action 22 de la «

stratégie 2002 pour le développement durable » met l'accent sur le développement d'instruments de pilotage et d'évaluation du développement durable. L'EIS en fait partie intégrante.

Principes	Santé pour tous	Agenda 21
Equité	Oui	Oui
Durabilité	Implicite	Oui
Promotion de la santé	Oui	(santé)
Action intersectorielle	Oui	Oui
Participation de la population	Oui	Oui
Environnements favorables	Oui	Oui
Action internationale	Oui	Oui
Processus		
Examen des cadres de planification existants	Oui	Oui
Analyse des conditions de santé, sociales et environnementales	Oui	Oui
Consultation publique sur les priorités	Oui	Oui
Structures pour une implication intersectorielle	Oui	implicite
Action orientée vers l'avenir	Oui	Oui
Plan d'action à long terme avec buts	Oui	Oui
Surveillance et évaluation	Oui	Oui

Tableau n° 1 : Comparaison entre "Santé pour tous" et "Agenda 21"  
(T. DIALLO)

Comme le démontre le tableau ci-dessus, la comparaison des principes et processus de planification entre le programme « Santé pour tous » et l'Agenda 21 conclue a une complémentarité voire une similitude entre les deux, bien que leurs origines soient totalement différentes.

## ***II. Objectifs***

Nous avons voulu, par ce modeste travail, sensibiliser et informer un large public, mais surtout les futurs dirigeants et preneurs de décisions que nous sommes, lauréats de l'université internationale de la francophonie « Université Senghor », à l'importance que tient l'EIS dans l'élaboration des PP, tous domaines confondus.

A travers la mise en contexte, nous visons à attirer l'attention du lecteur sur la place que tient le secteur de la santé dans le vaste domaine du développement durable et à insérer le thème de l'EIS comme l'un des outils principaux pour atteindre les objectifs de l'Agenda 21 via la mise en valeur des déterminants de la santé.

Le but de ce mémoire n'est pas seulement une publication à caractère académique, mais aussi, et essentiellement, un outil de travail permettant aux intéressés d'avoir entre les mains une synthèse des connaissances dans ce domaine, actualisée à ce jour, regroupant les principaux modèles théoriques et une revue de la littérature assez large sans pour autant être exhaustive.

D'autre part, l'étude de cas appliqués à travers le monde, nous permettra de construire une idée sur ce qui a été fait dans ces pays ou gouvernements, profiter des leçons relatives à l'institutionnalisation de l'EIS et tirer des conclusions sur les contraintes et les nécessités de mise en place d'un tel processus dans les pays en voie de développement "*PVD*" où d'autres enjeux priment souvent sur les recommandations des acteurs de la SP.

Le projet professionnel que nous proposons serait alors l'institutionnalisation de l'EIS au Maroc pour pouvoir l'intégrer au cœur du processus décisionnel des grandes politiques du gouvernement.

### ***III. Méthodologie de travail***

Pour atteindre nos objectifs, nous avons passé en revue, dans un premier temps, la littérature grise et publications scientifiques disponibles sous forme de bibliographie éditée, sites internet et rapports de conférences et séminaires.

La seconde étape a consisté en des échanges qui ont eu lieu avec des chercheurs universitaires, des instigateurs de la loi et des répondants ministériels visés par le mécanisme intra-gouvernemental d'analyse d'impact sur la santé des lois et règlements. Ces contacts ont permis l'accès aux documents de travail à diffusion restreinte de différents départements et instituts et aux rapports d'ateliers et d'évaluations internes.

Finalement, nous avons réalisé une enquête auprès de cadres et responsables des secteurs gouvernemental et privé marocains qui s'est fixée comme finalité l'étude de la perception de la notion d'évaluation en général et surtout de l'EIS pour pouvoir en tirer des conclusions sur les contraintes et obstacles à l'institutionnalisation de l'EIS.

Ainsi, ce mémoire est élaboré en :

1. Une première partie théorique rédigée sous forme d'un kit d'auto-enseignement qui rappelle les bases de l'évaluation des PP et spécialement de l'EIS. Elle est dédiée aux personnes novices dans ce domaine, étudiants et gestionnaires de programmes de tous les domaines. Les résultats présentés émanent de recherches bibliographiques, recherches sur internet, rapports gouvernementaux et documents de l'OMS, des ministères de la santé et de l'institut national de santé publique du Québec.
2. Une deuxième partie présentant des cas pratiques d'application de l'EIS comme processus au sein de l'élaboration des PP. Cette analyse, basée sur une synthèse de connaissances, est tirée des entretiens<sup>1</sup> effectués lors de stages de recherche au Canada et en Suisse durant la période entre mai 2006 et février 2007, avec des experts et responsables au sein du

---

<sup>1</sup> La liste des entretiens effectués au Canada, au Maroc et en Suisse est détaillée à la partie références.

gouvernement, des instituts de santé publique, d'universités et centres de recherche.

3. Une troisième partie, rédigée suite à une enquête restreinte au Maroc, pris ici comme cas de figure, montre l'état des lieux sur ce thème puis ouvre le champ à une discussion autour des difficultés et recommandations pour l'institutionnalisation de l'EIS dans les pays du sud.

## **PREMIERE PARTIE : KIT D'INITIATION**

Comme précité, cette première partie est élaborée sous forme de kit d'auto-enseignement. Il a donc été jugé utile et nécessaire d'insérer, à son début, une large définition de termes et concepts qui seront employés tout au long de ce travail.

### ***I) Glossaire***

#### 1. Agenda 21

*« Programme d'actions destinées à mettre en œuvre le développement durable, adopté par les gouvernements présents à la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement, tenue à Rio de Janeiro, en juin 1992 ».*

#### 2. Cadrage [Scoping]

*« Le cadrage détermine les fondements pratiques pour l'EIS. Il permet de décider de la portée, de l'envergure et des frontières de l'EIS, convient de la façon dont l'évaluation doit être réalisée, attribue les responsabilités des acteurs et enfin trace le mode de surveillance du processus d'EIS et ses "outcomes" sur la santé ».*

#### 3. Déterminants de la santé

*« Facteurs qui influencent l'état de santé d'un individu, d'une population. Ils sont connus pour avoir (ou qu'on postule avoir) une relation de causalité avec l'état de santé des individus ou des communautés ».*

#### 4. Etat de santé

*« L'état de santé d'une population est défini en termes de taux de morbidité, de déficit, de mortalité et d'indicateurs d'état fonctionnel et de qualité de vie ».*

#### 5. Évaluation : [Appraisal]

« Démarche permettant de porter un jugement sur la valeur d'un objet clairement défini, à partir d'informations méthodiquement recueillies, selon des critères explicitement énoncés, pour ensuite décider des mesures à prendre qui découlent de ce jugement ». (**Midy, Vannier et Grant**)

6. Évaluation de l'impact : [Impact assessment]

« Etude des effets positifs, négatifs et inattendus obtenus à la suite d'une intervention ou d'un programme. Les changements produits correspondent-ils aux activités réalisées ou peuvent-ils être attribués à d'autres facteurs ? » (**Comité ministériel**) (Figure 1)

7. Évaluation « en parallèle » d'impacts sur la santé [Concurrent HIA]

« Dans ce cas, l'EIS se fait en même temps que la mise en œuvre de la politique. Elle permet de faire des « feed-back » par rapport aux mesures proposées et de surveiller également l'exactitude des prédictions des impacts sur la santé ».

8. Évaluation de programme :

« Processus d'évaluation qui s'intègre aux activités de planification ou de réalisation de l'action (projet, programme, activité ou intervention). L'information à recueillir et les outils de collecte de données sont déterminés par les questions auxquelles on veut répondre. Ces questions touchent l'efficacité, l'efficience, l'impact, le processus ou la pertinence. » (**Comité ministériel**)

9. Impact sur la santé [Health impact]

« Une modification d'un risque pour la santé, raisonnablement attribuable à une politique, un programme ou un projet ».

10. Modèle biomédical de la santé [Biomedical model of health]

« Ce modèle s'intéresse principalement à la santé en tant qu'absence de maladies et aux causes médicales de la maladie. Il se focalise sur l'individu et le traitement de la maladie ».

11. Modèle socio-environnemental [Socio-environmental model of health]

« Ce modèle s'intéresse à l'ensemble des déterminants y compris la problématique du bien-être des populations. Selon ce modèle, la santé est le résultat d'une série de facteurs sociaux, économiques, environnementaux et du comportement individuel ».

12. Négociation [Negociation]

« Décider de mesures complémentaires à prendre ou de corrections à apporter au projet initial; toutes les personnes impliquées devraient pouvoir y participer ».

13. Objectif de l'évaluation :

« Enoncé qui précise le but visé par l'évaluation. Il indique pourquoi l'organisme entreprend une démarche d'évaluation, c'est à dire les raisons pour lesquelles l'évaluation est réalisée et à quelles fins. » (**Midy, Vannier et Grant**)

14. Politique [Policy]

« Définition des grandes orientations et objectifs qu'un gouvernement ou un état ou une autorité se donne dans un ou plusieurs secteurs d'activités ».

15. Politiques publiques [public policies]

« Une politique publique est un programme d'action propre à une ou plusieurs autorités publiques ou gouvernementales dans un secteur de la société ou dans espace donné ». (**Mény, Thoenig 1989**)

« Une politique publique est faite d'activités orientées vers la solution des problèmes publics dans l'environnement, et ce par des acteurs politiques dont les relations sont structurées, le tout évoluant dans le temps ». (**Lemieux 1995**)

16. Pré - screening

« Sélection, au moyen de critères, des objets sur lesquels il faudra poursuivre une analyse plus fine en termes d'impacts sur la santé. Cette étape n'existe pas dans les procédures habituelles d'EIS. Elle a été introduite pour réduire le nombre d'objets à traiter dans la suite du processus ». (**plateforme EIS. 2007**)

17. Projet et Programme

« Série d'actions, de projets permettant de mettre en œuvre une politique. Un projet est habituellement plus limité, bien qu'en termes de moyens il puisse être plus important ou plus réduit qu'un programme ». **(plateforme EIS. 2007)**

18. Promotion de la santé

« Le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci ». **(La charte d'Ottawa. 1986)**

19. Question d'évaluation

« Interrogation se rapportant à l'objet d'évaluation et correspondant à ce que l'organisme veut réellement savoir à propos de l'objet retenu ». **(Midy, Vannier)**

20. Revue des impacts sur la santé

« Estimation des impacts les plus significatifs sur la santé d'un large ensemble de PP ou de PPP, réalisée sur le très court terme (des heures). C'est une analyse de données probantes disponibles, de PPP similaires et récolte des opinions d'autres évaluateurs ».

21. Risque pour la santé [Health risk]

« Probabilité qu'un danger pour la santé soit dommageable pour une population donnée, à un moment et à un endroit donnés ».

22. Sélection [Screening]

« Revient à examiner, par le biais notamment de critères, les liens potentiels qui peuvent exister entre les objets sélectionnés et la santé et quels différents aspects de la santé pourraient être affectés par une mesure donnée. Elle permet, à travers une série de critères et d'outils, de définir si une PPP doit faire l'objet d'une EIS ».

23. Suivi et évaluation [Monitoring and evaluation]

« Consiste à procéder à un accompagnement de la mise en œuvre des recommandations formulées et à vérifier les résultats de cette mise en œuvre. Suivi : vérifier les résultats de la mise en œuvre, avec ou sans corrections ».

24. Vérification rapide d'impacts sur la santé [Health impact rapid appraisal]

*« Investigation rapide des impacts sur la santé, entreprise sur le très court terme (1-2 jours). L'EIS est réalisée grâce à l'échange d'informations et d'expériences entre l'évaluateur et un expert. Elle ne requiert pas la collecte de nouvelles données et les dépenses sont minimales ».*

## II) Généralités

### II-1. Évaluation des Politiques Publiques

#### II-1-a. Définitions :

La littérature doctrinale sur l'EPP propose de nombreuses définitions. Cependant on a estimé opportun d'en citer les plus parlantes :

« *Évaluer une politique, c'est reconnaître et mesurer ses effets propres* ».  
*Rapport Deleau (1985)*

« *Évaluer une politique, c'est former un jugement sur sa valeur* ».  
*Rapport Viveret (1989)*

« *L'évaluation doit se préoccuper de l'utilité, de la mise en oeuvre, de l'efficacité et de l'efficience des mesures qui ont pour but d'améliorer le sort des membres de la société* ».  
*Freeman et Rossi*

Pour une définition généraliste de l'EPP, nous retiendrons celle donnée par le décret français, du 22 janvier 1990, réformé en 1998, instituant le dispositif interministériel :

" L'évaluation d'une politique publique (...) a pour objet de rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont assignés ".

Encadré n° 3 : Décret français du 22 janvier 1990.

*Les Journaux Officiels, Documentation Française.*

Aussi, l'EPP nécessite-t-elle d'abord de définir des indicateurs de performance pour en mesurer l'efficacité et l'efficience et puis dans un second temps, apprécier sa pertinence. Elle présente donc une double dimension :

- Quantitative : par la mesure des effets de la PP en comparant ses résultats aux objectifs fixés et aux moyens mis en oeuvre, notamment à l'aide d'indicateurs de performance ;
- Qualitative : elle porte un jugement sur la pertinence des objectifs et peut conduire, éventuellement, à en réviser le choix.

### **II-1-b.Importance de l'EPP :**

Le but final supposé de toute politique serait le bien-être de la communauté. De ce principe, il est très important de faire une évaluation des PPP pour pouvoir décider de leurs adoption, maintien, rejet ou renforcement. Le bilan du dispositif interministériel français de 1990, intitulé rapport Moscovici, se concluait sur une note qui reflète l'importance de l'EPP et son application par les politiciens :

*"Au-delà des enjeux bureaucratiques, bien minces, des querelles de boutiques, en l'occurrence aussi courtoises que sont petites les échoppes, je suis convaincu que le politique, à l'orée du XXIème siècle, saura faire sa place à cette discipline essentielle qu'est l'évaluation des politiques*

Encadré n° 4 : Rapport Moscovici (1994)

### **II-1-c.Critères de l'évaluation :**

Pour toutes les politiques, programmes ou actions, l'élaboration d'une méthode d'évaluation butte sur la question des critères. Autrement dit, il ne peut y avoir de bonnes évaluations qu'en relation avec une finalité.

Cinq grands critères standards, auxquels correspondent des indicateurs de résultats, de moyens et de performance, sont à la base de l'évaluation proprement dite, à savoir :

**(Figure n°1)**

L'effectivité : « Test de l'hypothèse d'intervention ».

Mesure le degré de concordance entre les objectifs normatifs d'une politique et le comportement réel des groupes cibles. En d'autres termes, quelles sont les conséquences de la politique pour la cible ? et dans quelle mesure les effets propres de la politique sont-ils conformes à ses objectifs ?

L'efficacité : « Test de l'hypothèse causale ».

C'est le rapport entre les effets escomptés au moment de l'adoption d'une politique et ceux qu'on observe effectivement dans la réalité sociale après la mise en application.

L'efficience :

Témoigne du rapport entre ce qui est investi en terme de ressources (matérielles, humaines, financières et temps) et les résultats obtenus dans le même sens que les objectifs prédéfinis. Les ressources financières mobilisées par la politique ont-elles été bien utilisées ? Les résultats de la politique sont-ils à la mesure des sommes dépensées ?

La cohérence :

C'est la réponse aux deux questions relatives à la conception et la mise en œuvre : les différents objectifs sont-ils cohérents entre eux ? Les moyens financiers, humains et juridiques mis en place sont-ils adaptés à ces objectifs ?

La pertinence :

Une politique se justifie globalement par l'identification d'un problème social auquel les pouvoirs publics se sentent tenus de faire face. Elle sera dite pertinente si ses objectifs explicites sont adaptés à la nature des problèmes sociaux qu'elle est censée prendre en

charge. La pertinence est le critère le plus important dans une PP car il se penche sur le lien existant entre la pression du problème publique identifié d'une part et la nature de la politique adoptée d'autre part. En pratique, c'est l'outil formel pour convaincre les concernés de la nécessité d'entamer une évaluation.

A ces cinq critères classiques de l'EPP, on peut ajouter l'évaluation d'impact qui est au vif de notre sujet. Elle peut cibler différents impacts : environnementaux, sociaux, économiques ou sur la santé, qu'on traitera de suite.

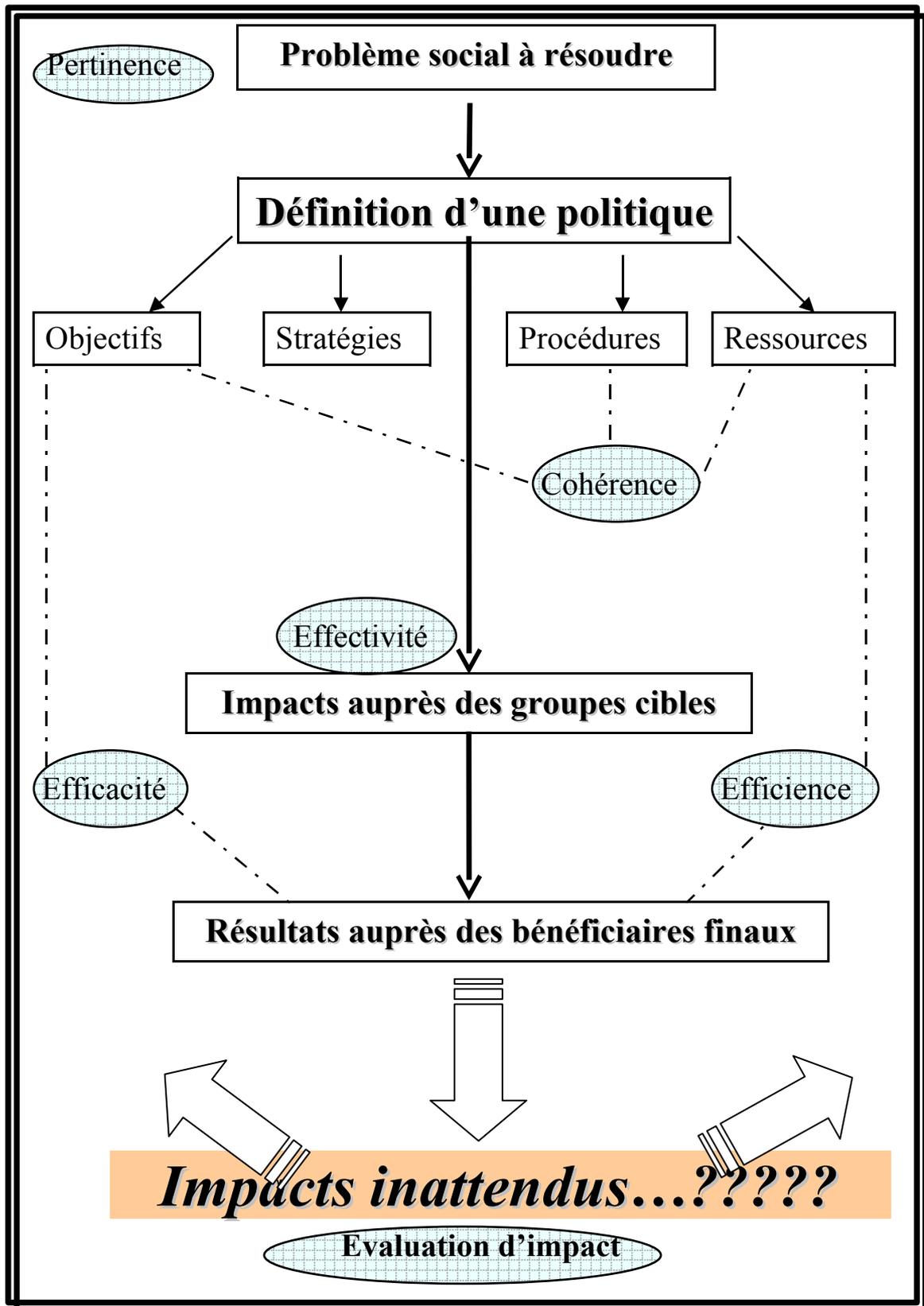


Figure n° 1 : Critères d'évaluation des politiques publiques

### II-1-d. Processus de l'évaluation :

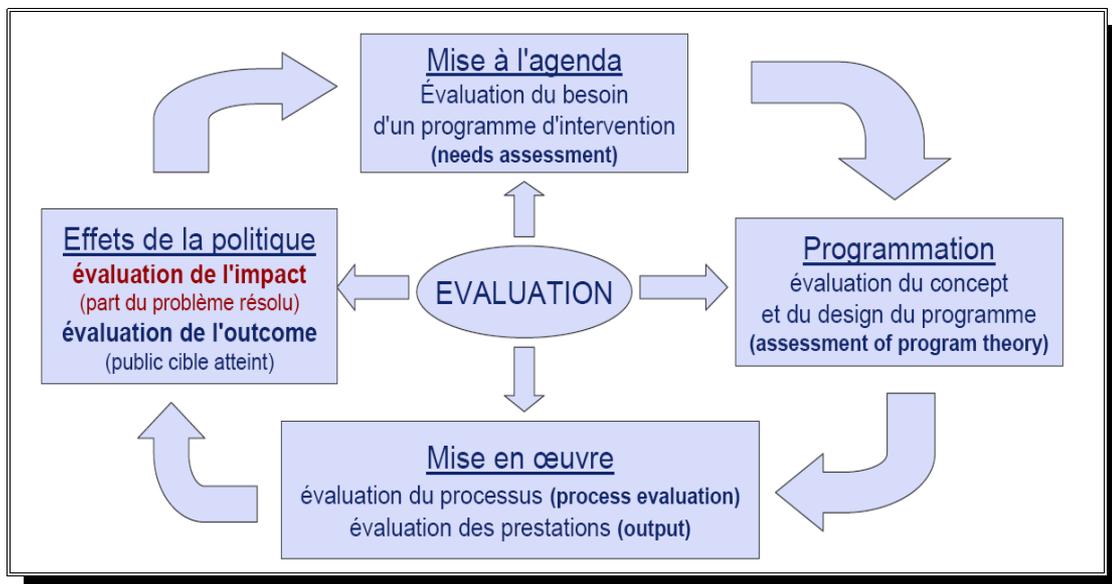
Au même titre que l'adoption de PP soit intimement liée à la volonté politique du pays, le processus d'évaluation et de valorisation politique de ses résultats est fortement dépendant des règles institutionnelles du régime concerné.

Pour cela, des organes ou organismes spécialisés dans l'évaluation des PP doivent être créés dans un cadre législatif adéquat. Ils peuvent être polyvalents ou orientés vers un impact particulier (social, sanitaire ou environnemental)

Nous en citerons à titre d'exemples :

- √ *France* : Conseil National de l'Evaluation,
- √ *Suisse* : Organe Parlementaire de Contrôle de l'Administration,
- √ *États-Unis*: General Accounting Office.

Selon le modèle d'institutionnalisation, le processus de l'EPP peut s'intégrer à différents niveaux d'élaboration ou de mise en œuvre d'une PP, comme le démontre clairement le schéma suivant : **(Figure n° 2)**



**Figure n° 2 : Niveaux de mise en place d'un processus d'évaluation**

*Adapté de Knoepfel et col. (2001)*

Cette institutionnalisation permettra de définir les acteurs et leurs rôles respectifs et leur donnera la légitimité nécessaire pour que leur produit final - le rapport de l'évaluation – puisse mener à terme à l'approbation, le rejet ou la modification des projets de loi, politiques ou programmes évalués.

## II-2. Évaluation de l'impact sur la Santé

### ***II-2-a. Définition et origines***

L'EIS est un modèle basé sur une approche socio-environnementale de la santé avec une attention particulière aux questions d'équité et de justice sociale.

La majorité des auteurs et acteurs de l'EIS se mettent d'accord pour dire que l'idée de l'EIS trouve son origine dans l'Évaluation Environnementale Stratégique « EES » initiée en 1969 par « United States National Environmental Policy Act » (NEPA). Mais il serait intéressant d'accepter d'autres origines découlant de sa définition.

Le bureau européen de l'OMS a défini l'EIS comme étant :

*« La combinaison de procédures, méthodes et outils avec quoi une politique, programme ou projet puisse être jugé selon ses effets potentiels sur la santé des populations et la distribution de ces effets au sein de la population ».*

#### ***Encadré n° 5 : Définition de l'EIS selon le consensus de Göthenburg (1999)***

En synthèse, et comme le définit **Scott-Samuel, (1998)**, l'EIS est une estimation des effets d'une action spécifique sur la santé d'une population déterminée.

Elle vise à déceler des effets anticipés de mesures sur la santé des populations. De cette façon, elle éclaire la prise de décision gouvernementale et permet, si elle est intégrée au tout début de l'élaboration, d'apporter des modifications constructives des lois et règlements avant leur adoption et leur mise en œuvre.

L'utilisation de ce processus dans l'élaboration de lois et règlements permet donc aux promoteurs des différents secteurs d'activités gouvernementales de contribuer à la

protection et la promotion de la santé et le bien-être de la population en participant à accroître les impacts positifs et à minimiser les effets négatifs.

Les effets des PP sur la santé peuvent être directs, dans le modèle biomédical de la santé, mais surtout indirects, ce qui nous amène à considérer, dans le modèle social ou socio-environnemental, tous les déterminants de la santé.

En effet, la santé des individus est déterminée non seulement par le système sanitaire et les comportements individuels, mais aussi par des interactions complexes entre les facteurs environnementaux (qualité de l'air, de l'eau, bruit, etc.), sociaux (éducation, lien social, etc.) et économiques (emploi, revenu, etc.).

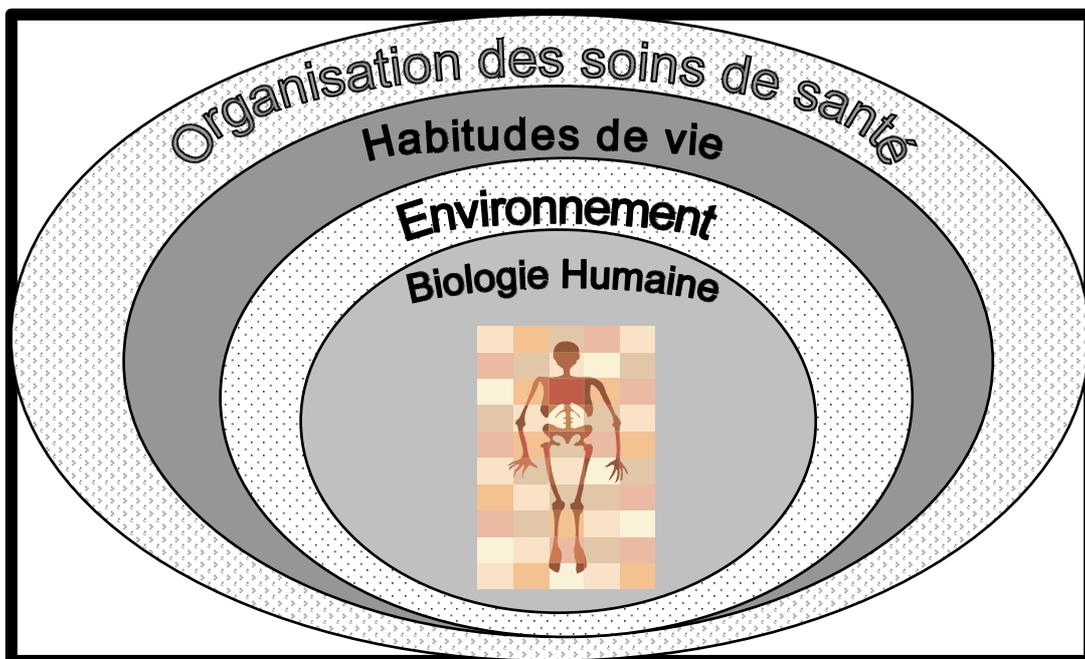


Figure n° 3 : Déterminants de la santé

Le livre blanc, connu sous le terme « rapport Lalonde », qui insiste sur l'interconnexion de plusieurs facteurs quant à la détermination de l'état de santé des individus ou des populations, souligne que : **(Figure n° 3)**

« L'un des problèmes fondamentaux que pose l'analyse du domaine de la santé est l'absence d'un cadre de référence commun permettant de segmenter ce champ d'activité. Sans un tel cadre, il est difficile d'élaborer un schéma d'étude et d'y isoler certains éléments pouvant se prêter à l'analyse et à l'évaluation. (...) on a voulu dresser une sorte de carte reflétant le domaine de la santé. C'est ainsi qu'a pris forme, au cours de la rédaction de ce document, une conception globale de la santé qui repose sur quatre éléments principaux :

- ⇒ La biologie humaine,
- ⇒ L'environnement,
- ⇒ Les habitudes de vie
- ⇒ L'organisation des soins de santé ».

*Livre blanc. MS. Canada. (1974)*

Le document intégral sus cité, rapport Lalonde, identifie deux priorités dans le domaine de la santé :

- ⇒ D'une part le système de soins de santé qui fait l'objet de nombreuses améliorations et se lance comme principal défi la réduction des inégalités sociales face à l'accès aux soins de santé, et
- ⇒ d'autre part, la prévention des problèmes de santé et la promotion de la santé qui sont eux même la base de l'EIS comme cela est bien élucidé dans l'exemple québécois par l'article 54 de la loi sur la SP. (cf. chapitre « cas du Québec »)

### ***II-2-b. Classification :***

Selon la période de réalisation de l'EIS, par rapport à l'implémentation de la décision, trois types d'EIS peuvent être distingués : **(Figure n° 4)**

# *A priori :*

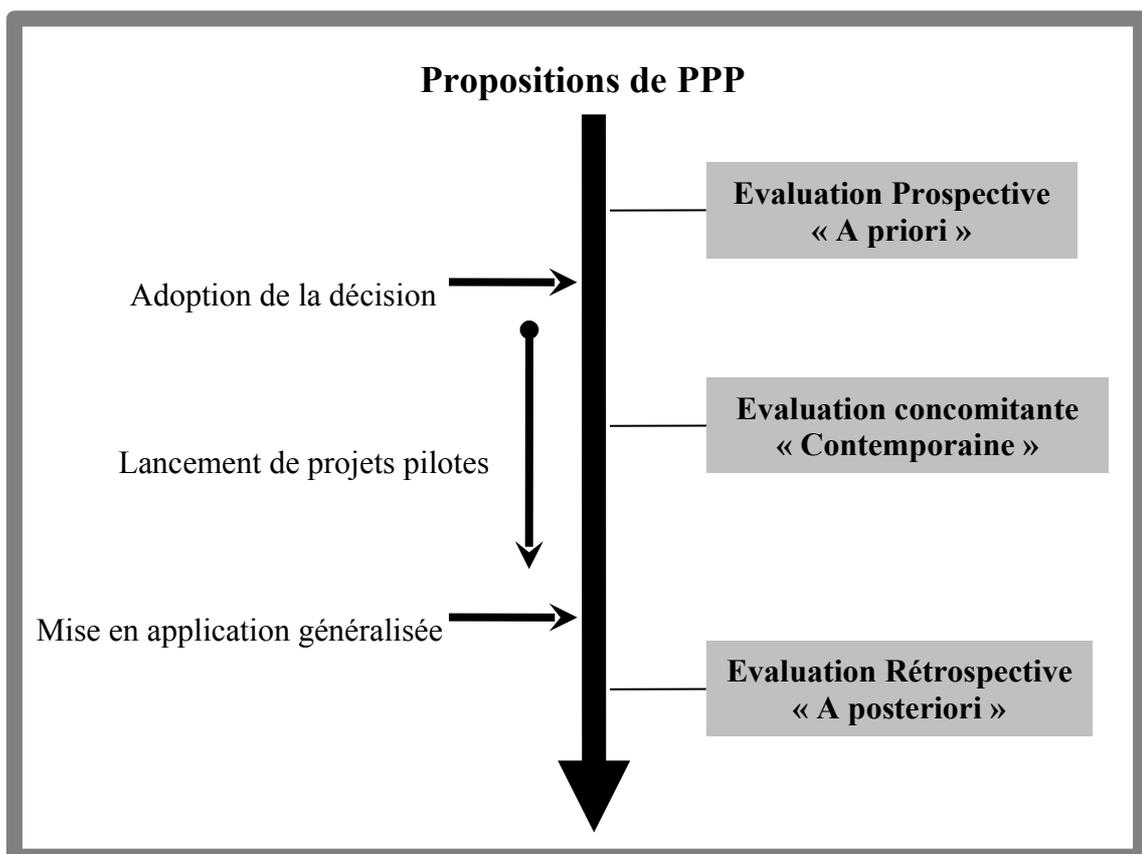
ou encore appelée *évaluation prospective*, est la forme la plus courante, supposée jouer un rôle de filtre pour tout projet, programme, loi ou règlement avant même son adoption.

# *Concomitante* : ou *contemporaine*,

Faite en parallèle et permet de déceler les impacts positifs mais surtout négatifs lors de la mise en application de ce qui est sujet à l'analyse. Elle est souvent réalisée dans le cadre de projets pilotes avant la généralisation de la politique.

# *A posteriori* :

Cette *évaluation rétrospective* est pratiquée sur les politiques existantes ou même achevées bien avant l'institutionnalisation de l'EIS et n'aura donc l'effet escompté qu'en cas de mise en évidence d'impacts significatifs néfastes pour la santé.



**Figure n° 4 : Classification de l'EIS selon la période de sa réalisation**

Cependant, cette typologie est remise en question par la majorité des auteurs dont **Kemm (2003)** qui estime que l'EIS, au vu de ses objectifs, doit obligatoirement être prospective pour pouvoir prédire les effets des PP sur la santé avant même leur adoption. **(Kemm, 2003)**

**Morgan (2003)** a redéfini l'EIS comme étant obligatoirement "*à priori*", mais contenant trois phases distinctes (prospective, concomitante et rétrospective) d'un même processus. **(Morgan, 2003)**

D'un autre point de vue, et indépendamment de la première classification, on peut classer l'EIS en trois catégories: rapide, intermédiaire ou complète selon son étendue (superficielle ou très détaillée) et selon les ressources déployées pour la réaliser (finances, personnel, données et temps).

❖ Évaluation rapide d'impacts sur la santé

Investigation systématique des impacts sur la santé réalisée sur le court terme (4-5 jours). L'évaluation rapide se caractérise par l'utilisation d'informations ou données probantes déjà existantes et ne requiert pas la collecte de nouvelles données. Elle est réalisée grâce à l'échange d'informations et d'expériences suite à la consultation de la littérature, la réalisation d'un atelier avec les acteurs impliqués et la sollicitation de quelques experts. Elle peut s'appuyer sur un processus participatif ou non-participatif. Les dépenses y sont limitées.

❖ Évaluation intermédiaire

Investigation approfondie des impacts sur la santé réalisée sur le moyen-long terme (semaines-mois). Elle nécessite l'organisation d'un comité de pilotage, la définition des termes de référence, l'analyse approfondie de la littérature, la collecte de données complémentaires et l'organisation d'ateliers successifs avec tous les « stakeholders ». Les dépenses sont relativement importantes.

❖ Évaluation complète

L'évaluation complète implique la collecte de nouvelles données. Cela peut se traduire par une enquête auprès des publics cibles, une analyse exhaustive de la littérature ou encore une étude primaire des effets sur la santé d'une proposition similaire exécutée ailleurs. Elle requiert un engagement de longue durée et un nombre conséquent de ressources.

**II-2-c. Phases de réalisation :**

En règle générale, la réalisation d'une EIS peut être résumée en sept phases essentielles : sélection, délimitation, évaluation, recommandations, décision, implémentation et monitoring. (Figure n° 5)



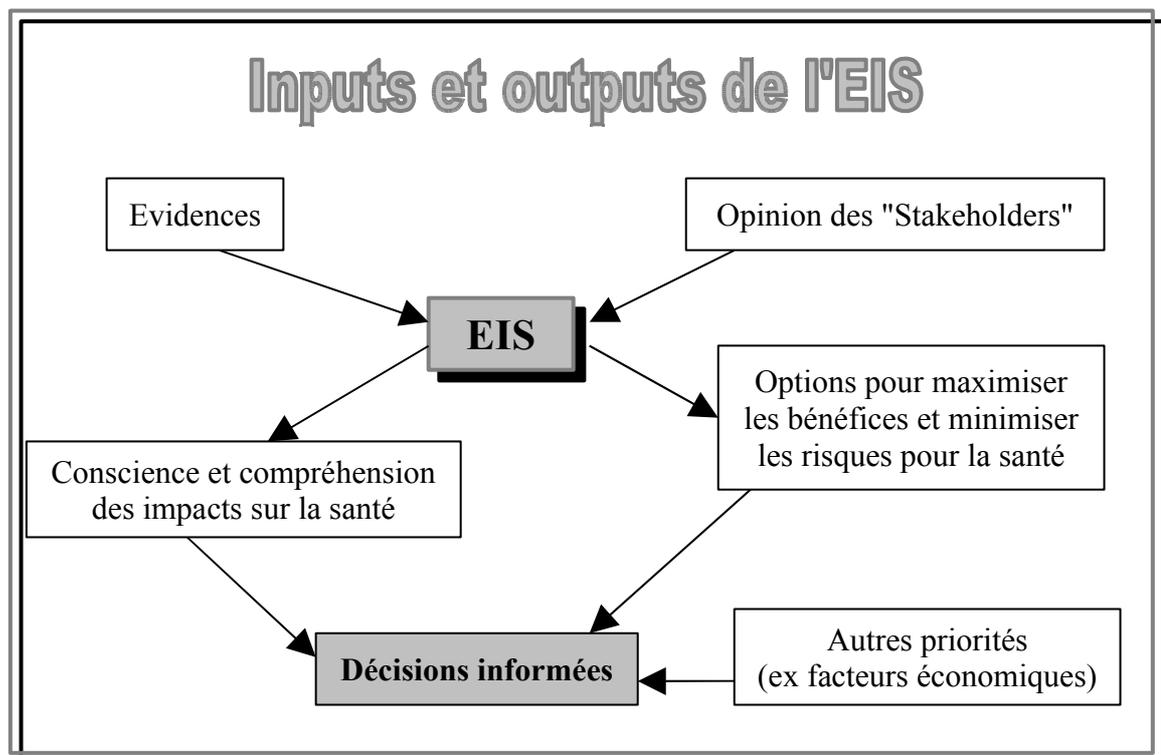
Figure n° 5: Phases de réalisation d'une EIS **(Référence)**

Comme nous allons le voir dans les chapitres suivants, l'EIS ne dispose pas d'une méthodologie figée, mais constitue plutôt un processus flexible et créatif et les modèles conceptuels (Merseyside, Gothenburg...etc.) proposent des phases établies selon un schéma bien défini qui ne sont qu'à titre indicatifs et peuvent être modifiés selon les cas appliqués (cf. chapitre analyse de cas appliqués)

**II-2-d. Rôle et importance :**

Les dernières années ont connu l'émergence de mouvements imposant l'insertion de l'EIS dans le processus d'élaboration des PP en mettant au premier plan ses multiples avantages : **Figure n° 6**

- ▶ Aider les « decision makers » à améliorer la qualité de prise de décisions et les responsabiliser avec des informations clés et des recommandations objectives.
- ▶ Contribuer à optimiser les ressources engagées
- ▶ Responsabiliser tous les acteurs impliqués par la décision « stakeholders » en les impliquant aussi dans le processus d'évaluation.
- ▶ Mettre en relief tous les déterminants de la santé et leurs impacts sur les groupes vulnérables.
- ▶ Insérer la question des inégalités face aux risques de santé dans les politiques de développement.
- ▶ Favoriser la collaboration interdépartementale



## Figure n° 6 : Importance de l'EIS

Hilary Samson-Barry (2000)

L'EIS permet donc de donner une plus-value aux projets non sanitaires, qui est la préservation de l'état de santé voire son amélioration. Cela, en apportant des connaissances dans le domaine de la santé basées sur l'évidence et l'expérience et sur les données quantitatives et qualitatives recueillies grâce à la mise en place de ce processus.

Cette procédure n'étant pas une activité académique, les informations tirées de l'EIS concernant l'effet potentiel des PP sur la santé sont destinées à aider et orienter les preneurs de décisions aux niveaux local, régional ou national pour approuver le projet, le rejeter ou le modifier.

Ainsi, le rapport de l'EIS n'est pas seulement un constat ou une analyse, mais aussi une proposition de moyens de changement et d'améliorations s'il y a lieu.

Sauf qu'ici, il est important de souligner que trois cas de figures peuvent se présenter :

- ▲ *L'EIS démontre un effet positif des PP sur la santé* : dans ce cas, les pouvoirs publics sont unanimes sur la promotion de telles politiques et tous les moyens, nécessaires et disponibles, sont mis en œuvre pour sa concrétisation.
- ▲ *Le rapport de l'EIS est formel sur la nocivité* : la prévention est de mise et les preneurs de décision doivent annuler cette politique ou la modifier, s'il y a lieu, avant la ratification. La majorité des législations prévoient de telles mesures et les pouvoirs exécutifs dans ce domaine l'appliquent plus ou moins pleinement.
- ▲ *Le comité de l'EIS souligne un effet néfaste potentiel sur la santé mais la relation cause à effet n'est pas établie* : selon les législations en vigueur dans les pays concernés, le principe de précaution peut être appliqué d'office (cas de la France, le Canada et la Belgique) ou, comme c'est le cas de la plupart des PVD, d'autres considérations peuvent rentrer en jeu. (nous y reviendrons à la troisième partie : Discussion)



### **III) Modèles théoriques**

Différents modèles d'évaluation d'impact des PPP ont été élaborés sur le plan théorique ou pratique. Nous citons dans ce qui suit ceux qui sont les plus intéressants à connaître en tant que précurseurs des processus d'EIS adoptés dans plusieurs pays.

#### **III-1. Consensus de Gothenburg**

Ce consensus émane de pays européens qui ont mis en commun leurs expériences dans le domaine de l'EIS mais aussi dans celui, plus ancien, de l'EES. Il a été adopté lors de la conférence de Gothenburg organisée par le bureau européen de l'OMS en 1999.

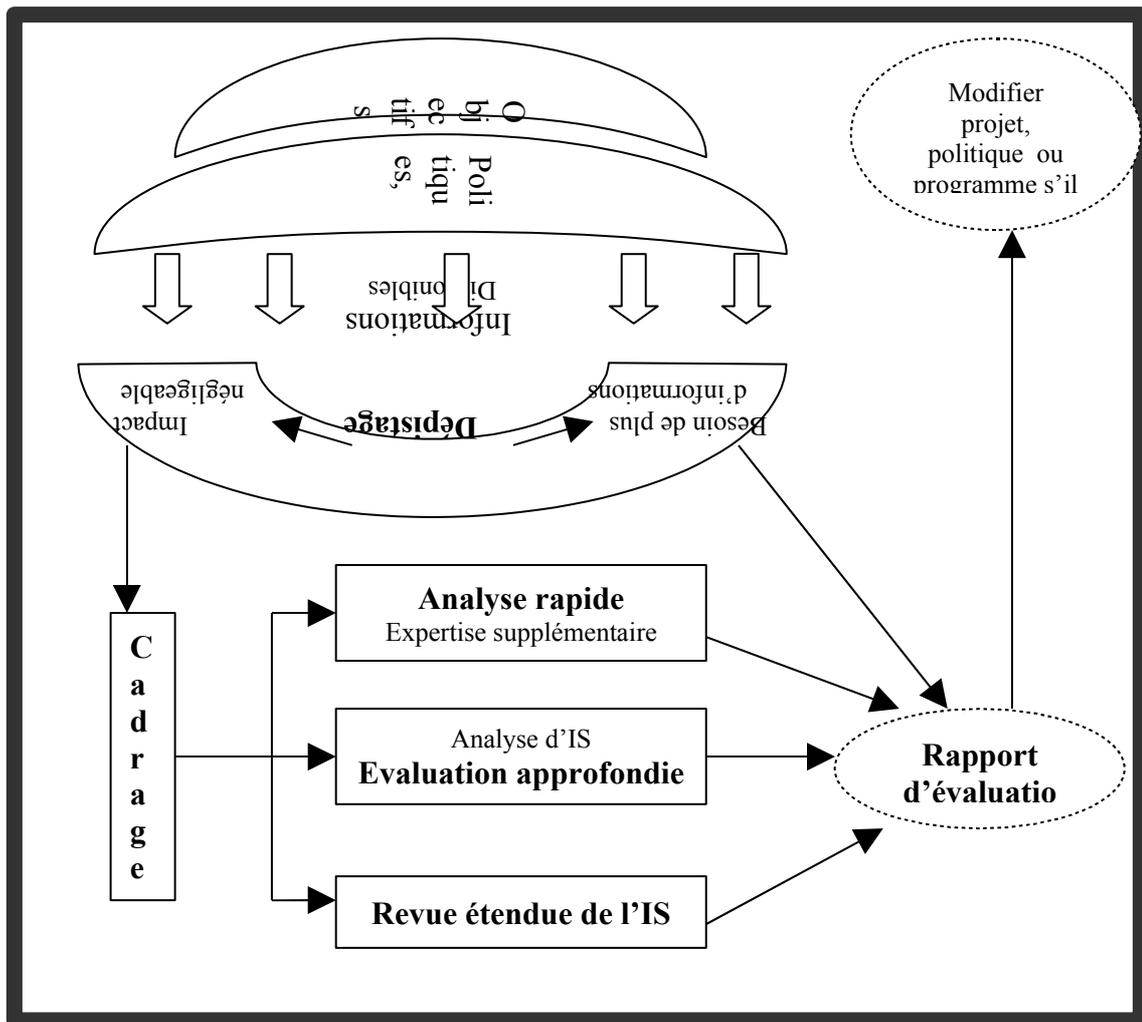
Le modèle de Gothenburg repose sur quatre valeurs : outre l'*équité*, l'utilisation *éthique* des connaissances scientifiques et le *développement durable* des ressources humaines, économiques et environnementales, il souligne l'importance de considérer les attentes de ceux qui seront affectés par les mesures choisies dans le cadre de la *démocratie participative*.

Ce processus, qui repose également sur quatre déterminants de la santé soit le revenu, l'emploi, l'éducation et le support social, se déroule en cinq étapes : (Figure n° 7)

#### **(consensus de Gothenburg. 1999)**

1. « Screening » ou tri préliminaire : Dépistage permettant d'identifier les politiques ou projets devant être analysés selon leurs impacts potentiels sur la santé.
2. « Scoping » ou Cadrage : première analyse rapide qui déterminera le type d'analyse et sa portée.
3. « Appraisal » : C'est la réalisation de l'analyse proprement dite. Elle peut être courte, longue ou intermédiaire.
4. Ajustement de la mesure et prise de décision
5. Surveillance et évaluation du processus.

Il s'agit d'un modèle de base pouvant être modelé selon les contextes politiques des pays et les cibles visées par l'EIS. Il est applicable pour les projets, programmes et politiques que ce soit au niveau local, national ou international.



**Figure n° 7 : Modèle théorique de Gothenburg**  
 (Consensus de Gothenburg. OMS. 1999)

Il ressort de ce schéma que le modèle de Göthenburg est une analyse à priori. Le processus d'analyse d'impact est donc inséré tôt dans l'élaboration des PP pour que les mesures à apporter soient efficaces.

C'est le modèle retenu comme référence pour le processus de l'EIS dans beaucoup de pays et gouvernements, notamment à la Province du Québec. (*cf. chapitre « Cas appliqués »*)

### **III-2. Modèle de Merseyside**

Mis au point, en 1997, par l'Observatoire de Santé Publique du département de SP de l'Université de Liverpool (Liverpool Public Health Observatory) et EQUAL (the Equity in Health Research and Development Unit), le modèle de Merseyside, basé essentiellement sur la démocratie participative et l'équité, ne se focalise pas uniquement sur l'environnement physique mais met aussi l'accent sur les aspects socioéconomiques et culturels dans l'EIS et cela par le biais notamment des déterminants de la santé.

Le guide élaboré pour la circonstance, nommé « The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment », regroupe des directives destinées à ceux qui travaillent dans le domaine de l'EIS : personnel des différentes administrations centrales ou locales, du secteur de la santé, du secteur bénévole... etc.

On y explique la mise en œuvre, les procédures et les méthodes pour entreprendre des évaluations d'impact sur la santé. Une de ses particularités, utile et intéressante, est la distinction claire faite entre les procédures et les méthodologies en matière d'EIS présentées dans ce modèle. **(G. Hamel 2004)**

La procédure comprend les étapes suivantes : **(Figure n° 8)**

- \* Dépister pour identifier les sujets d'analyse
- \* Établir un comité d'étude
- \* Réaliser l'EIS selon la méthodologie sous-citée
- \* Négocier les recommandations
- \* Suivre et évaluer ----> Feed-back

Cependant, la méthodologie regroupe : **(Figure n° 8)**

- \* L'analyse des PP s'il y a lieu
- \* La réalisation d'un profil des populations affectées
- \* L'implication des parties concernées
- \* L'identification des principaux déterminants de la santé pouvant être affectés, en consultant, si nécessaire, les précédents rapports d'évaluation.
- \* L'évaluation des risques sur la santé (probabilité, importance, étendue)
- \* La classification des impacts selon leurs priorités
- \* Les conclusions, alternatives et suggestions justifiées.

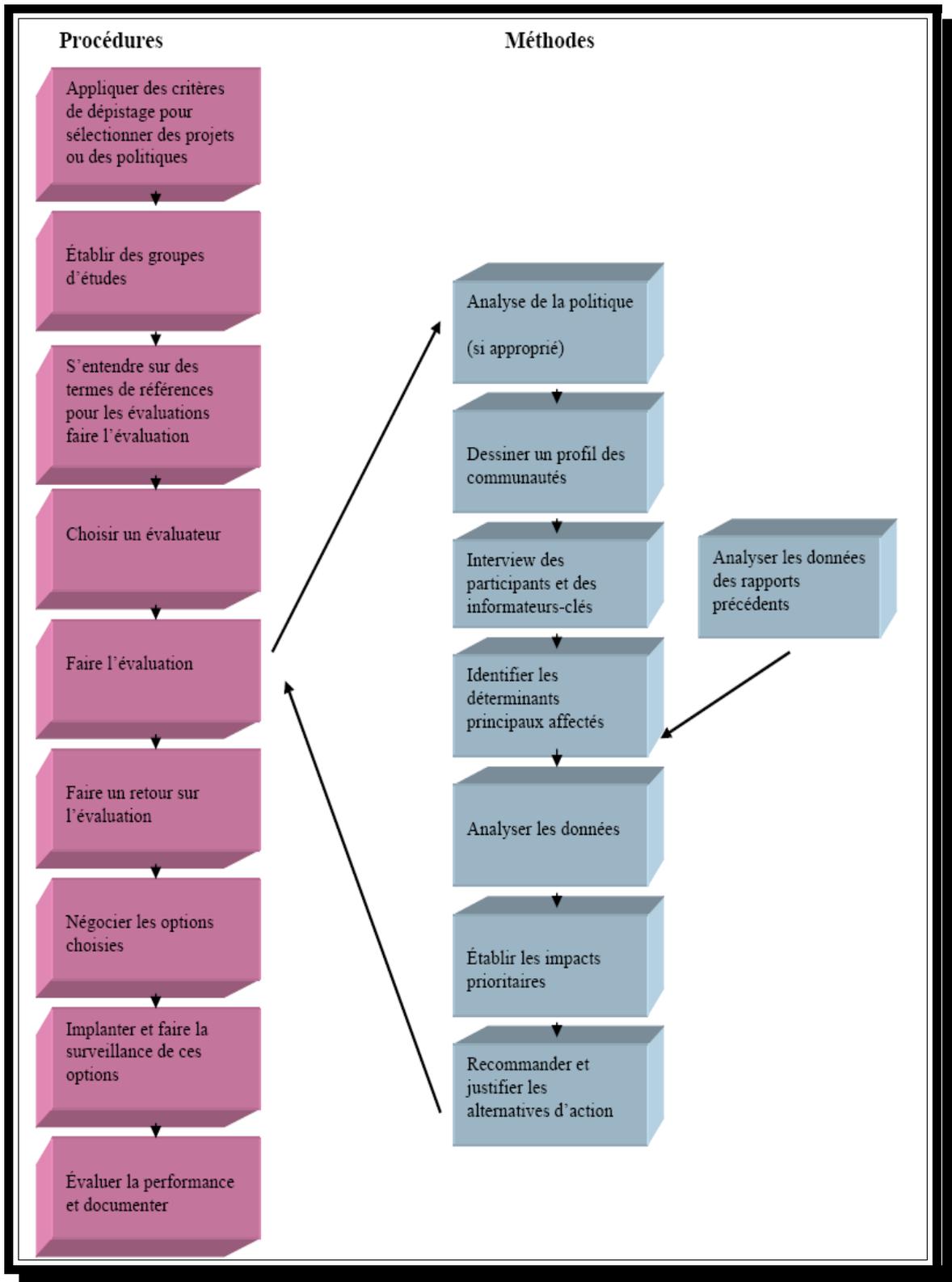


Figure n°8 : Procédures et méthodes du modèle de Merseyside  
**Référence**

Le modèle Merseyside distingue trois catégories d'EIS : **(HIA as a Tool for Intersectorial Health Policy , 1999)**

11) L'évaluation détaillée : réalisée par un expert, à l'intérieur de quatre à six mois, supervisé par un spécialiste « senior » de la SP ;

2

32) L'évaluation rapide : Cette évaluation nécessite un atelier de trois à quatre heures, regroupant des professionnels en PP du domaine concerné et des spécialistes en SP. Il sera dirigé par un expert dans l'EIS afin d'explorer les décisions proposées et leurs impacts potentiels.

4

53) Vérification d'impacts possible sur la santé : apparentée à l'étape de dépistage du consensus de Göthenburg, ce type d'évaluation permet de sélectionner les projets ou programmes présentant des effets potentiels sur la santé et s'appuie sur des données connues et facilement disponibles. Elle sera réalisée en deux heures par un professionnel expérimenté en élaboration de PP.

Il est à souligner que ce modèle, plus adapté à des projets ou programmes spécifiques, est utilisé par l'université de Liverpool pour faire des évaluations d'impacts, davantage sur des projets que sur des politiques. La ville de Londres utilise elle aussi ce modèle pour faire des évaluations d'impacts sur la santé au niveau de son territoire. (cf. chapitre « étude de cas appliqués ») **(A short guide to HIA, London, 1997)**

### **III-3. Modèle de Bielefeld**

C'est un modèle d'évaluation d'impact sur la santé environnementale (Environmental Health Impact Assessment **EHIA**) développé par des chercheurs de l'Université de Bielefeld (Allemagne), en collaboration avec l'Institut de SP de la Rhénanie du Nord-Westphalie (Allemagne).

L'accent est mis, dans ce modèle, sur l'effet des changements de l'environnement physique sur la santé.

Trois éléments sont considérés comme particulièrement importants : **(Plateforme EIS)**

- ⇒ L'analyse du statu quo
- ⇒ La prédiction de l'impact
- ⇒ L'évaluation de l'impact

Ce modèle a été conçu pour l'évaluation de projets de différentes natures en intégrant la santé humaine dans le processus d'étude de l'impact sur l'environnement (**EIE**). Il se déroule en dix étapes comme suit :

- a) Analyse du projet
- b) Analyse régionale
- c) Analyse de la population
- d) Etat général préexistant
- e) Projection de la pollution future
- f) Pronostic de l'impact sur la santé
- g) Résumé de l'évaluation d'impacts
- h) Recommandations
- i) Communication
- j) Evaluation

La relation entre ces étapes et le déroulement du processus est démontré par le schéma suivant : **(Figure n° 9)**

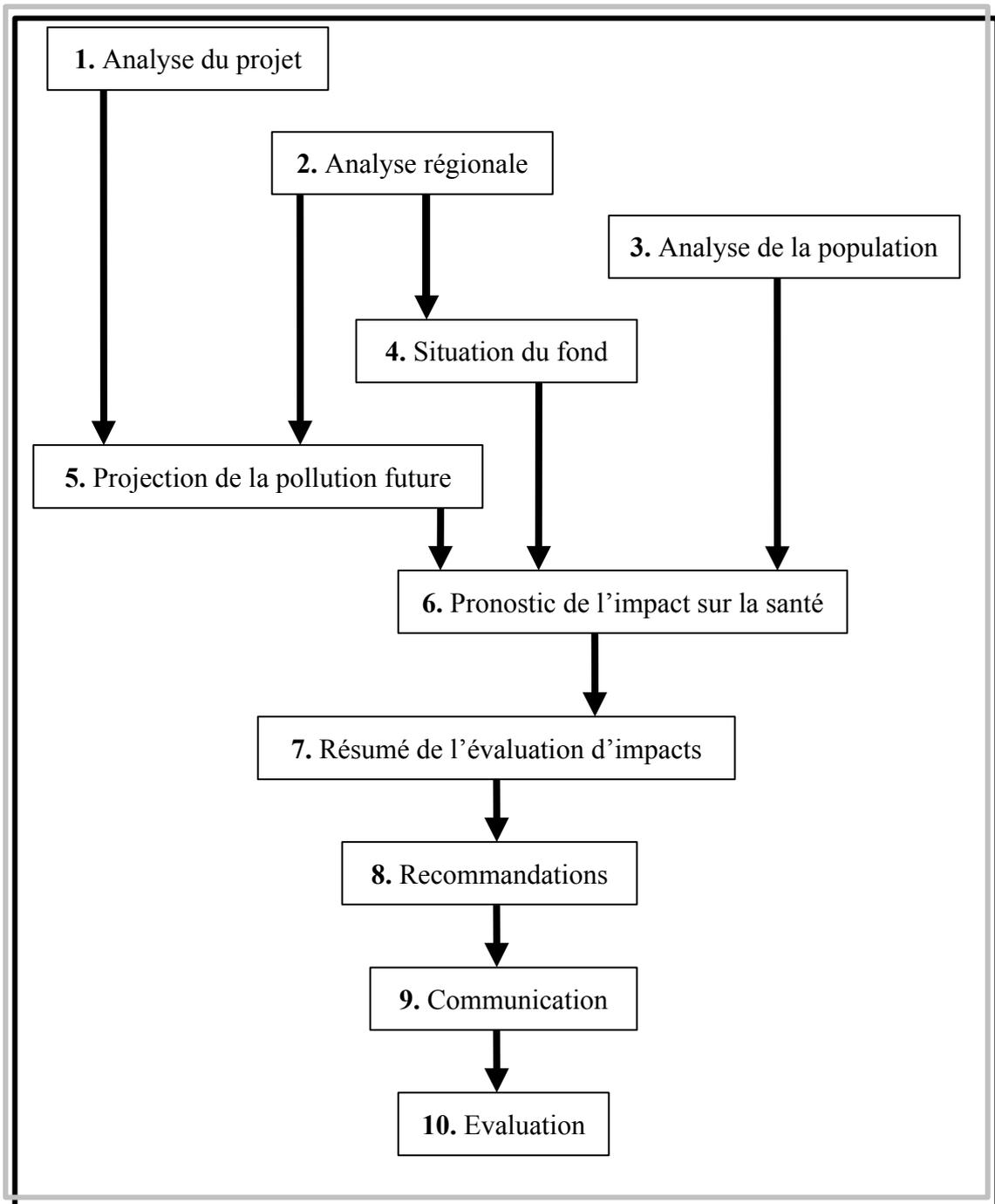


Figure n° 9 : Modèle de Bielfeld : approche en dix étapes.

Référence

### III-4. Modèle d'évaluation environnementale stratégique

**(L'EES : Un outil pour le développement durable, MENV, 2000).**

Ce modèle a trouvé son origine dans le concept d'évaluation des incidences sur l'environnement. Il a été initié par le "United States National Environmental Policy Act" (NEPA) en 1969.

Originellement, il n'y avait pas de différence conceptuelle entre EIE et EES ; cela s'appliquait aux projets et aux politiques, de l'initiative la moins stratégique à la plus stratégique.

Dans leurs applications, le ministère de l'environnement québécois a divisé les évaluations environnementales en deux grandes catégories selon le niveau du sujet de l'analyse :

- # l'évaluation de l'impact sur l'environnement (EIE), qui est consacré à l'évaluation des impacts des projets individuels sur l'environnement, et
- # l'évaluation environnementale stratégique (EES), visant l'analyse d'impact des propositions de politiques, de plans et de programmes (PPP) sur l'environnement.

Tant qu'on est dans l'EPP, la définition de cette deuxième catégorie, notamment l'EES, est intéressante à reprendre :

*« Un processus systématique, formel et exhaustif servant à évaluer les effets environnementaux de politiques, plans ou programmes ainsi que leurs alternatives ; le processus donne lieu à un rapport écrit dont les conclusions sont utilisées dans la prise de décision par des autorités publiques imputables. »*

**Encadré n° 6 : Définition de l'EPP (Thérivel et col. 1992)**

Certes, le volet impact sur la santé de l'EES n'est traité que quand il existe une relation de cause à effet entre l'amélioration ou la dégradation de l'environnement et la

santé des populations ; mais, comme nous l'avons déjà signalé, l'EES serait à l'origine du processus de l'EIS. Elle mériterait donc un approfondissement sur son cas.

La figure suivante, montre les différentes composantes du processus de l'EES : acteurs, étapes et outils. (E. d'Ieteren. 2006)



Figure n° 10 : EES: fonctionnement général  
(E. d'Ieteren. EES. 2006)

Les acteurs : (E. d'Ieteren. 2006)

- a. L'initiateur des PPP : c'est le responsable de l'élaboration des PPP

- b.* Le *chargé d'étude* : il est responsable de la réalisation de l'EES et de l'élaboration du rapport sur les incidences environnementales
- c.* L'*autorité compétente* (ex.: gouvernement) : Responsable de la prise de décision relative à l'adoption du PPP (acceptation, amendement, rejet)
- d.* Les *autorités environnementales* : elles agissent souvent comme organismes-conseils et organes consultatifs (en collaboration avec d'autres acteurs)
- e.* Le *public* : Intervient généralement pour donner son avis et/ou pour participer plus étroitement à l'élaboration des PPP et de leur évaluation en contribuant à l'identification des enjeux et des éléments à considérer.

**Les étapes :** Réf

- a.* *Tri préliminaire* : Vise à déterminer la nécessité de réaliser une EES et, le cas échéant, l'envergure qu'elle devra prendre.
- b.* *Cadrage* : Vise à structurer la démarche d'EES en identifiant ce qu'elle doit prendre en compte (ex.: contraintes, incidences et alternatives à évaluer, acteurs à impliquer). Cette étape nécessite donc une consultation.
- c.* *Evaluation, comparaison des alternatives* : Vise à évaluer et à comparer les incidences environnementales des PPP et de leurs alternatives pour déterminer celles qui sont les plus favorables à l'environnement.
- d.* *Réalisation du rapport d'évaluation environnementale* : Vise à synthétiser l'information liée à la réalisation de l'EES dans le but d'en informer les acteurs intéressés (ex.: public, organismes non gouvernementaux, autorités compétentes). Dans certains cas, le rapport fait état de la consultation/participation des acteurs.
- e.* *Révision* : Vise à s'assurer que le rapport réalisé est complet et est de qualité. Elle peut servir à juger de l'acceptabilité environnementale du PPP.
- f.* *Prise de décision relative à l'adoption du PPP*: Consiste à rendre une décision sur la proposition de PPP soumise à l'EES (rejet, acceptation ou amendement).
- g.* *Mise en oeuvre et suivi* : la mise en oeuvre consiste à mettre en application les orientations, objectifs et/ou mesures énoncés dans le PPP ainsi que les recommandations issues du processus d'EES tandis que le suivi consiste à tirer des leçons de la pratique en mettant en évidence les éléments à

considérer dans le cadre d'évaluations environnementales ultérieures portant sur des PPP similaires.

Puisque ce modèle est déjà appliqué dans bon nombre de pays, on pourrait s'en inspirer pour tirer des conclusions concernant l'EIS. Aussi, nous paraît-il intéressant d'avoir des réflexions sur ses points forts et inconvénients :

Selon **Pacault (2000)**, l'application de l'évaluation environnementale aux PPP permettrait au niveau international d'intégrer les préoccupations environnementales aux plus hauts échelons du processus décisionnel. Elle aiderait ainsi à la résolution de problèmes environnementaux à la source, la prise en compte des effets environnementaux dans des décisions de toute nature (juridique, administrative, fiscale, économique, etc.) et la responsabilisation des décideurs et des citoyens. **MEnv. 2000.**

**Thérivel et coll.(1996)** ajoutent que son intégration tôt dans le processus décisionnel lui confère le pouvoir de prendre en considération un plus large éventail d'impacts, tels les impacts cumulatifs, indirects et secondaires et d'identifier les mesures d'atténuation appropriées. **Thérivel et coll.(1996)**

Cependant, l'EES n'a pas encore atteint le succès prévu quant à son influence sur les « decision makers » et son intégration dans le processus de planification.

Cela peut être attribué à plusieurs facteurs qu'on peut transposer au cas de l'EIS.

Le ministère québécois de l'environnement (2000) a souligné que l'EES nécessite un savoir-faire que plusieurs ministères et organismes publics ne possèdent pas encore.

**(MENV, 2000)**

Puis à **Brown et Nitz (2002)** de rajouter que certains décideurs jugent que les considérations environnementales sont déjà suffisamment prises en compte dans le processus existant. En plus, ils craignent l'allongement des délais dans le processus d'adoption de nouveaux PPP dû aux formalités entourant le processus de l'EES comme présentées dans la littérature. **(Brown et Nitz, 2002)**

### **III-5. Modèle d'analyse d'impact sur les aspects sociaux**

Dans ce modèle, les impacts sociaux sont considérés de façon très large. Outre ce qui est pris en compte dans l'EES (les changements démographiques, les problématiques d'emploi, la sécurité financière et les impacts sur la vie familiale), d'autres impacts sont étudiés comme sur la santé, la culture, l'esthétique ou la discrimination.

On admet, en général, que les impacts sociaux correspondent aux changements qui interviennent dans la vie des gens, dans leur gagne-pain, leur culture, leur patrimoine ou leur communauté, suite à la mise en place d'un programme, à la réalisation d'un projet, d'une directive ou d'un plan. Certains de ces changements sociaux potentiels peuvent être nécessaires ou même recherchés et leurs précurseurs seront alors promotionnés. Les études d'évaluation des répercussions sociales sont néanmoins axées sur les effets involontaires et indésirables, tels que ceux se traduisant par une épreuve, la perte de jouissance d'une habitation ou d'une propriété ou un bouleversement du style de vie de certaines personnes ou d'une communauté.

Une étude des répercussions sociales comprend généralement cinq étapes :

- a) dresser le tableau des conditions sociales existantes,
- b) prévoir quels sont les changements les plus susceptibles d'être engendrés par le développement proposé : quelles sont les personnes qui seront touchées? De quelle façon et pour combien de temps?
- c) déterminer l'importance relative de ces changements potentiels,
- d) prévoir les mesures qui permettraient d'éviter ou de minimiser les effets adverses
- e) évaluer l'acceptabilité d'ensemble du développement proposé, compte tenu de l'importance des répercussions sociales potentielles.

*A.M. Armour* soulignait qu'il est souvent impossible de prédire exactement ce qu'il adviendra des personnes et de leur communauté après la réalisation d'un projet de développement. Il est néanmoins possible d'estimer et de comprendre ce qui pourrait arriver, ce qui devrait être fait pour éviter les retombées négatives et pourquoi ; et de répondre aux besoins et aux inquiétudes des personnes susceptibles d'être affectées.

L'évaluation des impacts sociaux (Social Impact Assessment "SIA") regroupe donc les processus d'analyse, d'évaluation et de gestion des conséquences sociales prévues et imprévues, négatives et positives, d'interventions planifiées PPP, ainsi que tous les processus de changements sociaux invoqués par ces interventions. (voir figure n° 11)  
 Son principal objectif est de contribuer à la mise en place d'un environnement biophysique et humain durable et équitable (*International Principles for SIA. 2003*).

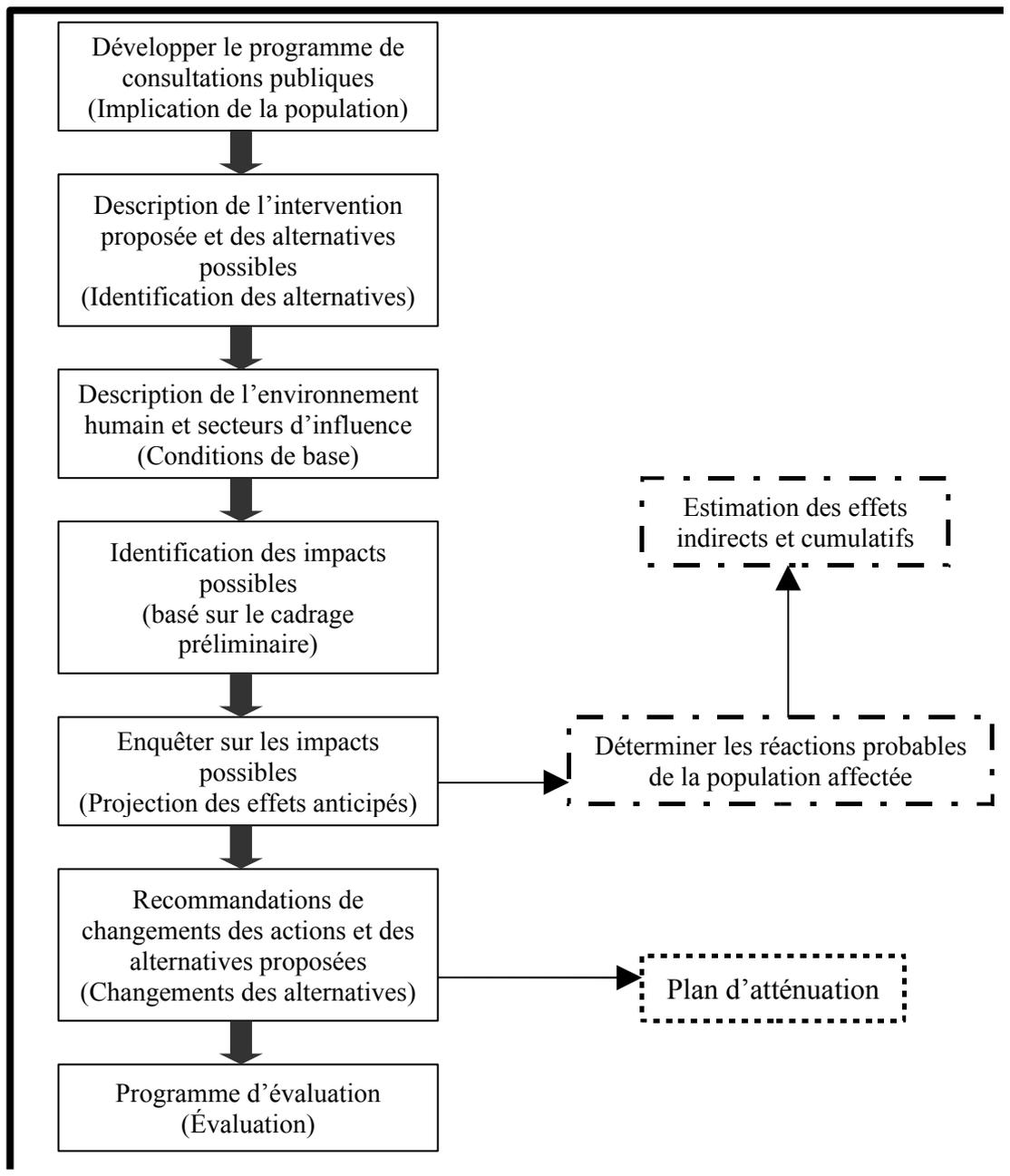


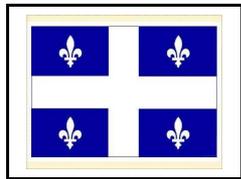
Figure n° 11 : Processus d'évaluation du SIA (Référence)

## **DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DE CAS APPLIQUÉS**

Plusieurs pays, gouvernements ou mêmes conseils municipaux ont appliqué l'EIS sur leurs nouvelles politiques et projets de lois.

Nous en citerons quelques exemples en s'appuyant pour les deux premiers cas, la Province du Québec et le Canton de Genève, sur une recherche auprès d'universitaires, d'experts et de chercheurs touchant de près ou de loin ce domaine. Pour le reste des cas appliqués, les données sont tirées de la recherche bibliographique et internet.

### ***I. Cas de la Province du Québec***



Lieu de stage de mise en situation professionnelle<sup>1</sup>

Au cours des deux dernières décennies, la Province du Québec s'est dotée d'outils et de moyens permettant une meilleure prise en considération de l'impact sur la santé, positif ou négatif, des différents programmes et pratiques.

Ceci se palpe concrètement par la mise en oeuvre de la loi sur la SP, sanctionnée par l'Assemblée Nationale en décembre 2001, ainsi que celle du programme national de santé publique en 2003.

Cette loi vient confirmer les fonctions et le partage des responsabilités en SP et donne, en même temps, aux responsables des outils pour exercer leurs fonctions et leur attribue des obligations. Elle établit, à travers ces moyens et ces obligations, des passerelles entre les différents secteurs.

---

<sup>1</sup> Le stage de mise en situation professionnelle s'est effectué au CAPP de l'Université Laval à Québec entre le 02 mai et le 31 juillet 2006 sous la direction du Pr. Jean Crête.

En effet, un des articles de la loi sur la SP de 2001, notamment l'article 54, traite du vif de notre sujet. **(Encadré n° 7)**

*« Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.*

*À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population ».*

**Encadré n° 4 : Article 54 de la loi sur la SP au Québec**

MSSS. 2001

A l'analyse de cet article, on remarque que le premier paragraphe désigne le Ministre de la Santé et des Services Sociaux comme conseiller des autres ministres et lui confère le pouvoir d'initiative lui permettant d'émettre de façon proactive des avis portant sur les différents domaines d'intervention gouvernementale pouvant avoir un effet sur la santé de la population. Le deuxième alinéa crée, quant à lui, une obligation pour les ministères et organismes de consulter le Ministre de la Santé et des Services Sociaux lors de l'élaboration de lois et de règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé. **(G.Hamel 2005)**

Rappelons que cette loi est entrée en vigueur depuis le 18 juin 2002 et sa mise en œuvre a nécessité du MSSS l'élaboration d'une stratégie qui comprend deux grands volets soit :

- ▲ L'instauration d'un *processus intra-gouvernemental* d'EIS
- ▲ L'adoption d'un *programme de recherche* favorisant le développement et le transfert des connaissances sur les PP favorables à la santé et au bien-être.

I-1. Processus intragouvernemental d'EIS :

Ce processus, comprend plusieurs étapes qui dépendent chacune des résultats de la précédente à savoir : Dépistage ; cadrage et évaluation préliminaire ; analyse approfondie ; avis du MSSS ; ajustement et décision ; évaluation et suivi.

Le schéma suivant en explique le déroulement pratique :

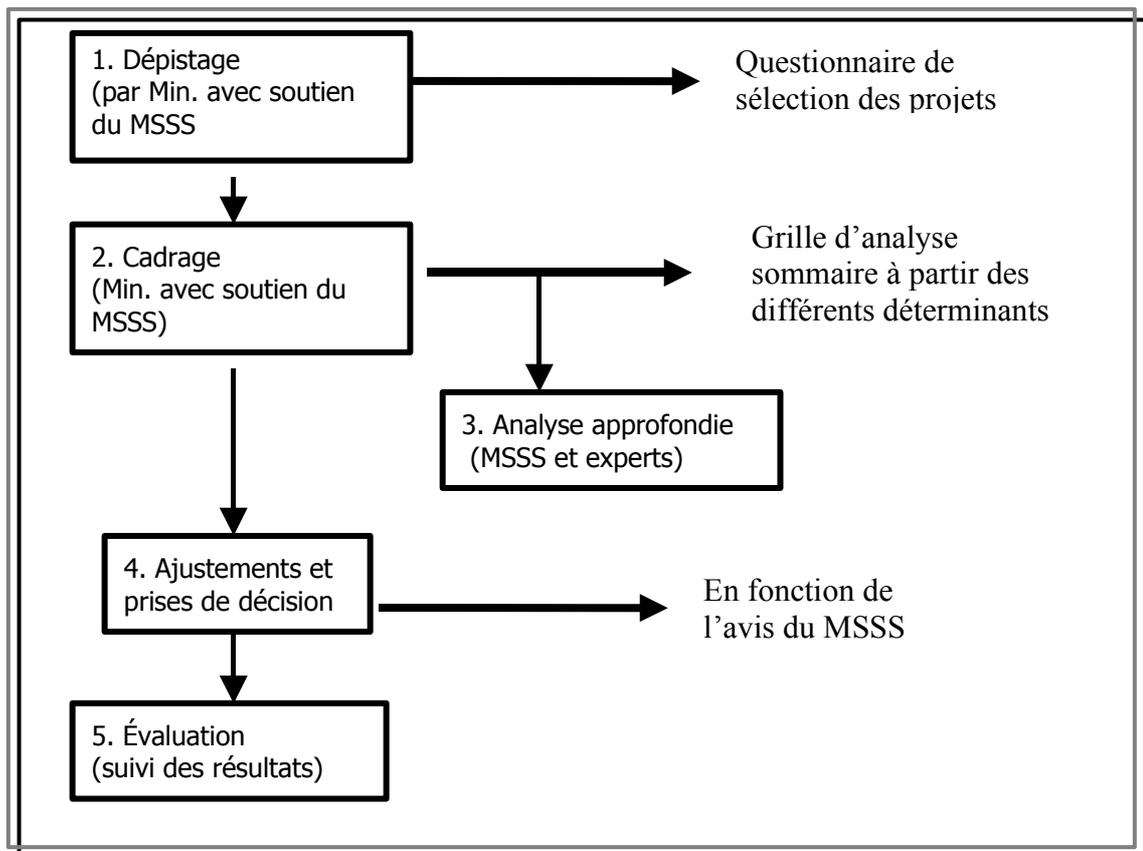


Figure n° 12 : Processus de l'EIS au Québec

**Louise St Pierre (2005)**

À la lecture et l'analyse de ce modèle, on remarque sa similitude avec le modèle théorique de Göthenburg. En effet, il a constitué le point de référence au groupe de travail qui a formulé la proposition évoquant l'obligation aux différents ministères de consulter le MSSS. **(G.Hamel 2005)**

Après deux années de mise en application de l'article 54 de la loi sur la SP, une évaluation du processus a été réalisée par la direction du programme de santé publique du MSSS et a permis de dégager certains constats relativement à la poursuite des objectifs qui sous-tendent cet article 54.

Trois aspects de la stratégie ont été testés et évalués : l'applicabilité et la faisabilité du mécanisme d'analyse d'impact, son acceptabilité politique et sa capacité à produire des résultats.

Les principales conclusions notables sont : **(LE 54 : Bulletin d'information. Mai 2005)**

- ▲ Une faible adhésion de certains ministères et organismes aux principes visés par l'article 54.
- ▲ Le niveau d'appropriation et d'implantation du mécanisme demeure modeste.
- ▲ Le manque de connaissances à l'égard du mécanisme et des facteurs qui déterminent la santé et le bien-être
- ▲ La mauvaise maîtrise du mécanisme d'EIS
- ▲ Le principe voulant que les avis du MSSS soient considérés tôt dans le processus d'élaboration des lois et règlements n'est pas atteint puisque celui-ci est interpellé, le plus souvent, à la fin du processus de décision.
- ▲ L'acceptabilité politique du mécanisme est variable d'une organisation à l'autre : les organisations à vocation sociale adhèrent en effet mieux à la démarche que celles qui ont une vocation économique.

Suite à cette critique, la même instance a proposé quelques améliorations se résumant en ce qui suit :

- » Situer le mécanisme intragouvernemental d'analyse d'impact le plus tôt possible dans le processus d'élaboration de projets de lois et de règlements de chacun des ministères pour une meilleure prise en compte des impacts potentiels, et ce, en assurant une vigie et un meilleur suivi ;
- » Renforcer l'adhésion des partenaires autour des principes visés par l'article 54 de la loi sur la SP par des activités de soutien et de formation ;
- » Développer une stratégie d'action intersectorielle qui va au-delà du cadre de l'implantation du mécanisme de l'EIS dans une optique de consolidation et de développement des acquis de collaboration intersectorielle.
- » Développer les capacités à l'intérieur des ministères en formant les répondants sur le mécanisme intragouvernemental et les outils d'analyse d'impact et en élaborant un document sur les liens entre la santé et le bien-être de la population québécoise et les déterminants qui les influencent ;
- » Disposer d'outils d'évaluation et d'analyse d'impact significatifs, clairs, faciles d'utilisation et bien expliqués pour qu'ils puissent être employés par des analystes non-spécialisés en santé ; **(LE 54 : Bulletin d'information. Mai 2005)**

I-2. Programme de recherche sur les PP favorables à la santé et au bien-être:

L'adoption de PP favorables à la santé des populations a été l'axe de discussion des professionnels de la santé et de tous les acteurs de la SP depuis de longues années. Ce n'est qu'en 1986, qu'elle a fait l'objet d'une des stratégies retenues dans la charte d'Ottawa appuyant ainsi le rôle des déterminants de la santé telles que décrits dans le rapport Lalonde de 1974. **(voir annexe)**

La loi sur la SP du Québec, et précisément les articles 53, 54, 55 et 56, est venue renforcer la place de la promotion de la santé dans le rôle de tous les acteurs du domaine. **(voir annexe n° III)**

La promotion de la santé y est définie comme :

*" visant l'amélioration de la santé et du bien-être en permettant le développement de conditions favorables à la santé et au bien-être; elle se concentre sur les déterminants de la santé et du bien-être ou facteurs qui favorisent ou nuisent à la santé et au bien-être".*

**Encadré n° 8 : Définition de la promotion de la santé**  
*(MSSS. Québec. 1999)*

Dans ce sens, le gouvernement québécois a lancé un programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être, mené conjointement entre le Fonds Québécois de Recherche sur la Santé et la Culture et le Fonds de Recherche en Santé du Québec. L'Institut National de Santé Publique du Québec y joue le rôle de conseiller pour la synthèse de connaissances et avis.

Ce programme vise, à travers l'EIS, à déceler les PP ayant un impact positif sur la santé et suggérer des moyens à mettre en place pour les promouvoir. Ainsi, riche de son expérience en la matière à tous les niveaux, le Québec, à travers l'INSPQ, s'est vu attribuer par l'Agence Canadienne de Santé Publique la mission de mettre en place un Centre de Collaboration Nationale sur les politiques publiques et l'Évaluation des Risques CCN-PR couvrant tous les secteurs à l'échelle du Canada. **(G.Hamel 2005)**

## **II. Cas du Canton de Genève**

Lieu de stage universitaire en mobilité internationale<sup>Ⓟ</sup>



Le Canton de Genève a décidé d'adopter cet outil d'aide à la décision qu'est l'EIS, destiné à intégrer la promotion de la santé dans les processus de décision, dans un contexte très favorable marqué par :

### # *Au niveau européen :*

- L'engagement dans la Phase IV (2003-2008) du réseau des Villes-Santé de l'OMS dont l'un des thèmes centraux est l'EIS. Le Canton de Genève est d'ailleurs actuellement le seul membre suisse du réseau européen des Villes- Santé.
- La signature du Protocole de Kiev (2003) sur les EES, qui est une convention sur l'EIE dans un contexte transfrontalier. Le Protocole de Kiev, oblige les parties à évaluer les conséquences environnementales de leurs PPP officiels. On le considère comme l'outil principal pour le développement durable.

### # *Au niveau local :*

- Les travaux de l'Office fédéral du développement territorial (ARE) sur l'évaluation de la durabilité. Cette évaluation vise les projets de la Confédération qui sont d'ordre stratégique, programmatique et conceptuel. Elle aide à fournir des bases de décision transparentes pour les processus politiques.
- La sélection des EIS en tant que champ d'action prioritaire par la DGS.

Le canton a donc adopté une approche expérimentale et législative pour ce faire. Ainsi, l'EIS a été inscrite dans la nouvelle loi sanitaire genevoise, adoptée en avril 2006 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre de la même année, permettant au Gouvernement

---

<sup>Ⓟ</sup> Le stage universitaire en mobilité internationale s'est effectué à l'IUED de Genève en Suisse entre le 15 octobre 2006 et le 22 février 2007.

de demander une EIS de tout projet pouvant engendrer des conséquences négatives sur la santé. **(Plateforme EIS. 2007)**

En effet, l'article 4 de la loi sur la santé, intitulé « Obligations de l'Etat et des communes », stipule que :

*« Si un projet législatif est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le Conseil d'Etat peut décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact sur la santé. »*

**Encadré n° 9 : Loi sur la santé. Art.4, Alinéa2.**

Parallèlement, des EIS pilotes de différentes natures ont été réalisées et qui ont donné des résultats assez probants : **(plateforme EIS. 2007)**

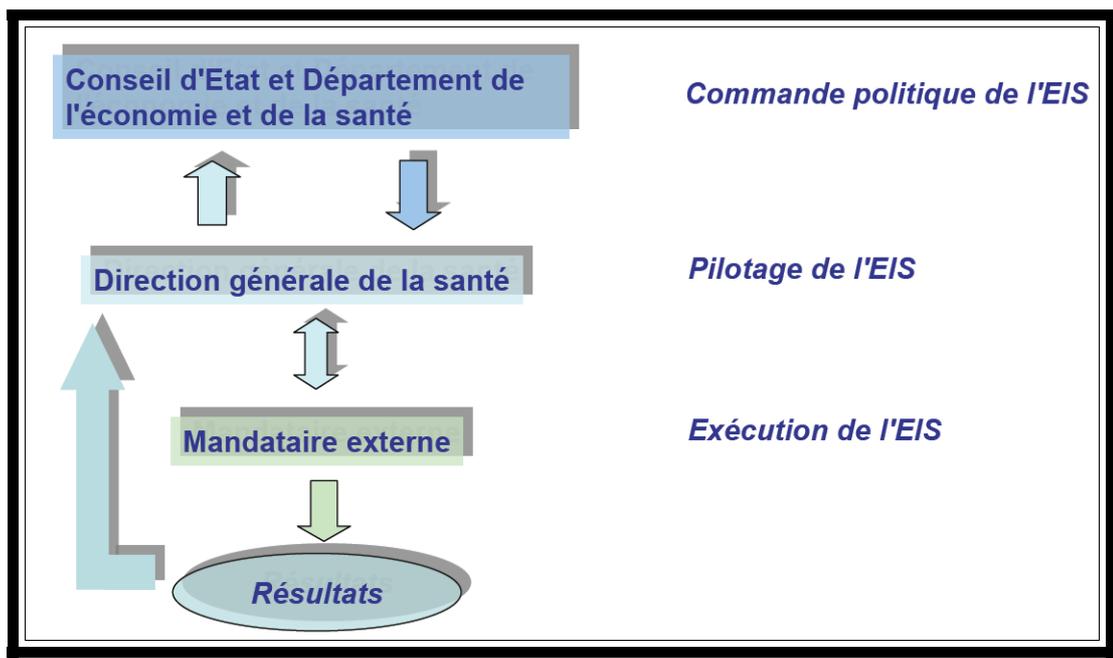
- ▲ projet d'aménagement de Mon Idée-les Communaux d'Ambilly "MICA",
- ▲ projet d'interdiction du tabagisme passif dans les cafés-restaurants et
- ▲ projet de promotion du vélo à assistance électrique.

Suite à ces conclusions, et pour mener à bien le projet de l'EIS, le Canton de Genève a élaboré une procédure interne à l'Etat pour le suivi des objets soumis à l'EIS.

L'un des points forts de ce modèle est sa commande par les plus hautes instances, ce qui lui confère un poids vis-à-vis des autres ministères et départements. Cela permet une adhérence plus facile de tous les concernés au processus d'EIS.

Le schéma suivant en résume le processus : **(Figure n° 13)**

1



*Figure n° 13 : Le processus d'exécution des EIS en Suisse  
(Plate forme EIS)*

### **III. Autres cas appliqués**

#### **I.1 Au niveau international**

Union Européenne : (Voir annexe Traité d'Amsterdam)

La base légale au développement officiel d'une politique de santé publique de l'UE, a été constituée par la ratification du Traité d'Amsterdam de l'UE en 1997, notamment via son article 152 :

*1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en oeuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté. L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. La définition et l'implémentation des politiques et des activités en faveur des communautés à risque prévoient un niveau optimal en matière de protection de la santé.*

*2. La Communauté encourage la coopération entre les Etats membres dans les domaines visés dans cet Article et si nécessaire apporte son soutien à leur action.*

*3. L'action communautaire en matière de santé publique respectera pleinement les responsabilités des Etats Membres pour l'organisation et la fourniture de soins de santé et médicaux. Ces mesures, en particulier, n'affecteront en rien les prestations nationales en matière de don ou d'usage médical d'organes ou de sang.*

**Encadré n° 10 : Extraits de l'article 152 du traité d'Amsterdam (1997)**

D'autre part, l'UE a ratifié, en 2001, une Charte Fondamentale des Droits de l'Homme qui stipule que : « Chacun a le droit d'accès aux soins préventifs et le droit de bénéficier de soins médicaux ».

Elle a alors adopté un programme d'action communautaire dans le domaine de la SP, s'étalant sur six années, 2003-2008, basé sur l'Article 152 du Traité d'Amsterdam. Ce programme souligne clairement la nécessité de la protection et de l'amélioration de la santé des populations européennes et constitue ainsi un incitant majeur à l'instauration d'une EIS systématique pour toutes les PP. Plusieurs pays y ont adhéré et l'EIS est en pleine expansion en Europe.

***1.2 Au niveau National***

*a) Les Etats-Unis d'Amérique : \_*

Le "US Department of Health and Human Services" a entrepris au début des années quatre-vingt-dix un processus de planification par objectifs intitulé « **Healthy People 2000** » pour suivre et évaluer l'efficacité des politiques dans vingt-deux secteurs prioritaires. Les objectifs nationaux établis s'articulent autour de la réduction des risques et d'amélioration de l'environnement et des effets sur la santé de la population.

Une évaluation de ce programme, réalisée en 1995, a fait état de progrès considérables. Nous en citerons: **(Healthy People 2000: Mid-Course review. 1996)**

- La surveillance de la santé des Américains par l'utilisation d'objectifs facilite la détection et la suppression des politiques et des programmes qui favorisent la discrimination en matière de santé et de bien-être au sein de la population américaine.
- Aux alentours de 70 % des services de santé locaux utilisent l'initiative « *Healthy People 2000* » comme cadre pour les programmes et les politiques de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

- La surveillance et la communication sur l'état de santé des populations aux Etats-Unis ont permis d'enregistrer des améliorations aux domaines de l'espérance de vie, de la mortalité infantile, de la vaccination des enfants, du tabagisme et de l'utilisation de la mammographie.

b) Angleterre : **“Saving Lives : Ours Healthier Nation Strategy”**

**Department of Health, The Health of the Nation, London, (1992).**  
**Department of Health. Policy Appraisal and Health. London. 1995.**

Cette initiative anglaise, lancée par le département de la santé, insiste sur l'évaluation systématique des répercussions sur la santé des PP et des programmes proposés.

L'un de ses points forts est le fait qu'elle soit coordonnée au palier le plus élevé, le comité du Cabinet, bien que la stratégie relève principalement du secrétariat d'État pour la santé.

Cette procédure d'évaluation des répercussions des politiques et des programmes sur la santé, englobant des changements dans la qualité de vie et la longévité ou les changements dans les dépenses de santé, comprend :

- La détermination des répercussions sur la santé,
- L'appréciation de leur importance,
- Une estimation en termes monétaires et
- Un plan pour présenter les résultats aux décideurs.

Devant le succès qu'a connu l'initiative « *The Health of the Nation* » en matière de résultats, l'OMS a qualifié la stratégie « d'inspiration pour les autres pays ». Aussi, d'autres initiatives semblables ont-elles été entreprises en :

- Pays de Galles : **“ Better health, better Wales”**
- Écosse : **“[HIA : Piloting the process in Scotland](#)”**
- Irlande : **“Health strategy, quality and fairness”**
- Suède : **“[Focusing on health: The swedish HIA tool](#)”**
- Australie : **“Health Impact Assessment Guidelines”**
- Nouvelle-Zélande : **“[A guide to HIA : A policy tool for NZ](#)”**

### ***1.3 Au niveau provincial***

Cas de la Colombie britannique : L'EIS des nouvelles politiques a été recommandée par la commission royale sur les coûts et services de santé de la Colombie-Britannique en 1991. Ainsi, tout impact significatif des nouveaux programmes, politiques gouvernementales ou législations devait être considéré et des alternatives devaient être discutées. En 1993, l'EIS a été officiellement institutionnalisée au niveau du cabinet.

La même commission a alors publié une politique de santé intitulée « *New directions for a healthy British Columbia* » dont l'une de ses 38 initiatives portait spécifiquement sur l'EIS.

Pour mettre en œuvre cette politique, le MS de la Colombie-Britannique, en concertation avec les autres ministères, a élaboré des outils et instruments pour l'EIS. Ils se basent sur les déterminants sociaux, économiques et physiques, et traitent de thèmes tels que la sécurité économique, l'emploi, les conditions de travail, le soutien social, l'équité, l'éducation et la formation continue. **(référence Hamel)**

L'un des points forts à citer dans ce modèle est le large programme de formation du personnel impliqué dans le processus ce qui traduit la forte implication gouvernementale en matière de ressources.

Par contre, on pourrait reprocher à ce modèle son rattachement au cabinet et son indépendance relative du MS. Il est à la merci donc de la classe politique au pouvoir. D'ailleurs, malgré tous les efforts, l'EIS a été abandonnée en 1999. **(Banken, 2001)**

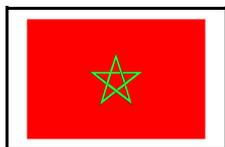
### ***1.4 Au niveau local***

Lord Mayor of London : Le maire de Londres a pris un engagement politique pour instaurer l'EIS dans toutes les stratégies de la mairie. La commission de santé de Londres, totalement indépendante de la mairie, a donc été mandatée pour mener l'EIS et remettre le rapport final d'évaluation au maire, à l'assemblée suprême et au groupe responsable de la stratégie. Plusieurs domaines publics sont ainsi visés par cette procédure : Transport, économie, urbanisme, énergie, biodiversité, pollution atmosphérique, pollution sonore, culture...

## TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

### CAS DU MAROC

Projet professionnel<sup>1</sup>



Le rapport sur le développement humain, faisant le bilan sur les réalisations au cours des cinquante dernières années d'après l'indépendance du Maroc, déclarait que le développement de la santé est un processus progressif qui nécessite, en plus des apports du secteur de la santé, ceux des autres secteurs de développement économique et social que sont l'éducation, le logement, l'aménagement, l'assainissement, l'eau, l'agriculture et l'industrie. L'effort combiné de ces différents secteurs devrait contribuer à améliorer l'état de santé de la population.

Les décideurs sont donc appelés à adopter les meilleures approches sur la base d'informations détaillées et exactes qui pour une grande part, ne peuvent être fournies que par la recherche en santé. (Référence RDH 50)

La recherche en santé qui est définie par l'OMS comme :

*« Un processus visant à obtenir une connaissance systématique des technologies pouvant être utilisées pour améliorer la santé des individus ou de groupes de population déterminés. Elle fournit une information de base sur l'état de santé ou les pathologies de la population. Elle vise aussi à mettre au point des outils pour prévenir et soigner la maladie et en atténuer les effets et à concevoir des approches plus efficaces pour la prestation des soins de santé tant à*

#### Encadré n° 11 : Définition de la recherche par l'OMS

<sup>1</sup> Le projet professionnel consiste à institutionnaliser l'EIS pour l'intégrer dans le processus d'élaboration des politiques, programmes et projets au Maroc.

Partant de cette définition, l'amélioration de la santé des populations ne peut se faire sans un système de recueil et d'analyse d'informations provenant de tous les secteurs touchant de près ou de loin l'un ou l'autre facteur déterminant de la santé.

D'ailleurs, à son analyse, on relève la similitude de la définition de la recherche en santé donnée par l'OMS avec les principes de l'EIS.

Elle présente deux aspects :

- # La recherche de moyens pour améliorer la santé des populations (favoriser les impacts positifs)
- # La prévention et l'atténuation de la dégradation de l'état de santé (empêcher ou éviter les impacts négatifs)

Suite à une vaste recherche bibliographique et entretiens avec des professionnels du domaine, nous avons conclu qu'à ce jour, aucun pays du sud ne prévoit une législation permettant d'évaluer systématiquement toute politique du point de vue de son impact sur la santé, indépendamment qu'elle soit soumise ou non à une approbation par les représentants du peuple (députés au parlement, conseillers municipaux...)

Par contre, si on étudie le cas du Maroc, les risques potentiels sur la santé, connus, font l'objet d'une législation très stricte rentrant dans le cadre de la protection de la population en SP. Mais, d'autres enjeux sont souvent pris en considération comme nous allons l'élucider dans ce chapitre, tout en essayant d'y apporter quelques solutions ou suggestions pour l'instauration de l'EIS dans le processus d'élaboration des PPP.

## ***I. État des lieux***

Selon le texte de loi marocaine définissant ses missions et ses attributions, le Ministère de la Santé est chargé de l'élaboration et de la mise en oeuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de la population. Il agit, en liaison avec les départements concernés, en vue de promouvoir le bien-être physique, mental et social des habitants. Il harmonise les orientations et coordonne les objectifs et les actions ou mesures qui concourent à l'élévation du niveau de santé dans les pays et intervient afin d'assurer, au niveau national, une meilleure allocation des ressources, en matière de prévention, de soins curatifs ou d'assistance. **(Décret n° 2-94-285 de 1994)**

Selon cette optique, le MS élabore des politiques, programmes et stratégies visant l'amélioration de l'état de santé de la population marocaine. Pour leur évaluation, des indicateurs de suivi et de performance sont constamment gardés à l'œil notamment par les organismes internationaux (PNUD, FNUAP, USAID) qui sont partenaires dans bon nombre de programmes et jouent souvent le rôle de bailleurs de fonds. Les autres ministères et départements gouvernementaux nationaux ne participent à ce volet que dans des cadres bien particuliers : **(Référence RDH 50)**

- ❖ Ministère de l'Education Nationale, Enseignement Supérieur :
  - Formation des Cadres
  - Promotion de la recherche scientifique
- ❖ Ministère des Habous et des Affaires Islamiques :
  - Promotion des valeurs et des principes de l'Islam
  - Contribution à l'éducation : santé reproductive et sexuelle.
  - Promotion de la santé
  - Sensibilisation sur les comportements à risque
- ❖ Ministère de l'Intérieur
  - Coordination intersectorielle au niveau local
  - Amélioration des conditions de vie des populations rurales
  - Réduction des disparités sociales et régionales
- ❖ Ministère de l'Environnement et d'Aménagement du Territoire :
  - Protection de l'environnement physique
  - Contribution à l'amélioration de la santé par l'aménagement du territoire

- Contribution à l'amélioration de l'hygiène salubrité
- ❖ Ministère des Affaires sociales
  - Action sur les déterminants sociaux de la santé
  - Promotion et sécurité sociale
- ❖ Ministère de la Jeunesse et des Sports :
  - Promotion de l'activité physique
  - Contribution à la promotion de la santé
- ❖ Ministère de l'Équipement et Travaux Publics :
  - Mise en place de l'infrastructure générale
- ❖ Ministère de la Justice :
  - Promotion de la santé préventive en milieu carcéral
  - Offre de soins dans les pénitenciers et maisons d'arrêt
- ❖ Ministère de l'Information et de la Communication :
  - Information, éducation et communication sanitaires

En outre, les offices appartenant au secteur semi publique, tels que l'OCP, l'ONCF, l'ONE et l'ONEP, participent à leurs niveaux par la production de services de soins ou en fournissant des services ayant un impact indirect sur la santé.

D'autres acteurs, et non des moindres, agissent pour le bien-être des populations démunies en considérant les différentes composantes : sociale, économique, écologique et sanitaire. Je cite les fondations et associations à but non lucratif dont le nombre ne cesse d'accroître depuis les années quatre-vingt.

La plus importante de part ses réalisations, ses champs d'action, ses engagements et sa renommée est la Fondation Mohammed V pour la Solidarité "FMVS" qui est reconnue d'utilité publique et bénéficie du statut consultatif spécial auprès du conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies. Ses interventions sont axées autour du développement intégré et participatif. En concertation avec les représentants des communautés et les leaders locaux, la FMVS agit à travers ses actions durables ou ponctuelles sur les différentes composantes socio-environnementales et économiques :

- ❖ Alphabétisation et éducation
- ❖ Création d'activités génératrices de revenus
- ❖ Formation professionnelle

- ❖ Promotion de la santé, offre de soins et équipement de structures sanitaires
- ❖ Amélioration des conditions de logement
- ❖ Lutte contre les inégalités et l'exclusion sociale
- ❖ Intégration des « marginalisés » dans la vie sociale : handicapés physiques et mentaux, sujets âgés, femme rurale, habitants des quartiers périphériques...

En conclusion, les attributions confiées à ces différents ministères et organismes et les rôles qu'ils jouent en matière de santé, soit directement ou indirectement, confirment la diversité des acteurs dans le système national de santé à différents niveaux.

Pourtant, on ne pourrait prétendre à une politique intersectorielle dans le domaine de la santé en référence à l'approche socio-environnementale ; puisque chacun de ces intervenants agit de façon indépendante et parfois ponctuelle.

D'autre part, les PPP de ces intervenants ne sont que rarement sujets à une évaluation sanitaire proprement dite que ce soit dans le sens positif ou péjoratif. Autrement dit, les actions et stratégies entreprises ne sont destinées qu'à leur objectif principal qui est l'impact auprès des bénéficiaires finaux sans prise en compte des impacts inattendus. (voir : *figure n° 1, page 15*)

Cette situation nécessite donc de reconsidérer le rôle de l'Etat, et principalement du MS, et de lui fournir les outils et instruments juridiques, financiers et humains requis, pour lui permettre de jouer son rôle de régulateur des interventions sur la santé ou sur l'un de ses déterminants.

En effet, l'analyse de l'état des lieux a permis de révéler un grand déficit quant à l'implication du MS en tant que responsable de l'évaluation de l'effet des PP sur la santé. En plus, son rôle de conseiller lors de l'élaboration des PPP de grande envergure n'est que rarement effectif et se limite à une présence d'ordre protocolaire.

Pour pouvoir mieux cerner la problématique dans son contexte marocain, et devant le vide juridique concernant l'EIS, nous proposons de revoir le cas de l'EIE au Maroc et ce qui a été réalisé dans ce domaine.

Rappelons le, cette démarche fut à l'origine de l'institutionnalisation de l'EIS dans moult pays.

### **L'EIE au Maroc**

La détérioration écologique au Maroc comme dans le reste du monde prend une ampleur alarmante et les études entreprises par les pouvoirs publics ont mis à nu l'état de l'environnement et ses retombées négatives sur la santé. Selon un rapport commandé par le ministère de l'environnement: **(RDH 50)**

- ❖ Des milliers de personnes tombent malades ou décèdent annuellement à cause des effets de la pollution.
- ❖ Plus de 18.000 enfants sont morts en 1993 des maladies diarrhéiques dues en majorité au manque d'approvisionnement en eau potable.
- ❖ Aux alentours du 1/5 de la population marocaine est installée sur une côte longue de 230 km située entre El Jadida et Kénitra.
- ❖ Presque 1/4 des citadins vivent dans des bidonvilles ou logements insalubres.
- ❖ La population génère près de 10.000 tonnes de déchets solides par jour. En milieu rural, le taux de collecte n'est que de 2%.
- ❖ Les déchets hospitaliers sont estimés à 1350 tonnes par an. Ils finissent souvent dans les décharges municipales avec tous les risques liés à la santé des populations.

Ces chiffres inquiétants traduisent la réalité de l'état écologique au Maroc dont les dégâts représentent près de 20 milliards de dirhams<sup>1</sup>, équivalents à près de 8,1% du PIB. **(RDH 50)**

Au-delà de la sonnette d'alarme tirée par ces données, la prescription de cette étude confirme la prise de conscience pour la protection de l'environnement dans notre pays, qui s'est traduite par l'intérêt accordé par la société civile et l'Etat à cette question.

En effet, et depuis 2003, le gouvernement, à travers le Ministère de l'environnement et de l'aménagement du territoire, s'est doté d'un arsenal juridique **(encadrés n° 12 et 13)** instituant l'EIE en l'insérant dans le processus d'approbation des projets de construction, d'ouvrages ou d'aménagement.

---

<sup>1</sup> Taux de change approximatif 1Euro = 11 DH.

**Chapitre V : Instruments de gestion et de protection de l'environnement**

**Section Première : Les études d'impact sur l'environnement**

*Article 49* : Lorsque la réalisation d'aménagements, d'ouvrages ou de projets risquent, en raison de leur dimension ou de leur incidence sur le milieu naturel, de porter atteinte à l'environnement, le maître d'ouvrage ou le demandeur de l'autorisation est tenu d'effectuer une étude permettant d'évaluer l'impact sur l'environnement du projet et sa compatibilité avec les exigences de protection de l'environnement.

*Article 50* : Sont fixées par voie législative et réglementaire les ouvrages, activités, projets et opérations d'aménagements soumis aux études d'impact sur l'environnement, ainsi que les objectifs et le contenu de l'étude et les méthodes de surveillance du respect des normes et des mesures préventives.

**Encadré n° 12** : Texte de loi 11.03 relatif à la protection de l'environnement.  
(Dahir n° 1.03.59 du 12 mai 2003)

**Chapitre I : Objectifs et contenu de l'étude d'impact sur l'environnement**

*Article 5* : L'étude d'impact sur l'environnement a pour objet :

1. d'évaluer de manière méthodique et préalable, les répercussions éventuelles, les effets directs et indirects, temporaires et permanents du projet sur l'environnement et en particulier sur l'homme, la faune, la flore, le sol, l'eau, l'air, le climat, les milieux naturels et les équilibres biologiques, sur la protection des biens et des monuments historiques, le cas échéant sur la commodité du voisinage, l'hygiène, la salubrité publique et la sécurité tout en prenant en considération les interactions entre ces facteurs
2. de supprimer, d'atténuer et de compenser les répercussions négatives du projet
3. de mettre en valeur et d'améliorer les impacts positifs du projet sur l'environnement

4. d'informer la population concernée sur les impacts négatifs sur l'environnement

Encadré n° 13 : Texte de loi 12.03 relatif aux études d'impact sur l'env.  
(Dahir n° 1.03.60 du 12 mai 2003)

A leur lecture, les articles 49 et 50 de la loi sur la protection de l'environnement, soulignent la nécessité et l'obligation d'effectuer une étude d'impact sur l'environnement mais sans pour autant définir le processus et les outils de sa réalisation qui sont laissés à l'appréciation des autorités compétentes. Une recherche de réglementations concernant ce sujet s'est avérée infructueuse.

D'autre part, l'article 5 est particulièrement intéressant à étudier dans notre cas puisque son premier point fait référence aux impacts sur l'Homme et sur les déterminants de la santé ce qui nous met déjà dans une vision d'évaluation de la santé environnementale. Il exige par ailleurs :

- ❖ la prévention ou l'atténuation des effets négatifs (point 2),
- ❖ la promotion des impacts positifs (point 3) et
- ❖ la démocratie participative (point 4)

Ces points, qui font partie des principes de l'évaluation d'impact sur la santé, peuvent ainsi être pris comme plateforme précurseur de notre projet d'institutionnaliser l'EIS au Maroc.

Ceci dit, cet objectif ne pourrait être atteint sans mettre sous projecteurs les contraintes et obstacles relatifs au contexte local ; et qui probablement peuvent être appliqués à une bonne partie des pays du sud et pays émergents.

## II. Contraintes

Quelques ONG, au niveau mondial, ont fait pression lors de la dernière décennie pour appliquer le principe de précaution dans l'industrie touchant l'environnement, ce qui a donné naissance à l'EES qui à son tour s'est étendue à l'EIS. Mais, le Maroc comme la plupart des pays du sud, ne pouvait appliquer ce modèle pour différentes raisons : économiques, culturelles, financières et organisationnelles.

Pour pouvoir les cerner, nous avons mené une enquête restreinte auprès de fonctionnaires du secteur public et cadres appartenant à la société civile.

Le questionnaire, transmis oralement, comporta cinq questions autour de la définition et de la perception de l'évaluation et une question ouverte sous forme de « Brain storming » pour élucider les problèmes que peut rencontrer le projet d'institutionnalisation de l'EIS au Maroc.

Les résultats et leur synthèse appuyés de références bibliographiques ont dégagé les constats suivants qu'on pourrait diviser en trois catégories :

### II-1) Enjeu économique :

Vu les données actuelles du pays, le gouvernement a relevé le défi d'une révolution socio-économique ce qui s'est traduit entre autre par un encouragement de l'investissement, surtout extérieur, permettant la création de l'emploi, l'augmentation des recettes fiscales de l'état et la redynamisation de l'économie interne. De ce fait, toute action pouvant potentiellement entraver ces démarches ou les retarder, se trouve confrontée à un lobbying des acteurs économiques. Le principe coût / bénéfice est alors inévitablement appliqué que ce soit dans le domaine de l'environnement ou celui de la santé, si ce n'est le cas où la relation cause à effet est clairement démontrée (principe de prévention)

### II-2) Moyens :

L'application de l'EIS nécessite des moyens humains, matériels et financiers très importants pour pouvoir à la fois évaluer toutes les PP et former les décideurs du pays à la question de l'EIS, son importance et, et surtout, ses retombées positives directes et indirectes sur l'économie du pays. Cela est directement lié à la volonté nationale,

surtout si on sait que le budget alloué au MS au Maroc varie entre 4 et 7% du budget de l'état (contre 43% du budget du Québec).

### II-3) *Mentalités* :

Dans un cadre où la collaboration et l'entente intersectorielle ne sont qu'à leurs débuts, il serait inapproprié de prétendre à la mise en place d'une législation obligeant tous les ministères à se référer au MS et le consulter avant l'adoption de toute PP.

D'autre part, la conception usuelle de la notion d'évaluation dans l'administration ne facilite pas l'insertion d'un tel processus dans les pratiques courantes. Effectivement, notre enquête a révélé une confusion chez la majorité des recrutés pour l'étude entre : "évaluation concomitante" et "supervision", entre "évaluation à posteriori" et "contrôle" ; et entre "évaluation à priori" et "planification".

Une des réflexions qui ressort souvent dans nos résultats est la peur de perte de pouvoir de décision de la part des politiciens et des "decision makers". On retrouve cette remarque chez **Brown et Nitz (2002)** qui notent aussi que les formalités entourant le processus de l'évaluation telles que présentées dans la littérature peuvent faire craindre à certains décideurs l'imposition de nouveaux délais dans le processus d'adoption de nouveaux PPP. **Brown et Nitz (2002)**

Les mêmes auteurs rajoutent qu'il existe une différence fondamentale de vision en ce qui concerne l'information au processus de décision entre les experts de l'EIE et les décideurs. En effet, les experts de l'évaluation ont tendance à croire que les décideurs politiques vont choisir la meilleure option, basée sur des considérations objectives et les données probantes présentées. Ils ignorent par le fait même, les complexités de la prise de décision politique. **G.Hamel (2005)**

### ***III. Suggestions et recommandations***

Pour assurer la réussite de notre projet et mettre en œuvre le processus d'EIS efficacement, il faut réussir à l'institutionnaliser.

Selon la théorie de *Kingdon (1995)*, cela ne peut être possible que pendant une ouverture relativement brève appelée « fenêtre d'opportunité ». Ainsi, trois courants déterminent l'ouverture de cette fenêtre d'opportunité : lorsque le courant des problèmes, le courant des solutions et le courant des agents politiques se rencontrent, il y a possibilité pour l'adoption et l'institutionnalisation d'une politique particulière.

Du côté pratique, *Banken (2001)* rajoute qu'il peut être utile d'enchâsser le processus dans un texte de loi, élaborer des guides ainsi que des outils permettant de concrétiser le processus le plus simplement possible et développer un réseau de soutien appuyé d'un réseau d'experts et soutenu par un mécanisme interministériel de haut niveau.

***(Référence Banken (2001))***

Quelques suggestions pour appliquer l'EIS au Maroc :

- √ Prôner l'intégration du processus EIS dans les politiques gouvernementales
- √ La formulation de textes juridiques et l'allocation des ressources conséquentes.
- √ Promouvoir des stratégies d'action intersectorielle plus générale.
- √ Responsabilisation des ministères et organismes en assurant des formations autour du thème en faveur des politiciens et des membres du gouvernement.
- √ Permettre dans un premier temps aux ministères d'évaluer au préalable les impacts éventuels de leurs politiques sur la santé et proposer une alternative tangible selon leurs objectifs généraux.
- √ Etudier l'impact indirect qu'aura l'EIS sur les secteurs clés de l'économie (industrie, tourisme...etc) et en faire un cheval de bataille pour convaincre le lobby économique.
- √ Tirer profit des expériences en matière de l'EES et l'EIE.
- √ Faire une synthèse des principales expériences étrangères mais l'adapter au contexte marocain.

## **CONCLUSION**

L'évaluation d'impacts sur la santé (EIS) est un champ d'action relativement nouveau et très prometteur. Il n'en reste pas moins que plusieurs défis doivent encore être relevés pour en faire un véritable outil applicable à la promotion de politiques publiques saines.

L'expérience de plusieurs pays et la multitude des modèles conceptuels doivent jouer en faveur des pays émergents et des pays en voie de développement en vue de son institutionnalisation car elle reste la seule façon d'en garantir une bonne application.

Néanmoins, devant le manque de ressources humaines et financières pour les pays du sud, une certaine adaptation aux contextes locaux s'avère nécessaire sans pour autant en faire un prétexte, notamment pour l'enjeu économique, car le retour sur investissement est inéluctablement supérieur.

## RÉFÉRENCES

### Bibliographie éditée <sup>1</sup>

1. R. Bhatia. "Protecting health using an environmental impact assessment: a case study of San Francisco land use decisionmaking". Am J Public Health. 97(3):406-13. March 2007.
2. L.N. Mannheimer, G. Gulis, J. Lehto, P. Ostlin. "Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods". Eur J Public Health. Jan 2007.
3. B.L. Cole, J.E. Fielding. "Health Impact Assessment: A Tool to Help Policymakers Understand Health Beyond Healthcare". Annu Rev Public Health. 15. Décembre 2006.
4. B.J. Smith, K.C. Tang, D. Nutbeam. "WHO Health Promotion Glossary: new terms". Health Promot Int. 21(4):340-5. Décembre 2006.
5. R. Bos. "Health impact assessment and health promotion". Bull World Health Organ. 84(11):914-5. 2006 Nov.
6. J. Simos. "Introducing Health Impact Assessment (HIA) in Switzerland". Soz Praventivmed. 51(3):130-2. 2006.
7. A. Muzzi, A. Pana. "Health impact assessment: a modern and heavy commitment for Public Health workers". Ig Sanita Pubbl. 62(3):235-40. May-Jun 2006.
8. Lyne Jobin. "Mise en œuvre de l'article 54 : bilan et perspectives". MSSS. Mai 2006.
9. C. Davenport, J. Mathers, J. Parry. "Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making". J Epidemiol Community Health. 60(3):196-201. Mars 2006.
10. M. Soeberg. "Health impact assessment in New Zealand". Epidemiol Prev. 30(1):41-5. Janvier - Février 2006.
11. M. Joffe, J. Mindell. "Health impact assessment". Occup Environ Med. 62(12):907-12, 830-5. Décembre 2005.
12. Jean Turgeon et col. Les dilemmes politiques et organisationnels de l'évaluation prospective en santé. Administration publique du Canada, vl.48, n°3. 2005.
13. D. Finer, P. Tillgren, K. Berensson, K. Guldbrandsson, B.J. Haglund. "Implementation of a Health Impact Assessment (HIA) tool in a regional health organization in Sweden--a feasibility study". Health Promot Int. 20(3):277-84. Septembre 2005.
14. S. Simpson. "An introduction to health impact assessment". N S W Public Health Bull. 16(7-8):106-7. Juillet - Août 2005.

<sup>1</sup> Le classement de la bibliographie est établi selon un ordre chronologique selon la date de publication pour en faciliter la référence au cours de la lecture.

15. B. Langford. Health impact assessment in New Zealand. N S W Public Health Bull. 16(7-8):115. Juillet - Août 2005.
16. B. Harris-Roxas, S. Simpson. "The NSW Health impact assessment project". N S W Public Health Bull. 16(7-8):120-3. Juillet - Août 2005.
17. B. Alaoui. "La réforme de santé au Maroc". 2005
18. S. Thackway, S. Furber, L. Neville. "Health impact assessment case study: working with local government fo obtain health benefits". N S W Public Health Bull. 16 (7-8):127-8. Juillet - Août 2005.
19. J. Wright, J. Parry, E. Scully. "Institutionalizing policy-level health impact assessment in Europe: is coupling health impact assessment with strategic environmental assessment the next step forward?" Bull World Health Organ. 83(6):472-7. Juin 2005.
20. K. Lock, M. McKee. "Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union". J Epidemiol Community Health. 59(5):356-60. Mai 2005.
21. J.L. Veerman, J.J. Barendregt, J.P. Mackenbach. "Quantitative health impact assessment: current practice and future directions". J Epidemiol Community Health. 59(5):361-70. Mai 2005.
22. B.L. Cole, R. Shimkhada, J.E. Fielding, G. Kominski, H. Morgenstern. "Methodologies for realizing the potential of health impact assessment". Am J Prev Med. 28(4):382-9. Mai 2005.
23. J. Mindell, A. Boltong. "Supporting health impact assessment in practice. Public Health". 119(4):246-52. Avril 2005.
24. J. Wright, J. Parry, J. Mathers. "Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values". Bull World Health Organ. 83(1):58-63. Janvier 2005.
25. R.J. Quigley, L.C. Taylor. "Evaluating health impact assessment". Public Health. 118(8):544-52. Décembre 2004.
26. Geneviève Hamel. "L'évaluation des impacts sur la santé : synthèse des connaissances et orientations pour l'action". MSSS, direction du programme de santé publique. Québec. Canada. Juin 2004.
27. J. Mindell, L. Sheridan, M. Joffe, H. Samson-Barry, S. Atkinson. "Health impact assessment as an agent of policy change: improving the health impacts of the mayor of London's draft transport strategy". J Epidemiol Community Health. 58(3):169-74. Mars 2004.
28. Pascal van Griethuysen. "Le principe de précaution : quelques éléments de base". Les cahiers du RIBios. N°4. Mars 2004.
29. C. Manson-Siddle. "Health impact assessment in relation to other forms of impact assessment". J Public Health (Oxf). 26(1):115-6. Mars 2004.
30. L. Nilunger, F. Diderichsen, B. Burstrom, P. Ostlin. "Using risk analysis in Health Impact Assessment: the impact of different relative risks for men and women in different socio-economic groups". Health Policy. 67(2):215-24. Février 2004.

31. Pascal van Griethuysen. *“Pour une approche évolutive de la précaution”*. Revue européenne des sciences sociales, tome XLII, n°130. 2004.
32. Alain Poirier. *“Nouveaux leviers québécois : les articles 53-54-55-56 de la loi sur la santé publique”*. Journées annuelles de santé publique. Décembre 2003.
33. Observatoire de l’administration publique. *“Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour l’opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être”*. INSPQ, MSSS, FRSQ, FQRSC. Québec. Novembre 2003.
34. J. Parry, E. Scully. *“Health impact assessment and the consideration of health inequalities”*. J Public Health Med. 25(3):243-5. Septembre 2003.
35. J. Mindell, E. Ison, M. Joffe. *“A glossary for health impact assessment. J Epidemiol Community Health”*. 57(9):647-51. Septembre 2003.
36. N. Krieger and Al. HIA "promise and pitfalls" conference group. *“Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives”*. J.Epidemiol Community Health. 57(9):659-62. Septembre 2003.
37. F. Sim, P. Mackie. *“Health impact assessment--a science and art for public health. Public Health”*. 117(5):293-4. Septembre 2003.
38. J. Mindell, M. Joffe. *“Health impact assessment in relation to other forms of impact assessment”*. J Public Health Med. 25(2):107-12. Juin 2003.
39. R. Banker. *“Health impact assessment – how to start the process and make it last”*. Bulletin of the WHO Organization, 81(06). 2003.
40. R.K. Morgan. *“Health impact assessment : the wider context”*. Bulletin of the WHO Organization, 81(06):390. 2003.
41. C. Dora. *“What can health impact assessment add to comparative risk assessment in decision-making?”* Bulletin of the WHO. 81(6):460. 2003.
42. J.R. Mercier. *“Health impact assessment in international development assistance: the World Bank experience”*. Bulletin of the World Health Organization. 81(6):461-2. 2003.
43. D. Caussy, P. Kumar P, U. Than Sein. *“Health impact assessment needs in south-east Asian countries”*. Bulletin of the WHO. 81(6):439-43. 2003.
44. M. Hübel, A. Hedin. *“Developing health impact assessment in the European Union”*. Bulletin of the World Health Organisation, 81 (6). 2003.
45. R.J. Quigley, L.C. Taylor. *“Evaluation as a key part of health impact assessment: the English experience”*. Bulletin of the WHO. 81(6):415-9. 2003.
46. J. Kemm. *“Perspectives on health impact assessment”*. Bulletin of the WHO. 81(6):387. 2003.
47. R. Massé. *“Éthique et santé publique”*. Québec. 2003.
48. E. O’Keefe, A. Scott-Samuel. *“Human rights and wrongs: could health impact assessment help?”* J Law Med Ethics. 30(4):734-8. Winter 2002.
49. E. Ison. Rapid appraisal tool for Health Impact Assessment. A task-based approach. Eleventh iteration. 2002.

50. R. Barnes, A. Scott-Samuel. "*Health impact assessment and inequalities*". Rev Panam Salud Publica. 11(5-6):449-53. Mai – Juin 2002.
51. L. Taylor, R. Quigley. "*Health Impact assessment: A review of reviews*". Health Development Agency, NHS. 2002.
52. J. Parry, A. Stevens. "*Prospective health impact assessment: pitfalls, problems, and possible ways forward*". BMJ.;323(7322):1177-82. Novembre 2001.
53. M.J. Douglas, L. Conway, D. Gorman, S. Gavin, P. Hanlon. "*Achieving better health through health impact assessment*". Health Bull (Edinb). 59(5):300-5. Sept 2001.
54. J. Mindell and Al. "*Quantifiable HIA Discussion Group. What do we need for robust, quantitative health impact assessment?*" J Public Health Med. 23(3):173-8. Sept 2001
55. J. Kemm. "*Health Impact Assessment: a tool for Healthy Public Policy*". Health Promotion International, Vol.16, N°1. 2001.
56. Hilary Samson-Barry. "*A Short Guide to Health Impact Assessment Informing Healthy Decisions*". NHS Executive London. August 2000.
57. C.J. Frankish, L.W. Green, P.A. Ratner, T. Chomik, C. Larsen. "*Health impact assessment as a tool for health promotion and population health*". WHO Reg Publ Eur Ser. (92):405-37. 2001.
58. R. Wilkinson et al. "*Les déterminants sociaux de la santé : LES FAITS*". Organisation Mondiale de la Santé. 2000.
59. P. Groff, S. Goldberg. "*The health field concept then and now: snapshots of Canada*". Health networks, Canadian Policy Research Networks. 2000.
60. J. Lehto, A. Ritsatakis. "*Health Impact Assessment as a Tool for Intersectoral Health Policy*". A discussion paper for a conference on "Health Impact Assessment: from Theory to Practice", Gothenburg. WHO Regional Office for Europe. 28-31 October 1999.
61. R. Thérivel et M.R. partidàrio. "*The practice of Strategic Environmental Assessment*". Earthscan Publications. Londres.
62. A. Scott-Samuel, M. Birley and K. Ardern. "*The Merseyside Guidelines for health impact assessment*". Merseyside Health Impact Assessment Steering Group, Liverpool. Public Health Observatory. 1998.
63. Midy, Vannier et Grant. "*Guide d'évaluation participative et de négociation*". 1998.
64. K. Davies et B. Sadler. "*Évaluation environnementale et santé humaine: perspectives, approches et orientations*". Santé Canada et International Association for Impact Assessment. 1997.
65. ACSP (Association canadienne de santé publique). "*Incidence des conditions et des politiques socioéconomiques sur la santé*". Ottawa.1997.
66. Jones & Bartlett. "*Healthy People 2000: Midcourse Review and 1995 Revisions*". U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Boston, London, Singapore: 1996.

67. M. Howlet, M. Ramesh. *“Studying Public Policy; Policy Cycles and Policy Subsystems”*. Oxford University Press. Ontario. 1995.
68. Department of Health. *“Policy Appraisal and Health”*. London. 1995.
69. Population Health Resource Branch. *“Health Impact Assessment Toolkit: A Resource for Government Analysts”*. Ministry of Health, Victoria, British Columbia. 1994.
70. Comité de santé environnementale du Québec. *“Évaluation des impacts des grands projets sur la santé”*. Cahier d’introduction à l’EIS. Cahier n° 3. 1993.
71. Department of Health. *“The Health of the Nation”*. London. 1992.
72. MSSS. *“Politique de santé et de bien-être”*. Québec. 1992.
73. H. Laframboise. *“Non-participative policy development: the genesis of a new perspective on the health of Canadians”*. Journal of public health policy. Autumn 1990.
74. MS. *“Livre blanc : [Nouvelle perspective de la santé des Canadiens](#)”*. Gouvernement Fédéral du Canada. 1974
75. H. Laframboise. *“Health policy: breaking the problem down into more manageable segments”*. CMA journal, vol.108, February 3, 1973.
76. M. van Bruggen. Health impact assessment as tool for policy development. National institute for public health and environment.
77. H.Perret and Al. *“Approaches of risk: an introduction”*. Les cahiers du RIBios. N°2.

### **Rapports, ateliers, colloques et documents de travail**

78. Workshop. *“The effectiveness of health impact assessment”*. Journal Européen de la Santé Publique. 16 Suppl 1:85-7. Octobre 2006.
79. Document de travail. *“L'évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des mesures législatives et réglementaires du gouvernement du Québec: un guide pratique”*. G. Hamel. MSSS. Québec. Canada. Juin 2006.
80. Colloque. *“L'évaluation environnementale stratégique”*. E. d'Ieteren. Belgique. 21 mars 2006.
81. Rapport thématique. *« 50 ans de développement humain & perspectives 2025: système de santé et qualité de vie »*. Groupe de travail : W. Maazouzi, N.F. Benbrahim, R.A.A. Touil. Maroc. 2006.
82. Workshop : *“Evaluation of Health Impact Assessment”*. J.M. Parry, J.R. Kemm. Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. Public Health. 119(12):1122-9. Décembre 2005.
83. Document synthèse. *“Article 54 de la loi sur la santé publique : bilan de mise en œuvre, juin 2002 – janvier 2005”*. Direction du programme de santé publique. MSSS. Québec. Mai 2005.
84. Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques. *“Profil sociodémographique du Maroc”*. 2004.
85. Rapport de recherche : *“analyse du système de recherche en santé ”*. Ministère de la Santé. 2003.
86. Ministère de la Santé. *“Les hôpitaux publics au Maroc”*. 2003.
87. *“Le programme de l'UE pour une action communautaire dans le domaine de la santé publique 2003-2008 ”*.
88. *“Rapports du Gouvernement du Québec sur l'évaluation”*. 2001 et 2004.
89. Document de présentation interne. *“Stratégie pour soutenir le développement de politiques publiques favorables à la santé”*. MSSS. Québec. Mars 2002.
90. *“Plan de développement sanitaire, 2002-2003/2004”*. MS. Maroc.
91. *“La Charte Fondamentale des Droits de l'Homme de l'UE”*. 2001.
92. Ministère de l'environnement québécois. *“L'évaluation environnementale stratégique : Un outil pour le développement durable”*. 2000.
93. European Centre for Health Policy. *“Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach”*. Gothenburg consensus paper, WHO-Regional Office for Europe. Brussels. Décembre 1999.
94. Document de travail. *“Des pistes en vue de l'élaboration de la loi sur la santé publique”*. Groupe de travail sur l'élaboration de la loi sur la santé publique. Octobre 1999. MSSS. Québec. Canada.
95. *“Rapport du Comité Ministériel sur l'évaluation”*. Québec. 1997.
96. MSSS. *“Priorités nationales de santé publique 1997-2002”*. MSSS. Québec. 1997.

97. *“Traité d’Amsterdam”*. 1997.
98. MSSS. *“Protocole d’entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les directeurs de Départements de santé communautaire relativement à l’échange d’information et au processus de communication en matière de protection de la santé publique”*. Gouvernement du Québec, Québec. mai 1991.
99. A working document: *“A new perspective on the health of Canadians”*. Marc Lalonde. Department of health and welfare. 1974. Canada.
100. *“Constitution de l’Organisation Mondiale de la Santé”*. 1946.

### Entretiens <sup>1</sup>

101. Entretiens avec **Jean Crête**. Directeur du *Centre d'Analyse des Politiques Publiques*. Université Laval. Québec. Mai - Juillet 2006
102. Entretien avec **Geneviève Hamel** de la *Direction du programme de santé publique* du ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec. Ville de Québec. Juin 2006.
103. Entretien avec **Louise St-Pierre** de l'Institut National Santé Publique du Québec. Juillet 2006.
104. Entretien avec **Denise Kouri** de l'Institut National de la Santé Publique. Montréal. Juillet 2006.
105. Entretien avec **Pierre Gerlier Forest**, Expert scientifique en Chef, *MS, gouvernement fédéral du Canada*. Ottawa. Juillet 2006.
106. Entretien avec **Pascal van Griethuysen**, professeur à l'Institut Universitaire d'Etudes du Développement. Genève. Décembre 2006.
107. Entretien avec **Abderrahmane Maaroufi**, Directeur de l'Institut National de l'Administration de la Santé. MS du Maroc. Rabat. Janvier 2007.

### Sites internet

108. L'organisation mondiale de la santé [www.who.org](http://www.who.org)
109. L'institut national de la santé publique du Québec [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca)
110. Le réseau de recherche en santé publique RRSP [...](#)
111. L'agence canadienne d'évaluation environnementale [www.acee-ceaa.gc.ca](http://www.acee-ceaa.gc.ca)
112. Portail de politiques publiques et santé <http://politiquespubliques.inspq.qc.ca>
113. Site du ministère de la santé marocain [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma)
114. Site Internet de la Plateforme EIS Suisse [www.impactsante.ch](http://www.impactsante.ch)
115. Commission européenne <http://europa.eu.int>
116. Commission des Pays-Bas pour l'évaluation environnementale [www.eia.nl](http://www.eia.nl)
117. Centre Environnemental Régional [www.rec.org](http://www.rec.org)
118. International Association for Impact Assessment [www.iaia.org](http://www.iaia.org)
119. Secrétariat international francophone pour l'EE [www.siffee.org](http://www.siffee.org)
120. Banque Mondiale [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org)
121. Protocole UNECE [www.unece.org](http://www.unece.org)
122. International Health Impact Assessment Consortium IMPACT [www.ihia.org.uk](http://www.ihia.org.uk)

<sup>1</sup> Les entretiens ont été réalisés spontanément ou sur rendez-vous en présence effective.

## **Annexe n° I**

### **Déclaration Mondiale en matière de Santé**

I. Nous, Etats membres de l’OMS (WHO) réaffirmons notre engagement au principe énoncé dans la Constitution que la jouissance de la norme optimale en matière de santé constitue l’un des droits fondamentaux de chaque être humain ; faisant cela, nous affirmons la dignité et la valeur de chaque personne, l’égalité des droits et les responsabilités partagées par rapport au risque pour la santé.

II. Nous reconnaissons que l’amélioration de la santé et du bien-être des gens est le but ultime du développement socio-économique. Nos stratégies intègrent les concepts éthiques d’équité, de solidarité et de justice sociale ainsi que la notion de sexe. Nous soulignons l’importance de la réduction des inégalités socio-économiques par l’amélioration de la santé de la population tout entière. Dès lors, il est de la plus haute importance de focaliser son attention sur ceux qui sont le plus dans le besoin, en mauvaise santé, recevant des soins de santé inappropriés ou les personnes vivant dans la pauvreté. Nous réaffirmons notre volonté de promouvoir la santé en faisant appel aux besoins primaires et aux conditions prévalant pour la santé. Les changements en matière de santé mondiale impliquent la mise en oeuvre d’une « Politique de Santé pour tous au 21e siècle » par le biais de politiques et de stratégies nationales d’envergure.

III. Nous réitérons notre engagement en vue du renforcement, de l’adaptation et de la réforme appropriée de nos systèmes de santé, y compris toutes les fonctions et services publics essentiels en vue d’assurer un accès universel aux soins de santé basés sur l’évidence scientifique, de bonne qualité et dans des limites tant abordables que durables pour l’avenir.

Nous avons l’intention d’assurer l’accès aux formes essentielles de soins primaires tels que définis dans la Déclaration d’Alma-Ata et développés dans la nouvelle politique. Nous continuerons à développer des systèmes qui correspondent aux conditions de santé courantes et anticipées, aux circonstances socio-économiques, aux besoins des personnes, des communautés et pays intéressés par le biais d’actions publiques et privées appropriées et d’investissements en matière de santé.

IV. Nous reconnaissons que le travail pour soulager les personnes à risque, les nations à risque, les communautés, familles et individuels est interdépendant. En tant que communauté de nations, nous agissons ensemble pour faire face aux menaces en matière de santé et promouvoir le bien-être universel.

V. Nous, Etats membres de l’OMS, prenons la résolution de promouvoir et soutenir les droits et principes, l’action et les responsabilités énoncés dans cette Déclaration via une action concertée, une participation et un partenariat total en appelant les personnes à risque et les institutions à partager notre vision de la santé en matière de risque au 21e siècle et d’oeuvrer en commun afin de la réaliser.

***Dixième réunion plénière, 16 mai 1998.***

## Annexe n° II

### ***Traité d'Amsterdam. Article 152 (ex-article 129)***

1. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en oeuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté.

L'action de la Communauté, qui complète les politiques nationales, porte sur l'amélioration de la santé publique et la prévention des maladies et des affections humaines et des causes de danger pour la santé humaine. Cette action comprend également la lutte contre les grands fléaux, en favorisant la recherche sur leurs causes, leur transmission et leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé.

La Communauté complète l'action menée par les États membres en vue de réduire les effets nocifs de la drogue sur la santé, y compris par l'information et la prévention.

2. La Communauté encourage la coopération entre les États membres dans les domaines visés au présent article et, si nécessaire, elle appuie leur action.

Les États membres coordonnent entre eux, en liaison avec la Commission, leurs politiques et programmes dans les domaines visés au paragraphe 1. La Commission peut prendre, en contact étroit avec les États membres, toute initiative utile pour promouvoir cette coordination.

3. La Communauté et les États membres favorisent la coopération avec les pays tiers et les organisations internationales compétentes en matière de santé publique.

4. Le Conseil, statuant conformément à la procédure visée à l'article 251, et après consultation du Comité économique et social et du Comité des régions, contribue à la réalisation des objectifs visés au présent article en adoptant :

1a) des mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des organes et substances d'origine humaine, du sang et des dérivés du sang ; ces mesures ne peuvent empêcher un État membre de maintenir ou d'établir des mesures de protection plus strictes ;

2b) par dérogation à l'article 37, des mesures dans les domaines vétérinaire et phytosanitaire ayant directement pour objectif la protection de la santé publique ;

3c) des actions d'encouragement visant à protéger et à améliorer la santé humaine, à l'exclusion de toute harmonisation des dispositions législatives et réglementaires des États membres.

Le Conseil, statuant à la majorité qualifiée sur proposition de la Commission, peut également adopter des recommandations aux fins énoncées dans le présent article.

5. L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de

**Annexe n° III*****Loi sur la SP au Québec. Articles 52 à 56*****CHAPITRE VI (Promotion de la santé et prévention) SECTION I (Dispositions générales)**

Prévention et promotion.

**53.** Pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population, le ministre, les directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peuvent notamment:

- 1° tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population;
- 2° favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs;
- 3° identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer;
- 4° mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables;
- 5° promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes;
- 6° soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être.

2001, c. 60, a. 53.

Conseiller.

**54.** Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.

Consultation.

À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.

2001, c. 60, a. 54.

Recherche de solutions.

**55.** Lorsqu'un directeur de santé publique constate l'existence ou craint l'apparition dans sa région d'une situation présentant des risques élevés de mortalité, d'incapacité ou de morbidité évitables pour la population ou pour un groupe d'individus et, qu'à son avis, il existe des solutions efficaces pour réduire ou annihiler ces risques, il peut demander formellement aux autorités dont l'intervention lui paraît utile de participer avec lui à la recherche d'une solution adéquate dans les circonstances.

Participation.

Les autorités ainsi invitées sont tenues de participer à cette recherche de solution.

Avis au directeur national.

Lorsque l'une de ces autorités est un ministère ou un organisme du gouvernement, le directeur de santé publique ne peut lui demander formellement de participer à la recherche d'une solution, sans en avoir préalablement avisé le directeur national de santé publique.

2001, c. 60, a. 55.

Recherche de solutions.

**56.** Le ministre peut en tout temps décider d'exercer lui-même le pouvoir prévu à l'article 55, en collaboration avec le ou les directeurs de santé publique concernés.



**Annexe n° IV :****Outil d'évaluation rapide, présentant les déterminants de la santé**

<b>Mode de vie</b>	<b>Circonstances personnelles</b>	<b>Accès</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime</li> <li>• Mouvement et activité physique</li> <li>• Dépendance à la fumée</li> <li>• Exposition à la fumée passive</li> <li>• Alcool</li> <li>• Dépendance aux médicaments prescrits</li> <li>• Drogues et substances illicites</li> <li>• Pratiques sexuelles</li> <li>• D'autres comportements liés à la santé, tels que l'hygiène personnelle, la préparation de la nourriture</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure et cohésion de l'unité familiale</li> <li>• Education des enfants</li> <li>• Développement de l'enfance</li> <li>• Compétences / capacités (Life skills)</li> <li>• Sécurité personnelle</li> <li>• Statut d'emploi</li> <li>• Conditions de travail</li> <li>• Niveau de revenu et pouvoir d'achat</li> <li>• Logement (bail / propriété)</li> <li>• Conditions d'habitat</li> <li>• Résultats scolaires / formation</li> <li>• Niveau des capacités / compétences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aux offres d'emploi</li> <li>• aux places de travail</li> <li>• au logement</li> <li>• aux magasins (pour satisfaire les nécessités de base)</li> <li>• aux équipements locaux / régionaux</li> <li>• aux transports en commun</li> <li>• à l'éducation, aux formations et aux possibilités de développer ses compétences</li> <li>• aux soins de santé</li> <li>• aux services sociaux</li> <li>• à l'assistance à l'enfance</li> <li>• <i>Respite Care</i></li> <li>• aux loisirs et équipements de récréation</li> </ul>
<b>Facteurs sociaux</b>	<b>Facteurs économiques</b>	<b>Facteurs environnementaux</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact social</li> <li>• Services sociaux</li> <li>• Voisinage</li> <li>• Participation au sein de la commune</li> <li>• Adhésion à des associations / groupes</li> <li>• Réputation d'un quartier / ville / région</li> <li>• Participation dans les affaires publiques</li> <li>• Niveau de crime &amp; désordre, et crainte du crime &amp; désordre</li> <li>• Niveau de comportement anti-social et crainte relative</li> <li>• Discrimination et crainte de la discrimination</li> <li>• Mesures de sécurité publique, avec planification en cas d'urgences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création de richesse</li> <li>• Distribution de la richesse</li> <li>• Maintien de la richesse dans la région / dans l'économie locale ou régionale</li> <li>• Distribution du revenu</li> <li>• Activités professionnelles</li> <li>• Création d'emplois</li> <li>• Disponibilité d'offres d'emploi</li> <li>• Qualité des offres d'emploi</li> <li>• Availability of education opportunities</li> <li>• Availability of training and skills development opportunities</li> <li>• Développement technologique</li> <li>• Fréquence des embouteillages du trafic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de l'air</li> <li>• Qualité de l'eau</li> <li>• Qualité du sol</li> <li>• Niveaux de bruit</li> <li>• Odeurs</li> <li>• Vibrations</li> <li>• Dangers / risques</li> <li>• Aménagement du territoire</li> <li>• Habitats naturels, biodiversité</li> <li>• Paysage, avec espaces verts et espaces ouverts</li> <li>• Les zones urbanisées, y compris le centre d'une commune (civic area)</li> <li>• Usage / consommation de ressources naturelles</li> <li>• Utilisation d'énergie: CO2/autres émissions de gaz à effet de serre</li> <li>• Gestion des déchets solides</li> <li>• Transports publics et infrastructure</li> </ul>

Adapté de E. Ison (2002) Rapid appraisal tool for Health Impact Assessment. A task-based approach. Eleventh iteration.

***Annexe n° V:******CHARTRE D'OTTAWA***

**La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa a adopté le 21 novembre 1986 la présente « charte » en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.**

Inspirée avant tout, par l'attente, de plus en plus manifeste, d'un nouveau mouvement en faveur de la santé publique dans le monde, cette conférence s'est concentrée sur les besoins des pays industrialisés, sans négliger pour autant ceux des autres régions. Elle a pris comme point de départ les progrès accomplis grâce à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, les buts fixés par l'OMS dans le cadre de la stratégie de la santé pour tous et le débat sur l'action intersectorielle pour la santé, à l'Assemblée mondiale de la santé.

***PROMOTION DE LA SANTE***

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

**Conditions indispensables à la santé**

La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources ; avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable. Tels sont les préalables indispensables à toute amélioration de la santé

**Plaidoyer pour la santé**

La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie. Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. La promotion de la santé a précisément pour but de créer, grâce à un effort de sensibilisation, les conditions favorables indispensables à l'épanouissement de la santé.

**Mise en place des moyens**

L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine. Sans prise sur les divers paramètres qui déterminent la santé, les gens ne

peuvent espérer parvenir à leur état de santé optimal, et il en est de même pour les femmes que pour les hommes.

### **Médiation**

Le secteur de la santé ne peut, à lui seul, assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé. La promotion de la santé exige, en fait, l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements, secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques, organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales, industries et médias. Quel que soit leur milieu, les gens sont amenés à intervenir en tant qu'individus, ou à titre de membres d'une famille ou d'une communauté. Les groupes professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé sont, quant à eux, particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé.

Les programmes et stratégies de promotion de la santé doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux des pays et des régions et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques.

## ***ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTE***

### **Elaboration de politiques pour la santé**

La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard. La politique de promotion de la santé associe des approches différentes, mais complémentaires : mesures législatives, financières et fiscales et changements organisationnels, notamment. Il s'agit d'une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d'équité. L'action commune permet d'offrir des biens et des services plus sûrs et plus sains, des services publics qui favorisent davantage la santé et des environnements plus propres et plus agréables. La politique de promotion de la santé suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, et les moyens de surmonter ces obstacles. Le but doit être de faire en sorte que le choix le plus facile pour les responsables des politiques soit aussi le choix le meilleur du point de vue de la santé.

### **Création d'environnements favorables**

Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. Le grand principe directeur, pour le monde entier, comme pour les régions, les nations et les communautés, est la nécessité d'une prise de conscience des tâches qui nous incombent tous, les uns envers les autres et vis à vis de notre communauté et de notre milieu naturel. Il faut appeler l'attention sur le fait que la conservation des ressources naturelles, où quelles soient, doit être considérée comme une responsabilité mondiale.

L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables.

L'évaluation systématique des effets sur la santé d'un environnement en évolution rapide – notamment dans les domaines de la technologie, du travail, de l'énergie et de l'urbanisation – est indispensable et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces

effets sur la santé du public. La protection des milieux naturels et des espaces construits, ainsi que la conservation des ressources naturelles, doivent être prises en compte dans toute stratégie de promotion de la santé.

### **Renforcement de l'action communautaire**

La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté, à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en oeuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au coeur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions.

Le développement communautaire puise dans les ressources humaines et matérielles de la communauté pour stimuler l'auto-assistance et le soutien social et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public en matière de santé.

Cela exige un accès total et permanent à l'information et aux possibilités d'acquisition de connaissances concernant la santé, ainsi qu'une aide financière.

### **Acquisition d'aptitudes individuelles**

La promotion de la santé appuie le développement individuel et social, grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux.

Il est crucial de permettre aux gens d'apprendre à faire face à tous les stades de leur vie et à se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaire des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes.

### **Réorientation des services de santé**

Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services et les gouvernements. Tous doivent oeuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé.

Par delà son mandat qui consiste à offrir des services cliniques et curatifs, le secteur de la santé doit s'orienter de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé. Les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. La réorientation des services de santé exige également une attention accrue à l'égard de la recherche, ainsi que des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels. Il faut que cela fasse évaluer l'attitude et l'organisation des services de santé, en les recentrant sur la totalité des besoins de l'individu considérés dans son intégralité.

## ***LA MARCHE DANS L'AVENIR***

La santé est engendrée et vécue dans les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'individu s'instruit, travaille, se délasse ou se laisse aller à manifester ses sentiments. Elle

résulte du soin que l'on prend de soi-même et d'autrui et de la capacité à prendre des décisions et à maîtriser ses conditions de vie. Elle réclame, en outre, une société dans laquelle les conditions voulues sont réunies pour permettre à tous d'arriver à vivre en bonne santé.

L'altruisme, la vision globale et l'écologie fondent les stratégies de promotion de la santé. Les auteurs de ces stratégies doivent donc partir du principe qu'à tous les niveaux de planification, de la mise en oeuvre et de l'évaluation de la promotion de la santé, tous les partenaires, hommes ou femmes, doivent être considérés comme égaux.

### **L'engagement a l'égard de la promotion de la santé**

Les participants à la conférence s'engagent à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs ;
- lutter contre les pressions exercées en faveur des produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée ; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements ;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés ;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être.
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même ;
- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur ; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Les participants à la Conférence prient instamment toutes les personnes intéressées de se joindre à eux dans leur engagement en faveur d'une puissante alliance pour la santé.

### **Appel pour une action internationale**

La Conférence demande à l'Organisation Mondiale de la Santé et aux autres organismes internationaux de plaider en faveur de la promotion de la santé, dans le cadre de tous les forums appropriés, et d'aider les pays à établir des stratégies et des programmes de promotion de la santé.

Les participants de la Conférence sont fermement convaincus que, si les gens de tous milieux, les organisations non gouvernementales et bénévoles, les gouvernements, l'Organisation Mondiale de la Santé et tous les autres organismes concernées s'unissent pour lancer des stratégies de promotion de la santé conformes aux valeurs morales et Sociales dont s'inspire cette CHARTE, la Santé pour tous d'ici l'an 2000 deviendra réalité.