

TELEscope

Revue d'analyse comparée en administration publique

Vol. 14 n°2 printemps-été 2008

LES POLITIQUES PUBLIQUES ET L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

■ **John Kemm**

Les expériences d'évaluation d'impact sur la santé au Royaume-Uni et leur traduction dans les politiques publiques

■ **Eva Elliott, Alison Golby, Gareth H. Williams**

La situation des évaluations d'impact sur la santé au pays de Galles

■ **Jennifer Mindell, Caron Bowen, Nannerl Herriot, Sue Atkinson**

L'évaluation d'impact sur la santé : un instrument de santé publique dans le développement des stratégies régionales

■ **Carole Clavier**

Entre initiatives locales et contraintes législatives, l'émergence comparée des études d'impact sur la santé en France et au Danemark

■ **Jean Simos, Nicola Cantoreggi**

Les évaluations d'impact sur la santé à Genève et l'utilisation de leurs résultats dans le processus législatif : l'exemple de l'interdiction de fumer dans les lieux publics

■ **Matthias Wismar, Julia Blau, Kelly Ernst, Eva Elliott, Alison Golby, Loes van Herten, Teresa Lavin, Marius Stricka, Gareth H. Williams**

La mise en œuvre et l'institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé en Europe

■ **France Gagnon, Jean Turgeon, Clémence Dallaire**

L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d'action

■ **Sarah Curtis, Ann Pederson, Ted Bruce, Jim Frankish**

Pour des politiques publiques favorables à la santé dans le contexte de la préparation de grands événements internationaux : l'exemple des Jeux olympiques

■ **Karen Lock**

Les outils pour améliorer les politiques de santé publique fondées sur des preuves avérées : les rôles potentiels de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision et des techniques de prévision

TÉLESCOPE

Télescope est une publication universitaire indépendante éditée en français. Elle propose à ses lecteurs un éclairage sur les problématiques, dont la complexité et l'interdépendance ne cessent de s'amplifier, qu'affrontent aujourd'hui les États et les organisations publiques dans un contexte politique et socioéconomique mouvant et globalisé à l'échelle de la planète. En mettant en perspective des expériences et des modèles de gestion observés à travers le monde, *Télescope* fait connaître les avancées en matière de gouvernance publique. Elle permet à l'École nationale d'administration publique du Québec de promouvoir un message singulier sur la gouvernance à la rencontre des univers francophone et anglo-saxon. Elle offre également à tous ceux, praticiens, universitaires, chercheurs, dans le champ de l'administration publique, un espace pour échanger, se situer sur le plan international et recueillir les savoirs et les repères utiles à leur action.

Télescope est la revue de l'Observatoire de l'administration publique créé en 1993 par l'École nationale d'administration publique du Québec, un établissement membre du réseau de l'Université du Québec. L'Observatoire de l'administration publique est un pôle de vigie et de recherche. Il collecte et analyse l'information disponible dans le monde en matière de gouvernance publique. Le lancement de *Télescope* répondait au besoin de disposer d'un outil de communication sur les avancées du management public. *Télescope* a connu une expansion régulière qui s'est accélérée ces trois dernières années en même temps que s'intensifiaient les activités de recherche de l'Observatoire.

COMITÉ DE RÉDACTION

Michel Audet (Université Laval); Serge Belley (ENAP); Pierre Bernier (ENAP); Jean-Luc Bodiguel (Université de Nantes); Jacques Bourgault (ENAP); Mohamed Charih (ENAP); David Clark (Université de Winchester UK); Paul-André Comeau (ENAP); Dominique Darbon (Institut d'études politiques de Bordeaux); Bernard Enjolras (Université d'Oslo); James Iain Gow (Université de Montréal); Joseph Facal (HEC Montréal); David Giaque (Haute École Valaisanne); Réal Jacob (HEC Montréal); Benoît Lévesque (Université du Québec à Montréal); Bachir Mazouz (ENAP); Luc Rouban (Sciences-po – Paris); Lucie Rouillard (ENAP); Jean Turgeon (ENAP).

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Denis Bédard (gouvernement du Québec); Sandford Borins (Université de Toronto); Geert Bouckaert (Université catholique de Louvain); Jacques Chevallier (CNRS); Patrick Gibert (Université de Paris X); Taïeb Hafsi (HEC Montréal); François Lacasse (Université du Québec en Outaouais); Ann Langley (HEC Montréal); Daniel Latouche (INRS-Urbanisation); Vincent Lemieux (Université Laval); Claude Lessard (Université de Montréal); Marie-Christine Meininger (ENA France); Jacques Plamondon (Université du Québec); Marc-Urbain Proulx (Université du Québec à Chicoutimi); Louise Quesnel (Université Laval); Jeanne Shaheen (John F. Kennedy School of Government, Harvard University); Jean-Claude Thoenig (CNRS); Sabine Urban (Université Robert Schuman de Strasbourg).



Directeur de la publication et Rédacteur en chef **Louis Côté**; Conseiller à la rédaction **Marc Cambon**; Révision linguistique et coordination **Patricia Caron**; Pages *Repères et Références* **Marie-Helen Brisebois, Nicolas Charest**; Traduction **Andréanne Bédard, Michèle Béliveau, Vincent Laborderie, Éric McComber**; Graphisme **Anise Lamontagne**; Impression **AGMV Marquis**.

Pour plus d'information ou si vous avez des renseignements à nous transmettre, communiquez avec **Danielle Landry**, secrétariat de l'Observatoire, 418 641-3000 poste 6574, courriel : danielle.landry@enap.ca. Les publications de l'Observatoire peuvent être consultées à l'adresse suivante : <http://www.observatoire.enap.ca>

TÉLESCOPE • ENAP du Québec, 555, boulevard Charest Est, Québec (Québec) G1K 9E5 CANADA

Sommaire

TÉLESCOPE • Vol. 14 n° 2 printemps-été 2008

- III Éditorial
Louis Côté
- 1 Les expériences d'évaluation d'impact sur la santé au Royaume-Uni et leur traduction dans les politiques publiques
John Kemm
- 15 La situation des évaluations d'impact sur la santé au pays de Galles
Eva Elliott, Alison Golby, Gareth H. Williams
- 26 L'évaluation d'impact sur la santé: un instrument de santé publique dans le développement des stratégies régionales
Jennifer Mindell, Caron Bowen, Nannerl Herriot, Sue Atkinson
- 38 Entre initiatives locales et contraintes législatives, l'émergence comparée des études d'impact sur la santé en France et au Danemark
Carole Clavier
- 51 Les évaluations d'impact sur la santé à Genève et l'utilisation de leurs résultats dans le processus législatif: l'exemple de l'interdiction de fumer dans les lieux publics
Jean Simos, Nicola Cantoreggi
- 64 La mise en œuvre et l'institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé en Europe
Matthias Wismar, Julia Blau, Kelly Ernst, Eva Elliott, Alison Golby, Loes van Herten, Teresa Lavin, Marius Stricka, Gareth H. Williams
- 79 L'évaluation d'impact sur la santé au Québec: lorsque la loi devient levier d'action
France Gagnon, Jean Turgeon, Clémence Dallaire
- 95 Pour des politiques publiques favorables à la santé dans le contexte de la préparation de grands événements internationaux: l'exemple des Jeux olympiques
Sarah Curtis, Ann Pederson, Ted Bruce, Jim Frankish
- 107 Les outils pour améliorer les politiques de santé publique fondées sur des preuves avérées: les rôles potentiels de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision et des techniques de prévision
Karen Lock

Éditorial

Par **Louis Côté**

Professeur à l'École nationale d'administration publique du Québec

Directeur de L'Observatoire de l'administration publique

louis.cote@enap.ca

Chers Lecteurs,

La revue *Télescope* a pour vocation de mettre en lumière toute la complexité et la modernité de la gouvernance publique. Ainsi nous attachons-nous à en étudier les tendances ou bien à en décrire les outils, traditionnels, modernisés ou carrément novateurs. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) appartient sans aucun doute à cette dernière catégorie. Pour la définir brièvement, l'EIS vise à prendre en considération les incidences des actions des gouvernements sur la santé des populations. On comprend que sa réalisation interpelle au plus haut point les responsables des administrations publiques et ceux de la santé publique auxquels elle offre des défis organisationnels, politiques et scientifiques.

S'il est novateur, le concept n'est pas nouveau. On lui attribue une filiation avec celui de l'évaluation d'impact environnemental développée dans les années 1960 aux États-Unis. On l'inscrit aussi plus largement dans la mouvance des politiques publiques favorables à la santé. De fait, on retrouve dans l'assise théorique de l'EIS les notions d'équité, de démocratie participative, de développement durable et d'éthique avec lesquelles les responsables politiques et administratifs ont appris à composer sous la pression de citoyens de plus en plus pointilleux sur le respect de ces valeurs.

L'évaluation d'impact sur la santé a par ailleurs connu un vif succès dans les années 1990 essentiellement en Europe, mais également, il faut le souligner, dès le début des années 2000 au Québec. Permettant de mesurer les retombées de nature sanitaire de projets ou de politiques qui, à l'origine, n'ont pas forcément de lien avec la santé, l'EIS serait une vigie prévenant les décideurs des dangers potentiels de la décision qu'ils sont amenés à prendre. La pratique a toutefois montré qu'elle est bien plus qu'un outil d'aide à la décision. Elle rejoint en effet la recherche d'une structuration nouvelle de l'action publique, qui ne repose plus sur une rationalité unique et qui intègre à la fois les enjeux et les acteurs.

Au-delà du consensus sur les principes, l'EIS n'a pas encore véritablement acquis droit de cité. Quel que soit le palier, local, régional ou national, auquel elle est conduite, elle est encore loin d'être systémique. La multiplicité virtuelle de ses objectifs – prédiction, appui à la décision, résolution de problèmes, communication, lutte contre les inégalités en santé – semble contribuer à brouiller son message. Nous n'aurons garde d'oublier les ressorts nationaux qui nuancent son utilisation. Celle-ci, dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques, ne va donc pas de soi. Nombreuses sont les interrogations résiduelles sur l'à-propos de la méthode.

Faut-il miser sur l'État central ou bien sur les collectivités locales pour parvenir à intégrer l'EIS dans le quotidien de l'action des administrations publiques et tout d'abord dans les processus de prise de décision? Que nous apprennent les expériences menées en matière d'EIS sur les effets d'une telle pratique dans le cadre de l'adoption des politiques publiques

et sur la santé des populations? Les données recueillies sont-elles probantes et utiles pour le développement de l'EIS? Les décideurs s'inspirent-ils de cette information et si oui, de quelles manières? Au-delà de ces réflexions, comment l'EIS peut-elle relever le défi de la gestion horizontale des politiques publiques quand les administrations se caractérisent encore aujourd'hui par un mode de fonctionnement vertical? Enfin, quelle est la part de conciliation entre EIS et décisions politiques?

Pour nous éclairer sur ce phénomène plurivalent et rassembleur, *Télescope* a réuni les meilleurs arpenteurs, certains en étant les pionniers, de ce champ de recherche en pleine effervescence. Souvent très concrets, leurs témoignages et leurs analyses, à travers ces thématiques et d'autres encore, permettent d'en dresser un premier bilan et de mesurer le chemin parcouru par les administrations publiques.

Ce numéro de *Télescope* consacré à l'impact des politiques publiques sur la santé des populations est le fruit de la coopération entre deux instituts de recherche de l'École nationale d'administration publique du Québec. L'Observatoire de l'administration publique et le Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS) ont en effet mis en commun leurs savoirs et leurs ressources pour préparer et réaliser ce projet. Ce numéro doit beaucoup à l'implication et au travail de l'équipe du GÉPPS sous la direction du professeur Jean Turgeon. Dans le cadre de cette collaboration, il convient de souligner la contribution particulière de Mélanie Michaud, professionnelle de recherche au GÉPPS. France Gagnon et Clémence Dallaire, respectivement professeures à l'Université du Québec à Montréal et à l'Université Laval ont pris une part essentielle dans cette démarche.

Il revenait à **John Kemm**, un des grands experts en matière d'EIS d'ouvrir ce dossier. Directeur d'un observatoire de santé publique en Angleterre, il est particulièrement bien placé pour nous instruire, exemples à l'appui, des raisons pour lesquelles les Britanniques occupent un incontestable leadership dans ce domaine. Mais il en est lui-même un des éminents théoriciens. Et de fait, rien ne saurait lui échapper: technicité des méthodes, prévision des risques, analyse coût-avantage, voisinage avec l'évaluation environnementale, hypothèques politiques, primauté de l'approche participative... L'auteur procède ici à une lecture duale des constituants de l'EIS, chacun d'eux étant à la fois un écueil et un atout. Kemm ne tait pas une certaine opacité des démarches, l'ambiguïté, parfois, des objectifs, la pusillanimité, fréquente, des décideurs, mais il ne voit dans ces difficultés que matière à progresser. Aussi propose-t-il un accompagnement pour tous ceux qui, comme lui, ont fait leur l'ambition de promouvoir l'EIS. Car, conclut-il, il y va annuellement de milliers de décisions publiques qui pourraient être améliorées grâce à elle.

Quand on évoque un leadership britannique sur les EIS, faudrait-il reconnaître parmi les quatre unions un leadership gallois. Le témoignage d'**Eva Elliott, Alison Golby** et **Gareth H. Williams** est éloquent à cet égard. C'est au pays de Galles, comme nulle part ailleurs dans le monde, que les EIS font flores. Soutien convaincu du personnel politique, création d'organismes dédiés, appropriation par les administrations locales, participation citoyenne, tout y est. Mieux, pour les auteurs, cette quasi-institutionnalisation de l'EIS concourt à une stratégie des dirigeants gallois depuis l'établissement du gouvernement de l'Assemblée du pays de Galles en 1999. Dans cette perspective, l'EIS serait un volet de la gouvernance. S'agissant de la santé, les Gallois opposent en effet au modèle consumériste anglais leur modèle citoyen national dit de « nouveau localisme » basé sur une tradition de partenariat entre les paliers gouvernementaux et entre les secteurs public, privé et

associatif. Un habitus qui profite donc aux EIS, mais dont nos trois chercheurs relèvent cependant les contradictions à propos de ce qu'ils appellent l'entente civique.

Notre séjour en Grande-Bretagne se poursuit avec l'article de **Jennifer Mindell, Caron Bowen, Nannerl Herriot** et **Sue Atkinson**. Comme dans l'exemple gallois, le quatuor s'attache à décrire l'importance du palier local en matière d'EIS. Mais de quel « local » parle-t-on ici. Rien de moins que l'Autorité du Grand Londres. Le maire nouvellement élu de la capitale anglaise a souhaité faire jouer aux EIS un rôle de poisson-pilote des ambitieuses politiques de développement qu'il entendait mener. Pas de temps à perdre donc : les EIS furent tenues avant même les consultations publiques et complétées en quelques semaines. Paradoxalement, leurs auteurs n'ont trouvé que des avantages à s'accommoder des impératifs de l'agenda politique. L'urgence a révélé les conflits, mais également les synergies, entre les stratégies. Cette prise de conscience des enjeux sanitaires a non seulement permis d'en tenir compte dans les programmes, mais aussi de les rapprocher des considérations environnementales, de développement durable et d'égalité des chances. Évaluation de l'évaluation, une étude externe a démontré que le processus a véritablement entraîné des changements de la planification stratégique.

Nous quittons les îles Britanniques pour l'Europe continentale tout en conservant notre focale réglée sur le local. **Carole Clavier** s'est prêtée à un exercice de mesure de l'appropriation de l'EIS par l'échelon municipal en France et au Danemark. À cet égard, elle parle de transfert de politique publique, c'est-à-dire l'utilisation, dans un contexte particulier, de programmes ou d'instruments développés dans d'autres contextes politiques ou institutionnels. De quoi s'agit-il? Écartant très vite de son analyse les contraintes nationales et européennes négligeables ou inopérantes, l'auteure révèle que le recours aux EIS serait plutôt dans ces deux pays la séquelle d'un échange entre pairs. Ainsi, bien que d'inspiration britannique, les modèles répondent à des critères « d'appartenance », à des réseaux de la santé francophones ou nordiques, au mouvement Villes-Santé ou à la représentation nationale des collectivités locales et de leurs élus. Elle fixe trois conditions à une « européanisation » de l'EIS : la clarification du champ d'application, l'engagement des acteurs politiques et la requalification des enjeux entre santé et environnement.

Il est un autre pays européen, non membre de l'Union, dans lequel ces trois conditions semblent avoir été réunies, en un lieu, le canton de Genève, et à l'occasion du débat entourant la lutte au tabagisme passif. **Jean Simos** et **Nicola Cantoreggi** nous relatent par le menu les joutes oratoires qui se sont déroulées au sein du Parlement cantonal, les opposants à l'interdiction de fumer dans les lieux publics usant de toutes les procédures dilatoires pour retarder l'inéluctable. Devant l'âpreté de la controverse, sur les bancs de l'assemblée et dans l'opinion publique, le ministre responsable « a appelé en renfort » les scientifiques dont le jugement impartial et avéré délivré à la suite d'une EIS devait faire taire les défenseurs de la cigarette. Quoique ayant prouvé son efficacité, cette instrumentalisation ne manque pas de soulever des interrogations quant à la perception du décideur. Manipulation des experts, conditionnement voire ghettoïsation de la pratique, c'est tout le crédit de l'EIS qui est en jeu. Tout en se félicitant de cette réussite ponctuelle, les auteurs militent pour sa sauvegarde en préconisant son institutionnalisation.

Il n'est question que de cela, nous voulons dire l'institutionnalisation de l'EIS, dans l'article suivant qui rend compte des résultats d'une vaste enquête européenne réalisée par un collectif de chercheurs dont font partie les signataires du présent article, **Matthias Wismar, Julia Blau, Kelly Ernst, Eva Elliott, Alison Golby, Loes van Herten, Teresa Lavin,**

Marius Stricka et **Gareth H. Williams**. Leurs conclusions n'incitent pas à l'optimisme. L'institutionnalisation de l'EIS n'est pas à l'ordre du jour en Europe. Certes, il se tient des EIS dans tous les pays, le plus souvent, mais pas exclusivement, à l'initiative des pouvoirs publics nationaux, régionaux et locaux. Seuls quatre pays cependant, l'Angleterre et le pays de Galles bien sûr, mais aussi les Pays-Bas et la Finlande, sont parvenus à instituer un dispositif – soutien des autorités, création d'organismes dédiés, recensement de l'information sur la santé et financement régulier – propice aux EIS. Qui plus est, dans ce domaine, les progrès sont fragiles. Un changement de gouvernement peut détruire un édifice patiemment érigé. Nos chercheurs ne renoncent pas pour autant. Nombreux sont les exemples qui, à l'inverse, montrent que l'institutionnalisation de l'EIS n'est pas vouée à l'échec.

En franchissant l'Atlantique, le constat reste le même : l'EIS progresse, mais à pas lents. Au Québec, la loi est venue lui prêter main-forte. En confiant au ministre de la Santé un « droit de regard » sur toutes les questions de santé, y compris la prévention et la promotion dans leur acception la plus large, la Loi sur la santé publique – et notamment son article 54 – offre à l'EIS un encadrement légal. **France Gagnon**, **Jean Turgeon** et **Clémence Dallaire** parlent d'un levier d'action et ils étayent leur démonstration sur des exemples très concrets : le développement de la filière aquacole, l'utilisation domestique de pesticides, l'installation de « radars » photographiques sur les routes et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Que leur apprend cette réalité du « terrain » ? D'une part qu'au-delà de l'accréditation légale et de l'endossement institutionnel, un leadership politique doit être exercé sans faiblir ; d'autre part que les cultures ministérielles, rétives à la pollinisation, entravent les EIS, intersectorielles par nature. Les auteurs misent enfin sur le temps et sur l'actualité événementielle qui chaque jour aiguise les consciences, des citoyens et de leurs dirigeants.

Quand on parle d'évènements, les Jeux olympiques et paralympiques en sont sans conteste les champions toutes catégories. Des milliers de sportifs, de journalistes et de touristes qui prennent d'assaut une ville et sa région, des dizaines d'infrastructures nouvelles qui modifient le paysage urbain... Mais au fait, a-t-on pensé aux retombées sur la santé des habitants, contrariés dans leur quotidien, parfois privés de transports publics, voire même délogés. C'est ce à quoi nous convient **Sarah Curtis**, **Ann Pederson**, **Ted Bruce** et **Jim Frankish** à propos des JO d'hiver de Vancouver de 2010 et des JO d'été de Londres de 2012. Adoptant une approche sociale de la santé, ils se réfèrent à la théorie de la société mondiale du risque pour montrer les liens entre des décisions prises au niveau international et leurs incidences locales. Ils étudient ensuite le rôle joué par les coalitions de groupes de pression préoccupés par les impacts de la tenue des JO sur la santé publique apparues dans les deux cités. L'évocation du patrimoine « abandonné » au terme de la courte période de compétitions leur permet enfin de questionner l'attitude du Comité international olympique et d'interpeller les pouvoirs publics.

Nous nous devons de clore ce tour d'horizon en étendant le champ de l'étude à d'autres outils destinés à améliorer les politiques de santé publique. C'est **Karen Lock** qui nous propose cet examen. Elle a choisi trois démarches fondées sur la probation scientifique : l'évaluation d'impact sur la santé que nous connaissons mieux désormais, l'analyse de décision et les techniques de prévision. Elles ont en commun leur simplicité et leur adaptabilité. Si l'EIS et l'analyse de décision affichent leur similitude en proposant au décideur des solutions « clefs en main », la prospective diffère, car elle est moins arrimée à la décision. On admet que chaque technique est insuffisante en soi et Lock ne se fait pas faute d'en signaler les limites : l'analyse de décision privilégie la description au détriment de la logique

et évacue l'intuition. L'EIS a besoin d'un environnement politico-administratif adapté. Les techniques traditionnelles de prévision sont rarement adaptées pour fournir un éclairage juste sur les conséquences à long terme d'une décision. La conclusion de l'auteure est évidente: il faut combiner les forces de chaque méthode.

Instrument de la gouverne publique, l'évaluation d'impact sur la santé est encore méconnue. Spécifique, elle peut décourager certains, moderne, elle nous concerne tous. À cet égard, les auteurs que nous avons réunis auront su nous convaincre. Au point de se demander comment on pourrait à l'avenir s'en affranchir tant sont émotives dorénavant les réactions aux problèmes de santé. Sur un sujet aussi sensible, nous souhaitons que ce numéro de *Télescope*, fidèle au format international de la revue, saura vous intéresser.

Bonne lecture!

Appel à communications

LES INSTITUTIONS INTERNATIONALES ET LES SYSTÈMES DE GOUVERNANCE PUBLIQUE

D'un point de vue institutionnel et opérationnel, la notion de « gouvernance » a été lancée sur la scène internationale à la fin des années 1980 par les institutions de la Banque mondiale, agissant tels des bailleurs de fonds soucieux de leur efficacité et de leur efficience. Les réformes structurelles imposées par la Banque mondiale elle-même et par le Fonds monétaire international se sont accompagnées d'incitations majeures en vue de l'intégration par les pays bénéficiaires, en émergence ou en développement, des diverses facettes de la « bonne gouvernance ». D'autres institutions internationales, financières ou non, ont également joué un rôle important à ce même chapitre. C'est ainsi que l'Union Européenne a très tôt inscrit des réformes administratives importantes parmi les objectifs fixés aux pays candidats à la grande adhésion de 2005.

Le moment semble venu de dresser un bilan des effets de cette démarche. Il s'agit de répondre à un certain nombre de questions élémentaires, mais fondamentales. Comment les institutions internationales ont-elles procédé pour diffuser de nouvelles valeurs de gouvernance publique? Comment les pays visés ont-ils accueilli les préoccupations grandissantes des

bailleurs de fonds en matière de transparence, d'imputabilité, d'efficacité et d'efficience? Ont-ils traduit dans les faits les composantes de la bonne gouvernance? Quelles ont été les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des divers aspects de la nouvelle gouvernance? Cette démarche a-t-elle entraîné des changements réels au sein de l'organisation de la vie politique et de la gestion des affaires publiques? Que reste-t-il de ces remises en question? Quelles leçons peut-on en tirer?

Dans le même temps, il paraît tout aussi opportun d'étudier comment certaines institutions internationales ont démystifié, voire opérationnalisé, la « nouvelle gouvernance », dans des circonstances et avec des objectifs sans doute très différents. Ici également, des questions se posent avec évidence: pourquoi certains pays se sont-ils engagés – ou non – dans des exercices de réévaluation de leur système de gouvernance publique? Comment se sont concrétisées les préoccupations de transparence, d'imputabilité et d'optimisation des ressources dans les rapports entre les États (souverains) et les institutions ou les organisations internationales? Enfin, cette démarche en faveur de la « bonne gouvernance » dans

les États et les institutions internationales n'a-t-elle pas eu des répercussions au sein des grandes entreprises, dont au premier chef les entreprises d'État et les multinationales?

La revue *Télescope* consacrera son numéro du printemps 2009 au thème des institutions internationales et des systèmes de gouvernance publique. Nous invitons chercheurs et spécialistes à soumettre leur proposition d'article sous la forme d'un résumé avant le 1^{er} août 2008. Les auteurs dont les propositions auront été retenues devront ensuite remettre l'article complet avant le 1^{er} janvier 2009.

Publiée trois fois par an, *Télescope* est une revue d'analyse comparée portant sur des problématiques spécifiques intéressant les administrations publiques. En mettant en perspective des expériences et des modèles de gestion observés à travers le monde, *Télescope* fait connaître les plus récentes avancées en matière de gouvernance publique. Pour le format des articles, les auteurs sont invités à consulter le site Internet à l'adresse suivante:

<http://www.observatoire.enap.ca>
à la rubrique Publications.

Pour tous renseignements relatifs à ce numéro sur les institutions internationales et les systèmes de gouvernance publique ou pour soumettre des articles, les auteurs doivent prendre contact avec:

Marc Cambon

L'Observatoire de l'administration publique
École nationale d'administration publique du Québec
555, boulevard Charest Est
Québec (Québec) G1K 9E5 Canada

Téléphone: 418 641-3000
poste 6433
Télécopieur: 418 641-3057
Courriel: marc.cambon@enap.ca

Rédacteurs invités:

Paul-André Comeau

Professeur – ENAP du Québec
Montréal (Québec) Canada

Bachir Mazouz

Professeur – ENAP du Québec
Montréal (Québec) Canada

Les expériences d'évaluation d'impact sur la **santé** au Royaume-Uni et leur traduction dans les **politiques publiques**

Par **John Kemm**, directeur du West Midlands Public Health Observatory • John.Kemm@wmpo.org.uk
Traduit de l'anglais

Les évaluations d'impact sur la santé¹ (EIS) sont de plus en plus souvent considérées comme un outil d'aide à la prise de décision en politique publique et d'amélioration de la santé de la population. Après une brève description de ces pratiques au Royaume-Uni, nous examinerons dans cet article les premiers développements en matière de politique publique (politiques plus respectueuses de la santé, analyse coût-avantage, analyse des risques, exposition et relation dose-effet, étude d'impact sur l'environnement) sur lesquels se fonde l'EIS. Afin d'affiner ces premiers concepts, nous étudierons dans la section suivante la manière dont l'EIS utilise les cheminements logiques, la nature des données utilisées et la participation. Puis nous analyserons les relations des EIS avec les groupes de pression et les décideurs. Enfin, nous décrirons comment l'EIS peut accompagner les projets et les politiques publiques en mesurant les obstacles qu'elle rencontre et en ciblant les moyens pour les surmonter.

■ LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ AU ROYAUME-UNI

Au Royaume-Uni, les pionniers de l'EIS furent des universitaires et des personnes travaillant dans les services locaux de santé. Cette première vague ne comprenait donc pas de politiciens ou des responsables ayant une expérience dans la mise en œuvre des politiques gouvernementales. Une série de documents émanant des gouvernements constitutifs du Royaume-

Uni encouragea fortement l'utilisation de l'EIS. Dans le plan de santé publique du gouvernement britannique *Our Healthier Nation* (Department of Health, 1998), il est écrit par exemple que «le gouvernement appliquera l'évaluation d'impact sur la santé à ses principales politiques lorsque cela s'avère pertinent, de sorte que, lorsqu'elles sont élaborées et mises en œuvre, les conséquences de ces politiques sur la santé soient prises en compte». Le ministère de la Santé a soutenu le développement de l'EIS en tenant des réunions techniques (Department of Health, 1999), en organisant une série de conférences nationales et en subventionnant certaines recherches.

Une des premières EIS entreprise au Royaume-Uni fut l'étude des conséquences sur la santé des populations riveraines de l'ouverture d'une seconde piste d'atterrissage à l'aéroport de Manchester (Will et autres, 1994). D'une manière générale, l'EIS a, au Royaume-Uni comme ailleurs, été appliquée à des projets particuliers comme celui que nous évoquons plutôt qu'à des politiques publiques. Même si l'EIS de Manchester – qui a entraîné des changements dans l'organisation des transports terrestres et a réduit l'exposition au bruit – a été menée à l'intérieur d'un cadre législatif clair s'inscrivant lui-même dans la mise en œuvre d'une planification globale, la majorité des EIS ont été initiées indépendamment de tout encadrement réglementaire formel. Ces questions seront examinées ultérieurement dans cet article.

L'EIS n'est pas une idée aussi neuve qu'on le prétend parfois. Les décideurs ont toujours voulu avoir la capacité de prévoir les conséquences de leurs décisions. L'EIS partage, avec les premières tentatives d'amélioration de la prise de décision publique, l'idée

¹ Les rapports de toutes les EIS mentionnées dans cet article peuvent être consultés, parmi d'autres, sur le portail de l'EIS au lien suivant : www.hiagateway.org.uk

fondamentale qu'il est possible d'évaluer les différentes options soumises en prévoyant les incidences de chacune d'entre elles. Le paragraphe suivant examine certains des premiers développements en matière de santé publique dont découlent les concepts et les méthodes de l'EIS.

Des politiques publiques favorables à la santé

La raison d'être de l'EIS vient de la reconnaissance que les politiques publiques ont un effet conséquent sur la santé publique et qu'elles peuvent être « saines » ou « malsaines ». La première moitié du XX^e siècle a vu l'attention passer des soins médicaux individuels aux facteurs influant sur la santé, c'est-à-dire les conditions sociales, économiques et politiques dans lesquelles l'individu évolue. Dans sa revue de littérature refondatrice, Lalonde (1974) fait d'un mode de vie plus sain le principal objet d'étude au détriment des soins médicaux individuels. Certains observateurs ont cependant regretté que Lalonde accorde encore trop de responsabilités à l'individu pour la préservation de sa santé et qu'il ait même contribué à forger l'expression *victim blaming* (Crawford, 1977).

Le diagramme de Dahlgren et Whitehead (1991), largement utilisé pour décrire selon différentes strates successives les déterminants de la santé d'un individu, résume adéquatement l'importance des facteurs du milieu de vie. En incluant dans ses recommandations les politiques publiques contribuant à une meilleure santé, la création de milieux favorables et le renforcement des actions communautaires, la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la Santé, 1986) a accentué le mouvement qui consiste à ne plus faire des soins individuels la préoccupation exclusive des interventions.

Milio (1986) a recensé les voies par lesquelles les politiques publiques, indirectement liées à la santé dans de nombreux secteurs, peuvent avoir un effet sur cette dernière. Le fait de se convaincre que toutes les activités et les politiques des gouvernements locaux ou nationaux ont des incidences sur la santé a conduit les institutions de santé publique à s'intéresser davantage à ce domaine. Leur objectif était de renforcer leur capacité à influencer et à aider les décideurs à mettre en œuvre des politiques publiques plus saines.

L'analyse coût-avantage

Plusieurs expériences malheureuses de dépassement budgétaire ou de prévisions de recettes non traduites dans les faits ont persuadé les décideurs qu'une analyse coût-avantage plus précise leur serait utile. Cet instrument en vint ainsi à jouer un rôle important. En théorie, son évolution ne présente que des avantages : l'option retenue est celle qui offre les meilleurs résultats pour une dépense donnée (Layard et Glaister, 1994). Dans le quotidien des politiques publiques, la prise de décision obéit généralement à des critères d'une plus grande complexité :

- la « dépense projetée » ne se matérialise pas par une somme fixe, mais par un éventail de possibilités dépendant en partie du ratio coût-avantage ;
- la « dépense » en question inclut des ressources autres que financières ;
- les « avantages » sont de nature diverse et les convertir tous en une seule unité de mesure nécessite de nombreux partis pris contestables.

Certains de ces problèmes seront discutés ultérieurement dans cet article au moment d'évoquer l'évaluation comparée des risques.

La publication en 1996 (rééditée en 2004) par le ministère de la Santé du document *Policy Appraisal and Health* (Department of Health, 1996) démontre de quelle manière l'EIS a été conçue à l'origine au Royaume-Uni comme une analyse coût-avantage. La pratique actuelle de l'EIS s'est progressivement écartée de cette approche et on se concentre désormais beaucoup moins sur la quantification et l'évaluation formelle des conséquences.

L'analyse des risques

« L'art » de l'analyse des risques s'est développé dans bien d'autres domaines que dans celui de la prise de décision publique. La construction de centrales nucléaires, d'usines importantes ou de grands ensembles d'immeubles exige la prise en considération d'un nombre élevé de scénarios hypothétiques dans lesquels des événements très improbables, mais potentiellement catastrophiques, sont envisagés. Utilisant la modélisation, la simulation et d'autres techniques de prévision, les spécialistes de l'analyse

des risques tentent d'anticiper les conséquences de n'importe quel événement imaginable et de décrire comment les endiguer et, le cas échéant, les affronter. Leurs prédictions se sont généralement révélées exactes, comme en témoigne la rareté des catastrophes. Exceptionnellement, ils n'ont pas réussi à prévoir – ou ont mal évalué – certaines éventualités et les conséquences de ces approximations ont pu quelquefois être désastreuses.

L'exposition et la relation dose-effet

Dans des disciplines telles que la toxicologie et l'épidémiologie, les prévisions sont basées sur un modèle simple mais avéré. Lorsqu'une activité est censée libérer des agents physicochimiques, l'effet de cette libération peut être prévu en jaugant, dans un premier temps, la concentration de cet agent (l'exposition) et en mesurant, dans un second temps, l'incidence de cette exposition grâce aux données disponibles sur la relation entre le niveau d'exposition et les résultats en termes de santé (courbe de la relation dose-effet).

Théoriquement simple, cette approche connaît toutefois des limites. En effet, si la quantité d'agents physicochimiques émise à la source peut être calculée, comprendre leur dispersion et connaître l'exposition à différents endroits nécessite des calculs complexes et des *a priori* critiquables. En outre, l'utilisation de courbes retraçant la relation dose-effet est sujette à plusieurs incertitudes: le fait, par exemple, de savoir s'il faut retenir l'exposition instantanée ou cumulative, ou bien le décalage temporel entre l'exposition et les mesures visant à y remédier (la réponse des autorités publiques), ou encore la possible interaction avec d'autres agents physicochimiques et enfin, le plus souvent, la déduction de conséquences d'expositions moindres à partir de relevés d'expositions fortes dans un cadre professionnel.

L'EIS du projet d'extension de l'aéroport d'Amsterdam Schiphol – qui étudiait les effets possibles du bruit et de la pollution de l'air sur le sommeil, les maladies cardiovasculaires et d'autres aspects sanitaires (Staatsen et autres, 2004) – ou celle portant sur un projet d'implantation d'un incinérateur de déchets – qui démontrait que l'augmentation potentielle du nombre de décès ou de cancer dans le voisinage

était trop faible pour être mesurée (Roberts et Chen, 2006) – sont des exemples de l'emploi de ce type de raisonnement.

La principale lacune de cette approche réside dans le fait qu'elle peut seulement être appliquée à des facteurs causaux qui doivent être préalablement définis et de préférence quantifiables. Malheureusement, les agents et les modes d'exposition susceptibles d'être étudiés avec cette approche sont souvent ceux ayant les conséquences les plus faibles alors que ceux qui présentent des effets plus graves ne peuvent être analysés par cette voie. Théoriquement circonscrit à l'étude des agents physicochimiques, le modèle d'exposition et de relation dose-effet pourrait en pratique être appliqué à n'importe quel agent (chômage, revenu modeste...) dont on présuppose le lien avec des incidences en termes de santé. En réalité, cela a rarement été le cas.

Les études d'impact sur l'environnement

On estime souvent que les EIS sont le prolongement logique des études d'impact sur l'environnement (EIE). On constate cependant qu'il y a eu peu d'échanges au Royaume-Uni, jusqu'à tout récemment, entre les praticiens des EIS et ceux des EIE. Au Canada (Kwiatowski et Ooi, 2003), en Australie et dans certains pays européens, l'EIS a été plus étroitement associée à l'EIE et parfois même définie comme devant faire partie intégrante des EIE. Contrairement à l'EIS, l'EIE s'inscrit dans un cadre légal connu et son résultat, le dossier d'impact sur l'environnement (*Environmental Impact Statement*) est rédigé à l'intention d'un lectorat clairement désigné (généralement l'autorité chargée de la planification). L'EIE bénéficie également de l'intervention d'organismes privés dont les experts sont rémunérés par les promoteurs pour produire des dossiers d'impact, réputés pour faciliter l'adoption de leur projet. Cet aspect sera examiné plus loin.

■ LA PRÉVISION ET LES CHEMINEMENTS LOGIQUES DANS UNE ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

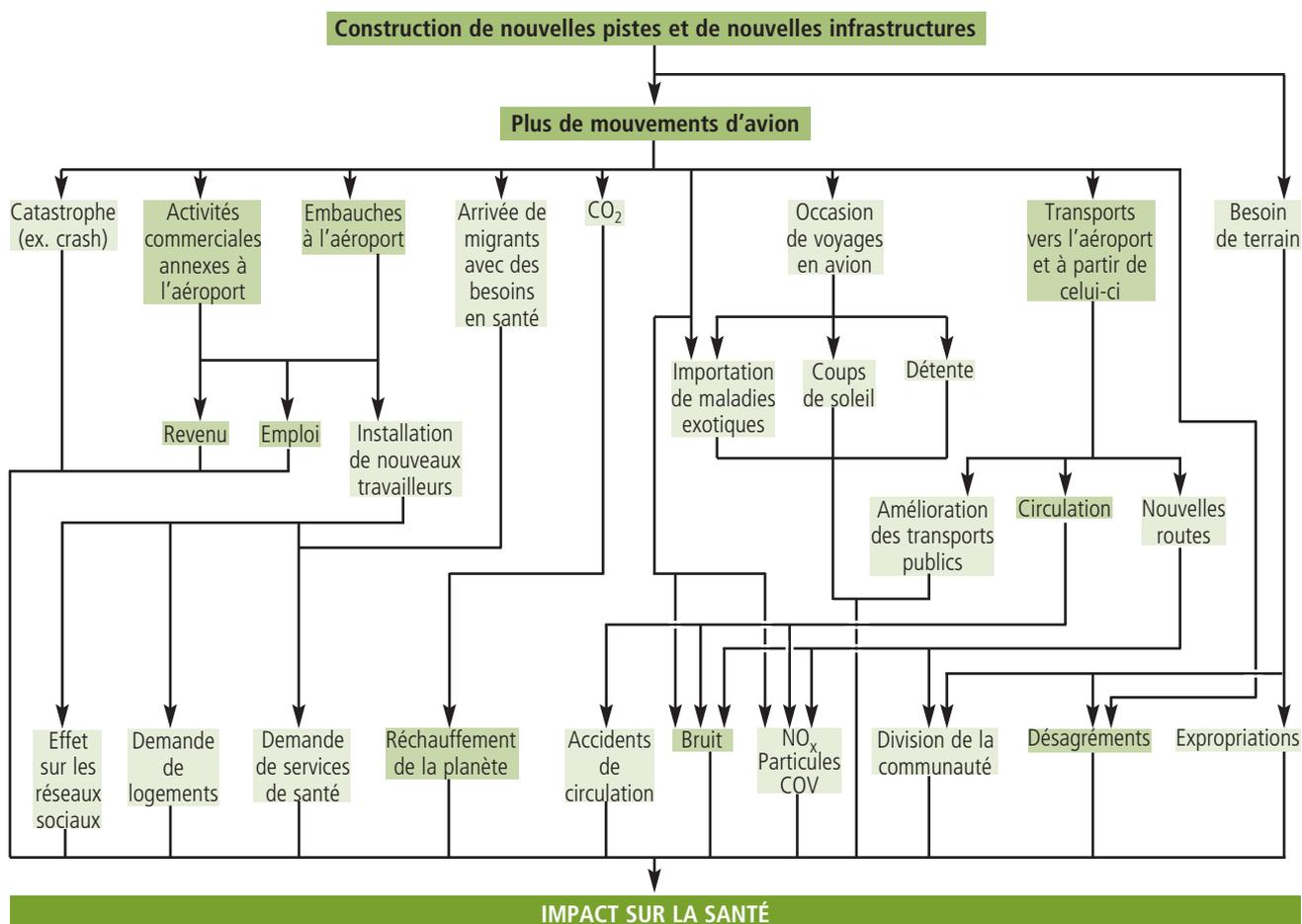
Par rapport à ces premières approches visant à améliorer la prise de décision publique, l'EIS met l'accent sur la santé et tente de réfléchir aux impacts des politiques de manière plus systématique en

dénombrant toutes les causalités pertinentes et toutes les conséquences possibles. En matière d'EIS, le point de départ des prévisions est constitué d'une série de chaînes de causalité ou de modèles logiques, également appelé le modèle PRAM (Joffe et Mindell, 2002), qui se déploie ainsi :

- si les différentes chaînes de causalité ont toutes été recensées;
- et si les relations entre les maillons de chaque chaîne ont été correctement identifiées;
- et si les conditions de départ et les effets de chaque option ont été spécifiés;
- alors il est théoriquement possible de prévoir les conséquences de la mise en œuvre de chacune des options.

Le schéma offre l'exemple de ce modèle en montrant certaines des chaînes de causalité qui pourraient advenir dans le cas du projet d'extension d'un aéroport. Un coup d'œil à ce schéma permet de comprendre d'une part que les chaînes de causalité sont, dès lors qu'on s'attache à la réalité concrète, extrêmement complexes et de convenir d'autre part que les conditions pour une compréhension complète et une prédiction exacte ne seront jamais remplies. Comme dans tout système complexe, les conditions initiales ne peuvent jamais être indiquées avec suffisamment d'exactitude pour permettre de prédire sans risque d'erreur le résultat (Kolata, 1986). Néanmoins, en appliquant ce type d'analyse, il est possible d'anticiper les conséquences générales de la mise en œuvre de chaque option.

EXEMPLE DU MODÈLE PRAM: PROJET D'EXTENSION D'UN AÉROPORT



En suivant les cheminements logiques, il apparaît distinctement que l'EIS fait appel à des compétences qui vont au-delà de l'expertise en santé publique. Les premières étapes causales peuvent nécessiter le concours d'économistes, de spécialistes en modélisation de la circulation, de chimistes ou de professionnels de nombreuses autres disciplines. Il est inutile de prédire de manière détaillée et pertinente les incidences sur la santé d'une évolution économique ou d'un autre facteur intermédiaire si l'on émet un diagnostic erroné sur ladite évolution.

Les données et leur utilisation

À chaque étape du cheminement logique, les prédictions de comportement doivent se baser sur des données. Dans le cas des impacts sur la santé d'agents physicochimiques, la déduction est, comme nous l'avons vu précédemment, relativement simple, même si le calcul peut être extraordinairement complexe. Mais la plupart des cheminements logiques sont beaucoup plus difficiles à comprendre. Si l'on augure par exemple qu'un projet augmentera le revenu ou l'emploi, les éléments pour comprendre comment cette hausse affectera l'individu, son comportement et sa santé sont incertains. Il est encore plus malaisé d'annoncer les conséquences sur la santé d'un programme voué à élever le niveau de confiance entre les personnes, quand on sait que celui-ci peut avoir un impact majeur (Berkman et Glass, 2000).

Le concept de « politique fondée sur des preuves » (*evidence based policy*) peut être entendu comme une extension du mouvement de la « médecine fondée sur des preuves » (*evidence based medicine*) dans lequel le professeur Sackett (Sackett et Rosenberg, 1995) de l'Université McGill de Montréal occupa un rôle de premier plan. Ce mouvement a mis en lumière le besoin d'appliquer les découvertes des chercheurs à la pratique de la médecine. Il eut une grande influence. À l'origine, la médecine fondée sur des preuves jugeait les données obtenues à partir d'études contrôlées aléatoires (*Randomised Controlled Trials*) supérieures à tout autre type de données.

Cette position a été vigoureusement combattue par certains praticiens de l'EIS. Il fut rapidement admis (Guyatt, Cook et Haynes, 2004) que des données aussi limitées étaient inadaptees à la médecine et, plus

encore, aux interventions des politiques publiques – devant être « fondées sur des preuves » – (MacIntyre, 2003). Les situations présentent en effet une plus grande complexité qu'en médecine (Dobrow, Goel et Upshur, 2004). Avec des populations, et non des individus, comme unité d'intervention, les études aléatoires sont souvent inappropriées à l'évaluation des effets des interventions publiques et rendent difficile l'interprétation des données: « On doit être conscient que dans de nombreux domaines il n'y pas de réponse définitive à la question de savoir ce qui fonctionne » (MacIntyre et autres, 2001). Lorsque à l'aide d'une EIS, on cherche à prévoir les conséquences d'une action publique, on doit presque toujours ajouter aux données disponibles un avis d'expert (Kemm, 2006a).

Un projet de compilation des données propres aux EIS (Mindell et autres, 2004) a vu le jour, alors même que les données des EIS ne sont pas différentes des autres données utilisées pour les relations causales en biologie ou en sciences sociales. Néanmoins, des travaux visant à synthétiser les données et à les rendre plus facilement accessibles bénéficieraient certainement à l'EIS et à la science en général.

Les approches sociologique et participative

Initialement, deux approches distinctes de l'EIS ont émergé. La première utilise le modèle de l'exposition et de la relation dose-effet précédemment décrit. Cette approche épidémiologique et toxicologique convenait parfaitement à la science biomédicale conventionnelle. Elle fut intégrée dans ces disciplines et jouit du respect qui leur est habituellement accordé. Pour autant, cette approche restait limitée à quelques cheminements logiques qui reposaient sur des facteurs intermédiaires nettement définis. Elle n'était pas opérante par ailleurs pour traiter les chaînes causales ayant l'impact le plus important.

L'approche alternative qui consiste à modéliser les effets probables grâce à la participation des populations concernées et des différents intervenants domine au Royaume-Uni et en Scandinavie. Elle forge une vision largement partagée par les acteurs à propos des cheminements logiques importants et de la nature et de l'ampleur vraisemblables des conséquences. Elle donne un aperçu des changements prévisibles

de comportement qui peuvent invalider les calculs effectués à partir du modèle « exposition et relation dose-effet ». Elle tient également compte des risques perçus qui ont souvent un impact sur la santé plus significatif que les risques réels. Si les populations concernées craignent par exemple qu'un projet particulier affectera leur santé, cette peur influera sur leur bien-être et leur santé indépendamment de l'avis des experts.

La dimension participative, que certains considèrent comme un élément essentiel de l'EIS, offre l'avantage d'impliquer les citoyens et les parties concernées dans l'élaboration de décisions qui affecteront leur vie. Sa concrétisation demeure toutefois difficile. Le terme « parties concernées » recouvre l'ensemble des personnes qui seront touchées par les conséquences de la mise en œuvre de la proposition étudiée ou bien qui démontrent un intérêt dans la réalisation du projet. On peut donc aisément imaginer les divergences d'opinions qui se manifesteront.

Pour de simples considérations logistiques, il est impensable d'inviter dans le processus la totalité des intéressés. On agira en fonction d'un système de représentation forcément réduite en nombre. Les groupes directeurs (*steering groups*), les entrevues, les groupes de discussion, les réunions publiques, les sondages, autant de méthodes, et d'autres encore, qui ont été utilisées dans les EIS afin d'associer à une décision les premiers concernés par celle-ci. Toutes néanmoins ont montré leurs limites. Dans certains cas d'EIS, des employés municipaux ou du domaine de la santé (les infirmières ou les travailleurs sociaux) prétendaient représenter les populations qu'ils servaient, alors que dans d'autres cas, la même prétention émanait de quelques personnes autodésignées. Quel que soit le champ de l'évaluation, et à moins que la population n'ait été consultée, cette affirmation de représentativité par quelques individus apparaît discutable. Le simple comptage des personnes mentionnées dans les rapports de l'EIS en tant que contributeur – autres que les membres rémunérés de l'équipe chargée du projet – donne une indication quant à la réalité de la participation. En tout état de cause, la participation doit dépasser l'implication de quelques riverains sélectionnés d'une manière arbitraire par les responsables de l'EIS.

■ UN CONSEILLER IMPARTIAL OU UN LOBBYISTE ?

Un des débats en cours à propos de l'EIS est de savoir si l'évaluateur est un conseiller impartial ou le partisan d'une cause. Les personnes travaillant dans le secteur de la santé publique jugent que la défense de la santé et de l'équité est une part inaliénable de leur rôle. Lorsqu'ils préparent leur participation à une EIS, ils insistent tout particulièrement pour impliquer des représentants des groupes défavorisés et ainsi faire entendre la « voix des sans-voix ». Cette façon de faire peut parfois être la source de discordance avec les responsables de l'EIS. Les professionnels de la santé se verraient bien endosser l'uniforme des courageux défenseurs des populations menacées par les « méchants » promoteurs immobiliers, les urbanistes et les autorités locales. Dans certains pays du Sud-Est asiatique, ce rôle de défense des « opprimés » de l'EIS a été très marqué (Phoolcharoen, Sukkumnoed et Kessomboon, 2003). Elle est devenue un moyen de protéger les populations locales lorsqu'on a dénoncé la subordination des résultats d'une EIE aux intérêts de groupes plus puissants. Les cas d'utilisation de l'EIS comme outil de lobbying ont été explicitement mis en évidence par Scott-Samuel (Scott-Samuel et O'Keefe, 2007).

Alors que le lobbying en faveur de la santé et de l'équité est louable et indispensable, il peut être inadéquat de le concilier avec les attentes des organismes décideurs (comme les comités d'aménagement du territoire). Ceux-ci attendent en effet des éclairages objectifs sur les conséquences des différentes options et non que l'on prenne les décisions à leur place. Penser que les politiciens, les gestionnaires et les fonctionnaires prennent leurs décisions, au mieux en ignorant les conséquences de celles-ci sur la santé, au pire en ne se préoccupant aucunement de ces conséquences, ne constitue pas un bon point de départ pour les influencer.

Un point de vue plus positif consiste à regarder l'EIS non comme un procédé visant à persuader le décideur d'avaliser la décision des personnes chargées de l'évaluation d'impact, mais comme une procédure impartiale, « contrôlée » par les décideurs, qui leur fournit de l'information sur les différentes options afin qu'ils puissent prendre la meilleure décision.

Dans cette perspective, « contrôlé » ne signifie pas que les décideurs ont le droit exclusif de déterminer l'étendue et les méthodes des enquêtes, mais qu'ils les acceptent comme une aide à la décision qu'ils doivent prendre en considération. Les théories du management nous suggèrent qu'une telle ouverture est plus susceptible d'influencer le décideur et de lui faire prendre une meilleure décision pour la santé publique que l'attitude qui consiste à se porter ouvertement à la défense d'une option. Lorsqu'une EIS est menée en concertation étroite avec les décideurs – en particulier avec leurs représentants au sein du comité directeur qui élabore et conduit l'EIS – elle a davantage de chance de les influencer. Le cas de la politique de lutte contre l'alcoolisme évoqué plus loin représente toutefois un contre-exemple de cette dernière affirmation.

Une aide à la prise de décision ou un appui à la décision

L'analyse coût-avantage est un outil d'aide à la décision. En réduisant tous les avantages à une seule unité de mesure, par exemple en unités monétaires ou en années ajustées à la qualité de la vie (*Quality-Adjusted Life Years*) et en échappant ainsi à l'obligation de comparer des pommes et des poires, cette technique permet de repérer la « meilleure » option. Si l'on s'en remet à cette seule arithmétique, la prise de décision serait un simple exercice de calcul. L'analyse comparative des risques (Ahmed, Pless-Mullooli et Vizard, 2005) est un procédé similaire. En réduisant tous les impacts sur la santé en une seule unité de mesure comme l'année de vie en bonne santé (*Disability Adjusted Life Year*), elle permet également d'isoler la « meilleure » option et, apparemment, de prendre la meilleure décision.

L'idée que l'EIS puisse être un outil d'aide à la décision a ses limites. En premier lieu, l'analyse coût-avantage et l'analyse comparée des risques nécessitent de quantifier les retombées. Ne pouvant intégrer celles qui ne sont pas quantifiables, elles les ignorent. Or, ce sont souvent ces impacts non mesurables – inhérents à l'emploi, à la cohésion sociale, à la confiance entre voisins, au sentiment d'appartenance, à l'absence de peur, etc. – qui sont les plus nombreux et les plus importants. En second lieu, la prétention de s'affranchir de l'obligation de comparer des données de

différentes unités de mesure en les comprimant en une seule unité fait prendre des jugements de valeur pour des avis techniques. Déclarer qu'une vie vécue avec un handicap ou une infirmité (par exemple dans un fauteuil roulant) équivaut à 0,9 année vécue sans handicap ni infirmité livre un jugement de valeur téméraire. Il peut être défendu avec conviction sur la base d'une argumentation économique irréfutable, mais il n'en reste pas moins un jugement de valeur. Il est encore plus incongru de comparer des gains en termes de santé (par exemple, sauver une vie) avec des avantages économiques ou environnementaux.

De telles discussions sont utiles pour éclairer la réflexion, mais elles ne peuvent en aucun cas tenir lieu de décision. La prise de décision publique suppose d'arbitrer entre différentes conséquences possibles. Il s'agit d'un processus démocratique qui de ce fait ne peut être délégué aux experts. Ceux qui instrumentalisent l'EIS comme un outil de lobbying tombent dans le même piège que ceux qui désignent la « meilleure » solution au terme d'un raisonnement bien moins transparent que celui des praticiens de l'analyse coût-avantage ou de l'évaluation comparée des risques. Un monde entre les mains des experts en santé ne serait pas plus attrayant qu'un monde dirigé par des économistes, des environnementalistes ou n'importe quel système non démocratique.

■ LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ DE PROJET

La majorité des EIS réalisées au Royaume-Uni sont des EIS de projet. Elles ont été également imputées aux politiques locales – pour les plans locaux de transport ou d'aménagement de l'espace – qui conjuguent plusieurs projets, mais qui sont habituellement considérées comme un seul projet du fait de leur étendue limitée. L'EIS peut faire partie du processus officiel de prise de décision dans un cadre légal, soit comme une étude ordonnée par une autorité ou une enquête d'aménagement, soit comme partie d'une étude soumise à une autorité délivrant des autorisations (une agence environnementale ou une autorité locale) dans le cadre de la législation de prévention et de contrôle de la pollution (*Integrated Pollution Prevention and Control*, IPPC) (Kjellstrom et autres, 2003).

Une des premières EIS menées au Royaume-Uni – sur l'ouverture de la seconde piste d'atterrissage de l'aéroport de Manchester – a été subordonnée à une enquête d'aménagement. Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres (Kemmm, 2000). L'EIS sur la proposition d'utiliser des pneus comme combustible dans une cimenterie donne l'exemple d'une EIS insérée dans une procédure d'IPPC (Cook et Kemmm, 2004). Cette évaluation établit que les pneus n'étaient pas plus polluants que le combustible précédemment utilisé et que leur recyclage représentait un avantage considérable en matière d'environnement. Dans ce cas précis pourtant, l'EIS a échoué dans son ambition de réduire les conflits sociaux. Lorsqu'elle est inscrite dans une enquête d'aménagement ou dans le cadre d'une IPPC, l'EIS peut faire l'objet de recours légaux. Le volet santé d'une évaluation environnementale stratégique, abordée plus loin dans cet article, entre également dans un cadre légal.

Mais le plus souvent, les EIS ont été conduites en dehors de tout encadrement réglementaire. Elles sont parfois décidées conjointement avec l'autorité responsable de la décision finale. Ce fut le cas par exemple de l'EIS sur l'extension de l'aéroport de Doncaster Finningley, pour laquelle l'appropriation du thème de la santé et la consultation des autorités sanitaires ont été affectées au cadre normal du fonctionnement de l'aéroport (Abdel Aziz, Radford et McCabe, 2004). Autre exemple de coopération avec une autorité locale: l'EIS du centre spatial et astronomique de Liverpool (Winters, 1998) qui a émis des recommandations très utiles sur la sécurité des riverains, la circulation et l'accès à des groupes à faible revenu. D'autres EIS ont été menées en revanche sans implication étroite des organismes décideurs.

Lorsque l'EIS est incluse dans un cadre législatif, on peut en déduire qu'elle fait partie du processus de prise de décision. Mais dans d'autres circonstances, on doit se poser la question de l'influence de l'évaluation sur la prise de décision et sur la réalité de son apport. De nombreuses EIS ont débuté alors que le projet était déjà bien avancé et furent, dans les faits, davantage des exercices visant à justifier (ou à critiquer) des décisions déjà prises. Dans certains cas, il n'est même pas assuré que les résultats de l'EIS aient été communiqués à l'organisme décideur et il est donc peu probable qu'elle ait eu la moindre influence.

À l'inverse, lorsque les décideurs ont été impliqués dans l'EIS, il y a lieu de croire que celle-ci les a, le cas échéant, aidés à étayer leurs décisions. En parallèle, on remarque que l'EIS peut être profitable dans des domaines qui ne sont pas directement liés à la décision en question. Lorsque les personnels des institutions de santé travaillent avec leurs collègues des autorités locales dans le cadre d'une EIS, il est flagrant que chaque équipe apprend beaucoup sur l'autre et que la sensibilité des fonctionnaires des autorités locales aux questions de santé s'accroît. De même, en participant activement à une EIS, les citoyens auront probablement recueilli un grand nombre de connaissances sur les problèmes de santé et sur la manière dont ils peuvent influencer sur les décisions qui les concernent.

Récemment, une équipe de l'Université York a entrepris de comparer les coûts et les avantages de l'EIS (O'Reilly et autres, 2006). Même si leur estimation ne saurait être considérée comme définitive, ils concluent qu'elle est très efficace du point de vue de l'analyse coût-avantage. Étant donné le peu d'attention portée jusqu'à présent sur l'interaction de l'EIS avec le processus de prise de décision, on doit se demander comment la rendre plus active.

■ LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ DE POLITIQUES PUBLIQUES

L'EIS entend s'appliquer à toute politique, programme ou projet, mais la distinction entre ces trois termes reste imprécise. Des politiques publiques locales peuvent se rapprocher de la notion de projet, et des projets importants supposent presque toujours des décisions de politique publique. Il est possible cependant de concevoir une hiérarchie des décisions qui irait de « stratégiques et générales » à « tactiques et particulières ». Les EIS de projets se résument souvent à analyser les conséquences de politiques stratégiques dans le cadre desquelles ces projets sont mis en œuvre.

Le transport aérien illustre de manière convaincante cette hiérarchie entre les décisions. Au sommet sont prises les orientations stratégiques sur la proportion du transport de fret et de passagers par voie aérienne. On décide ensuite de la répartition des plateformes aéroportuaires entre les différentes régions du pays. Puis on choisit quels aéroports, en fonction des

activités et des infrastructures qui y sont rattachées, verront leur trafic augmenté, maintenu ou réduit. Enfin, on arrête les développements à mettre en place dans un aéroport particulier. Ces dernières décisions «en bas de l'échelle» sont contraintes par les décisions prises à un niveau plus stratégique. Elles doivent être cohérentes avec la politique globale pour ne pas risquer de la dénaturer.

L'application de l'EIS aux politiques locales a été assimilée à des EIS de projet, mais il existe quelques exemples d'EIS appliquées à des politiques nationales ou internationales. Les premières évaluations publiées se définissaient comme des EIS de politiques publiques. Elles étaient la plupart du temps des analyses rétrospectives des conséquences en termes de santé, de décisions ou de politiques publiques. Le but était le plus souvent de démontrer les erreurs des décisions prises. Ces rapports – par exemple les examens de la politique des États-Unis envers Cuba (Garfield et Santana, 1997) ou de la politique agricole de l'Union Européenne (Dahlgren, Nordgren et Whitehead, 1997) – formulaient une critique d'un nouveau genre centrée sur des considérations de santé publique. Ils représentaient des plaidoyers énergiques pour une plus grande attention portée à la santé publique, mais ne pouvaient espérer avoir une influence notable sur la conduite des politiques publiques au niveau national.

En revanche, lorsque l'EIS est menée en collaboration avec les décideurs, elle peut devenir une part intégrante de l'élaboration des politiques publiques. L'EIS de la politique agricole slovène (Lock et autres, 2003), qui influa grandement sur le développement agricole du pays, ou celle du schéma d'efficacité énergétique d'usage domestique du pays de Galles (*Home Energy Efficiency*), qui bonifia les plans d'isolation des logements des personnes vulnérables (Kemmer, Ballard et Harmer, 2000), en sont des exemples. Lee et ses collègues (2007) soulignent le fait que des considérations précises en termes de santé, portant sur la prévention de maladies infectieuses, caractérisent certaines décisions de politique étrangère et prônent pour un plus grand usage des EIS en politique internationale.

Les implications pratiques et théoriques de l'application des EIS aux politiques plutôt qu'aux projets n'ont

pas encore été véritablement étudiées (Kemmer, 2006b). Les démarches participatives encouragées dans les EIS de projet ne peuvent être transposées au niveau des politiques nationales puisque des millions de personnes sont concernées. En outre, concilier la transparence des EIS avec l'obligation à laquelle doivent se conformer les gouvernements de ne pas diffuser certains argumentaires entourant l'élaboration des politiques publiques peut se révéler un écueil.

L'exemple de la politique de lutte contre l'alcoolisme

La politique de lutte contre l'alcoolisme illustre bien les différentes voies par lesquelles une EIS peut venir en aide aux décideurs. Les conséquences directes de la consommation d'alcool sur la santé n'ont pas seulement trait aux graves impacts négatifs connus de tous (maladies du foie et autres maladies liées à la consommation d'alcool – Royal College of Physicians, 1987 ; Room, 2002 –, criminalité et problèmes sociaux – Bennett et Holloway, 2005 ; Edwards et autres, 1995) ; elles concernent également quelques impacts positifs non négligeables (protection contre les maladies cardiovasculaires et peut-être contre d'autres maladies – Doll, 1997). Parmi les effets indirects, certains sont positifs (en matière d'emploi par exemple) et d'autres négatifs (désordre public et comportements antisociaux). Le lien de causalité entre la gamme d'interventions publiques (taxation des produits, régulation des ventes et de la publicité, contrôles policiers, prévention et éducation), les comportements en matière de consommation d'alcool et les incidences sur la santé est assez bien admis (Babor et autres, 2003).

Une stratégie nationale de lutte contre l'alcoolisme a été annoncée dès 1998 dans le livre vert *Our Healthier Nation*, mais ne s'est concrétisée qu'en 2004 avec la publication d'une stratégie de réduction des nuisances liées à l'alcool en Angleterre (Cabinet Office, 2004a). Cette stratégie, qui avait pour objectif de fournir une assise aux futures politiques – et aux services publics chargés de les appliquer – visant à réduire les nuisances liées à l'alcool, a été fortement critiquée pour son incapacité à prendre en compte de manière adéquate les conséquences néfastes de l'alcool sur la santé (Plant, 2004 ; McNeil, 2004).

Les prémisses du processus et la prise en compte des problèmes de santé laissent entrevoir une forte similitude, ou du moins des caractéristiques communes, avec une EIS (Kemmm, 2004). Un récapitulatif des données recueillies à l'occasion de cette étude a été publié (Cabinet Office, 2004b). Mais au moment de franchir l'étape de l'analyse des impacts pour entrer dans celle de la production d'une stratégie, phase au demeurant qui a souffert de l'opacité d'un huis clos, les conséquences en termes de santé ne semblent pas avoir pesé lourd face aux intérêts des producteurs d'alcool et, peut-être, en raison de considérations électorales. Une analyse de l'impact sur la santé a bien été menée, mais il est impossible de mesurer son influence sur les décisions prises, car sa publication a été frappée d'un embargo.

Lors de l'élaboration de cette stratégie, l'Academy of Medical Sciences (2004) a débattu des mêmes problèmes pour arriver à des conclusions diamétralement opposées. Il est vrai que l'interprétation des données subissait l'empreinte de préconceptions différentes (Marmot, 2004). Cette situation dans laquelle le gouvernement (Department of Health, 1995) et des comités médicaux (Joint Working Group of Royal College of Physicians, 1995) parviennent, à partir des mêmes données, à émettre des diagnostics différents s'est répétée à propos du guide pour une consommation d'alcool sécuritaire.

L'exemple de la politique britannique de lutte contre l'alcoolisme dessine les limites de l'EIS. Politiquement, l'alcool est un dossier sensible qui intéresse plusieurs ministères (Culture, Médias et Sports, Agriculture et Affaires rurales, Industrie, Santé, Intérieur, Finances et Affaires étrangères). En présence de positions solidement établies et d'intérêts puissants, il est naïf d'espérer qu'une étude impartiale s'inscrivant dans le processus d'élaboration des politiques puisse avoir un effet significatif et que les décideurs fassent suffisamment abstraction des pressions politiques pour évaluer objectivement les retombées de leur propre politique. La politique de lutte contre l'alcoolisme est le symbole du cas d'espèce où le lobbying serait sans doute l'attitude la plus pertinente.

Qui seront les garants de l'avenir des évaluations d'impact sur la santé ?

Si l'on fait sienne l'ambition de l'EIS, ce sont alors des milliers de décisions publiques prises chaque année qui pourraient être améliorées grâce à elle. Aujourd'hui, ces évaluations sont pour la plupart promues par quelques enthousiastes de la santé publique ou, plus rarement, par des services d'autorités locales qui concilient l'EIS avec leurs nombreuses autres tâches. L'EIS ne peut être généralisée sans une augmentation importante des moyens qui y sont consacrés. Trois options sont envisageables pour accroître ces moyens :

- Augmenter massivement le nombre de personnes et d'heures destinées à l'EIS au sein des services de santé publique ;
- Encourager les organisations du secteur privé à améliorer leurs compétences en EIS et à mettre leurs services sur le marché (suivant en cela l'exemple des EIE) ;
- Convaincre les décideurs d'entreprendre eux-mêmes des EIS.

La première option semble devoir être écartée du fait des investissements qui y sont associés. La deuxième ne conduirait qu'à une faible augmentation du nombre d'EIS étant donné le coût que les entreprises privées demanderaient. Certains objecteront à propos de la dernière option qu'on ne peut faire confiance aux décideurs pour mener des EIS exhaustives et impartiales. Il est pourtant difficile d'imaginer d'autres moyens pour développer cette pratique.

Les praticiens ont-ils érigé des obstacles à la réalisation des EIS en véhiculant de celles-ci l'image d'un art impénétrable et d'une science qui requiert une longue patience et des connaissances approfondies ? Dans les faits, il faut surtout faire preuve de bon sens, être prêt à travailler de manière systématique tout au long de la chaîne de causalité et rechercher les avis de spécialistes lorsque cela est nécessaire. Une courte séance de formation (deux ou trois jours) autorise à s'investir efficacement dans une EIS, l'expérience permettant d'acquérir rapidement les compétences requises.

L'évaluation intégrée des impacts

Les tentatives d'introduire l'EIS dans le quotidien des organismes publics se sont de tout temps heurtées à une résistance. Les personnes travaillant dans des services qui ne s'occupent pas des questions de santé invoquent le respect des champs de compétence, voire leur propre incompétence dans le domaine. En bref, la santé ne les concernerait pas. Elles sont d'ailleurs volontiers enclines à soupçonner l'EIS d'être le cheval de Troie d'autres services. Autre argument, la charge de travail : elles reçoivent déjà des demandes pour mener des études d'impact dans nombre d'autres domaines, l'environnement, le développement durable, la ruralité, le genre, les communautés culturelles, l'ordre public, l'économie, etc. Aussi n'est-il pas surprenant qu'elles n'accueillent pas avec plaisir une nouvelle demande d'étude d'impact.

L'évaluation intégrée des impacts, qui réunit toutes les études d'impact en une seule, propose une solution à ce problème. Nombreux en effet sont les problématiques et les cheminements logiques communs aux domaines des différentes études d'impact. Pour cette raison, l'évaluation intégrée ne prend pas plus de temps et la charge de travail incombant aux équipes s'en trouve réduite d'autant. D'aucuns objecteront que, dans le cadre d'une évaluation intégrée, on ne prête pas assez attention à la santé (ou à un autre secteur qui leur tiendrait à cœur), mais que vaut-il mieux, car si choix il y a, il est le plus souvent entre l'attention éventuellement tronquée et imparfaite que permet une évaluation intégrée et l'absence totale d'attention.

Cette approche a été adoptée par le gouvernement britannique. C'est ainsi que les nouvelles propositions de loi sont soumises à une procédure d'évaluation conjuguée des impacts et doivent démontrer qu'elles ont été évaluées par rapport à une série de critères arrêtés par les services du premier ministre. Au Canada, les évaluations d'impact sur l'environnement et sur la santé sont souvent combinées (Kwiatowski, 2004). En vertu de la nouvelle directive européenne dite *Strategic Impact Assessment* mise en œuvre par les gouvernements des États membres, la santé fait partie des volets devant être évalués (Williams et Fisher, 2007). Finalement, le plus important reste que les conséquences en termes de santé des décisions publiques aient été adéquatement évaluées, peu importe le contexte dans lequel s'inscrit cette évaluation et la structure précise qui l'a réalisée.

■ CONCLUSION

Avec l'évaluation d'impact sur la santé, on peut entretenir l'espoir d'assister dans l'avenir à de meilleures décisions de politique publique. De nombreuses difficultés théoriques et pratiques doivent cependant être surmontées avant que cet espoir ne se réalise pleinement. On progressera sur cette voie en utilisant de manière systématique l'EIS ou d'autres méthodes d'évaluation pour déterminer les conséquences des politiques publiques sur la santé et en s'inspirant de cette expérience pour faire en sorte que les futures évaluations soient encore plus performantes et bénéfiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdel Aziz, M. I., J. Radford et J. McCabe (2004). « The Finningley Airport HIA: A Case Study », dans J. R. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press, p. 285-298.
- Academy of Medical Sciences (2004). *Calling Time: The Nation's Drinking as a Major Health Issue*, Londres, Academy of Medical Sciences.
- Ahmed, B., T. Pless-Mullooli et C. Vizard (2005). « HIA and Pollution Prevention Control: What they Can Learn from each Other », *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, p. 702-713.
- Babor, T. et autres (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Oxford, Oxford University Press.
- Bennett, T. et K. Holloway (2005). *Understanding Drugs, Alcohol and Crime*, Milton Keynes, Open University Press.
- Berkman, L. F. et T. Glass (2000). « Social Integration, Social Networks, Social Support and Health », dans L. F. Berkman et I. Kawachi (dir.), *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press.

- Cabinet Office (2004a). *Prime Ministers Strategy Unit. Alcohol Harm Reduction Strategy for England*, Londres, Cabinet Office.
- Cabinet Office (2004b). *Prime Minister's Strategy Unit Alcohol Project: Interim Report*, Londres, Cabinet Office.
- Cook, A. et J. Kemm (2004). «Health Impact Assessment of a Proposal to Burn Tyres in a Cement Plant», *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 24, p. 207-216.
- Crawford, R. (1977). «You Are Dangerous to your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming», *International Journal of Health Services*, vol. 10, p. 663-680.
- Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, Institute for Future Studies.
- Dahlgren, G., P. Nordgren et M. Whitehead (1997). *Health Impact of the EU Common Agricultural Policy*, Stockholm, The Swedish Institute of Public Health.
- Department of Health (1999). *Health Impact Assessment: Report of a Methodological Seminar*, Londres, Department of Health.
- Department of Health (1998). *Our Healthier Nation: A Contract for the Health*, Londres, The Stationery Office.
- Department of Health (1996). *Policy Appraisal and Health: A Guide from the Department of Health*, Londres, Department of Health [réédité en 2004].
- Department of Health (1995). *Sensible Drinking: Report of an inter Departmental Working Group*, Londres, Department of Health.
- Dobrow, M. J., V. Goel et R. E. G. Upshur (2004). «Evidence Based Health Policy: Context and Utilisation», *Social Science and Medicine*, vol. 58, p. 207-217.
- Doll, R. (1997). «One for the Heart», *British Medical Journal*, vol. 315, p. 1664-1668.
- Edwards, G. et autres (1995). «Drinking and Drinking Problems: Empowering the Policy Response», dans G. Edwards, P. Anderson et T. F. Babor (dir.), *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford, Oxford University Press.
- Garfield, R. et S. Santana (1997). «The Impact of the Economic Crisis and the US Embargo on Health in Cuba», *American Journal of Public Health*, vol. 87, p. 15-20.
- Guyatt, G. D. Cook et B. Haynes (2004). «Evidence Based Medicine Has Come a Long Way», *British Medical Journal*, vol. 329, p. 990-991.
- Joffe, M. et J. Mindell (2002). «A Framework for the Evidence Base to Support Health Impact Assessment», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, p. 132-138.
- Joint Working Group of Royal College of Physicians (1995). *Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners*, Londres, Royal College.
- Kemm, J. (2006a). «The Limitations of Evidence Based Public Health», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 12, p. 319-324.
- Kemm, J. (2006b). «Health Impact Assessment and Health in all Policies», dans T. Stahl et autres (dir.), *Health in all Policies: Prospects and Potentials*, ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé, p. 189-208.
- Kemm, J. (2004). «HIA and the National Alcohol Strategy for England», dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press, p. 389-402.
- Kemm, J. (2000). *Health Impact Assessment Report of Proposed Wood Processing Plant at Newbridge on Wye*, <http://www.HIAGateway.org.uk> (page consultée le 18 avril 2008).
- Kemm, J., S. Ballard et M. Harmer (2000). *Health Impact Assessment of the New Home Energy Efficiency Scheme*, Cardiff, Assemblée nationale du pays de Galles.
- Kjellstrom, T. et autres (2003). «Comparative Assessment of Transport Risks – How It Can Contribute to Health Impact Assessment of Transport Policies», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, p. 451-457.
- Kolata, G. (1986). «Theory of Chaos», *Science*, vol. 231, p. 1068-1070.
- Kwiatowski, R. E. (2004). «Impact Assessment in Canada: An Evolutionary Process», dans J. R. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press, p. 309-316.

- Kwiatowski, R. E. et M. Ooi (2003). « Integrated Environmental Impact Assessment: A Canadian Example », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, p. 434-438.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
- Layard, R. et S. Glaister (1994). *Cost Benefit Analysis*, 2^e éd., Cambridge, Cambridge University Press.
- Lee, K. et autres (2007). « Bridging Health and Foreign Policy: The Role of Health Impact Assessment », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, p. 207-211.
- Lock, K. et autres (2003). « Health Impact Assessment of Agriculture and Food Policies: Lessons Learnt from the Republic of Slovenia », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, p. 391-398.
- MacIntyre, S. (2003). « Evidence Based Policy Making », *British Medical Journal*, vol. 326, p. 5-6.
- MacIntyre, S. et autres (2001). « Using Evidence to Inform Health Policy: Case Study », *British Medical Journal*, vol. 322, p. 222-225.
- Marmot, M. G. (2004). « Evidence Based Policy or Policy Based Evidence? », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 906-907.
- McNeil, A. (2004). *Alcohol Harm Reduction Strategy for England – Response by the Institute of Alcohol Studies*, http://www.ias.org.uk/resources/papers/ahrs_0704.pdf (page consultée le 18 avril 2008).
- Milio, N. (1986). *Promoting Health through Public Policy*, Ottawa, Association canadienne de santé publique.
- Mindell, J. et autres (2004). « Enhancing the Evidence Base for Health Impact Assessment », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, p. 546-551.
- O'Reilly, J. et autres (2006). *Cost Benefit Analysis of Health Impact Assessment*, York, York Health Economics Consortium, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063021 (page consultée le 18 avril 2008).
- Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Organisation mondiale de la Santé.
- Phoolcharoen, W., D. Sukkumnoed et P. Kessomboon (2003). « Development of Health Impact Assessment in Thailand: Recent Experiences and Challenges », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, p. 387-472.
- Plant, M. (2004). « The Alcohol Harm Reduction Strategy for England », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 905-906.
- Roberts, R. J. et M. Chen (2006). « Waste Incineration: How Big Is the Health Risk? A Quantitative Method to Allow Comparison with Other Health Risks », *Journal of Public Health*, vol. 28, p. 261-266.
- Room, R. (2002). « Alcohol », dans R. Detels et autres (dir.), *Oxford Textbook of Medicine*, 4^e éd., Oxford, Oxford University Press, p. 1521-1531.
- Royal College of Physicians (1987). *A Great and Growing Evil: The Medical Consequences of Alcohol Abuse*, Londres, Tavistock.
- Sackett, D. L. et W. M. C. Rosenberg (1995). « On the Need for Evidence-based Medicine », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 17, p. 330-334.
- Scott-Samuel, A. et E. O'Keefe (2007). « Health Impact Appraisal, Human Rights and Global Public Policy: a Critical Appraisal », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, p. 212-217.
- Staatsen, B. A. M. et autres (2004). « HIA in Schiphol Airport », dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press, p. 265-284.
- Will, S. et autres (1994). *Proof of Evidence of Stockport Health Commission to Town and Country Planning Act Inquiry on Application by Manchester Airport PLC for the development of a second runway (part) and associated facilities* [non publié].
- Williams, C. et P. Fisher (2007). *Draft Guidance on Health in Strategic Environmental Assessment: A Consultation*, Londres, Department of Health.
- Winters, L. (1998). *Health Impact Assessment of the International Astronomy and Space Exploration Centre, twelve Quays, Wallasey, Liverpool*, Liverpool Public Health Observatory.

ENAP

L'UNIVERSITÉ DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE

www.enap.ca

L'École nationale d'administration publique forme, depuis 35 ans, les cadres et les professionnels du secteur public, grâce à un **enseignement crédité de 2^e et de 3^e cycles** et à **des activités de perfectionnement**.

L'ENAP contribue en outre au développement de l'administration publique par des activités de **recherche** et par des services **d'appui aux organisations**.

Comme partenaire universitaire de l'administration publique, elle oriente ses activités de **recherche** dans les domaines suivants :

- l'évaluation et le développement des compétences
- l'évaluation des politiques et des programmes publics
- l'éthique publique
- le leadership
- l'impact de la mondialisation sur les politiques publiques
- les technologies et l'organisation du travail
- la gouvernance

L'Observatoire de l'administration publique de l'ENAP offre aux décideurs publics un comparatif stratégique en matière de gestion et de politiques publiques. L'Observatoire diffuse et publie les résultats de ses recherches dans plusieurs publications, dont *Télescope*.

Sur le plan international, l'ENAP dispense des programmes d'études en ligne et des programmes de formation continue. Ses interventions prennent la forme d'appui institutionnel aux établissements de formation en administration publique et de services conseils auprès des gouvernements en matière de gouvernance et de réforme du secteur public.

L'ENAP est reconnue au Québec et dans le monde comme l'une des plus importantes écoles universitaires de management public de langue française. Elle accueille annuellement autour de 1 700 étudiants et compte plus de 5 500 diplômés, dont plusieurs exercent des fonctions stratégiques dans le secteur public.

 **École nationale
d'administration
publique**

La situation des évaluations d'impact sur la santé au pays de Galles

Par **Eva Elliott**¹, chercheuse principale, Cardiff Institute of Society, Health and Ethics, Cardiff University • ElliottE@cf.ac.uk
Alison Golby, chercheuse associée, Cardiff Institute of Society Health and Ethics, Welsh Health Impact Assessment Support Unit, Cardiff University • GolbyA@cf.ac.uk
et **Gareth H. Williams**, professeur, École des sciences sociales, Cardiff University • WilliamsGH1@cf.ac.uk
Traduit de l'anglais

[Dans le sud du pays de Galles] Il ne s'agissait pas simplement d'un cas de déclin économique local, mais plutôt d'une situation de crise culturelle. L'effondrement de l'industrie des mines de charbon a détérioré un grand nombre de mécanismes de contrôle social ancrés dans les pratiques du milieu ouvrier ou des syndicats et s'est étendu plus largement à la société locale et à la politique locale. Il existait une vive impression de deuil dans les communautés touchées par les fermetures des mines de charbon après des décennies d'activité. Une période de « chagrin » s'ensuivit au cours de laquelle la population de ces régions fut aux prises avec les nombreuses conséquences de la disparition brutale de la raison d'être économique de leur localité.

(Bennet, Beynon et Hudson, 2000)

Dans le présent article, nous analysons les données recueillies au pays de Galles à l'occasion d'un projet de recherche international d'une durée de trois ans, financé en partie par le programme de santé publique de la Commission européenne et portant sur l'efficacité des évaluations d'impact sur la santé (EIS). Alors que l'intention de départ du projet était principalement d'établir des comparaisons entre les pays, on en retira de précieux renseignements et des clarifications sur le positionnement des EIS par rapport aux cultures et aux structures spécifiques de santé publique de chaque pays ou administration. Ce projet a aussi permis

de mettre en évidence les facteurs qui instaurent, inhibent, facilitent ou appuient la mise en œuvre des EIS dans les pays membres aux niveaux local, régional et national. Dans le cas du pays de Galles, il faut examiner la situation des EIS dans le contexte, d'une part, de la dévolution d'un nouveau statut politique du pays en tant qu'administration distincte, de la mise en place de nouvelles structures de gouvernance et de nouveaux partenariats favorisant les améliorations et, d'autre part, des progrès dans ce domaine et des politiques mises en œuvre en réaction aux changements socioéconomiques ayant eu des incidences sur le plan de la santé publique.

Héritant d'un patrimoine de « piètre » santé publique et devant composer avec une tradition d'inégalités en matière de santé d'un bout à l'autre du pays, le gouvernement du pays de Galles a décidé de mener des EIS, mécanismes destinés à éclairer les changements réclamés par les citoyens. Par anticipation à l'établissement du gouvernement gallois, les fondements des évaluations d'impact sur la santé furent publiés dans un livre vert intitulé *Better Health Better Wales* (Welsh Office, 1998a) et dans le document d'orientation *Better Health Better Wales Strategic Framework* (Welsh Office, 1998b), qui reflétaient l'engagement politique de faire de la gestion des déterminants sociaux de la santé une partie fondamentale de la stratégie gouvernementale. Les EIS étaient considérées comme des dispositifs experts permettant d'appuyer ce processus (Williams, 2006). L'année suivante, en 1999, un engagement public fut pris pour une utilisation accrue des EIS, engagement

¹ Les auteurs souhaitent remercier l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé pour leur avoir permis de participer à l'étude qui a inspiré cet article. Nous voulons aussi remercier le Wales Centre for Health et la Public Health Strategy Division du Public Health and Health Professions Department de l'Assemblée nationale galloise pour son soutien sans faille à la recherche sur le développement de l'évaluation d'impact sur la santé.

exprimé dans le document de présentation de la politique intitulé *Developing Health Impact Assessment in Wales* (National Assembly for Wales, 2000).

Dans cet article, nous procédons à un survol de l'histoire du pays de Galles selon les perspectives politique, sociale et économique. Par la suite, nous décrivons l'utilisation des EIS en tant qu'instrument destiné à aider au développement de politiques aux objectifs plus larges, puis nous évoquons la création de la Welsh Health Impact Assessment Support Unit qui vise à développer des capacités, à forger des partenariats et à favoriser une approche intégrée. En conclusion, nous analysons les contradictions potentielles de l'approche galloise, en particulier à la lumière du « nouveau localisme », porteur de risques élevés autant que de promesses pour les nouvelles formes de gouvernance de la santé.

■ LE CONTEXTE DU PAYS DE GALLES : LES LOIS ET LA POLITIQUE

Depuis son élection en 1997, le gouvernement travailliste du Royaume-Uni a respecté sa parole de décentraliser certains pouvoirs vers ses nations constituantes, le pays de Galles, l'Écosse et l'Irlande du Nord. Respectant les résultats d'un référendum tenu en 1998, les Gallois formèrent dès 1999 leur propre Assemblée, dotée de nouveaux pouvoirs lui permettant d'adapter et de modifier les lois promulguées par le Parlement de Westminster. La santé fait partie des domaines pour lesquels l'Assemblée galloise a eu l'opportunité de se construire un avenir différent du reste du Royaume-Uni. Le premier ministre du pays de Galles, Rhodri Morgan, a promis de marquer l'originalité de l'administration de Cardiff (la capitale galloise) par rapport à celle de Londres.

Jusqu'à présent, et plus particulièrement dans les premiers mois d'existence de l'Assemblée galloise, la tendance a été de résister à la privatisation des services de santé et d'y apporter des améliorations en se concentrant plutôt sur la santé elle-même et les déterminants de la santé que sur la gestion du système (Smith et Babbington, 2006). À l'origine, le gouvernement du pays de Galles s'était engagé à bonifier la santé publique : « [...] guidé par une reconnaissance claire sur le plan politique de l'étendue des déterminants de la santé et du besoin

de prendre ces déterminants en considération dans toute stratégie ayant pour objectif l'amélioration de la santé de la population » (Breeze et Hall, 2002). La volonté d'influer sur les déterminants sociaux de la santé et de réduire les inégalités de santé est clairement exprimée dans les documents annonçant les politiques galloises. Elle contraste avec l'approche anglaise axée sur les soins de santé (Blackman et autres, 2006 ; Greer, 2004 ; Smith et Babbington, 2006).

L'approche de santé préconisée par l'Assemblée du pays de Galles est qualifiée de « nouveau localisme ». On décrit également cette démarche comme « une stratégie qui déplace les ressources et le pouvoir du contrôle central vers les gestionnaires de première ligne, les structures démocratiques locales et les communautés, à l'intérieur d'un cadre national consensuel déterminant les standards minimaux et les priorités des politiques » (Stoker, 2004). En conséquence, contrairement au reste du Royaume-Uni, où les autorités locales obéissent aux directives du National Health Service (NHS), les cinq Health Authorities (autorités de santé publique) existantes au pays de Galles ont été abolies en 2003 et remplacées par 22 Local Health Boards (LHB) (conseils locaux de la santé), proches des pouvoirs publics locaux et chargés de planifier et de financer les services de santé locaux (Smith et Babbington, 2006).

La réforme des structures et l'évolution des relations entre les administrations locales et centrale se sont trouvées facilitées par l'obligation faite aux Local Health Boards et aux administrations locales de mener conjointement des études sur les besoins locaux de santé permettant ainsi l'élaboration d'une stratégie en santé, bien-être et aide sociale et sa mise en œuvre dans les régions. Il existe deux services de santé publique au pays de Galles. Le premier, le National Public Health Service du pays de Galles (NPHS), fut intégré à la nouvelle structure galloise du NHS. Il réunit en une seule direction les cinq autorités de santé publique à l'œuvre précédemment (Breeze, 2004). En plus de son rôle national, il emploie les directeurs locaux de santé publique qui travaillent dans chaque Local Health Board et qui dirigent les équipes locales de santé publique. Le second service est le Wales Centre for Health, légalement responsable d'établir et de maintenir des moyens de communication qui permettent à la

population d'accéder à l'information liée aux questions de la protection et de l'amélioration de la santé, d'entreprendre des recherches par rapport à ces domaines et de les financer ainsi que de contribuer au développement et à la pérennité de la formation.

Outre le choix du niveau local comme point d'ancrage pour l'amélioration nationale des soins de santé, l'accent fut mis sur la participation citoyenne comme « passage obligé » du développement des services publics et des politiques. Le document *Making the Connections* exprimait la vision du gouvernement du pays de Galles. On y exposait le besoin de structures enracinées dans des principes qui placent le citoyen au centre des politiques et du progrès des services : « En développant notre santé et notre bien-être, en continuant tout au long de notre vie à apprendre, en améliorant la qualité de nos communautés, chacun de nous fait sa part. Des services efficaces seront conçus et mis en place grâce à la participation active des citoyens, des communautés et des entreprises » (Welsh Assembly Government, 2004a, p. 3).

Un rapport ultérieur de Sir Jeremy Beecham (2006) sur la création des centres locaux de services axés sur le citoyen constatait que le modèle retenu en vue de hausser la qualité des services de santé gallois était très différent de celui privilégié en Angleterre. Le modèle anglais pour relever les défis de l'amélioration des services publics est celui du consumérisme, dans lequel l'*exit* est le moteur du changement, ce qui présuppose des consommateurs bien informés et dotés du pouvoir de choisir de façon rationnelle. Au pays de Galles, le modèle est basé sur la citoyenneté et le mécanisme de changement est celui de la *voice*, ce qui implique une plus forte relation de confiance entre le public et les organismes gouvernementaux (Beecham, 2006). Bien que des études plus approfondies soient nécessaires pour explorer les réalités sociales sur le terrain, il ne fait aucun doute qu'une tentative est en cours au pays de Galles pour se doter d'une identité distincte de celle de l'Angleterre par rapport à la politique de santé publique.

L'économie et un patrimoine de santé publique dégradé

L'approche galloise au sujet des EIS s'explique par la médiocrité du patrimoine santé et par les inégalités

sociales qui subsistent depuis le déclin des industries traditionnelles du pays, mines de charbon et aciéries, survenu dans la deuxième moitié du XX^e siècle (Williams, 2006). Dans cette perspective, les EIS sont considérées comme des outils de prévision permettant d'élaborer des plans à long terme pour élever le niveau sanitaire de la population, niveau dégradé à la suite des mutations de l'économie industrielle locale.

Selon le recensement du Royaume-Uni de 2001, avec 19%, comparativement à 17% en Écosse et à 15% en Angleterre, et toutes catégories d'âge confondues, le pays de Galles et l'Irlande du Nord accusent les ratios les plus élevés de maladies invalidantes de longue durée (Wheller, 2006). Le pourcentage de Gallois qui, encore une fois toutes catégories d'âge confondues, se déclarent en mauvaise santé atteint 11%, juste au-dessus des résidents d'Irlande du Nord (10%) et bien plus que ceux d'Angleterre (8%) et d'Écosse (9%) (Breakwell, 2006). Ces deux statistiques cachent toutefois des variations territoriales. Sur les 434 autorités locales du Royaume-Uni, 5 régions galloises (Merthyr Tydfil, Neath Port Talbot, Blaenau Gwent, Rhondda Cynon Taff et Caerphilly) sont parmi les 10 régions présentant les pourcentages les plus élevés de maladies invalidantes de longue durée, (Breakwell, 2006) et également parmi les 10 régions dont les citoyens se déclarent le plus en mauvaise santé (Wheller, 2006).

Le constat est le même en ce qui a trait aux taux de mortalité. Ils sont au pays de Galles plus élevés qu'en Angleterre, comparables à ceux d'Irlande du Nord, mais légèrement moins élevés que ceux d'Écosse. L'espérance de vie y est de deux à trois ans inférieure aux meilleurs chiffres européens. Les statistiques de 1998 montrent que l'espérance de vie au pays de Galles est de 74,5 ans pour les hommes et de 79,5 ans pour les femmes, identique à celle d'Irlande du Nord (Gordon et autres, 2001). Encore une fois, les comparaisons nationales taisent des variations territoriales. Au pays de Galles, les taux de mortalité sont plus élevés dans les régions des vallées du sud du pays (Merthyr Tydfil, Blaenau Gwent, Caerphilly et Rhondda Cynon Taff) que dans les parties plus rurales (Ceredigion, Monmouthshire et Powys). La région déplorant la pire statistique (Merthyr Tydfil) affiche un taux de mortalité de 50% supérieur à celui de Ceredigion, région dont le résultat est le plus favorable.

Les cinq régions galloises mentionnées, traditionnellement dénoncées comme ayant les pires taux de morbidité et de mortalité du Royaume-Uni, sont toutes situées dans les vallées du sud du pays de Galles, autrefois le centre économique mondial du minerai de charbon. Basée sur le recensement de 1991 du Royaume-Uni et sur les statistiques de mortalité de 2000 à 2002, une étude transversale récente sur les succès et les échecs des autorités locales en Angleterre démontrait que l'espérance de vie dans les secteurs minier, manufacturier et industriel en difficulté était inférieure aux prévisions, quand bien même celles-ci tiendraient compte de niveaux élevés de privation (Doran, Drever et Whitehead, 2006).

Au pays de Galles, dont l'économie reste empreinte par l'historique des mines de charbon, le gouvernement a adopté des politiques qui pallient les innombrables et dommageables conséquences du déclin auquel l'exergue au début de l'article fait référence. L'initiative de revitalisation *Communities First* illustre cette volonté politique. Il s'agit d'un programme à long terme (d'une durée minimale de dix ans) dont l'objectif est d'améliorer les conditions de vie et l'avenir des personnes les plus défavorisées des communautés du sud du pays de Galles.

Les partenariats *Communities First* rassemblent des organismes du secteur public, des organisations caritatives et des représentants des communautés. Sur 132 partenariats, 70 sont implantés dans les cinq communautés galloises souvent pointées du doigt pour leurs mauvais indices sur le plan des carences sanitaires. Dans les régions rurales du nord, du centre et de l'ouest du pays de Galles, les autorités, aux prises avec les incidences sur la santé de la pauvreté rurale et de l'isolement, doivent mettre en place des moyens d'intervention différents de ceux des régions voisines postindustrielles.

Dans le plan de gestion des espaces du pays de Galles, *People, Places, Futures* (Welsh Assembly Government, 2004b), on renonce à appliquer des solutions standardisées à l'ensemble des régions géographiques galloises. Le plan, étalé sur vingt ans, offre un cadre de développement pour les communautés et les régions et sert principalement à

« s'assurer que le gouvernement du pays de Galles, ses partenaires et ses organismes établissent des politiques de manière à prendre en compte les multiples défis et possibilités représentés par les différentes régions du pays de Galles » (p. 4). Pour tenter de résoudre les problèmes de santé dont sont victimes les habitants du pays de Galles, le pragmatisme des EIS, et leur systématisation, peut permettre la mise à contribution de toutes les ressources disponibles.

■ LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ AU PAYS DE GALLES

Le programme de développement des évaluations d'impact sur la santé au pays de Galles (National Assembly for Wales, 2000) a opté pour une approche pragmatique. En plus de favoriser une meilleure connaissance des EIS, le programme offrait une plateforme pour expérimenter les EIS au sein même des institutions gouvernementales, tout en encourageant d'autres organisations à s'approprier cette approche (Breeze, 2004). À compter de 2001, le programme prévoyait également la mise en place de la Welsh Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU) dont l'objectif était d'encourager et d'encadrer l'utilisation des EIS par les organismes du pays de Galles. Cette unité est actuellement financée par le gouvernement gallois par l'intermédiaire du Wales Centre for Health abrité par l'Université de Cardiff, qui joue un rôle d'orientation et de défense des enjeux de santé publique, notamment dans le domaine de la formation. Deux directeurs du développement, respectivement pour le nord et le sud du pays, y travaillent à temps plein.

Les principaux mandats de la WHIASU sont de conclure des partenariats favorisant l'utilisation efficace des EIS, de fournir de l'information et des conseils aux organisations ayant engagé un processus d'EIS et de susciter des travaux de recherche qui contribuent à bonifier les évaluations d'impact potentiel des politiques, des programmes et des projets². L'unité a de surcroît la responsabilité d'augmenter la visibilité et la compréhension des EIS en offrant de la formation et du soutien aux organismes menant des EIS. Sur le plan national, le

² Voir le site Web de la WHIASU : www.whiasu.wales.nhs.uk

NPHS, la Welsh Local Government Association et le Chartered Institute of Environmental Health (un lobby en environnement et santé publique) agissent en complémentarité. L'action combinée de ces organisations a favorisé la connaissance et l'appropriation des EIS par un grand nombre d'intervenants au sein des gouvernements locaux, du secteur de la santé et des divers regroupements de professionnels à l'œuvre dans ce domaine. Le SNSP a par exemple développé et rendu public l'emploi de son propre outil d'évaluation sur les inégalités en santé, dans le secteur de la santé lui-même et au-delà, et il continue d'offrir de l'aide pour les activités d'EIS. C'est cependant la WHIASU qui est devenue, depuis sa création, le principal organisme se consacrant au développement des EIS au pays de Galles, même si on encourage le plus grand nombre d'organismes à assumer la responsabilité de cette approche.

Depuis sa création en 2001, la WHIASU a, jusqu'à un certain point, suivi les directives gouvernementales en exhortant et en aidant les organisations publiques, privées et caritatives, ainsi que les communautés, locale ou nationale, à expérimenter la démarche des EIS. Plusieurs organismes ont invoqué le manque de temps, de ressources et de compétences pour justifier leur incapacité à conduire des EIS (Breeze et Hall, 2002). Il leur fut donc conseillé de mener les meilleures évaluations possibles dans la limite des ressources disponibles (Breeze, 2004). On leur a ensuite suggéré de mener des projets pilotes d'EIS, le plus souvent des évaluations simples et rapides. Il s'agissait d'une part de démontrer la faisabilité de l'exercice à l'intérieur de ressources limitées et, d'autre part, de développer un apprentissage par l'expérience.

À compter de juin 2006, on dénombrait plus d'une cinquantaine d'études de cas au pays de Galles. La majorité des 22 Local Health Boards avaient utilisé cette approche à différents degrés. Plusieurs de ces EIS ont fait l'objet de rapports écrits dont un nombre croissant sont mis en ligne sur le site de la WHIASU, une ressource désormais précieuse pour la connaissance des EIS. La gamme des évaluations comprend de simples analyses statistiques, des évaluations

rapides et des EIS plus ambitieuses intégrant de larges bases de données et le recueil de données nouvelles (essentiellement qualitatives³).

À l'heure actuelle, il n'y a toutefois pas d'obligation légale de mener des EIS au pays de Galles. D'où le caractère inégal du développement des compétences dans ce domaine. Au sein des organisations, c'est toujours l'intérêt des personnes clefs qui motive la tenue d'une EIS. D'autres EIS ont, semble-t-il, été menées pour renforcer un mandat ou justifier certaines décisions qui auraient pu autrement soulever la controverse ou encore pour promouvoir un partenariat ou une approche intégrée du processus décisionnel. Une étude de cas documentée au sujet d'un projet de remplacement d'un site d'enfouissement montre que le processus d'EIS a été animé par le besoin d'impliquer le public dans un dossier qui traînait en longueur depuis dix ans. Cet objectif rejoignait l'intérêt, les compétences et la connaissance des EIS des principaux directeurs des autorités locales et des organismes en santé concernés (Elliott, Golby et Williams, 2007). Récemment, la demande du public a entraîné la tenue de deux EIS, conduites par des regroupements de citoyens opposés à des projets d'exploitation de mines de charbon à ciel ouvert⁴.

La participation et le développement des compétences

Les autorités galloises ont toujours encouragé la participation du public dans les EIS (National Assembly for Wales, 2000). Cette attitude fait partie des principes fondateurs des EIS au pays de Galles et elle était enchâssée dans le document d'orientation publié par la WHIASU en 2004. La création de partenariats de type *Communities First* ouvrait également une voie pour la promotion des EIS en tant que mécanisme pertinent à inscrire dans les efforts d'amélioration de la qualité de vie locale et de la santé de la population.

Parmi les EIS ayant impliqué la participation du public, on relève des projets locaux de développement de services (c'est le cas d'un centre pour personnes

³ Pour la liste des études de cas, voir : <http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=522&pid=10105>

⁴ Voir : *HIA on Proposed Extension to Margam Opencast Mine, Kenfig Hill* et *HIA Conducted on the Proposed Opencast Scheme at Fros Y Fran, Merthyr Tydfil* au <http://www.wales.nhs.uk/sites3/page.cfm?orgid=522&pid=10108>

âgées du sud du pays de Galles, d'un centre intégré pour la jeunesse dans le nord ou d'un programme pour les jeunes dans le domaine des tout-terrains), des projets d'utilisation du territoire suscitant la polémique (mines de charbon à ciel ouvert, sites d'enfouissement, revitalisation domiciliaire) ainsi que des stratégies et des politiques locales (pour promouvoir, par exemple, une saine alimentation ou l'activité physique ou bien pour évaluer les pratiques des services de santé).

La WHIASU est également intervenue pour épauler le déploiement de compétences au sein des organisations en offrant des ateliers de formation destinés à hausser la qualité des EIS et en proposant des conseils sur la manière d'inscrire le processus dans les activités, les habitudes, les systèmes et les cultures des organisations, ce que Banken a appelé l'« institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé » (Banken, 2001). La recherche a révélé que la formation des personnes à l'intérieur des organisations doit s'accompagner d'autres activités pour assurer une permanence dans le recours aux EIS. Cela comprend la définition d'une politique des EIS et la création d'instruments de gestion des EIS (Milner, 2004). Bien qu'elle ait développé et mis à la disposition des organisations et des communautés locales une application de base pour les EIS (WHIASU, 2004), la WHIASU invite les organismes à concevoir leurs propres outils, qui reflètent les priorités locales, comme ce fut le cas dans les localités de Merthyr Tydfil, Ynys Mon et Gwynedd. L'objectif est d'intégrer ces nouveaux réflexes dans les processus de décision existants. D'autres recherches seront nécessaires pour cerner l'utilisation et mesurer l'effet de ces outils dans l'évolution de ces processus, mais aussi dans la prise de conscience de la santé publique dans les cultures organisationnelles.

Les évaluations d'impact sur la santé, leviers pour l'intégration et la construction de partenariats

Une approche intégrée des politiques de santé fait partie des caractéristiques distinctives des politiques en santé publique du pays de Galles (Smith et Babbington,

2006). Le gouvernement gallois a adopté une approche transversale des politiques qui comprend l'inclusion sociale, l'égalité des chances et le développement durable (Breeze, 2004). La santé et le bien-être sont également au premier plan. L'importance de la collaboration intersectorielle est exprimée dans un grand nombre de publications, stratégiques ou de planification, depuis la mise en place du gouvernement gallois (Breeze et Hall, 2002).

C'est le programme *Better Health Better Wales* (Welsh Office, 1998a) qui, le premier, a spécifié son engagement à promouvoir de nouvelles façons de rapprocher les politiques. Cette aspiration a été reprise dans de plus récents programmes gouvernementaux, tels que *Well-Being in Wales* et *Wales a Better Country* (Welsh Assembly Government, 2002 et 2003a), tous deux fondés sur le principe de l'action conjointe transversale des différents secteurs d'activité politique. Le gouvernement lui-même a mis au point son propre outil d'intégration qui fait désormais partie de la préparation des politiques et des stratégies dans le but de s'assurer que toutes les nouvelles politiques soient conformes aux objectifs stratégiques globaux du pays de Galles. Cet outil englobe l'économie, la justice sociale, l'environnement, l'identité culturelle et la santé. Il a été inauguré en avril 2006⁵ et la formation des fonctionnaires chargés de l'animer est en cours.

À l'échelon local, les programmes en santé, bien-être et aide sociale doivent également offrir l'occasion d'une approche intégrée de l'amélioration de la santé et du développement des services. Le guide officiel de développement des stratégies précise au demeurant qu'au moment de mettre en application et d'évaluer la stratégie, l'autorité et le conseil locaux de la santé devraient utiliser les évaluations d'impact sur la santé en tant qu'outils permettant d'assister le développement d'approches intégrées (Welsh Assembly Government, 2003b, p. 50). Sur le terrain, peu d'institutions locales possèdent les moyens de mener une EIS, mais un certain nombre d'entre elles ont conçu des outils stratégiques intégrés, souvent en partenariat. Pembrokeshire et Ynys Mon ont par exemple agi en ce sens avec pour objectif de fixer leurs priorités d'action à partir du critère de qualité de vie. La population de Pembrokeshire est en effet

⁵ Voir : <http://wales.gov.uk/docrepro/40382/sjr/consult/2006/disgroupsdevfund/policyintegrationtool?lang=en>

sujette aux aléas des emplois saisonniers et à l'isolement social affectant les régions rurales du pays de Galles. L'instrument d'évaluation bâti localement prend en compte la dimension transversale de ces problèmes, conformément aux directives gouvernementales sur le développement durable et sur l'obligation légale qu'ont les pouvoirs publics d'évaluer l'impact sur les inégalités.

Par ailleurs, dans un document publié récemment et intitulé *Route to Health Improvement*, la Welsh Local Government Association (2006) fait la promotion de l'utilisation des EIS. Le document dessine un cadre organisationnel pour la création d'autorités locales vouées à l'amélioration de la santé en soulignant cinq thèmes principaux : la culture d'entreprise, le développement des politiques, la collaboration, le développement de compétences en gouvernance et la gestion de la performance. On prévoit que la création de groupements d'essence corporative enrichira les coopérations intersectorielles et désignera tout naturellement des autorités « amirales ». Ainsi, les EIS étant validées par le processus, la WHIASU disposerait de relais lui permettant de mieux atteindre ses objectifs.

En insistant sur les déterminants sociaux de la santé, les EIS pourraient être jugées appropriées pour toutes les décisions de tous les paliers gouvernementaux affectant toute la population de toutes les régions. Une réflexion faisant place à la mesure a donc vu le jour pour éviter de les retrouver partout et donc nulle part. Des efforts sont consentis, au pays de Galles et en Europe, pour découvrir des façons d'inclure la santé dans les processus existants d'évaluation d'impact (Blau et autres, 2006). En effet, si les EIS ne sont pas requises par la loi, d'autres méthodes d'évaluation d'impact sont obligatoires : les évaluations d'impact sur l'environnement et les évaluations stratégiques environnementales. Ces évaluations impliquent des évaluations de déterminants sociaux et économiques de la santé et du bien-être, ce qui peut conduire à éviter l'utilisation additionnelle d'une EIS autonome. Ici aussi, des recherches seront indispensables pour mesurer jusqu'à quel point cette opportunité est saisie, ou bien si, au contraire, l'EIS ne traduit alors que le respect de l'obligation légale.

Les partenariats sont importants, non seulement pour le succès des EIS et leur généralisation aux niveaux

local et national, mais également pour s'assurer que la WHIASU puisse remplir au mieux son rôle de « fournisseur de compétences ». Le pays de Galles est un petit État dont la population est inférieure à trois millions d'habitants et dans la capitale, la proximité géographique entre les principaux organismes donne à leurs représentants la faculté de se rencontrer aisément. Cette situation autorise la WHIASU à organiser fréquemment des réunions, ce qui permet un partage rapide de l'information, des connaissances et des projets planifiés. Si la Welsh Local Government Association a accordé l'aide matérielle et financière nécessaire au lancement officiel du document d'orientation des EIS en novembre 2004 et si elle continue de collaborer à leur développement, celui-ci se trouve grandement facilité par les réunions régulières des partenaires.

Comme il en a été fait mention plus haut, la volonté de travailler en partenariat dans un contexte d'ouverture au niveau local est mise en exergue dans le rapport de Beecham (2006) comme une des forces de l'approche galloise axée sur le citoyen telle qu'elle a été définie dans *Making the Connections* (Welsh Assembly Government, 2004a). Il serait donc profitable à l'avenir de promouvoir les EIS comme une technique renforçant les relations transversales égalitaires et les liens verticaux entre citoyens et organismes des divers paliers de gouvernement.

■ DES POLITIQUES AXÉES SUR LES CITOYENS, GOUVERNANCE ET ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

La nature et la vitesse des progrès accomplis au pays de Galles en matière d'EIS ont été facilitées par l'existence d'une tradition plus englobante pour l'intégration des tâches. Cette intégration trouve son assise à l'échelon local et sert de support au nouveau localisme qui caractérise l'approche de la politique de santé publique et la politique en général au pays de Galles. L'insistance avec laquelle on place le citoyen au centre de l'action des services procure l'occasion de revaloriser l'implication locale dans les EIS en apportant des connaissances ponctuelles et pertinentes sur les différents contextes vitaux et géographiques gallois. Grâce à cet apport, le processus d'EIS s'ancre dans les valeurs de la démocratie

participative. Jusqu'à présent, la plupart des EIS réalisées au pays de Galles ont été conduites au niveau local et communautaire.

C'est là que réside la contradiction potentielle qu'une recherche empirique plus documentée sur le plan théorique pourrait explorer. Le nouveau localisme, singulièrement dans son incarnation galloise, repose sur une décentralisation des initiatives vers les strates de gouvernance les plus en contact avec les milieux de vie des populations. En soulignant l'importance du leadership de l'autorité locale d'une part et de la participation citoyenne d'autre part, la possibilité de mésententes sur le profil des rôles que le gouvernement local et les citoyens s'attendent à exercer existe (Card et Mudd, 2006). Cette ambiguïté pourrait entraîner des conflits lors de la provision de soutien au développement des capacités et la répartition de ressources toujours insuffisantes. Nous avons vu que la WHIASU a déjà été approchée par des citoyens, lesquels réclamaient le déclenchement d'EIS pour apprécier la justesse de politiques et de programmes qui risquaient d'affecter leur vie.

Les débats passionnés autour des projets d'aménagement du territoire prévoyant l'élargissement de l'exploitation des mines de charbon à ciel ouvert dans certaines régions du pays de Galles illustrent éloquentement cette tendance. À l'espoir de nouvelles « chances » économiques s'opposait ici l'obstacle difficilement franchissable des inquiétudes locales sur le plan du bien-être. Dans un autre domaine, les propositions des autorités locales de construire des installations de recyclage des déchets, avec le souci louable et contemporain de durabilité et de protection de l'environnement, sont également porteuses de conflits. Les notions de risques et de preuves avérées y seront sans doute discutées tant au niveau local que mondial.

On peut aussi percevoir le développement des EIS au pays de Galles dans le nouveau contexte local, comme une justification politique et épistémologique des nouvelles formes de « républicanisme civique » (Marquand, 1997) ou d'« expérimentalisme démocratique » (Unger, 1998), ce qui constituerait une plateforme pour de nouvelles formes d'intelligence

civique dans l'élaboration des politiques (Elliott et Williams, 2004; Elliott et Williams, à paraître). La réussite de cette démarche ne peut être affirmée que par une compréhension du rôle que joue le savoir populaire dans le fondement même des réactions locales à la mise en œuvre des politiques et par une reconnaissance du besoin de valoriser ces préoccupations, à l'égal de l'opinion des experts scientifiques et professionnels (Popay et Williams, 1996). Implantée au sein d'une université et dotée d'un mandat explicite de recherche, la WHIASU a pour tâche essentielle de corroborer les valeurs intrinsèques de l'approche distincte du pays de Galles en matière de santé, étant donné que l'engagement du gouvernement en faveur des EIS est perçu comme un dispositif qui souligne cette distinction.

Le transfert de pouvoirs vers le gouvernement du pays de Galles a sans nul doute été un facteur décisif dans l'adoption et le développement des EIS et c'est pourquoi les EIS peuvent être considérées comme des moyens de remplir les engagements des gouvernements sur le plan de l'amélioration de la santé et de la lutte contre les inégalités. Au moment où une pression populaire de plus en plus forte exige la diminution des listes d'attente dans les hôpitaux du pays de Galles, la position des EIS sort renforcée de l'adoption de la loi du gouvernement du pays de Galles, qui a reçu le Sceau Royal le 25 juillet 2006 et qui modifie la structure gouvernementale et le système électoral. Cette législation permet dorénavant aux parlementaires gallois de voter leurs propres lois sans que celles-ci soient obligatoirement entérinées par le Parlement du Royaume-Uni. Bien que cette loi ne garantisse pas au Parlement gallois autant de pouvoirs législatifs que ceux que détient le Parlement écossais, les pleins pouvoirs législatifs pourraient être accordés l'heure venue, à la suite d'un nouveau référendum. Le premier ministre Rhodri Morgan a dit du projet de loi qu'il présentait « une augmentation significative des pouvoirs ». Il se pourrait bien que les EIS jouent un rôle de premier plan dans l'accession du pays de Galles à de nouvelles formes de gouvernance, dans un contexte politique lui permettant d'aborder de front le problème des inégalités et d'améliorer la santé de sa population.

BIBLIOGRAPHIE

- Banken, R. (2001). *Strategies for Institutionalizing Health Impact Assessment*, Copenhagen, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Beecham, J. (2006). *Beyond Boundaries: Citizen-Centred Local Services for Wales*, Cardiff, Welsh Assembly Government.
- Bennet, K., H. Beynon et R. Hudson (2000). *Coalfields Regeneration: Dealing with the Consequences of Industrial Decline*, Bristol, The Policy Press.
- Blackman, T. et autres (2006). «Performance Assessment and Wicked Problems: The Case of Health Inequalities», *Public Policy and Administration*, vol. 21, n° 2, p. 66-80.
- Blau, J. et autres (2006). «The Use of Health Impact Assessment across Europe», dans T. Stahl et autres (dir.), *Health in all Policies*, Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health.
- Breakwell, C. (2006). «General Health», dans M. Bajekal et autres (dir.), *Focus on Health 2006*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Breeze, C. (2004). «The Experience of HIA in Wales», dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment*, Oxford, Oxford University Press, p. 201-212.
- Breeze, C. et R. Hall (2002). «Health Impact Assessment in Government Policy Making: Developments in Wales», *Policy Learning Curve Series*, n° 6, Bruxelles, Centre européen de l'Organisation mondiale de la Santé pour la politique de santé.
- Card, P. et J. Mudd (2006). «The Role of Stock Transfer Organisations in Neighbourhood Regeneration: Exploring the Relationship between Regeneration, 'New Localism and Social Networks'», *Housing Studies*, vol. 21, p. 253-267.
- Doran, T., F. Drever et M. Whitehead (2006). «Health Underachievement and Overachievement in English Local Authorities», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, p. 686-693.
- Elliott, E., A. Golby et G. H. Williams (2007). «Citizen Involvement in a Local HIA: Informing Decisions on the Future of a Landfill Site in Wales», dans M. Wismar, J. Blau et K. Ernst (dir.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*, Bruxelles, Organisation mondiale de la Santé.
- Elliott, E. et G. H. Williams (à paraître). «Developing Public Sociology through Health Impact Assessment», *Sociology of Health and Illness*.
- Elliott, E. et G. H. Williams (2004). «Developing a Civic Intelligence in HIA», *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 24, n° 2, p. 231-243.
- Gordon, G. et autres (2001). *Wales NHS Resource Allocation Review: Independent Report of the Research Team*, Cardiff, Wales NHS.
- Greer, S. (2004). *Four Way Bet: How Devolution Has Led to Four Different Models for the NHS*, Londres, University College London Constitution Unit.
- Marquand, D. (1997). *The New Reckoning: Capitalism, States and Citizens*, Cambridge, Polity Press.
- Milner, S. J. (2004). «Using HIA in Local Government», dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment*, Oxford, Oxford University Press.
- National Assembly for Wales (2000). *Developing Health Impact Assessment in Wales: Better Health Better Wales*, Cardiff, National Assembly for Wales.
- Popay, J. et G. H. Williams (1996). «Public Health Research and Lay Knowledge», *Social Science and Medicine*, vol. 42, n° 5, p. 759-768.
- Senior, M. (1998). «Area Variations in Self-perceived Limiting Long-term Illness in Britain, 1991: Is the Welsh Experience Exceptional?», *Regional Studies*, vol. 32, n° 3, p. 265-280.
- Smith, T. et E. Babbington (2006). «Devolution: A Map of Divergence in the NHS», *Health Policy Review*, vol. 1, n° 2, p. 9-40.
- Stoker, G. (2004). «New Localism, Progressive Politics and Democracy», *The Political Quarterly*, vol. 75, Sup. 1 p. 117-129.
- Unger, R. (1998). *Democracy Realized: The Progressive Alternative*, London, Verso.
- Welsh Assembly Government (2004a). *Making the Connections: Delivering Better Services for Wales*, Cardiff, Welsh Assembly Government.

- Welsh Assembly Government (2004b). *The Wales Spatial Plan: People, places, futures*, Cardiff, Welsh Assembly Government.
- Welsh Assembly Government (2003a). *Wales A Better Country: The Strategic Agenda of the Welsh Assembly Government*, Cardiff, Welsh Assembly Government.
- Welsh Assembly Government (2003b). *Health, Social Care and Well-being. Strategies: Policy Guidance*, Cardiff, Welsh Assembly Government.
- Welsh Assembly Government (2002). *Well-Being in Wales: a consultation document*, Cardiff, Welsh Assembly Government.
- Welsh Health Impact Assessment Support Unit (2004). *Improving Health and Reducing Inequalities: a practical guide to health impact assessment*, Cardiff, Welsh Assembly Government.
- Welsh Local Government Association (2006). *The Route to Health Improvement: An Organisational Development Package to Build Capacity for Local Authorities*, Cardiff, Welsh Local Government Association.
- Welsh Office (1998a). *Better Health Better Wales: a consultation paper*, Cardiff, Welsh Office.
- Welsh Office (1998b). *Better Health Better Wales Strategic Framework*, Cardiff, Welsh Office.
- Wheller, L. (2006). «Limiting Long-Term Illness» dans M. Bajekal et autres (dir.), *Focus on Health 2006*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Williams, G. H. (2006). «History is What you Live: Understanding Health Inequalities in Wales», dans P. Michael et C. Webster (dir.), *Health and Society in Twentieth Century Wales*, Cardiff, University of Wales Press.



la première source d'information
sur l'État québécois,
son organisation,
son fonctionnement,
son action



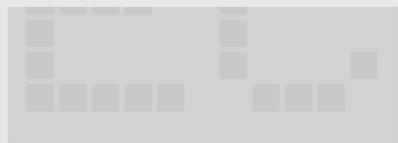
RASSEMBLE

les données les plus récentes
et l'information disponible
depuis les 25 dernières années
sur la gouvernance publique
au Québec



DONNE ACCÈS

gratuitement à une information
exhaustive sur l'État québécois
(organisation politico-administrative,
effectif du secteur public et finances
publiques), les politiques publiques
et la gestion publique



PRÉSENTE ET ANALYSE

les données quantitatives et
qualitatives recueillies auprès
des institutions gouvernementales
et des universités

COMPARE

l'organisation, le fonctionnement
et l'action de l'État québécois
avec ceux d'autres entités étatiques,
souveraines ou non

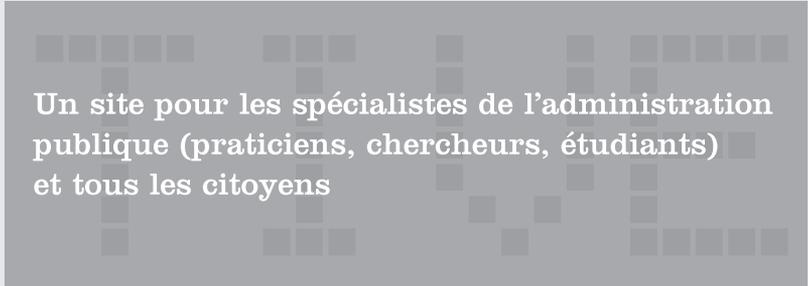
RÉACTUALISE

l'information en continu
par la mise en place d'un service
de veille spécifique



FACILITE

la réflexion à conduire
sur l'action publique



L'évaluation d'impact sur la santé : un instrument de santé publique dans le développement des stratégies régionales

Par **Jennifer Mindell**, Clinical Senior Lecturer, Département d'épidémiologie et de santé publique, University College London

• j.mindell@ucl.ac.uk

Caron Bowen, Executive Officer, Office of the Chief Health Officer and Deputy Director General, Population Health, New South Wales Department of Health, Australia • CBOWEN@doh.health.nsw.gov.au

Nannerl Herriot, Public Health Manager, Urban Development, Regional Public Health Group, Londres • nannerl.herriott@dh.gsi.gov.uk et **Sue Atkinson**, professeure invitée, Département d'épidémiologie et de santé publique, University College London • satkinson@ucl.ac.uk

Traduit de l'anglais

L'état de santé varie en fonction des risques de contracter une maladie et de la disponibilité des traitements. Malgré leur importance, les services de santé influent beaucoup moins sur l'état de santé que les conditions socioéconomiques et environnementales (McKeown, 1979). En dépit des principaux effets des déterminants de la santé (The Lancet, 2004), plusieurs responsables impliqués dans l'élaboration de politiques gouvernementales locales, régionales ou nationales (à l'exception de ceux chargés des politiques de santé, de services de santé ou de santé environnementale) ne prêtent pas suffisamment attention aux incidences de leurs décisions sur la santé ou sur les inégalités sur le plan de la santé.

C'est pourquoi l'expérience londonienne de politique régionale d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) a suscité un vif intérêt qui ne se dément pas. Des professionnels de la santé de tous les continents continuent de visiter Londres afin d'en apprendre davantage sur la façon dont les EIS ont été conduites, mais également sur leur intégration dans les politiques du gouvernement régional. Dans cet article, nous rappelons la toile de fond politique qui a mené à l'intégration des EIS au processus de développement stratégique, nous décrivons la méthodologie de leur élaboration et nous faisons état des conflits et des synergies liant les différents impacts potentiels sur la santé des neuf stratégies développées. Nous concluons

en offrant une mise au point, soulignant les récentes améliorations au processus d'EIS, dont l'établissement d'une approche intégrée d'évaluation des impacts.

■ LE GOUVERNEMENT RÉGIONAL DE LONDRES ET LA STRATÉGIE LONDONIENNE EN SANTÉ

Londres a une population de 7,5 millions d'habitants et s'étend sur une superficie de 1 579 kilomètres carrés. La ville affiche une grande diversité ethnique : 40 % de sa population appartient à une minorité et on y parle plus de 300 langues maternelles. Il subsiste dans Londres de grandes inégalités quant aux conditions de vie et aux facteurs socioéconomiques ayant une influence sur la santé. Ces inégalités sont perceptibles entre les habitants des différents quartiers, entre les groupes ethniques, entre les catégories d'âge, etc. La capitale britannique compte 32 instances de gouvernement local. Elles recouvrent une grande variété de situations socioéconomiques dont certaines dans les lieux les plus peuplés et les plus défavorisés de toute l'Angleterre. Des inégalités frappantes surgissent non seulement entre un quartier et son voisin, mais également à l'intérieur même de certaines municipalités. Le Grand Londres est la seule région d'Angleterre à disposer d'un maire directement élu, doté d'un large éventail de pouvoirs délégués par le gouvernement national et responsable de mettre en œuvre les politiques régionales de son agglomération.

La Greater London Authority Act 1999 a donc instauré un poste de maire élu directement par la population et assisté par une assemblée de 25 membres chargée d'un rôle de supervision (Office of Public Sector

Information, 1999). L'article 30 de cette loi précise que l'Autorité doit exercer son pouvoir de manière à « promouvoir une amélioration de la santé des habitants du Grand Londres ». Parmi ses responsabilités, le maire doit élaborer et mettre en application huit stratégies politiques de haut niveau pour le Grand Londres touchant une grande diversité de problèmes (par exemple l'économie et les transports). Par ailleurs, il peut décider d'engager un certain nombre d'autres stratégies. L'Autorité du Grand Londres est également responsable de quatre institutions majeures dans le fonctionnement des services publics: les transports de Londres, la London Development Agency, l'autorité métropolitaine de la police et l'autorité de prévention des incendies.

LES STRATÉGIES DU MAIRE DE LONDRES

STRATÉGIES OBLIGATOIRES

1. Transports
2. Développement économique
3. Qualité de l'air
4. Pollution acoustique
5. Biodiversité
6. Aménagement des espaces
7. Gestion des déchets ménagers
8. Culture

AUTRES (EXEMPLES)

9. Énergie
10. Enfants et jeunesse

Au cours des 18 mois précédant l'élection municipale (en juin 2000), le directeur régional de la santé publique de l'époque mena le projet de mettre en œuvre la première stratégie pour la santé de Londres en impliquant plusieurs paliers de gouvernement. Le regroupement ainsi constitué devint la « Coalition pour la santé » et le processus de définition de la stratégie atteignit son point culminant avec l'identification de quatre enjeux prioritaires: l'égalité des chances,

la santé des citoyens des minorités ethniques, la revitalisation urbaine et les transports. On vanta les mérites de l'évaluation d'impact sur la santé en tant que méthode structurée permettant d'évaluer et d'améliorer les conséquences sur la santé de projets et de politiques dont l'action se situait à l'extérieur du secteur de la santé (Lock, 2000; Mindell, Ison et Joffe, 2003; Joffe et Mindell, 2002). La stratégie pour la santé de Londres fut soumise aux candidats à la mairie qui s'engagèrent tous à la mettre en application. En octobre 2000, le maire fraîchement élu installa la London Health Commission¹ (à partir de la Coalition pour la santé), un partenariat stratégique d'organismes gouvernementaux et indépendants. L'organisation est chargée de réfléchir par rapport au domaine de la santé et de l'égalité des chances sur le plan de la santé à l'échelle du Grand Londres et de mettre en application les mesures prévues dans la stratégie pour la santé de Londres, y compris les EIS. Le maire confia également au directeur régional de la santé publique de Londres le rôle de conseiller en santé auprès du maire et de l'Autorité du Grand Londres.

Prenant appui sur le travail accompli par le directeur régional de la santé publique et son équipe, le maire démontra les liens entre la santé et les stratégies municipales, ainsi que l'utilité des EIS dans une optique de responsabilisation des actions municipales en rapport avec la santé. Il décida qu'une EIS devrait être conduite conjointement à la mise en œuvre de chacune de ses stratégies. Il disposait ainsi d'un mécanisme lui permettant de remplir son obligation légale de « prendre en compte la santé des Londoniens ». Il fut décidé d'employer l'EIS comme un outil pour l'ébauche de chacune des stratégies, à l'étape de la consultation des instances élues et fonctionnelles, avant même que le texte ne soit déposé pour consultation publique.

Les stratégies municipales furent préparées par des équipes de l'Autorité du Grand Londres ou de l'instance de fonctionnement pertinente au sein de l'Autorité. La London Development Agency était par exemple responsable de rédiger la stratégie de développement économique. Ce type d'équipe est formé de spécialistes dans leur domaine, lesquels n'ont pas toujours conscience de l'impact de leurs

¹ Voir le site Web de la London Health Commission : www.londonhealth.gov.uk

travaux sur la santé publique. Au cours de la phase de rédaction de la stratégie, les équipes bénéficièrent des recommandations du directeur régional de la santé publique, grâce auxquelles ils eurent accès à un large réseau d'expertise en santé publique. Celui-ci comprenait des registraires spécialistes (des médecins étudiant une spécialisation au niveau du postdoctorat), l'équipe de santé de l'Autorité du Grand Londres, le regroupement régional pour la santé publique ainsi que des experts universitaires et des conseillers détenant une expérience utile pour analyser certains enjeux particuliers.

■ LA MÉTHODOLOGIE, LE CALENDRIER D'APPLICATION ET LES ÉTAPES DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

En raison du niveau technique élevé et de la nature diplomatique des stratégies, aucun processus de filtrage permettant de déterminer la pertinence de la tenue d'une EIS pour une stratégie précise n'avait été arrêté. Toutes les stratégies concernaient au moins un élément déterminant de la santé et un consensus se dégagait selon lequel une EIS donnait l'opportunité de proposer des recommandations et d'influencer certaines décisions.

Les EIS ont été menées avant les consultations publiques. En règle générale, le processus complet, de l'échantillonnage initial au dépôt du rapport final auprès du maire et de l'assemblée, devait être achevé en moins de deux mois. On instaura donc une méthode rapide d'évaluation.

Les étapes des EIS comprennent : l'échantillonnage, l'obtention et l'examen des preuves pertinentes à l'appui, un atelier réunissant les parties prenantes, la préparation d'une ébauche de rapport, la révision de ce document par la London Health Commission suivie de ses recommandations et le dépôt du rapport définitif, accompagné des recommandations au maire et aux représentants de l'Autorité du Grand Londres.

La planification et l'échantillonnage des évaluations d'impact sur la santé

Pour chacune des EIS, une équipe centrale, ou comité d'orientation, fut créée en vue de développer le processus et d'organiser l'évaluation d'impact. Ce

groupe réunissait habituellement des représentants de l'Autorité du Grand Londres, de la London Health Commission, de l'exécutif du National Health Service de Londres (anciennement le groupe régional de la santé publique et l'autorité stratégique de la santé de Londres), du London Health Observatory, d'un spécialiste en santé publique chargé d'étudier les preuves pertinentes à l'appui et, lors d'EIS ultérieures, d'un consultant externe dont le rôle consistait à rédiger le rapport final.

Dans la majorité des EIS, le comité d'orientation dressa la liste des sujets prédominants des ateliers de travail afin de distinguer les principales possibilités d'amélioration de la santé et de la réduction des inégalités. Lors de la publication de l'ébauche de la stratégie, le comité d'orientation exposa un ensemble de thématiques liées à la stratégie et à sa probation qui furent soumises à une évaluation rapide en atelier. Cette étape s'avéra relativement simple pour certaines stratégies, par exemple celle sur la gestion des déchets (Mayor of London, 2002a), les groupes s'organisant aisément sur la base de l'échantillonnage proposé (l'incinération, l'enfouissement, etc.). Il fut plus difficile de parvenir à un résultat semblable dans le cas d'autres stratégies dont le champ d'action se révéla plus vaste. Le comité d'orientation favorisa alors les thèmes offrant le plus grand potentiel d'amélioration des déterminants de la santé et de l'égalité des chances sur le plan de la santé.

Toutefois, s'agissant de l'ébauche du Plan de Londres (la stratégie de développement spatial de Londres 2002-2015) (Mayor of London, 2002b), l'échantillonnage fut sélectionné de façon différente. Cette stratégie sert de cadre à la planification de Londres et c'est à travers elle que nombre d'autres stratégies allaient voir le jour. Une plus vaste opération d'échantillonnage fut organisée à laquelle on invita plusieurs intervenants, dont les membres de la London Health Commission, des spécialistes de la santé publique et des représentants des différents groupes d'intérêts et des parties intéressées. Les idées avancées au cours de cette grande réunion furent ensuite développées par le comité d'orientation afin d'assurer une visibilité aux thématiques soulevées au cours des rencontres.

Le comité d'orientation ouvrit les ateliers à un large éventail de personnes : employés des autorités locales

œuvrant dans les domaines spécialisés couverts par la stratégie et dans les politiques de la santé, spécialistes de la santé publique, représentants d'associations et du secteur privé, membres d'équipes de développement de la stratégie en question. La liste de participants variait considérablement, allant de 250 pour la gestion des déchets à 600 lors de l'EIS de la stratégie pour les enfants et la jeunesse (Mayor of London, 2003).

Une étude rapide basée sur des preuves pertinentes

Le comité d'orientation fit réaliser une étude rapide des preuves pertinentes (la base factuelle) liées à la santé en rapport avec chacune des stratégies (par exemples : transports et santé, Watkiss et autres, 2000 ; pollution acoustique et santé, Stansfeld et autres, 2001). Parallèlement à la préparation de la stratégie, on dressa une liste des thématiques susceptibles d'apparaître. Elle servit de référent pour l'embauche d'experts et d'universitaires chargés d'échafauder une plateforme factuelle des thématiques stratégiques liées à la santé. Les experts devaient compléter leur recherche et l'étude des preuves pertinentes avant que la stratégie soit disponible. Une fois l'ébauche de la stratégie rendue publique, on résumait l'ensemble des preuves pertinentes rattachées à la stratégie. À partir de cet outil supplémentaire apparu dans le processus d'EIS, il était décidé sur quelles parties de la stratégie devait se concentrer le faisceau de l'EIS. Le procédé s'est affiné lors de la tenue des EIS suivantes, alors que les résumés de preuves pertinentes se sont précisés et sont devenus plus compréhensibles, facilitant ainsi l'accès à l'information des participants non spécialistes des ateliers (London Health Commission, 2003a ; 2003b ; Curtis et Roberts, 2003). Les études des preuves pertinentes furent publiées séparément et mises à la disposition de tous.

Le sommaire des stratégies

Il était également primordial que les principales propositions de politiques incluses dans la stratégie soient intelligibles et abordables. Ces travaux étaient fréquemment compilés dans des documents volumineux. Il devint évident au fur et à mesure que le processus d'évaluation progressait qu'il était erroné

de croire que tous les participants aux ateliers avaient une bonne compréhension des propositions stratégiques. Celles-ci furent donc condensées de façon à s'assurer que les participants aux ateliers étaient en mesure de fixer leur réflexion sur la stratégie et sur les éléments qu'elle devait intégrer, plutôt que sur des enjeux plus généraux pouvant être soulevés.

Les ateliers d'évaluation d'impact sur la santé réunissant les parties prenantes

La majorité des ateliers d'étude rapide se déroulèrent sur une demi-journée, seule l'EIS du Plan de Londres nécessita un jour complet. Le format des ateliers était le suivant : une présentation de la stratégie et des principaux objectifs des politiques conçue à partir du résumé de l'équipe de développement de la stratégie ; un court exposé portant sur les bases factuelles et les preuves pertinentes de la stratégie ; des travaux en groupes restreints ; une réunion de restitution et de commentaires. Les EIS subséquentes consacrèrent plus de temps aux travaux en groupes réduits, offrant peu de temps à l'inverse aux présentations initiales qui ne servirent qu'à rappeler les principales découvertes de la phase d'examen de la stratégie et des preuves pertinentes.

À la suite des présentations, les participants pouvaient choisir de collaborer à des ateliers animés dont la fonction était d'étudier des éléments spécifiques de la stratégie. Lors des premières EIS, on incita l'animateur à faire usage d'un questionnaire, dont les questions se déclinaient ainsi :

- Quels déterminants de la santé risquent d'être touchés par la stratégie ?
- De quelle façon la mise en place de la stratégie peut-elle modifier les déterminants de la santé ?
- Comment les changements augurés vont-ils, le cas échéant, influencer sur la santé de la population ?
- Quels pourraient être les résultats sur le plan de la santé ?
- Quelle serait votre recommandation pour ce secteur ?

Le processus d'évaluation d'impact sur la santé prenant de l'ampleur, il devint notoire que l'efficacité des discussions augmentait lorsque les questions

étaient adaptées à chaque thème, mettant ainsi l'accent sur les inégalités sanitaires.

Il était important de faire appel à des animateurs expérimentés et adéquatement formés pour orienter les discussions des groupes restreints. Des difficultés surgissaient en effet dans la dynamique de « domination » au sein des ateliers et il fallut s'assurer que tous les participants pouvaient s'exprimer.

Les participants disposaient de 90 minutes pour répondre au questionnaire ou faire les exercices et dégager les principaux points qui seraient évoqués au moment de la restitution. Il y avait pour chaque groupe un secrétaire qui rédigeait le procès-verbal de la rencontre. Au terme de l'atelier, l'animateur était responsable de rendre compte de l'essentiel des débats en session plénière, celle-ci étant présidée par un membre de l'exécutif de la London Health Commission.

Le rapport d'évaluation d'impact sur la santé

Un consultant externe assistait à l'atelier et rédigeait un rapport comprenant les notes des procès-verbaux des groupes restreints, les restitutions et les commentaires sur les recommandations, de même que le contenu des documents de base et des preuves pertinentes. Les recommandations étaient formulées à partir des discussions des ateliers et, pour autant qu'il y en ait, les preuves pertinentes étaient recensées dans le rapport. Le projet de rapport était ensuite distribué à tous les participants qui étaient conviés à le commenter. Leurs remarques ont été intégrées dans le rapport avant que celui-ci soit déposé à la London Health Commission où son contenu faisait l'objet d'un débat, avant sa ratification. Le rapport était ensuite soumis au maire, à l'assemblée et à l'équipe de développement de la stratégie.

L'intégration de l'évaluation d'impact sur la santé au sein de la stratégie

Lorsque cela était possible, les recommandations étaient enchâssées dans l'ébauche de stratégie avant qu'elle soit présentée en consultation publique. L'équipe de développement de la stratégie devait communiquer à la London Health Commission la liste des recommandations qui feraient partie de la stratégie, ainsi que les raisons pour lesquelles certai-

nes avaient été écartées. Ce dialogue constant entre l'équipe de développement de la stratégie et la London Health Commission était garant de la place prépondérante de la santé dans l'élaboration du projet. Après qu'on eut procédé à l'examen des neuf stratégies, une étude fut menée sur les liens mis à jour entre elles.

■ LES RÉSULTATS DE LA DÉMARCHÉ

L'évaluation d'impact sur la santé de chacune des stratégies de la mairie

Bien que certaines des premières ébauches de stratégies aient été porteuses d'éléments liés à la santé, celle-ci n'y était pas prioritaire. Il était important de conduire des études d'impact sur la santé, à la fois pour s'assurer que les stratégies prennent en compte les effets sur la santé et pour faire en sorte d'attirer l'attention des membres de l'Autorité du Grand Londres sur la santé et ses facteurs déterminants. Parmi les deux premières stratégies mises en œuvre, celle sur la politique économique ne démontrait pas un souci particulier pour la santé. La stratégie à l'égard des transports soulignait la pollution atmosphérique (Mayor of London, 2001). On y mentionnait brièvement des moyens de transport tels que la marche et le vélo. Grâce à l'EIS, ces éléments ont occupé une plus grande place dans les versions suivantes (London Health Commission, 2001 ; Mindell et autres, 2004b).

Au demeurant, la santé gagna sa place au cœur de ces deux stratégies à la suite des évaluations d'impact sur la santé (London Health Commission, 2001 ; London Health Commission et Environment Committee of the Assembly, 2001). Comme conséquence des EIS, certaines des recommandations de la stratégie économique s'énuméraient comme suit :

- La promotion de la santé des Londoniens fait dorénavant partie des objectifs ;
- Les liens entre le développement économique et la santé sont reconnus ;
- Une définition ouverte de la santé est retenue dans le cadre de la stratégie ;
- L'inclusion et le renouvellement de toutes les com-

munautés londoniennes devient un des objectifs révisés;

- La version définitive de la stratégie engage la London Development Agency à subventionner les petits déjeuners dans les écoles, dans le cadre d'une politique d'encouragement à une saine alimentation.

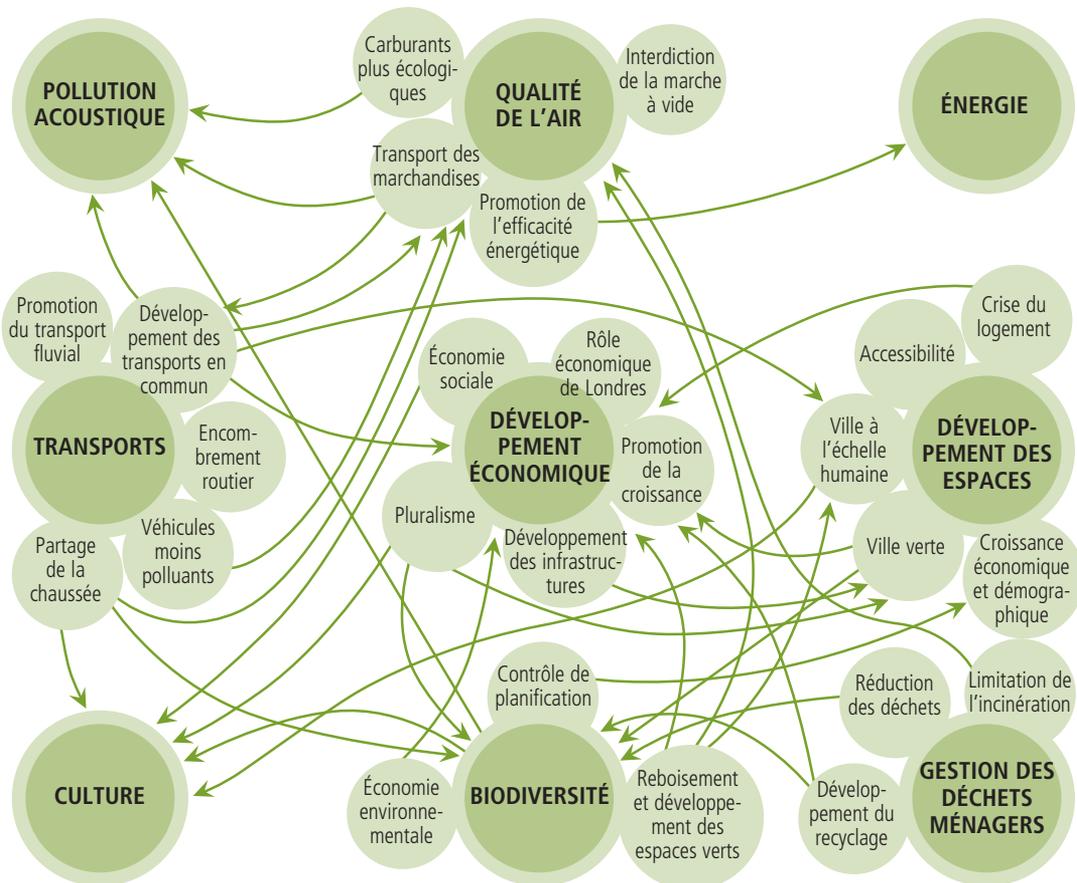
L'emploi des évaluations d'impact sur la santé pour établir des thématiques interreliées

Les principaux messages retenus de toutes les EIS furent récapitulés (Mountford, 2003). L'étude des résultats des EIS pour les neuf premières stratégies mit en évidence un grand nombre de chevauchements. Plusieurs recommandations des EIS pour une stratégie bénéficiaient également aux autres, alors que certains aspects des stratégies entraient en conflit. Les figures 1 et 2 démontrent ces empiètements. Les neuf premières stratégies sont indiquées en lettres

capitales. Les cercles les entourant représentent les recommandations à propos de la santé. Dans la première illustration, les recommandations d'une stratégie contribuant aux objectifs poursuivis par une autre sont indiquées par des flèches vertes. Dans la seconde illustration, les flèches noires soulignent les domaines pour lesquels les recommandations d'une stratégie sont antagonistes avec les objectifs d'une autre.

La politique de gestion des déchets est un bon exemple de synergie entre les stratégies. Le projet de privilégier le recyclage pour réduire l'enfouissement et l'incinération appuyait les objectifs de la stratégie pour la biodiversité. De façon similaire, le transport des déchets par bateau plutôt que par camion, en plus d'améliorer la qualité de l'air et la fluidité du réseau routier, diminuait le niveau sonore ambiant, ce qui corroborait les objectifs de trois autres stratégies.

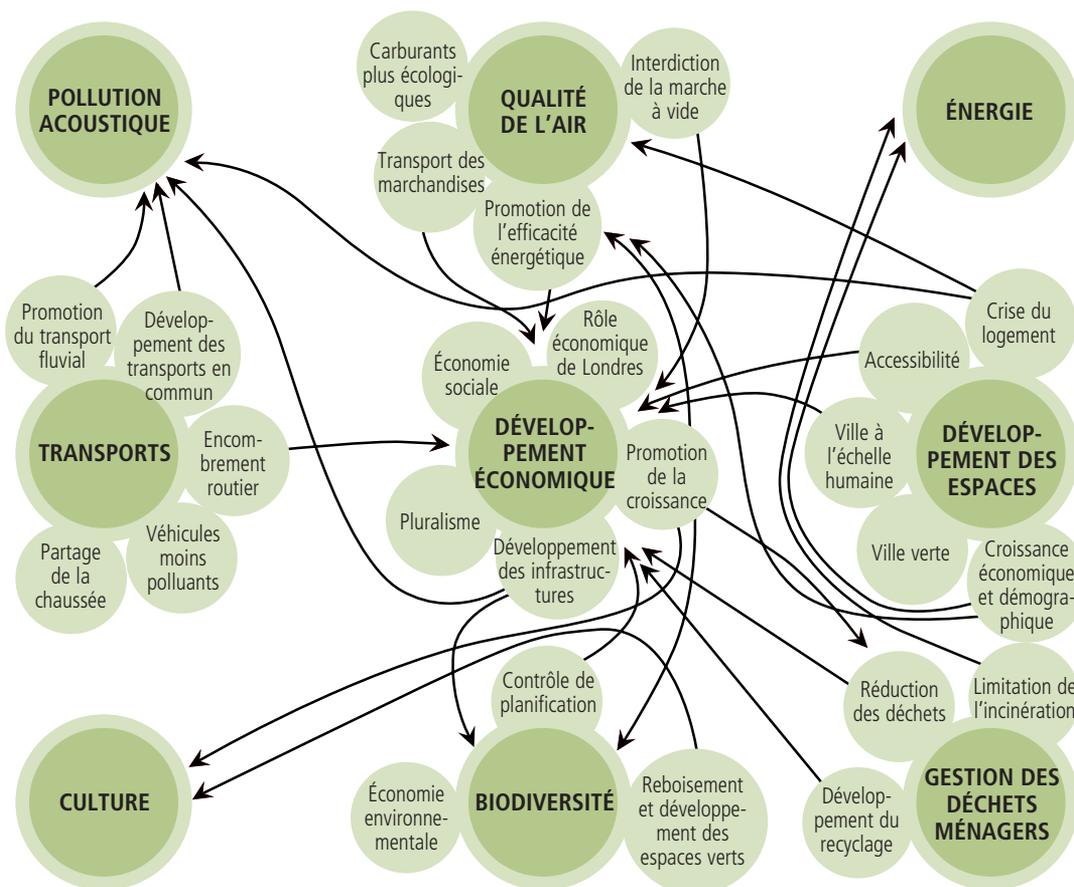
FIGURE 1 : LES SYNERGIES



En revanche, les EIS indiquèrent des domaines dans lesquels les objectifs d'une stratégie pouvaient contrarier ceux d'une autre stratégie (figure 2). La promotion de la croissance économique pouvait par exemple rendre difficile l'atteinte de cibles des stratégies visant à réduire les déchets ou à préserver la biodiversité. Inversement, les propositions pour une meilleure efficacité énergétique des stratégies sur la

qualité de l'air et sur la consommation d'énergie pouvaient potentiellement la ralentir. Bien que les déplacements par voie fluviale promettaient de réduire la pollution acoustique dans une grande partie de Londres, l'augmentation du trafic sur la Tamise pouvait augmenter la pollution acoustique dans d'autres quartiers de la ville.

FIGURE 2 : LES CONFLITS



L'intégration des évaluations d'impact sur la santé

Cette approche des EIS consolida l'interdisciplinarité des relations de travail, accrût la visibilité de la santé dans les politiques régionales et offrit l'occasion d'intégrer différents types d'évaluation d'impact. Actuellement, les stratégies font l'objet d'évaluations diverses, dont l'évaluation de la durabilité (ED),

l'évaluation stratégique environnementale (ESE) et l'évaluation d'impact sur l'égalité des chances (EIE). En raison des chevauchements dans les méthodes et les résultats de ces évaluations, on met au point actuellement une méthode d'évaluation intégrée des impacts (EII) qui rassemble la santé, la durabilité et l'égalité des chances. Comme les ED, les ESE et les EIE sont toutes obligatoires, la méthodologie de leurs applications fait l'objet d'un encadrement gouvernemental.

La méthode de l'EII respecte les critères obligatoires des ED, des ESE et des EIE et reprend les éléments clefs de la méthode d'EIS décrite dans le présent article. Les stipulations liées à la santé comprennent :

- un représentant de la santé impliqué à toutes les étapes de l'évaluation ;
- une étude de la documentation portant sur les preuves pertinentes ;
- les principaux résultats de l'évaluation initiale testés en atelier et les suggestions de l'atelier jointes à l'évaluation ;
- un rapport exhaustif sur les données de l'évaluation lié à la santé.

La méthode d'EII a fait l'objet de nombreuses expérimentations dans le cadre des stratégies londoniennes. La première concernait des modifications supplémentaires au plan des espaces de Londres, désormais complété (Mayor of London, 2007a). La méthode est employée actuellement dans le cadre du projet Londres s'enrichit – ébauche de stratégie pour l'intégration des réfugiés (Mayor of London, 2007b) – et de la stratégie de Londres pour l'égalité des chances sur le plan de la santé (Mayor of London, 2007c).

La modélisation de l'EII est au stade du développement et évolue au fur et à mesure de son utilisation dans différents contextes. L'économie des ressources et la familiarité accrue des parties impliquées avec les enjeux et les préoccupations des autres secteurs font partie des avantages de l'intégration de la santé aux processus d'ED et d'ESE. Les méthodes d'EIS et d'EII sont toutes deux opérationnelles aujourd'hui. Le choix de la méthode la plus susceptible de faire avancer la cause de la santé s'effectue au moment de l'échantillonnage, partie intégrante du processus.

■ LES RÉFLEXIONS SUR LA DÉMARCHE LONDONNIENNE

La démarche visant à s'assurer que les impacts potentiels sur la santé sont pris en compte dans les processus législatif et réglementaire de la municipalité a permis d'inscrire les préoccupations sanitaires dans les travaux de l'Autorité du Grand Londres. En

plus de la saisie des recommandations des instances de santé publique et de la documentation sur les preuves pertinentes lors de la rédaction des stratégies municipales, le processus d'EIS a permis de hausser le niveau de compréhension des déterminants de la santé, de l'incidence des décisions des gouvernements régionaux sur la santé et sur l'égalité des chances sur le plan de la santé et des façons d'intégrer la santé dans les stratégies.

Un objectif complémentaire de l'EIS est la mise en exergue du rôle que jouent les politiques des divers départements et leurs effets sur les déterminants de la santé de la population (Joffe et Mindell, 2005 ; Den Broeder, Penris et Put, 2003 ; Wismar et autres, 2007). La priorité de la santé dans les plus récentes stratégies municipales indique que cet objectif est atteint, comme le démontrent certaines analyses (Cole et Fielding, 2007 ; Harris et autres, 2007).

Le processus d'EIS a évolué au fur et à mesure que les évaluations ont été conduites. Des changements ont particulièrement été apportés au déroulement des ateliers. Dans les EIS ultérieures, nous l'avons souligné, on consacra moins de temps aux présentations et aux procédures de l'EIS, au profit des sessions en groupes réduits. Cette transition a été favorisée par la fréquentation assidue de plusieurs intervenants du secteur public et la proportion grandissante de participants dotés d'une expérience des EIS. Le groupe d'orientation comprenait la nécessité récurrente d'étudier la technique de collecte des renseignements et l'utilisation de ces données (Mindell et autres, 2004a), compte tenu des éventuels procès qu'allait devoir subir le processus devant les tribunaux. Cette question fait encore l'objet de maints débats, notamment les tensions entre les participants et les « experts » (Wright, Parry et Mathers, 2005) et plusieurs documents y font allusion (Joffe et Mindell, 2002 ; Mindell et autres, 2001 ; Parry et Stevens, 2001).

À ses débuts en 2000 et 2001, le processus d'évaluation rapide mis de l'avant par les autorités de Londres pour déterminer les impacts sur la santé des politiques stratégiques régionales était novateur. À l'époque, la plupart des évaluations d'impact examinaient les projets ou les programmes (Health Development Agency, 2007). En parallèle, des méthodologies pour la tenue d'ateliers d'évaluation rapide étaient mises

en place pour les études de projets locaux et, parfois, pour la révision de certaines politiques. Le modèle a été perfectionné, il est devenu habituel et le groupe d'orientation, de plus en plus confiant dans la maturité du procédé, cherche aujourd'hui des façons plus créatives d'optimiser la nature participative des EIS (c'est le cas de la stratégie pour la culture) (London Health Commission, 2003c).

Avec le temps, le fait, de plus en plus évident, que les EIS seraient intrinsèques de la définition des stratégies et des procédures de consultations, ainsi que la connaissance accrue des déterminants de la santé qui en résultait, a convaincu les directions stratégiques de l'Autorité du Grand Londres d'intégrer les considérations liées aux déterminants de la santé dès la conception des stratégies. Plusieurs rapports d'EIS ont souligné l'apport scientifique des praticiens en santé publique aux EIS et, par voie de conséquence, aux connaissances interdisciplinaires, même pour les stratégies de « haut niveau », et bien que les « notions scientifiques » soient quelquefois réduites à des résumés ne permettant pas de quantifier les impacts potentiels sur la santé (Douglas et autres, 2001 ; Stevenson, Banwell et Pink, 2007). Il a été démontré dans cet article que les EIS peuvent avoir une influence sur la prise de décision (Mindell et autres, 2004b), mais d'autres l'ont également spécifié (Den Broeder, Penris et Put, 2003 ; Davenport, Mothers et Parry, 2006). Si certains doutent de la capacité des EIS d'influer sur les prises de décision (Davenport, Mothers et Parry, 2006), la réalité de l'effet des EIS sur les stratégies a été prouvée par une évaluation externe indépendante (London Health Commission, 2003c).

Dans la stratégie de la municipalité londonienne, l'étude des preuves pertinentes a représenté un atout décisif qui a fortement impressionné les services, toutes disciplines confondues. Il apparaît donc fondamental de rassembler et d'évaluer les preuves pertinentes des effets potentiels sur la santé (Den Broeder, Penris et Put, 2003 ; Davenport, Mothers et Parry, 2006 ; Thomson, Petticrew et Douglas, 2003). Le fait que l'interprétation des données scientifiques relève du jugement de chacun ne signifie en rien que les données elles-mêmes ou leurs conclusions soient erronées. L'étude des bases factuelles a été jugée très utile par les équipes de développement. À titre d'exemple, quand l'ébauche du Plan de Londres a commencé,

des membres de l'équipe de la stratégie ont travaillé de concert avec des spécialistes de la santé publique pour s'assurer que la santé était au cœur de la stratégie avant même que l'EIS soit menée. Ainsi, les participants aux ateliers ont accueilli favorablement les préoccupations pour la santé déjà présentes dans l'ébauche de la stratégie. Cette réalité reflète les conclusions de Den Broeder et de ses collègues (2003) qui considéraient que les EIS permettaient au processus de se mouvoir de l'étape des preuves épidémiologiques à l'étape de l'inflexion des politiques pour une amélioration des conditions de santé.

L'examen des neuf premières EIS sur les politiques régionales a montré que les préconisations des EIS ont un effet synergique et secondent les améliorations sur le plan de la santé d'un bout à l'autre de la mise en œuvre des politiques. Mais elles peuvent également engendrer des conflits. Une EIS de haut niveau sur la politique de l'habitation aux Pays-Bas a révélé des effets similaires qui transcendaient les limites des départements et pouvaient avoir des incidences sur la santé. L'identification des synergies a souvent été utile aux bâtisseurs de stratégies, en les encourageant à nouer des liens entre les stratégies qui, autrement, auraient été vécues en relative autarcie. Ainsi, malgré l'existence manifeste de concordances entre la gestion des déchets et la promotion de la biodiversité, les synergies entre les stratégies pour les transports, pour la qualité de l'environnement sonore et pour la gestion des rebuts ne sont apparues distinctement qu'après avoir été démontrées par les EIS. Ce repérage des synergies permet sans doute de réaliser des économies de ressources lors de la mise en œuvre des politiques. Cet avantage mériterait une étude plus approfondie.

Dans le même ordre d'idées, certains conflits entre ces évaluations d'impact ont surgi au moment même de la tenue des EIS. Bien qu'il soit presque impossible d'éviter complètement ces conflits, leur connaissance permet de mieux les comprendre et fournit l'occasion de modérer leur nocivité. Il est important de poser des diagnostics clairs sur les possibles interférences entravant les objectifs de certaines actions ou stratégies. Bien que de plus vastes études soient nécessaires, il est de l'avis des auteurs de cet article que les EIS ont prouvé leur utilité dans le dépistage de tels conflits ou de telles synergies. Le processus des EIS rend les

prises de décision en matière de santé plus transparentes. Cole et Fielding ont récemment fait remarquer l'importance des EIS en tant que méthode de vérification dans le cadre de l'examen d'impact sur la santé d'une proposition (Cole et Fielding, 2007). Il a également été démontré que cette méthode permet une communication fluide entre les différentes stratégies d'élaboration de politiques. Il faudrait maintenant entreprendre une étude visant à trouver des manières d'incorporer les thématiques issues de l'analyse de la mise en œuvre des politiques et de l'approche des EIS.

L'Autorité du Grand Londres a financé une évaluation externe de la démarche (Opinion Leader Research, 2003). Celle-ci a démontré que le processus entraîne des modifications concrètes de la stratégie par rapport à son orientation de départ sur le plan de la santé et de ses déterminants. La même constatation a été faite lors de l'évaluation d'impact (Mindell, Ison et Joffe, 2003) de la toute première stratégie – dans le domaine des transports (Mindell et autres, 2004b).

L'inclusion des EIS dans le cadre même de la préparation des stratégies a eu d'autres avantages. Elle a offert au maire un mécanisme transparent lui permettant de remplir ses engagements et ses obligations de faire de la santé une des pierres angulaires de son mandat. Elle a grandement participé à la sensibilisation de nombreux représentants de l'Autorité du Grand Londres aux questions de santé et à ses facteurs déterminants. Elle les a conscientisés sur leur pouvoir d'influer sur ceux-ci et sur les synergies et les conflits potentiels. Les EIS ont également été vantées pour leur capacité à générer une approche multidisciplinaire et à multiplier les échanges entre les services (Heath, 2007).

Cet entendement croissant de la santé a permis la création de la méthode d'évaluation intégrée des impacts et le balisage des complémentarités et des

chevauchements existants entre les différents processus d'évaluation (Harris et autres, 2007). La méthode d'EII est certes encore à l'étape de l'expérimentation, mais nous croyons qu'elle ne remplacera pas les EIS. Aujourd'hui, le choix entre les deux méthodes d'évaluation s'opère à l'étape de l'échantillonnage. Il faudra évaluer plus précisément les retombées des EII pour étalonner sa capacité à documenter la définition des politiques et pour mesurer les avantages et les inconvénients de cette approche par opposition à celle des EIS. Il faudra également déterminer les circonstances qui favorisent l'emploi d'une méthode au détriment de l'autre dans la recherche de la meilleure efficacité.

En 2007, une loi a étendu les pouvoirs du maire et de l'Autorité du Grand Londres. Elle leur accorde des pouvoirs élargis ou additionnels dans les domaines de l'habitation, de l'éducation, de la planification municipale, de la gestion des déchets, de la culture, du sport, des changements climatiques et de l'égalité des chances sur le plan de la santé (Department of Communities and Local Government, 2006). Étant donné que dans tous ces domaines, les politiques ont des effets sur la santé, que les EIS sont dorénavant comprises dans les dispositifs stratégiques de l'Autorité du Grand Londres et qu'elles se fondent dans d'autres outils d'évaluation sous la forme des EII, les EIS et les EII semblent en bonne voie de conserver leur vitalité dans le cadre du développement stratégique.

Dans le monde, des pouvoirs publics, locaux ou non (Conseil de district de Toronto, Centre des cités du monde de l'Organisation mondiale de la Santé, ministère de la Santé du Mexique...) s'intéressent de près à l'expérience londonienne d'intégration des évaluations d'impact sur la santé au développement des stratégies régionales.

BIBLIOGRAPHIE

- Cole, B. L. et J. E. Fielding (2007). «Health Impact Assessment: A Tool to Help Policy Makers Understand Health beyond Health Care», *Annual Review of Public Health*, vol. 28, p. 393-412.
- Curtis, K. et H. Roberts (2003). *Children and Health: Making the Links*, Londres, London Health Commission, www.londonhealth.gov.uk/PDF/Childrenandhealth.pdf (page consultée le 10 septembre 2007).
- Davenport, C., J. Mothers et J. Parry (2006). «Use of Health Impact Assessment in Incorporating Health Considerations in Decision Making», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, n° 3, p. 196-201.

- Den Broeder, L., M. Penris et G. V. Put (2003). «Soft Data, Hard Effects. Strategies for Effective Policy on Health Impact Assessment: An Example from the Netherlands», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 404-407.
- Department of Communities and Local Government (2006). *The Greater London Authority (GLA) Bill*, Londres, Department of Communities and Local Government, www.communities.gov.uk/citiesandregions/regional/greaterlondonauthority (page consultée le 10 septembre 2007).
- Douglas, M. J. et autres (2001). «Developing Principles for Health Impact Assessment», *Journal of Public Health Medicine*, vol. 23, n° 2, p. 148-154.
- Harris, P. J. et autres (2007). «Health Impact Assessment and Urbanisation: Lessons from the NSW HIA Project», *NSW Public Health Bulletin*, vol. 18, n° 10, p. 198-201.
- Health Development Agency (2007). *HIA Gateway*, www.hiagateway.org.uk/page.aspx?o=hiagateway (page consultée le 10 septembre 2007).
- Heath, L. (2007). «Health Impact Assessment as a Framework for Evaluation of Local Complex Projects», *Community Practitioner*, vol. 80, n° 7, p. 30-34.
- Ison, E. (2002). *Rapid Appraisal Tool for Health Impact Assessment in the Context of Participatory Stakeholder Workshops*, Commissioned by the Directors of Public Health of Berkshire, Buckinghamshire, Northamptonshire and Oxfordshire, Londres, Faculty of Public Health Medicine, www.fph.org.uk/resources/AtoZ/default.asp#H (page consultée le 10 septembre 2007).
- Joffe, M. (2003). «How Do We Make Health Impact Assessment Fit for Purpose?», *Public Health*, vol. 117, n° 5, p. 301-304.
- Joffe, M. et J. Mindell (2005). «Health Impact Assessment», *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 62, p. 907-912.
- Joffe, M. et J. Mindell (2002). «A Framework for the Evidence Base to Support Health Impact Assessment», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, p. 132-138.
- Lock, K. (2000). «Health Impact Assessment», *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1395-1398.
- London Health Commission (2003a). *Culture and Health. Making the Links*, Londres, London Health Commission, www.londonhealth.gov.uk/pdf/cultandh.pdf (page consultée le 10 septembre 2007).
- London Health Commission (2003b). *Noise and Health. Making the Links*, Londres, London Health Commission, www.londonhealth.gov.uk/pdf/noise_links.pdf (page consultée le 10 septembre 2007).
- London Health Commission (2003c). *Health Impact Assessment – Draft Culture Strategy*, Londres, London Health Commission, www.londonhealth.gov.uk/pdf/cult_hia.pdf (page consultée le 17 septembre 2007).
- London Health Commission (2001). *A Report of a Health Impact Assessment of the Mayor's Draft Transport Strategy*, Londres, London Health Commission, www.londonhealth.gov.uk/pdf/transprt.pdf (page consultée le 10 septembre 2007).
- London Health Commission et Environment Committee of the Assembly (2001). *Health Impact Assessment – Draft Economic Development Strategy*, Londres, London Health Commission, www.londonhealth.gov.uk/pdf/ecdev.pdf (page consultée le 10 septembre 2007).
- Mayor of London (2007a). *Draft Further Alterations to the London Plan*, Londres, GLA, www.london.gov.uk/mayor/strategies/sds/further-alt/sdocs.jsp (page consultée le 10 septembre 2007).
- Mayor of London (2007b). *London Enriched: the Mayor's Draft Strategy for Refugee Integration in London*, Londres, GLA, www.london.gov.uk/mayor/equalities/immigration/strategy.jsp (page consultée le 10 septembre 2007).
- Mayor of London (2007c). *Health Inequalities Strategy*, Londres, GLA, www.london.gov.uk/mayor/health/strategy/index.jsp (page consultée le 10 septembre 2007).
- Mayor of London (2003). *Draft Children and Young People's Strategy*, Londres, GLA, www.london.gov.uk/approot/mayor/strategies/children/index.jsp (page consultée le 10 septembre 2007).
- Mayor of London (2002a). *Draft Waste Strategy*, Londres, GLA, www.london.gov.uk/approot/mayor/strategies/waste/index.jsp (page consultée le 10 septembre 2007).
- Mayor of London (2002b). *Draft London Plan: Spatial Development Strategy*, Londres, GLA, www.london.gov.uk/approot/mayor/strategies/sds/index.jsp (page consultée le 10 septembre 2007).

- Mayor of London (2001). *Transport Strategy*, Londres, GLA, www.london.gov.uk/aproot/mayor/strategies/transport/index.jsp (page consultée le 10 septembre 2007).
- McKeown, T. (1979). *The Role of Medicine*, Oxford, Basil Blackwell.
- Mindell, J., E. Ison et M. Joffe (2003). « A Glossary for Health Impact Assessment », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, p. 647-651.
- Mindell, J. et autres (2004a). « Enhancing the Evidence Base for Health Impact Assessment », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, p. 546-551.
- Mindell, J. et autres (2004b). « Health Impact Assessment as an Agent of Policy Change: Improving the Health Impacts of the Mayor of London's Draft Transport Strategy », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, p. 169-174.
- Mindell, J. et autres (2001). « What Do We Need for Robust, Quantitative Health Impact Assessment? », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 23, n° 3, p. 173-178.
- Mountford, L. (2003). *Key Messages from Health Impact Assessments on the Mayor of London's Draft Strategies*, Londres, London Health Commission, www.londonhealth.gov.uk/pdf/keyhia.pdf (page consultée le 10 septembre 2007).
- Office of Public Sector Information (1999). *Greater London Authority Act 1999*, www.opsi.gov.uk/acts/acts1999/19990029.htm (page consultée le 10 septembre 2007).
- Opinion Leader Research (2003). *Evaluation of the Health Impact Assessments on the Draft Mayoral Strategies for London*, Londres, London Health Commission.
- Parry, J. et A. Stevens (2001). « Prospective Health Impact Assessment: Pitfalls, Problems and Possible Ways Forward », *BMJ*, vol. 323, p. 1177-1182.
- Stansfeld, S. A. et autres (2001). *Rapid Review of Noise and Health for London*, Londres, St Bartholomew's and Royal London School of Medicine and Dentistry, University of London.
- Stevenson, A., K. Banwell et R. Pink (2007). « Greater Christchurch Urban Development Strategy 2005 », *NSW Public Health Bulletin*, vol. 18, n° 10, p. 182-184.
- The Lancet (2004). « The Catastrophic Failures of Public Health », *The Lancet*, n° 363, p. 745.
- Thomson, H., M. Petticrew et M. Douglas (2003). « Health Impact Assessment of Housing Improvements: Incorporating Research Evidence », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, p. 11-16.
- Watkiss, B. et autres (2000). *On the Move: Informing Transport Health Impact Assessment in London*, Londres, NHS Executive London.
- Wismar, M. et autres (dir.). (2007). *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and Limitations of Supporting Decision-making in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, www.euro.who.int/document/E90794.pdf (page consultée le 14 février 2008).
- Wright, J., J. Parry et J. Mathers (2005). « Participation in Health Impact Assessment: Objectives, Methods, and Core Values », *Bulletin of World Health Organization*, vol. 83, n° 1, p. 58-63.

Entre initiatives locales et contraintes législatives, l'émergence comparée des études d'impact sur la santé en France et au Danemark¹

Par **Carole Clavier**, postdoctorante à la Chaire Approches communautaires et inégalités de santé, GRIS-Université de Montréal • caroleclavier@yahoo.fr

Les conditions de l'émergence du recours aux études d'impact sur la santé (EIS) sont appréhendées de plusieurs manières dans la littérature. Certaines analyses s'attachent d'abord à distinguer les influences théoriques et méthodologiques des EIS. Celles-ci s'inscrivent dans la continuité des études d'impact environnemental (EIE) ou encore, selon John Kemm, dans la continuité du mouvement des politiques publiques favorables à la santé (Kemm, 2001). La littérature attribue ensuite le développement des EIS, d'une part à leur usage croissant comme instruments d'aide à la décision politique aux Pays-Bas, au Canada, en Suisse ou au Royaume-Uni et, d'autre part, à l'action, sinon concertée, du moins simultanée, d'organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'Union Européenne ou la Banque mondiale (Den Broeder, Penris et Put, 2003; Lock, 2000; Ritsatakis et autres, 2002; Simos, 2006; Wright, Parry et Scully, 2005).

De fait, les définitions des EIS les plus fréquemment évoquées sont celles du Centre européen pour la politique de santé (European Centre for Health Policy), rattaché au Bureau régional de l'Europe de l'OMS, et de la Commission européenne. Les travaux de

ces deux institutions ont contribué à la formulation d'une définition des EIS: un instrument de mesure (quantitatif et/ou qualitatif) des effets sur la santé des populations de projets ou de politiques qui n'ont pas pour objectif premier d'agir sur la santé. La démarche de l'EIS est souvent formalisée autour de cinq étapes, à savoir la sélection, la délimitation et la définition, l'analyse (plus ou moins approfondie selon les cas), les recommandations et l'aide à la décision, le suivi et l'évaluation. À ces étapes, le consensus de Gothenburg² associe des valeurs d'équité, de démocratie, de développement durable et d'éthique (Centre européen des politiques de santé, 1999).

Des principes homogènes, des formes variables

Au-delà d'une certaine homogénéité des principes, les EIS varient cependant selon les méthodes utilisées (plus ou moins participatives, plus ou moins systématiques), le niveau de mise en œuvre (projet ponctuel, projet de loi, politique publique) et les objectifs qui leur sont assignés (prédiction des effets sur la santé, aide à la décision, contribution à la résolution de problèmes, diffusion de préoccupations de santé publique dans d'autres secteurs ou réduction des inégalités de santé) (Frei et Casabianca, 2006; OMS, 2005; Veerman, Bekker et Mackenback, 2006). En fonction des traditions nationales, des acteurs et des institutions chargées de les mettre en œuvre ou encore des méthodes choisies, les EIS sont très diversement utilisés dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques.

¹ Ce travail a été réalisé au cours d'une thèse de doctorat au CRAPE-IEP de Rennes (Centre de recherche sur l'action politique en Europe, Institut d'études politiques) et à l'École nationale de la santé publique (Rennes).

² Il s'agit d'un document élaboré en 1999 à partir des travaux du Centre européen des politiques de santé (ECHP) de l'OMS dont l'objectif est de parvenir à une définition commune de l'EIS.

L'origine locale des études d'impact sur la santé en France et au Danemark

Les EIS et les formes qu'elles prennent sont donc façonnées par différentes influences théoriques et méthodologiques, par les acteurs qui en sont à l'initiative et par le contexte politique et institutionnel dans lequel elles sont mises en œuvre. Toutefois, ces différentes approches expliquent difficilement le recours aux EIS au palier local dans des pays qui, tels la France et le Danemark, n'en ont pas fait un instrument explicite de leurs politiques de santé. L'intérêt pour les EIS au niveau local en France et au Danemark est apparu dans un travail de thèse sur la convergence des politiques territoriales de santé publique dans ces deux pays (Clavier, 2007). Le choix des pays répondait à des critères d'analyse de la convergence : il s'agissait de comparer des politiques de santé publique proches par leurs objectifs et leur échelle, mais inscrites dans des contextes politiques et institutionnels contrastés.

La littérature recense peu de cas d'EIS dans chacun de ces pays. Pour le Danemark, l'étude menée par l'Observatoire européen des systèmes de santé a recensé deux EIS seulement entre 1994 et 2005. Notons, toutefois, que cette étude porte essentiellement sur les procédures nationales visant l'évaluation des effets sur la santé (Blau et autres, 2007). La France n'est pas incluse dans cette étude et aucune autre source ne recense d'EIS dans ce pays. Néanmoins, contredisant ce constat, et sans préjuger de l'existence possible d'autres EIS au palier national, notre travail sur les politiques locales de santé publique a fait ressortir l'existence de procédures plus ou moins techniques ou politiques visant à prendre en compte la santé dans l'ensemble des décisions d'un gouvernement local (ville, région ou comté) dans chacun de ces deux pays. Ce fut surtout le cas au Danemark, plus rarement en France.

L'objet de cet article est de comprendre les conditions d'émergence et d'utilisation des EIS dans l'action publique locale en France et au Danemark. Le terme d'émergence réfère à l'apparition et aux premières occurrences de l'utilisation de l'EIS, considérée comme un instrument d'action publique (Lascoumes et Le Galès, 2004) plus ou moins technique ou politique visant à mesurer les effets sur la santé de politiques d'autres secteurs de l'action publique.

La méthodologie

Le cadre d'analyse des conditions d'émergence des EIS proposé ici est construit autour du concept de transfert de politiques publiques. Ce concept désigne l'utilisation, dans un contexte particulier, de programmes ou d'instruments qui ont été développés dans d'autres contextes politiques ou institutionnels (Dolowitz et Marsh, 2000). L'hypothèse sous-jacente est celle selon laquelle le recours aux EIS dans les politiques locales résulte du transfert de pratiques visant à mesurer et à prendre en compte les effets sur la santé de différentes décisions et politiques publiques. Les transferts peuvent être le résultat de processus plus ou moins contraignants initiés par l'Union Européenne (Radaelli, 2005) ou par des organisations internationales (Banque mondiale, Fonds monétaire international ou OMS – Ogden, Walt et Lush, 2003 ; Turcotte, 2001). Ils peuvent aussi être volontaires ou à l'initiative de gouvernements ou d'acteurs locaux. Ils sont alors stimulés par des processus d'apprentissage et de mimétisme au niveau local (Stone, 1999), par la proximité des acteurs locaux aux raisonnements proposés dans les forums internationaux ou par des contraintes institutionnelles (Harrison, Moran et Wood, 2002).

Alors que la littérature analyse souvent les transferts du point de vue des organisations internationales ou des gouvernements, nous étudierons pour notre part le transfert d'EIS sous l'angle des acteurs locaux afin de cibler les facteurs qui les conduisent à y avoir recours. Nous envisagerons successivement la possibilité qu'il s'agisse de transferts contraints ou volontaires. Pour ce faire, nous interrogerons d'abord l'impact de contraintes législatives imposées par l'Union Européenne ou par les gouvernements centraux sur le recours aux EIS dans les politiques locales avant d'envisager des facteurs liés aux politiques locales ou à leurs acteurs. Nous démontrons ainsi que le recours aux EIS au palier local en France et au Danemark est plus le fait d'une stratégie de quelques acteurs concernés par le développement de politiques locales de santé publique (au sens de prévention et de promotion de la santé) que le résultat d'une injonction gouvernementale ou européenne ou d'une extension des principes des EIE.

La méthodologie dépend très largement de celle mise en œuvre dans la thèse susmentionnée. La

comparaison portait sur les politiques de santé de deux régions en France et de deux comtés au Danemark ainsi que sur celles de deux ou trois villes dans chacun de ces territoires où des responsables de programmes et des élus ont été rencontrés. Pour comprendre ces politiques territoriales, des rencontres ont également eu lieu avec des acteurs des politiques nationales de santé ainsi qu'avec des responsables d'associations nationales, en particulier des réseaux nationaux des Villes-Santé. Parmi les 90 entretiens réalisés dans le cadre de la thèse, 25 ont été utilisés ici.

En outre, nous avons procédé spécifiquement à une analyse de la littérature scientifique et de la littérature grise (rapports, évaluations, programmes d'intervention, etc.) pour identifier des EIS dans chacun des pays. Les documents examinés portaient sur les procédures visant explicitement à prendre en compte l'incidence sur la santé de décisions et de politiques ainsi que d'autres procédures d'études d'impact comportant un volet sanitaire. En France, nous avons également réalisé trois entretiens semi-directifs supplémentaires avec des acteurs impliqués dans des EIS ou qui cherchaient à en faire la promotion auprès de responsables politiques et administratifs.

Après avoir montré que le recours aux EIS ne résulte pas d'un transfert contraint par des obligations réglementaires (1^{re} partie), nous nous intéresserons aux facteurs explicatifs d'un transfert volontaire des EIS par quelques acteurs des politiques locales de santé en France et au Danemark, les EIS apparaissant comme un prolongement des politiques locales de santé (2^e partie). Nous concluons sur les enjeux du recours aux EIS dans les politiques locales de santé.

■ DES RECOMMANDATIONS AMBITIEUSES, MAIS DES OBLIGATIONS EUROPÉENNES ET NATIONALES LIMITÉES

Dans cette partie, nous montrons qu'il n'existe ni en France ni au Danemark, de décision réglementaire ou législative qui imposerait le recours aux EIS dans les politiques locales ou nationales. En effet, aucune

directive européenne ne vient donner force de loi aux recommandations émises par la Commission européenne en matière d'EIS. De plus, les législateurs des deux pays n'ont pas étendu les obligations d'analyser les effets sur la santé au-delà du cadre d'études d'impact de projet d'aménagement déjà réglementés.

Des recommandations européennes et nationales sans pouvoir contraignant

L'eupéanisation croissante de plusieurs domaines d'action publique, que ce soit par le transfert de compétences des États membres vers l'Union Européenne, par l'expansion des domaines d'intervention de la Commission européenne ou bien par la croissance des échanges entre les États membres, contribue à renforcer la capacité de l'Union à influencer différents déterminants de la santé (Koivusalo, 2006; Lock et McKee, 2005; Steffen, 2005). Des politiques telles que les politiques régionales, de transport ou du marché agricole commun ont un effet potentiel fort sur la santé des populations. En outre, l'article 152 du traité d'Amsterdam (1997), dans la continuité de l'article 129 du traité de Maastricht (1993), prévoit que les politiques et les interventions de l'Union doivent contribuer à « un niveau élevé de protection de la santé humaine ».

Malgré l'existence de cette base législative pour le développement des EIS, Lock et McKee (2005) soulignent la faiblesse des réalisations, qui ne vont guère au-delà du financement d'expérimentations, de la publication, par la Direction générale Santé et protection du consommateur (DG Sanco), d'un guide pratique relatif aux EIS destiné aux autres services de la Commission (DG Sanco, 2001) ou du financement, par la Direction générale Environnement, de guides pratiques réalisés par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS pour les villes du réseau des Villes-Santé (OMS, 2004³). De plus, aucune des EIS identifiées dans les deux pays et aucun des débats qui les entourent ne se revendiquent du traité d'Amsterdam. Ce qui traduit, à notre sens, le caractère

³ Le projet PHASE (*Promoting and supporting integrated approaches for health and sustainable development at the local level across Europe*) a donné lieu à la publication de guides explicitant le concept et les méthodes des EIS et proposant des argumentaires à destination des décideurs politiques et administratifs (OMS, 2004 et 2005).

national de la législation en matière de santé et le faible pouvoir de contrainte de l'Union Européenne.

Au Danemark, une étude de l'Institut national de santé publique (*Statens Institut for Folkesundhed*) réalisée pour le ministère de l'Intérieur et de la Santé recense les EIS existantes et souligne que le contexte européen est favorable au recours aux EIS. Adoptant une définition extensive des EIS, le rapport détaille les exemples de six EIS mises en œuvre par des ministères ou des instituts de recherche qui leur sont rattachés, sept mises en œuvre dans les comtés et quinze dans les villes pendant la période 2000-2004 (Bistrup, Kamper-Jørgensen, 2005, p. 101-168). Dans leur introduction, les auteurs du rapport lient explicitement les EIS aux incitations européennes, faisant référence à la fois à leur usage en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas ou en Suède et aux recommandations de l'OMS et de la Commission européenne depuis le milieu des années 1990 (Bistrup, Kamper-Jørgensen, 2005, p. 21). Deux éléments incitent toutefois à nuancer l'impact de ce contexte européen. Tout d'abord, les EIS apparaissent comme un outil ponctuel bien qu'elles s'appliquent à une diversité de projets et de domaines d'action publique. Elles concernent non seulement les conséquences socioéconomiques et sanitaires de l'usage de substances nocives, mais aussi la politique nationale de nutrition et d'activités physiques, les conditions d'accès à une école ou encore une estimation des gains de la prévention des arrêts maladies au niveau national.

Il n'existe pas, ensuite, d'obligation législative ou réglementaire de réaliser des EIS. Le principal engagement gouvernemental vise à considérer la santé au-delà des limites des responsabilités de l'administration sectorielle (le ministère de l'Intérieur et de la Santé et le Conseil national de santé – *Sundhedsstyrelsen* – au niveau gouvernemental). Cependant, ces efforts restent encore largement de l'ordre du discours. Douze ministères ont signé le programme national de santé publique *Sund Hele Livet* (La santé tout au long de la vie). Si ces ministères sont susceptibles de participer à des actions initiées par les administrations de la santé, leur signature ne semble pas mener à l'adoption d'EIS lors de la préparation de leurs propres politiques. Selon un consultant du ministère de l'Intérieur et de la Santé, qui a participé à l'élaboration des trois programmes de santé successifs des gouvernements

danois (1989, 1998 et 2001), la cosignature du programme a eu peu d'effet sur la coopération entre les ministères, mais elle a contribué à la mise à l'ordre du jour de la santé publique.

Rappelons qu'en France il n'existe pas non plus de réglementation nationale concernant les EIS. Tout comme au Danemark, le principal engagement des institutions responsables de la politique de santé publique vise la prise en compte des liens entre la santé et d'autres domaines de l'action publique. Un rapport du Haut Comité de santé publique publié en 1992 présente pour la première fois dans un document public les différents déterminants de la santé et préconise une approche intersectorielle des programmes de santé (Haut Comité de santé publique, 1992). C'est ce que l'on retrouve dans certains programmes nationaux (par exemple, le programme nutrition santé), mais aussi dans les programmes régionaux de santé institutionnalisés par les ordonnances d'avril 1996 et modifiés par la loi de santé publique d'août 2004.

Bien qu'il s'agisse d'une politique coordonnée par les administrations de l'État, ces programmes régionaux sont des plus intéressants parce qu'ils sont mis en œuvre sur le territoire régional et parce qu'il s'agit d'une politique partenariale et transversale. En plus des administrations de l'État et de l'assurance maladie, les collectivités locales (région, département) et des associations peuvent être amenées à y contribuer. Par exemple, le programme régional de santé des enfants et des jeunes en Nord-Pas-de-Calais associe des représentants d'administrations de l'État dans les domaines social, de la santé, de l'éducation et des sports, des représentants des services de protection maternelle et infantile des Conseils généraux ainsi que des représentants d'associations de soutien aux jeunes en difficulté.

Il en va de même dans les villes qui se sont dotées d'une politique de santé. Cette dernière est alors souvent liée à la politique de la ville – une politique contractuelle entre l'État et les villes qui vise le développement économique et social et la lutte contre les exclusions dans des quartiers dits prioritaires – en particulier aux ateliers santé ville. Il s'agit d'un volet du contrat de ville qui permet de rassembler des acteurs institutionnels et associatifs pour élaborer un programme de santé dans les quartiers concernés

(Bertolotto et Joubert, 2004). Toutefois, les politiques ainsi définies relèvent de la responsabilité du secteur de la santé et, à la différence des EIS, elles n'ont pas pour objet de documenter les décisions prises dans le cadre d'autres politiques publiques.

Des études d'impact sur l'environnement aux études d'impact sur la santé : un effet d'entraînement limité

La réglementation européenne, point commun entre les législations française et danoise, ne comporte pas de mesure contraignante relative aux EIS, mais elle impose la réalisation d'EIE et, plus récemment, d'évaluations environnementales stratégiques. Ces obligations découlent d'une directive de 1985, modifiée en 1997, et de la convention d'Espoo de 1991 (Lock et McKee, 2005; Wright, Parry et Scully, 2005). La place accordée à la santé dans ces procédures semble plus importante en France qu'elle ne l'est au Danemark.

Au Danemark, les EIE ont lieu à trois niveaux distincts. Depuis 1993, les propositions de lois soumises au *Folketing* (le Parlement danois) doivent faire l'objet d'une évaluation de leurs conséquences sur l'environnement. La loi sur l'aménagement du territoire (révisée en 2002) et la loi de 2004 relative aux effets sur l'environnement des plans et des programmes⁴ imposent respectivement des EIE pour des activités ou des projets d'installations (il s'agit de prévenir les effets négatifs de ces projets sur l'environnement) et pour des procédures nationales ou locales d'aménagement du territoire. Dès 1989, les comtés avaient l'obligation de réaliser des EIE de leurs mesures d'aménagement du territoire régional – obligation résultant de la directive européenne de 1985 mentionnée ci-dessus. Bien qu'il soit précisé dans la législation que ces études d'impact peuvent concerner les effets sur la santé et la sécurité de la population, cette dimension est, en pratique, très

souvent absente des EIE (Bistrup, Kamper-Jørgensen, 2005, p. 70).

Alors qu'il semble impossible de repérer un effet d'entraînement entre l'évaluation d'impact sur l'environnement et celle sur la santé au Danemark, l'émergence des premières EIS en France procède très directement des EIE. L'article 19 de la loi de 1996⁵ sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie stipule que les études d'impact de projets d'aménagement ou d'installations classées pour la protection de l'environnement comprennent une analyse de leurs effets sur la santé. Cette disposition législative s'inscrit dans la continuité de deux lois de juillet 1976 qui prévoyaient des EIE pour certains projets, tels l'installation d'une entreprise agricole ou industrielle ou un projet routier (Legeas, 2003). Plus largement, elle renvoie aux origines environnementales des interventions de santé publique (Joffe et Sutcliffe, 1997; Lock, 2000).

La littérature met en évidence le fait que l'association d'EIE et d'EIS peut contribuer au développement de ces dernières dans la prise de décision politique (Wright, Parry et Scully, 2005). Toutefois, l'exemple français du volet sanitaire des études d'impact, dont la réalisation a été confiée aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales⁶ (DDASS), nous amène à souligner quelques limites à cet effet d'entraînement. Tout d'abord, le volet sanitaire des études d'impact participe d'une procédure très encadrée d'analyse des projets d'aménagement. Son objectif est de relever les effets positifs et négatifs, y compris sur la santé, pouvant résulter du fonctionnement normal des installations. En conséquence, le volet sanitaire des études d'impact concerne principalement un des déterminants de la santé, l'environnement agricole et industriel, et ses effets néfastes sur la santé par le biais de pollutions de l'air, de l'eau ou des sols. Les conséquences sur la santé

⁴ *Lov om planlægning*, 2002; *Lov om miljøvurdering af planer og programmer*, nr 316, 2004. Ces réglementations ne s'appliquent pas aux îles Færø (Feroe), ni au Grønland (Groenland).

⁵ Lois des 10 et 19 juillet 1976 relatives, respectivement, à la protection de l'environnement et de la nature et aux installations classées pour la protection de l'environnement.

⁶ Circulaires DGS n° 2001/185 du 11 avril 2001 relative à l'analyse des effets sur la santé dans les études d'impact et DGS/SD7 B n° 2004-42 du 4 février 2004 relative à l'organisation des services du ministère chargé de la santé pour améliorer les pratiques d'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact.

sont surtout appréhendées en termes de risques d'exposition à des produits toxiques.

En outre, une évaluation de l'Institut de veille sanitaire souligne la non-exclusivité quasi systématique du volet sanitaire dans les EIS et le nombre très variable d'études réalisées dans les DDASS ayant répondu à l'enquête (Burgei, Ledrans et Quenel, 2000). En 2002, l'Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact (OPERSEI) a été créé. Sa mission est de rassembler de l'information sur les pratiques existantes, la réglementation et les études scientifiques et de répondre aux questions des administrations et des responsables de projets d'aménagements ou d'installations concernés par la législation. Il ne reçoit, cependant, que peu de questions par année (OPERSEI, 2006) et, selon l'ancienne présidente de cet observatoire, son fonctionnement serait aux prises avec des tensions entre les administrations de la santé et celles du ministère de l'Environnement, chargées de mettre en œuvre la réglementation concernant les installations classées. De fait, depuis la création du ministère de l'Environnement et de ses directions régionales en 1971 et 1991, les relations entre les représentants des ministères de l'Environnement et de la Santé sont empreintes de rivalités pour le partage du domaine de la « santé environnement » (Lascoumes et Le Bourhis, 1997).

■ LES ÉTUDES D'IMPACT SUR LA SANTÉ, INSTRUMENTS DES POLITIQUES LOCALES DE SANTÉ PUBLIQUE

Malgré l'absence d'obligations législatives ou réglementaires, des EIS ont lieu au moment de la formulation de projets ou de politiques locales en France et au Danemark. Si les EIS semblent plus répandues au Danemark, leur transfert est lié dans les deux pays aux politiques locales de santé publique et aux Villes-Santé de l'OMS. Initié par l'OMS en 1986, l'objectif de ce mouvement est de faire de la santé un enjeu transversal du développement local en obtenant l'engagement des élus municipaux, en portant attention aux processus de création des conditions de la santé dans la ville et en favorisant la promotion d'une démarche participative et transversale aux plans politique et technique. S'il existe un réseau international coordonné par l'OMS, les villes de

nombreux pays se sont réapproprié le mouvement et ont formé leurs propres réseaux nationaux (Ashton, 1992). Quatre facteurs contribuent à expliquer les transferts d'EIS dans les politiques locales : la proximité des objectifs des EIS et des Villes-Santé, des obligations liées au projet international des Villes-Santé, des forums d'échange transnationaux entre acteurs locaux de santé et l'existence de relais nationaux qui diffusent des méthodes d'EIS.

Inspiration et contrainte : la proximité conceptuelle entre les études d'impact sur la santé et les Villes-Santé

Au cours de notre enquête de terrain au Danemark, les velléités de prise en compte systématique des effets sur la santé des décisions municipales ont émergé dans quatre cas particuliers, tous liés aux Villes-Santé. Rappelons que cette enquête portait sur les politiques de deux comtés et de quatre municipalités, sur les activités des réseaux et des associations de santé organisés à l'échelle du pays ainsi que sur les liens entre les politiques locales de santé et celle du gouvernement danois.

Il s'agit tout d'abord du comté du Nordjylland, membre du réseau danois des Villes-Santé. Dès 1992, son premier programme de santé inscrivait la prise en compte de la santé dans l'ensemble des décisions du Conseil de comté au nombre de ses priorités (NJA, 1992). Autre exemple, l'adhésion de la ville de Holstebro au réseau danois des Villes-Santé s'est accompagnée de la création de structures formelles permettant la discussion d'enjeux de santé publique en lien avec d'autres enjeux de l'action municipale : la commission santé du conseil municipal et le conseil de citoyens pour la prévention et la santé, composé de représentants associatifs et de professionnels. Si ce conseil n'est pas formellement investi d'un rôle d'évaluation de l'impact sur la santé des décisions publiques, il peut constituer un lieu de débat sur ces questions dans la mesure où c'est un espace de réflexion et de proposition visant à nourrir la politique municipale.

Les deux autres cas illustrent des tentatives plus systématiques d'évaluation d'impact sur la santé des décisions municipales. À Nordborg, dans le sud du Jutland, le chef du service de santé de la ville

propose au conseil municipal de se questionner sur les décisions qu'il prend au regard de leurs effets pour la santé de la population, en particulier des plus démunis. Nordborg est également membre du réseau danois des Villes-Santé et le chef du service de santé est très engagé dans ce réseau (qu'il a présidé pendant près de 20 ans) et en faveur des Écoles promotrices de santé, également inspirées d'un projet de l'OMS. Le cas de Nordborg est cité en exemple dans le rapport de l'Institut de santé publique du Danemark sous le titre « une ville pionnière » (Bistrup, Kamper-Jørgensen, 2005, p. 85), ce que l'on peut expliquer à la fois par la tentative de systématisation de l'EIS et par le statut du chef du service de santé de la ville. Cependant, la mise en œuvre de cette procédure en souligne les limites puisque lors d'un entretien, le chef du service de santé nous expliquait que c'était lui, et non les élus responsables des politiques publiques concernées ou leurs administrations, qui s'interrogeait sur les décisions municipales au prisme de leurs effets sur la santé de la population.

Enfin, l'histoire de Horsens illustre également une forme plus systématique d'intégration de considérations liées à la santé dans l'ensemble des domaines d'action publique municipale. Horsens est la première ville danoise à avoir participé au réseau international des Villes-Santé. Elle est cofondatrice, avec Copenhague, du réseau danois. Le principe de prise en compte de la santé dans toutes les décisions municipales s'est d'abord concrétisée par l'ouverture au public d'un bureau, sorte de vitrine de la politique de santé, qui offrait aux professionnels de santé, aux associations et aux citoyens de l'information et la possibilité d'organiser des activités en lien avec différents déterminants de la santé (activité physique, campagnes de nutrition, etc.) (Bragh-Matzon et Holm, 1992). L'effort de systématisation s'est accentué en 1996 lorsque le conseil municipal a adopté la déclaration de Horsens pour le développement durable et la santé pour tous (déclaration révisée en 2001). Par ce texte, la ville s'engage à placer la santé et le développement durable « au plus haut » dans le programme municipal, à favoriser la participation des citoyens dans les instances locales et à créer une compréhension commune des enjeux entre les

secteurs de l'intervention municipale – en ce sens, ce texte participe du recours aux EIS.

En plus de cette proximité conceptuelle, le transfert des EIS par l'entremise des Villes-Santé de l'OMS s'explique également par un élément de contrainte puisque c'est une obligation liée à la participation des villes à la quatrième phase du projet international pour 2003-2008⁷. Il s'agit pour les villes de mettre en œuvre des procédures d'EIS plus sophistiquées. Au Danemark, le site Web de Horsens indique que les responsables de la Ville-Santé ont organisé un voyage d'études à Belfast pour s'inspirer de l'expérience de leurs collègues irlandais en matière d'EIS. À Rennes, seule ville française membre du réseau international, cette obligation incite à la réactivation d'une préoccupation plus ancienne d'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques municipales. Dès la fin des années 1980, une expérience a été menée sous l'impulsion de l'élue déléguée à la santé qui visait à analyser les effets sur la santé des décisions municipales à partir d'une grille permettant de croiser plusieurs critères d'appréciation des décisions (Simos, 2006). Si cela a marqué le début d'une réflexion pratique sur les effets sur la santé des décisions municipales, son application s'est révélée difficile.

Deux raisons au moins peuvent expliquer ces difficultés. D'une part, les commissions qui traitent de santé dans les assemblées ne bénéficient pas d'un grand prestige politique (Collovald et Gaiti, 1990) et leurs élus ne sont donc pas nécessairement en mesure d'imposer leurs priorités. D'autre part, les villes en France ne disposent pas de compétences formelles en matière de santé. Début 2007 cependant, la mise en œuvre de la 4^e phase des Villes-Santé de l'OMS a conduit les adjoints au maire délégué à la santé et à l'urbanisme à initier une nouvelle expérience selon le modèle des EIS. Été 2007, celle-ci n'en est qu'au stade préparatoire puisqu'un groupe de travail composé des responsables des services de « santé environnement » et d'urbanisme a pour tâche de s'accorder sur le choix d'un projet d'aménagement urbain sur lequel tester la méthodologie des EIS. Il s'agit à la fois d'élaborer des indicateurs des effets du projet sur la santé qui soient significatifs à l'échelle d'un projet

⁷ Le projet est composé de plusieurs phases pluriannuelles, le passage de l'une à l'autre étant conditionné par la réalisation d'un certain nombre d'obligations (évaluation, mise en place d'action sur des thèmes prioritaires, etc.).

individuel et pour des acteurs de cultures professionnelles différentes et de débattre sur l'apport de l'étude de l'impact sur la santé de ce projet. Pourquoi utiliser des EIS alors que, à Rennes, la valorisation de la biodiversité, l'entretien différencié des espaces verts en fonction de leur qualité, le développement de l'intermodalité (train, bus, métro) ou encore l'utilisation du vélo dans la politique de transport sont déjà des éléments à part entière de la politique d'urbanisme⁸? Des questions relatives aux champs d'application des EIS et à leur capacité de proposer une problématique de la santé complémentaire à celle d'autres enjeux d'action publique sont soulevées.

La proximité géographique et linguistique comme facteurs explicatifs du transfert des modèles d'étude d'impact sur la santé

Notre analyse des politiques locales de santé en France et au Danemark a montré que le transfert de pratiques passe également par des échanges entre acteurs de différents pays. Ces transferts s'établissent principalement en fonction de la proximité linguistique ou géographique entre les acteurs des politiques de santé. Alors que les Danois s'inspirent d'expériences qui s'inscrivent dans l'espace nordique de coopération, les Français tendent à privilégier la proximité linguistique dans leurs échanges avec des partenaires étrangers (Clavier, 2007). Bien qu'avec quelques nuances, cette analyse vaut également pour les transferts de « modèles » d'EIS. En effet, Français et Danois s'inspirent aussi du Royaume-Uni, pays qui a le plus systématiquement recours aux EIS (Blau et autres, 2007) et dont les expériences sont le plus documentées dans la littérature.

En France, l'association Santé et développement durable (S2D), centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, contribue à la diffusion de l'information et de références pratiques sur le thème des EIS. L'association a édité en 2006 une brochure destinée aux villes dans laquelle les EIS sont présentées comme un instrument au service de l'élaboration de politiques municipales de santé publique (Santé

et développement durable, 2006). Pour ce faire, elle s'appuie sur des exemples européens et québécois d'EIS mais sans citer de cas où la méthode serait utilisée en France. De fait, les seuls exemples d'EIS que nous avons identifiés, hors volet sanitaire des études d'impact, en sont encore à leurs débuts.

Il convient de moduler la dimension francophone des échanges puisque le document réfère aussi à des exemples d'EIS parus dans la littérature anglophone. Ces traductions permettent un relais entre les expériences européennes et les acteurs francophones des politiques locales de santé. La dimension francophone ressort également du programme d'une conférence sur les EIS organisée en juillet 2006 par l'association S2D et l'Institut des Villes (un lieu de réflexion et de débat sur les politiques urbaines, créé à l'initiative d'associations d'élus et de ministères). Outre une représentante britannique de l'OMS spécialiste des EIS, cette conférence faisait intervenir un représentant suisse francophone des Villes-Santé impliqué dans la mise en œuvre d'EIS et, par ailleurs, membre du comité scientifique de l'association S2D.

Au Danemark, l'expérience déjà mentionnée de Nordborg participe des échanges entre acteurs nordiques de santé publique, en lien étroit avec les Villes-Santé. Les trois questions auxquelles les conseillers municipaux se sont engagés à soumettre leurs décisions sont très directement inspirées du modèle de « la question santé » élaboré par les associations des comtés et des villes suédoises⁹. Les propositions de projets ou de politiques ont-elles des conséquences positives pour la santé des plus démunis du point de vue de leur environnement social (par exemple, occasion d'accroître leur influence, travail en commun et apport d'un soutien mutuel), du point de vue des facteurs de risque (par exemple en lien avec l'environnement physique ou avec les modes de vie)? Sont-elles cohérentes avec les objectifs politiques et d'offre de services de la ville? Il s'agit de questions générales sur les effets possibles des décisions sur la santé des populations et la cohérence de l'intervention municipale.

⁸ Ville de Rennes, « Urbanisme et santé. Projet urbain et politique santé de la ville de Rennes » (document non daté).

⁹ Accessible au : http://www.hiaconnect.edu.au/swedish_hia_tool.htm

Les relais nationaux des études d'impact sur la santé

Le transfert et l'intégration des EIS dans le cadre de politiques locales de santé publique tiennent également à l'action d'organisations telles que des associations de collectivités locales. Leur poids dans leur espace politique national respectif explique la différence d'ampleur dans le recours aux EIS en France et au Danemark.

En France, nous avons vu que le volet sanitaire des EIE introduit dans les milieux de l'industrie et de l'environnement des questionnements relatifs aux effets sur la santé de certaines installations. S'ajoute à cela l'ébauche d'une réflexion sur les EIS structurée autour de l'Institut des Villes. Ce dernier a organisé une conférence sur les EIS en 2006 ainsi qu'une série de trois conférences en 2005-2006 qui abordaient le rôle des élus et de l'urbanisme dans le cadre de politiques territoriales de santé et de développement durable. Bien que les EIS n'aient pas été directement abordées, l'objet de ces conférences était bien de mettre en évidence l'incidence des autres politiques urbaines sur la santé de la population. Se revendiquant de la définition globale de la santé énoncée par l'OMS en 1948, les rencontres avaient pour objectif de sensibiliser les acteurs techniques (notamment les urbanistes) et politiques urbains aux interactions entre, d'un côté, la santé, et de l'autre, l'aménagement urbain, le logement, la qualité de l'air et des sols, etc. Les conférences ont ainsi donné lieu à la présentation de travaux de recherche et d'expériences existantes en France et à l'étranger. Si ces conférences contribuent à la sensibilisation des villes aux enjeux transversaux de la santé, elles ne s'inscrivent dans aucun cadre contraignant puisque, rappelons-le, les villes n'ont pas de compétences formelles en matière de santé et l'Institut des Villes ne dispose pas de pouvoirs contraignants.

Dans leurs activités de diffusion des EIS, l'Institut des Villes et l'association S2D font parfois face aux

réticences des décideurs locaux. Devant cette situation, ils proposent de faire des EIS un instrument de résolution de problèmes. Si les EIS sont explicitement présentées comme des instruments d'aide à la décision dans la littérature, la pratique souligne en effet la négociation et les arrangements qui s'opèrent autour de leurs objectifs.

C'est le cas dans une ville portuaire dans laquelle une association de riverains demande aux institutions présentes sur le port la fermeture d'une usine pour cause de nuisances olfactives et par crainte des effets que son activité pourrait avoir sur la santé, alors même qu'une étude de la toxicité n'a pas démontré d'effets sur la santé. L'EIS serait alors un moyen d'engager un dialogue entre les différentes parties prenantes du conflit (la ville, la communauté d'agglomération, la chambre de commerce et d'industrie et l'association de riverains). Cela n'est pas sans rappeler l'usage des « forums hybrides » (Callon, Lascoumes et Barthe, 2001) utilisés dans les études d'impact relatives à des projets d'aménagement ou à des installations techniques controversées comme une ligne de TGV (train à grande vitesse). Si elle ne correspond pas aux définitions strictes de la littérature, une telle stratégie contribue à faire la démonstration pratique de l'intérêt des EIS en fixant des objectifs négociés entre les promoteurs des EIS et les autres partenaires de la démarche.

La situation est différente au Danemark où la réforme de l'organisation territoriale – amorcée en 2004 et entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2007 – offre un contexte favorable à l'introduction d'EIS dans le processus décisionnel local. Avec cette réforme, les villes disposent des compétences pour intervenir dans la politique de santé publique ainsi que dans un certain nombre d'autres domaines correspondant à autant de déterminants de la santé. En effet, en avril 2004, le gouvernement a proposé une réforme du gouvernement local, prévoyant le remplacement des 275 communes par une centaine seulement et la suppression des 14 comtés au profit de 5 régions¹⁰.

¹⁰ Dans son rapport au gouvernement en 2004, la commission chargée du dossier concluait que les villes et les comtés n'étaient pas de taille suffisante pour gérer les services de façon efficiente et qu'il convenait de revoir la répartition des compétences (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2005). La logique de cette réforme est proche de celle qui avait présidé à la décentralisation de 1970 alors qu'on avait cherché à créer des comtés et des villes de taille suffisante pour gérer des services de l'État-providence de manière efficiente (Bogason, 1996).

La principale responsabilité des nouvelles régions, comme des anciens comtés, est la politique d'offre de soins (hôpital et médecine de ville). Cette réforme de l'organisation territoriale est essentiellement une réforme du système de santé qui en confie la responsabilité aux nouvelles régions. Les villes disposent pour leur part de compétences dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé, des politiques sociales (personnes âgées, petite enfance, rééducation, etc.), d'emploi et de l'aménagement de l'espace urbain, autant de domaines d'action publique susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé de la population. La réforme semble donc constituer un terrain favorable au recours plus systématique aux EIS en particulier parce que les villes, plus que les régions, peuvent intervenir dans un grand nombre de domaines d'action publique.

De plus, des acteurs publics font la promotion de l'EIS à travers des guides et des recommandations relatives à l'élaboration d'un plan de santé urbain. Ainsi, l'association des villes danoises (*Kommunernes Landsforening*) diffuse le rapport de l'Institut national de santé publique du Danemark sur les EIS (Bistrup et Kamper-Jørgensen, 2005) aux acteurs politiques et administratifs des villes. L'association joue à la fois un rôle de représentation et de lobbying auprès du gouvernement et un rôle de conseil auprès des villes. En outre, le réseau danois des Villes-Santé a organisé en 2005 – c'est-à-dire lors de la période préparatoire à la réforme de l'organisation territoriale – un atelier dont l'objectif était de présenter les EIS aux villes membres du réseau (Kristoffersen et Curtis, 2006, p. 22). Ces deux organisations sont, avec les administrations de l'État, des acteurs centraux de la gouvernance de la santé au Danemark. Ainsi, le recours aux EIS s'inscrit dans un contexte d'incitations non contraignantes, mais qui semblent bénéficier d'un contexte plus favorable au Danemark qu'en France.

■ CONCLUSION

Dans cet article, nous avons analysé la programmation et l'utilisation des EIS dans les politiques locales en France et au Danemark dans une perspective de transfert de politique publique. Il apparaît tout d'abord que cela ne résulte pas de transferts contraints puisqu'il n'existe pas d'obligations législatives ou réglementaires imposées par les gouvernements

centraux de chacun des pays ou par l'Union Européenne. Si les obligations liées aux EIE comportent un volet santé plus développé en France qu'au Danemark, l'objet de ce volet demeure restreint à la quantification de risques liés à l'exposition à des produits toxiques.

Le recours aux EIS dans les politiques locales, plus répandu au Danemark qu'en France, apparaît davantage comme un prolongement des politiques locales de santé. Le transfert de pratiques d'EIS s'explique d'abord par la participation de villes au mouvement des Villes-Santé, dont l'un des objectifs principaux est de parvenir à prendre en compte les effets sur la santé de toutes les décisions municipales. Deux autres facteurs influencent ces transferts : en premier lieu, le choix des expériences dont s'inspirent les EIS identifiées dans les politiques locales de santé au Danemark et en France est lié aux réseaux d'échanges existants entre acteurs de santé publique. Bien que tous s'inspirent de pratiques britanniques, les Danois privilégient des échanges avec leurs voisins nordiques et les Français avec d'autres francophones. En second lieu, la diffusion de « modèles » d'EIS parmi les acteurs des politiques locales dépend de l'existence de relais nationaux, en l'occurrence d'organisations représentant les collectivités locales et leurs élus. À cet égard, la réforme de l'organisation territoriale danoise semble propice à la diffusion de pratiques d'EIS.

De l'analyse de l'émergence des EIS dans les politiques locales en France et au Danemark, il semble ressortir que les principales difficultés concernent la démonstration de leur intérêt du point de vue de l'action publique locale et la capacité des acteurs locaux à en proposer une définition qui soit significative pour l'ensemble des intervenants potentiellement impliqués. Un des enjeux du recours aux EIS se pose donc en termes de généralisation de leur usage dans des secteurs et par des acteurs autres que ceux de la santé publique. Le transfert d'EIS peut être analysé comme une stratégie d'intégration de la santé, par analogie à l'intégration de préoccupations liées au genre dans les organisations et leurs politiques quel que soit le domaine d'action publique considéré (Sénac-Slawinski, 2006 ; True et Mintrom, 2001). Une telle analogie incite à considérer les EIS comme un instrument parmi d'autres de l'intégration d'objectifs

liés à la santé et comme un indice parmi d'autres de la place accordée à la santé dans ces structures politiques. Des instruments plus politiques tels que la promulgation de déclarations d'intention, la création de commissions politiques transversales ou d'instances participatives contribuent également à l'intégration de la santé dans les organisations et les politiques publiques.

Dans cette perspective, l'analyse des politiques locales souligne trois conditions qui sont autant de facteurs favorables ou d'obstacles potentiels au transfert des EIS. La première concerne la définition du champ d'application des EIS : s'agit-il d'un outil d'aide à la décision utilisé dans des situations de

routine, seulement pour certains projets ou politiques (comme c'est le cas avec le volet sanitaire des études d'impact en France) ou bien d'un instrument de résolution de conflits ? Ensuite, la mobilisation des acteurs politiques en faveur de l'intégration de la santé dans les autres politiques publiques apparaît comme une condition préalable à l'usage des EIS. C'est ce que mettent en évidence les exemples français de Rennes ou danois de Horsens et Nordborg. La troisième condition, qui peut faciliter ou au contraire rendre plus difficile le recours aux EIS, concerne les problématiques concurrentes de certains enjeux (entre santé et environnement notamment) et, partant, la requalification d'enjeux d'action publique en termes de santé.

BIBLIOGRAPHIE

- Ashton, J. (1992). « The Origins of Healthy Cities », dans J. Ashton (dir.), *Healthy Cities*, Buckingham, Open University Press, p. 1-12.
- Bertolotto, F. et M. Joubert (2004). *Les ateliers santé ville : territoires, santé publique et politiques de santé au niveau local*, Paris, Éditions de la DIV.
- Bistrup, M.-L. et F. Kamper-Jørgensen (2005). *Sundhedskonsekvensvurderinger. Koncept. Perspektiver. Anvendelse i stat, amter og kommuner*, København, Statens Institut for Folkesundhed [Les études d'impact sur la santé. Concept. Perspectives. Utilisations par l'État, les comtés et les villes].
- Blau, J. et autres (2007). « The Use of HIA across Europe », dans M. Wismar et autres (dir.), *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and Limitations of Supporting Decision-Making in Europe*, Copenhagen, Organisation mondiale de la Santé, p. 37-55.
- Bogason, P. (1996). « The Fragmentation of Local Government in Scandinavia », *European Journal of Political Research*, vol. 30, p. 65-86.
- Bragh-Matzon, K. et F. Holm (1992). « Horsens », dans J. Ashton (dir.), *Healthy Cities*, Buckingham, Open University Press, p. 108-114.
- Burgei, E., M. Ledrans et P. Quenel (2000). *Volet sanitaire des études d'impact. Bilan de l'enquête auprès des DDASS*, Paris, InVS.
- Callon, M., P. Lascoumes et Y. Barthe (2001). *Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.
- Clavier, C. (2007). *Le politique et la santé publique. Une comparaison transnationale de la territorialisation des politiques de santé publique (France, Danemark)*, thèse de doctorat de science politique, Université de Rennes 1.
- Collovald, A., et B. Gaiti (1990). « Discours sous surveillance : le social à l'Assemblée », dans D. Gaxie et autres, *Le « social » transfiguré. Sur la représentation politique des préoccupations « sociales »*, Paris, Presses universitaires de France, p. 9-54.
- Den Broeder, L., M. Penris et G. V. Put (2003). « Soft Data, Hard Effects. Strategies for Effective Policy on Health Impact Assessment – An Example from the Netherlands », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 404-407.
- Dolowitz, D. et D. Marsh (2000). « Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-making », *Governance*, vol. 13, n° 1, p. 5-24.
- Centre européen des politiques de santé (1999). *Gothenburg Consensus Paper: Health Impact Assessment, Mains Concepts and Suggested Approach*, Bruxelles, Organisation mondiale de la Santé.

- Frei, K. L. et A. Casabianca (2006). «Health Impact Assessment: How the Canton of Ticino Makes Health a Common Issue», *Sozial- und Präventivmedizin*, vol. 51, n° 3, p. 137-140.
- Harrison, S., M. Moran et B. Wood (2002). «Policy Emergence and Policy Convergence: The Case of 'Scientific-bureaucratic Medicine' in the United States and United Kingdom», *British Journal of Politics and International Relations*, vol. 4, n° 1, p. 1-24.
- Haut Comité de la santé publique (1992). *Stratégie pour une politique de santé*, Paris, La Documentation française.
- Indenrigs- og sundhedsministeriet (2005). *The Local Government Reform: In Brief*, Copenhagen, www.im.dk (page consultée le 7 avril 2008).
- Kemm, J. (2001). «Health Impact Assessment: A Tool for Healthy Public Policy», *Health Promotion International*, vol. 16, n° 1, p. 79-85.
- Koivusalo, M. (2006). «Moving Health higher up the European Agenda», dans T. Ståhl et autres (dir.), *Health in All Policies, Prospects and Potentials*, Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, p. 21-38.
- Kristoffersen, J. et T. Curtis (2006). *Beretning. Sund By netværket 2002-2005 – aktiviteter og betydning for det sundhedsfremmende arbejde*, Statens Institut for Folkesundhed, København [Rapport, réseau Villes-Santé 2002-2005 – activités et influence pour la promotion de la santé].
- Lascoumes, P. et J.-P. Le Bourhis. (1997). *L'environnement ou l'administration des possibles. La création des Directions régionales de l'environnement*, Paris, L'Harmattan.
- Lascoumes, P. et P. Le Galès (2004). «Introduction», dans P. Lascoumes et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Science Po, p. 11-44.
- Legeas, M. (2003). «L'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact: quels enjeux, quels objectifs», département EGERIES, ENSP, non publié.
- Lock, K. (2000). «Health Impact Assessment», *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1395-1398.
- Lock, K. et M. McKee (2005). «Health Impact Assessment: Assessing Opportunities and Barriers to Intersectoral Health Improvement in an Expanded European Union», *Journal of Epidemiological and Community Health*, vol. 59, p. 356-360.
- NJA - Nordjyllands Amt (1992). *Health for all in the County of North Jutland*, Aalborg.
- Ogden, J., G. Walt et L. Lush (2003). «The Politics of 'Branding' in Policy Transfer: The Case of DOTS for Tuberculosis Control», *Social Science and Medicine*, vol. 57, n° 1, p. 179-188.
- Organisation mondiale de la Santé (2005). *Health Impact Assessment, Toolkit for Cities, document 1. Background document: Concepts, Processes, Methods. From Vision to Action*, Copenhagen, Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2004). *PHASE, Project Description*, Copenhagen, Organisation mondiale de la Santé.
- OPERSEI (2006). *Bilan d'activités en 2005 de l'Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact*, OPERSEI, Rennes.
- Radaelli, C. M. (2005) «Diffusion without Convergence: How Political Context Shapes the Adoption of Regulatory Impact Assessment», *Journal of European Public Policy*, vol. 12, n° 5, p. 924-943.
- Ritsatakis, A. et autres (2002). «Health Impact Assessment, an Approach to Promote Intersectoral Policies to Reduce Socioeconomic Inequalities in Health», dans J. Mackenbach et M. Bakker (dir.), *Reducing Inequalities in Health: A European Perspective*, London, Routledge, p. 287-299.
- Santé et développement durable et Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones (2006). *Les études d'impact sur la santé dans les Villes-Santé*, Rennes.
- Sénac-Slawinski, R. (2006). «Le gender mainstreaming à l'épreuve de sa genèse et de sa traduction dans l'action publique en France», *Politique européenne*, n° 20, p. 9-32.
- Simos, J. (2006). «Introducing Health Impact Assessment (HIA) in Switzerland», *Sozial- und Präventivmedizin*, vol. 51, n° 3, p. 130-132.
- Steffen, M. (dir.) (2005). *Health Governance in Europe. Issues, Challenges and Theories*, London, Routledge.
- Stone, D. (1999). «Learning Lessons and Transferring Policy across Time, Space and Disciplines», *Politics*, vol. 19, n° 1, p. 51-59.

- True, J. et M. Mintrom (2001). « Transnational Networks and Policy Diffusion: The Case of Gender Mainstreaming », *International Studies Quarterly*, vol. 45, n° 1 p. 27-57.
- Turcotte, S. (2001). « Vers une convergence des modèles? Acteurs locaux et transnationaux dans la réforme de la sécurité sociale en Amérique latine », *Lien social et politiques*, vol. 45, p. 29-40.
- Veerman, J. L., M. P. M. Bekker et J. P. Mackenback (2006). « Health Impact Assessment and Advocacy: A Challenging Combination », *Sozial- und Präventivmedizin*, vol. 51, n° 3 p. 151-152.
- Wright, J., J. Parry et E. Scully (2005). « Institutionalizing Policy-level Health Impact Assessment in Europe: Is Coupling Health Impact Assessment with Strategic Environmental Assessment the Next Step forward? », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, n° 6, p. 472-477.

Les évaluations d'impact sur la santé à **Genève** et l'utilisation de leurs résultats dans le **processus législatif**: l'exemple de l'**interdiction de fumer** dans les lieux publics

Par **Jean Simos**, directeur, Unité d'évaluation d'impact sur la santé, Université de Genève • jean.simos@unige.ch
et **Nicola Cantoreggi**, conseiller scientifique, Unité d'évaluation d'impact sur la santé, Université de Genève • nicola.cantoreggi@unige.ch

Depuis 1991, le gouvernement du canton de Genève a décidé de faire de la stratégie de la Santé pour tous de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la pierre angulaire de sa politique sanitaire. Il s'est ainsi ouvert à l'approche de la santé par ses déterminants, ce qui a été confirmé par sa volonté d'adhérer au réseau européen des Villes-Santé de l'OMS. En 1993, la publication des rapports *Bilan de santé des Genevois* et *Bilan de santé de l'environnement genevois* représentait un premier effort pour broser un « profil de santé » global du territoire genevois et de ses habitants. Ce tableau ciblait les problèmes de santé et de l'environnement à traiter de manière prioritaire selon des degrés divers. La lutte contre le tabagisme y figurait déjà comme l'une des priorités sanitaires¹.

Cette réflexion d'ensemble trouva une première formalisation en tant qu'action cohérente et globale en 1998, à travers l'élaboration d'un programme de promotion de la santé intitulé « Planification sanitaire qualitative 1999-2002 », structuré autour de quatre priorités thématiques (accidents et handicaps, cancers, maladies transmissibles et santé mentale) et de deux axes transversaux (qualité de vie et inégalités sociales). Il a été suivi en 2003 par la mise en place d'un nouveau concept de prévention et de promotion de la santé explicitement centré sur les déterminants de la santé (quatre catégories pour la

classification des actions: maladies ou traumatismes et accidents spécifiques, comportements à risque, déterminants de la santé proprement dits, éléments du contexte).

C'est à la lumière de ce « terrain conceptuel » favorable, qu'il faut considérer l'émergence de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) en tant qu'outil innovant en matière de politiques publiques, sanitaires ou non, dans le canton de Genève.

■ LE TEMPS DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ EST-IL ARRIVÉ² ?

Dès 2002, sous l'impulsion du Bureau régional de l'Europe de l'OMS, qui en a fait un des quatre principaux objectifs de la phase IV du programme Villes-Santé (2003-2008), l'EIS a été proposée en tant qu'instrument pouvant offrir aux décideurs locaux une trame systématique les aidant à prendre en compte la santé et le bien-être de la population dans l'élaboration d'une politique, d'un programme ou d'un projet. Le contexte morose des finances publiques et la pression conséquente à davantage se concentrer sur la dimension curative dans les prestations étatiques ont représenté des arguments importants pour la promotion d'un outil susceptible d'activer d'autres leviers à même d'influencer, à moindres coûts, la santé de la population genevoise.

De manière plus large, le processus d'élaboration d'une loi organique sur la santé, en gestation depuis juillet 2004, constituait une précieuse opportunité pour inscrire l'EIS dans la législation cantonale. En

¹ C'est un domaine dans lequel des moyens financiers et politiques importants ont été mobilisés, ce qui a fait de Genève un canton pionnier et cité en exemple dans le reste de la Suisse et a valu à son ministre de la Santé et à l'organisation non gouvernementale mandatée par l'État à ce sujet, le Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET), des prix d'excellence décernés par l'OMS.

² Référence à l'article fondateur de Scott-Samuel (1996): « HIA. An Idea Whose Time Has Come ».

l'occurrence, Genève a été influencée par les options prises par le Québec qui, dans son article 54 de la Loi sur la santé publique de 2002, a donné à l'EIS une assise légale et une forte légitimité.

Dans ce contexte politico-administratif globalement encourageant, la mise en œuvre de l'EIS dans la période allant de juillet 2004 à avril 2006 a suivi une double voie: législative et expérimentale.

■ UN PROCESSUS LÉGISLATIF RICHE D'ENSEIGNEMENTS

Sur le plan législatif, les EIS ont été abordées dans les discussions et le travail préparatoire relatif à la nouvelle loi-cadre sur la santé. L'option retenue par le Département de la santé (ministère cantonal) a initialement privilégié un positionnement fort de l'outil, en proposant de soumettre à l'EIS tous les projets de loi susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé³: « Quand un projet législatif peut avoir une influence sur la santé, le Conseil d'État⁴ l'accompagne d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé. »

Cette formulation a suscité de fortes réticences au sein de la Commission de la santé. Les députés des partis placés « à droite » de l'échiquier politique, majoritaires en commission comme dans le Parlement cantonal, craignaient que l'EIS ne devienne un nouveau frein administratif à l'activité économique. Ils faisaient naturellement le parallèle avec les études d'impact sur l'environnement (EIE), ces dernières, et surtout l'utilisation qui en avait été faite dans certains cas par des acteurs associatifs pour s'opposer à certains projets de construction, n'ayant pas toujours bonne presse dans les milieux économiques et auprès de leurs relais⁵.

Les divergences d'appréciation n'ont pas tardé à provoquer l'apparition du clivage classique « droite-gauche », les uns votant dans un premier temps la suppression pure et simple de l'alinéa introduisant

les EIS, les autres menaçant de refuser en bloc la loi sur la santé. Le conseiller d'État responsable de la santé et les représentants du Département de la santé se sont alors efforcés d'expliquer les différences fondamentales entre EIE et EIS, notamment dans la prise en compte des impacts positifs. Il est intéressant de souligner la différence sémantique entre EIE (étude) et EIS (évaluation), qui a bien servi l'argumentation du Département de la santé et de remarquer qu'en France une autre option a été retenue pour traduire *Health Impact Assessment*: étude d'impact sur la santé (voir Santé et développement durable et Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, 2006).

Finalement, la formulation retenue, à laquelle s'est ralliée la majorité des députés de la Commission, a maintenu l'introduction de la base légale, mais supprimé l'automatisme d'une EIS en cas d'impacts négatifs présumés. Une dernière tentative de certains députés de revenir à la formulation initiale lors du débat sur le projet de loi en séance plénière du Parlement n'a pas été couronnée de succès. Il est très instructif de prendre connaissance des arguments développés par les uns et par les autres à cette occasion. Par exemple, un des députés qui souhaite le retour à la formulation originelle plus contraignante fait remarquer que :

Lorsqu'on s'occupe d'aménagement du territoire, maintenant on ne se pose plus les questions... Quand il y a un aménagement, des études d'impact sont réalisées dans de nombreux domaines, notamment au niveau environnemental. Eh bien, au niveau de la santé, nous pensons que c'est la moindre des choses de demander cela !

Le président de la Commission de la santé défend sa position en argumentant ainsi :

Il est utile que nous reprenions tranquillement cet amendement, puisque nous avons, en commission, discuté longuement de la formulation. Le sujet est donc important et mérite qu'on lui consacre un petit moment. En commission, une certaine majorité

³ Projet de loi 9328-A du 30 août 2005.

⁴ Le Conseil d'État est le nom que porte le gouvernement cantonal en Suisse.

⁵ Un tel cas a été à l'origine d'une initiative parlementaire fédérale pour limiter de manière draconienne le droit des associations habilitées à recourir en matière de protection de l'environnement. Le traitement de cette initiative par les Chambres fédérales était toujours en cours en février 2008.

a réfléchi aux conséquences pratiques de la formulation initiale et, au fond, s'est posée une quantité de questions sur les limites possibles. En effet, la santé étant définie d'une manière exhaustive, comment peut-on savoir si un projet de loi aura ou non une répercussion sur la santé, et à quel niveau? [...] En fait, tout peut avoir un impact sur la santé [...] [La formulation adoptée] donne au Conseil d'État la latitude de pouvoir définir si on doit aller plus loin ou non.

Un autre député de la majorité de la Commission surenchérit:

Effectivement, la Commission a longuement débattu de cet objet, et je crois qu'elle l'a traité en toute confiance. Le débat a été long mais non passionné, c'est un débat rationnel. La Commission a décidé de ne pas entrer en matière sur cet aspect de la loi. Parce qu'il est possible d'imaginer que la multiplication d'études d'impact poursuive le but politique de freiner n'importe quel objet d'investissement dont on peut se douter qu'il aura un impact sur la santé...

Finalement, le premier député précité avance un dernier argument par l'absurde afin de convaincre ses collègues de revenir à la formulation initiale, ce qu'il n'obtiendra pas:

Si vous voulez lutter contre l'inflation législative, il faut supprimer cet article. Car inscrire dans une loi « le gouvernement peut faire quelque chose »... Il peut toujours le faire! Là, vous vous donnez un peu bonne conscience, vous dites: « S'il y a un impact sur la santé, le gouvernement "peut" faire une étude d'impact »... S'il a envie, n'est-ce pas?! Cet article ne sert à rien.

Bien que ce député ait raison d'évoquer la liberté de mener des études sans base légale pour le gouvernement, il oublie dans son argumentation que ce n'est pas le cas de l'administration, notamment en période de fortes pressions budgétaires durant lesquelles il s'agit de faire des choix parmi les activités possibles. En effet, un critère fondamental utilisé alors pour savoir si une activité doit être entreprise, poursuivie ou abandonnée par l'administration est l'existence ou non d'une base légale. Ainsi, sans une mention explicite – même peu contraignante – dans la loi, il y a fort à parier que l'EIS n'aurait pu éventuellement être mise en œuvre à Genève que de façon ponctuelle et discontinue, voire anecdotique.

La formulation de l'article 4, alinéa 2 de la Loi sur la santé adoptée par le Parlement cantonal le 7 avril 2006 sera finalement la suivante: « Si un projet législatif

est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le Conseil d'État peut décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé. »

Les modalités précises de mise en œuvre de l'EIS et son inscription dans le processus politico-administratif du canton de Genève devraient faire l'objet d'un règlement d'application qui serait approuvé par le Conseil d'État genevois au cours de l'année 2008.

À ce stade, les délibérations ayant mené à l'introduction des EIS appellent deux observations principales. La première a trait au caractère confus du concept de santé. La définition proposée dès 1946 par l'OMS, qui sert de référence en matière de promotion de la santé en général et de l'EIS en particulier, est loin d'être largement connue et comprise des acteurs politiques. Une divergence majeure, par ailleurs largement débattue lors des discussions sur la définition de la santé et reprise en préambule à la loi en question, porte sur la possibilité d'élargir à la sphère dite « sociale » la définition de santé. Ses détracteurs considèrent généralement que cela constitue une ouverture excessive à des considérations qui dépassent la dimension curative, jugée la plus importante, et autorise donc les acteurs de la santé à inclure dans leur sphère d'influence, un large éventail de domaines de l'action publique. La crainte d'un « impérialisme de la santé » (Kemmerling, 2001) amène alors une partie des acteurs politiques à refuser cette définition et à se méfier des outils, telle l'EIS, susceptibles de la matérialiser. C'est ce clivage qui est apparu clairement lors du débat parlementaire genevois dont des extraits ont été cités plus haut.

La deuxième observation, liée à la première, se rattache à la portée relativement restrictive des EIS, telle qu'elle a été souhaitée par le législateur. En l'état, la formulation de l'article de loi donne une base légale aux EIS uniquement sur des projets de loi et n'indique rien à propos des initiatives n'émanant pas du processus législatif. Néanmoins, par la limitation du champ d'action de l'EIS et conséquemment la réduction des objets soumis à l'analyse, elle est également susceptible de favoriser une meilleure adéquation entre la demande d'évaluation et les ressources disponibles pour la réaliser. Finalement, le futur règlement d'application susmentionné est susceptible de définir avec précision la sphère d'action de l'EIS.

Sur le plan expérimental, et sans attendre l'achèvement du processus parlementaire, l'EIS a fait l'objet d'une mise en œuvre à travers la réalisation d'études de cas. Ces dernières avaient pour objectif de tester les performances et la pertinence de l'outil sur des objets divers quant à leur nature (projet de développement territorial, projet de loi, projet pilote émanant d'une organisation non gouvernementale, campagne publique d'information) ou à leur thématique (aménagement du territoire, santé publique, environnement). Par là même, il s'agissait d'acquérir des compétences et de consolider la légitimité de l'unité administrative chargée de la conduite de l'EIS. C'est dans ces expériences variées que s'inscrit l'EIS réalisée sur la problématique de la fumée dans les lieux publics.

■ DISSIPER « L'ÉCRAN DE FUMÉE » : LES ENJEUX DU DÉBAT SUR LA FUMÉE PASSIVE

Le débat sur les méfaits du tabac et sur l'opportunité d'une intervention vigoureuse par l'acteur public pour en réglementer la consommation dans certains lieux publics traverse toute la société. Au fédéral, la Confédération helvétique a jusqu'à présent peu légiféré en la matière, à l'exception de quelques dispositions faiblement contraignantes dans la Loi sur le travail⁶. La Suisse a signé en 2004 la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, mais ne l'a pas encore ratifiée. Compte tenu des modifications nécessaires

au cadre législatif existant, on estime que la ratification suisse ne pourra pas intervenir avant 2010.

C'est seulement à partir de 2006, sous la pression exercée par une multitude d'initiatives qui voyaient le jour à la fois aux échelons cantonal et international, que des propositions plus coercitives ont été avancées. Elles sont en cours de discussion au Parlement fédéral⁷. À l'inverse, en vertu de la grande autonomie dont ils disposent dans le système fédéral suisse, certains cantons se sont montrés plus actifs et plusieurs décisions de bannissement de la fumée dans les lieux publics sont déjà en vigueur, ou bien leur acceptation soumise au vote populaire⁸ en 2008. Il faut mentionner toutefois que dans d'autres cantons, le refus d'adopter de telles mesures a été justifié par la nécessité d'attendre que la Confédération légifère au préalable.

À Genève, un premier projet de loi demandant une modification à la loi relative aux établissements publics⁹ a été déposé au Parlement cantonal en avril 2005. Il préconisait l'interdiction de la fumée dans ces établissements (chambres d'hôtel non incluses) en autorisant la création d'espaces fumeurs, étanches et correctement ventilés. À quelques jours d'intervalle, un groupement de citoyens soutenus par des associations de lutte contre le tabac a lancé une initiative populaire¹⁰ qui élargissait cette interdiction à l'intégralité des lieux publics (définis avec précision dans

⁶ L'article 19 de l'ordonnance 3 relative à la Loi sur le travail stipule que : « L'employeur doit veiller, dans le cadre des possibilités d'exploitation, à ce que les travailleurs non fumeurs ne soient pas incommodés par la fumée d'autres personnes. »

⁷ Chronologiquement, on peut d'abord signaler qu'un postulat demandant la possibilité d'édicter des directives contraignantes pour la protection des fumeurs a été accepté par le Conseil fédéral en septembre 2002. Une initiative parlementaire visant à compléter ce postulat par la possibilité d'introduire des modifications au droit existant a été déposée en octobre 2004 par vingt parlementaires représentatifs de l'ensemble de l'échiquier politique. Les commissions compétentes des Chambres fédérales ont décidé, en 2005, de lui donner suite et le Conseil fédéral (gouvernement) a rendu un premier rapport en mars 2006. À la suite de ces travaux, un projet de loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif a été présenté en juin 2007. Ce projet est actuellement en cours de traitement par les Chambres fédérales.

⁸ Le système politique suisse se caractérise par son dispositif dit de « démocratie participative ». Ce dernier autorise, entre autres, tout citoyen à proposer une modification constitutionnelle à travers une initiative constitutionnelle. Pour ce faire, la loi exige que soit collecté un nombre minimal (variable selon les cantons et entre les niveaux cantonal et fédéral) de signatures dans un délai de temps limité. La validité de ces signatures (élimination de doublons, légalité des signatures selon les critères d'âge, de domicile et de nationalité) est ensuite vérifiée par la Chancellerie. En cas d'issue favorable, l'État se voit dans l'obligation de soumettre l'initiative au vote populaire en l'accompagnant éventuellement d'un contre-projet adopté par le Parlement, qui constitue un choix alternatif pour le citoyen. En outre, le Parlement peut décider d'élaborer un projet de loi qui, reprenant les objectifs de l'initiative, incite ses promoteurs à retirer cette dernière.

⁹ Projet de loi 9517 du 4 avril 2005.

¹⁰ Initiative 129, avril 2005.

la proposition) à travers l'ajout d'un article *ad hoc* dans la Constitution cantonale.

L'obligation légale de réunir 10 000 signatures dans un délai maximal de quatre mois a été remplie sans difficulté. En juillet 2005, environ 20 000 signatures ont été déposées auprès de la Chancellerie cantonale. Ce résultat n'est guère surprenant, au regard de l'opinion publique que les enquêtes révélaient très majoritairement favorable à une interdiction de fumer dans les lieux publics. Ainsi, en l'espace de quelques mois, une double sollicitation, l'une par voie parlementaire et l'autre par voie populaire, a obligé l'exécutif et le législateur à se positionner par rapport à des mesures conséquentes de lutte contre les méfaits de la fumée passive dans les espaces confinés publics.

Bien évidemment, la réussite de cette initiative n'a pas manqué de mobiliser ses opposants, dont l'argumentaire, tout en ne contestant pas la dimension sanitaire du problème, met en avant la défense de la valeur des libertés individuelle et commerciale qui seraient menacées par une législation trop restrictive et disproportionnée. Cet antagonisme, opposant fondamentalement le bien-être de la collectivité au bien-être de l'individu, et plus généralement le bien-être des uns au bien-être des autres, caractérisera le débat parlementaire mené depuis 2005 et donnera lieu à de nombreux rebondissements, avant que soit finalement prise la décision de soumettre l'initiative au vote populaire.

■ LE CHOIX DE L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ OU COMMENT SAISIR UNE « FENÊTRE D'OPPORTUNITÉ »

Sur le plan politico-administratif, le caractère sensible et controversé du dossier du tabagisme passif dans les lieux publics a incité le ministre cantonal de la Santé à déployer une stratégie d'anticipation : en l'absence d'une base légale en la matière, il a souhaité malgré tout utiliser les possibilités d'analyse offertes par l'EIS.

Dès avril 2005, parallèlement au dépôt du projet de loi et au lancement de l'initiative populaire, il a chargé son administration, et en particulier l'unité EIS de la Direction générale de la santé, d'organiser et de lancer la procédure d'évaluation. Attardons-nous un instant sur les motivations ayant présidé ce choix. Il apparaît

en effet clairement que la nature controversée de la thématique et la forte polarisation qu'elle suscite chez les parties prenantes ont incité le politique à retenir la faculté d'une aide à la décision à travers le recours à des experts. Cette option ne constitue pas une nouveauté en soi. Sur les thèmes dits de « société », l'expertise scientifique est fréquemment appelée en renfort en tant que source jugée à même de fournir une information impartiale et fondée sur les faits. Par contre, cela traduit *a priori* la perception de l'outil EIS par le décideur et le positionnement qu'il lui attribue au sein du système de production des connaissances.

La dimension participative de l'EIS, et la valeur ajoutée qu'elle est censée apporter, fortement mise en avant dans le référentiel anglo-saxon de l'EIS (Elliot, Williams, Rolfe, 2004), apparaît ici peu manifeste. À ce sujet, il est possible d'avancer que cette dimension est aussi fonction du type d'objet soumis à l'analyse, dont le traitement ne se prête pas à une implication large de la population, ou pour lequel l'utilisation des techniques participatives ne constitue pas la meilleure option (Parry et Wright, 2003). Pour autant, la dimension participative n'a pas été totalement absente, car elle a pris la forme d'une contribution de différents acteurs institutionnels au groupe de pilotage de l'EIS. Les critères de sélection retenus ont pris en compte les différents domaines concernés et les sensibilités en jeu. Le groupe de pilotage a ainsi réuni de hauts fonctionnaires appartenant aux départements de la santé, de l'économie et de la justice, des représentants de milieux favorables à des restrictions en matière de fumée et ceux des milieux de l'hôtellerie et de la restauration, globalement opposés à ce type de mesures.

Au final, on constate donc que le politico-administratif s'est appuyé sur un dispositif élargi de production de consensus, destiné à donner encore davantage de légitimité à l'expertise scientifique (Simos, 1990). Cette dernière a été fournie par une structure privée, contractualisée pour l'exécution de l'EIS, sous la supervision de l'Unité d'EIS de la Direction générale de la santé.

L'option d'anticipation retenue par le décideur politique et son administration a permis de produire une évaluation en phase avec le calendrier politique

de l'objet concerné. Cette condition, qui peut s'assimiler à une évidence au regard de la visée prospective et prédictive de l'outil EIS, n'en est pas moins significative dans un contexte où la mise en œuvre de l'EIS n'en est qu'à ses débuts et où les ressources allouées à son développement demeurent modestes. Dans cette optique, on peut considérer que, en attendant de disposer d'une base légale et fort de son rôle de pilotage du dossier au sein du gouvernement, le ministre de la Santé a saisi une «fenêtre d'opportunité» sur le plan du processus politico-législatif pour légitimer l'outil EIS parmi les outils de politique publique disponibles et en augmentant les chances d'influencer, de manière efficace, le processus de prise de décision.

■ L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ : QUELLE EFFICACITÉ DANS L'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE ?

La question de l'efficacité occupe une place centrale dans la réflexion sur l'opportunité et la pertinence d'introduire l'EIS parmi les outils d'évaluation prospective en matière de politiques publiques. La vaste étude européenne récemment réalisée à ce sujet (Wismar et autres, 2007) a proposé une classification matricielle de l'efficacité, combinant la prise en compte adéquate de la santé, de l'équité et de la communauté avec la modification de la prise de décision résultant des intrants/aspects de ces mêmes catégories. Il en résulte une déclinaison de l'efficacité en quatre catégories :

- Directe – Modification de la décision ou abandon d'un projet à la suite de l'EIS ;
- Opportuniste – La décision aurait été prise dans le même sens que les recommandations de l'EIS ;
- Générale – Explication des raisons pour ne pas suivre les recommandations de l'EIS : EIS concluant à des impacts sanitaires positifs ou négligeables, EIS ayant contribué à sensibiliser les décideurs ;

- Inexistante – EIS ignorée ou écartée.

Au regard de cette typologie, l'efficacité de l'EIS réalisée dans le canton de Genève pourrait être qualifiée de directe, car elle a joué un rôle à plusieurs étapes du processus législatif et même au-delà, lors de la prise de décision sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

La contribution de l'EIS à l'élaboration d'argumentaires divers est certainement la plus importante. Cette contribution est intervenue à des moments spécifiques du débat parlementaire, que nous qualifierons de «chassé-croisé» entre coalitions plaidantes opposées (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999, cités dans Turgeon et autres, 2005).

L'EIS a été utilisée pour construire l'argumentaire scientifique du rapport du gouvernement au Parlement en relation avec l'initiative populaire¹¹. S'appuyant sur les éléments d'analyse développés dans l'EIS, le gouvernement a fait siens les objectifs de l'initiative, tout en demandant au Parlement de la refuser et de lui opposer un contre-projet qui aurait permis de tenir compte de certaines situations spécifiques. Il s'agit en particulier des locaux à caractère privatif situés dans des établissements publics (cellules des lieux de détention ou d'internement) ou privés mais ouverts au public (chambres individuelles des hôpitaux, cliniques et autres lieux de soins). Le gouvernement s'est par ailleurs prononcé favorablement sur la validité formelle de l'initiative et le Parlement a accepté cette proposition, en renvoyant l'objet, non sans avoir eu de vifs débats en Commission législative à propos des mesures envisagées. La Commission¹² s'est attachée pour l'essentiel à examiner la recevabilité juridique de l'initiative, en se référant à deux avis de droit déjà produits et à un troisième élaboré de manière ad hoc sur demande de la Commission elle-même.

Au-delà de l'obligation pour la Commission de trancher la question d'un point de vue légal, il est utile d'observer comment l'expertise juridique externe a servi de «terrain d'affrontement» entre regroupements

¹¹ Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la validité et la prise en considération de l'initiative populaire 129 « Fumée passive et santé » (IN 129-A) du 11 janvier 2006.

¹² Rapport de la Commission législative chargée d'étudier la validité de l'initiative populaire IN 129 « Fumée passive et santé » (IN 129-B) du 6 juin 2006.

politiques, rassemblant respectivement les acteurs opposés et favorables à une interdiction de fumer. Bien qu'il semble en partie suivre une opposition classique « gauche/droite » entre partis politiques, le clivage se caractérise aussi par un positionnement variable des partis se classant traditionnellement au centre de l'échiquier politique. La Commission s'est finalement décidée à reconnaître certains problèmes de compatibilité de l'initiative avec le droit supérieur, mais elle a accepté le principe d'une invalidation seulement partielle en proposant une version légèrement amendée.

Le débat final en session plénière¹³ a fait explicitement ressortir ces fortes polarisations qui opposent idéologiquement les partis leaders des coalitions, les socialistes pour la gauche et les libéraux pour la droite. Les premiers, le problème sanitaire soulevé par l'initiative demeurant pour eux primordial, ont plaidé pour son acceptation, moyennant les adaptations juridiques suggérées par les experts, au nom de la nécessaire limitation par l'État, pour des questions d'intérêt public, de la liberté des individus, dont ferait partie la liberté de fumer. Les seconds ont défendu l'invalidation totale de l'initiative, au nom de la défense des principes de liberté individuelle et de responsabilité du citoyen, qui seraient restreints de manière excessive et contraignante par l'initiative. Au terme des débats, le Parlement, à une faible majorité, s'est prononcé pour une validation partielle de l'initiative, l'adoption de correctifs mineurs dans sa formulation et son renvoi en Commission de la santé, en vue de son traitement ultérieur.

Suivant ce renvoi en commission, l'*iter* parlementaire a connu une phase judiciaire à rebondissements, opposant à nouveau *grosso modo* les deux groupes parlementaires susmentionnés. Dénonçant l'accord du Parlement à la poursuite de l'examen du dossier, une partie du second groupe, à l'instigation de deux députés, a choisi de contester par voie judiciaire la recevabilité de l'initiative parlementaire en déposant un recours auprès du Tribunal fédéral, l'instance suprême en matière de droit pénal et administratif en Suisse. Le déplacement du débat au niveau judiciaire n'a pas eu un effet suspensif sur les travaux de la

Commission de la santé, mais a considérablement retardé la prise de décision du Parlement. En effet, alors que le renvoi en Commission de la santé est intervenu en juin 2006, c'est seulement en mars 2007, après que le Tribunal fédéral eut rendu sa décision, favorable à la recevabilité de l'initiative, que les débats ont pu se poursuivre en plénière.

Entre-temps, le gouvernement avait déposé son contre-projet¹⁴ qui permettait de prendre en compte les situations spécifiques évoquées plus haut. Dans son argumentaire, il s'est une fois encore appuyé sur les conclusions de l'EIS. Même si en mai 2007, à la suite à la décision favorable du Tribunal fédéral et dans un souci de clarification du débat devant le peuple, le gouvernement a finalement décidé de retirer son contre-projet, les questionnements soulevés ont cependant fait l'objet d'un traitement conséquent lors des auditions auxquelles a procédé la Commission de la santé. Sur ce point, il est donc pertinent d'ajouter que l'EIS a servi de « catalyseur » pour traiter et améliorer les aspects les plus équivoques de l'initiative.

En septembre 2007, la Commission de la santé a déposé les conclusions de ses travaux devant le Parlement. De fait, l'acceptation de l'initiative par le Tribunal fédéral, le retrait consécutif du contre-projet du gouvernement et le traitement exhaustif de la problématique par la Commission de la santé ont laissé peu de marge de manœuvre aux parlementaires. Après des débats formels entre les deux groupes opposés, réitérant fondamentalement les arguments avancés lors des précédentes joutes, le Parlement a approuvé à une confortable majorité de recommander au peuple l'adoption de l'initiative populaire. À l'occasion du vote du 24 février 2008, le peuple souverain l'a acceptée par plus de 79% des votants.

Il convient enfin de noter que les possibles effets directs de l'EIS ne peuvent être appréciés dans leur intégralité dans la mesure où une série de recommandations émises ne pourra être mise en œuvre qu'ultérieurement. Elle comprend notamment les impacts négatifs potentiels de la nouvelle loi pour lesquels il serait opportun d'assurer une surveillance attentive: sur l'évolution réelle du chiffre d'affaires

¹³ Mémorial du Grand Conseil, 56^e législature – 1^{re} année – Session 10 (juin 2006) – Séances 45 et 46 du 22 juin 2006.

¹⁴ Projet de loi 9972 du 14 décembre 2006.

à partir d'un échantillon d'établissements, sur la capacité des instances habilitées à faire respecter la nouvelle réglementation (en particulier la police), sur le devenir du problème du bruit résultant du stationnement des fumeurs à l'extérieur des établissements.

■ LES EFFETS DE RICOCHET ET L'INTERNALISATION DU DÉBAT : LA FUMÉE PASSIVE DANS L'ADMINISTRATION PUBLIQUE

Le long et passionné débat sur la fumée passive que nous venons d'exposer n'a pas manqué de soulever des questionnements similaires au sein de l'administration cantonale genevoise. Dans un contexte où l'État se trouve fortement interpellé par une majeure partie de ses citoyens pour qu'il réglemente la question de la fumée passive dans un souci de protection de la santé du plus grand nombre, peut-il justifier de ne pas prendre les mêmes mesures au sein de sa propre administration ? Avec un personnel dépassant les 15 000 personnes, le corps enseignant non compris, l'État est de loin le premier employeur cantonal. Il est donc évident qu'il lui est imposé de se comporter de manière exemplaire. Cette alternative apparaît d'autant plus nécessaire que l'État a la charge de gérer des lieux publics ou des lieux privés ouverts au public pour lesquels des exceptions à l'interdiction générale de fumer avaient été réclamées avec beaucoup de véhémence lors du débat parlementaire.

En matière de fumée passive, le Canton de Genève a adopté, depuis 1996, une attitude proactive. À travers sa politique « L'État sans fumée, mais pas sans fumeur », il a souhaité inciter tous les services de l'administration à bannir la fumée de leurs locaux, de sorte qu'aucun employé de l'administration ne soit exposé à la fumée passive. Cette politique passe par l'application de mesures techniques (ventilation adéquate, cloisonnement, etc.) et organisationnelles (création d'espaces fumeurs et suppression des cendriers en dehors de ces espaces), la définition de critères d'aménagement pour les espaces fumeurs (distance raisonnable et nombre suffisant, signalisation claire et identifiable, bonne ventilation) et la réalisation d'actions sur le comportement (information, sensibilisation, règles écrites). Cette approche sur une base volontaire a eu

des résultats positifs et a indéniablement amélioré la situation, tout en montrant ses limites, singulièrement si on la compare avec la démarche de certaines institutions autonomes dépendant de l'État, tels les hôpitaux ou les universités, qui ont décidé de bannir complètement la fumée.

La question de franchir le pas vers des options plus restrictives a été posée en décembre 2006. Il est symptomatique de noter que les termes du débat sont semblables à ceux ayant nourri les discussions parlementaires. Si la « donne » scientifique sur les méfaits du tabac est encore une fois largement admise, les discussions portent principalement sur la possibilité d'une interdiction généralisée, eu égard au principe de proportionnalité (n'est-il pas envisageable de créer des espaces fumeurs *ad hoc*, étanches et suffisamment ventilés ?) et surtout aux pertes de productivité économique augurées. Par rapport au débat politico-législatif, ce dernier argument remplace celui d'une menace de diminution dramatique du chiffre d'affaires qui pèserait sur les propriétaires et les tenanciers d'établissements publics.

Dans le cas de l'administration publique, les données probantes et les consultations d'experts ayant confirmé l'impossibilité d'éliminer complètement le risque sanitaire lors de la création d'espaces fumeurs, l'essentiel des discussions s'est alors concentré sur la question de la productivité. Dans cette perspective, l'Unité d'EIS a été sollicitée pour apporter un éclairage scientifique. Sa légitimité acquise à l'occasion du pilotage de l'EIS sur la fumée passive et sa fonction officielle d'évaluation octroyée par le politique l'ont « naturellement » désignée comme l'intervenant le plus pertinent pour fournir une appréciation objective et équilibrée. Le principe d'autorité qui en a résulté a justifié l'utilisation de son analyse comme élément clef de la réponse aux craintes de pertes de productivité.

Cette expertise a conclu que l'interdiction de fumer dans l'administration publique se traduirait par un bénéfice financier net, plus ou moins grand selon les hypothèses retenues. Le gouvernement a été convaincu par les arguments présentés et l'interdiction de fumer dans tous les bâtiments de l'administration publique a été imposée à partir du 1^{er} janvier 2008.

■ L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ : DE L'EFFICACITÉ PONCTUELLE AUX DÉFIS DE L'INSTITUTIONNALISATION

L'interdiction de fumer dans les lieux publics constitue un exemple particulièrement intéressant sur la manière dont l'EIS peut être utilisée pour alimenter le débat politique et public et contribuer au façonnement des politiques publiques. L'efficacité manifeste de l'EIS concourt à en consolider l'assise en tant qu'outil pertinent d'évaluation prospective en matière de politiques publiques. Toutefois, il convient de ne pas sous-estimer le rôle des facteurs contextuels favorables à son efficacité, pas plus que les difficultés inhérentes à son éventuelle utilisation sur une base plus systématique et élargie par les acteurs politico-administratifs du canton de Genève.

En relation avec la dimension contextuelle, l'EIS réalisée a sans aucun doute bénéficié d'une configuration d'ensemble propice. En premier lieu, la relation causale scientifiquement bien établie, notamment entre les mesures préconisées par l'initiative populaire et les implications en termes de santé publique, a contribué à placer l'EIS dans un rôle de « résolveur de problèmes » (Putters, 2005) venant confirmer à l'aide d'une analyse solidement étayée le constat sur les méfaits du tabagisme passif, très largement accepté au-delà des clivages partisans. En second lieu, la nature « idéologique » du débat politique, focalisée dès lors sur le terrain des valeurs, a incité le gouvernement à faire appel au système expert comme source d'autorité pour la rédaction des argumentaires, confirmant du même coup la pertinence des contenus proposés par cette même EIS. Enfin, l'utilisation par le gouvernement de la fenêtre d'opportunité a permis à l'EIS d'être constamment en phase avec le processus décisionnel et d'augmenter ainsi ses chances de pouvoir l'influencer.

Or, une telle configuration d'ensemble relève davantage de l'exception que de la règle. Tout d'abord, nombre de politiques (par exemple du logement, de la jeunesse, des transports) se caractérisent par une grande complexité et par leur interdépendance avec d'autres politiques (Putters, 2005). Dans ce cas de figure, l'EIS intervient davantage pour souligner les options *a priori* les plus favorables à la santé et pour sensibiliser les décideurs aux déterminants de la santé. Son efficacité peut tout au plus être qualifiée de générale (Wismar

et autres, 2007) et n'est pas de nature à lui accorder une priorité particulière parmi les outils de politique publique. Ensuite, la possibilité de suivre correctement le tempo du processus décisionnel exige généralement un dispositif plus ferme et plus élaboré que la simple exploitation d'une occasion ponctuelle d'action, aussi habile soit-elle.

Cette exigence requiert que soient réunies certaines conditions, parmi lesquelles on peut citer à titre d'exemple :

- Pouvoir anticiper régulièrement les principaux enjeux ;
- Établir les modalités et éventuellement les priorités en matière d'évaluation ;
- Disposer d'un solide réseau de collaborations au sein de l'administration aussi bien pour l'identification des objets à évaluer que pour leur appui en phase d'analyse ;
- Réussir à mobiliser les ressources (humaines et financières) nécessaires au fonctionnement du dispositif d'évaluation. Plus fondamentalement, cette disposition soulève la question des modalités d'institutionnalisation de l'EIS.

À ce sujet, l'analyse critique de l'expérience québécoise en matière d'EIS (Turgeon et autres, 2005) a clairement souligné le caractère multidimensionnel, à la fois normatif et cognitif, institutionnel et politique, de la mise en œuvre d'une disposition légale contraignante et qui appelle un changement de la culture organisationnelle de l'administration publique.

Le défi du passage d'une logique administrative fonctionnant sur une base verticale et fortement cloisonnée à une logique horizontale, largement ouverte et participative, représente le principal défi à l'institutionnalisation réussie de l'EIS. La mise en perspective des expériences des collectivités locales suisses en la matière (Cantoreggi, 2006 ; Cantoreggi et autres, 2007), dont celle de Genève, a montré à l'évidence que ce changement « paradigmatique » exige que soient réunies un certain nombre de conditions.

Il apparaît tout d'abord que la culture de l'évaluation elle-même se doit d'être consolidée dans la mesure où l'évaluation est pour une bonne part perçue aujourd'hui au sein de la fonction publique comme

relevant du dispositif de sanction plutôt que de celui de l'amélioration continue. Des efforts permanents doivent être entrepris ensuite pour bâtir une définition commune et partagée de la santé, comme celle sur laquelle est fondée la méthodologie de l'EIS. Cette étape s'avère décisive pour lever l'ambiguïté latente quant aux intentions prétendument hégémoniques de la santé sur les autres politiques publiques. Dans le même ordre d'idées, le partage et la diffusion des connaissances sont préférables à la seule et systématique utilisation de l'expertise scientifique, à plus forte raison lorsqu'on prétend manier de l'information qui ne relève plus exclusivement d'une approche par les données probantes issues de la recherche épidémiologique et médicale (Banken, 2001). L'EIS doit enfin s'adapter à la multiplication des outils d'évaluation prospective, particulièrement en matière d'environnement et de développement durable, et expliciter sa spécificité et sa complémentarité par rapport à ces derniers.

Cette réflexion sur la culture organisationnelle ne peut être dissociée de celle sur la disponibilité des ressources, humaines et financières, nécessaires à la mise en œuvre de l'EIS. À ce propos, il faut souligner que les ressources disponibles ou mobilisables et le modèle général retenu pour l'élaboration de l'EIS sont interdépendants. À ce jour, les expériences suisses en matière d'EIS se caractérisent dans l'ensemble par

une disponibilité de ressources relativement limitée, qui n'assure qu'un modèle de mise en œuvre de l'EIS fondée d'une part sur la sélection d'objets ponctuels sur lesquels exécuter des évaluations et, d'autre part, sur la prédilection de l'approche d'évaluation rapide, moins exigeante en ressources et permettant de « découpler » le nombre d'évaluations.

Le glissement vers un modèle plus systématique de sélection et de traitement des objets (politique, programme ou projet) par l'EIS implique une redéfinition dans l'allocation des ressources, notamment si l'EIS a le statut d'exigence légale. L'EIS se trouve dès lors confrontée à la question de son efficacité. Sur ce point, les analyses coût-avantage réalisées à ce jour semblent suggérer que l'EIS rapporte plus qu'elle ne coûte (Atkinson et Cooke 2005; O'Reilly, 2006).

En conclusion, le défi qui attend le canton de Genève dans l'élaboration efficace de l'EIS réside dans la capacité à donner corps à son article de loi en tenant compte des contraintes liées à l'évolution de la culture organisationnelle et à l'allocation des ressources. Le règlement d'application de l'EIS, qui devrait voir le jour en 2008, précisera comment assumer cette tâche complexe. Les modalités de sa mise en œuvre détermineront la place et l'importance que l'EIS aura dans l'avenir parmi les outils d'élaboration des politiques publiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Atkinson, P. et A. Cooke (2005). « Developing a Framework to Assess Costs and Benefits of Health Impact Assessment », *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, n° 7-8, p. 791-798.
- Banken, R. (2001). « *Strategies for Institutionalizing HIA* », Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Cantoreggi, N. (2006). « HIA-approaches in two Cantons of the Romandie », *Health Policy Monitor*, <http://www.hpm.org/survey/ch/a7/2> (page consultée le 29 août 2007).
- Cantoreggi, N. et autres (2007). « HIA in Switzerland: Considerations Concerning the Experience of the Canton of Geneva, Jura and Ticino », *Italian Journal of Public Health*, vol. 4, n° 3, p. 169-175.
- Elliot, E., G. Williams et B. Rolfe (2004). « The Role of Lay Knowledge in HIA », dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment*, Oxford, Oxford University Press, p. 81-90.
- Kemm, J. (2001). « Health Impact Assessment: A Tool for Healthy Public Policy », *Health Promotion International*, vol. 16, n° 1, p. 79-85.
- O'Reilly, J. et autres (2006). *Cost-benefit Analysis of Health Impact Assessment*, York, York Health Economics Consortium.
- Parry, J. et J. Wright (2003). « Community Participation in Health Impact Assessments: Intuitively Appealing but Practically Difficult », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 388.

- Putters, K. (2005). « HIA, the Next Step: Defining Models and Roles », *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, p. 693-701.
- Santé et développement durable et Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones (2006). *Les études d'impact sur la santé dans les Villes-Santé*, Rennes, [brochure accessible en ligne], <http://www.s2d-ccvs.fr/> (page consultée le 30 mars 2008).
- Scott-Samuel, A. (1996). « HIA. An Idea Whose Time Has Come », *British Medical Journal*, vol. 313, p. 183-184.
- Simos, J. (1990). *Évaluer l'impact sur l'environnement*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Turgeon, J. et autres (2005). « Politiques publiques et santé: les dilemmes de l'évaluation prospective », *Administration publique du Canada*, vol. 48, n° 3, p. 328-347.
- Wismar, M. et autres (2007). *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and Limitations of Supporting Decision-making in Europe*, Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

LOIS, PROJETS DE LOIS, ORDONNANCES, INITIATIVES, ACTES PARLEMENTAIRES

République et canton de Genève

- Initiative 129 « Fumée passive et santé » (IN 129) d'avril 2005.
- Loi sur la santé (K 1 03) du 7 avril 2006.
- Mémorial du Grand Conseil, 56^e législature - 1^{re} année - Session 10 (juin 2006) – Séances 45 et 46 du 22 juin 2006.
- Projet de Loi « Lieux publics sans fumée », PL 9517, déposé le 4 avril 2005.
- Projet de loi constitutionnelle (PL 9972) (A 2 00), déposé le 14 décembre 2006.
- Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi sur la santé du Conseil d'État (K 1 03) (PL 9328-A), déposé le 30 août 2005.
- Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la validité et la prise en considération de l'initiative populaire 129 « Fumée passive et santé » (IN 129-A) déposé le 11 janvier 2006.
- Décision du Conseil d'État d'interdire la fumée à l'intérieur des locaux de l'administration cantonale, 10 décembre 2007.

Confédération helvétique

- Initiative parlementaire Gutzwiller, « Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif », 8 octobre 2004.
- Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national sur l'Initiative parlementaire « Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif » et Projet de loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif, 1^{er} juin 2007.
- Avis du Conseil fédéral sur le rapport et le projet de loi précités, 22 août 2007.
- Ordonnance 3, relative à la Loi sur le travail (Hygiène, OLT 3) du 18 août 1993, article 19.

Repères et Références

Télescope a choisi des articles et des ouvrages à lire utilement en complément de ce numéro consacré aux politiques publiques et à l'évaluation de leur impact sur la santé.

■ DES ARTICLES

Strengthening Health, Wellbeing and Equity: Embedding Policy-Level HIA in New Zealand

Par **Louise Signal, Barbara Langford, Rob Quigley et Martin Ward**

Langue: anglais

Social Policy Journal of New Zealand, n° 29, 2006, p. 17-31

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) étant un instrument des politiques publiques, cet article en fait la promotion auprès des responsables politiques néo-zélandais, mais également des dirigeants des agences gouvernementales et des citoyens touchés par ces politiques. Les auteurs présentent trois études de cas, mesurent le rôle et l'influence de l'EIS et conditionnent son avenir au vote d'une législation qui inscrira la pratique dans les délibérations politiques.

Accessible en version électronique par EBSCOHOST

Healthy Public Policy: A Conceptual Cognitive Framework

Par **France Gagnon, Jean Turgeon et Clémence Dallaire**

Langue: anglais

Health Policy, n° 81, 2007, p. 42-55

L'objectif de cet article est d'aider à la compréhension des politiques de santé publique. D'une part, les auteurs montrent l'importance de la notion de sous-système de politiques publiques, d'autre part, ils souhaitent convaincre de la nécessité de considérer à la fois l'étude des processus de décision, l'évaluation prospective des politiques et le transfert des connaissances. Selon eux, débattre du rôle des savoirs, des valeurs et des croyances est essentiel.

Accessible en version électronique par SCIENCE DIRECT

Validating Health Impact Assessment: Prediction Is Difficult (Especially about the Future)

Par **Mark Petticrew, Steven Cummins, Leigh Sparks et Anne Findlay**

Langue: anglais

Environmental Impact Assessment Review, n° 27, 2007, p. 101-107

Dans cet article, les auteurs s'attachent à observer la différence entre la prévision des impacts d'un projet sur la santé et la mesure de ces impacts. L'étude de l'implantation d'un nouvel hypermarché dans un quartier défavorisé de Glasgow révèle par exemple des divergences entre les impacts potentiels et les impacts réels. Ce constat leur donne l'occasion de rappeler la relativité des EIS et le besoin d'approfondir la recherche sur la validité de leurs conclusions.

Accessible en version électronique par SCIENCE DIRECT

Introducing Health Impact Assessment: An Analysis of Political and Administrative Intersectoral Working Methods

Par **Louise Nilunger Mannheimer, Gabriel Gulis, Juhani Lehto et Pirooska Östlin**

Langue: anglais

European Journal of Public Health, vol. 17, n° 5, 2007, p. 526-531

Pour les auteurs de cet article, les politiques publiques de santé et leurs outils, dont l'EIS, nécessitent une prise en charge multidimensionnelle et horizontale par les acteurs. À partir d'une expérience menée en Slovaquie auprès des autorités publiques locales, ils décrivent les obstacles qui se dressent devant eux lorsqu'ils veulent remplacer la voie verticale traditionnelle par une approche intersectorielle, celle-ci permettant seule de rassembler les savoirs multiples disponibles.

Accessible en version électronique par OXFORD JOURNALS

Health Impact Assessment: A Tool to Help Policy Makers Understand Health Beyond Health Care

Par **Brian L. Cole et Jonathan E. Fielding**

Langue: anglais

Annual Review of Public Health, vol. 28, n° 1, 2007, p. 393-412

Constatant l'accroissement de la demande pour des EIS aux États-Unis, les auteurs de l'article soulignent les principes et les méthodes de ces évaluations et en comparent les différentes approches. Ils tirent les leçons des initiatives prises dans d'autres pays, mais aussi des résultats mieux connus des évaluations d'impact sur l'environnement. Ils proposent des solutions pour promouvoir la recherche, mais surtout pour atteindre l'objectif d'améliorer la santé des populations.

Accessible en version électronique par EBSCOHOST

Health Impact Assessment: An International Perspective

Par **Alex Scott-Samuel**

Langue: anglais

NSW Public Health Bulletin, vol. 16, n° 7-8, 2005, p. 110-113

D'après sa définition couramment admise – un ensemble de procédures, de méthodes et d'outils pour juger des effets d'une politique, et de la répartition de ses effets, sur la santé des populations – l'EIS est à la fois une approche prospective et une démarche en faveur de l'équité. Encore balbutiante et contrariée, la pratique est, pour l'auteur, promise à un bel avenir à condition que les organisations internationales l'adoptent formellement dans ses deux volets.

Accessible sur le site du NSW HEALTH

Making Effective Links to Decision-making: Key Challenges for Health Impact Assessment

Par **Eva Elliott et Sarah Francis**

Langue : anglais

Environmental Impact Assessment Review, n° 24, 2005, p. 747-757

À travers l'étude de cinq EIS conduites au pays de Galles, les auteures décrivent les avantages de la démarche en termes de partage d'information entre les partenaires et de meilleure connaissance des déterminants environnementaux de la santé. En revanche, il leur apparaît plus malaisé d'établir un lien direct entre l'EIS et la décision politique. Pour renforcer ce lien, elles suggèrent de l'explicitier et de l'intégrer à la décision dès le début du processus d'EIS.

Accessible en version électronique par SCIENCE DIRECT

Growing the Field of Health Impact Assessment in the United States: An Agenda for Research and Practice

Par **Andrew L. Dannenberg, Rajiv Bhatia, Brian L. Cole, Carlos Dora, Jonathan E. Fielding, Katherine Kraft, Diane McClymont-Peace, Jennifer Mindell, Chinwe Onyekere, James A. Roberts, Catherine L. Ross, Candace D. Rutt, Alex Scott-Samuel et Hugh H. Tilson**

Langue : anglais

American Journal of Public Health, vol. 96, n° 2, 2006, p. 262-270

Ce collectif d'auteurs dresse un bilan des EIS menées aux États-Unis par des instances locales de santé, des planificateurs et autres décideurs politiques, notamment dans le cadre de politiques d'urbanisme ou de transports. Il préconise également la tenue de projets pilotes, la création d'une banque de données, l'augmentation des ressources consacrées à l'EIS, la formation de spécialistes et... l'évaluation de l'efficacité des EIS sur la modulation des politiques de santé publique.

Accessible en version électronique par EBSCOHOST

■ DES OUVRAGES

Health Impact Assessment

Par **John Kemm, Jayne Parry et Stephen Palmer** (sous la direction de) (2004)

Langue : anglais

Éditeur : Oxford University Press

Cet ouvrage est à destination des épidémiologistes, des environnementalistes, des économistes, des spécialistes de la santé publique et bien sûr des décideurs politiques pour les aider en toutes circonstances et en tous lieux à avoir un aperçu des conséquences directes et indirectes, et plus particulièrement des risques, de leurs décisions sur la santé des populations. Outre le rappel des théories et la description des techniques d'EIS, les auteurs font reposer leur argumentation sur des exemples concrets : la construction d'une nouvelle piste dans un aéroport international ou d'une usine de traitement des eaux.

Health Impact Assessment Guidance

Par **Owen Metcalfe, Claire Higgins, Cathal Doyle et Stephen McDowell** (2006)

Langue : anglais

Éditeur : The Institute of Public Health in Ireland

Ce document est la première méthodologie détaillée dont l'objectif est d'éclairer et de guider l'implantation des EIS en Irlande du Nord. Pour ses auteurs, il se veut itératif et s'adresse non seulement aux décideurs politiques, mais également à tous ceux qui s'intéressent aux EIS. Sous une forme simple et pratique, il leur fournit un mode d'emploi pour entreprendre une EIS. À cet effet, ses auteurs définissent l'EIS et en décrivent les étapes. Ils font état de l'expertise accumulée par les praticiens en veillant toutefois à donner les clefs de son adaptation au contexte local.

Strategies for Institutionalizing HIA

Par **Reiner Banken** (2001)

Langue : anglais

Éditeur : European Centre for Health Policy

Si nombreuses sont les initiatives en matière d'EIS à travers le monde, et spécialement en Europe, que l'auteur, citant Scott-Samuel, avance que « l'heure de l'EIS est venue ». Pour profiter de cette opportunité, on doit d'abord connaître la nature des décisions de politiques publiques et situer la place de l'EIS dans leur préparation. Par la suite, l'efficacité et la durabilité qu'on aura

su donner à la pratique seront les préalables propices à son institutionnalisation dans les processus décisionnels existants, quelles qu'en soient la durée et la variété des acteurs et des projets.

The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and Limitations of Supporting Decision-making in Europe

Par **Matthias Wismar, Julia Blau, Kelly Ernst et Josep Figueras** (sous la direction de) (2007)

Langue : anglais

Éditeur : European Observatory on Health Systems and Policies, The Cromwell Press

L'ouvrage est divisé en cinq parties. Dans la première, les auteurs rappellent les définitions de l'EIS et reviennent sur les concepts, les méthodes et les résultats des EIS déjà tenues. Dans la deuxième partie, ils cartographient les EIS en Europe (échelons politiques décisionnaires, fréquences, secteurs, caractéristiques...). Ils relatent, dans la partie III, neuf études de cas dans neuf pays différents. Dans la partie IV, ils évoquent l'intégration des EIS dans d'autres processus d'évaluation si possible obligatoires et ils complètent dans la dernière partie l'analyse des éléments constitutifs de l'EIS en révélant leur efficacité en dehors de toute proximité avec la décision politique.

The Need for Health Impact Assessment: Screening the Terms of Reference of Swedish Official Government Reports

Par **Louise Nilunger, Liselotte Schäfer Elinder, Carina Källestål, Bosse Pettersson et Henrik Moberg** (2004)

Langue : anglais

Éditeur : National Institute of Public Health

La politique suédoise en matière de santé publique met l'accent sur une approche multidisciplinaire et multisectorielle de sa protection et de sa promotion en désignant onze domaines d'action basés sur les principaux déterminants de la santé. Dans cette perspective, le but des auteurs de cet ouvrage est d'évaluer le besoin et le potentiel des EIS en recensant, dans chaque ministère et pour les onze domaines précités, les cas où une EIS a été envisagée, décidée ou menée, explicitement ou implicitement et surtout à quel moment et avec quelle intensité elle a été intégrée au processus décisionnel.

La mise en œuvre et l'institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé en Europe

Par **Matthias Wismar**, Health Policy Analyst, European Observatory on Health systems and policies, WHO European Centre for Health Policy • mwi@obs.euro.who.int

Julia Blau, Research Officer, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO European Centre for Health Policy • jbl@obs.euro.who.int

Kelly Ernst, Research Officer, European Observatory on Health systems and policies, WHO European Centre for Health Policy • ker@obs.euro.who.int

Eva Elliott, Senior Research Fellow, Cardiff Institute of Society, Health and Ethics, Cardiff University • ElliottE@cf.ac.uk

Alison Golby, Research Associate, Cardiff Institute of Society, Health and Ethics, Cardiff University • GolbyA@cf.ac.uk

Loes van Herten, Team Manager, Netherlands Organisation for Applied Scientific Research (TNO) • LM.vanHerten@pg.tno.nl

Teresa Lavin, Public Health Development Officer, Institute of Public Health in Ireland • teresa.lavin@publichealth.ie

Marius Stricka, Researcher, Kaunas University of Medicine • stricka@kmu.lt

et **Gareth H. Williams*** Professeur, École des sciences sociales, Cardiff University • WilliamsGH1@cf.ac.uk

Traduit de l'anglais¹

Le présent article a pour objet d'analyser la mise en œuvre et l'institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé (EIS) en Europe². Il contribue aux débats sur les voies de progrès possibles pour les EIS et sur leur contribution potentielle à la concrétisation du principe de la « santé dans toutes les politiques ». Les auteurs s'interrogent aussi sur l'institutionnalisation de l'EIS : compte tenu de leurs différences, est-elle réellement applicable à tous les pays concernés par la recherche ?

Au demeurant, la discussion sur la mise en œuvre des EIS a porté pour l'essentiel sur cette question de leur institutionnalisation. C'est un concept multidimensionnel dont la définition diffère selon les disciplines, la sociologie, la science politique ou la théorie organisationnelle, par exemple (Banken, 2001). Dans le débat sur les EIS, l'institutionnalisation s'entend de leur intégration systématique dans les processus décisionnels. Elles seraient alors intrinsèques des règles et des procédures que suivent habituellement

les organismes décisionnaires, lesquels doivent saisir l'effet catalyseur des EIS dans le cadre d'une action intersectorielle pour la santé (Banken, 2003).

Cette approche est toutefois critiquée : d'une part, l'impartialité du praticien de l'EIS serait un frein à l'expression de la diversité des sensibilités politiques, et d'autre part, l'homologation de la méthodologie devrait précéder l'institutionnalisation. Il est vrai que les experts s'affrontent encore sur divers aspects : la qualité de la prédiction, la quantification des impacts, l'analyse de la dissémination des effets dans une population donnée, le rôle du praticien et la participation de la population (Kemmer, 2005a, 2005b). De surcroît, il est évident que chaque pays devra trouver sa propre formule d'institutionnalisation des EIS selon la singularité de son contexte national (Banken, 2003).

Bien que parfaitement recevables, ces arguments ne sauraient s'opposer à l'institutionnalisation qui demeure en l'état une perspective importante voire indispensable des EIS. En voici les raisons :

- Uniquement ponctuelles, les EIS pourraient se révéler opportunistes, c'est-à-dire réalisées à l'appui presque

* La liste des autres contributeurs figure à la fin de l'article.

¹ Cet article est une traduction du chapitre 12 d'un ouvrage publié en anglais : Wismar, M. et autres (2006). « Implementing and Institutionalizing Health Impact Assessment in Europe », dans T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen et K. Leppo (dir.), *Health in All Policies: Prospects and Potentials*, Ministry of Social Affairs and Health.

² La recherche a bénéficié du financement de l'Union Européenne dans le cadre d'un programme de travail sur la santé publique (*Public Health Work Programme*, entente de subvention 2003101). Les auteurs en assument l'entière responsabilité.

explicite d'une décision stratégique. Cette dérive les priverait de toute crédibilité ;

- Il est peu probable que des EIS ponctuelles répondent à des priorités fondées sur des critères définis. La conduite d'un nombre élevé d'EIS dans un pays donné ne signifie pas nécessairement que les politiques et les décisions ayant de fortes répercussions sur la santé, et donc censées être prioritaires, feront l'objet d'une EIS ;
- Non institutionnalisées, les EIS dépendront de la conviction de dirigeants politiques et administratifs isolés ou de l'engagement de collectivités ;
- L'utilisation des résultats d'EIS non institutionnalisées peut subir les aléas des instabilités politiques ;
- Non institutionnalisées, les EIS auront peu de chances d'être prises en compte par les décideurs si leurs résultats prévoient la nocivité des effets de la décision en instance sur la santé. Ce cas de figure est déjà familier des praticiens des EIS.

Ne concluons pas de cet argumentaire que les EIS « sporadiques » n'ont aucune valeur, il en désigne simplement les limites.

Dans cet article, nous souhaitons montrer que l'institutionnalisation des EIS n'est pas vouée à l'échec, au contraire. Bien que certains pays aient d'ores et déjà institutionnalisés en partie les EIS, on doit agir pour que d'autres considèrent favorablement cette alternative. L'institutionnalisation exige en effet une volonté politique ferme. Elle implique une gestion rigoureuse et la mise à disposition de ressources et elle requiert des efforts et une attention permanente. Il faut également tenir compte du fait que certains pays ont, plus que d'autres, une culture et une capacité en santé publique qui favorisent l'institutionnalisation de l'EIS.

Pour résumer les éléments probants présentés ci-après, on dira que la mise en œuvre et l'institutionnalisation des EIS demeurent inachevées dans tous les pays. Aucun d'eux n'en a pleinement structuré la gestion ni dégagé un financement et des ressources. Cette pusillanimité représente le principal obstacle au développement des EIS et elle explique leur inégale répartition en Europe. Néanmoins, l'institutionnalisation des EIS progresse et nombreux sont les

gouvernements nationaux, régionaux et locaux qui ont décidé de mesures en ce sens.

Les échelons infranationaux éprouvent cependant de la difficulté à s'approprier ces évaluations. Dans certains cas, la politique ne donne pas lieu à une réglementation, alors qu'à l'inverse, des réglementations semblent être édictées sans vision politique. Hormis quelques exceptions notables, on ne dispose pas assez d'information sur la santé et le sous-financement tempère l'enthousiasme des praticiens. Jusqu'à maintenant, seuls quelques pays ont investi dans des EIS, c'est-à-dire qu'ils ont alloué des budgets substantiels pour dégager des ressources et conduire des évaluations.

Qui plus est, on possède peu de renseignements avérés sur les coûts des différents types d'EIS. Nombre d'organisations et d'institutions consacrent des ressources aux EIS et à la consolidation de leur potentiel et il est possible de noter une certaine complémentarité ou une concertation des activités. Au sein de notre échantillon, la mise en œuvre des EIS est assez bien appréhendée. D'après nos observations, la plupart des pays ont créé des organismes responsables, à la fois centres de coordination et leaders technologiques, pour appuyer la commande, l'organisation, la gestion et la supervision d'EIS. Très variable d'un pays à l'autre, le leadership des évaluations est confié, selon le type et le sujet des EIS, à des administrations d'État, des instituts publics, des universités, des firmes de recherche privées ou des experts indépendants. Certains États sont même parvenus à imbriquer étroitement la décision en attente et le déclenchement du processus d'EIS. Cependant, ce lien est moins solide dans la plupart des pays, les EIS dépendant plus d'initiatives isolées et volontaires. Enfin, certains États ont également réussi à établir une continuité entre les EIS et la communication de leurs résultats aux décideurs.

Cette introduction sera suivie d'une brève description des données et de la méthodologie, puis d'une étude comparative de la mise en œuvre et de l'institutionnalisation des EIS, laquelle se scinde en quatre sous-sections consacrées respectivement à la gestion, au financement, au renforcement du potentiel et à la réalisation des EIS. Finalement, les résultats de l'étude seront analysés en regard du principe de la santé dans toutes les politiques et de l'évolution future des EIS.

Les données et la méthodologie³

Les résultats et l'analyse présentés dans cet article sont fondés sur un exercice de cartographie mené en 2005. Pour éviter les malentendus, on précisera les trois limites de cet exercice en termes de représentativité des résultats :

- Exhaustives au niveau national, les recherches n'ont porté que sur une seule région et une seule localité de référence aux échelons infranationaux. On ne peut donc en aucune façon mesurer les divergences entre les entités régionales et locales des pays;
- Partant de l'hypothèse que la mise en œuvre et l'institutionnalisation des EIS peuvent avoir des contours différents selon les pays, on a évité d'imposer une définition unique des EIS. On a donc demandé aux équipes de recherche de retenir les EIS qui répondaient à la définition en cours dans leur pays. Ainsi, dans certains lieux, les EIS sont assimilées aux évaluations environnementales, aux études d'anthropisation ou à d'autres formes d'études d'impact intégrées. La variabilité des EIS de notre échantillon est donc conséquente. Comme la recherche visait à mieux comprendre les diverses formes de mise en œuvre et d'institutionnalisation

des EIS, il est important d'analyser ces variations⁴ et d'en rendre compte;

- Certains pays n'ont pas répondu au questionnaire, ou l'on fait de manière partielle. Par exemple, l'information sur la situation en Hongrie n'a trait qu'à l'échelon national et la réponse portugaise est incomplète.

Malgré ces limites, force est de préciser que cet exercice de schématisation de la mise en œuvre et de l'institutionnalisation des EIS en Europe est le plus complet et le plus détaillé réalisé à ce jour.

L'étude comparative de la mise en œuvre et de l'institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé

Il n'existe actuellement aucun cadre conceptuel pour analyser la mise en œuvre et l'institutionnalisation des EIS. Pour faciliter cette analyse à caractère comparatif, nous nous appuyons sur les concepts élaborés dans la recherche sur les systèmes de santé (Organisation mondiale de la Santé, 2000), c'est-à-dire principalement sur la présomption que les systèmes fonctionnent à partir d'objectifs précis, par exemple la santé de la population, les attentes non médicales des patients

³ La recherche à l'origine de cet article a pris la forme d'un exercice de cartographie exploratoire qui avait pour objectif de répondre à la question suivante : comment l'EIS est-elle utilisée en Europe ? Chaque pays était invité à donner sa propre définition, à expliciter son interprétation et à recenser les mises en œuvre de l'EIS aux niveaux national, régional et local. Afin de découvrir les dimensions importantes de la mise en œuvre et de l'institutionnalisation des EIS, le cadre conceptuel a été établi à partir de l'analyse de seize documents (conférences de consensus, glossaires et publications phares...). Ce travail a permis de clarifier la terminologie utilisée dans la recherche. Des notions issues de la recherche sur les systèmes de santé, telles que administration générale, création de ressources et prestation de services, ont par ailleurs inspiré la formulation de ce cadre conceptuel.

Sur le plan opérationnel, la recherche a été conduite entre janvier et juillet 2005 par 22 équipes de chercheurs de 19 pays. Chacune d'entre elles était invitée à remplir un questionnaire semi-structuré s'inspirant du cadre conceptuel en s'appuyant sur la littérature grise et scientifique du pays concerné. Ce questionnaire a fait l'objet de discussions avec les partenaires, d'une révision par un comité externe, d'un prétest et d'une dernière révision par le groupe directeur du projet. Il a été rempli par les 22 équipes de chercheurs à qui avaient été fournies les instructions détaillées nécessaires. Toutes les EIS de niveau national et une sélection d'EIS des niveaux régional et local étaient visées par le questionnaire. Celui-ci abordait quatre thématiques : la terminologie et les enjeux généraux ; les systèmes d'EIS différenciés selon le palier territorial ; l'information propre à chaque EIS ; le volet sanitaire dans les autres évaluations. Un processus d'aller-retour de l'information entre le groupe directeur et les équipes de recherche des 19 pays a permis de vérifier le degré de complétude de l'information. Ainsi, une grande partie des données recensées ont été diffusées dans Internet afin de permettre une discussion entre les partenaires sur la validité des résultats. La recherche couvre les EIS menées dans ces pays durant une période de quinze ans, de janvier 1990 à juin 2005.

⁴ L'utilisation de la définition nationale de l'EIS comme critère d'inclusion a des incidences non négligeables. Au sens strict, la définition suédoise renvoie par exemple à des questions de genre et d'équité. Par conséquent, un grand nombre d'études d'impact environnemental, comportant un volet sur la santé, menées par la sécurité routière suédoise et d'autres autorités publiques, ont été écartées de la recherche.

et des citoyens ou bien la distribution équitable du fardeau financier dans le secteur de la santé. L'atteinte de ces objectifs dépend de l'administration générale du système, parfois qualifiée de bonne gouvernance, de son financement, de la disponibilité des ressources et de sa mise œuvre effective. Ces fonctionnalités peuvent être fractionnées en de nombreuses tâches. Nous avons axé notre recherche sur certaines d'entre elles et sur des aspects clefs de ces fonctionnalités. Les études de cas référencées dans l'article dessinent parfois un tableau plus large du contexte.

L'une des raisons expliquant le choix de ce cadre conceptuel est son degré d'abstraction. D'une part, il permet de comparer différentes approches, ce qui rejoint la diversité institutionnelle, sociale et économique de l'Europe. D'autre part, il évite d'imposer une définition restrictive des EIS, ce qui, là encore, permet de prendre en compte l'hétérogénéité des démarches.

■ L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

Parce qu'il se préoccupe du bien-être de sa population, le gouvernement exerce la principale – quoique non exclusive – responsabilité de la gestion globale des EIS. À cet effet, il doit fournir l'encadrement juridique et le soutien financier des EIS et veiller à leur adéquation avec le principe de la santé dans toutes les politiques. On peut répartir cette tâche de supervision en trois segments: la formulation des politiques (vision, valeurs,

programmes, type d'évaluation, etc.), le leadership d'influence (promotion, étalonnage des processus, participation des intervenants, recherche de consensus, encouragements et mises en garde, etc.) et la collecte et la diffusion de l'information sur la santé (Organisation mondiale de la Santé, 2000; Saltman et Ferrousier-Davis, 2000; Travis et autres, 2003).

Les deux sous-sections suivantes sont axées sur des aspects de l'administration générale des EIS. La première fait état des politiques, des réglementations et d'autres moyens choisis pour entériner les EIS, alors que la seconde donne un aperçu des particularités de l'information sur la santé dans la perspective des évaluations.

L'endossement gouvernemental : politiques, réglementations et autres

Pour comprendre comment les gouvernements et leurs ministères remplissent leur rôle de gestionnaire des EIS, on a recensé les moyens auxquels ils font appel pour agréer les EIS. Les gouvernements appuient-ils officiellement la réalisation d'EIS? Ont-ils alors recours à des politiques, à des lois et règlements⁵ ou à d'autres moyens pour encadrer la pratique et lui donner une assise?

Comme le montre le tableau 1, presque tous les pays visés par la recherche déclaraient au moins une politique, une réglementation ou un autre moyen d'approbation, soit au palier national, soit aux échelons de la région ou de la localité de référence.

TABLEAU 1 : PAYS PAR PAYS, LES CHOIX GOUVERNEMENTAUX POUR FONDER ET ENCADRER LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

	AUTRICHE	BELGIQUE	DANEMARK	ANGLETERRE	FINLANDE	ALLEMAGNE	HONGRIE	IRLANDE	ITALIE	LITUANIE	MALTE	PAYS-BAS	IRLANDE DU NORD	POLOGNE	PORTUGAL	SLOVAQUIE	SLOVÉNIE	ESPAGNE	SUÈDE	SUISSE	PAYS DE GALLES
National	A	A		P	P	A	P	A		A	R	A	P	R	A	P	R		P		P
Région de référence		R	A	A		R								R		R			P	R	
Localité de référence		P	P			R			A	A		R	A	R		P			P		A

P: politique

R: réglementation

A: autres moyens d'approbation

⁵ La réglementation est interprétée au sens large de l'ensemble des instruments juridiques.

Un des exemples les plus connus d'une politique intégrée des EIS est celle adoptée par l'Angleterre en 1999 et qui s'intitule *Saving Lives: Our Healthier Nations* (Secretary of State for Health, 1999). Elle a depuis été remplacée par une politique sur la santé publique plus récente, ce qui laisse présager que les impacts sur la santé des politiques publiques (à l'exception de celles de la santé) doivent être régulièrement réexaminés et réactualisés. Des dispositions détaillées n'ont toutefois pas été prévues à cet effet (Department of Health, 2004). Au pays de Galles, les EIS apparaissent dans les documents de politique générale dès 1999 (voir encadré).

En Allemagne, notre région de référence était le Länder de Rhénanie-du-Nord-Westphalie. La loi sur le service de santé publique adoptée par son gouvernement est un exemple de réglementation promulguée à l'échelon régional. Cette loi scelle en principe le fondement juridique des EIS et attend des services de santé publique qu'ils participent à tous les processus de planification. Une disposition semblable existe dans le Länder de Saxe-Anhalt.

L'information disponible sur la santé pour les évaluations d'impact sur la santé

Les exigences relatives à l'information sur la santé peuvent être très élevées. Elles concernent l'accessibilité des renseignements sur l'état de santé de la population et sur ses déterminants, y compris aux paliers régional et local si l'EIS est menée dans un espace infranational.

En dehors des données sur la santé de la population et sur ses déterminants, l'information doit renseigner sur la préparation et la conduite des EIS (les concepts, les méthodes, les outils et les éléments probants). Des sites Web, des banques de données et de nombreux documents consacrés aux EIS ont été consultés pour tous les pays, sans faire de distinction entre les strates territoriales parce que l'information sur la santé est d'intérêt général et qu'elle est utilisée à tous les niveaux (tableau 2).

Manifestement, dans de nombreux pays, les praticiens des évaluations reçoivent peu de soutien pour la collecte de l'information dont ils ont besoin. Ils doivent se fier à leurs expériences personnelles et activer

leurs propres réseaux lorsqu'ils planifient et réalisent des EIS. Ils peuvent aussi se référer à l'information publiée ailleurs, mais ils se heurtent alors parfois à des problèmes de transférabilité.

L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ ET LA GOUVERNANCE AU PAYS DE GALLES

L'Assemblée nationale du pays de Galles a été créée en juillet 1999. Elle offre en partie aux Gallois la maîtrise sur leurs propres affaires et leur permet de mettre en place des politiques répondant à leurs besoins précis dans de nombreux domaines, dont celui de la santé. Dès le début de ses activités, la nécessité d'améliorer la santé et d'en réduire les inégalités a fait partie de ses priorités. Plusieurs documents politiques et stratégiques ont été publiés pour mobiliser tous les secteurs, tous les ordres de gouvernement et la société dans son ensemble pour l'amélioration de la santé. Les mesures incitant la population à adopter une meilleure hygiène de vie ont été accompagnées d'un examen plus large des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. L'Assemblée galloise est favorable à une intégration des politiques et des programmes et, dans cette perspective, à l'utilisation des EIS.

L'évaluation d'impact sur la santé est un instrument jugé pratique et efficace pour comprendre les réalités et les contraintes des processus de planification et de prise de décision. À la suite de la parution du document d'orientation national initial, *Developing Health Impact Assessment in Wales* (National Assembly for Wales, 2000), un programme a été mis en place avec entre autres la création d'un service gallois de soutien des EIS, la Welsh Health Impact Assessment Support Unit. À tous les échelons, l'intérêt de l'EIS est rappelé et son emploi recommandé. La Welsh Local Government Association et le National Public Health Service for Wales appuient l'utilisation des EIS et travaillent en étroite collaboration avec le service de soutien. Les 22 administrations locales et leurs agences sanitaires correspondantes ont une obligation réglementaire d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer les stratégies locales de santé, de soins sociaux et de bien-être. Mis en évidence dans le cadre des stratégies choisies, le rôle de l'EIS a fait l'objet d'un document intitulé *Improving Health and Reducing Inequalities: A Practical Guide to Health Impact Assessment* (Welsh Health Impact Assessment Support Unit) que le gouvernement de l'Assemblée galloise a publié en novembre 2004.

Le service gallois de soutien des EIS a été créé pour que les organismes et les groupes à l'extérieur de l'Assemblée galloise puissent s'approprier cette approche partout dans le pays. Le service possède un programme multidimensionnel de renforcement du potentiel. L'Assemblée galloise finance le service par l'entremise du Wales Centre for Health, un nouvel organisme public indépendant dont la mission est de corriger les inégalités, d'informer et de conseiller la population, de tisser des réseaux, de conclure des partenariats, d'entreprendre ou de commander des recherches et de contribuer à la formation et à l'éducation en santé publique. La subvention couvre les salaires de deux travailleurs chargés du développement et autorise la communication et la diffusion de connaissances, notamment grâce à un site Web. Le service se trouve dans les locaux du Cardiff Institute of Society, Health and Ethics de l'école des sciences sociales de l'Université de Cardiff. Cette proximité géographique offre une opportunité maximale pour lier la pratique à la recherche universitaire.

TABLEAU 2 : PAYS PAR PAYS, LES CHOIX GOUVERNEMENTAUX POUR FONDER ET ENCADRER LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

	AUTRICHE	BELGIQUE	DANEMARK	ANGLETERRE	FINLANDE	ALLEMAGNE	HONGRIE	IRLANDE	ITALIE	LITUANIE	MALTE	PAYS-BAS	IRLANDE DU NORD	POLOGNE	PORTUGAL	SLOVAQUIE	SLOVÉNIE	ESPAGNE	SUÈDE	SUISSE	PAYS DE GALLES	
Site Web d'EIS				✓	✓			✓			✓	✓	✓							✓		✓
Base de données d'EIS				✓	✓							✓										✓
Revue d'EIS	✓	✓	✓	✓	✓	✓						✓										✓

■ LE FINANCEMENT ET LES COÛTS DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

Dans cette sous-section, nous examinons les dispositifs mis en place pour financer les EIS dans les pays choisis pour notre recherche ainsi que l'information recueillie sur leurs coûts.

Le financement

À l'exception de l'Angleterre, de l'Irlande du Nord, du pays de Galles, de l'Irlande et des Pays-Bas, rares sont les budgets alloués à des services, à des centres ou à des instituts spécialisés dans la promotion des

EIS. Dans certains cas, un poste budgétaire est réservé aux EIS dans le budget général d'instituts nationaux ou régionaux, mais le plus souvent, les EIS sont dotés à même les budgets ordinaires d'instituts ou d'administrations locales.

Huit pays déclarent l'existence de sommes destinées précisément aux EIS au niveau national (tableau 3). Des régions et des localités de référence ont également déclaré des budgets consacrés aux EIS, mais ils demeurent absents du tableau, car à ces niveaux, on présume l'existence de budgets non identifiables. Dans la plupart des cas, il a été impossible de quantifier les budgets.

TABLEAU 3 : LES BUDGETS ALLOUÉS AUX ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ AU NIVEAU NATIONAL

	AUTRICHE	BELGIQUE	DANEMARK	ANGLETERRE	FINLANDE	ALLEMAGNE	HONGRIE	IRLANDE	ITALIE	LITUANIE	MALTE	PAYS-BAS	IRLANDE DU NORD	POLOGNE	PORTUGAL	SLOVAQUIE	SLOVÉNIE	ESPAGNE	SUÈDE	SUISSE	PAYS DE GALLES	
National				✓				✓				✓	✓	✓			✓			✓		✓

Comme en témoignent les exemples suivants, les pays n'ont aucune approche commune en ce qui a trait aux budgets réservés aux EIS. L'Institute of Public Health d'Irlande, qui assure des services pour l'Irlande et l'Irlande du Nord, reçoit des fonds pour la mise en œuvre d'EIS du ministère de la Santé et de l'Enfance de l'Irlande et du ministère de la Santé, des Services sociaux et de la Sécurité publique de l'Irlande du Nord. Au pays de Galles,

l'appui aux EIS est subventionné par le gouvernement de l'Assemblée nationale galloise. Le titulaire du budget est le Wales Centre for Health, nouvel organisme national dont les mandats sont de diffuser de l'information sur la santé publique, de repérer les tendances, de mener des études sur les risques pour la santé et le bien-être et de former des spécialistes en santé publique avec une vocation multidisciplinaire. En Pologne, le ministère de la Santé finance les EIS dans

le cadre de sa responsabilité politique générale. L'inspecteur sanitaire en chef est titulaire du budget. En Slovénie, à l'échelon national, le ministère de la Santé prévoit un budget modeste pour les EIS à destination du National Institute of Public Health. Le montant en est arrêté après comptage des heures de travail du personnel. Ce budget slovène n'est toutefois pas pérenne, il est accordé au cas par cas.

En Angleterre, le Public Health Development Fund affecte des fonds aux EIS. Pour l'exercice 1999-2000, 9 millions de livres ont été dépensées à l'appui de la stratégie générale de santé publique, comprenant les EIS, mais également l'élaboration de neuf observatoires régionaux de la santé publique et le renforcement de la lutte contre les maladies infectieuses (Secretary of State for Health, 1999). Parmi les exemples de l'implication des observatoires de la santé publique dans les EIS, citons l'Observatoire de la santé de Londres qui a rédigé un programme de travail et nommé un responsable des EIS et l'Observatoire de la santé publique du Yorkshire et de Humber qui a dégagé un poste pour l'étude intégrée des impacts sur la santé (Hill et autres, 2005).

La budgétisation des EIS est également une préoccupation des instances régionales et locales. Dans la région de référence de Rhénanie-du-Nord-Westphalie, des EIS sont financées en partie sur le budget de l'Institut de santé publique du Länder, organisme qui participe lui-même des engagements budgétaires du ministère allemand de la Santé. En Suisse, le financement vient du ministère de la Santé et des Affaires sociales et il est géré par le bureau de la santé publique.

En Belgique, l'organisation non gouvernementale Leuven Local Agenda 21 semble avoir obtenu une subvention pour mener des EIS. Elle lui est attribuée par le conseil municipal qui, lui, reçoit ses subsides du gouvernement flamand, du gouvernement de la province de Vlaams-Brabant et du budget général des villes et des collectivités locales. Toujours à l'échelon municipal, ce sont les organismes responsables localement de la santé qui financent les EIS en Allemagne. En Finlande, la ville de Jyväskylä avait un budget à consacrer à ce type de projet.

LE FINANCEMENT DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ AUX PAYS-BAS

Aux Pays-Bas, l'intérêt accordé aux EIS a évolué. En 1996, le ministère de la Santé, du Bien-être social et des Sports a créé un bureau de la politique intersectorielle au sein de l'École nationale de santé publique. Ce bureau devenait l'organisme gouvernemental responsable, d'une part, de commander des EIS expérimentales sur des propositions de politique nationale et, d'autre part, d'élaborer une méthodologie des EIS, y compris la mise en place d'un réseau d'organismes spécialisés. Le budget annuel alloué par le ministère de la Santé au bureau de la politique intersectorielle est passé de 230 000 euros en 1996 à 340 000 euros en 2001.

En 2003, le ministère de la Santé a mis fin au financement du bureau de la politique intersectorielle. Il a plutôt décidé de financer un certain nombre de projets de recherche interreliés et d'appuyer les initiatives des municipalités en la matière. L'Institut national de santé publique et environnementale a repris des fonctions du bureau de la politique intersectorielle, dont la recherche, la mise en réseau et la communication. Jusqu'en 2006, une part du budget de l'Institut a été réservée à cet effet. En outre, des sommes ont été dégagées pour deux études doctorales sur les EIS : la première porte sur l'élaboration d'instruments d'analyse de l'influence des processus administratifs sur les politiques de santé publique, l'autre a pour objectif de développer des outils d'analyse et de quantification de l'impact des politiques sur la santé publique.

Les coûts d'une évaluation d'impact sur la santé

Parfois très élevés, les coûts des EIS constituent un obstacle à leur généralisation surtout lorsque le fardeau financier n'est pas distinctement endossé par une ou plusieurs institutions (Krieger et autres, 2003). De surcroît, ils doivent être proportionnels à l'importance admise de la décision à prendre (Atkinson et Cooke, 2005). Différents scénarios d'EIS rendent nécessaire l'emploi de différentes méthodes d'analyse et la prévision des coûts peut varier considérablement d'une EIS à l'autre. Une EIS de petite envergure (mini EIS) ou assistée par ordinateur (EAO) consommera de toute évidence moins de ressources qu'une EIS de grande ampleur (maxi EIS) ou exhaustive. Il serait donc avantageux d'esquisser un tableau des divers types d'EIS et des coûts s'y rattachant. Malheureusement, en dépit de l'intérêt croissant pour l'étude des EIS, on ne détient que des renseignements fragmentaires par rapport à leurs coûts.

On trouve actuellement des estimations des coûts dans les *Merseyside Guidelines*. Calculé à partir de trois projets, le coût moyen d'une EIS s'élèverait à 18 000 euros⁶, dont 15 000 euros de dépenses de

⁶ Toutes les sommes de ce paragraphe ont été converties en euros et arrondies.

personnel (temps accordé par le praticien et le personnel de soutien) (Scott-Samuel, Birley et Ardem, 1998). Pour autant, les coûts de l'EIS conduite à l'occasion de l'extension de l'aéroport de Doncaster Finningley, achevée en 2000, ont été évalués entre 76 000 et 101 000 euros en dépenses de personnel et à 25 000 euros pour la mise en œuvre et la diffusion des résultats (Abdel Aziz, Radford et McCabe, 2004). Le coût de l'EIS du Dulwich Healthy Living Centre, réalisée en 2003, a été estimé à 36 000 euros (Atkinson et Cooke, 2005).

Sur les 158 EIS analysées lors de notre enquête, nous avons eu accès à des renseignements sur les coûts engagés dans 15 cas seulement (tableau 4).

■ LA CRÉATION DE RESSOURCES POUR LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

L'allocation de ressources pour l'EIS offre des données précises sur cette pratique. Les clefs résident dans la formation des praticiens et la création de services de soutien. Il peut y avoir un enrichissement réciproque entre la consolidation du potentiel et l'information sur la santé, car les services de soutien seraient à même de fournir les renseignements sur la santé, renseignements nécessaires à la réalisation d'une EIS. Le prochain encadré nous éclaire à cet égard à travers l'exemple irlandais.

TABLEAU 4: LES COÛTS D'UNE ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ¹

PAYS	ANNÉE	NIVEAU	TYPE	SECTEUR	SUJET	COÛTS
Belgique	2001	Régional	Maxi/exhaustive	Transport	Bruit, pollution, stress	25 000 €
	2004	Régional	Standard/intermédiaire	Environnement	Pollution	20 000 €
Lituanie	2004	Local	Standard/intermédiaire	Multisectoriel	Bruit, pollution, déchets, stress, milieu de travail	4 600 €
Irlande du Nord	2002	Régional	Standard/intermédiaire	Soins sociaux	Accès à l'information et aux services	29 000 €
Irlande	2004	Local	Maxi/exhaustive	Transport	Circulation	63 000 € disponible ²
	2004	Local	Standard/intermédiaire	Logement/aménagement urbain	Aménagement urbain	10 000 €
Slovénie	1994	Local	Standard/intermédiaire	Énergie	Pollution,	10 000 €
	1994	Local	Mini/EAO	Logement/aménagement urbain	Autre pollution, contamination, infestation	1 000 €
	1998	Local	Mini/EAO	Tourisme	Autre pollution des eaux de baignade	2 000 €
	1997	Local	Mini/EAO	Industrie	Autre pollution acoustique, de l'air, de l'eau	2 000 €
	2004	Local	Mini/EAO	Industrie	Pollution	5 500 €
Pays de Galles	2000	Local	Maxi/exhaustive	Emploi	Logement, économie	33 000 € ³
	1999	Local	Maxi/exhaustive	Transport	Pollution	81 000 € ⁴
	2002	Local	Maxi/exhaustive	Logement/aménagement urbain	Bruit, stress, conditions de vie	7 000 €
	2001	Local	Maxi/exhaustive	Logement/aménagement urbain	Changement communautaire, santé, bien-être, logement, qualité de l'air intérieur, environnement	145 000 € ⁵

¹ Les sommes en monnaies nationales ont été converties en euros et arrondies.

² Dans le cadre de cette EIS, 65 000 brochures ont été diffusées dans les ménages; 10 000 euros ont servi à l'étude.

³ Une évaluation d'impact social et sanitaire comprenait des questionnaires que tous les ménages devaient remplir.

⁴ Les sommes ont été dépensées sur une période de trois ans. Les relevés se faisaient à l'aide de questionnaires, de témoignages personnels, de tests de la fonction pulmonaire et des mesures des niveaux de pollution de l'air.

⁵ Les coûts élevés de l'évaluation d'impact galloise sont à rapprocher de la méthodologie choisie. En plus des données sanitaires courantes, on a recueilli des données détaillées auprès de 300 ménages à trois reprises: un an avant les travaux de rénovation, peu de temps avant et après. On a eu recours à un système d'information géographique perfectionné pour modéliser la collectivité.

Le tableau 5 récapitule des données cumulatives sur les institutions et les organisations qui détachent des ressources pour les EIS. Il en montre la quantité et la variété. Le total d'une ligne excède le nombre de pays étudiés, car plusieurs institutions et organisations prennent part dans un même pays au développement des EIS. À l'inverse, des pays (un pour le

palier national, deux pour le régional et un pour le local⁷) ont indiqué ne pas disposer de ressources ni s'investir dans la consolidation des EIS. À maintes reprises, la participation des gouvernements, des organismes gouvernementaux et des universités a été mise en exergue.

TABLEAU 5: LES INSTITUTIONS ET LES ORGANISATIONS PARTICIPANT À LA MISE À DISPOSITION DE RESSOURCES ET AU RENFORCEMENT DU POTENTIEL

	GOUVERNEMENT	ORGANISME GOUVERNEMENTAL	ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE	ASSOCIATION DE SANTÉ PUBLIQUE	UNIVERSITÉ	AUTRES	AUCUNE
Échelon national	4	5	6	1	12	8	1
Région de référence	13	14	7	7	6	7	2
Localité de référence	5	7	6	1	8	4	1

Une fois de plus, l'interprétation des données du niveau infranational doit se faire avec prudence, car, rappelons-le, la recherche n'a porté que sur une seule région et une seule localité de référence par pays.

La Suède illustre la complémentarité des institutions dans la progression, en termes de ressources et de potentialité, des EIS. En prenant pour modèle le consensus de Gothenburg, l'Institut national de santé publique suédois détermine la méthodologie aux trois niveaux, national, régional et local. Parmi ses projets, figurent :

- l'appui à la conduite d'EIS dans le cadre de travaux d'organismes gouvernementaux de différents secteurs;
- l'emploi des EIS dans le cadre du développement social régional durable;
- l'élaboration d'une méthodologie des EIS à l'usage des municipalités;

- la réalisation d'études de cas sur les projets routiers et les changements climatiques.

Toujours en Suède, l'enseignement général sur les EIS est un thème présent dans les cours en santé publique offerts dans diverses universités, dont l'Institut Karolinska et le Collège universitaire de Malmö. L'Association suédoise des régions et des autorités locales a préparé un document technique intitulé *Focusing on Health* présenté sur le site Web du Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé.

L'importance des rôles de chacun peut varier considérablement. Ainsi à Malte, le Bureau du directeur général de la santé s'est approprié le concept de l'EIS pendant la période de l'accession de l'île à l'Union Européenne, en offrant de la formation à la fois sur place et à l'étranger. Cette volonté gouvernementale ne s'est toutefois pas concrétisée, puisqu'on ne constate pas encore une multiplication des EIS⁸ dans le pays.

⁷ Le calcul est basé sur (1) les coûts réels en heures-personnes des évaluateurs et du personnel d'administration et de secrétariat; (2) les coûts nominaux de la participation en heures-personnes du personnel universitaire, des membres du groupe directeur et des principaux informateurs; (3) les frais de voyage nominaux.

⁸ Dans certains pays toutefois, un des niveaux ne s'appliquait pas en raison du contexte institutionnel.

■ LA PRESTATION DE SERVICES

Sous ce chapitre, nous étudierons quatre aspects de la mise en œuvre des EIS. En premier lieu, nous désignerons les « organismes responsables » des EIS. Centres de coordination dotés d'un leadership technique, ils préparent, organisent, gèrent et contrôlent les outils et les procédures. Puis, nous tenterons de repérer qui est le véritable « meneur » de l'évaluation. Nous analyserons ensuite la prégnance du lien entre la décision en attente et le déclenchement du processus d'EIS. Enfin, nous jugerons de la réalité de la filiation entre l'EIS et le compte rendu de ses résultats. Étant donné qu'ils supposent l'intégration de l'EIS au processus décisionnel, ces deux derniers volets participent déjà de l'institutionnalisation des EIS.

LES RESSOURCES POUR LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ EN IRLANDE ET EN IRLANDE DU NORD

L'Institute of Public Health a été créé en 1999 afin de renforcer la coopération en santé publique entre l'Irlande du Nord et la République d'Irlande. Sa mission est d'améliorer la santé dans l'ensemble de l'île en luttant contre les inégalités sanitaires et en orientant les politiques publiques en faveur de la santé.

Un important programme de promotion et de mise en œuvre des EIS a été arrêté à la suite des besoins ciblés par les ministères de la Santé et les praticiens dans les deux entités gouvernementales.

Cet institut est actuellement le seul organisme de l'île à offrir une formation complète sur les EIS. L'enseignement, qui s'échelonne sur trois jours, dote les participants de compétences techniques nécessaires à la conduite d'une EIS. Il permet aussi la création de réseaux entre les organisations d'Irlande du Nord et de la République d'Irlande et au-delà, avec les institutions étrangères. Des séances plus brèves de « sensibilisation » et d'« introduction » sont organisées pour ceux et celles qui souhaitent simplement mieux connaître ces évaluations d'impact.

L'institut diffuse de l'information, notamment un guide pratique et des études sur les liens entre le transport ou l'emploi et la santé. Il publie également un bulletin trimestriel à l'intention de ses membres et il édite un site Web réservé aux EIS. Ce dernier décrit les concepts nationaux et internationaux de l'EIS, fait état de l'actualité de la pratique et signale les liens vers d'autres sites utiles.

La présence d'organismes responsables dans la plupart des pays

À propos de la responsabilité institutionnelle des EIS, l'observation des situations nationales amène à formuler quatre constats :

- À l'exception de l'Autriche et du Portugal (les données pour le Portugal étant incomplètes), tous

les pays ont désigné des organismes responsables. Cette constatation n'est pas étonnante en soi, car la plupart des pays de notre échantillon possèdent une politique, une réglementation ou un autre moyen d'adhérer au système des EIS ;

- Les responsabilités ont été confiées à un organisme pour chaque ordre de gouvernement pertinent (État, régions, municipalités). Cinq pays seulement ont des organismes responsables pour plus d'un échelon. Les raisons invoquées tiennent aux contextes, politique, administratif et institutionnel, de certains pays qui n'ont que deux échelons pertinents ;
- Dans neuf pays, le mandat de la responsabilité des évaluations était partagé entre différentes entités de même niveau. Les données recueillies ne sont pas assez précises pour déterminer si ces entités travaillaient en complémentarité, en opposition ou si leurs travaux se recoupaient ;
- Nombreuses et variées sont les entités qui remplissent la fonction d'organisme responsable. Les gouvernements, les administrations publiques et les instituts du secteur public jouent cependant un rôle clef. Les gouvernements ont été nommés avec insistance dans onze pays, tant sur le plan national que local. Dans six d'entre eux, l'État et les administrations locales étaient cités comme organismes responsables, l'administration publique et les instituts du secteur privé agissant le plus souvent pour leur compte, exclusivement toutefois aux échelons national et local. Dans six pays, les organismes responsables étaient des associations de santé publique, dans six autres des universités ou leurs services respectifs et enfin dans trois pays, des organisations non gouvernementales. D'autres entités ont été désignées comme organismes responsables à quatre reprises, exclusivement à l'échelon local.

La direction de l'évaluation d'impact sur la santé

Nous retrouvons une grande variété de réponses dès lors que nous nous interrogeons pour savoir qui est le véritable « dirigeant » de l'EIS. Assez souvent, des individus ou des groupes ont mené les études et ils ont été appuyés par d'autres individus, groupes ou organisations. L'encadré suivant présente une étude de cas sur l'évolution des EIS en Lituanie.

LES ORGANISATIONS ET LES AGENCES RESPONSABLES D'ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ EN LITUANIE

C'est en 2004 qu'ont été réalisées les premières EIS lituaniennes après que le ministère de la Santé eut enregistré deux articles enchâssés dans la Law on Public Health Care (2003) faisant ainsi des EIS le complément des études d'impact sur l'environnement (EIE). Avant mai 2004, dans les États membres de l'Union Européenne, les EIS faisaient partie de l'évaluation des projets, des stratégies et des politiques qui pouvaient avoir un effet sur la santé à l'échelle locale, régionale ou nationale. Elles étaient qualifiées de « stratégiques ». En Lituanie, il se tenait peu d'EIS « stratégiques », mais nombreuses – et rigoureuses – étaient les évaluations environnementales en prévision de nouvelles activités économiques.

Dix-huit institutions (dix agences publiques et huit entreprises privées) furent autorisées à mener des EIS pour le Service de santé publique de l'État qui relève du ministère de la Santé. De 2001 à 2004, le nombre d'EIE est passé de 150 à 422. La plupart des entreprises privées spécialisées dans la tenue des EIE ont tenté d'obtenir un permis pour réaliser des EIS parce qu'elles trouvaient des avantages à ces opérations mixtes. De plus, les professionnels en santé publique ont tendance à privilégier les sociétés privées de consultants au détriment du secteur public. À compter de juillet 2004, aucune EIE n'a pu être conduite en l'absence d'un volet santé plus exhaustif.

Pour sa part, la Finlande offre des exemples de cette variété dans le choix des responsables d'EIS à l'échelon local. Dans un cas remarquable, des étudiants de l'école polytechnique de Turku ont mené l'EIS. Dans deux autres cas, la société locale d'énergie et de gestion des déchets s'est chargée de l'étude en mandatant des consultants externes. Le plus souvent, le gestionnaire municipal responsable de l'aménagement a lui-même conduit l'évaluation, avec l'aide du centre national de recherche-développement pour le bien-être et la santé.

En Angleterre, les données sur les responsables de la mise en œuvre de l'EIS ne sont disponibles que pour 9 des 28 évaluations choisies. Leur maîtrise d'ouvrage a été confiée soit à l'entité qui avait déclenché le processus d'EIS, soit à des consultants indépendants. Au pays de Galles, 19 EIS locales ont été retenues aux fins de notre analyse. De multiples institutions, organisations et groupes ont participé à leur préparation et à leur tenue, appuyés par les autorités sanitaires locales. Récemment, l'Assemblée nationale galloise, les autorités locales et des conseils sanitaires locaux, avec l'aide du service gallois de soutien des EIS dans certains cas, ont été amenés à jouer ce rôle. Beaucoup de ces EIS ont été réalisées

en concertation, les alliances sanitaires locales étant une tradition au pays de Galles.

En Belgique, une EIS sous la responsabilité du conseil municipal de Louvain a été engagée grâce à l'action d'un mouvement partenarial comprenant 25 institutions, organisations commerciales et groupes de citoyens et elle a été réalisée conjointement par l'Université de Louvain et la Groep T. Leuven Engineering School.

L'EURAC (European Academy, Bolzano), un institut privé, a mené l'étude italienne sur l'autoroute du col du Brenner. En Espagne, cinq des sept EIS déclarées faisaient partie d'une EIE et respectaient les exigences juridiques. L'une d'entre elles avait toutefois été réalisée à la demande de l'agence de santé publique de Barcelone qui l'avait conduite avec la société Mutual Cyclops. Aux Pays-Bas, certaines des EIS ont été menées par le bureau de la politique intersectorielle. D'autres, toujours en liaison avec ce même bureau, ont été réalisées par des universités ou des instituts comme le SCO Kohnstamm-Institute, le Trimbos-Instituut et TNO.

Le lien entre la décision en instance et l'évaluation d'impact sur la santé

Les EIS décidées de façon ponctuelle peuvent parfois être suspectées d'opportunisme. On dira alors que l'EIS n'a été amorcée que parce que le résultat attendu confirmait la pertinence de la décision à prendre.

Systématiser le lien entre la décision et l'EIS peut éviter ce genre de dérapage. Nous avons testé la réalité de ce lien sur 54 EIS nationales de 13 pays dont 18 en Finlande et 18 autres aux Pays-Bas. En Finlande, à une exception près, des ministères ou des organismes gouvernementaux avaient été les instigateurs des évaluations. Par conséquent, la liaison entre la décision de politique publique et l'EIS était très étroite. Aux Pays-Bas, le bureau de la politique intersectorielle était à l'origine de toutes les EIS. Ces dernières portaient sur les politiques des ministères des Finances, de la Santé, du Bien-être et des Sports, des Affaires économiques, du Logement et de l'Aménagement du territoire. Pour ce qui est des autres pays de notre échantillon, le nombre d'EIS était trop faible à l'échelon national pour qu'une tendance se dégage.

Aux Pays-Bas, la totalité des processus d'EIS a fait l'objet d'un engagement de la part du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports et du bureau de la politique intersectorielle. Ces deux entités évaluent les répercussions éventuelles sur la santé publique des politiques des autres ministères. En pratique, le bureau de la politique intersectorielle joue un rôle prééminent. Le modèle finlandais diffère du modèle néerlandais : il appartient habituellement au res-

ponsable de la politique, du programme ou du projet d'amorcer le processus d'EIS. Dans certains cas toutefois, des groupes de travail comprenant des représentants d'autres ministères ou organisations ont été formés (tableau 6).

L'étude du lien entre la décision – ou le « titulaire de la décision » – et le lancement du processus d'EIS aux échelons régional et local n'a pas donné de résultats concluants.

TABLEAU 6 : LES MINISTÈRES DONT LES POLITIQUES ONT FAIT L'OBJET D'ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ AUX PAYS-BAS ET EN FINLANDE

PAYS-BAS ¹	FINLANDE
Gouvernement <ul style="list-style-type: none"> · Ministère des Finances · Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports · Ministère du Logement et de la Planification du territoire · Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi · Ministère des Transports, des Travaux publics et de la Gestion des eaux · Commission interministérielle du développement économique et structurel 	<ul style="list-style-type: none"> · Ministère de l'Agriculture et des Forêts · Ministère de l'Environnement · Ministère du Commerce et de l'Industrie · Ministère des Transports et des Communications · Cabinet du Premier ministre
Autres <ul style="list-style-type: none"> · Partis politiques 	<ul style="list-style-type: none"> · Administration finlandaise des chemins de fer · Administration finlandaise des routes

¹ Dans un cas, il n'y avait pas assez d'information pour déterminer qui avait amorcé l'EIS.

Dans le cas de l'Angleterre, il existait un rapport étroit entre le responsable des politiques, des programmes et des projets et le déclenchement d'une EIS. La London Health Commission a joué un rôle clef en la matière. Elle a collaboré avec des organismes de la capitale britannique afin de réduire les inégalités en santé et d'améliorer la santé et le bien-être de tous les Londoniens. Elle a utilisé les EIS pour corroborer diverses stratégies du maire de Londres dans les domaines de la santé et de l'environnement (qualité de l'air, biodiversité, enfants et jeunes gens, culture, développement économique, énergie, bruit, transport, aménagement du territoire, traitement des déchets...) (London Health Commission, 2005).

Cette proximité entre décision et évaluation est également manifeste dans les cinq EIS nationales galloises. La division de la stratégie en santé publique de l'Assemblée nationale galloise, responsable de la politique, s'implique fortement dans la décision

de mettre en œuvre une EIS et, dans une certaine mesure, participe à sa réalisation.

Les EIS stratégiques se distinguent ici, car justement, elles ne sont pas liées à une décision. En Allemagne, les évaluations observées portaient sur l'impact sur la santé de la privatisation de la gestion de l'eau potable. Il ne s'agissait donc pas de documenter une proposition concrète (politique, programme ou projet). En collaboration avec l'Université de Bielefeld, le State Institute of Public Health du Länder de Rhénanie-du-Nord-Westphalie en a été le principal promoteur (Fehr et autres, 2003 ; Fehr, Mehl et Welteke, 2004).

Le lien entre les évaluations et leur communication aux décideurs

En tant que fonction des systèmes d'EIS, la mise en œuvre contribue à l'atteinte des objectifs de ces dernières. Toutefois, si les résultats de l'évaluation ne

sont pas communiqués adéquatement aux décideurs, ils sont passibles de ne pas être pris en considération et donc de ne pas influencer la décision à prendre. Dans ce cas, la fonction mise en œuvre ne contribue pas à l'atteinte des objectifs de l'EIS. Cette observation n'est pas exclusive d'autres effets secondaires d'une EIS dont les conclusions seraient mal rendues.

Pour valider notre étude, nous avons analysé les données en fonction de la présentation réelle des

résultats aux décideurs. En se rapportant au tableau 7, on constate qu'il y a bien communication des attendus des EIS aux décideurs. Ces comptes rendus doivent cependant être interprétés avec prudence, étant donné le petit nombre de données accessibles pour les EIS nationales et celles des localités de référence. La recherche traitait certes du niveau infranational, mais pour une seule région et une seule localité de référence par pays.

TABLEAU 7: LES RAPPORTS REMIS AUX DÉCIDEURS (D'APRÈS L'ÉCHANTILLON DE 158 EIS)

	OUI		NON		S. O.	
	NOMBRE D'EIS	%	NOMBRE D'EIS	%	NOMBRE D'EIS	%
Échelon national	27	50,0	11	20,4	16	29,6
Région de référence	14	65,2	7	30,4	2	4,3
Localité de référence	31	38,3	26	32,1	24	29,6

Les formes que prend la communication des résultats des EIS aux décideurs varient énormément. D'après nos relevés d'enquête, on distingue deux grands modèles. Les tenants du premier respectent les étapes classiques des EIS. Dans ce cadre, l'étude est une activité nettement distincte de celle du rapport. L'information au décideur a lieu une fois l'évaluation officiellement terminée. Le deuxième modèle renvoie à une participation régulière des décideurs ou de leurs collaborateurs à l'EIS. Après entente sur les résultats de l'étude, aucun rapport au décideur n'est alors nécessaire, même si le rapport est rédigé. Plurielles sont également les voies empruntées pour la restitution des conclusions des évaluations. Quelquefois, le dépôt d'un rapport écrit suffit, parfois des séances d'information individuelles ou des ateliers sont organisés à l'intention du décideur pour lui commenter les résultats de l'étude et discuter des conséquences et des options possibles. Toutes ces possibilités peuvent évidemment être combinées.

À la lecture du tableau 7, nous comprenons que les résultats de l'étude n'ont pas été directement communiqués aux décideurs dans nombre de cas de notre échantillon; cette situation exige une explication. Tout d'abord, certaines des EIS pouvaient être assimilées à des EIS stratégiques, donc intrinsèques de la stratégie globale et sans lien avec une décision particulière. Le rôle explicite de l'évaluation consistait à préparer un débat public sur les orientations futures dans un domaine stratégique précis. Dans cette perspective, les décideurs avaient participé aux évaluations. Dans d'autres circonstances, il n'y eut pas de communication avec le décideur parce que l'étude n'avait pas été achevée à temps ou parce qu'il avait été impossible d'intégrer les étapes de l'EIS au cycle stratégique ou encore parce que les décideurs ont dédaigné les EIS. Enfin, quelques EIS ont été conduites à titre de projet scientifique destiné à être publié dans une revue scientifique et les auteurs n'avaient jamais envisagé de la porter à l'intention des décideurs.

■ CONCLUSION

Notre recherche a montré que la plupart des pays réalisent des EIS, tout au moins au cours de l'enchaînement de projets spécifiques. Leur mise en œuvre emprunte divers desseins qui diffèrent notablement d'un pays à l'autre. Même si l'action des gouvernements et des organismes gouvernementaux reste décisive dans la programmation et la conduite d'EIS, nombreux sont les autres organismes et institutions (autorités locales, instituts de santé publique, observatoires de la santé, universités, entreprises privées, etc.) qui participent à la progression de la performance des EIS et à leur tenue.

Un petit nombre de pays ont réussi à institutionnaliser les EIS, du moins en partie. À cet égard, l'Angleterre, le pays de Galles, la Finlande et les Pays-Bas font figure d'exemples. Les éléments en faveur de l'institutionnalisation sont: (1) le soutien des autorités dans le cadre d'une gouvernance forte (cas du pays de Galles); (2) la création de services consacrés aux EIS ou la responsabilisation explicite d'institutions existantes en matière d'EIS; (3) le recensement de l'information sur la santé; (4) le financement sur une base régulière des activités d'EIS. L'analyse du lien entre la proposition en instance, l'EIS et le processus décisionnel a montré que les EIS peuvent être systématisées en coproduction avec différents secteurs ministériels. Reconnaissons toutefois, à l'issue de notre exercice de cartographie, que la plupart des pays ne parviennent pas à réunir ces conditions et même simplement quelques-unes d'entre elles. L'appui gouvernemental est mitigé, l'information sur la santé relative aux EIS est insuffisante et le financement est assuré à la suite d'une décision individuelle à partir des ressources existantes.

Les progrès des EIS sont fragiles. Des faits nouveaux, un changement de gouvernement et le défaut soudain de soutien stratégique peuvent en entraver le déploiement et l'institutionnalisation (cas des Pays-Bas au palier national) (Broeder, Penris et Varela Put, 2003). En Allemagne, le conseil consultatif gouvernemental sur l'évolution des soins de santé a émis des réserves quant à l'état lacunaire des connaissances et aux incertitudes méthodologiques (Sachverständigenrat, 2005). En revanche, l'administration de la santé

publique du canton suisse du Tessin a annoncé son intention d'évaluer toutes les décisions politiques futures par l'entremise d'une EIS (Schweiz, 2006).

Conclure définitivement sur le rôle des EIS comme instrument du concept de la santé dans toutes les politiques est malaisé, car notre étude a porté essentiellement sur l'échelon national des politiques. Or, aujourd'hui, les éléments de preuve semblent plutôt démontrer que les EIS trouvent un terrain fertile à l'échelon local. Un rapprochement entre le processus décisionnel et l'EIS et par ailleurs la participation avérée d'entités ministérielles aux EIS incite à l'optimisme. Il plane cependant un doute sur une extrapolation de cet élan participatif.

AUTRES CONTRIBUTEURS

Elisabeth Aldenberg, Swedish National Institute of Public Health, Suède; Franz Baro, WHO Collaborating Centre on Health and Psychosocial Factors, Belgique; Francisco Barroso Martin, Técnicas de Salud S. A., Espagne; Ceri Breeze, Welsh Assembly Government, pays de Galles, UK; Konrade von Bremen, Institute of Health Economics and Management, Suisse; Edith Eke, Semmelweis University, Hongrie; Rainer Fehr, LÖGD (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst) NRW, Allemagne; Mojca Gabrijelcic Blenkus, Institute of Public Health of the Republic of Slovenia, Slovénie; Gabriel Gulis, University of Southern Denmark, Danemark; Tapani Kauppinen, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Finlande; Jarmila Korcova, Trnava University, Slovaquie; Odile Mekel, LÖGD, Allemagne; Owen Metcalfe, The Institute of Public Health in Ireland, Eire; Kirsi Nelimarkka, STAKES, Finlande; José Pereira-Miguel, University of Lisbon, Portugal; Kerttu Perttilä, STAKES, Finlande; Walter Riccardi, Institute of Hygiene, Catholic University of the Sacred Heart, Rome, Italie; Martin Sprenger, Medical University of Graz, Autriche; Ingrid Stegeman, EuroHealthNet, Belgique; Lorraine Taylor, Former Health Development Agency, Royaume Uni; Rudolf Welteke, LÖGD, Allemagne; Cezary Wlodarczyk, CM Jagiellonian University, Pologne.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdel Aziz, M. I., J. Radford et J. McCabe (2004). «The Finningley Airport HIA: A Case Study», dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment*, Oxford, Oxford University Press, p. 285-298.
- Atkinson, P. et A. Cooke (2005) «Developing a Framework to Assess Costs and Benefits of Health Impact Assessment», *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, n° 7-8, p. 791-798.
- Banken, R. (2003). «Health Impact Assessment: How to Start the Process and Make it Last», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 389.
- Banken, R. (2001). *Strategies for Institutionalizing HIA*, Bruxelles, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Broeder, L. D., M. Penris et G. Varela Put (2003). «Soft Data, Hard Effects. Strategies for Effective Policy on Health Impact Assessment: An Assessment Analysis and Procedures in the European Experience», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 404-407.
- Department of Health (2004). *Choosing Health: Making Healthy Choices Easier*, Londres, Department of Health.
- Fehr, R., O. Mehl et R. Welteke (2004). «HIA: The German Perspective», dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment*, Oxford, Oxford University Press, p. 253-264.
- Fehr, R. et autres (2003). «Towards Health Impact Assessment of Drinking-water Privatization: The Example of Waterborne Carcinogens in North Rhine-Westphalia (Germany)», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 408-414.
- Hill, A. et autres (2005). «Building Public Health Skills and Capacity in the English Regions», *Public Health*, vol. 119, n° 4, p. 235-238.
- Kemm, J. (2005a). «HIA: Growth and Prospects», *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, n° 7-8, p. 691-692.
- Kemm, J. (2005b). «The Future Challenges for HIA», *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, n° 7-8, p. 799-807.
- Krieger, N. et autres (2003). «Assessing Health Impact Assessment: Multidisciplinary and International Perspectives», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, p. 659-662.
- London Health Commission (2005). *What is the London Health Commission?*, <http://www.londonhealth.gov.uk/pdf/whatis-thelhc.pdf> (page consultée le 24 avril 2006).
- National Assembly for Wales (2000). *Developing Health Impact Assessment in Wales: Better Health Better Wales*, Cardiff, National Assembly for Wales.
- Organisation mondiale de la Santé (2000). *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen (2005). Bd I: *Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention [Cooperative coordination and competition, socio-economic status and health, strategies for prevention]*, Stuttgart, Nomos.
- Saltman, R. B. et O. Ferrousier-Davis (2000). «The Concept of Stewardship in Health Policy», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 6, p. 732-739.
- Schweiz (2006). «Politik überprüft sich selbst» [Switzerland: Government reviews policies], *EUREPORT social*, vol. 14, n° 3, p. 17.
- Scott-Samuel, A., M. Birley et K. Arden (1998). *Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, Liverpool, Merseyside Health Impact Assessment Steering Group/Liverpool Public Health Observatory.
- Secretary of State for Health (1999). *Saving Lives: Our Healthier Nation*, vol. Cm 4386, London, Stationery Office.
- Travis, P. et autres (2003). «Towards better Stewardship: Concepts and Critical Issues», dans C. J. L. Murray et D. B. Evans (dir.), *Health Systems Performance Assessment: Methods, Debate and Empiricism*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, p. 289-300.
- Welsh Health Impact Assessment Support Unit (2004). *Improving Health and Reducing Inequalities: A Practical Guide to Health Impact Assessment*, Cardiff, Welsh Assembly Government.

L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d'action¹

Par **France Gagnon**, professeure, Télé-université/Université du Québec à Montréal • gagnon.france@teluq.uqam.ca
Jean Turgeon, professeur, École nationale d'administration publique du Québec • jean.turgeon@enap.ca
et **Clémence Dallaire**², professeure, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval • clemence.dallaire@fsi.ulaval.ca

En décembre 2001, le gouvernement du Québec a franchi un pas vers la reconnaissance de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) en adoptant la Loi sur la santé publique (Québec, 2001). Cette dernière constitue une mise à jour de la loi antérieure sur la protection de la santé publique de 1972 (Québec, 1972). L'une des particularités de la Loi de 2001 est d'intégrer les différentes fonctions de santé publique, dont la prévention et la promotion de la santé. À cet effet, les articles 53 à 56 définissent les rôles du ministre de la Santé et des Services sociaux, des directeurs de santé publique et des établissements locaux.

L'article 54, entré en vigueur en juin 2002, confère au ministre le titre de : « [...] conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population [...] À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (L.R.Q. chapitre S-2.2).

Le second alinéa vise à faire en sorte que tout ministère ou organisme qui en est à l'étape de la formulation d'un projet de loi, de règlement ou toute autre mesure

évalue les impacts possibles de son action sur la santé des populations et consulte le ministre de la Santé et des Services sociaux si ces impacts s'avèrent significatifs.

Six ans après son adoption, que peut-on dégager de la mise en œuvre de cette mesure légale et notamment de ses implications dans le développement de l'EIS au Québec? L'objectif du présent article est d'examiner comment les impacts sur la santé et le bien-être sont pris en compte dans le processus décisionnel, ou plus précisément lors de la formulation et de l'adoption des politiques publiques³. Cette analyse s'inscrit dans une recherche axée sur la problématique des politiques favorables à la santé au Québec qui met de l'avant un cadre conceptuel (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2007) inspiré de l'*Advocacy Coalition Framework* de Sabatier et Jenkins-Smith (1999). Ce cadre vise à permettre une meilleure compréhension de la formulation et de l'adoption des politiques publiques en tenant compte d'une part, des dimensions institutionnelle, politique, normative et cognitive qui caractérisent le processus décisionnel de divers sous-systèmes relatifs à une thématique et d'autre part, des regroupements d'acteurs qui prennent position dans la sphère publique par rapport à un enjeu d'un sous-système donné. Un sous-système représente « le groupe de personnes et/ou d'organisations interagissant de manière régulière, sur des périodes supérieures ou égales à une décennie, dans le but d'influencer la formulation et la mise en œuvre de politique publique au sein d'un domaine ou d'une aire donnés » (Bergeron, Surel et Valluy, 1998,

¹ Recherche financée par le programme *Actions concertées – Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales* # 2005-SP 95622. Ce programme est une Action concertée du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, du Fonds de recherche en santé du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

² Les trois auteurs sont chercheurs au Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS).

³ Le terme « politiques publiques » est utilisé dans son sens large et regroupe l'ensemble des différents instruments de gouverne, que ce soit par exemple une loi, un plan d'action, un programme ou une politique formelle.

p. 206). Dans la perspective de l'adoption de politiques publiques favorables à la santé, l'EIS devrait « idéalement » être prise en compte dans le processus décisionnel⁴.

Cet article présente essentiellement les résultats d'études de cas conduites dans quatre ministères du gouvernement du Québec, selon une approche collaborative de recherche. Ces études de cas ont été réalisées à l'automne 2005, au sein du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), de celui de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et du ministère des Transports du Québec. Elles s'appuient sur une recherche documentaire effectuée dans chacun des ministères concernés⁵. Les cas à l'étude portent

sur des projets de loi, de règlement, de politique, de plan d'action ou encore sur des mesures telles que le code de gestion des pesticides ou l'utilisation du cinémomètre au Québec. L'objectif principal de ces études de cas est de reconstituer la dynamique décisionnelle du sous-système ayant mené à la formulation de solutions et à leur adoption par les acteurs gouvernementaux⁶.

Le tableau 1 présente les quatre cas retenus aux fins de cet article, ainsi que la période couverte par chacune de ces études, soit à compter du moment où le problème a été considéré par les acteurs gouvernementaux jusqu'à l'adoption de mesures pour le réguler. Tous ces dossiers étaient à l'étude au moment où l'article 54 est entré en vigueur en juin 2002.

TABLEAU 1 : LES CAS À L'ÉTUDE ET LA PÉRIODE COUVERTE

CAS À L'ÉTUDE	PÉRIODE COUVERTE
Loi sur l'aquaculture commerciale	1998 à 2004
Code de gestion des pesticides	1997 à mars 2003
Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	1998 à 2004
Cinémomètre photographique	1999 à décembre 2007 ⁷

Dans les pages qui suivent, nous nous intéresserons d'abord au contexte institutionnel de mise en œuvre de l'article 54, c'est-à-dire aux actions et aux stratégies déployées par les acteurs de santé publique, porteurs de ce dossier (dimension institutionnelle). À cet effet, nous décrirons brièvement l'organisation du système de la santé au Québec afin d'y situer l'organisation de la santé publique. Par la suite, nous dégagerons

le point de vue des autres ministères sur le fait que les impacts sur la santé et le bien-être de leurs actions doivent être pris en compte de façon prospective, lors de la formulation de leurs politiques (dimension normative). Puis, nous porterons notre attention sur la dimension politique (les changements de gouvernement, de ministre, les prises de position partisane, etc.) afin d'observer si celle-ci influence la

⁴ Pour une présentation du cadre conceptuel en lien avec la problématique de l'EIS, voir Turgeon et autres (2005).

⁵ Les données recueillies proviennent de sources écrites telles que les documents de travail ministériels, les rapports, les comptes rendus de réunion, les articles de journaux, les mémoires déposés en commission parlementaire et d'autres sources documentaires publiques (livres verts, projets de loi, etc.).

⁶ Pour un résumé de ces études de cas, voir Gagnon et Turgeon (2007). Aussi accessible au www.gepps.enap.ca

⁷ Dans ce cas, comme le dossier était encore en cours après la collecte de données de l'automne 2005, la période couverte s'étend jusqu'en décembre 2007, alors qu'une loi intégrant le cinémomètre a été adoptée.

prise en considération de la santé et du bien-être lors de la formulation et de l'adoption de politiques. Enfin, la circulation des connaissances (dimension cognitive) à l'intérieur de l'appareil politico-administratif sera abordée, l'EIS nécessitant en premier la disponibilité de connaissances, puis leur appropriation par les responsables de la formulation des politiques publiques et enfin le transfert vers les politiciens qui, au moment de l'adoption des politiques publiques, décident ultimement de leur contenu.

Les résultats de l'analyse des dimensions institutionnelle, normative, politique et cognitive qui caractérisent le processus décisionnel de chacun des sous-systèmes à l'étude sont révélateurs des exigences et des défis que pose l'intégration de l'EIS à l'intérieur de l'appareil politico-administratif dans le contexte du Québec.

■ LA MISE EN ŒUVRE DE L'ARTICLE 54: LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Au Québec, depuis les années 1970, la responsabilité de l'organisation des soins et des services de santé et des services sociaux incombe à un même ministère. Au cours des dernières décennies, le système de santé a fait l'objet de nombreuses transformations structurelles. La structure administrative du réseau de la santé et des services sociaux comprend trois paliers.

Au palier local, la création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec a pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus⁸. Chacun de ces réseaux possède un centre de santé et de services sociaux (CSSS), nouvel établissement né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas (75 sur 95), d'un centre hospitalier. Le CSSS doit assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local en appuyant son action

sur ses partenaires du réseau local de services⁹, avec qui il partage une responsabilité populationnelle. La responsabilité des CSSS étant, entre autres, de promouvoir la santé et le bien-être, ils sont concernés par les conséquences, possibles ou actuelles, des politiques publiques en gestation, adoptées ou mises en œuvre par les décideurs des différents paliers territoriaux.

La régionalisation du système sociosanitaire a débuté en 1971, avec la création des conseils régionaux de santé et de services sociaux (L'Observatoire de l'administration publique, Turgeon et Gagnon, 2006¹⁰), transformés depuis en régie régionale (1991) et en agence régionale (2004) dont la mission est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région. Le palier régional comprend quinze agences de la santé et des services sociaux, deux conseils régionaux et une régie régionale qui sont responsables de la planification régionale, de la gestion des ressources et de l'allocation budgétaire aux établissements. Chacun de ces organismes possède une Direction régionale de santé publique dont le rôle s'inscrit dans la mission de l'agence.

Dans sa région, le directeur de la Direction régionale de santé publique est responsable¹¹ :

- d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des difficultés rencontrées par les groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou des recherches nécessaires à cette fin ;
- d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de présider à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ;
- d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller la régie régionale sur

⁸ Information tirée du site du ministère de la Santé et des Services sociaux au : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

⁹ Ces partenaires sont : les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les centres hospitaliers universitaires, les centres Jeunesse, les centres de réadaptation, les organismes communautaires, les entreprises de l'économie sociale œuvrant dans ces secteurs, etc.

¹⁰ L'information sur l'organisation du système de santé est extraite de ce document.

¹¹ Information tirée du site de l'Agence de santé de la Capitale-Nationale : http://www.dspq.qc.ca/SP_mission.html

les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;

- de recenser les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il estime nécessaires pour favoriser cette action.

Enfin, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) alloue les ressources budgétaires, assume les fonctions stratégiques et l'évaluation. Au palier provincial, l'organisation de la santé publique est intégrée formellement au MSSS depuis les années 1990 et dispose de plusieurs outils de gouverne (lois, programmes, instances diverses). Ainsi, depuis 1993, le MSSS comprend une Direction générale de santé publique (DGSP), ayant à sa tête un sous-ministre adjoint. En 2001, toujours dans le cadre de la Loi sur la santé publique, un poste de directeur national de santé publique a été créé. Celui-ci assume à la fois une responsabilité administrative par son rôle de sous-ministre adjoint et une responsabilité professionnelle, par son rôle de directeur national.

Par ailleurs, en 1998, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a vu le jour. Son rôle est de soutenir le MSSS et les agences régionales en matière de santé publique. Sa mission consiste notamment « à contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique et à informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec » (Québec, 1998). Il existe une entente formelle entre le MSSS et l'INSPQ quant aux activités de développement et de transfert des connaissances à réaliser en vue de soutenir l'application de l'article 54. Depuis 2005, l'Institut héberge le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé subventionné par l'Agence de santé publique du Canada.

Au MSSS, la mise en œuvre de l'article 54 relève du Service des orientations en santé publique de la Direction du programme de santé publique de la DGSP (MSSS, 2007b). Depuis 2002, cette direction

s'appuie sur une stratégie à deux volets : la mise en place d'un mécanisme intragouvernemental d'EIS (volet I) et le développement et le transfert de connaissances relatives aux politiques publiques favorables à la santé (volet II).

Volet I : mise en place d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé

Différentes initiatives ont été prises en ce sens. Ainsi, la DGSP a érigé un comité de répondants ministériels afin de sensibiliser les autres ministères à la mise en œuvre de l'article 54. Selon des renseignements recueillis auprès de la DGSP, des représentants de la quasi-totalité des ministères y participent (16/19), à l'exception des ministères des Finances, du Revenu et des Relations internationales qui se jugent moins interpellés par l'article 54 et choisissent de laisser leur siège vacant (Bourgault et Dupuis, 2007).

Un répondant a été nommé au sein de chaque ministère où les études de cas ont été menées. La recherche documentaire de l'automne 2005, qui a eu lieu dans les ministères, a permis d'observer un certain roulement des représentants. Par ailleurs, dans un seul cas, soit celui de la Loi sur l'aquaculture commerciale, le répondant ministériel de l'article 54 au MAPAQ a été à l'origine de l'intervention du MSSS dans le dossier à l'étude. Pour les autres cas, aucune intervention directe du répondant de l'article 54 dans le dossier à l'étude n'a été relevée.

Depuis décembre 2004, un bulletin d'information sur l'article 54 de la Loi sur la santé publique est diffusé à l'intention du réseau de répondants. Un guide pratique d'EIS a également été publié en décembre 2006 afin de soutenir les personnes chargées d'élaborer les projets de loi et de règlement et d'en analyser l'impact sur la santé (MSSS, 2006). Ce guide présente l'information de base nécessaire sur l'EIS et comporte des grilles d'évaluation d'impact sur la santé pour le dépistage des impacts potentiels, ainsi que pour le cadrage et l'analyse sommaire¹². Cette évaluation se veut davantage stratégique au sens où elle met l'accent sur le dépistage et l'analyse sommaire et permet ainsi un repérage des impacts potentiels. L'utilisation

¹² Voir les annexes A et B du Guide, accessible au www.msss.gouv.qc.ca

de ces outils se fait sur une base volontaire. Le MSSS (2007a) a aussi fait paraître un document de sensibilisation sur les déterminants de la santé ayant des impacts sur la santé et le bien-être, à l'intention des ministères et des organismes, des municipalités et des organismes communautaires.

Selon les données disponibles et les observations des personnes impliquées dans la mise en œuvre de l'article 54¹³, il y a une sensibilisation accrue et une appropriation de plus en plus grande du processus par les ministères et les organismes. Les demandes concernent d'autres mesures que celles prévues par les lois et les règlements (comme le prescrit l'article 54). Toutefois, il est possible que certains projets de loi ou de règlement n'aient pas fait l'objet d'une EIS avant d'être déposés au Secrétariat général du Conseil exécutif (SGCE). La participation à l'implantation de l'EIS demeure faible surtout pour les ministères et organismes à vocation économique.

Par ailleurs, plusieurs demandes reçues par le MSSS proviennent du Comité ministériel du développement social, éducatif et culturel du Secrétariat des comités ministériels de coordination du ministère du Conseil exécutif¹⁴, c'est-à-dire que le mémoire sur l'action envisagée a été rédigé par le ministère ou l'organisme concerné et déposé auprès du SGCE, qui a jugé nécessaire d'en saisir le MSSS. Par conséquent, ce dernier doit répondre dans des délais très courts. Dans ce contexte, l'analyse d'impact risque d'être moins approfondie. De leur côté, les ministères et les organismes hésitent à apporter des modifications à leurs projets de loi ou de règlement à un stade avancé du processus décisionnel. Afin d'éviter le dédoublement des démarches entre les ministères (ministère du Conseil exécutif, MSSS et ministères et organismes), il est désormais suggéré aux ministères et aux organismes de préciser si une EIS a été réalisée et acheminée au MSSS dès qu'un mémoire est déposé¹⁵.

La figure qui suit donne un aperçu des interactions entre les acteurs institutionnels en ce qui concerne la production d'avis dans le cadre de l'article 54. Comme elle l'illustre, le ministre de la Santé et des Services sociaux dispose d'un pouvoir d'initiative lui permettant d'émettre des avis, y compris sur les projets des autres ministères ou organismes. Toujours en vertu de l'article 54, ceux-ci doivent consulter le ministre, ou demander assistance à la DGSP, qui à son tour peut faire appel à l'expertise de l'INSPQ, lequel regroupe des experts de santé publique de divers domaines.

Formellement, le SGCE joue un rôle stratégique dans la mise en œuvre de l'article 54, car il représente un lieu de coordination des objectifs poursuivis et des actions entreprises par le gouvernement. Le défi consiste à faire en sorte que la prise en compte des impacts sur la santé devienne une préoccupation de l'ensemble des acteurs gouvernementaux plutôt qu'une cause souvent portée par les seuls acteurs de santé publique.

Volet II : développement et transfert de connaissances

Afin de répondre aux exigences du 1^{er} alinéa de l'article 54, la DGSP s'appuie sur l'expertise de l'INSPQ pour la production d'avis « pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état et de bien-être de la population ». Conformément à l'entente entre le MSSS et l'Institut, ce dernier a produit et livré au ministre de la Santé quatre rapports fondés sur des connaissances scientifiques, dont deux synthèses de connaissances sur la conciliation travail-famille et la vitesse au volant et deux avis sur la ventilation des bâtiments d'habitation et l'utilisation du cellulaire au volant. Trois de ces rapports ont été présentés lors de consultations publiques ou de commissions parlementaires et ont

¹³ Données obtenues auprès du Service des orientations en santé publique, DGSP, janvier 2008.

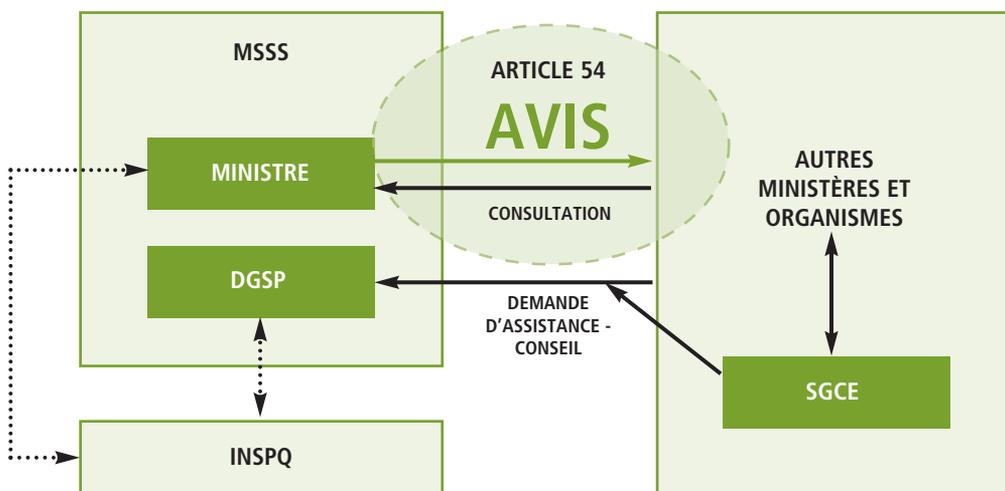
¹⁴ Au besoin, voir l'organigramme du ministère du Conseil exécutif au : http://www.mce.gouv.qc.ca/publications/organigramme_mce.pdf

¹⁵ Dans la procédure administrative, selon le formulaire existant, les ministères et organismes doivent mentionner si leur projet a des incidences territoriales sur les régions, la métropole (Montréal) ou la capitale (Québec), ainsi que sur les jeunes. Dans la section « Consultations entre les ministères », il doit être précisé si les mesures proposées affectent d'autres ministères ou organismes du gouvernement ou si elles ont des effets particuliers sur la condition féminine ou l'accès à l'information. La santé n'apparaît pas explicitement dans cette liste. Cependant, certains ministères et organismes tendent à mentionner systématiquement, dans la section « Consultations entre les ministères », s'ils ont mené une EIS.

alimenté les travaux législatifs menés sur différentes questions (MSSS, 2007b). L'Institut est également mis à contribution par le MSSS afin de répondre aux

demandes des ministères (ou du SGCE) par rapport à l'EIS des mesures qu'ils envisagent (2^e alinéa de l'article 54).

LA PRODUCTION D'AVIS DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 54 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE



De plus, la DGSP finance la recherche pour accroître l'expertise, soutenir le développement d'outils pour l'EIS et leur transfert vers les usagers potentiels. Le MSSS s'est donc associé à des organismes subventionnaires tels que le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture et le Fonds de la recherche en santé du Québec afin de contribuer au programme des Actions concertées. Ce programme permet au MSSS de lancer des appels d'offres à la communauté scientifique sur des thématiques qu'il a ciblées. Plusieurs scénarios sont possibles. L'appel d'offres peut viser l'évaluation d'un programme en particulier, la recherche sur une problématique donnée ou encore le développement de programmations de recherche, y compris la structuration d'équipe. Dans le contexte de cette stratégie, l'un des appels d'offres intitulé *Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales ayant un impact sur la santé et le bien-être des populations* vise à favoriser une meilleure

compréhension de l'élaboration des politiques favorables à la santé¹⁶.

Ainsi avons-nous un aperçu du contexte institutionnel dans lequel l'article 54 est mis en œuvre et des moyens utilisés par les responsables de ce dossier au MSSS pour en favoriser l'application. Les études de cas effectuées présentent la réalité sous un autre angle : comment la prise en compte de la santé et du bien-être est-elle perçue par les autres ministères visés par cette mesure légale? Comment les différentes dimensions politique et cognitive influent-elles sur la formulation et l'adoption de leur projet de loi ou de règlement, leur politique ou leur plan d'action? Quelle attention est alors portée à l'EIS à travers ce processus? Les prochaines sections s'attachent à répondre à ces questions.

¹⁶ Le GÉPPS est financé par ce programme. Pour une description de sa programmation de recherche, voir : www.gepps.enap.ca

■ LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE COMME NORMES : LES POINTS DE VUE DES AUTRES MINISTÈRES

Des études réalisées au sein des fonctions publiques canadienne et québécoise (Lavis et autres, 2003; L'Observatoire de l'administration publique, 2003) ont fait ressortir l'écart entre les ministères à vocation économique et ceux à vocation sociale en ce qui a trait à la sensibilisation de l'impact possible de leurs actions sur la santé et le bien-être des populations. Ainsi, du côté des ministères à vocation économique, on semble estimer que la question des liens entre leurs actions et l'impact sur la santé et le bien-être des populations n'est pas de leur ressort. Elle concernerait plutôt... les autres ministères, dont au premier chef le MSSS.

Les résultats des études de cas que nous avons conduites au sein de divers ministères tendent à confirmer ce constat, mais exigent d'être nuancés. Il apparaît en effet que chaque ministère envisage le problème à l'étude d'abord et avant tout à travers sa propre mission. Les impacts sur la santé sont abordés dans la mesure où ils rejoignent la vision institutionnelle ministérielle. De plus, dans un sous-système relatif à un domaine d'intervention, il y a le plus souvent confrontation non seulement entre différentes visions du problème, mais surtout par rapport aux solutions envisagées. Ces visions sont portées par différents acteurs ministériels, mais aussi par des experts à l'extérieur des ministères et des intervenants de la société civile. Une analyse plus fine de la dynamique des sous-systèmes permet de constater que dans chacun des cas, les visions du problème et de la solution potentielle peuvent être de nature sanitaire, mais également économique, environnementale, sécuritaire ou administrative.

Au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

Ainsi, la mission du MAPAQ est « d'influencer et de soutenir l'essor de l'industrie bioalimentaire québécoise

dans une perspective de développement durable » (MAPAQ 2005, cité dans Michaud et Turgeon, 2007, p. 1). Certaines directions du Ministère sont donc préoccupées par l'aspect économique des activités agricoles ou aquacoles. Par contre, une autre direction est responsable de la surveillance des aliments afin de s'assurer de leur innocuité. Il semble que des directions au sein d'un même ministère n'ont pas nécessairement la même perception de l'importance du rôle de leur ministère par rapport à la santé des populations et cette perception n'est pas essentiellement la même que celle des acteurs de santé publique.

Dans le cas de la Loi sur l'aquaculture commerciale, trois visions différentes du problème et des solutions possibles s'affrontent : l'une économique valorisant le développement de l'aquaculture, voire le développement régional, l'autre environnementale préconisant la sauvegarde des écosystèmes et de la biodiversité et enfin une troisième vision relative à la protection et à la promotion de la santé revendiquant l'établissement d'une réglementation rigoureuse au chapitre de l'utilisation de médicaments et d'additifs, ainsi que de l'introduction dans la loi de l'obligation sur la teneur en oméga-3 dans le poisson d'élevage destiné à la consommation humaine.

Le MAPAQ s'appliquera à s'assurer que les produits de l'aquaculture sont exempts de risque pour la santé humaine sans pour autant introduire dans la loi une obligation sur la teneur en oméga-3 pour les producteurs. Les effets socioéconomiques liés au développement de ce secteur constituent un enjeu de premier ordre pour un certain nombre d'acteurs ministériels, mais aussi pour d'autres acteurs concernés par la production aquacole. Comme le mentionne un acteur clef (n° 9) : « C'est vraiment une question de développement économique et de droit de produire et uniquement ça. » Des répondants favorables à l'adoption de la Loi sur l'aquaculture commerciale s'inquiétaient de l'application possible du principe d'« écoconditionnalité¹⁷ » qui, finalement, ne se retrouvera pas dans la loi. Pour répondre aux préoccupations d'ordre environnemental et à celles

¹⁷ Ce principe consiste à lier l'aide financière gouvernementale à l'atteinte d'objectifs environnementaux. Ainsi, les producteurs doivent respecter les dispositions de la législation et de la réglementation environnementales pour recevoir l'aide financière du gouvernement. Il s'agit d'un instrument qui vise à assurer la cohérence des actions gouvernementales en matière d'économie et d'environnement, à garantir une saine gestion des fonds publics et à encourager la protection de l'environnement dans une perspective de développement durable (Michaud et Turgeon, 2007, p. 3).

liées à la protection et à la promotion de la santé, le préambule de la loi précise : « Ces activités s'exercent dans le respect de la santé et de la sécurité du public, de l'environnement et de la faune » (Québec 2003a).

Au ministère des Transports

Au sein du ministère des Transports du Québec, la santé est surtout associée à la sécurité routière. Le Ministère s'implique annuellement dans des activités de promotion de la sécurité routière. Sa mission est « d'assurer sur tout le territoire du Québec, la mobilité des personnes et des marchandises par des systèmes de transport efficaces et sécuritaires qui contribuent au développement durable du Québec » (ministère des Transports du Québec 1999, cité dans Gagnon, Michaud et Turcotte, 2007, p. 93). Ce qui se traduit, entre autres, en termes de fluidité de la circulation.

Le cas du cinémomètre photographique¹⁸ montre bien toutefois que divers autres enjeux se greffent autour de cette préoccupation et qu'au-delà des données chiffrées du bilan routier et des effets de la vitesse sur les routes, d'autres considérations prévalent. À plusieurs reprises au Québec et dès les années 1970, le cinémomètre photographique a été envisagé comme une solution potentielle à la gestion de la vitesse sur la route. À la fin des années 1990, la proposition de recourir au cinémomètre est de nouveau mise de l'avant. Elle fait partie des cinq mesures proposées par le ministre des Transports dans le livre vert sur la sécurité routière (ministère des Transports du Québec, 1999). En février et en mars 2000 s'est tenue une commission parlementaire à ce propos. L'INSPQ a adopté une position favorable à l'utilisation de cet outil. Le cinémomètre a été retenu comme une piste d'action dans la Politique de sécurité routière dans les transports, 2001-2005.

En mai 2001, le ministre des Transports a déposé un projet de loi (n° 17) visant à modifier le Code de la sécurité routière et le Code de procédure pénale afin de permettre l'utilisation de cinémomètres à des endroits déterminés. Des consultations particulières ont été menées. Une dizaine d'associations et

d'organismes ont été invités à se prononcer sur ce projet de loi. Une absence de consensus ressort de ces consultations. Le Ministre a alors suggéré de limiter l'expérience dans le temps, de réduire le nombre de cinémomètres qui seraient installés et d'établir des critères de sélection des sites. Ces éléments n'ont pas suffi à convaincre les opposants de la pertinence du projet. En octobre 2001, le Ministre retirait son projet de loi.

En mars 2003, à la suggestion de la Société d'assurance automobile du Québec, une table de concertation sur la gestion de la vitesse a été mise en place. Cette table réunit des experts de divers ministères et organismes. De nouveau, le cinémomètre est évoqué comme solution. En octobre 2005, le projet d'installer des cinémomètres photographiques réapparaît comme hypothèse de travail (Gagnon, Michaud et Turcotte, 2007, p. 96). Deux mois plus tard, en prévision de la révision de la Politique de la sécurité routière, un comité de travail voit le jour : la Table québécoise de la sécurité routière. En mars 2006, une commission sur la sécurité routière est tenue et à l'automne 2006, le ministre des Transports réitère sa volonté de déposer une politique de sécurité routière incluant le cinémomètre comme moyen de réguler la vitesse sur les routes.

Deux visions s'affrontent alors par rapport à cette solution proposée pour gérer la vitesse sur les routes et améliorer le bilan routier. Les participants favorables à l'utilisation du cinémomètre s'appuient sur l'efficacité démontrée de l'appareil pour améliorer le bilan routier dans plusieurs pays, et ce, dès la fin des années 1990 (Groupe de recherche en sécurité routière, 1998). Ceux qui s'y opposent font valoir le caractère automatique de ce moyen de contrôle, les difficultés administratives et éthiques que soulève son usage. Pour leur part, les acteurs de santé publique se montrent favorables à son utilisation.

Finalement, en novembre 2007, le ministre des Transports a déposé un projet de loi modifiant le Code de la sécurité routière et le règlement sur les points d'inaptitude (Québec, 2007) qui inclut la mise en œuvre de projets pilotes pour tester l'utilisation du cinémomètre. Le 19 décembre 2007, ce projet de

¹⁸ Un cinémomètre photographique est un appareil constitué d'un radar à effet *Doppler* et d'un appareil photographique 35 mm contrôlé par ordinateur. Cet appareil est communément appelé un photoradar.

loi a été adopté par l'Assemblée nationale, près d'une dizaine d'années après qu'il eut été proposé dans un livre vert.

Au ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs

En ce qui a trait au MDDEP, sa mission est « d'assurer la protection de l'environnement et des écosystèmes naturels pour contribuer au bien-être des générations actuelles et futures » (MDDEP 2005, cité dans Turgeon et Talbot, 2007, p. 25). L'environnement physique est un déterminant de la santé et ce ministère a déjà une longue tradition d'évaluation d'impact environnemental. Dans le cas du Code de gestion des pesticides (Québec, 2003b), il est possible de cibler dans le sous-système de la gestion des pesticides au Québec une confrontation entre deux visions, l'une axée sur le bannissement des pesticides et l'autre sur la lutte antiparasitaire intégrée.

Pour les groupes environnementaux qui préconisent le bannissement des pesticides en milieu urbain, l'information disponible concernant les effets possibles sur la santé de certains produits couramment utilisés en entretien paysager incite à la prudence. Selon eux, les données actuelles et les éléments moins connus justifient l'application du principe de précaution. À l'opposé, les partisans de la lutte antiparasitaire intégrée (la majorité des fabricants et des distributeurs de pesticides, de même que les entreprises d'entretien des espaces verts) favorisent l'éducation et la sensibilisation de la population. Pour réduire l'usage des pesticides, ils recommandent la lutte antiparasitaire intégrée, méthode visant à utiliser les pesticides en dernier recours. Pour eux, le gouvernement québécois doit respecter le système d'homologation canadien.

La préoccupation pour la santé publique était très présente dans ce cas et soutenue par le ministre qui était intervenu en 2001 auprès du Conseil canadien des ministres de l'environnement contre l'utilisation des pesticides à des fins esthétiques. Cette même année, le ministre établissait un groupe de réflexion sur les pesticides en milieu urbain. Pour l'INSPQ, il y avait alors de nombreuses incertitudes sur les risques réels concernant certains pesticides utilisés en milieu urbain et suffisamment d'éléments pour préconiser l'application du principe de précaution. Cependant,

l'INSPQ suggérait plutôt des activités de sensibilisation auprès de la population, de façon à intervenir progressivement pour interdire l'utilisation des pesticides. Cette dernière position rejoint l'optique de la lutte antiparasitaire intégrée.

Dans ce cas-ci, la solution retenue ira plus loin que celle préconisée officiellement par les acteurs de santé publique. L'adoption du Code de gestion des pesticides marque l'interdiction d'appliquer sur les pelouses des terrains publics, parapublics et municipaux, à la fois des pesticides sur lesquels des données scientifiques reconnaissent des effets nocifs pour la santé de la population et d'autres pesticides dont on ne peut établir aussi clairement la nocivité. Le Québec adopte alors les plus hauts standards en la matière en Amérique du Nord, en s'appuyant sur le principe de précaution.

Au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Enfin, la mission du MESS est de « contribuer au développement socioéconomique du Québec en favorisant le plein épanouissement des personnes par la promotion de l'emploi et le soutien aux personnes démunies » (MESS 2004, cité dans Michaud, Gagnon et Gauthier 2007, p. 63). Paradoxalement, alors que plusieurs acteurs évoquent les impacts négatifs de la pauvreté sur la santé et le bien-être, les mesures contenues dans le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale adopté en avril 2004 n'ont pas fait l'objet d'une évaluation explicite d'impact sur la santé et le bien-être. S'agissant de ce plan d'action, rappelons que la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale adoptée en décembre 2002 (loi 112) (Québec, 2002) contenait l'obligation, pour le gouvernement, d'adopter un tel plan.

Deux visions des solutions potentielles sont mises de l'avant et proposent des voies différentes. L'une favorise l'intégration au travail afin d'éviter le piège de la pauvreté, l'autre souhaite prévenir la détresse économique et dénonce le modèle économique qui engendre des inégalités sociales. Selon la première vision, il faut miser sur l'insertion la plus rapide à l'emploi, ce qui permet de diminuer les dépenses gouvernementales en matière de sécurité sociale.

Les défenseurs de cette vision sont des responsables du MESS et des représentants du secteur économique, dont la Chambre de commerce du Québec, le Conseil du patronat du Québec et l'Association des économistes du Québec. Pour les tenants de la seconde vision, il faut miser sur le rôle de redistribution de l'État pour améliorer la richesse collective. Cette position est défendue par le Collectif pour un Québec sans pauvreté, par une équipe universitaire de chercheurs et par divers organismes gouvernementaux tels que le Conseil de la santé et du bien-être, le Conseil permanent de la jeunesse, des intervenants du secteur de la santé, des associations syndicales et la Conférence religieuse canadienne.

Différents éléments doivent être soulignés. L'adoption de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale a été précédée en juin 2002 d'une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale intitulée *La volonté d'agir, la force de réussir* (MESS, 2002). Comme l'ont précisé divers auteurs (Dufour, 2004; Noël, 2002; Ulysse et Lesemann, 2004), cette dernière est le résultat d'une mobilisation importante d'acteurs de la société civile regroupés sous le Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté. Ce collectif a effectivement déposé auprès du ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale un projet de loi visant à s'attaquer à la pauvreté. Quant à la loi adoptée en décembre 2002, elle contient une clause d'impact largement inspirée de l'article 54, mais qui touche les effets des actions gouvernementales sur la pauvreté et l'exclusion sociale¹⁹. Enfin, lors de l'émergence du problème au sein du MESS, la présence de divers acteurs ayant œuvré au sein du MSSS et par conséquent sensibilisés aux effets de la pauvreté sur la santé et le bien-être est un élément à considérer dans la dynamique de ce sous-système.

Ainsi, bien que l'article 54 fut en vigueur au moment du « déroulement » de chacun de ces dossiers, il n'y eut aucune évaluation approfondie d'impact sur la santé et le bien-être. Selon l'information obtenue, un seul répondant ministériel de l'article 54 est intervenu pour manifester ses préoccupations pour la santé. Par ailleurs, les acteurs de santé publique, notamment

des agents de l'INSPQ, sont intervenus dans deux cas de façon à favoriser la prise en compte de la santé.

Dans trois cas sur quatre, les contradicteurs sur la lecture du problème et des solutions proposées opposent souvent des arguments d'ordre économique à des arguments d'ordre environnemental ou liés à la justice sociale. Si l'économie repose sur la logique de la productivité et de la rentabilité, ne prend-elle pas en effet en considération la santé économique de la société et par conséquent de la population si l'on tient compte de l'importance du revenu comme déterminant? L'analyse des divers sous-systèmes à l'œuvre fait ressortir que la dynamique est plus complexe que l'opposition entre une vision économique portée par des acteurs des ministères à vocation économique et une vision sociale portée par les acteurs des ministères à vocation sociale.

D'une part, lors de la formulation des politiques, différentes visions des solutions possibles peuvent ressortir au sein d'un même ministère. D'autre part, les acteurs de la société civile peuvent influencer sur les solutions adoptées pour réguler un problème et dans certains cas, ils sont porteurs d'une solution. Pour mieux cerner ce qui agit sur le fait que la santé et le bien-être soient pris en compte lors de la formulation de politiques, deux autres dimensions retiendront notre attention: la dimension politique au sens des changements gouvernementaux, ministériels et des positions partisans et la dimension cognitive, c'est-à-dire la disponibilité et l'utilisation des connaissances servant à documenter l'impact « significatif » sur la santé et le bien-être et la transmission de ces connaissances aux décideurs.

■ LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE : LES POINTS DE VUE DE LA POLITIQUE

La Loi sur la santé publique a été adoptée en décembre 2001 lors d'un mandat gouvernemental du Parti Québécois. Le tableau 2 présente les changements de gouvernement survenus au cours de la période couverte par les quatre cas à l'étude, ainsi que les

¹⁹ L'article 19 de cette loi confère au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale un rôle de conseiller du gouvernement sur toute question relative à la pauvreté et à l'exclusion sociale. L'article 20 traite des impacts directs et significatifs sur le revenu des personnes ou des familles que pourraient avoir les propositions de nature législative mises de l'avant par chaque ministre.

changements ministériels pour chacun des cas. De 1997 à avril 2003, le gouvernement a été formé par le Parti Québécois et d'avril 2003 à décembre 2007 par le Parti libéral du Québec. Au total, durant cette période, trois premiers ministres se sont succédé, deux issus du Parti Québécois et un de la majorité libérale. Ce même tableau illustre bien le nombre relativement important de changements ministériels dans chacun des dossiers à l'étude. Dans deux cas sur quatre, trois ministres différents se sont remplacés alors que le dossier était en cours et dans les deux autres cas, cinq et même six ministres différents ont occupé le poste.

Un changement de parti à la tête du gouvernement, de même qu'au sein d'un ministère ne signifie pas nécessairement un changement d'orientation pour un dossier en cours. La Loi sur l'aquaculture commerciale

adoptée en décembre 2003 par le gouvernement libéral élu en avril 2003 a été rédigée sous le gouvernement du Parti Québécois. Par contre, ce même gouvernement reportera le dépôt du Plan d'action en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale à l'automne suivant, alors que le gouvernement du Parti Québécois en avait déjà élaboré une version (Michaud, Gagnon et Gauthier, 2007, p. 65). De l'automne 2003 à l'hiver 2004, trois versions du plan d'action ont circulé. Le gouvernement faisait face au dilemme suivant : comment annoncer à la fois des baisses d'impôts et des investissements dans des mesures sociales? La solution retenue sera de soutenir financièrement les ménages à faible revenu par le truchement de mesures fiscales. Le ministère des Finances est intervenu lors de la formulation de la dernière version de ce plan d'action gouvernemental.

TABLEAU 2 : LES CHANGEMENTS GOUVERNEMENTAUX ET MINISTÉRIELS

CAS À L'ÉTUDE – 1997 À 2007	CHANGEMENTS GOUVERNEMENTAUX
	<p>Trois élections : 1994 : victoire du Parti Québécois (PQ) Novembre 1998 : victoire du Parti Québécois Avril 2003 : victoire du Parti libéral du Québec (PLQ)</p> <p>Deux premiers ministres sous le gouvernement du Parti Québécois : 1996 à 2001 : Lucien Bouchard mars 2001 à 2003 : Bernard Landry</p> <p>Un premier ministre sous le gouvernement libéral : Avril 2003 à avril 2007* : Jean Charest</p>
	CHANGEMENTS MINISTÉRIELS
Loi sur l'aquaculture commerciale 1998 à 2004	- Dossier porté par trois ministres : M1/PQ : décembre 1998 à mars 2001 M2/PQ : mars 2001 à avril 2003 M3/PLQ : mai 2003 à septembre 2004
Code de gestion des pesticides 1997 à mars 2003	- Dossier porté par trois ministres : M1/PQ : janvier 1996 à août 1997 M2/PQ : août 1997 à mars 2001 M3/PQ : mars 2001 à avril 2003
Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 1998 à 2004	- Dossier porté par cinq ministres : M1/PQ : janvier 1996 à décembre 1998 M2/PQ : décembre 1998 à mars 2001 M3/PQ : mars 2001 à janvier 2002 M4/PLQ : janvier 2002 à avril 2003 M5/PLQ : avril 2003 à février 2005
Cinémomètre photographique 1999 à décembre 2007	- Dossier porté par six ministres : M1/PQ : janvier 1996 à décembre 1998 M2/PQ : décembre 1998 à janvier 2002 M3/PQ : février 2002 à mars 2003 M4/PLQ : avril 2003 à février 2005 M5/PLQ : février 2005 à avril 2007 M6/PLQ : avril 2007 à...

* Au moment de l'impression, en juin 2008, le gouvernement de Jean Charest est toujours au pouvoir [NDLR].

Dans certains cas, un changement ministériel sous un même gouvernement marque un avancement du dossier. Ainsi, dès les premiers jours de son entrée en fonction en mars 2001, le premier ministre Bernard Landry a annoncé que la lutte contre la pauvreté figurait parmi ses priorités, quand son prédécesseur, issu du même parti, s'était montré réticent à s'engager sur cette voie. Dans un autre cas de figure, pendant plusieurs années, ni les changements de gouvernement, ni les changements ministériels ne sont venus infirmer la décision de ne pas adopter le cinémomètre pour réguler le problème de la vitesse.

Le rôle du ministre, et de son entourage, aura été déterminant dans certains dossiers. Il en est ainsi de la prise en compte du problème de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au sein du MESS. Plusieurs responsables en place dont le ministre, le sous-ministre et une professionnelle avaient déjà travaillé au MSSS et ils étaient, dans les faits, sensibilisés à l'impact de la pauvreté sur la santé et le bien-être. Dans le cas du Code de gestion des pesticides, l'intérêt du ministre en poste aurait également contribué à l'avancement du dossier.

En outre, le recours à la consultation (commission parlementaire ou consultation particulière) peut être une voie suivie pour faire valider une orientation souhaitée, qu'elle soit favorable ou non à la santé et au bien-être. Le cheminement du dossier du cinémomètre est, d'une certaine façon, exemplaire par le nombre de consultations et de mécanismes de concertation auquel il a donné lieu. Dans ce cas, l'expérimentation de projets pilotes sera en 2007 la voie privilégiée pour faire adopter la solution du cinémomètre. Soulignons qu'au Canada, le retrait du cinémomètre a fait l'objet de promesses électorales qui ont été tenues en Ontario en 1995 et en Colombie-Britannique en 2001 (Gagnon, Michaud et Turcotte, 2007, p. 101).

Ainsi, les élus demeurent attentifs aux réactions que peuvent susciter les solutions envisagées au sein de groupes sociaux. La divulgation dans la presse écrite de la première version du Plan d'action gouvernemental pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion

sociale illustre cette sensibilité des élus. Quoi qu'il en soit, depuis l'adoption de l'article 54, aucun des deux gouvernements au pouvoir n'a donné un signal clair voulant que le respect et l'application en bonne et due forme de cet article soient pour lui une priorité.

Une dernière dimension doit être considérée, à savoir le rôle des connaissances dans l'EIS et plus largement dans le processus décisionnel. Si, à l'instar de divers auteurs (Cole et Fielding, 2007; Davenport, Mathers et Parry, 2006; Kemm, 2005), on prévoit que l'EIS influera sur la prise de décision, comment, dans le contexte de l'appareil politico-administratif du Québec, cette influence peut-elle effectivement se manifester et comment établir des liens entre la disponibilité de connaissances, leur utilisation et les décisions prises?

■ LA CIRCULATION DES CONNAISSANCES DANS L'APPAREIL POLITICO-ADMINISTRATIF²⁰

Précisons tout d'abord qu'aux fins des études de cas, nous nous sommes intéressés aux « connaissances utilisées » relatives aux impacts sur la santé et le bien-être par les divers acteurs lors de la formulation de la politique concernée. Cela afin d'examiner sur quelles connaissances étaient prises les décisions. Ainsi, on peut considérer l'EIS comme une source de connaissances susceptible d'influer sur le processus décisionnel.

Une question demeure: de quelles connaissances parle-t-on? Celles d'ordre général relatives aux liens entre les déterminants et la santé des populations davantage connues par les acteurs de santé publique? Des statistiques dont disposent les professionnels des ministères sur une problématique donnée? Des résultats des recherches publiées dans les revues scientifiques? Des prises de position des différents acteurs ayant présenté des mémoires en commission parlementaire? Des rapports de groupes de réflexion créés à l'initiative d'un ministre? Des résultats d'une consultation ministérielle sur un projet de loi? Ou bien seules les données probantes devraient-elles être prises en compte?

²⁰ Il existe une littérature importante sur le transfert de connaissances. Notre objectif est ici de rendre compte du rapport aux connaissances de ceux qui font et qui décident des politiques dans les cas à l'étude. Nous utiliserons le terme générique de circulation des connaissances pour désigner les différentes phases de l'accessibilité aux connaissances au sein de l'appareil politico-administratif, de l'utilisation de ces connaissances par ceux qui font les politiques et du transfert de connaissances vers ceux qui décident.

Dans les faits, toutes ces données doivent être analysées. Mais il importe de comprendre que certaines connaissances disponibles ne sont pas toujours accessibles à ceux qui font ou qui décident des politiques. Parmi les connaissances disponibles et accessibles, il y a celles qui seront effectivement transmises à ceux qui décident et, finalement, comme l'a fait remarquer l'un de nos interlocuteurs (n° 16) : « Il y a ceux qui savent et ceux qui décident. » Les deux mondes se rapprochent parfois, mais l'accessibilité, l'utilisation et le transfert de connaissances ne sont en rien garants de leur prise en compte dans le processus décisionnel. D'autres impératifs s'imposent, tantôt économique, tantôt environnemental ou encore administratif. Si rationnelle et rassurante que puisse apparaître la dimension cognitive, son effet est tout aussi incertain que les dimensions politique et normative.

S'agissant des cas à l'étude, qu'en est-il de la circulation des connaissances dans l'appareil politico-administratif eu égard aux préoccupations de la santé et du bien-être. Dans le cas du Code de gestion des pesticides, la réglementation s'appuie à la fois sur des certitudes scientifiques et sur le principe de précaution. Un groupe de réflexion a été créé par le ministre en octobre 2001. Rappelons que l'INSPQ a estimé que de nombreuses incertitudes subsistaient toujours quant aux risques réels liés à l'utilisation des pesticides en milieu résidentiel. Selon l'Institut, il y avait toutefois assez d'éléments pour recommander l'application du principe de précaution (Turgeon et Talbot, 2007, p. 28). Plusieurs organismes, particulièrement du côté des producteurs, ont fait connaître leur opposition à l'élimination de l'usage de certains pesticides compte tenu de l'absence de données probantes la justifiant. La méthode qu'ils suggéraient d'utiliser, la lutte anti-parasitaire intégrée, était reconnue par certains scientifiques. Pour ces intervenants, l'interdiction d'utiliser les pesticides en milieu urbain ne repose pas systématiquement sur des données scientifiques solides. Dans les faits, à la suite du dépôt du rapport du Groupe de réflexion (mars 2002), la réglementation adoptée sera plus sévère que les propositions mises de l'avant par l'Institut.

Le cas de l'adoption du cinémomètre pour diminuer la vitesse sur les routes est exemplaire en ce qui a trait à sa longue période d'incubation, malgré la

disponibilité de données illustrant son efficacité dès 2001 (Commission permanente des transports et de l'environnement, 2001). Les considérations économiques de l'industrie du transport routier et celles administratives, éthiques ou politiques de nombreux autres acteurs ont en effet prévalu sur la prise en compte de données démontrant les résultats obtenus avec le cinémomètre dans divers pays. Son intégration dans la loi adoptée en 2007 demeure liée à une expérimentation par projet pilote dans des zones ciblées. L'absence de consensus ou la non-acceptabilité sociale de cet outil serait donc encore bien présente.

Dans le cas du Plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, des données scientifiques font le lien entre le niveau de revenu, la santé et le bien-être. Les experts ne s'entendent pas sur le type de mesures à adopter, les uns préconisant des mesures incitatives, les autres des mesures coercitives. Ces deux types de mesures sont en réalité associés à deux conceptions différentes du rôle de l'État et de la prise en charge de la pauvreté par la collectivité. La première est favorable à l'insertion des personnes sur le marché du travail le plus rapidement possible afin de prévenir la détresse économique et de limiter les dépenses gouvernementales, la seconde, davantage à long terme, mise sur la réduction des inégalités sociales.

Enfin, pour ce qui est de la Loi sur l'aquaculture commerciale, ce sont les impératifs économiques qui ont prévalu tout en garantissant l'innocuité alimentaire de la ressource produite. Il y eut des gains pour la santé en regard de l'article 25 qui prévoit l'échange d'information entre les ministères (le ministère de l'Environnement, le MSSS et la Société de la faune et des parcs du Québec) pour tout élément touchant entre autres la prévention d'un risque pour la santé et la sécurité publique (Michaud et Turgeon, 2007, p. 5). Quant à la demande du MSSS d'améliorer la valeur nutritive des produits de l'aquaculture, elle n'a pas été retenue en partie en raison de sa « nouveauté ». Les lois québécoises et canadiennes ne renferment pas d'obligation sur le maintien de la qualité nutritive, sauf pour certaines catégories d'aliment à usage spécial (de régime, diététique ou à caractère nutraceutique ou aliment nouveau) (Michaud et Turgeon, 2007, p. 9). Le fait d'exiger des producteurs de poissons d'élevage

le respect d'une telle norme (teneur en oméga-3) aurait joué négativement sur leur compétitivité aux échelons national et international. Dans ce cas, les impératifs économiques et la volonté du gouvernement du Québec de réglementer ce secteur, qui est de compétence partagée entre le fédéral et le provincial, ont été décisifs.

Chaque cas possède donc ses particularités. Aussi, en l'absence d'un processus formel rendant obligatoire l'EIS lors de l'élaboration des politiques publiques, l'éventail des connaissances sur lesquelles s'appuient ceux qui font et qui décident des politiques est très large et le transfert de connaissances n'est pas nécessairement synonyme d'une prise de décision plus éclairée.

■ DISCUSSION ET CONCLUSION

À partir d'études de cas centrées sur la formulation et l'adoption de politiques publiques relatives à des thématiques variées et relevant de divers secteurs, nous avons voulu analyser comment les préoccupations pour la santé et le bien-être étaient prises en compte lors du processus décisionnel et comment l'EIS y était considérée. Nous avons cherché à brosser un tableau de la réalité du « terrain » dans le contexte de la réalité légale que représente l'article 54.

Ce tableau ne prétend pas être exhaustif, ces études ayant été menées dans quatre ministères et les mesures à l'étude ne représentant qu'un sous-ensemble des mesures adoptées par le gouvernement du Québec durant cette période. De même, les résultats présentés s'appuient principalement sur les sources documentaires. Toutefois, la perspective proposée a le mérite d'appréhender la problématique de l'EIS en se fondant sur un modèle d'analyse de politiques publiques qui prend en considération quatre dimensions structurantes du processus décisionnel (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2007).

Ainsi, sur le plan institutionnel, les acteurs de santé publique disposent de divers instruments de gouverne (lois, organismes, dispositifs, comités interministériels, etc.) pour promouvoir la mise en œuvre de l'article 54, mais une impulsion politique tout autant que collective sera nécessaire pour atteindre pleinement les objectifs de cette mesure légale. Cette dernière agit certes

comme un levier d'action et représente un incitatif important, mais non suffisant en soi pour faire en sorte que la santé et le bien-être soient pris en compte lors de la formulation des politiques publiques. En d'autres termes, la « contrainte » légale est une condition nécessaire mais insuffisante. Un leadership politique et administratif doit absolument l'accompagner (Turgeon et autres, 2005). Si l'on constate l'existence d'un leadership administratif chez les acteurs de santé publique, l'intérêt chez les responsables politiques de haut niveau semble peu présent.

Par ailleurs, l'article 54 n'est pas la seule porte d'entrée pour l'EIS. Les Directions régionales de santé publique procèdent par exemple à des évaluations d'impact dans le secteur environnemental. Des efforts supplémentaires devront cependant être déployés sur les plans politico-administratif et méthodologique pour permettre l'intégration réaliste et conviviale de l'EIS lors de la formulation des politiques publiques.

Sur le plan normatif, la vision sectorielle et les cultures ministérielles tendent à s'imposer. Si, le plus souvent, il y a convergence sur l'existence d'un problème et la nécessité d'intervenir, les solutions à rechercher font souvent l'objet de confrontation entre différentes façons de maîtriser le problème qui, dans les faits, correspondent à diverses logiques d'intervention (économique, administrative, sanitaire, environnementale...). L'existence d'une mesure légale n'amène pas en soi un changement, ni des visions des acteurs de l'action publique, ni des priorités ministérielles et des façons de faire.

Dans le cas de l'article 54, aucun des deux partis qui ont été au pouvoir n'a manifesté une volonté politique soutenue de faire respecter et l'esprit et la lettre de cet article ou encore n'a démontré un intérêt réel pour l'EIS. Les changements gouvernementaux ou ministériels peuvent confirmer une orientation prise, tout comme ils peuvent contribuer à donner une nouvelle orientation à un dossier. Les changements politiques ne sont pas nécessairement une entrave, mais les décisions semblent reposer sur les valeurs des élus, de ceux qui font les politiques, des partis et de la collectivité.

L'article 54 devrait permettre d'investir dans les impacts positifs sur la santé et le bien-être lors de la formulation des politiques et d'en limiter les effets

négatifs. Cela suppose une démarche rationnelle institutionnalisée de l'EIS dans un contexte où les connaissances sont disponibles et connues de tous. Mais ce n'est pas uniquement la rationalité qui guide les comportements individuels et collectifs. La mise en œuvre de l'EIS s'inscrit dans un contexte institutionnel dans lequel les orientations et les pratiques ministérielles et les priorités politiques s'imposent (position d'un ministre, échéance et gains électoraux, absence de consensus social sur une solution donnée, etc.).

Deux autres facteurs sur lesquels nous ne nous sommes pas appuyés dans cet article peuvent jouer en

faveur de l'article 54 et de l'EIS : des événements en provenance de l'environnement externe d'un sous-système et le temps. D'une part, l'évolution qu'a connue l'EIS depuis les années 1990 dans divers pays peut influencer favorablement son appropriation, de même que les pratiques mises en œuvre par ailleurs peuvent moduler les pratiques d'un sous-système. D'autre part, le temps peut favoriser le changement dans les perceptions de la santé et du bien-être et de leurs déterminants autant dans la collectivité, au sein des partis politiques que dans la compréhension de ceux qui fondent les politiques, décident de leurs orientations et les mettent en application.

BIBLIOGRAPHIE

- Bergeron, H., Y. Surel et J. Valluy (1998). « L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques? », *Politix*, n° 41, p. 195-223.
- Bourgault, J. et S. Dupuis. (2007). *Les conditions de succès des dispositifs interministériels*, Enquête réalisée auprès de six gouvernements provinciaux et du gouvernement du Canada, [non publié].
- Cole, B. L. et J. E. Fielding (2007). « Health Impact Assessment: A Tool to Help Policy Makers Understand Health Beyond Health Care », *Annual Review of Public Health*, n° 28, p. 393-412.
- Commission permanente des transports et de l'environnement (2001). *Consultations particulières sur le projet de loi n° 17. Journal des débats*, Travaux parlementaires, 36^e législature, 2^e session, 6 septembre, Assemblée nationale du Québec.
- Davenport, C., J. Mathers et J. Parry. (2006). « Use of Health Impact Assessment in Incorporating Health Considerations in Decision Making ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, p. 196-201.
- Dufour, P. (2004). « L'adoption du projet de loi 112 au Québec : le produit d'une mobilisation ou une simple question de conjoncture politique? » *Politique et sociétés*, vol. 23, n° 2-3, p. 159-182.
- Gagnon, F., M. Michaud et V. Turcotte (2007). « Le cinémomètre photographique », dans F. Gagnon et J. Turgeon (dir.), *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS, p. 93-103.
- Gagnon, F. et J. Turgeon (dir.) (2007). *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS.
- Gagnon, F., J. Turgeon et C. Dallaire (2007). « Healthy Public Policy: A Conceptual Cognitive Framework », *Health Policy*, n° 81, p. 42-55.
- Groupe de recherche en sécurité routière (1998). *Le cinémomètre en sécurité routière : synthèse des pratiques et des études recensées à travers le monde en regard de son implantation éventuelle au Québec*, Sainte-Foy, Université Laval.
- Groupe de réflexion sur les pesticides en milieu urbain (2002). *Pour la protection de la santé et de l'environnement, la gestion environnementale en milieu urbain*, Québec.
- Kemm, J. (2005). « The Future Challenges for HIA », *Environmental Impact Assessment Review*, n° 25, p. 799-807.
- Lavis, J. N. et autres (2003). « Do Canadian Civil Servants Care about the Health of Populations? », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 4, p. 658-663.
- L'Observatoire de l'administration publique avec la collaboration de J. Turgeon et F. Gagnon (2006). *Le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé*, <http://www.etatquebecois.énap.ca/etatquebecois/docs/pp/sante/a-pp-services-sante.pdf> (page consultée le 7 mai 2008).
- L'Observatoire de l'administration publique (2003). *Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour l'opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être*, <http://www.observatoire.énap.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.7.11> (page consultée le 7 mai 2008).

- Michaud, M., F. Gagnon et J. Gauthier (2007). « Le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale », dans F. Gagnon et J. Turgeon (dir.), *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS, p. 63-75.
- Michaud, M. et J. Turgeon (2007). « La loi sur l'aquaculture commerciale » dans F. Gagnon et J. Turgeon (dir.), *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS, p. 1-11.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2002). « La force d'agir, la volonté de réussir », *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Énoncé de politique, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- Ministère de l'Environnement (2003). Québec adopte les plus hauts standards en Amérique du Nord pour diminuer l'exposition aux pesticides, Communiqué de presse, 5 mars, Québec, ministère de l'Environnement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007a). *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007b). *Le 54, Bulletin d'information sur l'article 54 de la Loi sur la santé publique*, vol. 1, n° 3.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Guide pratique. Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère des Transports du Québec (1999). *Livre vert. La sécurité routière au Québec : un défi collectif*, Québec, ministère des Transports du Québec.
- Noël, A. (2002). *A Law against Poverty: Quebec's New Approach to Combatting Poverty and Social Exclusion*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.
- Québec (2007). *Loi modifiant le code de la sécurité routière et le règlement sur les points d'inaptitude*, Projet de loi n° 42, chapitre 40, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2003a). *Loi sur l'aquaculture commerciale* L.R.Q., chapitre A-20.2, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2003b). *Code de gestion des pesticides* L.R.Q., chapitre P-9.3, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2002). *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, L.R.Q., chapitre L-7, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2001). *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., chapitre S-2.2, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (1998). *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*. L.R.Q. chapitre 1-13.1.1, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (1972). *Loi sur la protection de la santé publique*. L.R.Q., chapitre P-35, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Sabatier, P. A. et H. C. Jenkins-Smith (1999). « The Advocacy Coalition Framework: An Assessment », dans P. A. Sabatier (dir.), *Theories of the Policy Process*, Boulder, Co: Westview Press, p. 117-166.
- Santé Canada (1998). *Lutte antiparasitaire intégrée dans le secteur de la transformation des aliments*, dépliant publié par l'ARLA pour le Groupe de travail industrie/gouvernement sur le bromure de méthyle, http://www.pmr-arla.gc.ca/francais/pdf/spm/spm_s9802-f.pdf (page consultée le 20 janvier 2008).
- Turgeon, J. et D. Talbot (2007). « Le Code de gestion des pesticides en milieu urbain », dans F. Gagnon et J. Turgeon (dir.), *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS, p. 25-34.
- Turgeon, J. et autres (2005). « Politiques publiques et santé : les dilemmes de l'évaluation prospective », *Administration publique du Canada*, vol. 48, n° 3, p. 328-347.
- Ulysse, P.-J. et F. Lesemann (2004). *Citoyenneté et pauvreté. Politiques, pratiques et stratégies d'insertion en emploi et de lutte contre la pauvreté*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.

Pour des **politiques** publiques **favorables** à la **santé** dans le contexte de la **préparation** de grands événements internationaux : l'exemple des **Jeux olympiques**

Par **Sarah Curtis**, professeure, Health and Risk, University of Durham • s.e.curtis@durham.ac.uk

Ann Pederson, Manager, Politique et recherche, British Columbia Centre for Excellence for Women's Health • apederson@cw.bc.ca

Ted Bruce, directeur exécutif de la santé publique, Vancouver Coastal Health Region • Ted.Bruce@vch.ca

et **Jim Frankish**, professeur et directeur, Centre for Population Health Promotion Research, University of British Columbia • frankish@interchange.ubc.ca

Traduit de l'anglais

Il est de plus en plus fréquent que s'établissent, à travers le monde, des stratégies en faveur de la santé publique (Frankish et autres, 1996; OMS, 1999). Au fur et à mesure que les décisions politiques se multiplient et que les structures organisationnelles se mettent en place dans le but de préserver et d'améliorer les politiques publiques favorables à la santé, des questions se font jour sur la façon idéale de les promouvoir et sur le rôle que seraient appelés à jouer les spécialistes du domaine et les autres parties prenantes. Une des approches préconisées pour l'approfondissement des politiques est la tenue préalable d'évaluations d'impact sur la santé (EIS) des politiques et des interventions publiques ayant des incidences au-delà du champ de la médecine (Centre de collaboration nationale Politiques publiques et santé, 2008; Douglas et autres, 2001; Kemm et Parry, 2004; Mindell, Ison et Joffe, 2003; Santé Canada, 2004; Scott-Samuel, Birley et Ardern, 1998).

Précisons simplement pour commencer que l'EIS est basée sur le modèle social de la santé, qui souligne le besoin de prendre en considération les déterminants environnementaux et physiques de la santé publique. Un document consensuel distribué par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définissait les EIS comme « des combinaisons de procédures, de méthodes et de moyens par lesquels il est possible d'évaluer les effets potentiels d'une politique, d'un programme

ou d'un projet sur la santé de la population, ainsi que la dissémination de ces effets au sein de cette population » (OMS, 1999, p. 4). Dans cet article, nous examinons le rôle des EIS en tant qu'outil de développement des politiques publiques favorables à la santé, bien que nous y démontrions que les stratégies en faveur de la santé publique n'emploient pas toujours de manière formelle les EIS.

L'EIS propose d'intéressants défis aux théoriciens qui tentent de mettre au point à la fois des modèles conceptuels et des applications pratiques censés faciliter le déploiement de politiques publiques favorables à la santé. Cette thématique devient encore plus complexe lorsque la conception d'une stratégie en santé publique se prépare au sein de grandes organisations internationales et se focalise par ailleurs sur le rôle de ces dernières (Kickbush et de Leeuw, 1999). Cette problématique est soulevée dans un rapport rassemblant des études de cas sur les efforts à consentir pour gérer les impacts sur la santé publique des Jeux olympiques et paralympiques de Vancouver (hiver 2010) et de Londres (été 2012).

■ UN BREF RECENSEMENT DES MODÈLES CONCEPTUELS DESTINÉS À APPROFONDIR LES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ ET LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ

Comme dans d'autres domaines, les théories sociales du « processus en marche » peuvent servir d'assise à des stratégies et à des interventions efficaces en matière de santé publique (Potvin et autres, 2005).

Trois d'entre elles semblent favoriser la tenue d'EIS dans le cadre d'événements internationaux à grande échelle tels que les Jeux olympiques et paralympiques.

La première se rattache au modèle social de la santé (Whitehead, 1995) qui se préoccupe des causalités par lesquelles des déterminants sociaux et environnementaux influencent les comportements individuels liés à la santé et attire l'attention sur les impacts potentiels sur la santé publique des mutations de ces déterminants. Aussi bien à l'échelle communautaire que de la société dans son ensemble, il montre l'importance des facteurs sociaux et environnementaux pour la santé, mais aussi pour les styles de vie, le niveau des connaissances et l'étendue des choix personnels.

La deuxième approche que nous considérons dans notre perspective concerne la construction sociale et culturelle du risque et notamment les théories d'Ulrich Beck (1999) sur la société mondiale du risque qui dénoncent les limites des politiques fondées sur des données probantes et révèlent le degré d'incertitude de la prédiction des effets de l'activité mondiale sur la santé de l'humanité (tel qu'il est appliqué à l'EIS par Curtis, à paraître). Beck se concentre particulièrement sur les «risques mondiaux» associés par exemple aux changements climatiques et au terrorisme. Bien que la tenue des Jeux olympiques puisse potentiellement comporter des «risques mondiaux» de ce genre (par exemple, les attentats terroristes), nous jugeons dans cet article de la pertinence «quotidienne» des théories de Beck en ce qui a trait au rôle des organisateurs à l'endroit de la santé publique dans les pays hôtes des Jeux olympiques. Les arguments à l'appui de sa démonstration sur la difficulté de responsabiliser institutionnellement l'une ou l'autre des administrations concernées, expliquent la naissance de coalitions objectives et informelles à l'occasion d'EIS préparatoires aux Jeux olympiques. Au moment même où les organismes officiels tentent de créer des structures pour maîtriser les impacts des Jeux olympiques sur la santé publique, des groupes de pression se mobilisent à la défense des populations marginalisées.

Le modèle de l'*Advocacy Coalition Framework* (ACF), proposé par Gagnon, Turgeon et Dallaire (2007) est la troisième démarche étudiée. C'est un modèle conceptuel servant à l'interprétation des comportements des coalitions opérant dans le domaine des politiques

publiques favorables à la santé. Ce concept permet une meilleure compréhension des processus d'apprentissage politique susceptibles d'aboutir à des modifications des politiques, quand des factions aux points de vue divergents se rencontrent en cours d'élaboration des politiques et finissent par trouver des compromis. Ce modèle insiste donc sur la variété des intervenants du processus d'élaboration et donc forcément sur celle des référentiels et des perceptions des déterminants socioéconomiques de la santé.

■ ÉTUDE DE CAS DU PATRIMOINE SANTÉ DES JEUX OLYMPIQUES DE 2010 ET DE 2012

Cette première partie s'appuie sur une compilation des rapports publiés, des dossiers officiels, des communiqués de presse et des publications des chercheurs ainsi que sur les connaissances et l'expérience des auteurs. Cet angle d'étude est de toute évidence sélectif et nos interprétations n'ont pas la prétention de traduire des consensus ou des positions officielles. D'autres parties intéressées pourraient en tirer des conclusions différentes, à telle enseigne qu'une des clefs de l'article est la grande difficulté – voire la quasi-impossibilité – de parvenir à réconcilier les divers organismes et groupes populaires impliqués dans l'élaboration des politiques publiques favorables à la santé liés à la tenue des Jeux olympiques.

En se référant aux preuves pertinentes disponibles (jusqu'à l'été 2007), nous analysons les méthodes d'approche des impacts des Jeux sur la santé publique à Vancouver et à Londres. L'objectif de ce texte est d'étudier les volets des Jeux olympiques qui pourraient avoir des retombées importantes sur le plan de la santé publique et de s'interroger sur les meilleures manières de gérer ces effets. En comparant la vision des responsables des Jeux de Vancouver et de Londres, nous comptons démontrer la multiplicité des stratégies contemporaines en la matière et démarquer les aspects communs aux expériences des deux organisations.

Les partisans d'une politique publique favorable à la santé et des EIS admettent que l'approche idéale peut varier en fonction du type de politique ou de l'action analysée et du contexte dans lequel les décisions sont prises. Les EIS sont jugées pertinentes dans les cas où les preuves recueillies tendent à montrer les effets importants pour la santé d'une

politique publique ou bien au contraire quand subsiste une incertitude quant aux effets de ladite politique. Les EIS sont particulièrement justifiées lorsqu'une politique risque de creuser les inégalités sanitaires entre différents groupes de la population (London Health Commission, 2001).

Une des caractéristiques des EIS est la forte implication des parties dont la santé risque d'être affectée par la politique en question. Dans le cadre des évaluations, les consultations (comme les politiques publiques favorables à la santé) révèlent souvent des divergences de points de vue. Au demeurant, leur objectif est de développer une écoute équilibrée des diverses opinions exprimées sur les améliorations ou les détériorations possibles de la santé. Il est également crucial pour le succès des EIS que leurs résultats soient communiqués efficacement aux organismes chargés d'administrer les programmes. C'est pourquoi il est primordial d'explicitier les messages, de connaître les décideurs mandatés pour siéger aux consultations des EIS et de comprendre comment les recommandations peuvent être enchâssées dans le processus décisionnel.

C'est ainsi, au cours de cette étude, que les paramètres suivants ont été retenus lors d'un examen comparatif des stratégies en santé publique des organisations des Jeux olympiques de Vancouver et de Londres :

- le contexte des Jeux olympiques et les types d'installations nécessaires ;
- les organismes internationaux, nationaux et locaux responsables des incidences sur la santé et du patrimoine santé des Jeux, ainsi que leurs interrelations ;
- les principaux enjeux sanitaires liés à la tenue des Jeux olympiques et l'étendue de leur effet potentiel sur certains groupes de la population ;
- l'importance pour la santé publique de l'intégration et de la durabilité des stratégies de planification des impacts sociaux, économiques et physiques ;
- la profondeur des EIS qui ont été conduites ;
- les tensions apparues au sujet de l'inégalité des impacts sanitaires affectant certains groupes spécifiques de la population.

Dans les prochaines parties de l'article, nous analyserons tour à tour chacun de ces paramètres.

Le contexte : la nature des événements olympiques et l'aménagement des sites accueillant les épreuves

Il incombe d'examiner le contexte dans lequel se déploient les politiques publiques favorables à la santé liées à la tenue des Jeux olympiques, y compris la nature et le site des épreuves. Tous les quatre ans, dans un pays choisi à la suite d'un appel de candidatures, les Jeux olympiques et paralympiques d'été constituent l'un des plus grands événements sportifs internationaux. Londres a été désignée pour organiser les Jeux d'été de 2012. Le stade principal de ces Jeux sera le Parc olympique de Newham, l'une des banlieues londoniennes (et des régions anglaises) les plus disparates selon des critères ethniques et socioéconomiques. Les indicateurs y font état d'une situation sanitaire dégradée : pour la période 2003-2005, l'espérance de vie chez les hommes y était de deux ans inférieure à la moyenne nationale et figurait parmi les 10 % les plus faibles de tout le pays.

En dehors des changements prévus pour la tenue des Jeux, cette région urbaine fait l'objet de programmes de réhabilitation à grande échelle (visant un renouveau socioéconomique), notamment dans le cadre du projet *New Deal for Communities* (2007) ou dans celui de programmes de revalorisation urbaine tels que *Single Regeneration Budget* (Neighbourhood Renewal Unit, 2000). Ces politiques gouvernementales mettent l'accent sur la participation de la communauté et du public aux projets de développement. Des interrogations ont ainsi vu le jour à propos des nuisances subies par les résidents durant la phase de construction des nouveaux développements, dont le déplacement envisagé des groupes les plus marginalisés (Curtis, Cave et Coutts, 2002).

Autre événement sportif planétaire, les Jeux olympiques et paralympiques d'hiver. Les prochains auront lieu dans la région de Vancouver-Richmond en 2010. Certains sites se situent à l'extérieur des limites urbaines et comprennent des quartiers favorisés comme le campus de l'Université de la Colombie-Britannique. Les épreuves de ski alpin se dérouleront dans les stations de ski de Whistler et de Cypress Mountain.

Toutefois, un certain nombre d'épreuves se tiendront près du village olympique aménagé en bordure d'un quartier connu sous le nom de Downtown East Side, l'un des plus pauvres et des plus défavorisés de tout le Canada.

Le quartier fait l'objet de programmes intensifs de revitalisation, dont l'Accord de Vancouver qui réunit les trois paliers de gouvernement, municipal, provincial et fédéral. L'expérience acquise par la Ville de Vancouver lors de l'Exposition universelle (Expo 86) a ravivé les inquiétudes des groupes de pression et des administrations locales quant aux impacts des Jeux sur la région. Ils rappellent que les résidents des quartiers défavorisés, dont beaucoup souffrent de troubles mentaux ou d'accoutumance aux drogues, pourraient être déplacés en raison de la construction des infrastructures olympiques. Certains seront délogés par des hôteliers entendant bien profiter de la manne olympique, alors que d'autres seront chassés par la forte présence policière qui accompagne ce type d'évènement, à la fois pour contrer les activités criminelles et pour « nettoyer et civiliser » le quartier durant la période des Jeux.

Vancouver est une ville d'une grande diversité ethnique et culturelle. Quatre nations autochtones résident dans le périmètre des Jeux. Les Premières Nations sont généralement victimes de fortes inégalités sur le plan de la santé par rapport au reste de la population canadienne. En Colombie-Britannique, les autochtones ont une espérance de vie de sept ans inférieure à la moyenne de la population. Leur taux de mortalité est 1,5 fois supérieur à la moyenne de la population, le taux de suicide chez les jeunes est de 5 fois supérieur et le taux de mortalité infantile atteint le double. Certaines maladies chroniques (diabète) ou encore l'obésité infantile y sont beaucoup plus présentes que dans le reste de la population (Vancouver Coastal Health, 2008a et 2008b).

Les deux évènements sportifs (été et hiver) sont donc accueillis par des métropoles cosmopolites dans lesquelles on constate de grandes inégalités dans les déterminants socioéconomiques de la santé publique. Les aires géographiques où sont construites les infrastructures olympiques font déjà l'objet de politiques d'intervention sociale dont le but est d'améliorer la santé et le bien-être des habitants de ces quartiers,

dont la précarité sociosanitaire pourrait être aggravée par la tenue des Jeux.

À travers le modèle social de la santé, la question essentielle est ainsi de savoir comment la préparation des Jeux olympiques affectera les déterminants socioéconomiques de la santé aussi bien à Londres qu'à Vancouver. Cette question est d'importance, puisque les conditions physiques et sociales des lieux sont *a priori* problématiques dans le sens qu'elles engendrent des inégalités sur le plan de la santé au sein de la population. Dans la perspective de l'ACF, nombreux sont les intéressés au niveau local qui ne pourront exprimer (argumenter et revendiquer) leurs besoins et leurs inquiétudes dans le cadre d'un débat public : la question du choix des intervenants à inviter ou à exclure des discussions se pose.

Les organismes responsables du patrimoine olympique

Les Jeux olympiques sont dirigés au niveau international et de façon permanente par le Comité international olympique (CIO). Celui-ci supervise l'ensemble du Mouvement olympique et au premier chef l'organisation des Jeux d'hiver et d'été (Comité international olympique, 2007a). L'organisation des Jeux olympiques de 2012 est gérée au sein du CIO par la Coordination Commission for London 2012 et localement par le London Organising Committee for the Olympic Games. De la même façon, les Jeux de 2010 sont administrés au sein du CIO par la Commission de coordination de Vancouver 2010 et localement par le Comité d'organisation des Jeux olympiques et paralympiques de 2010 à Vancouver (COVAN).

Bien que le CIO ne soit ni un organisme à but lucratif, ni une entreprise privée, il peut à certains égards être comparé à une multinationale. Il choisit pour implanter ses activités les pays les mieux disposés envers lui et démontre une grande indépendance par rapport aux politiques des gouvernements nationaux. Par sa nature temporaire, l'implantation des Jeux est itinérante. Les pays entrent en compétition pour accueillir les Jeux olympiques parce que ceux-ci sont censés dispenser une manne économique aux pays hôtes et accorder un avantage politique à leurs autorités. Plusieurs vraies multinationales s'impliquent

par ailleurs dans les décisions du CIO à titre de commanditaires influents: les plus connues sont McDonald et Coca-Cola Ltée, mais il faut citer également les équipementiers sportifs, les entreprises de transport aérien, les chaînes hôtelières, les réseaux de télécommunications...). Demotasi (2007) conseille aux organisations internationales publiques de mettre en place un contrôle des activités de ces compagnies. Même si son adresse ne vise pas directement un organisme sans but lucratif comme le CIO, son interprétation de la responsabilité sociale des entreprises attire l'attention sur les répercussions des Jeux olympiques sur la santé des habitants des pays hôtes.

Le fait est à souligner, il n'existe pas de direction formellement responsable de la promotion de la santé publique au sein du CIO. Dans ce domaine, les préoccupations du Comité concernent exclusivement le dopage des athlètes. Plus attentifs aux enjeux de santé publique, les signataires de la Déclaration de Brazzaville (2007) invitaient pourtant le Mouvement olympique à promouvoir l'éducation physique et la paix. La prise en compte des enjeux environnementaux, du développement durable dans les sports et de la préservation du patrimoine olympique dans les villes et les pays hôtes fait cependant partie de la mission du CIO (2007b). Ces objectifs d'intégration et de durabilité sont interprétés différemment à Londres et à Vancouver, les comités organisateurs locaux s'en remettant sur ce point à un large éventail d'organismes, comme nous le verrons plus loin.

Les organismes régionaux responsables des objectifs de santé publique lors de la tenue des Jeux olympiques

Les responsables londoniens ont mis sur pied le Conseil de la santé 2012 (Health and 2012 Board), dirigé conjointement par le directeur régional de la santé publique (conseiller pour la santé du maire de Londres) et le directeur de la Strategic Health Authority du Nord-Est de Londres. L'état-major de ce conseil multiagence est donc issu du National Health Service, responsable des politiques et de la planification en santé publique au Royaume-Uni. Deux fois par année environ, le conseil organise des réunions publiques sous l'égide d'un forum de la santé pour Londres 2012, auquel participent de

nombreux organismes partenaires: les services de soins primaires du National Health Service, des services municipaux, des organisations bénévoles (YMCA), des chercheurs universitaires du domaine de la santé publique et quelques consultants indépendants. Les autorités locales de Newham assument pour leur part l'animation de certains volets de la stratégie patrimoine santé 2012 (voir plus loin).

À Vancouver, c'est la Vancouver Coastal Health qui a été mandatée pour prendre en charge la santé environnementale (sécurité des produits alimentaires), la surveillance épidémiologique (principalement dans le cas des maladies contagieuses) et la gestion des urgences (en cas de catastrophe et de traumatismes multiples) (Vancouver Coastal Health, 2006). Pour intervenir, cette dernière dispose des services de santé de la région de Vancouver et «d'hôpitaux olympiques» situés dans la proximité immédiate des installations olympiques. Elle appuie également le COVAN pour les soins de santé pratiqués à l'intérieur du périmètre des sites des épreuves.

Les autres acteurs importants en matière de santé des Jeux d'hiver de 2010 sont ActNowBC (agir maintenant en Colombie-Britannique) et 2010 Legacies Now. ActNowBC est une initiative intergouvernementale en santé et bien-être lancée par le gouvernement provincial en 2005. Ses objectifs sont de faire de Vancouver le site olympique le plus sain de l'histoire des Jeux. Ses principales cibles sont les facteurs de risque de maladies chroniques (tabagisme, obésité, apathie) et l'abus d'alcool (ActNowBC, 2006). Pour sa part, 2010 Legacies Now, qui est également un organisme en lien avec le gouvernement britanno-colombien, a le mandat de s'assurer que les bienfaits des Jeux sont diffusés d'un bout à l'autre de la province, d'en contrôler la durabilité sociale et environnementale et par ailleurs de recenser les populations «menacées» par la tenue de l'évènement afin qu'elles reçoivent de l'aide (voir ci-après).

Ce résumé met en lumière la distribution complexe des rôles que jouent dans les deux villes les organismes responsables de la gestion des impacts des Jeux olympiques sur la santé publique. Des organismes *ad hoc* regroupant de multiples partenaires ont été créés pour planifier les actions de santé publique à mener dans le cadre de la tenue des Jeux. Dans les

deux cas d'espèce, on relate une complication des relations entre ces organismes et les corps médicaux institutionnels. Comme le prévoyait Beck en parlant d'irresponsabilité organisée, la délimitation des frontières de l'imputabilité en matière de santé publique s'opacifie. Le Conseil de la santé 2012 à Londres et 2010 Legacies Now à Vancouver sont des illustrations des coalitions d'intérêts et de responsabilité esquissées dans les théories de Beck et de l'ACF.

Les principaux enjeux des plans d'action en faveur du patrimoine santé élaborés par des organismes locaux

Dans les deux villes organisatrices, les rapports du Conseil de la santé 2012 et d'ActNowBC reflètent une proximité des impacts sur la santé publique de la tenue des Jeux olympiques. En 2006, le Conseil de la santé 2012 déclarait (Health and 2012 Board, 2006) :

- Le principal objectif du plan d'action en santé du Conseil est la promotion de l'activité physique et de modes de vie plus sains, ce qui implique une réduction des inégalités sur le plan de la santé et un travail auprès des commanditaires locaux et internationaux des Jeux olympiques afin de les sensibiliser aux impacts sur la santé ;
- La thématique « revitalisation et santé » a été confiée à Londres aux autorités locales de Newham. Elle dépend de déterminants pour la santé tels que le logement ou l'emploi ;
- Le Centre national du sport, de l'exercice et de la médecine (intégré à l'Institut olympique de Londres) prodiguera des services spécialisés en matière de blessures et de problèmes de santé liés à la pratique du sport ;
- Les soins de santé primaires pour le public, les participants et le personnel des Jeux olympiques.

Parmi ses objectifs, ActNowBC ambitionne de modifier les modes de vie : alimentation saine, contrôle du tabagisme, choix santé lors de la grossesse... (ActNowBC, 2006). Nous examinerons plus loin les pourparlers engagés par 2010 Legacies Now pour l'inclusion de certains groupes de la population dans le souci de conforter la durabilité des retombées positives des Jeux olympiques. Autant de préoccupa-

tions fondées sur un modèle social de la santé qui met l'accent sur le relevé des inégalités sociales et leurs traductions en termes de déséquilibres sanitaires.

Inclusion et durabilité : les stratégies d'association des impacts sociaux, économiques et environnementaux

Comme nous l'avons évoqué, le CIO endosse une responsabilité au sujet de l'inclusion et de la durabilité des impacts des Jeux olympiques pour le pays hôte. À Londres comme à Vancouver, ces projets sont confiés à des opérateurs extérieurs à la structure conventionnelle de la santé publique. À Londres par exemple, les conditions de travail des ouvriers du chantier du parc olympique sont du ressort de l'autorité chargée de la livraison des infrastructures olympique, c'est-à-dire l'Olympic Delivery Authority. Toujours à Londres, l'aspect revitalisation de l'espace urbain et ses conséquences sur la santé des habitants entrent dans les compétences de la commune de Newham. Quoique restreinte en matière de santé publique à ces deux dossiers, la commune se doit néanmoins de dessiner le plan d'urbanisme, en indiquant son incidence sur la santé, et de répondre (comme une loi récente le stipule) du bien-être de la population locale.

Or la commune de Newham est une modeste juridiction locale, loin de détenir les pouvoirs de l'Autorité du Grand Londres ou de la Strategic Health Authority de Londres. De ce fait, les thèmes de la revitalisation et de la santé ont une très faible visibilité. Jusqu'à maintenant, le site Web de Newham consacré aux Jeux contient peu d'information se rapportant directement aux impacts sur la santé, sinon d'encourager la population locale à choisir la marche à pied pour se rendre sur les sites des épreuves ou au parc olympique. On y aborde toutefois les thèmes du logement et du transport, sans doute les déterminants clefs de la durabilité et de la santé publique dans l'avenir (London Borough of Newham, 2007a et 2007b).

À Vancouver, 2010 Legacies Now évalue les impacts sur la santé sans se limiter aux facteurs liés au mode de vie du programme ActNowBC. Il a désormais pour objectif de consolider un patrimoine qui puisse « bénéficier à tous les habitants de la Colombie-Britannique à la suite de l'accueil des Jeux olympiques

et paralympiques d'hiver de 2010». Une des grandes priorités de l'organisme est l'inclusion. Il agit en ce sens en partenariat avec plusieurs organisations gouvernementales et non gouvernementales pour «développer des patrimoines durables dans le domaine des sports et des loisirs, des arts, de l'alphabétisation et du bénévolat». Il prête également assistance à des communautés touchées par la tenue des Jeux, dans le but de «favoriser la découverte et la création d'occasions sociales et économiques uniques et inclusives pendant la préparation des Jeux de 2010 et au-delà» (2010 Legacies Now, 2007).

Quand Vancouver obtint l'organisation des Jeux d'hiver 2010, une proposition intitulée *Déclaration d'engagement concernant l'adoption de pratiques inclusives à l'égard de la population des quartiers défavorisés* en vue des Jeux d'hiver de 2010 fut déposée à la suite de discussions entre divers regroupements de la société civile. Cette déclaration fut en principe adoptée par le Comité organisateur et les trois paliers du gouvernement. Des ressources furent allouées à ce volet de l'organisation des Jeux par le Comité organisateur et plusieurs comités se formèrent afin d'en planifier les engagements. Leur visée était de s'assurer que les Jeux offrent aux résidents des quartiers défavorisés des possibilités économiques, libèrent un patrimoine de logements à loyer modéré et participent à la relance du sport, des loisirs, des arts et de la culture dans les secteurs dévotaminés.

Trente-sept engagements spécifiques furent confirmés, couvrant entre autres le logement social, les droits civils et les transports et des actions menées pour remplir ces engagements. Des voix s'élèvent cependant pour critiquer le manque de conviction de ces actions. En outre, une polémique entoure actuellement l'obligation faite au Comité organisateur de rendre des comptes sur la réalisation de ces engagements. En février 2008, des regroupements inquiets des impacts possibles des Jeux ont manifesté à l'occasion du lancement du compte à rebours deux ans avant l'ouverture des Jeux. Même si quelques initiatives ont permis de donner un début de concrétisation à l'engagement sur l'inclusion, seul le futur dira si la Déclaration est un des éléments fondateurs du patrimoine des Jeux, un catalyseur du succès de l'évènement ou le simple cri de ralliement de divers groupes activistes appartenant à la communauté.

On doit s'interroger sur l'identité des organisations les mieux placées pour prendre en charge les dossiers de la revitalisation et de l'inclusion sociale en lien avec la tenue des Jeux olympiques. Il s'agit là en effet d'enjeux complexes, dont les développements, malaisés à prévoir puis à gérer, pourraient, ne serait-ce qu'à court terme, entraîner des effets négatifs sur les populations affectées. Beck (1999), qui s'accorde là-dessus avec des géographes décrivant les processus de mondialisation économique et sociale, montre que ces processus à l'œuvre au niveau mondial ont quelquefois des incidences locales singulières, diversement éprouvées d'un endroit à l'autre.

Comme nous l'avons mentionné, certains des effets les plus notables des Jeux atteindront des collectivités fragilisées au point de vue de la santé publique. Ils seront également ressentis ailleurs au pays, c'est-à-dire en 2012 dans toute l'Angleterre et pas seulement à Londres. Des autorités régionales de la santé ont ainsi discuté des impacts potentiels sur leur région. Le North East Public Health Observatory (2006) a rédigé un rapport sur les profits pour la région si les entreprises locales étaient en mesure de remporter les appels d'offres pour l'obtention des contrats liés à l'organisation des Jeux. Le rapport stigmatisait le risque que les Jeux soient trop centrés sur Londres et que la capitale britannique accapare les bénéfices qui auraient pu autrement profiter à des régions comme le Nord-Est. Les rédacteurs du document redoutaient également que les rares bénéfices obtenus aient une courte durée de vie s'ils devaient ne pas être intégrés à des politiques récurrentes.

Le fait que les impacts des Jeux olympiques soient localisés, à la fois dans leur intensité et par leur spécificité (cas de la commune de Newham à Londres) ou ciblés sur certaines populations (cas des Premières Nations et de la communauté du Downtown East Side) ne justifie pas que la responsabilité de leur gestion soit exclusivement considérée comme un enjeu local. Étant donné que les évènements dépendent de décisions prises au niveau international, il est indispensable d'harmoniser leur mise en œuvre avec les intérêts et les préoccupations locales, régionales et nationales sur le plan de la santé. Avec les théories sur la société mondiale du risque, Beck reste très pessimiste quant à la réalité de cette coordination à paliers multiples. Pour l'ACF en revanche, des occasions pour améliorer

les connaissances dans ce domaine existent bel et bien pour les coalitions d'intérêts dans le cadre de partenariats novateurs. Cette voie offrirait de nouvelles approches des politiques publiques favorables à la santé.

Les processus formels d'évaluations d'impact sur la santé et leurs résultats

Les EIS s'inscrivent dans cette perspective innovatrice. Au Royaume-Uni, une EIS fut réalisée rapidement en prévision des Jeux de 2012 par un organisme indépendant travaillant pour la London Health Commission et la London Sustainable Development Commission. S'appuyant sur le modèle social de la santé, cette évaluation compara les effets probables des Jeux avec un scénario dont les Jeux étaient absents, en tenant compte par exemple que des travaux de revitalisation majeurs sont déjà en cours à Newham, indépendamment des Jeux. L'EIS comportait un examen des preuves pertinentes circonscrites aux données recueillies lors des Jeux précédents et un atelier auquel assistaient 21 participants issus d'un large éventail d'organisations communautaires. Dans le rapport de l'EIS, on prévoit que les Jeux de Londres pourraient contribuer à une amélioration de la santé qui se traduirait par la baisse des cas de dépression, la réduction du stress, l'augmentation du sentiment de bien-être, la consolidation des réseaux sociaux et des habiletés sociales, la diminution des prises en charge dans les hôpitaux et de la mortalité prématurée des patients atteints du cancer, de troubles cardiovasculaires et respiratoires, une hausse de l'espérance de vie, le recul des inégalités en santé dans toute la région londonienne.

En revanche, les risques pour la santé de la population, soulignés dans le rapport, résident à l'inverse dans une détérioration de l'environnement consécutive aux travaux de construction, notamment en ce qui concerne la qualité de l'air et la pollution sonore et par ailleurs dans le déchirement des communautés dès lors que certains chantiers coupent en deux des quartiers résidentiels. Des craintes s'exprimèrent aussi sur les coûts de renonciation, les investissements consacrés aux Jeux pouvant réduire d'autant les fonds pour d'autres projets dont les bénéfices pour la santé étaient probants (Buroni, 2004).

À Vancouver, on ne procéda à aucune évaluation des impacts des facteurs sociaux et économiques sur la santé. Toutefois, comme il en est fait mention plus loin, on conduisit une étude détaillée des conséquences potentielles des Jeux sur certains groupes de la population et un débat houleux se cristallisa sur le thème de la durabilité. On prit connaissance enfin des rapports d'évaluation des effets sur la santé déposés lors d'événements similaires déroulés ailleurs dans le monde.

Malgré les efforts de Londres pour formaliser la pratique, il apparaît que les modèles établis d'EIS (administrés dans le passé aux politiques, programmes et projets locaux ou nationaux) n'aient pas été retenus dans le cas des Jeux olympiques. Deux raisons semblent motiver cette attitude : d'une part les difficultés éprouvées par les autorités pour recruter une variété suffisante de participants et de groupes d'intérêts pour le processus d'EIS et, d'autre part, l'ampleur elle-même de l'événement qui dépasse la capacité des techniques habituelles des EIS. D'autres éléments entrent en jeu pour expliquer ce désintérêt à l'égard des EIS : (1) l'origine des promoteurs et des gestionnaires des Jeux olympiques, rarement issus des milieux de la santé publique, mais plutôt des domaines du développement économique, du sport et du divertissement ; (2) le handicap que constitue pour une EIS prospective le défaut des données probantes sur les impacts sur la santé (cet enjeu n'a pas fait l'objet d'études approfondies dans la documentation épidémiologique) ; (3) la méfiance des institutions responsables des objectifs d'inclusion et de durabilité, la plupart hors du secteur de la santé, envers la méthode d'évaluation des spécialistes de la santé publique.

Le rôle équivoque des EIS conventionnelles dans la planification des Jeux olympiques fait écho à certains concepts de l'ACF suggérant la nécessité de développer de nouvelles méthodes d'apprentissage et d'acquisition de connaissances, ainsi qu'aux idées de Beck affirmant que les approches basées sur l'examen des preuves pertinentes sont inopérantes en raison du manque de données disponibles sur les effets des processus mondialisés sur la santé et le bien-être.

Les tensions causées par les inégalités potentielles des impacts entre certains groupes de population

On a cependant pris conscience des conséquences inégales éventuelles des Jeux olympiques à l'endroit de différents groupes de population. Cette variabilité des impacts entre dans les critères dont il est fait mention dans les principes d'orientation publiés par l'Autorité du Grand Londres et elle est supposée convaincre de la nécessité de mener une EIS (London Health Commission, 2001). Parmi les groupes distingués dans les objectifs de santé publique figurent les enfants et les jeunes, les personnes âgées, les familles, les minorités ethniques et les personnes atteintes de maladies mentales (Health and 2012 Board, 2006). La discussion porte principalement sur la façon de les intégrer aux Jeux, plutôt que sur les possibles impacts négatifs des Jeux sur ces groupes.

On appréciera que l'accent mis sur le volet de l'inclusion sociale dans le cadre de la préparation des Jeux olympiques ait permis de multiplier les procédures de consultation et d'étendre la diffusion de l'information. Nous l'avons vu, le Conseil de la santé tient près de deux consultations publiques par année dans le cadre du forum de la santé pour Londres 2012 qui réunit plusieurs partenaires, agences administratives du National Health Service, administrations municipales, organismes bénévoles, universitaires, experts indépendants. L'autorité organisatrice des Jeux olympiques a distribué des brochures multilingues aux résidents de Newham, engageant la population à commenter les plans des infrastructures dont la construction est prévue dans leur secteur (London Borough of Newham, 2007c). Des invitations ont également été lancées par le truchement des forums communautaires déjà existants à Newham dans les districts locaux, avec pour objectif de favoriser une large consultation publique sur le thème de la rénovation urbaine.

À Vancouver, les premières évaluations d'impact sur un groupe désigné concernaient les femmes en général. Elles ont été suivies par des évaluations vers d'autres groupes, dont les membres des Premières Nations. Les organisateurs olympiques y ont vu l'oc-

casation d'inclure et de promouvoir ces communautés dans le cadre de la préparation des Jeux. 2010 Legacies Now a fortement insisté sur l'inclusion de ces groupes, et dans le rapport sur la durabilité du COVAN (2006) la participation et la collaboration des populations autochtones occupent la première place. On reconnaît l'intérêt de la coopération de ces communautés dans une perspective de marketing d'une part et de prévention contre le risque d'actions revendicatrices d'autre part (les Premières Nations ont vigoureusement protesté dans le passé contre leurs piètres conditions de santé et la précarité de leur statut socioéconomique).

Ces débats sur la différenciation des impacts selon la diversité sociodémographique de la population affinent notre compréhension de l'influence des Jeux olympiques sur les inégalités en santé. Les stratégies de l'élaboration d'une politique publique favorable à la santé doivent donc relever de grands défis pour entendre les revendications et respecter les intérêts contradictoires des différents groupes. C'est une raison suffisante pour accroître le nombre et bonifier les processus de consultation et de participation publique donnant aux citoyens l'opportunité de débattre des besoins et des enjeux qui les préoccupent et qui mobilisent les groupes de la population auxquels ils appartiennent.

Avec les théories des risques mondiaux, Beck (1999) constate que des coalitions informelles et non conventionnelles seraient plus efficaces que les administrations publiques pour gérer certains risques pour la santé inhérents au phénomène de la mondialisation. À Vancouver, des événements récents semblent lui donner raison. L'Impact of the Olympics on Community Coalition est une organisation indépendante dont la vocation est de veiller à ce que ces enjeux (environnement, socioéconomie, transports, logement, droits civils...), associés aux Jeux olympiques de 2010, soient pris en compte dans une perspective communautaire (Impact of the Olympics on Community Coalition, 2007, p. 2). Elle a publié une évaluation de la performance des organisateurs des Jeux. Elle a critiqué, par exemple, le déplacement de populations résidentes, l'atteinte aux libertés, l'opacité sur les coûts de l'organisation et sur de possibles dépassements.

■ CONCLUSION : LES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ DEVRAIENT-ELLES ÊTRE UNE PRIORITÉ DU COMITÉ INTERNATIONAL OLYMPIQUE ?

Nous avons insisté sur la particularité des défis, en termes de santé publique, qu'offre la tenue d'un évènement d'une aussi grande envergure que les Jeux olympiques. Leur organisation représente une source d'effets significatifs sur les déterminants socioéconomiques de la santé publique, notamment sur ceux touchant les résidents des localités qui accueillent les sites des épreuves. Comme pour d'autres processus physiques et socioéconomiques internationaux susceptible d'avoir des impacts sur la santé (le réchauffement climatique, les délocalisations industrielles, les attentats terroristes), ce type d'évènement peut provoquer de graves déséquilibres dans certaines régions ou au sein des populations, mais il est toutefois presque impossible d'y remédier exclusivement à l'aide de politiques locales ou régionales.

D'autant plus que les Jeux, eux-mêmes d'une durée très limitée, ont le pouvoir de léguer un patrimoine durable, positif ou négatif, sur le plan de la santé. Les

Jeux se déplaçant d'un pays à l'autre, les intervenants locaux détiennent peu de preuves pertinentes et encore moins d'expérience avec lesquelles étayer leurs stratégies d'élaboration des politiques publiques favorables à la santé. La complexité des évènements olympiques, les enchevêtrements des charges et la nébuleuse des responsabilités au sein de l'organisation ajoutent encore à la difficulté de décider localement et rapidement d'une stratégie globale en rapport à l'évènement.

De graves questions restent en suspens, liées à la participation du public à l'élaboration des politiques de santé publique afférentes au patrimoine santé des Jeux olympiques et à ses effets sur certains groupes de la population. Les prises de position récentes des dirigeants du Comité international olympique visant à le responsabiliser plus largement sur les impacts des Jeux, intégrant les notions de durabilité et d'inclusion, pourraient lui donner le leadership mondial dans la perspective du recueil de l'expérience internationale dans le domaine, autorisant ainsi les pays hôtes des futurs Jeux olympiques à se prévaloir de cette connaissance.

BIBLIOGRAPHIE

- 2010 Legacies Now (2007). *About Us*, http://www.2010legaciesnow.com/about_us/ (page consultée le 6 août 2007).
- ActNowBC (2006). *Measuring Our Success, Baseline Document*, Vancouver, ActNowBC.
- Beck, U. (1999). *World Risk Society*, Cambridge, Polity Press.
- British Medical Association (1998). *Health and Environmental Impact Assessment: An Integrated Approach*, London, Earthscan, chapitre 4, p. 49-123.
- Buroni, A. (2004). *Rapid Health Impact Assessment of the Proposed London Olympic Games and their Legacy*, London, Environmental Resources Management.
- Centre de collaboration nationale Politiques publiques et santé (2008). *Les impacts des politiques publiques sur la santé*, http://www.ccnpps.ca/526/politiques_publiques.htm (page consultée le 19 mai 2008).
- Comité international olympique (2007a). *Official Website of the Olympic Movement: International Olympic Committee*, http://www.olympic.org/uk/organisation/ioc/index_uk.asp (page consultée le 24 juin 2007).
- Comité international olympique (2007b). *Promotion of Sustainable Development*, http://www.olympic.org/uk/organisation/missions/environment_uk.asp (page consultée le 5 juillet 2007).
- COVAN (2006). *Sustainability Report, 2005-6*, Vancouver, COVAN.
- Curtis, S. (à paraître). «Health and Well-being in Europe's Cities and Regions», *European Urban and Regional Studies*.
- Curtis, S., B. Cave et A. Coutts (2002). «Is Urban Regeneration Good for Health? Perceptions and Theories of the Health Impacts of Urban Change», *Environment and Planning C*, vol. 20, n° 4 p. 517-534.
- Detomasi, D. (2007). «The Multinational Corporation and Global Governance: Modelling Global Public Policy Networks», *Journal of Business Ethics*, vol. 71, n° 3, p. 321-334.

- Douglas, M. et autres (2001). « Developing Principles for Health Impact Assessment », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 23, n° 2, p. 148-154.
- Elliott, E. et autres (2001). *Regeneration and Health: A Selected Review of Research*, Londres, Nuffield Institute for Health, University of Leeds, King's Fund.
- Frankish, C. J. et autres (1996). *Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy*, Vancouver, Institute of Health Promotion Research.
- Gagnon, F., J. Turgeon et C. Dallaire (2007). « Healthy Public Policy: A Conceptual Cognitive Framework », *Health Policy*, vol. 81, n° 1, p. 42-55.
- Health and 2012 Board (2006). *Health and 2012 Draft Delivery Plan*, Londres, Health and 2012 Board.
- Impact of the Olympics on Community Coalition (2007). *Olympic Oversight Interim Report Card: 2010 Olympic Games*, Vancouver, Impact of the Olympics on Community Coalition.
- Kemm, J. et J. Parry (dir.) (2004). *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press.
- Kickbush, I. et E. de Leeuw (1999). « Global Public Health; Revisiting Public Policy at the global level », *Health Promotion International*, vol. 14, n° 4, p. 285-288.
- London Borough of Newham (2007a). *2012 Games Home*, <http://www.newham.com/2012games/> (page consultée le 12 juillet 2007).
- London Borough of Newham, (2007b). *2012 Olympic Games and Paralympic Games*, <http://www.newham.gov.uk/Services/2012OlympicGamesAndParalympicGames/> (page consultée le 12 juillet 2007).
- London Borough of Newham (2007c). *2012 Olympic Games: Get Involved*, <http://www.newham.com/2012Games-/GetInvolved/HaveYourSay/consultODAconsultation.htm> (page consultée le 12 juillet 2007).
- London Health Commission (2001). *Health Impact Assessment: A Screening Tool for the Greater London Authority*, http://www.london.gov.uk/mayor/health_commission/reports/hia_draft_hia_screen.pdf (page consultée le 20 septembre 2007).
- Mindell, J., E. Ison et M. Joffe (2003). « A Glossary for Health Impact Assessment », *Journal of Epidemiology and Public Health*, vol. 57, n° 9, p. 647-651.
- Neighbourhood Renewal Unit (2000). *National Strategy for Neighbourhood Renewal*, <http://www.renewal.net-/Nav.asp?Category=:neighbourhood%20renewal> (page consultée le 24 avril 2008).
- New Deal for Communities (2007). *West Ham and Plaistow NDC*, <http://www.ndfc.co.uk/index.php> (page consultée le 4 août 2007).
- North East Public Health Observatory (2006). *The Health Impact of the 2012 Games: A Screening Health Impact Assessment of the North East's draft vision for the London Olympic Games and Paralympic Games 2012*, Stockton on Tees, NEPHO.
- Office of the Deputy Prime Minister (2002). *Our Towns and Cities: The Future Delivering an Urban Renaissance: Executive Summary*, Londres, ODPM.
- Organisation mondiale de la Santé (1999). *Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach. European Centre for Health Policy, Gothenburg consensus paper*, Bruxelles, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, p. 1-10.
- Potvin, L. et autres (2005). « Integrating Social Theory into Public Health Practice », *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 4, p. 591-595.
- Santé Canada (2004). *Canadian Handbook on Health Impact Assessment: Volume 1 The Basics*, Santé Canada.
- Scott-Samuel, A., M. Birley et K. Arden (1998). *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, Liverpool, Public Health Observatory.
- Vancouver Coastal Health (2008b). *Aboriginal Health Facts*, <http://www.vch.ca/aboriginalhealth/facts.htm> (page consulté le 25 février 2008).
- Vancouver Coastal Health (2006). « Vancouver Coastal Health to Host the World », *Vancouver Current*, vol. 4, n° 7, p. 12.
- Whitehead, M. (1995). « Tackling Inequalities: A Review of Policy Initiatives », dans M. Benzeval, K. Judge et M. Whitehead, *Tackling Health Inequalities: An Agenda for Action*, London, King's Fund Publishing, p. 22-52.

LE GROUPE D'ÉTUDE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ



Groupe d'étude sur
les politiques publiques
et la santé

- Le Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS) a été créé en 2005 par les professeurs Jean Turgeon (ENAP du Québec), France Gagnon (Télé-université TELUQ-UQAM) et Clémence Dallaire (Université Laval).
- En tant qu'équipe de recherche, le GÉPPS s'est donné pour mission d'évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé et le bien-être des populations. Pour accomplir ses activités, il réunit des chercheurs universitaires spécialistes de l'analyse de politiques, de l'administration publique et du transfert de connaissances, des étudiants diplômés et des assistants de recherche issus de diverses universités québécoises.
- Ses travaux sont axés sur l'analyse du processus décisionnel, l'évaluation prospective d'impact sur la santé ainsi que sur le transfert et l'appropriation des connaissances, en lien avec la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi de la santé publique. S'inspirant d'un cadre théorique original adapté de l'*Advocacy Coalition Framework* de Sabatier et de Jenkins-Smith et s'appuyant sur une enquête de terrain menée dans l'administration publique du gouvernement du Québec, les études réalisées et à venir visent une meilleure compréhension du processus d'élaboration des politiques publiques de manière à favoriser le transfert des connaissances entre le milieu scientifique et celui de la pratique en vue d'une amélioration de la santé.
- Les actions du GÉPPS s'inscrivent dans le contexte d'une recherche portant sur *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec*. Cette recherche est subventionnée par le programme *Actions concertées – Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales*. Elle est dotée d'un financement sur six ans (2004-2010) par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et ses partenaires, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

Pour plus d'information sur les activités et les productions du GÉPPS, consulter le site Web :

www.gepps.enap.ca

Les outils pour améliorer les **politiques de santé publique** fondées sur des **preuves avérées**: les rôles potentiels de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision et des techniques de prévision

Par **Karen Lock**, Clinical Research Fellow, European Center of Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Science • karen.lock@lshtm.ac.uk
Traduit de l'anglais

Le concept de santé publique fondée sur des preuves avérées a longtemps représenté une approche théorique liant la recherche à la définition des politiques. Cette approche a privilégié des procédés qui garantissaient la mise à jour de preuves scientifiques de qualité et étoffées plutôt que de se préoccuper des besoins des décideurs destinataires de cette information (Ham, 2005).

Ainsi, au XX^e siècle, les recherches en épidémiologie ont joué un rôle important dans l'élaboration de politiques pour améliorer la santé publique, notamment pour comprendre le rôle de la consommation de tabac dans le développement du cancer du poumon. À la fin du XX^e siècle pourtant, c'est à l'origine moléculaire et génétique des maladies qu'on accorda plus d'attention. Les conséquences de ce changement sont majeures parce que les sciences moléculaire et génétique se concentrent sur les aspects techniques au détriment d'une vision sociale et environnementale de la santé publique.

Les coûts de la recherche en santé publique ayant également considérablement augmenté, la Banque mondiale a, par exemple, recensé les interventions rentables, dont la vaccination des enfants et les programmes pour réduire le tabagisme et la consommation d'alcool (World Development Report, 2003). Bien qu'il importe aux décideurs que les ressources soient utili-

sées de façon efficace, l'intérêt grandissant de la Banque mondiale et d'autres organisations responsables de la préparation des politiques (par exemple le National Institute for Health and Clinical Excellence¹ au Royaume-Uni) pour les approches économiques résume la santé publique à une série d'interventions spécifiques qui peuvent être potentiellement appliquées à l'échelle mondiale. Clairement déconnectée du contexte socioéconomique dans lequel naissent nombre de problèmes de santé publique, cette compréhension contraste avec la nature contextuelle de plusieurs politiques sociales qui ont eu des impacts historiques sur la santé de la population, comme la législation sur la qualité de l'air et de l'eau ou celle pour la salubrité des installations sanitaires et du logement au XIX^e et au XX^e siècle.

Les enchaînements causaux complexes présents dans de nombreux problèmes de santé publique (facile à comprendre, par exemple, dans le cas de l'obésité) prouvent que les modèles traditionnels de collecte de l'information sur la santé publique – tels ceux illustrés par la Collaboration Cochrane² – ne peuvent fournir qu'une partie seulement des données nécessaires aux décideurs pour élaborer des politiques sociales et environnementales efficaces qui pourront réellement hausser le niveau sanitaire de la population.

Ainsi se révèle une discontinuité entre la production de résultats de recherches et les effets de ces résultats sur la prise de décision (Hunter, 2003). Un des principaux

¹ Pour plus d'information sur cet institut, voir : <http://www.nice.org.uk>

² Organisation internationale sans but lucratif qui vise à soutenir les personnes chargées de prendre des décisions dans le domaine de la santé par la préparation, le maintien et la promotion de revues portant sur les effets des interventions de santé [NDLR].

obstacles auxquels font face les instances décisionnaires, souvent laissées à elles-mêmes, de la santé publique et des services de santé est la tâche infiniment malaisée de synthétiser les résultats de recherches menées dans de multiples directions sur un large éventail de sujets pour ensuite décider de la meilleure utilisation de ces données compte tenu des maigres ressources dont elles disposent. En dépit de la modernisation des supports d'information, les décideurs ne bénéficient toujours pas au quotidien d'un appui efficace dans le processus de prise de décision.

Dans cet article, nous analysons trois différentes procédures élaborées pour aider les instances à intégrer les préoccupations spécifiques de la santé publique aux processus généraux d'élaboration de politiques. Ce sont l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), l'analyse de décision et les techniques de prévision. Ces trois outils ont d'abord été pensés pour un domaine précis pour être ensuite appliqués de diverses façons et jusqu'à un certain degré à celui de la santé. Nous comparons les objectifs, la mise en œuvre, les forces et les faiblesses de ces procédures.

■ L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

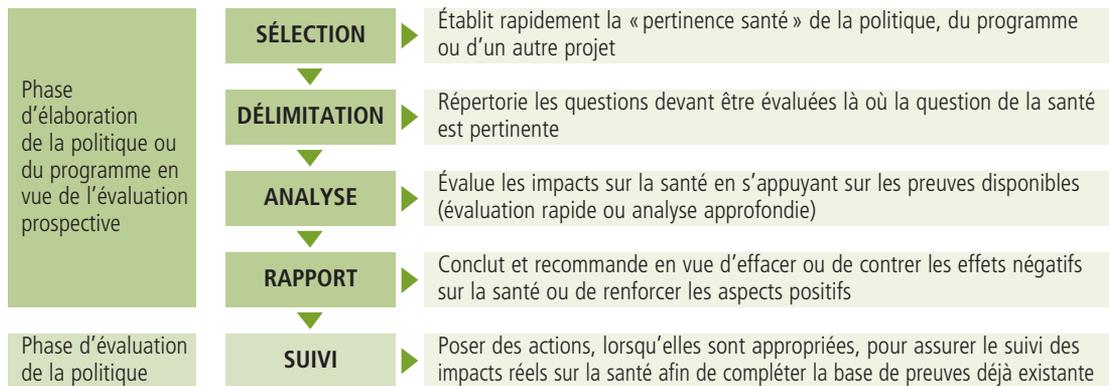
Il existe plusieurs définitions de l'EIS, mais toutes se rejoignent pour faire de cette évaluation un processus soucieux de santé publique qui tente de prédire les conséquences possibles sur la santé d'une population de décisions qui n'ont pas encore été prises. La définition la plus ouverte et celle à laquelle on fait le plus souvent référence a été arrêtée lors d'une assemblée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : «L'évaluation d'impact sur la santé est une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être

évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population » (Centre européen de l'OMS pour la politique de santé et Organisation mondiale de la Santé, 1999).

Les principes de l'évaluation d'impact sur la santé sont similaires à ceux de l'évaluation d'impact sur l'environnement. Mais si de nombreux pays ont une obligation légale de procéder à des évaluations d'impact sur l'environnement, peu nombreux en revanche sont ceux qui ont la même obligation quant aux EIS (Lock et McKee, 2005). Toutefois, l'EIS est désormais appliquée dans la plupart des régions du monde, au Canada, en Europe, en Australie, en Asie, en Afrique et en Amérique latine (Banque mondiale, 1997; Caussy, Kumar et Sein, 2003; Jobin, 2003; Lock et McKee, 2005; National Health and Medical Research Council, 1994). Dans l'ensemble européen, les exemples de son application dans le processus de prise de décision sont très diversifiés (Lock et McKee, 2005) et quelques-uns sont exposés dans d'autres articles de la présente revue. Malgré l'absence de législations, douze gouvernements européens reconnaissent son influence sur le processus d'élaboration de politiques (Welsh Assembly Government et Eurohealthnet, 2003).

L'EIS a pour objectif d'évaluer les impacts potentiels (négatifs et positifs) de projets, de politiques ou de programmes sur la santé. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une série de preuves avérées des effets d'une proposition sur la santé sont analysées (voir tableau 1). Normalement, le processus tient compte de l'opinion et des attentes de ceux qui peuvent être touchés par les retombées de la proposition. À partir des résultats de l'analyse, des recommandations sont émises préalablement à la prise de décision.

TABLEAU 1 : LES ÉTAPES POTENTIELLES DANS UN PROCESSUS D'ÉTUDE D'IMPACT SUR LA SANTÉ (BREEZE ET LOCK, 2001)



Même si le modèle de l'EIS comporte systématiquement plusieurs étapes distinctes (sélection, délimitation, analyse), la plupart des experts s'entendent sur le fait qu'elle devrait demeurer une approche flexible et adaptable dont le but est la qualité de la prise de décision afin que la mise en œuvre de tous projets, politiques ou programmes préserve ou améliore la santé publique, ou minimise leurs possibles effets néfastes sur la santé de la population (Lock, 2000). Parry et Kemm (2004) proposent la conceptualisation suivante de l'influence de l'EIS sur le processus de prise de décision :

- Au près des décideurs, l'EIS met l'accent sur la relation entre la santé et d'autres facteurs tels que l'environnement physique, social et économique des destinataires de la décision ;
- Elle aide ces mêmes décideurs à répertorier et à évaluer les impacts potentiels d'une proposition spécifique sur la santé et le bien-être d'une population et à diffuser ces impacts au sein de la population (en tenant compte de l'équité, des inégalités dans la santé et des effets sur des groupes vulnérables) ;
- Elle prévoit des moyens pratiques d'optimiser les incidences sur la santé publique d'une proposition et dépose plusieurs recommandations fondées sur des preuves avérées qui sont parties intégrantes du processus de prise de décision ;
- Elle permet à ceux qui sont concernés par les politiques de participer et de contribuer à la prise de décision.

Peu importe la méthode ou l'approche utilisée, il est important de comprendre que l'objectif premier d'une EIS est de documenter et d'influencer une future prise de décision. Elle ne peut être perçue comme une simple recherche, il s'agit en fait d'un outil « axé sur la politique » qui appuie les décideurs lors des différentes étapes du processus de prise de décision. Citons comme exemples de politiques projetées ayant fait l'objet d'une EIS : des plans locaux de transport ou d'urbanisme (Mindell et autres, 2004), le projet à grande échelle de la Banque mondiale pour la construction d'un réseau de pipelines (Jobin, 2003), des politiques agricoles nationales (Lock et autres, 2003), la gestion municipale des déchets, le développement économique régional...

L'EIS a été employée dans différents contextes par les gouvernements, les ministères chargés de la santé, des groupes communautaires, des organisations non gouvernementales et même des particuliers pour inscrire la santé à l'ordre du jour des décideurs. La flexibilité de cette démarche facilite son intégration dans les procédés existants (y compris l'évaluation des impacts environnementaux et les autres outils d'évaluation de politiques) (Mindell et Joffe, 2003). Toutefois, les avis divergent, aujourd'hui encore, sur son utilité. Plusieurs praticiens, des groupes communautaires et d'autres intervenants non décisionnels militent pour que l'EIS comprenne une procédure de consultations ou du moins pour qu'on encourage les usagers à y participer. Cette conception d'une EIS soutenue par le public rendrait le processus d'élaboration de politiques plus transparent et plus ouvert qu'auparavant.

D'autres font de l'EIS un outil entre les mains des décideurs pour que les préoccupations sanitaires trouvent leur place dans l'ensemble des considérations politiques. Cette deuxième version de l'évaluation d'impact sur la santé est souvent mieux acceptée, car elle faciliterait la résolution de problèmes parmi les plus épineux du processus de prise de décision. Ces deux approches de l'évaluation d'impact sur la santé ne sont pas incompatibles et elles ont été régulièrement combinées.

En raison de la nature complexe de l'EIS, peu d'analyses de ses effets réels ont été réalisées. Dans certaines occasions, elle a été critiquée par des universitaires pour son manque de rigueur en tant que recherche. En contrepartie, il est souligné que son pragmatisme et sa flexibilité permettent de respecter les échéanciers du processus de décision. Bien que l'EIS ne soit pas le seul moyen pour s'assurer que la santé est au cœur des préoccupations politiques, elle offre une solution pour associer la santé publique à des secteurs dans lesquels elle est encore marginalisée.

Ses forces résident entre autres dans le fait qu'elle est une approche systématisée, qu'elle offre toute une gamme de techniques d'application et qu'elle mobilise des intervenants de tous horizons (Lock, 2000). Le défaut de mécanismes explicites pour synthétiser les preuves recueillies auprès de sources très diversifiées et les incertitudes nées parfois d'une insuffisance des preuves recueillies révèlent ses faiblesses. L'EIS peut étayer la préparation de politiques intersectorielles en complément d'autres démarches, tels les groupes de travail inter-

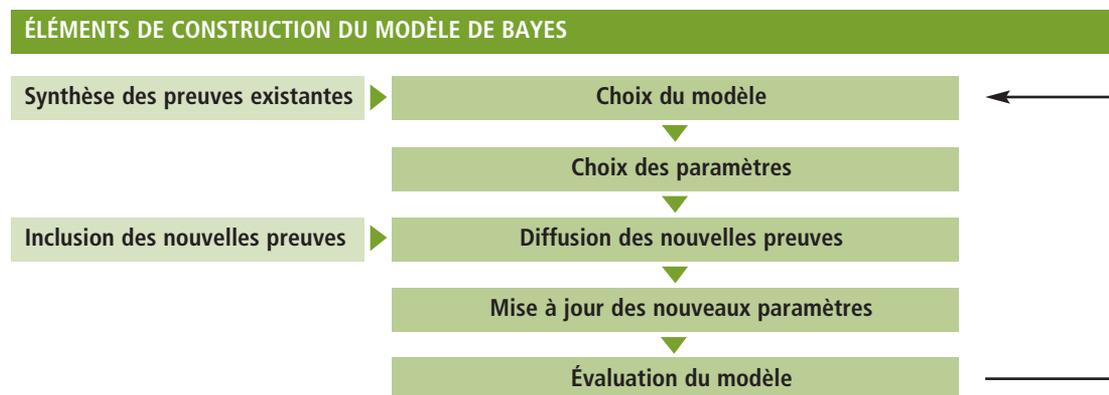
ministériels qui n'atteignent pas toujours les résultats escomptés (Lock et McKee, 2005).

■ L'ANALYSE DE DÉCISION

On a observé un intérêt croissant des secteurs public et privé pour des méthodes quantitatives d'aide à la prise de décision dans les cas où subsistent des doutes. L'analyse de décision est l'application de techniques explicites de modélisation dans un contexte d'irrésolution. Elle sert donc surtout à guider le choix lorsque les questionnements ne sont pas éclaircis ou que les preuves sont contradictoires ou bien quand on doit tenir compte de valeurs ou encore de l'efficacité économique d'une décision dans le processus décisionnel. Les méthodes d'analyse de décision sont utilisées dans des domaines très variés: l'économie (planification, négociation, mise en marché), la préservation de l'environnement, la recherche médicale et la gestion des soins de santé et, plus récemment, la santé publique (McNeil et Pauker, 1984).

L'analyse de décision permet de schématiser et d'analyser systématiquement toute l'information pertinente pour la prise d'une décision, ainsi que les perplexités attachées à cette information. Dans un premier temps, les décideurs peuvent obtenir des scénarios prévisionnels pour chacune des décisions envisagées. Les impacts potentiels de chaque décision sont ensuite évalués et une cote leur est attribuée. La décision finale découle du rapprochement entre le scénario le plus avantageux et la cotation la plus juste (voir tableau 2).

TABLEAU 2 : LA CONSTRUCTION DU MODÈLE D'ANALYSE DE DÉCISION DE BAYES (DOWIE, 2004)



L'outil statistique employé dans l'analyse de décision permet de déterminer le degré de probabilité de chacune des options qui s'offre à chaque étape du processus de prise de décision. Le degré de probabilité est souvent représenté graphiquement, par exemple sous la forme de l'« arbre de décision » dans lequel les multiples choix et impacts sont représentés par des nœuds et des branches. Le diagramme d'influence et l'arbre de décision affichent les possibilités ouvertes au décideur, les incertitudes qu'il aura à gérer (représentées selon un schéma de distribution des probabilités) et les mesures évaluatives qui fixeront le degré d'atteinte des objectifs dans le scénario final choisi. Ces mesures sont basées sur les estimations courantes des impacts probables de chacune des stratégies envisagées.

On puise cette information dans de nombreuses sources, allant de recherches scientifiques publiées au consensus d'experts. La tolérance au risque du décideur peut être représentée par des fonctions d'utilité, sa tolérance aux compromis face à des objectifs contradictoires par des valeurs de fonction à variables qualitatives multiples ou des valeurs d'utilité à variables qualitatives multiples (s'il y a implication d'un risque). La spécificité de l'analyse de décision est l'explicitation de chaque fait ou supposition du modèle.

Quelques modèles mathématiques ont tenté de mesurer l'influence de plusieurs facteurs (déterminants de la santé ou variables explicatives) sur l'avenir de la santé publique. La plupart de ces modèles ont été présentés sous forme de régression multiple standard, produite en faisant concorder des données provenant de recherches spécialisées (Jacoby et autres, 2003). Même si ces modèles ont prouvé leur efficacité pour recenser certains déterminants clefs de la santé, ils comportent plusieurs inconvénients. Le principal est qu'ils découlent du principe que tous les déterminants de la santé opèrent selon la même « *distality* », soit la distance causale du déterminant par rapport aux conséquences sur la santé.

Tous les déterminants (socioéconomiques, environnementaux, comportementaux) n'influencent pas au même moment le « sentier causal ». Les modèles standards de régression multiple sont en conséquence inadéquats pour modéliser les relations hiérarchiques et stratifiées qui existent entre les déterminants de la santé. Ils sont donc inopérants pour modéliser les effets d'interventions complexes en santé. Des modèles mathématiques

de la santé des populations tels que DisMod, Prevent et Pop-Mod peuvent pallier en partie ces carences, mais chacun d'eux connaît aussi des limites, soit dans sa structure, soit dans son ciblage (Lauer et autres, 2003). Ces modèles mettent souvent l'accent sur les impacts d'interventions potentielles plutôt que réelles et conditionnent des améliorations de la santé à la présence de conséquences intermédiaires (la pression artérielle ou le poids, par exemple).

À l'opposé, les modèles graphiques ont démontré leur efficacité pour modéliser les relations hiérarchiques et stratifiées entre des variables, autant dans le domaine de la santé que dans celui des sciences sociales (Greenland et Brumback, 2002; Robins, Hernan et Siebert, 2004). Créer des outils d'analyse de décision implique de mettre en place une structure qui permettra de procéder de façon cohérente à des évaluations et à des études comparatives de l'efficacité des interventions ciblées, à différents moments sur le « sentier » d'un déterminant. Les modèles graphiques ont été le plus souvent utilisés pour résoudre des problèmes liés aux services ou aux soins de santé, par exemple pour mettre au point des procédures cliniques pour des groupes de patients présentant un passé médical semblable, comme la prophylaxie anticoagulante dans le traitement des maladies du cœur (Eckman, Levine et Pauker, 1992).

L'analyse de décision peut également se révéler utile pour apprécier les solutions de rechange aux politiques en cours sur la santé publique et pour fournir aux décideurs un aperçu des compromis inhérents à la plupart des prises de décision. La création de modèles graphiques sur la sous-alimentation (Caputo et autres, 2003), l'étude de politiques sur la vaccination contre des maladies telles que la poliomyélite et l'hépatite B (Hinman et autres, 1988; Mulley, Silverstein et Dienstag, 1982) et la prévention des maladies du cœur (Eckman, Levine et Pauker, 1992) sont des exemples d'application de l'analyse de décision.

L'analyse de décision est officielle, explicite et normative, elle appréhende l'ensemble des problèmes dans une perspective unique selon laquelle on peut dissocier les probabilités et les utilités par l'usage de moyennes mathématiques. La méthode s'avère performante si le problème est formulé convenablement (si les hypothèses de base sont exactes), si l'information est suffisante pour dessiner le modèle et si les décideurs choisissent

d'opérer de façon logique et conséquente pour réussir à choisir la meilleure politique possible. Si les données disponibles sont imprécises, l'analyse de décision peut malgré tout être utile. Son processus peut en effet servir à mesurer l'effet des différentes hypothèses sur les stratégies potentielles. Dans ce cas, le résultat n'est pas une recommandation définitive, mais une série d'études qui donnent aux décideurs une bonne perception de la problématique, une forme d'analyse particulièrement utile pour la santé publique, domaine dans lequel les probabilités et les valeurs diffèrent la plupart du temps en fonction de caractéristiques régionales ou autres.

L'inadéquation de la méthode avec la planification à long terme – et donc la nécessaire adaptabilité des multiples scénarios – des politiques publiques constitue son principal désavantage. Même si elles émanent d'experts, des fonctions de probabilité appliquées à des prévisions pour un futur lointain peuvent apparaître aussi aléatoires que celles qui émergent de processus de groupes tel celui de la méthode Delphi³. Ce procédé ouvre la porte à de nouvelles sources d'erreurs ou à des partis pris, d'une part en élevant le taux d'imprécision des estimations et d'autre part en rendant subjectif le processus de choix par l'intervention d'individus enclins à défendre une opinion (une probabilité) en particulier.

■ LES TECHNIQUES DE PRÉVISION

Les techniques de prévision comprennent l'écriture de scénarios et la cartographie de systèmes. L'élaboration de scénarios a évolué en raison d'une meilleure connaissance de la complexité du processus de prise de décision et d'une compréhension optimale des mutations et des incertitudes de son environnement, ce dernier reposant désormais sur de l'information, des valeurs, des comportements et des structures sociales dont la stabilité et la prévisibilité « historiques » ont été remises en question. L'exercice consiste à analyser d'éventuels futurs événements en envisageant plusieurs scénarios ou retombées en s'appuyant sur l'opinion d'experts plutôt que sur des prévisions quantitatives. Invitant les spécialistes de prospective à bannir toutes idées préconçues, chaque scénario raconte l'histoire d'un monde futur « différent ».

Cette technique de scénarisation a été introduite par le Shell International Group Planning dans les années 1970. Elle s'inspire de pratiques expérimentées par l'armée de l'air américaine pendant la Seconde Guerre mondiale pour tenter de deviner le potentiel de l'ennemi et forger des stratégies de défense adaptées. Transformée en véritable méthodologie, elle est utilisée aujourd'hui par les secteurs public et privé pour donner aux décideurs la capacité d'anticiper les changements et d'intégrer la variable « incertitude d'origine externe » dans le processus de prise de décision. Plusieurs organismes ont mis au point des techniques de prévision, dont la Rand Corporation, Goldman Sachs, le ministère de la Défense du Royaume-Uni et le Government Office of Science and Technology du Royaume-Uni.

Les procédés d'écriture des scénarios sont multiples et varient considérablement entre eux. Le concept est simple: au lieu de compiler les prédictions ou les simulations des experts, les prévisions tiennent compte à la fois des incertitudes qualitatives et quantitatives et des facteurs clefs susceptibles d'influer sur des individus, des organisations ou des groupes sociaux. Ainsi distingue-t-on les décisions susceptibles d'être les plus bénéfiques, peu importe ce que le futur réserve.

Un scénario peut être défini comme « un portrait riche et détaillé d'un monde futur plausible et possible, un portrait suffisamment proche de la réalité pour qu'un spécialiste de prospective puisse clairement voir et comprendre les problématiques, les obstacles et les occasions à saisir qu'un tel monde a en germe ».

Le scénario n'est pas un dessin précis du futur, mais une description probable de ce qui pourrait s'y produire. Il est une histoire relatée à partir de canevas eux-mêmes soigneusement conçus en se basant sur des tendances et des réalités. Les spécialistes de prospective animent des exercices de groupe pour créer des bases de données qui serviront à la scénarisation de développements futurs à long terme. Dans ces recueils se croisent des faits futurs connus (démographiques, géographiques ou politiques), de l'information sur l'industrie et la santé et des tendances (sociales, techno-

³ La méthode Delphi est une recherche qui consiste en une interrogation d'experts dans un domaine donné. Elle a pour but de mettre en évidence des convergences d'avis et de dégager certains consensus sur des sujets précis [NDT].

logiques, économiques ou politiques) qui semblent devoir devenir dominantes: que se passerait-il, par exemple, si les réserves de pétrole s'épuisaient, en sachant que la société repose exclusivement sur l'emploi des technologies de l'information et de l'informatique? Les scénarios rassemblent aussi des éléments du raisonnement régressif difficiles à officialiser comme l'interprétation subjective de faits, l'augure de changements de valeurs et l'annonce de nouveaux règlements ou de nouvelles inventions. Le scénario décrit différents futurs vraisemblables et cohérents, il en est le récit de la dynamique évolutive à la croisée des savoirs tacite et explicite.

Lorsque l'on manipule les scénarios de développement futur, les difficultés surgissent quand l'intention de départ manque de précision et l'action qui suit de cohérence. Trop de scénarios peuvent alors être écrits ou leur contenu ne pas être lié directement à la question à l'étude. Pour être véritablement un outil stratégique, le scénario de développement futur doit donc être conçu de façon à fournir un éclairage sur une question précise.

Toutes les études prospectives mettent en évidence deux considérations contradictoires: d'une part la rigueur analytique qui peut mener à l'intégration de scénarios différents et d'autre part le besoin de communiquer avec un public non spécialiste. Ce besoin de communication impose la concision du propos. Dans la pratique, une étude regroupe un ensemble cohérent de données soustraites d'un petit nombre de scénarios. À l'origine, elle reposait sur la comparaison entre deux scénarios opposés, chacun ayant deux issues possibles (par exemple, la croissance économique ou la récession aux États-Unis, une croissance économique qui tient compte de l'environnement ou une croissance économique à tout prix qui néglige les hypothèses environnementales). Cette façon de procéder forme une matrice à quatre cellules à laquelle on applique une stratégie légèrement différente d'une cellule à l'autre. Cette approche a été utilisée par les plus grandes organisations nationales et internationales qui s'interrogent sur les impacts de la mondialisation sur de vastes questions comme la sécurité mondiale (National Intelligence Council, 2004) ou la conservation des écosystèmes (Millenium Ecosystem Assessment, 2003).

Dans la méthodologie retenue par la société Shell, le processus impliquait de travailler sur deux scénarios

contradictoires mis en exergue, chacun d'eux soumis à un savant mélange de facteurs influents. Les deux scénarios étudiés devaient être également plausibles et couvrir toute la séquence des événements et tous les éléments « moteurs ». Idéalement, les deux scénarios ne devraient pas être symétriquement inverses, car cette situation pourrait introduire un biais dans leur acceptation par les usagers. Certains pourraient juger un scénario hautement improbable et peu souhaitable, mais aucun ne devrait être en mesure de déclarer qu'un scénario est impossible. En ce sens, le choix de titres neutres est important: les deux scénarios examinés par le Shell International Group Planning au début des années 1990 se nommaient « Le monde durable » et « Le mercantilisme mondial ». Dans les faits, cette neutralité des intitulés pose des problèmes à la majorité des spécialistes rédacteurs de scénarios équilibrés, même si quelques-uns cèdent parfois à la tentation de dresser l'un contre l'autre les « bons » et les « mauvais » scénarios.

Dans la littérature sur les scénarios de développement futur, deux écoles se côtoient: la première préconise une approche qualitative et narrative, la deuxième une approche de modélisation quantitative. Le scénario qualitatif narratif repousse les idées préconçues et fonctionne en présence d'un grand nombre d'incertitudes. Il s'attache à des éléments qualitatifs comme les valeurs, la culture, les comportements et les changements du système. Il est par contre critiqué pour son manque de rigueur académique et parce qu'il reflète les partis pris du groupe ou de l'auteur qui l'utilise.

À l'inverse, la modélisation quantitative permet des analyses systématiques riches en données. En revanche, elle atteint ses limites lorsqu'elle se heurte à des discontinuités ou à des « surprises ». Ainsi ces limites réduisent-elles le nombre de scénarios de développement futur pouvant être étudiés. L'approche quantitative offre une impression de précision scientifique qui peut entraîner les non-spécialistes, dont les décideurs, à se fier aveuglément à sa précision et à son exactitude.

Plusieurs études récentes ont été conduites en essayant de conserver la rigueur scientifique quantitative tout en tenant compte de prévisions contradictoires. Le *Foresight Programme* du gouvernement du Royaume-Uni s'efforce par exemple d'élaborer des politiques efficaces en utilisant les techniques de prévision (écriture de scénarios et cartographie des systèmes), mais aussi d'autres démarches. Le programme consiste pour l'essentiel en

des processus de groupe organisés à grande échelle avec des membres de la fonction publique, des hommes d'affaires, des scientifiques, des spécialistes des technologies de l'information et des spécialistes d'autres disciplines réunis pour discuter et partager des opinions à la fois positives et normatives sur le développement futur. La communication sur la protection des côtes contre les inondations (Foresight, 2004) et la publication de mesures pour lutter contre l'obésité pendant les 40 prochaines années (suivies par des décisions interministérielles) (Foresight, 2007) illustrent l'approche du *Foresight Programme*.

L'élaboration de scénarios tente de prévoir les problèmes qui se poseront dans plusieurs futurs possibles, mais elle comporte des faiblesses en ce qui a trait à la planification et à la prise de décision à long terme. L'arbitraire du choix d'un petit nombre de scénarios à étudier pour couvrir toute l'étendue des décisions complexes à prendre est la principale d'entre elles. Cette approche néglige de toute évidence des éléments influents et les techniques employées pour le tri des scénarios et le relevé de leurs conclusions peuvent être biaisées, quelquefois fortement, par des partis pris. Plus important encore, l'élaboration de scénarios n'offre pas de méthodologie systématique pour comparer les différents choix de politiques. La plupart du temps, elle reste une technique employée isolément et ne s'intègre pas aux processus de prise de décision.

■ LA DISCUSSION

Dans le cadre d'un processus de prise de décision, la médecine ou la santé publique fondée sur des preuves avérées est une approche jugée parfois limitée ou simpliste. Dans sa définition la plus courante, elle vise à convertir en questions concrètes l'information nécessaire à la résolution d'un problème, puis à trouver les meilleures réponses à ces questions, à analyser ces réponses et à proposer des solutions à partir des résultats de cette analyse. La formulation des problèmes et l'évaluation des effets sont en partie évacuées, ce qui semble démontrer dans cette démarche une compréhension incomplète des besoins en matière d'élaboration de politiques.

Au contraire, dans l'EIS et dans l'analyse de décision, la formulation et l'évaluation sont primordiales pour la collecte de preuves et pour l'utilisation de ces preuves,

une fois celles-ci réunies et analysées (Dowie, 1996). L'EIS et l'analyse de décision sont deux approches qui cherchent à éclaircir les moyens de prendre des décisions dans n'importe quelle circonstance, y compris lorsqu'aucune question à réponse simple ne peut être isolée, lorsque les réponses avancées par les chercheurs sont vagues ou contradictoires ou lorsque les valeurs et les coûts sont liés à la question. Ce sont des approches similaires en ce sens qu'elles aboutissent à une prise de décision en proposant une procédure selon laquelle tous les aspects de la décision sont répertoriés, structurés et intégrés. Dans la pratique toutefois, leurs méthodes diffèrent. Pour dépasser les insuffisances de l'EIS, il convient encore d'en expliciter les techniques (Lock, 2000). L'analyse de décision permet de corriger certaines déductions trompeuses du raisonnement humain et combat efficacement les incertitudes.

La prospective et les techniques traditionnelles de prévision sont rarement adaptées pour fournir aux décideurs un éclairage juste sur des problèmes, surtout ceux susceptibles d'avoir des conséquences à long terme. Une prise de décision responsable exige un haut niveau de certitude, un nombre raisonnable de preuves ou de savoirs et une confiance dans les hypothèses émises à partir de l'information recueillie. Dès lors apparaît l'importance pour un gouvernement ou une organisation d'avoir la capacité de réexaminer ses prévisions et de tenir compte dans cette réévaluation des incidences externes incertaines, dont les impacts sur la santé publique. La planification basée sur le scénario est différente de l'EIS et de l'analyse de décision, car ces dernières sont moins « axées sur la décision ». Elles ne sont pas vraiment enchâssées dans des décisions politiques spécifiques, mais elles visent plutôt à souligner l'intérêt d'envisager le futur sous plusieurs angles, y compris celui de ces aléas.

Le fait que plusieurs outils dont on a traité dans cet article n'entraînent pas d'amélioration visible au processus de prise de décision, notamment en matière de santé publique, soulève des interrogations. On admet que chaque technique est insuffisante en soi pour prévenir la complexité du raisonnement requis pour prendre des décisions sur de futures politiques. La majeure partie des critiques sur l'analyse de décision porte par exemple sur le constat que dans de nombreux cas, on détecte facilement des distorsions entre le choix optimal (suggéré par le modèle décisionnel) et les choix intuitifs.

tifs. Un des arguments des détracteurs de l'analyse de décision est que l'humain ne décide pas de la même façon que celle proposée par les modèles. Ainsi, pour eux, la prise de décision par intuition devrait-elle remplacer les différentes approches promues par les analystes (Klien, 2003).

Approche de pure logique ou approche descriptive, il pourrait s'avérer utile de combiner les forces de chacune. Un décideur avisé devrait pouvoir saisir les deux approches, savoir à la fois quand l'humain est faillible et quand la recherche scientifique n'a pas les réponses aux questions qui se posent. L'EIS, l'analyse de décision ou l'élaboration de scénarios ne résoudre pas forcément tous les problèmes, ils sont des aides dans l'étude des décisions à prendre.

Avec l'élaboration de scénarios et l'EIS, des obstacles demeurent dans la procédure d'évaluation de la prise de décision. Ils ont trait au choix des méthodes les plus appropriées, à l'institutionnalisation du processus (surtout au sein des agences gouvernementales et des organismes de financement) et à la création de mécanismes de participation intersectorielle. En ce qui concerne la santé publique, un des préalables fondamentaux à la réussite des évaluations est la présence d'une politique de santé publique clairement annoncée ou d'une obligation légale de protéger la santé publique. Cette politique peut inclure une législation ou bien des procédures de prise de décision appli-

cables aux agences nationales et internationales chargées quotidiennement des problèmes de santé publique. Cet encadrement conditionne l'effet et la qualité des EIS (Banken, 2001 ; Lock et McKee, 2005).

La simplicité, des méthodes et de leur emploi, est une autre qualité facilitant le succès des outils d'évaluation décrits ici. Elle permet leur adaptation à différents contextes et leur utilisation par des experts de la santé publique, mais aussi des acteurs d'autres domaines d'activité (dans le cas de l'élaboration de scénarios ou de l'analyse de décision). Les trois approches présentées reposent toutes sur la rigueur de leurs bases de données. Or, en raison de la variabilité des échéanciers de la prise de décision, la création collective de bases de données probantes sur les impacts sur la santé en lien avec plusieurs projets de politiques ou de programmes favoriserait les preuves « toutes faites » (Mindell et autres, 2001).

Il existe enfin le besoin de développer des capacités nationales, non seulement pour améliorer les méthodes de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision ou pour élaborer des scénarios dans le domaine de la santé, mais également pour améliorer le travail intersectoriel. En ce sens, des formations ciblées doivent être offertes aux praticiens de la santé et aux décideurs responsables de l'évolution des politiques, du secteur de la santé et des autres secteurs.

BIBLIOGRAPHIE

- Banken, R. (2001). « Strategies for Institutionalising HIA », *ECHP Policy Learning Curve*, n° 1, Bruxelles, Organisation mondiale de la Santé.
- Banque mondiale (1997). « Environmental Assessment of Mining Projects », *Environmental Assessment Sourcebook Update*, Washington, Banque mondiale.
- Breeze, C. et K. Lock (2001). *Health Impact Assessment as Part of Strategic Environment Assessment*, Rome, Organisation mondiale de la Santé.
- Caputo, A. et autres (2003). « Undernutrition in Benin: An Analysis Based on Graphical Models », *Social Science and Medicine*, vol. 56, n° 8, p. 1677-1691.
- Caussy, D., P. Kumar et T. Sein (2003). « Health Impact Assessment Needs in South-East Asian Countries », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 439-443.
- Centre européen de l'OMS pour la politique de santé et Organisation mondiale de la Santé (1999). *Gothenburg Consensus Paper. Health Impact Assessment. Main Concepts and Suggested Approach*, Bruxelles, Organisation mondiale de la Santé et Centre européen de l'OMS pour la politique de santé.
- Dowie, J. (2004). « Research Implications of Science-informed, Value-based Decision Making », *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, vol. 17, n° 1, p. 83-90.

- Dowie, J. (1996). «Evidence-based, Cost-effective and Preference-driven Medicine: Decision Analysis Driven Decision Making Is the Pre-requisite», *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 1, n° 2, p. 104-111.
- Eckman, M., H. J. Levine et S. G. Pauker (1992). «Decision Analytic and Cost-effectiveness Issues Concerning Anticoagulant Prophylaxis in Heart Disease», *Chest*, vol. 102, p. 538S-549S.
- Foresight (2007). *Tackling Obesities: Future Choices*, London, Office Science and Technology.
- Foresight (2004). *Future Flooding*, London, Office of Science and Technology.
- Greenland, S. et B. Brumback (2002). «An Overview of Relations among Causal Modelling Methods», *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, n° 5, p. 1030-1037.
- Ham, C. (2005). «Don't Throw the Baby Out with the Bathwater», *Journal of Health Services Research & Policy*, n°3, p. 51-52.
- Hinman, A. et autres (1988). «Decision Analysis and Polio Immunization Policy», *American Journal of Public Health*, vol. 78, n° 3, p. 301-303.
- Hunter, D. (2003). «Evidence-based Policy and Practice: Riding for a Fall», *Journal of Royal Society of Medicine*, vol. 96, n° 4, p. 194-196.
- Jacoby, E. et autres (2003). «Social Class, Family, and Life-style Factors Associated with Overweight and Obesity among Adults in Peruvian Cities», *Preventative Medicine*, vol. 37, n° 5, p. 396-405.
- Jobin, W. (2003). «Health and Equity Impacts of a Large Oil Project in Africa», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 420.
- Klien, G. (2003). *The Power of Intuition*, New York, Doubleday.
- Lauer, J. et autres (2003). «PopMod: A Longitudinal Population Model with Two Interacting Disease States», *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, vol. 1, n° 6.
- Lock, K. (2000). «Health Impact Assessment», *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1395-1398.
- Lock, K. et M. McKee (2005). «Health Impact Assessment: Assessing Opportunities and Barriers to Intersectoral Health Improvement in an Expanded European Union», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, p. 356-360.
- Lock, K. et autres (2003). *Health Impact Assessment of Food and Agriculture Policies in Slovenia, and the Potential Effect of Accession to the European Union: Report for the Ministry of Health*, Ljubljana, Ministry of Health.
- London Health Commission (2003). *Evaluation of the Health Impact Assessments on the Draft Mayoral Strategies for London*, London, London Health Commission.
- McNeil, B. J. et S. G. Pauker (1984). «Decision Analysis for Public Health: Principles and Illustrations», *Annual Review of Public Health*, vol. 5, p. 135-161.
- Millenium Ecosystem Assessment (2003). *Ecosystem and Human Wellbeing: A Framework for Assessment*, www.millenniumassessment.org (page consultée le 15 avril 2008).
- Mindell, J. et M. Joffe (2003). «Health Impact Assessment in Relation to Other Forms of Impact Assessment», *Journal of Public Health Medicine*, vol. 25, n° 2, p. 107-113.
- Mindell, J. et autres (2004). «Health Impact Assessment as an Agent of Policy Change: Improving the Health Impacts of the Mayor of Londons Draft Transport Strategy», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, n° 3, p. 169-174.
- Mindell, J. et autres (2001). «What Do we Need for Robust Quantitative Health Impact Assessment?», *Journal of Public Health Medicine*, vol. 23, n° 3, p. 173-178.
- Mulley, A., M. Silverstein et J. Dienstag (1982). «Indications for the Use of Hepatitis B Vaccine Based on Cost Effectiveness Considerations», *New England Journal of Medicine*, vol. 307, n° 11, p. 644-652.
- National Health and Medical Research Council (1994). *National Framework for Environmental and Health Impact Assessment*, Canberra, Australian Government Publishing Service.
- National Intelligence Council (2004). *Mapping the Global Future: Report of the National Intelligence Council's 2020 project*, Washington DC, National Intelligence Council.

- Parry, J. et J. Kemm (2004). «Future Directions for HIA», dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment*, Oxford, Oxford University Press, p. 411-417.
- Robins, J., M. Hernan et U. Siebert (2004). «Effects of Multiple Interventions», dans A. L. M Ezzati, A. Rogers et C. J. L. Murray (dir.), *Comparative Quantification of Health Risks: The Global and Regional Burden of Disease Attributable to Major Risk Factors*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Welsh Assembly Government et Eurohealthnet (2003). *Health Impact Assessment and Government Policymaking in European Countries*, Cardiff, Wales.
- World Development Report (2003). *Investing in Health, World Development Indicators*, New York, Oxford University Press.

Prochain numéro : automne 2008

LA GESTION DU CHANGEMENT STRATÉGIQUE DANS LES ORGANISATIONS PUBLIQUES

Dans les prochaines années, les ministères et les organismes publics connaîtront des changements stratégiques importants affectant à la fois les structures et les cultures organisationnelles et ayant des incidences sociales au sein du secteur public. Ces transformations peuvent prendre la forme de nouveaux modes de gestion intégrée et en réseau, de nouvelles collaborations interorganisationnelles entre les ministères et entre ceux-ci et les citoyens, de gouvernement en ligne transactionnel...

Les enjeux que soulève cette mutation sont considérables. Ils sont liés par exemple à la difficulté de convertir des systèmes complexes ou bien de mettre en œuvre concrètement des changements dans le secteur public ou encore de coordonner une évolution transversale dans un contexte de services intégrés. On n'aurait garde d'oublier d'étudier la problématique du changement du point de vue des acteurs et de leurs légitimes préoccupations, les innovations souhaitées en matière de gestion des ressources humaines n'ayant pas toujours les effets escomptés.

Comment aborder cette « nouvelle logique d'affaire » ? Comment répondre aux préoccupations individuelles des personnes ? Comment redéfinir la contribution des cadres ? Comment mobiliser les groupes d'intérêts ? Dans la perspective du changement, de quels apprentissages, ici et ailleurs, devrait-on s'inspirer ? Invités par *Télescope* à répondre à ces questions, les experts nous livrent leur observation du changement sur les deux plans, macro et micro. Leur analyse doit permettre d'en appréhender plus précisément les conséquences et de mesurer le chemin qui reste à parcourir.

À noter que la gestion du changement stratégique dans les organisations publiques sera le thème d'un colloque organisé le mercredi 20 août 2008 de 11 h à 17 h 30 à l'Université Laval à Québec par le Centre d'études en transformation des organisations, HEC Montréal, dans le cadre du 15^e Congrès de l'Association internationale de psychologie du travail de langue française. *Télescope* s'associe à ce colloque dont les auteurs de notre prochain numéro seront les principaux conférenciers.

L'Observatoire de l'administration publique



un pôle institutionnel de recherche voué à l'analyse comparative des systèmes de gouvernance



Dans un contexte politique et socioéconomique mouvant et globalisé à l'échelle de la planète, les États et les organisations publiques affrontent des problématiques dont la complexité et l'interdépendance ne cessent de s'amplifier. L'efficacité des administrations publiques exige une mise en perspective des expériences et des modèles de gestion.

Depuis sa création en 1993 **L'Observatoire de l'administration publique** recueille, analyse et évalue l'information disponible à travers le monde et pose un regard comparatif sur les changements initiés par les États, acteurs centraux de la gouvernance. Il examine et étudie la mise en œuvre des réformes des administrations publiques engagées dans les pays développés ou en transition. Ses champs de recherche portent sur le rôle, les fonctions et l'organisation de l'État, les ajustements des politiques et programmes et la gestion publique.

INFORMATION ET ABONNEMENTS AUX PUBLICATIONS

Secrétariat de L'Observatoire de l'administration publique
Madame Danielle Landry
ENAP
555, boulevard Charest Est,
Québec (Québec) G1K 9E5 Canada
TÉLÉPHONE : 418 641-3000, POSTE 6574
TÉLÉCOPIEUR : 418 641-3057
Internet : <http://www.observatoire.enap.ca>

LA RECHERCHE COMMANDITÉE

Les chercheurs de L'Observatoire de l'administration publique effectuent, sur une base contractuelle, à la demande de ministères ou d'organismes publics, des études comparatives sur les modes de gestion, les politiques et les programmes implantés au sein des administrations publiques à l'étranger et au Québec. Cette activité, inscrite dès l'origine dans la mission de L'Observatoire, a vu son volume croître et se diversifier au fil des années pour devenir aujourd'hui un des points forts de son action. Les investigations de L'Observatoire portent sur les stratégies d'intervention dans les administrations publiques : réorganisation des appareils étatiques, décentralisation administrative, utilisation des technologies de l'information, étalonnage, mesure de la performance, planification stratégique, gestion financière, management des ressources humaines, gestion de l'interface public privé, éthique, etc. Elles prennent les formes les plus variées : comparaison de programmes et de politiques, mise en lumière d'expériences innovantes, analyse de réformes administratives, veille spécifique, etc.

LES PUBLICATIONS

L'Observatoire de l'administration publique a créé un dispositif intégré de communication aux fins d'assurer la diffusion de ses travaux de veille et de recherche.

OBSERVGO, bulletin électronique hebdomadaire, collecte et redistribue l'information de veille sous forme de références.

VIGIE, lettre bimestrielle thématique, publie de courts articles et des nouvelles brèves sur les tendances et innovations administratives et présente des ouvrages récemment parus dans le domaine du management public.

TÉLESCOPE est une revue trimestrielle d'analyse comparée en administration publique qui réunit des experts internationaux sur des problématiques spécifiques.

Les publications de **L'Observatoire** sont accessibles sur Internet :
<http://www.observatoire.enap.ca>

UNE ÉQUIPE AU CŒUR DE LA CONNAISSANCE

L'Observatoire de l'administration publique s'appuie sur un groupe de professeurs, de professeurs associés et d'attachés de recherche. Il fait appel en outre à l'expertise des professeurs de l'École nationale d'administration publique du Québec et associe des étudiants à ses projets de recherche. animateur de plusieurs réseaux de correspondants, il mobilise enfin des compétences en provenance du Québec et du monde entier, praticiens ou universitaires spécialistes de l'administration publique.



L'OBSERVATOIRE DE
L'ADMINISTRATION
PUBLIQUE

ENAP

Télescope est une revue d'analyse comparée portant sur des problématiques spécifiques intéressant les administrations publiques. Elle est publiée quatre fois par année. Sa production est coordonnée par l'équipe du département des publications de L'Observatoire de l'administration publique. Le choix des thèmes et des textes de *Télescope* font l'objet d'une réflexion collégiale de la part des membres de L'Observatoire. Avant publication, tout article est soumis à un comité composé d'universitaires qui évalue son acceptabilité. En cas de controverse sur un article ou sur une partie d'un article, l'auteur est avisé. La révision linguistique est obligatoire. Elle est assurée par les services spécialisés de l'ENAP. La reproduction totale ou partielle de *Télescope* est autorisée avec mention obligatoire de la source. Les professeurs d'établissements d'enseignement ne sont pas tenus de demander une autorisation pour distribuer des photocopies. *Télescope* bénéficie du soutien financier de l'ENAP du Québec et du gouvernement du Québec.

L'OBSERVATOIRE DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE
TÉLESCOPE

DÉPÔT LÉGAL
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC, 2006
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA, 2006
ISSN 1203-3294

La revue *Télescope* est publiée avec l'aide financière
du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

Canada 