

Version préliminaire – pour discussion

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

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

Introduction

L'Évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme étant une « *combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population* » (OMS, 1999).

Cette définition incite les praticiens de l'ÉIS à prendre en considération non seulement les impacts sur la santé de la population, mais en plus de prendre en compte le fait que ces impacts peuvent avoir des effets différentiels sur certains groupes de la population.

Ce document bref a pour but d'aborder plus spécifiquement cette dimension de l'ÉIS.

Qu'entend-on par inégalités de santé?

Avant d'aborder le thème des inégalités de santé dans la démarche ÉIS, il est utile de

rappeler certaines distinctions entre les définitions reliées à celui-ci.

- La littérature sur ce thème distingue généralement la notion d'inégalité et la notion d'iniquité. La première fait référence à la distribution inégale de l'état de la santé au sein de la population. Pour sa part, le terme iniquité renvoie au fait que ces différences soient dans certaines situations injustes et évitables (Hogstedt, C., Moberg, H., Lundgren, B. & Backhans, M., 2008).
- Certaines différences dans l'état de la santé des individus peuvent être dues à des facteurs biologiques, génétiques, ou dues au hasard. Dans ces cas, on fait référence à la notion d'inégalité. Cependant, on réfère à la notion d'iniquité lorsque ces différences sont persistantes et qu'elles nuisent systématiquement des groupes de personnes spécifiques (ex. groupe ethnique, autochtones, personnes à faible revenu) et puisqu'elles sont souvent dues à des facteurs structurels comme un environnement physique et social malsain, de mauvaises conditions de travail, ou un accès limité à des emplois décents et à une éducation de qualité (Butler-Jones, 2008).
- Les inégalités en santé qui sont systématiquement liées à un désavantage social sous-jacent et qui reflètent une inégalité dans les opportunités d'être en santé sont considérées injustes et évitables, et nommées « iniquités de santé ».
- L'équité en matière de santé est l'absence de différences évitables entre des populations ou groupes de population définies socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement (OMS, 2009).



Cette distinction entre les termes « inégalité » et « iniquité » ne fait toutefois pas consensus, et ces termes sont à l'occasion utilisés de façon interchangeable, explicitement ou non. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) utilise le terme « inégalités de santé » en français, pour désigner les différences évitables, et donc injustes, de l'état de santé entre différents groupes de la population (OMS, 2008). C'est ce vocable et cette conceptualisation qui seront utilisés ici.

Le rôle de l'ÉIS dans la lutte aux inégalités de santé

La préoccupation des acteurs de santé publique à l'égard des inégalités de santé s'appuie sur le fait que les améliorations de l'état de santé à l'échelle populationnelle passent le plus souvent par la réduction des écarts de santé entre les sous-groupes de la population. Pour réduire les écarts, il importe d'accorder une attention particulière aux groupes de personnes vulnérables. Sur le plan des politiques, trois grandes familles de stratégies sont utilisées :

- celles qui réfèrent à l'allocation de ressources spécifiques pour ces groupes (par exemple, un programme à l'intention des sans-abris);
- celles qui visent à améliorer l'accessibilité aux ressources existantes (par exemple, les subventions pour favoriser l'accès aux services de garde);
- et celles qui consistent à réduire les impacts négatifs des programmes et politiques qui s'adressent à la population en générale et qui risquent de créer, maintenir ou exacerber les écarts existants.

L'ÉIS agit principalement au niveau de cette dernière stratégie en estimant les effets sur la santé ainsi que la distribution de ses effets au sein de la population.

La démarche ÉIS a parfois été adaptée pour tenir compte exclusivement des impacts sur les inégalités de santé donnant ainsi lieu à des guides et outils pour agir sur cet enjeu. (Voir par exemple Lester, C., Griffiths, S., Smith, K., &

Lowe, G., 2001). S'il a été constaté déjà que la dimension inégalité n'est pas toujours prise en compte de façon satisfaisante par les praticiens de l'ÉIS (Harris-Roxas, B., Simpson, S., & Harris, E., 2004), il a été établi lors d'une table ronde internationale qu'il valait mieux promouvoir le renforcement de cette dimension dans la pratique de l'ÉIS que de développer une pratique parallèle axée uniquement sur les impacts sur les inégalités (Douglas & Scott-Samuel, 2001). C'est dans cet esprit que le présent document a été rédigé.

La prise en compte des inégalités de santé dans la démarche ÉIS

L'ÉIS vise, comme sa définition l'indique, à rendre explicites les effets différenciés selon les groupes de la population des impacts potentiels d'une politique ou d'un programme. La pratique de l'ÉIS peut donc contribuer à réduire les inégalités de santé en informant les responsables de politiques sur les retombées probables négatives (agrandissement des écarts) ou positives (réduction des écarts) d'une proposition de politique ou programme.

De ce fait, elle est présentée par plusieurs gouvernements comme un moyen de s'attaquer aux inégalités de santé. (Voir par exemple, la Norvège (Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007) et la Nouvelle-Zélande (Ministry of Health, 2002)). Elle est d'ailleurs encouragée par l'OMS qui, en suivi du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé, exhorte les États membres à tenir compte de l'équité en matière de santé dans toutes les politiques visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2009). Au Canada, le rapport du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations a aussi suggéré que cette pratique soit mise en place pour les politiques publiques canadiennes (Keon & Pépin, 2008).

La préoccupation envers les inégalités au cœur de la démarche ÉIS

La pratique de l'ÉIS qui s'appuie sur les principes de la promotion de la santé inclut

automatiquement une préoccupation à l'égard des inégalités de santé. Ceci se fait en s'assurant d'identifier de façon systématique les effets différenciés selon les groupes de populations d'une proposition de politique, et en se demandant comment ces différences affectent désavantageusement des groupes vulnérables. À cet égard, il est important de s'interroger sur les effets cumulatifs des impacts des politiques. En effet, une seule politique peut avoir des effets mineurs, alors qu'une accumulation d'effets mineurs peut avoir une répercussion importante sur le maintien ou l'exacerbation des écarts de santé.

Intégrer l'équité à chacune des étapes de l'ÉIS

La meilleure façon de prendre en compte de façon systématique les inégalités de santé est d'intégrer cette préoccupation à chacune des étapes de la démarche ÉIS, et ce, pour toutes propositions de politiques ou de programmes analysés.

À l'étape du dépistage

L'étape du dépistage est un processus systématique qui a pour but de déterminer si des aspects d'une politique ou d'un programme ont le potentiel d'influer sur la santé de la population et si une ÉIS est appropriée ou non pour cette politique ou ce projet en particulier. Les outils développés pour réaliser cette étape réfèrent généralement à des grilles d'analyse listant les déterminants de la santé au regard desquels la proposition de politique doit être examinée. Les grilles d'analyse qui intègrent une préoccupation à l'égard des inégalités de santé proposent de regarder simultanément les effets de la proposition sur les déterminants de la santé et la distribution de ces effets sur les groupes vulnérables, parfois en les distinguant à l'aide de deux colonnes spécifiques (Voir par exemple le guide *An Easy Guide to Health Impact Assessment for Local Authorities* (Egbutah & Churchill, 2002)). Les sous-groupes peuvent être définis géographiquement, économiquement, selon leur appartenance culturelle ou en raison d'autres facteurs de

fragilité potentielle dus à l'âge par exemple ou à la condition physique ou mentale.

À l'étape du cadrage

L'étape du cadrage a deux principales fonctions : déterminer la nature des informations nécessaires et déterminer la méthode de collecte d'information à privilégier pour effectuer l'analyse d'impact. Se préoccuper des inégalités de santé signifie donc de devoir identifier les sous-groupes pour lesquels des informations spécifiques seraient nécessaires ainsi que la nature de ces informations, si celles-ci diffèrent de celles qui seront utilisées pour la population en générale. Se préoccuper des inégalités de santé à l'intérieur du processus de l'ÉIS suppose aussi d'évaluer dans quelle mesure il sera possible de faire appel à des personnes issues des sous-groupes identifiés comme pouvant subir les effets négatifs de la proposition de la politique étudiée afin d'obtenir leur point de vue concernant les impacts prévisibles sur leur santé.

À l'étape de l'analyse

Au cours de cette étape, les impacts sur la santé sont analysés sur la base des résultats obtenus aux étapes antérieures afin d'estimer leur étendue et leur ampleur. Du point de vue épidémiologique, il peut être difficile d'établir très clairement les effets potentiels sur des groupes spécifiques de la population. Devant cette difficulté, il est parfois suggéré d'indiquer la direction des effets davantage que leur amplitude (Parry & Scully, 2003). De plus, il peut être ardu d'identifier tous les sous-groupes possibles et de faire des choix pertinents entre ces différents groupes jugés vulnérables et la population en général. Il faut parfois faire un compromis entre l'amélioration de l'état de santé de la population en générale, l'amélioration de la santé des personnes les plus vulnérables et la réduction des écarts. La constitution d'un comité scientifique multidisciplinaire et l'inclusion de partenaires provenant de différents horizons sont alors recommandées

pour résoudre les dilemmes associés à ces choix (Ison, 2000).

À l'étape du rapport

Le rapport permet de faire ressortir les effets potentiels et leur distribution à travers la population et de suggérer les changements possibles. La transparence est ici une ligne de conduite à adopter. Le rapport fera donc état de la logique qui a présidé au choix des différents sous-groupes analysés ainsi que des incertitudes entourant les résultats, le cas échéant. Il est parfois suggéré de présenter les résultats à l'aide de matrices, permettant ainsi d'illustrer les différentes tendances pour les sous-groupes et la population en générale (Mahoney, M., Simpson, S., Harris, E., Aldrich, R., & Stewart-Williams, J., 2004). (Voir par exemple le guide intitulé *Improving Health and Reducing Inequalities*, Welsh Health Impact Assessment Support Unit).

À l'étape de l'évaluation

Cette étape est présentée de trois façons dans la littérature (Ison, 2000). La première met l'accent sur l'importance de suivre les effets de l'implantation de la politique qui a fait l'objet d'une ÉIS (monitoring). Ici il faut donc prévoir les indicateurs qui seront suivis pour apprécier les effets réels de la politique sur les inégalités.

La deuxième façon conceptualise cette étape comme un exercice réflexif visant à faire un retour sur l'ensemble de la démarche. Il s'agira alors de procéder à une analyse critique des efforts fournis pour rendre compte des effets différenciés de la proposition de politique. Enfin, la troisième voie est celle qui propose aux praticiens de s'interroger sur l'influence qu'a eue la démarche sur la prise de décision. En lien avec cet objectif, la question à poser réfère à la réaction des décideurs quant aux informations qui traitent des effets différenciés et à l'accueil qu'ils font aux propositions de modifications.

Pour en savoir plus

Autres guides ÉIS traitants des inégalités de santé

- Equity-Focused HIA Framework (Australie)
- A Health Equity Assessment Tool (Equity Lens) for Tackling Inequalities in Health (Nouvelle-Zélande)
- Whanau Ora Health Impact Assessment (Nouvelle-Zélande)
- Health Inequalities Impact Assessment : Screening; Rapid Appraisal Guidance and Notes (Royaume-Uni)

Références

- Butler-Jones, D. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008*. Ottawa Agence de santé publique du Canada.
- Douglas, M. & Scott-Samuel, A. (2001). Addressing health inequalities in health impact assessment. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 450-451.
- Egbutah, C. & Churchill, K. (2002). *An Easy Guide to Health Impact Assessments for Local Authorities*. Luton, Bedfordshire Luton Borough Council. 61 p.
- Harris-Roxas, B., Simpson, S., & Harris, E. (2004). *Equity Focused Health Impact Assessment: a literature review*. Sydney Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE) on behalf of the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA). 74 p.
- Hogstedt, C., Moberg, H., Lundgren, B. & Backhans, M. (2008). *Health for all? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Ison, E. (2000). *Resource for Health Impact Assessment. Volume I: The Main Resource*. London NHS Executive London. 198 p
- Keon, W. J. & Pépin, L. (2008). *Politiques sur la santé de la population: enjeux et options*. Quatrième rapport du Sous-comité sur la santé des populations. Ottawa Sénat Canadien.
- Lester, C., Griffiths, S., Smith, K., & Lowe, G. (2001). Priority setting with Health Inequality Impact Assessment. *Public Health, 115*, 272-276.
- Mahoney, M., Simpson, S., Harris, E., Aldrich, R., & Stewart-Williams, J. (2004). *Equity-Focused Health Impact Assessment Framework*. Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA). 45 p.
- Ministry of Health (2002). *Reducing Inequalities in Health*. Wellington Ministry of Health, New Zealand.
- Norwegian Ministry of Health and Care Services (2007). *National strategy to reduce social inequalities of health*. Report No. 20 (2006-2007) to the Storting. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Care Services.
- OMS Bureau régional de l'Europe (2005). *Étude de l'impact sur la santé : Principaux concepts et méthode proposée. Consensus de Göteborg 1999*. Document consulté le 22 septembre 2009 au <http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaperf.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008). *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé (Résumé analytique du rapport final)*. Genève Organisation mondiale de la santé.
- Organisation mondiale de la santé. (1-23-2009a). Réduire les inégalités en matière de santé par une action sur les déterminants sociaux de la santé. EB124.R6. Cent vingt-quatrième session. Point 4.6 de l'ordre du jour.
- Parry, J. & Scully, E. (2003). Health impact assessment and the consideration of health inequalities. *Journal of Public Health Medicine, 25*, 243-245.



Autres lectures

- Quigley, R., Cave, B., Elliston, K., Pratt, A., Vohra, S., & Taylor, L. (2005). *Practical lessons for dealing with inequalities in health impact assessment*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Simpson, S., Mahoney, M., Harris, E., Aldrich, R., & Stewart-Williams, J. (2005). Equity-focused health impact assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities. *Environmental Impact Assessment Review*, 25, 772-782.
- Taylor, L., Gowman, N., & Quigley, R. (2003). *Addressing inequalities through health impact assessment*. Learning from Practice Bulletin, Health Development Agency. Mackenbach, J. P., Veerman, J. L., Barendregt, J. J. M., & Kunst, A. E. (2004). Health inequalities and HIA. In J. Kemm, J. Parry, & S. Palmer (Eds.), *Health Impact Assessment*, pp. 25-37. Oxford: Oxford University Press.

Mars 2010

Auteure — Louise St-Pierre

Mise en page — Madalina Burtan

Remerciements

Le CCNPPS tient à remercier Marla Orenstein et Benita Cohen pour leurs judicieux commentaires.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de santé publique du Canada par le financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de santé publique du Canada.

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

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

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

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