

# Intégration de l'évaluation d'impact sur la santé dans le processus d'évaluation d'impact plus large

---

## Contexte

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) fait partie de l'évaluation d'impact (EI) en vertu de la *Loi sur l'évaluation d'impact* (LEI), et ne peut ni doit se faire séparément. La santé est une fonction parmi un grand nombre de facteurs, et l'EIS doit donc s'appuyer sur l'intégralité d'une EI, mais l'EIS peut aussi avoir des résultats qui doivent être pris en compte dans l'évaluation d'autres piliers. Qui plus est, les résultats d'une EIS ne concernent pas seulement les conclusions d'une ou plusieurs composantes valorisées (CV) de la santé, mais les critères de décision plus larges de la LEI.

La santé est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et la capacité « d'identifier et de réaliser ses aspirations, de satisfaire ses besoins et de modifier son environnement ou d'y faire face » (OMS 1948; non daté)<sup>1</sup>. Le gouvernement canadien adopte cette définition de la santé, reconnaissant les nombreux **déterminants de la santé** qui peuvent entrer en jeu dans une EIS, tels que le revenu et l'emploi, le logement et les activités culturelles, le capital social et l'équité, et la qualité de l'environnement (Canada non daté; OMS non daté). L'EIS s'intéressera donc à la manière dont un projet influe sur les **déterminants de la santé**, positivement ou négativement, mais en fin de compte, toutes les EIS devraient s'intéresser aux **résultats en matière de santé**.

De nombreux **déterminants de la santé** sont couverts par des évaluations associées à d'autres piliers de l'EI sous le régime de la LEI (biophysique, culturel, économique, social et peuples autochtones), même si ces évaluations ne sont pas examinées sous l'angle de la santé. Les **déterminants de la santé** liés à l'environnement sont souvent examinés dans de nombreuses CV biophysiques, telles que l'esthétique visuelle, les niveaux de bruit, la qualité de l'eau et la faune. Les **déterminants de la santé** culturels, économiques et sociaux – comme la récolte traditionnelle, l'emploi et la sécurité de la communauté – sont généralement couverts par plusieurs CV et une section consacrée

---

<sup>1</sup> L'OMS utilise le terme « bien-être », et ce terme est utilisé dans le guide d'économie sociale de la santé (ESS) et le modèle de LDIRI de l'AEIC, mais la présente note évite ce terme et utilise simplement le terme « santé ».

aux peuples autochtones. L'EIS peut et doit tirer parti des liens étroits qui existent entre elle et ces autres parties d'une EI.

Il est également important de reconnaître les chevauchements entre la définition de la santé de l'OMS et les critères de décision de la LEI. La Loi exige que les décisions finales reposent sur la contribution d'un projet à la durabilité et à l'intérêt public, ce qui oblige les décideurs à synthétiser toutes les conclusions d'une EI en ce qui concerne ces concepts généraux et primordiaux. La définition de la santé de l'OMS couvre un large champ d'intérêt, ce qui soulève la question de la distinction entre la durabilité, l'intérêt public et la santé.

L'orientation en matière de santé, de société et d'économie (orientation en matière de SSE) et le modèle de lignes directrices individualisées relatives à l'étude d'impact (modèle de LDIREI) ne rendent pas explicitement compte du lien entre la santé et les autres piliers ni du chevauchement entre la santé et les critères de décision de la LEI. La présente note vise donc à aider les participants au processus d'EI à comprendre comment s'inscrit l'EIS dans le processus général d'EI. Le chevauchement entre la santé et les critères de décision de la LEI est également examiné dans la critique de l'orientation en matière de SSE et du modèle de LDIREI.

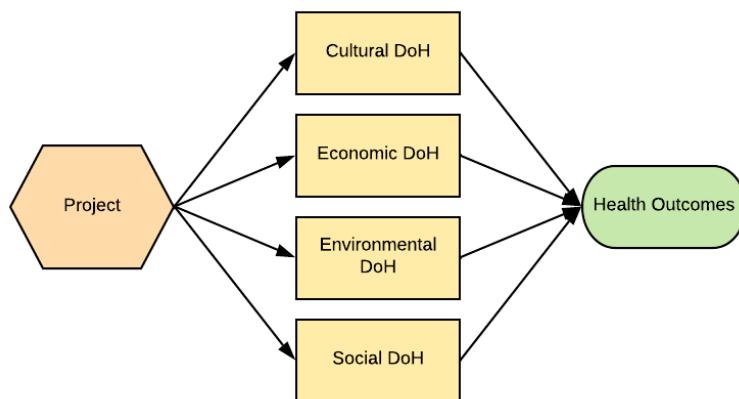
## Pratiques recommandées pour intégrer l'EIS dans le processus d'EI plus large

### Définition de la portée de l'EIS

1. Les questions de santé particulières à examiner dans une EIS doivent refléter les questions et le contexte particuliers d'une EI particulière. Certains lieux, projets et milieux soulèveront des problèmes de santé particuliers, et l'EIS doit se concentrer sur ceux-ci si on peut raisonnablement s'attendre à une séquence marquée des effets. Ce processus de définition de la portée demande des efforts : le praticien de l'EIS a besoin de temps et de ressources pour déterminer les centres d'intérêt de l'EIS, y compris un engagement véritable et complet avec les communautés potentiellement touchées.
2. Au cours de la définition de la portée, les praticiens de l'EIS doivent partir du principe qu'il existe de nombreux **déterminants de la santé** qui influent sur les **résultats en matière de santé**. En général, ces **déterminants de la santé** peuvent être classés dans le reste des thèmes (piliers) généralement couverts par une EI. La figure 1 illustre un modèle de séquence des effets de l'EIS qui établit les liens entre un projet, les **déterminants de la santé** et les **résultats en matière de santé**. En réalité, chaque pilier peut incarner plusieurs **déterminants de la santé** dont certains peuvent être plus importants que d'autres. Il peut y avoir plusieurs **déterminants** au sein d'un pilier particulier qui sont les plus

pertinents quant aux **résultats en matière de santé**, et certains piliers entiers peuvent revêtir peu d'importance. De même, le praticien doit garder à l'esprit qu'il peut exister d'importants liens positifs ou négatifs entre les **déterminants de la santé**, y compris entre les piliers (il est à espérer que ces liens sont explorés par les praticiens responsables de l'évaluation de ces sujets – par exemple, la qualité de l'environnement peut affecter l'activité économique, et donc le déterminant économique peut être influencé par les impacts d'un projet sur l'environnement).

**Figure 1. Modèle générique des séquences des effets de l'EIS**



3. Au fur et à mesure que le praticien se familiarise avec les problèmes de santé particuliers d'un lieu et d'un projet, l'EIS peut bénéficier de l'adoption d'éléments d'un ou de plusieurs cadres des **déterminants de la santé** existants, élaborés par des professionnels de la santé et des universitaires, et du perfectionnement du modèle de séquence des effets. De nombreuses recherches ont été entreprises au cours des dernières décennies sur les **déterminants de la santé** et sur la manière dont ils interagissent et façonnent collectivement les **résultats en matière de santé** – le praticien de l'EIS n'a pas besoin de réinventer la roue, et il peut bénéficier des idées fournies par les modèles de santé préexistants. Certains cadres peuvent fournir une plus grande granularité ou se concentrer sur certains **déterminants de la santé** qui sont particulièrement pertinents dans un contexte d'EI donné. On peut certainement s'attendre à ce qu'un cadre autochtone soit le plus approprié lorsque la santé des peuples autochtones est en jeu, car les **déterminants de la santé** des peuples autochtones peuvent varier considérablement de ceux des peuples non autochtones. Consulter le site du CCDSS (2015) pour une revue des cadres des **déterminants de la santé** et de leur applicabilité à l'EIS au Canada; voir également Orenstein et coll. (2013) pour des exemples de modèles de séquence des effets liés à l'impact sur la santé.

4. Il faut utiliser le modèle initial et les modèles ultérieurs plus raffinés de la séquence des effets pour structurer l'EIS. Les modèles conceptuels doivent regrouper les facteurs pertinents qui façonnent les **résultats en matière de santé** (c'est-à-dire les **déterminants de la santé**) et leurs interrelations, et constituent ainsi un guide sur les indicateurs que le praticien doit utiliser. Selon la structure de l'EIS, il peut être approprié d'avoir un seul modèle de séquence des effets qui établit les liens entre un projet et la santé, ou d'avoir plusieurs modèles de séquence pour optimiser la résolution.

#### Niveaux de référence

5. Les niveaux de référence doivent décrire les résultats passés, présents et raisonnablement prévisibles de la **séquence des effets** et des **résultats en matière de santé** pour la personne moyenne ainsi que pour les groupes ayant des préoccupations particulières en matière de santé ou qui sont touchés de manière disproportionnée. Le tableau 1 illustre comment une EIS peut résumer les données quantitatives de base relatives aux **déterminants de la santé** et aux **résultats en matière de santé** (les données qualitatives de base doivent également être saisies et peuvent être aussi ou plus pertinentes que les données quantitatives recueillies). Les niveaux de référence doivent se projeter dans le futur – ce que certains pourraient appeler le « scénario sans projet » – afin que le praticien dispose d'une base pour distinguer l'avenir avec et sans le projet (cf. Joseph et al. 2017; voir l'exemple de l'étude de cas ci-dessous). De même, les niveaux de référence doivent être interprétés en fonction de leur importance; les praticiens doivent explorer la signification des conditions de santé passées, présentes et raisonnablement prévisibles, car il est essentiel de connaître le contexte des impacts supplémentaires d'un projet (et parce qu'il s'agit d'un apport essentiel au contexte du critère commun de caractérisation des effets) (Joseph et al. 2017).

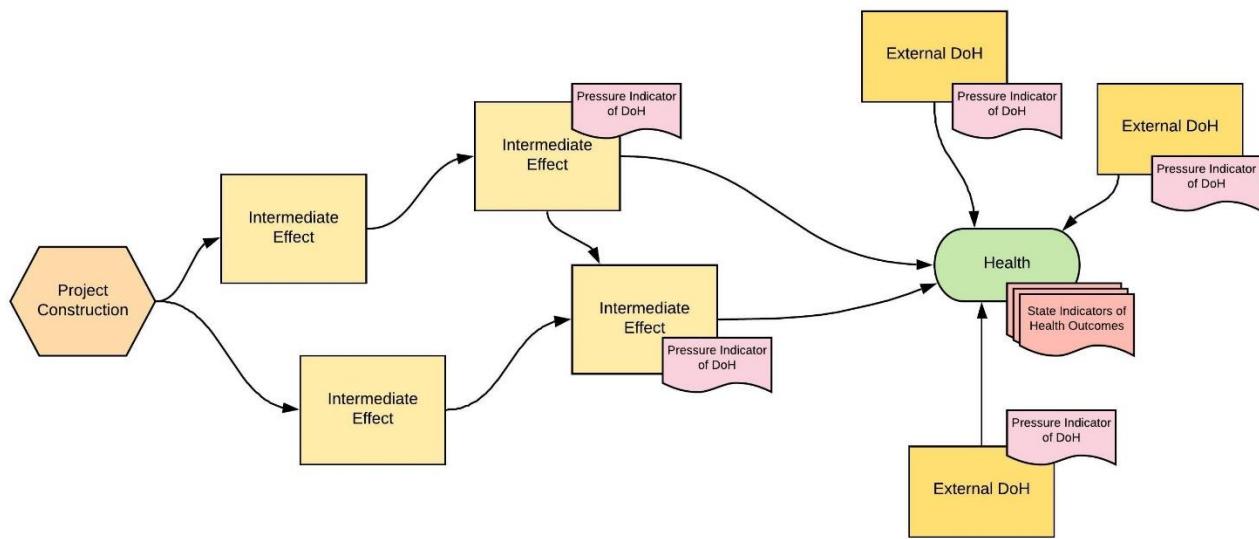
**Tableau 1. Illustration du résumé des niveaux de référence**

Groupement de population	Déterminants de la santé					Résultats en matière de santé
	Culture	Économie	Environnement	Société		
Taux de maîtrise de la langue maternelle	...	Revenu médian	PPM <sub>2,5</sub> 24 heures ( $\mu\text{g}/\text{m}^3$ )	Logement (% des ménages; indicateurs des besoins essentiels en matière de logement)	Santé perçue (très bonne ou excellente)	...
Population générale	85 %	67 000 \$	95	- 30 % inabordables - 6 % inappropriés - 17 % inadéquats	59,5 %	...
Sous-groupe	15 %	39 000 \$	110	- 40 % inabordables - 9 % inappropriés - 25 % inadéquats	56 %	...

## Planification des mesures d'atténuation et prédition des effets

6. L'objectif ultime de l'EIS est de prédire comment les **résultats en matière de santé** seront touchés, mais ces derniers résultent de l'interaction (c'est-à-dire des effets cumulatifs) de nombreux facteurs, façonnés non seulement par le projet, mais aussi par des facteurs de stress externes.
7. Il est souvent difficile (et potentiellement impossible) de distinguer les impacts d'un projet sur les **résultats en matière de santé**, en raison des nombreux contributeurs aux **résultats en matière de santé**, et donc, sur un plan pratique, la prédition de l'impact dans l'EIS doit souvent se concentrer sur la prédition des impacts sur les **déterminants de la santé** et ensuite utiliser cette information pour déduire les effets nets éventuels sur les **résultats en matière de santé** (Figure 2) (Westwood et M. Orenstein. 2016). Par exemple, il n'est peut-être pas possible de prédire directement les impacts sur les taux de maladies (un **résultat en matière de santé**), et le praticien de l'EIS devra donc plutôt prédire les changements dans la qualité de l'air (un **déterminant de la santé**). De même, il est généralement plus pratique de concevoir des stratégies d'atténuation ciblant les **déterminants de la santé** « en amont » des **résultats en matière de santé** et au lieu de ceux-ci. Autrement dit, les praticiens trouveront souvent plus pratique de concentrer leurs efforts sur les **indicateurs de pression** en matière de santé pour déduire comment les **indicateurs d'état** de santé peuvent être touchés par un projet que d'essayer de prédire les changements dans les **indicateurs d'état**. Il est cependant essentiel de ramener les conclusions sur les **déterminants de la santé** à la façon dont les résultats peuvent être touchés : ce que les décideurs ont besoin de savoir, c'est comment un projet influera sur les **résultats en matière de santé**, et si les conclusions ne sont pas faites par rapport aux **résultats en matière de santé**, l'intérêt de l'EIS peut être remis en question.

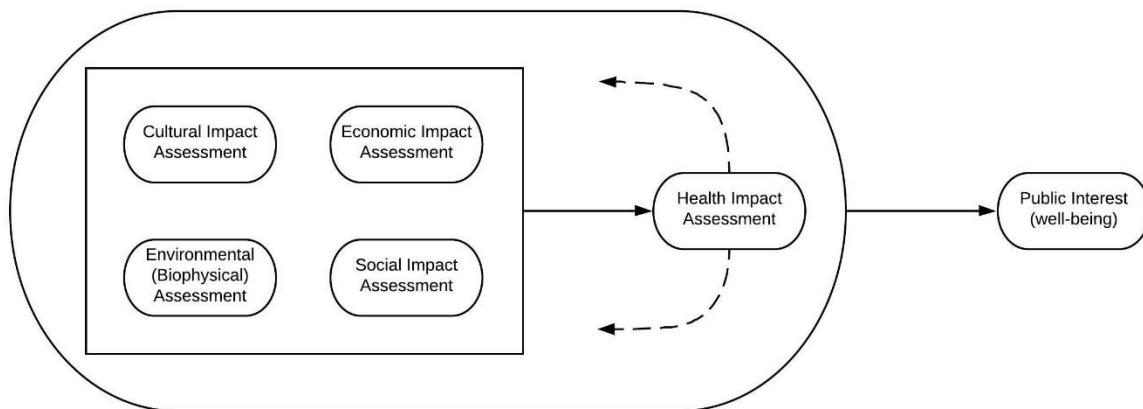
**Figure 2. Illustration d'un modèle de séquence des effets sur la santé**



8. L'EIS doit prendre en compte son lien avec le reste de l'EI (Figure 3). Il ne fait aucun doute que l'EIS devrait commencer pour de bon en même temps que les EI des autres piliers, mais étant donné que les **résultats en matière de santé** sont une fonction des **déterminants de la santé** et que de nombreux **déterminants** sont examinés directement ou indirectement dans d'autres parties de l'EI par d'autres spécialistes, l'EIS hérite naturellement de la collecte et de l'utilisation de l'information produite par le reste de l'EI. Par conséquent, le praticien de l'EIS doit s'appuyer sur le reste de l'EI. Idéalement, le praticien de l'EIS est en mesure d'influencer ces autres EI (par exemple, en ce qui concerne le choix des indicateurs par les autres praticiens), mais il se peut que le praticien de l'EIS doive simplement s'inspirer des travaux effectués dans d'autres CV qui sont pertinents pour l'EIS, les étayer par toute recherche supplémentaire nécessaire, puis en déduire comment ils peuvent influer sur les **déterminants de la santé** (et ensuite les **résultats en matière de santé**). Par exemple, pour évaluer le **déterminant environnemental de la santé**, le praticien de l'EIS pourrait se référer directement à l'évaluation de la CV de la qualité de l'air des concentrations de polluants dans l'air ambiant dans la communauté d'accueil d'un projet proposé, puis ajouter à cette base de données probantes si nécessaire. De même, pour évaluer les effets du **déterminant social de la santé**, le praticien de l'EIS pourrait se référer directement à l'utilisation des services d'urgence par une CV sociale ou communautaire et ajouter à ces données probantes si nécessaire. Afin de déduire les effets résiduels, l'EIS peut et doit se tourner vers d'autres sections de l'EI pour trouver des mesures d'atténuation pertinentes pour traiter les impacts du projet sur la santé. Dans l'ensemble, l'EIS peut être considérée comme une synthèse des

EI réalisées pour d'autres CV, et comme une réinterprétation et une réaffectation de ces informations. Ce faisant, l'EIS ne peut pas se contenter de s'appuyer sur les EI qui couvrent les sujets des **déterminants de la santé**, mais doit plutôt examiner ces sujets dans une optique de santé et renforcer ce qui est fait par d'autres praticiens de l'EI. Comme l'EIS tend à s'inspirer de ce que l'on trouve dans les EI des autres piliers, il est logique qu'elle ne soit pas conclue tant que les autres EI ne sont pas essentiellement ou totalement achevées.

**Figure 3. L'EIS tend à découler des EI des autres piliers**



9. Cependant, les conclusions de l'EIS peuvent avoir des répercussions sur le reste de l'EI (Figure 3). Par exemple, des changements dans la santé mentale peuvent avoir des effets sur le pilier social, comme cela peut se produire lorsque la maladie mentale entraîne une toxicomanie ou la perte d'un logement (Włodarczyk et Tennyson 2003). L'EIS doit donc être conçue comme une EI axée sur son propre ensemble de questions, mais aussi comme une pollinisation croisée à partir et vers d'autres parties d'une EI.
10. En raison des liens entre l'EIS et le reste de l'EI, la planification de l'atténuation doit également être effectuée de manière intégrée. Les mesures qui atténuent les effets négatifs sur les **déterminants de la santé** (ou même qui améliorent ces derniers) peuvent déjà être proposées par les responsables d'autres disciplines dans d'autres parties de l'EI, et le praticien de l'EIS peut collaborer avec ces autres disciplines pour ajuster la conception des mesures d'atténuation afin de faciliter le traitement des effets sur les **résultats en matière de santé**. Les mesures d'atténuation des impacts visuels d'un projet peuvent être ajustées pour bénéficier à des groupes particuliers ciblés par un projet et dont la santé est déjà compromise. En même temps, le praticien de l'EIS doit aussi être conscient des

conséquences potentielles non intentionnelles des mesures d'atténuation qu'il propose sur d'autres CV.

11. La complexité et les défis techniques liés à la formulation de prédictions sur les **résultats en matière de santé** signifient que l'EIS dans la pratique est souvent un exercice de raisonnement concerté<sup>2</sup>. Pour être en mesure d'argumenter de manière raisonnée sur le fait que les impacts d'un projet seront, dans l'ensemble, positifs ou négatifs, le praticien doit donc tirer parti des données quantitatives et qualitatives disponibles, essayer de donner un sens à tout cela à l'aide d'un modèle conceptuel, et finalement porter un jugement éclairé sur les impacts nets d'un projet sur les **résultats en matière de santé**. Cette triangulation de l'information permet de tirer des conclusions dans l'EIS, mais aussi, en raison de l'étendue du concept de santé, d'aider les décideurs à comprendre les contributions d'un projet à la durabilité et à l'intérêt public.

## Étude de cas : Réinterprétation dans une EIS d'un projet routier

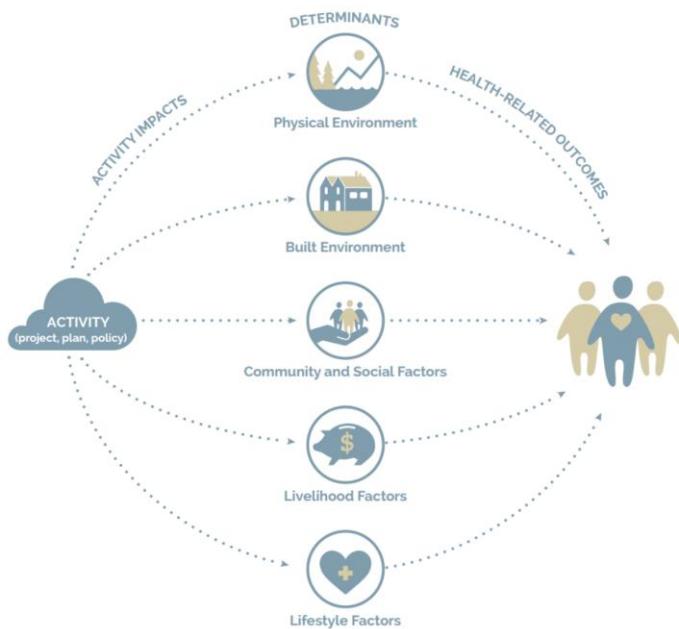
Étant donné que la santé des personnes est fonction d'un grand nombre de facteurs, l'EIS peut et doit naturellement s'appuyer sur une grande partie, voire la totalité, du reste de l'EI. Une EIS récente qui démontre explicitement ces liens est celle réalisée pour le projet de remplacement du tunnel George Massey près de Vancouver, en Colombie-Britannique (Habitat Health Impact Consulting 2016).

Dans cette EIS, le consultant a été engagé après qu'une grande partie de l'EI ait été achevée, et il avait donc la liberté d'entreprendre une EIS qui explorait en détail une série de **déterminants de la santé**, mais avec l'inconvénient de ne pas être jumelé au reste de l'équipe ou du processus de l'EI. Le consultant a identifié un cadre de **déterminants de la santé** établi qui a servi de modèle de séquence des effets, reliant les activités de construction et d'exploitation du projet aux **déterminants de la santé** et finalement aux **résultats en matière de santé** (Figure 4). Sur la base de toutes les études et de l'engagement des parties prenantes qui avaient déjà été réalisés à ce jour dans le cadre de l'EI pour le projet, le consultant a identifié 12 « intérêts sanitaires » (c'est-à-dire des **déterminants de la santé**) dans la structure de son modèle de séquence des effets : l'exposition aux contaminants atmosphériques, le bruit, la consommation d'eau et d'aliments, les émissions de GES, le transport actif et public, la sécurité routière, la connectivité et l'accès, l'intervention d'urgence, la sûreté et la sécurité, les effets économiques sur la santé, les loisirs et les parcs, et les péages.

---

<sup>2</sup> Voir <https://www.glenbrown.ca/organized-reasoning/> et Hicks (2011).

**Figure 4. Modèle de séquence des effets utilisé par l'EIS du tunnel George Massey**



Source : Habitat Health Impact Consulting (2016).

Le consultant s'est ensuite appuyé sur le reste de l'EI pour tirer des conclusions sur la manière dont le projet affecterait les 12 « intérêts sanitaires » (les **déterminants de la santé**), et finalement sur la manière dont le projet affecterait les **résultats en matière de santé**. Tout au long du processus, l'attention a été portée sur les effets de chacun des 12 « intérêts » sur le grand public ainsi que sur les populations vulnérables et les populations autochtones. Par exemple, l'EI du projet s'est penchée sur la pollution de l'air, mais d'un point de vue typique de l'évaluation des risques pour la santé humaine (ERSH) et non en termes de contribution de la qualité de l'air aux **résultats en matière de santé** en général. Pour ce faire, le consultant de l'EIS a reproduit une variété de documents pertinents dans son rapport, y compris les conditions actuelles et prévues de la qualité de l'air sans le projet, telles que prédites par l'ERSH, et a ensuite réorienté ces informations en fonction des effets sur la santé de sous-populations importantes, notamment les résidents, les amateurs de loisirs et les populations vulnérables. Le consultant a ensuite tiré ses propres conclusions sur la direction, la distribution, l'ampleur, la probabilité, l'équité et la confiance, puis a interprété ces prédictions par rapport aux **résultats en matière de santé**. Des étapes similaires ont été entreprises pour le reste des 12 « intérêts sanitaires », bien que l'étendue des informations sur lesquelles le praticien de l'EIS pouvait s'appuyer n'était pas toujours la même; dans certains cas, une analyse plus originale a été nécessaire et entreprise.

Dans l'EIS, le consultant a tiré des conclusions non seulement sur la manière dont le projet affecterait chaque « intérêt pour la santé » (**déterminant de la santé**), mais aussi

sur les conséquences de chacun d'entre eux sur les **résultats en matière de santé**. On en a tiré douze séries de conclusions en ce qui concerne non seulement la manière dont la population générale serait affectée, mais aussi la manière dont les populations vulnérables et les populations autochtones seraient affectées. Le consultant n'a pas essayé de tirer des conclusions sur l'effet global et net sur les **résultats en matière de santé**, car cela pourrait masquer une résolution importante entre les facteurs et les groupes.

Cette EIS était atypique en ce sens qu'elle a été commandée après l'achèvement d'une grande partie du reste de l'EI (Orenstein, communication personnelle, 11 février 2021). Contrairement à d'autres EIS qui sont réalisées parallèlement aux EI pour d'autres piliers et valeurs et dans lesquelles les praticiens de l'EI peuvent tous intégrer leurs activités, l'EIS du tunnel George Massey a été réalisée plus tard. Bien que le consultant n'ait pas pu tirer les avantages d'une évaluation intégrée parallèle, tels que la mise en forme des évaluations dans d'autres piliers et valeurs, et que le consultant EIS n'ait pas pu répercuter ses conclusions dans le reste de l'EI, il a eu la liberté de structurer son évaluation et d'explorer son sujet jusqu'à une résolution qu'il jugeait appropriée. Les EI types prévoient une CV pour la santé humaine qui couvre l'évaluation des risques pour la santé humaine et une sorte de CV unique pour la « santé communauté » qui est limitée quant à la résolution qu'elle peut fournir. L'EIS de l'étude de cas, en revanche, a pu explorer en détail 12 sujets distincts, dans une structure qui lui convenait. Cette liberté ne se retrouve pas souvent lorsque l'EIS est réalisée en parallèle avec le reste de l'EI, mais les praticiens de l'EIS doivent néanmoins s'efforcer d'examiner la santé avec un haut degré de résolution et doivent donc chercher les ressources pour ce faire, même s'ils doivent tout inclure dans le chapitre d'une seule CV.

## Tensions et défis dans les EIS

Les recommandations de cette note et l'étude de cas soulèvent une question importante en ce qui concerne les liens entre l'EIS et les autres parties d'une EI, et la façon dont le praticien de l'EIS devrait procéder dans ce processus. L'EIS, avec une base et un intérêt substantiel sur les **déterminants de la santé**, s'inspire naturellement des autres parties d'une EI, mais comment exactement un praticien de l'EIS doit-il s'inspirer de ces autres parties d'une EI? Le praticien de l'EIS doit-il se contenter de prendre les conclusions du reste de l'EI pour argent comptant, n'étant pas un expert technique en la matière, et ne pas aller plus loin, ou doit-il approfondir les informations recueillies dans d'autres parties de l'EI et ne pas se contenter de les voir à travers une lentille de santé, mais réinterpréter les informations et potentiellement arriver à des conclusions qui entrent en conflit avec celles des auteurs des autres EI? Les praticiens de l'EIS n'ont généralement pas d'expertise technique sur le reste du sujet de l'EI, mais si la conclusion de la CV est « négligeable », comment le praticien de l'EI doit-il procéder? Que se passe-

t-il si le praticien de l'EIS utilise les documents d'une autre CV et conclut que les **résultats en matière de santé** vont diminuer, même si la conclusion de cette autre CV est « négligeable »? Tout cela témoigne d'une tension critique dans l'EIS : la nécessité de réinterpréter le reste d'une EI du point de vue de la santé, mais le manque d'expertise technique dans les nombreuses disciplines couvertes par une EI chez le praticien de l'EIS. Il se peut que la seule solution soit la planification précoce de l'intégration, l'exécution de cette analyse intégrée, mais aussi l'attente que, selon le sujet, des conclusions contradictoires puissent émerger.

Un autre défi de l'EIS est évoqué dans l'étude de cas, juxtaposé à un principe clé de l'EIS exprimé plus tôt dans cette note : la difficulté de donner un sens aux **résultats en matière de santé** à travers de multiples facteurs contributifs (**déterminants de la santé**) dans le contexte plus large de la nécessité d'informer les décideurs de la façon dont la santé des personnes sera touchée par un projet. L'EIS bien menée examine la santé sous toutes ses facettes, ce qui signifie qu'il faut examiner de nombreux aspects de la santé; mais que fait le praticien de l'EIS avec tout cela? L'EIS de l'étude de cas n'a pas essayé « d'additionner » tous les effets à travers les **déterminants de la santé** pour donner une prédiction unique de l'effet net sur les **résultats en matière de santé**.

Pourtant, en fin de compte, c'est ce que les décideurs doivent savoir lorsqu'ils cherchent à déterminer comment un projet contribue à la durabilité et à l'intérêt public. Si l'on se concentre sur l'« effet net », on risque de passer à côté d'éléments importants de l'impact sur la santé – certains effets particuliers risquent d'être occultés en procédant ainsi, et certains groupes peuvent être lésés – sans parler du défi méthodologique que représente l'addition de tous ces éléments. De nouvelles lignes directrices pourraient aborder ce sujet de manière plus approfondie, en conseillant aux praticiens de laisser leurs résultats désagrégés, de les agréger d'une manière ou d'une autre, ou d'utiliser leur jugement quant à l'effet global du projet sur les **résultats en matière de santé** et aux détails clés masqués sous cette conclusion d'« effet net ».

## Points clés à retenir

1. L'objectif ultime de l'EIS est de prévoir comment un projet influera sur les **résultats en matière de santé** des personnes.
2. En raison des difficultés à prédire les effets sur les **résultats en matière de santé**, l'EIS se concentrera souvent sur la prédiction des changements aux **déterminants de la santé**, puis sur l'utilisation de ces prédictions pour déduire les changements des **résultats en matière de santé**.
3. Trouver un ou plusieurs cadres de **déterminants de la santé** adaptés au contexte de l'EI, et les utiliser pour développer un ou plusieurs modèles de séquence des effets et pour structurer l'évaluation.

4. Avec une base dans les **déterminants de la santé** qui est souvent examinée dans d'autres parties d'une EI, l'EIS découle naturellement du reste de l'EI, mais peut obtenir les meilleurs résultats si elle est effectuée en parallèle avec le reste de l'EI – en l'influençant, en apprenant d'elle et en lui renvoyant des informations.
5. Les praticiens de l'EIS doivent réaffecter et réinterpréter un large éventail d'informations sur l'EI sur une grande partie ou la totalité du reste d'une EI, souvent sans expertise technique dans ce large éventail de sujets.
6. En dernier ressort, les décideurs doivent savoir quels sont les effets nets d'un projet sur les **résultats en matière de santé**, mais les praticiens de l'EIS sont confrontés à un défi méthodologique pour le faire et doivent s'assurer que les détails importants sur les personnes touchées et comment cela se produit ne sont pas perdus.

## Principaux termes

**déterminants de la santé** : facteurs qui influencent l'état de santé des personnes

**résultats en matière de santé** : expressions physiques, mentales ou autres de l'état de santé des personnes

**indicateurs de pression** : indicateurs des niveaux de stress sur une valeur (dans le contexte de la santé, les indicateurs de pression sont généralement des indicateurs des déterminants de la santé)

**indicateurs d'état** : indicateurs des conditions des valeurs (dans le contexte de la santé, les indicateurs d'état sont généralement des indicateurs des **résultats en matière de santé**)

## Sources

### Principales sources

Aalhus, M. (2018). The social determinants of health impacts of resource extraction and development in rural and northern communities. A summary of impacts and promising practices for assessment and monitoring. Northern Health. 76 p.

Ce rapport passe en revue les déterminants de la santé concernant l'évaluation de l'impact des grands projets dans l'arrière-pays de la Colombie-Britannique. Le rapport explore ce qu'est la santé, comment les déterminants de la santé façonnent la santé, les perspectives autochtones sur la santé, les modèles de santé en C.-B., et décrit en détail 15 déterminants de la santé pertinents pour l'arrière-pays de la C.-B., puis décrit les méthodes d'EI pour examiner les impacts sur les déterminants de la santé. Ce rapport est un aperçu utile des déterminants de la santé et de la façon dont ils peuvent servir dans le cadre d'une EIS. Ce rapport devrait être utile pour les EIS menées partout au Canada.

CCDSS (Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé) (2015) Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé. 76 p.

Ce rapport passe en revue 36 cadres différents des déterminants de la santé, dont sept qui sont considérés comme particulièrement utiles pour le Canada. Les cadres sont disséqués et analysés. L'étude conclut qu'aucun cadre n'est parfait et que le praticien doit choisir ou adapter un ou plusieurs cadres en fonction de son contexte d'évaluation. Ce rapport devrait constituer un point de départ utile pour les praticiens qui cherchent à identifier un cadre des déterminants de la santé pour structurer leur EIS.

Santé Canada (2004). Canadian Handbook on Health Impact Assessment.

Ce guide en quatre volumes est officiellement retiré, mais fournit des conseils substantiels et utiles pour la conduite de l'EIS et de l'EI en général. Il couvre tous les sujets, de la définition de la santé à la collaboration avec les collectivités autochtones, en passant par les méthodes d'EIS et d'autres sujets socioéconomiques, le rôle des parties prenantes et l'impact sur la santé de divers types de projets de développement. Bien que long, il s'agit peut-être de l'un des plus importants manuels d'EI jamais produits au Canada, et tout professionnel de l'EI aurait avantage à prendre le temps de le lire.

Orenstein, M., M. Lee et A. Angel (2013). Determinants of health and Industrial Development in the Regional Municipality of Wood Buffalo. Calgary, AB, Habitat Health Impact Consulting. 79 p.

Ce document est une excellente ressource illustrant les liens entre les déterminants de la santé et les résultats en matière de santé. Il présente des modèles de séquence des effets ainsi qu'une discussion sur les liens avec les résultats en matière de santé pour 12 déterminants de la santé. Le document s'intéresse au contexte des sables bitumineux, mais il constitue une bonne ressource pour toute personne qui développe des modèles de séquence des effets et qui évalue et planifie une EIS.

## Autres sources

Barron, T., M. R. Orenstein et A.-L. Tamburini (2010). Health Effects Assessment Tool (HEAT): An Innovative Guide for HIA in Resource Development Projects. Habitat Health Impact Consulting & ERM. 34 p.

Bhatia, R., L. Farhang, J. C. Heller, M. Lee, M. Orenstein, M. Richardson et A. Wernham (2014). Minimum Elements and Practice Standards HIA. Society for Practitioners of Health Impact Assessment. 11 p.

Canada (gouvernement du Canada) (non daté) Qu'est-ce que la santé? <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population/la-sante.html>. Consulté le 19 janvier 2021.

Habitat Health Impact Consulting (2016) Health Impact Assessment (HIA) of the George Massey Tunnel Replacement Project. 89 p.

Hicks, T. D. (2011). Exploring the Use of Arguments in Impact Assessment: A Case for Impact Significance Arguments. Master of Arts, Royal Roads University. 110 p.

Joseph, C., T. Zeeg, D. Angus, A. Usborne et E. Mutrie (2017). Use of significance thresholds to integrate cumulative effects into project-level socio-economic impact assessment in Canada. Environmental Impact Assessment Review 67: 1-9.

McCallum, L. C. (2017). Development and Application of Strategies for Health Impact Assessment of Projects and Policies. Doctorat en philosophie, Université de Toronto 298 p.

Shandro et Jokinen (2018). A Guideline for Conducting Health Impact Assessment for First Nations in British Columbia. Version de juillet 2018. 32 p.

Westwood, E. et M. Orenstein (2016). Resource Kit for HIA Practitioners: HIA for Industrial Projects, Habitat Health Impact Consulting. 44 p.

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (1948). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin au 22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

OMS (Organisation mondiale de la Santé) (non daté). La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 1986 <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>. Consulté le 19 janvier 2021.

Wlodarczyk, T. L. et J. Tennyson (2003). Social and economic effects from attitudes towards risk. *Impact Assessment and Project Appraisal* 21(3): 179-185.

## Remerciements

Swift Creek Consulting tient à remercier les personnes suivantes pour le temps qu'elles ont consacré à partager leur point de vue sur les questions abordées dans cette note :

- Gillian Donald, Glennis Lewis, Marie Lagimodiere, Alistair Macdonald, Mark Shrimpton, Colin Webster (membres du comité consultatif technique);
- Marla Orenstein (Habitat Health Impact Consulting);
- Sally Western (Northern Health), Melissa Aalhus et Barb Oke (toutes deux anciennement de Northern Health);
- Glenn Ferguson et Faiza Waheed (Intrinsik).