



IUHPE – UIPES

INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION
UNION INTERNATIONALE DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ
UNIÓN INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Référentiel des bonnes pratiques de l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour l'établissement des compétences essentielles

Par Louise St-Pierre

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé,
Institut national de santé publique du Québec

Pour l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la
santé

31 mars 2015

Table des matières

Présentation	3
Différents modèles de la pratique EIS; entre flexibilité et standardisation	4
Inventaires des bonnes pratiques selon les consensus internationaux	6
Méthodologie	
Résultats : les bonnes pratiques selon les trois grands groupes de tâches	
Vers l'établissement des compétences pour la pratique de l'EIS adaptée au contexte français	11
Conclusion	14
Références	15
Annexe : Compilation des bonnes pratiques dans dix documents sélectionnés	

Présentation

La pratique de l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) a connu un véritable essor au cours de la dernière décennie. L'étendue de la pratique ainsi que sa popularité dans le monde sont venues consolider ce domaine d'intervention en santé publique de telle sorte qu'aujourd'hui il est possible d'avoir une idée claire des caractéristiques et des conditions qui contribuent à sa qualité et à son efficacité.

Son assise historique repose sur deux grands champs de santé publique : l'évaluation d'impact sur l'environnement et la santé humaine et la promotion de la santé (Harris-Roxas et al, 2012).

De l'évaluation d'impact environnemental, l'EIS a hérité son approche structurée en étapes successives et la rigueur appliquée à la collecte et à l'analyse des données probantes. La promotion de la santé a quant à elle imprimé la vision holistique de la santé, l'approche intersectorielle et la préoccupation envers les inégalités de santé qui est inhérente à la pratique de l'EIS.

Le but de l'EIS est de favoriser l'adoption de politiques et de projets favorables à la santé et en cela ses objectifs peuvent être présentés de la façon suivante :

- Améliorer la santé de la population par l'action sur les déterminants sociaux de la santé dont les leviers se trouvent en dehors du secteur sanitaire ;
- Réduire les risques à la santé et les inégalités sociales de la santé ;
- Sensibiliser les décideurs et les partenaires d'un projet ainsi que les citoyens sur les déterminants de la santé et sur la responsabilité sociétale à cet égard.

Un des rôles de l'EIS est aussi de fournir une plateforme pour le dialogue entre des décideurs des secteurs non sanitaires, des experts de santé publique, des citoyens et d'autres parties prenantes pour estimer collectivement les impacts potentiels d'un changement à venir et imaginer des solutions de rechange réalistes et pertinentes pour l'atteinte à la fois des objectifs sectoriels et des objectifs sanitaires (Harris-Roxas et al, 2012).

Enfin, l'EIS s'appuie sur des principes et des valeurs reconnus que sont la démocratie, l'équité en santé, le développement durable et l'utilisation éthique des connaissances (ECHP, 1999).

Définition de l'EIS

L'évaluation d'impact sur la santé est une pratique de santé publique qui utilise un ensemble de méthodes et une variété de sources de données (de toutes natures) pour estimer les effets potentiels (positifs et négatifs) d'une proposition de projet ou de politique sur la santé et les inégalités de santé d'une population donnée avant qu'une décision ne soit prise afin de fournir des recommandations réalistes visant à atténuer (ou éviter) les effets négatifs et maximiser les effets positifs (ECHP 1999; Quigley et al, 2006; National Research Council, 2011).

Cette description des origines, objectifs, rôles et valeurs de l'EIS permet de dessiner assez clairement les contours de cette pratique telle qu'elle est valorisée à ce jour et donne un aperçu des bonnes pratiques et des compétences afférentes. Aussi, au moment où la France songe à encourager et à encadrer la pratique émergente de l'EIS sur son territoire, elle peut compter sur un corpus de connaissances important issu des expériences et des consensus internationaux pour faire des choix informés.

Ce rapport fait le bilan des recommandations internationales sur les bonnes pratiques et éclaire sur les compétences professionnelles qui y sont reliées. Il a été produit pour l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES) dans le cadre de la convention 2014-2015 qui lie l'UIPES et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). La première partie expose brièvement l'état actuel de la pratique de l'EIS à partir des principaux modèles d'application, modèles qui appellent des compétences différentes. Il présente ensuite un inventaire des bonnes pratiques génériques établi à partir des consensus internationaux pour, finalement, induire les zones de compétences que celles-ci suggèrent. Cette troisième partie suggérera donc un cadre de réflexion qui pourrait permettre à l'INPES d'établir ses priorités de déploiement dans le contexte français compte tenu des besoins en développement des compétences.

1. Différents modèles de la pratique EIS ; entre flexibilité et standardisation

Bien que la pratique actuelle de l'évaluation d'impact sur la santé repose sur des assises communes reconnues internationalement, elle est aussi caractérisée par sa nature flexible, lui permettant de s'adapter au contexte spécifique d'application. Des auteurs australiens (Harris-Roxas et Harris, 2010) ont par exemple mis au jour quatre modèles d'application différents en Australie et en Nouvelle-Zélande. Ces modèles se situent sur un continuum allant d'une forme très formalisée (EIS dans les évaluations d'impact environnemental) à une forme très peu formalisée (EIS menée par des collectivités), pour lesquels les compétences de base sont mobilisées de façon variable. La compétence liée à la collecte et à l'analyse des données probantes constitue le cœur du modèle formalisé, alors qu'elle est très peu sollicitée dans le modèle d'EIS menée par les collectivités. Aussi, la réponse à la question sur les compétences requises à la pratique de l'EIS sera en partie fonction du choix qui sera fait sur le ou les modèles d'application de l'EIS dans le contexte français.

Nonobstant cette mise en contexte, certains des éléments constitutifs de l'EIS recueillent un fort consensus international (Martuzzi et al, 2014; Bhatia et al,

2014) (voir l'encadré sur les caractéristiques de l'EIS). Il est maintenant accepté que l'EIS soit portée par une vision holistique de la santé et menée pour des projets et des politiques élaborés par des secteurs non sanitaires (Harris et al, 2012). Elle peut se faire dans un temps relativement court (EIS rapide) ou s'échelonner sur une période d'une année (EIS complète) selon la nature du projet ou de la politique et de l'échéancier qui module le processus de décision. Enfin, l'EIS s'appuie sur une démarche rigoureuse qui utilise des données fiables de nature tant qualitative que quantitative, en donnant une valeur aux informations contextuelles fournies par les parties prenantes et les groupes de la population potentiellement touchés par la proposition à l'étude.

Il existe également un accord général sur les cinq étapes de l'EIS et sur le fait qu'il s'agit d'une évaluation prospective (Haigh et al, 2013b ; Herbert et al, 2012 ; Bhatia et al, 2014).

On reconnaît aussi que l'EIS est à la fois une démarche méthodologique qui permet de mettre des données probantes à l'égard de la santé à la disposition des décideurs (faire des prédictions), mais aussi une démarche qui favorise le développement de relations intersectorielles et dont la portée dépasse le processus EIS lui-même (Harris et al, 2013).

Caractéristiques de l'EIS

- Éclaire une décision à venir
- Pour des projets/politiques non sanitaires
- Utilise une approche holistique de la santé
- Avec une préoccupation explicite pour l'équité en santé
- Combine information scientifique et contextuelle
- S'intéresse aux effets potentiels négatifs et positifs
- Fait des recommandations réalistes

De plus, une bonne partie de la pratique internationale de l'EIS qui a été analysée se produit dans un contexte de soutien à la prise de décision (Harris et al, 2013 ; Rhodus et al, 2013) soit, avec l'accord ou même l'implication des responsables du projet de politiques. L'inclusion des décideurs dans la démarche EIS est d'ailleurs un des facteurs qui favorisent la prise en compte des recommandations produites à l'issue de celle-ci dans la prise de décision (Haigh et al, 2013). En effet, ce modèle présente l'avantage de mettre en scène plusieurs des conditions de succès de l'utilisation des connaissances scientifiques par les décideurs (Innvaer et al, 2002 ; Landry, 2005 ; Lavis et al, 2007). Puisque l'objectif des EIS est d'influencer la décision publique pour favoriser la santé, les éléments de ce modèle ont été inclus dans l'exercice de repérage des bonnes pratiques.

2. Inventaire des bonnes pratiques de l'EIS selon les consensus internationaux

Méthodologie

Deux questions ont orienté cette étude : quelles sont les bonnes pratiques reconnues internationalement, et quelles sont les compétences professionnelles que celles-ci suggèrent.

La revue de la littérature effectuée pour répondre à ces questions a été concentrée sur les documents phares dans les trois axes suivants :

- 1) Les études scientifiques récentes portant sur l'efficacité de l'EIS et les conditions qui y sont liées.
(Harris et al, 2013a,b; Rhodus et al, 2013 ; Bourcier et al, 2014)
- 2) Les documents d'orientation issus d'un consensus international portant sur les bonnes pratiques de l'EIS.
(ECHP 1999; Quigley et al, 2006 ; Fredsgaard et al, 2009 ; Harris-Roxas et al 2012 ; Martuzzi et al, 2014 ; Bhatia et al, 2014)
- 3) Une recension des contenus des formations EIS (19 formations) offertes sur la scène internationale en 2009.
(Habitat Health Impact Consulting, 2009)

En tout, dix documents ont constitué la base référentielle de l'inventaire des bonnes pratiques. Le tableau placé en annexe présente la liste des différentes recommandations en matière de bonnes pratiques pour chacun d'eux. Ce recensement constitue le premier jalon de la démarche d'identification des compétences requises pour répondre aux exigences de bonnes pratiques.

Le référentiel canadien des compétences élaboré par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) pour la conception d'un cours universitaire de deuxième cycle sur l'EIS a ensuite été utilisé pour comparer les résultats obtenus dans le cadre de cette revue avec ceux obtenus au moment de l'élaboration de ce cours en 2010. Le référentiel de compétences du CCNPPS a été dressé en suivant une démarche reconnue en pédagogie et adoptée par l'Institut national de santé publique du Québec (Malaïl et al, 2012).

En terminant, il est important de mentionner qu'en raison de sa nature prospective, intersectorielle et politique, la démarche EIS évolue dans un contexte changeant dont les paramètres échappent généralement au contrôle des praticiens. Il n'est donc pas toujours possible de satisfaire toutes les recommandations de façon optimale. L'établissement des bonnes pratiques

permet de fixer des standards élevés garantissant la qualité et aussi la crédibilité de l'EIS (Rhodus et *al*, 2013). Toutefois, la plupart des auteurs consultés insistent sur le fait que ces normes doivent être comprises comme un idéal à atteindre et non pas comme une prescription rigide en dehors de laquelle aucune EIS n'est possible (National Research Council, 2011 ; Bhatia et *al*, 2014).

Résultats : Les bonnes pratiques selon trois grands groupes de tâches

De façon générale on peut considérer que l'EIS cumule deux fonctions : une fonction « technique » qui réfère à la démarche structurée et aux méthodes et outils utilisés pour estimer les impacts potentiels et formuler des recommandations appropriées ; et une fonction « relationnelle » qui permet de développer des collaborations avec les secteurs non sanitaires et influencer leur conception de la santé et leurs décisions (Haigh et *al*, 2013a). De manière plus précise, la revue de la littérature nous a révélé trois grands groupes de tâches nécessaires pour mener à bien une démarche EIS. Il s'agit des tâches liées à la gestion de projet, celles liées au volet scientifique (collecte des informations, analyse des impacts potentiels et formulation des recommandations), et celles relatives à l'influence du processus de décision (Kemmm, 2001). Nous avons donc retenu cette catégorisation pour classer les bonnes pratiques de l'EIS recommandées.

La gestion de projets

L'EIS est une démarche qui met en scène plusieurs intervenants qui doivent accomplir plusieurs tâches différentes, le tout dans un contexte de ressources humaines et financières limitées et sous une contrainte de temps. Des capacités en gestion de projets s'avèrent donc essentielles (Kemmm, 2007; Birley, 2013).

Les bonnes pratiques répertoriées à cet égard sont les suivantes

- Mettre sur pied une équipe-projet multidisciplinaire. Quelques organisations proposent aussi la création d'un comité-conseil qui représente les parties prenantes ou les autorités sanitaires et dont le rôle est d'orienter et de soutenir l'équipe-projet (Fakri et *al*, 2014, Hebert et *al*, 2014).
- Utiliser la démarche en cinq (ou plus) étapes standards de l'EIS pour guider le processus tout en assurant la flexibilité requise à son adaptation au contexte spécifique.
- Établir une compréhension commune et favoriser l'acceptation des concepts, des objectifs et des valeurs sous-jacents à la démarche entreprise.
- Clarifier les rôles et les responsabilités des personnes impliquées dans la démarche.
- Faire respecter le calendrier des productions.

- Assurer une bonne gestion financière.
- Prévoir la rédaction des rapports d'étapes (exemple : résultats de l'étape de la sélection).
- Prévoir la logistique relative aux consultations.
- Identifier les informateurs clés essentiels. L'apport de personnes possédant des expertises techniques utiles à l'étude du projet et de celles qui connaissent bien le contexte de la prise de décision est particulièrement recommandé (Bourcier et al, 2015).
- Rédiger un rapport concis qui décrit le contexte du projet, les méthodes utilisées, l'analyse des effets positifs et négatifs et leur distribution ainsi que les recommandations (Fredsgaard et al, 2009).
- Assurer une communication efficace à toutes les étapes de la démarche entre les opérateurs et entre l'équipe de projet et les principaux partenaires, incluant les décideurs.
- Prévoir l'harmonisation de l'EIS avec d'autres formes d'évaluation d'impact concurrentes, le cas échéant.

La démarche scientifique

La collecte et l'analyse de données et la restitution des résultats constituent le groupe de tâches central dans la démarche EIS. La planification de ce groupe de tâches ainsi que le choix des sources d'information et des outils d'analyse vont influencer les résultats et leur crédibilité. La recherche exhaustive des données probantes est habituellement impossible dans le cadre des EIS en raison des limites de temps et de ressources qui caractérisent cette pratique. L'accent est mis sur le repérage des meilleures données disponibles, la diversité des sources et la transparence.

Les bonnes pratiques répertoriées à cet égard sont les suivantes

- Utiliser des outils de type aide-mémoire pour assurer une approche holistique.
- Procéder à la priorisation des déterminants à étudier en fonction de l'ampleur et de la probabilité des impacts anticipés et des priorités exprimées par la population et les décideurs.
- Statuer sur l'étendue géographique sur laquelle portera l'analyse des impacts.
- Effectuer le choix des méthodes de recherche d'information et d'analyse appropriées.
- Adopter une attitude de neutralité et de transparence dans le choix des hypothèses de travail et de la recherche des informations.
- Établir le profil de la population qui sera touchée par le changement planifié. Ce profil (état de santé, vulnérabilités, habitudes de vie, caractéristiques de

l'habitat, etc.) est essentiel pour établir les risques ou les bénéfices associés aux changements, identifier les groupes vulnérables et établir une base de comparaison pour les suivis ultérieurs.

- Dresser le diagramme des chemins causals (modèle logique). Un tel diagramme rend explicites les hypothèses qui relient les éléments du projet à l'étude et les effets anticipés sur la santé. Il est utile pour identifier les questions qui guideront la revue de la littérature visant à valider ces hypothèses, tout en constituant un outil de communication. L'utilisation de cet outil a été démontrée avantageuse pour assurer la constance et la rigueur des analyses (Rhodus et al, 2012).
- Consulter les experts scientifiques et techniques dans les domaines priorisés. Cette consultation peut permettre d'obtenir rapidement les informations requises et d'identifier les sources d'informations pertinentes.
- Effectuer une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise selon les critères reconnus de revue systématique. La revue des rapports EIS traitant de sujets semblables à ceux analysés s'avère être la première étape.
- Recueillir les points de vue des décideurs, des parties prenantes (organisations, institutions et experts techniques) et des citoyens concernés par les changements. Plusieurs moyens sont possibles : sondages, interviews, mémoires, etc. Le plus efficace cependant demeure les rencontres de groupe de type « dialogue délibératif » où les points de vue sont partagés favorisant ainsi les apprentissages collectifs et l'atteinte des consensus (National Research Council, 2010 ; Harris et al, 2013).
- Favoriser l'implication des décideurs, ce qui permet de travailler sur des recommandations qui sont réalistes, pratiques et faisables.
- Identifier et inclure les préoccupations des groupes vulnérables.
- Utiliser la modélisation des risques lorsque c'est pertinent selon nature des déterminants et des données disponibles. Toutefois, il a été trouvé que les résultats sont fondés le plus souvent sur le jugement des experts et sur une extrapolation des résultats de recherches empiriques, et plus rarement sur des méthodes de modélisation (National Research Council, 2011).
- Utiliser les analyses statistiques lorsque cela est pertinent selon la nature du projet.
- Trianguler les informations de nature qualitative et celles de nature quantitative pour caractériser les impacts le plus précisément possible. Les deux types de données ont leur utilité. Si les données quantitatives permettent de caractériser les risques potentiels (direction, probabilité, importance) et contribuent à la solidité et à la crédibilité de l'analyse (Rhodus et al, 2013), elles ne sont pas toujours nécessaires pour influencer la prise de décision puisque les décideurs sont aussi sensibles aux préoccupations et aux consensus qui prévalent dans leur milieu (National Research Council, 2011).
- Fournir des recommandations fondées sur des informations fiables et adaptées au contexte.

L'influence du processus de décision

En tant qu'outil de soutien à la décision, l'EIS va au-delà de l'analyse d'impact. Tout essentielle qu'elle soit, cette dernière risque d'être de moindre utilité si elle est effectuée de façon déconnectée du processus de décision que l'on voudrait influencer. Les opérateurs doivent donc être constamment au diapason de cette deuxième finalité de l'EIS et posséder des capacités tant politiques que techniques. Il s'agit de maintenir un équilibre entre une approche rationnelle qui suit la démarche méthodologique et le parcours incrémental du processus de décision publique (Harris et al, 2012).

Les bonnes pratiques répertoriées à cet égard sont les suivantes

- Faire une lecture politique du projet à analyser et de l'apport de l'EIS.
- Être à l'affût et saisir les occasions propices pour influencer le processus de décision (bonnes personnes, au bon moment et à temps (Harris et al, 2013)).
- Prendre en compte les valeurs, les besoins, les objectifs et les connaissances des décideurs.
- Établir une communication franche et claire avec les décideurs et les parties prenantes.
- Faire preuve de neutralité fondée sur la crédibilité scientifique.
- Favoriser la confiance mutuelle fondée sur le respect des rôles et des responsabilités de chacun.
- Tenir compte du contexte de la prise de décision dans toutes les étapes de l'EIS.
- S'inscrire dans une dynamique ouverte à la négociation et aux compromis, sans toutefois verser dans la complaisance.
- Établir une stratégie de transfert des connaissances.

3. Vers l'établissement des compétences pour la pratique de l'EIS adaptée au contexte français

Selon Tardif (2006), la compétence est un « *savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et l'utilisation efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations* » (p.22). Les ressources internes réfèrent aux trois types de savoirs que sont le savoir de connaissances, le savoir-faire et le savoir-être, alors que les ressources externes se rapportent aux ressources disponibles dans l'environnement. Il s'agit donc de la capacité des individus à choisir et à utiliser ces ressources pour accomplir leurs tâches. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) de l'Institut de santé publique du Québec a utilisé cette référence pour élaborer le référentiel de compétences à la base du cours universitaire en ligne sur l'EIS. Dans ce cas précis, onze familles de situations professionnelles ont été identifiées et les trois différents types de savoir ont été détaillés pour chacune d'elle. Outre des compétences associées directement à la démarche EIS, des connaissances sur les fondements de l'EIS (déterminants et promotion de la santé), le processus de développement des politiques, la gestion de projet, la communication et l'analyse de qualité ont été retenues comme des savoirs essentiels à la pratique de l'EIS.

Une deuxième notion intéressante dans le contexte de la pratique de l'EIS est celle de « compétence collective » mise en avant par Le Boterf (2006). Selon cet auteur, les situations professionnelles complexes sont maîtrisées collectivement grâce à la synergie de plusieurs individus visant un but commun. Par conséquent, l'organisation doit mettre en place un environnement favorable au travail d'équipe. Cette notion s'avère très pertinente dans le cas de la pratique de l'EIS où l'ensemble des compétences requises ne peuvent être le fait d'un seul individu, mais plutôt celui de l'équipe-projet qui doit très souvent à son tour faire appel à des compétences disponibles dans son environnement.

Les exigences professionnelles habituellement évoquées dans la littérature se rapportant à l'EIS concernent les compétences de nature scientifique, en gestion de projet, en négociation, en travail d'équipe, en consultation publique (Kemmer, 2007 ; Birley, 2011). L'inventaire des bonnes pratiques dressé dans le cadre de ce travail invite à adopter une lecture plus fine de celles-ci comme cela se fait par exemple dans un processus d'élaboration des contenus de formation. Le tableau qui suit fournit une illustration des principales compétences qui pourraient être envisagées dans le contexte français. Les types de savoirs classiques ont été regroupés en deux grandes catégories de compétences reflétant les deux grandes fonctions de l'EIS mentionnées précédemment (technique et relationnelle ou sociale) et ce, pour chacune des trois grands groupes de tâches de la démarche EIS.

Tableau 1. Exemples de compétences techniques et sociales reliées aux trois zones de tâches de l'EIS

Zone de tâches	Compétences techniques (connaissances et habiletés)	Compétences sociales (attitudes)
Gestion de projet	<ul style="list-style-type: none"> .Connaissance de la démarche standard de l'EIS, de ses valeurs et objectifs .Connaissances et expérience en approche intersectorielle et multidisciplinaire .Connaissance des déterminants de la santé et des ressources permettant d'obtenir cette information; .Approche inclusive de la santé .Rédaction d'un rapport synthèse .Gestion de projet .Capacité à situer l'EIS par rapport à d'autres processus de soutien à la décision 	<ul style="list-style-type: none"> .Leadership participatif .Gestion de conflit/diplomatie .Vision stratégique .Sensibilité au contexte politique . Flexibilité et ouverture . Intégrité
Production des données probantes	<ul style="list-style-type: none"> .Capacité à appréhender la vision holistique (tous les déterminants) . Capacité à faire appel et à utiliser des outils de systématisation du travail (ex. grille des déterminants, cadre logique) . Connaissance des critères de qualité d'une méthode de collecte et de synthèse des connaissances scientifiques (revue de littérature scientifique, grise et consultation d'experts) . Analyse quantitative . Analyse qualitative . Participation /dialogue délibératif . Analyse de la distribution des effets .Inégalités de santé 	<ul style="list-style-type: none"> .Rigueur .Transparence .Objectivité .Ouverture aux différentes positions épistémologiques . Tolérance face à l'incertitude . Capable de priorisation . Vision d'ensemble, cap sur la finalité
Influence du processus de décision	<ul style="list-style-type: none"> . Notions sur le processus de la décision publique . Notions sur le transfert des connaissances dans ce contexte . Identification des partenaires stratégiques .Choisir des recommandations fondées et réalistes .Rédaction d'un rapport clair 	<ul style="list-style-type: none"> .Sensibilité politique . Courtier de connaissances . Ouvert à la négociation et aux compromis . Capacité à établir des alliances

Ce tableau ne présente pas une liste exhaustive des compétences proposées pour l'accomplissement des EIS. Il s'agit plutôt d'une proposition d'un cadre de réflexion qui a démontré son utilité pour identifier de façon précise les compétences requises dans un contexte professionnel donné (Brahimi, 2011).

Il est clair que dans le cas de la pratique de l'EIS, des connaissances et des compétences de base en santé publique sont essentielles. On songe ici aux connaissances sur les déterminants de la santé, à l'analyse de la littérature scientifique, à la consultation citoyenne et à l'utilisation des méthodes d'analyse d'impact, pour ne nommer que les principales. Selon le modèle d'application de l'EIS privilégié ou l'accent choisi (par exemple, participation citoyenne, inégalités de santé, développement durable, etc.), certaines des bonnes pratiques mentionnées et les compétences qui les accompagnent occuperont une place prioritaire dans la liste des capacités à développer.

Cette réflexion peut aussi permettre de faire ressortir des compétences liées aux activités qui précèdent ou qui succèdent les démarches EIS. À titre d'exemple, mentionnons les compétences liées à la promotion de l'EIS auprès des décideurs et la communication persuasive auprès des différents partenaires potentiels. Les chercheurs australiens ont mis en exergue un rôle important relativement à l'implantation de la pratique de l'EIS qu'ils ont appelé « positionnement proactif » (*proactive positioning*). Il s'agit du rôle d'une personne ou d'une organisation qui détecte ou crée des occasions propices à la mise en place de l'EIS (Harris et al, 2013).

Enfin, une telle démarche de réflexion peut permettre également de repérer les compétences existantes en dehors des organisations de santé, principales instigatrices des EIS, et d'identifier les partenaires externes contributifs aux démarches EIS.

À la lumière des informations recueillies sur les méthodes d'identification des compétences professionnelles à valoriser, la démarche naturelle pour l'élaboration d'un référentiel de compétences menant à un programme de formation sur l'EIS pourrait se présenter comme suit : Décision sur le choix du modèle EIS privilégié; Hiérarchisation des bonnes pratiques selon les contextes institutionnels d'opération, Élaboration d'un référentiel de compétences conséquent; Identification des besoins de connaissances, d'habiletés et d'attitudes des professionnels visés, à la lumière du référentiel établi.

Conclusion

Le champ de l'évaluation d'impact des politiques et des projets sur la santé des populations a atteint un niveau de maturité qui nous permet de statuer avec confiance sur les standards de bonnes pratiques. Les consensus internationaux établis sur la base de la convergence des leçons apprises de la pratique dans des pays variés et pour des projets divers tracent assez clairement les contours de la pratique. Ces recommandations sont appuyées par les études scientifiques sur les conditions qui favorisent l'efficacité de l'EIS (soit, influencer le processus de décision sur la base d'une information de qualité). Ces études commencent à s'accumuler et confirment les standards mis en avant par les consensus internationaux. Les documents de référence retenus pour ce travail font partie des documents de fondation de la pratique de l'EIS. Tous font référence à une approche holistique de la santé, à l'essentielle préoccupation envers les inégalités de santé et les groupes vulnérables, à l'importance de la participation citoyenne, des parties prenantes et des décideurs lorsque cela est possible. La recherche des données fiables selon des méthodes rigoureuses calquées sur des critères scientifiques en provenance de différentes disciplines et combinant les informations de nature quantitative et de nature qualitative demeure une tâche centrale de toute EIS. Les compétences requises pour accomplir les différentes tâches associées à ces pratiques sont de ce fait bien esquissées.

Certaines de ces compétences font partie d'un tronc commun de la pratique de l'EIS. D'autres sont relatives aux choix faits quant au modèle de pratique privilégié ainsi qu'aux orientations gouvernementales concernant cette pratique. C'est la raison pour laquelle il convient d'établir clairement les balises à l'intérieur desquelles la pratique doit se déployer sur un territoire donné.

Ces balises qui donnent un ordre d'importance aux bonnes pratiques répertoriées guideront l'établissement d'un référentiel des compétences conséquent. Un modèle d'élaboration d'un référentiel des compétences professionnelles issu du champ disciplinaire de la pédagogie a été proposé dans l'espoir que cela puisse être utile dans le contexte français.

Références

- Brahimi, C. (2011). *L'approche par compétences, un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. Accessible en ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_ApprocheCompetences.pdf
- Bhatia R., Farhang L. et al. (2014). *Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment*. Version 3. Oakland; Human Impact Partner
- Birley, M. ed. (2011). *Health Impact Assessment. Principles and Practices*. Publication Earthscan. Londres.
- Bourcier, E.; Charbonneau, D. et al. (2014). *Do health impact assessments make a difference? A national evaluation of HIAs in the United States: Supplement*. Seattle; Center for Community Health and Evaluation.
- Chenu, F. (2005), Vers une définition opérationnelle de la notion de compétence. *Education permanente*, 162, 201-208.
- Cunningham, R.; Signal, L.; et Bowers, S. (2011). *Evaluating Health Impact Assessments in New Zealand*. Wellington: New Zealand Ministry of Health.
- ECHP (1999). *Health impact assessment: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper*. European Centre for Health Policy. Bruxelles. Bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la santé.
- Fakhri, A.; Maleki, M.; Gohari, M.; Harris, P. (2014). Investigating underlying principles to guide health impact assessment. *Int J Health Policy Manag*: 3(1). 17-22.
- Fredsgaard, M., Cave, B., & Bond, A. (2009). *A review package for health impact assessment reports of development projects*. Leeds, Ben Cave Associates.
- Habitat Health Impact Consulting (2009). *Élaboration d'un cours canadien sur l'EIS ; recension des méthodes et des résultats des cours existants sur l'EIS*. Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec. Montréal. Accessible en ligne à http://www.ccnpps.ca/100/Publications.ccnpps?id_article=46
- Haigs, F.; Baum, F.; Dannenburg, A.; Harris, M.F. ; Harris-Roxas, B. ; Keleher, H.; Kemp, L.; Morgan, R.; Chok, H.; Harris, E. (2013a). The effectiveness of health impact assessment in influencing decision-making in Australia and New Zealand 2005-2009. *BMC Public Health*. 13:1188.
- Haigs, F.; Baum, F.; Dannenburg, A.; Harris, M.F. ; Harris-Roxas, B. ; Keleher, H.; Kemp, L.; Morgan, R.; Chok, H.; Harris, E. (2013b). Characteristics of health impact assessments reported in Australia and New Zealand 2005-2009. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*: 37 (6), 534-546.
- Harris, P.; Kemp, L.; Sainsbury, P. (2012). The essential elements of health impact assessment and healthy public policy: a qualitative study of

- practitioner perspectives. *BMJ Open* : e001245. doi:10.1136/bmjopen-2012-001245.
- Harris E.; Haigh F.; Baum F.; Harris-Roxas, B.; Kemp, L.; Ng Chok, H.; Spickett J.; Keleher, H.; Morgan, R.; Harris, M.; Dannenberg, AL. (2013). *The Effectiveness of Health Impact Assessment in New Zealand and Australia 2005-2009*. Sydney: Centre for Primary Health Care and Equity, Faculty of Medicine, University of NSW.
- Harris-Roxas, B.; Vilianni, F.; Bond, A.; Cave, B.; Divall, M.; Furu, P.; Harris, P.; Soeberg, M.; Wernham, A.; Winkler, M. (2012). Health impact assessment: the state of the art. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 30:1, 43-52. Accessible à <http://dx.doi.org/10.1080/14615517.2012.666035>
- Hebert, K.A.; Wendel, A.M.; Kennedy, S.K.; et Dannenberg, A.L. (2012). Health impact assessment: A comparison of 45 local, national, and international guidelines. *Environmental Impact Assessment Review*, 34, 74-82.
- Innvaer, S. et al (2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*. Vol.7:2: 239-244.
- Ison, E. (2012). *Peer review of Health Impact Assessment: a process for learning and developing skills*. Adapté pour le programme de formation : *Learning. Reflection. Action. Health Impact Assessment in the Equity Action Programme – building capacity* donné par Ben Cave Associates Ltd pour le Equity Action Programme. WHO European Healthy Cities Network.
- Kemm, J. (2007). *What is HIA and why might it be useful ?* Dans Matthias Wismar, Julia Blau, Kelly Ernst et Josep Figueras ed. *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies. Bruxelles.
- Landry, R. (2007). *Élaboration d'un outil de transfert de connaissances destiné aux gestionnaires en éducation : Rapport de la revue systématique des écrits*. Chaire FCRSS/IRSC sur le transfert de connaissances et l'innovation. Département de management, Université Laval, Québec.
- Lavis, J. et al, (2005). Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *Journal of Health Services Research & Policy*; Jul 2005; 10.
- Le Boterf, G., (2006). *Construire les compétences individuelles et collectives. Le modèle : agir avec compétence en situation , les réponses à plus de 100 questions*. 6^e édition. Éditions Eyrolles. Paris.
- Malai et al, (2012). *Référentiel des compétences relatives aux processus scientifiques reliés aux fonctions transversales de l'Institut national de santé publique du Québec*. INSPQ. Montréal http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1544_RefCompRelativesProcessusScienFonctionsTransINSPQ.pdf
- Martuzzi, M., Cave, B. et al, (2014). *Health Impact Assessment. FasTips*. Fastips Series , -2. International Association for Impact Assessment.

- National Research Council. (2011). *Improving Health in the United States: The Role of Health Impact Assessment*. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Quigley, R.; den Broeder; Furu, P.; Bond, A.; Cave, B.; Bos, R. (2006). *Health Impact Assessment International Best Practice Principles. Special Publication Series No. 5*. Fargo, USA: International Association for Impact Assessment.
- Rhodus, J.; Fulk, F. et al, (2013). *A Review of Health Impact Assessment in the Us: Current State-of-Science, Best Practices, and Areas of Improvements*. US Environmental Protection Agency. Cincinnati, OH.
- Tardiff, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Chenelière Éducation. Montréal.

ANNEXE Compilation des bonnes pratiques mentionnées dans dix documents sélectionnés

Ce tableau présente une vision impressionniste des recommandations liées aux bonnes pratiques mentionnées dans les documents analysés. Le détail des informations fournies varie d'un document à l'autre en fonction des objectifs poursuivis. Aussi, le fait que certains des éléments ne soient pas identifiés pour un document donné ne signifie pas que les auteurs n'adhèrent pas celui-ci.

Bonnes pratiques	ECHP 1999	Quigley et al 2006	Habitat 2009	Fredsgaard et al, 2009	Harris-Roxas et al 2012 ;	Harris et al 2013	Rhodus et al 2013	Bhatia et al 2014)	Bourcier et al 2014	Martuzzi et al, 2014
Ex ante	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Positifs et négatifs	x	x	x	x	x	x		x		x
Étapes standards	x	x	x	x	X	x	X	x		x
Approche holistique	x	x	x	x		x	x	x		x
Impacts différentiels	x	x	x	x	x	x	x	x		x
Éclairer la décision		x	x		x	x	x	x	x	
Multidisciplinaire	x	x	x					x		x
Intersectorielle		x				x	x		x	
Avec les décideurs		x	x	x		x	x		x	
Avec groupes de population touchée	x	x		x	x	x	x	x	x	x
Avec les parties-prenantes	x	x				x	x	x	x	x
Priorisation en fonction de la santé et de la décision							x	x		x
Profil de la population		x	x	x	x	x	x	x		x
Chemins causals (cadre logique)		x	x			x	x			
Revue de la littérature scientifique et grise	x	x		x		x	x			
Recherche de données probantes existantes						x	x	x	x	
Rigueur, transparence et neutralité		x			x	x	x			
Analyse de risques				x		x	x			
Modélisation lorsque pertinent						x	x			
Utilisation de seuils, normes standards à respecter				x		x	x			

Bonnes pratiques	ECHP 1999	Quigley et al 2006	Habitat 2009	Fredsgaard et al, 2009	Harris-Roxas et al 2012 ;	Harris et al 2013	Rhodus et al 2013	Bhatia et al 2014)	Bourcier et al 2014	Martuzzi et al, 2014
Observation terrain/ prise de mesure		x					x			
Entrevue / focus group (x	x		x						
Caractérisation des impacts (magnitude, probabilité, fiabilité)				x	x	x	x	x		x
Communication (bons messages, bonnes personnes)			x	x			x	x	x	
Recommandations fondées et réalistes		x	x	x		x	x	x	x	
Négociation et compromis						x				
Priorisation dans les recommandations							x	x		
Plan de suivi des impacts ou des actions à prendre	x	x		x			x	x		
Cohérence avec autres formes d'évaluation d'impact	x	x			x		x	x		
Évaluation du processus							x	x		
Rapport accessible et transparent							x	x		

Titre des documents de références

- ECHP 1999 Health impact assessment: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper
- Quigley et al, 2006 Health Impact Assessment International Best Practice Principles
- Habitat, 2009 Élaboration d'un cours canadien sur l'ÉIS ; recension des méthodes et des résultats des cours existants sur l'ÉIS.
- Fredsgaard et al, 2009 A review package for health impact assessment reports of development projects.
- Harris-Roxas et al 2012 ; Health impact assessment: the state of the art
- Harris et al 2013 The Effectiveness of Health Impact Assessment in New Zealand and Australia 2005-200
- Rhodus et al 2013 A Review of Health Impact Assessment in the US: Current State-of-Science, Best Practices, and Areas of Improvements
- Bhatia et al 2014 Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment. Version 3.
- Bourcier et al 2014 Do health impact assessments make a difference? A national evaluation of HIAs in the United States
- Martuzzi et al, 2014 Health Impact Assessment. FasTips. Fastips. IAIA