

L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais

12
2

Gilles Trédez



L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives de développement dans le Nord – Pas-de-Calais

Gilles Trédez
Chargé d'études,
ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

Remerciements

Nous tenons à adresser nos remerciements à l'ORS Île-de-France, et particulièrement à Corinne Praznocy dont le remarquable travail en Île-de-France contribue au développement des EIS.

Sommaire

Avant-Propos	9
Introduction	11
Fondements, concepts et méthodes de l'EIS	15
Qu'est-ce qu'une EIS ?	15
Un acte fondateur des EIS : Le Consensus de Göteborg	16
Les fondements théoriques de l'EIS	16
Le modèle d'une santé globale	16
L'influence des autres politiques publiques sur la santé	17
Des enjeux de santé liés au développement durable	18
Les valeurs de l'EIS	19
Les principes de l'EIS	19
Le besoin d'une culture intersectorielle	19
Le besoin d'organisation et d'articulation	20
Le besoin d'une approche collaborative, partenariale, pluridisciplinaire et participative	20
Le besoin de connaissances et de compétences	20
Sur quelles thématiques réaliser une EIS ?	21
Une démarche séquencée en plusieurs étapes clefs	22
Qui pour réaliser une EIS ?	27
Différentes manières de réaliser les EIS	28
Où l'évaluation d'impact sur la santé est-elle pratiquée ?	31
À l'étranger	31
Et en France	33
Les défis et les enjeux de l'EIS	35
Les enjeux méthodologiques de l'évaluation	35
La capacité à prévoir les impacts attendus	35
La prise en compte de la participation citoyenne	36
Évaluer l'évaluation	37
L'identification de l'EIS et son articulation stratégique avec les démarches d'évaluation existantes	39
Différents types d'évaluation d'impact	39
Impacts environnementaux et impacts sur la santé	40
Quels développements stratégiques pour l'EIS ?	42
L'institutionnalisation de l'EIS et son ancrage dans le processus de décision	42
Le soutien à l'implantation de la pratique	44
Perspectives de développement de l'EIS dans le Nord – Pas-de-Calais : opportunités, limites, stratégies	47
Opportunités et limites de l'EIS	47
Ce qui plaide en faveur de l'EIS	47
Les critiques et les limites relevées à propos de l'EIS	49
Quelles stratégies de développement dans le Nord – Pas-de-Calais ?	51
Au regard de l'état de santé et des objectifs de santé et de bien-être affichés par les politiques publiques	51
S'appuyer sur le cadre existant	54
Les moyens à mettre en œuvre pour l'implémentation d'une démarche EIS	57

Conclusion	61
Bibliographie	65
Annexes	71
Annexe n° 1 : L'outil de sélection du canton de Tessin	73
Annexe n° 2 : L'outil de dépistage/sélection du guide pratique de l'EIS du Québec	79
Annexe n° 3 : Modèle logique utilisé dans une EIS sur un projet d'aménagement urbain au Québec	81
Annexe n° 4 : Modèle logique utilisé dans une EIS sur la fumée passive dans les établissements publics du canton de Genève	83
Annexe n° 5 : Modèle logique PRAM (Joffe et Mindell 2002) appliqué à un projet d'extension d'aéroport	85
Annexe n° 6 : Synthèse des résultats annuels de l'EIS sur la mortalité en Île-de-France en fonction des scénarios retenus	87
Table des figures	89

Avant-Propos

Il est une évidence régionale aujourd'hui partagée par tous et qui sonne presque comme un constat d'échec de nos politiques de santé : la population du Nord – Pas-de-Calais est et demeure depuis les années 1950 en moins bonne santé que le reste de la France. Ce retard peine à se combler tandis que, pour leur part, les inégalités sociales et territoriales de santé restent tout aussi manifestes. Cette situation qui perdure, ce contexte durablement défavorable et qui affecte la totalité des territoires régionaux au point d'en faire une anomalie majeure au sein d'un ensemble national français plutôt favorisé en Europe, doivent autoriser les acteurs de la région investis sur ces questions à investiguer des démarches et des approches qui sortent de nos usages habituels. La démarche de l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) en fait partie.

*L'ensemble des décisions publiques sont susceptibles d'agir
directement ou indirectement sur la santé des populations*

L'évaluation d'impact sur la santé est une démarche permettant d'appréhender les effets sur la santé et le bien-être de différentes politiques publiques. Développée au début des années 1990, elle s'appuie notamment sur les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé –OMS– sur les déterminants sociaux de la santé et sur le modèle conceptuel d'une santé *globale et multi-déterminée*.

La démarche se base sur un principe clef auquel l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais s'est rallié depuis une décennie au moins : **l'ensemble des décisions publiques sont susceptibles d'agir directement ou indirectement sur la santé des populations** par la modification des conditions de vie et de travail. Ce qui se décide dans le domaine économique, social ou environnemental est susceptible d'impacter tout autant, si ce n'est plus, l'état de santé et de bien-être de la population que les politiques relevant du domaine de la santé. La diversité de ces impacts est certes de mieux en mieux documentée, de moins en moins méconnue ; pour autant ces impacts ne sont que rarement évalués. Cette négligence, le terme n'est sans doute pas trop fort, se retrouve pour les politiques élaborées au niveau central, et plus encore lorsqu'elles sont mises en application au niveau local.

La *démarche* EIS a été élaborée à partir de ce constat, dans le but d'influencer l'ensemble des décisions publiques en faveur de la santé en amont de la prise de décision, dans une démarche globale de promotion de la santé et du bien-être. Elle vise donc en premier lieu les mesures qui sont prises en dehors du champ traditionnel de la santé. Elle porte sur des aspects rigoureux tels que l'appréciation des dépenses publiques au travers de l'examen de leur efficacité globale dans ce qui est engendré et induit. Elle comprend *la combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme, un projet peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la distribution de ces effets au sein de la population*¹. À l'image d'une Étude d'Impact sur l'Environnement, l'EIS prend la forme d'un document synthétique à destination des décideurs publics ; il doit exposer l'ensemble des enjeux de santé relatifs à la mesure envisagée dans le but d'éclairer la prise de décision. Si la démarche n'est pas nouvelle, elle suscite ces dernières années en France un grand regain d'intérêt, notamment dans le cadre de l'élaboration de politiques locales. Nous sommes bien là au-delà d'un simple et éphémère effet de mode.

¹ Traduction libre de la définition de l'EIS retenue dans le Consensus de Göteborg, document de référence international sur l'EIS.

Quelques expériences récentes relevant de cette approche ont d'ailleurs pu être menées sur certains territoires, comme en Bretagne ou en Île-de-France auxquelles ont pu être associés nos homologues des ORS. Une réflexion est par ailleurs engagée² sur le développement d'une démarche EIS au sein des projets d'urbanisme et d'aménagements territoriaux. C'est ce contexte qui nous a amenés à nous intéresser explicitement à cette approche de la santé, riche de potentialités, qui, en outre, reste assez méconnue en France de la majorité des acteurs de la santé.

Le retour d'expériences sur l'EIS est aujourd'hui assez conséquent puisque la démarche a été mise en œuvre et développée dans plusieurs pays et États depuis le milieu des années 1990 (Royaume-Uni, pays scandinaves, Québec), ou encore plus récemment en Suisse. Ces exemples sont porteurs de nombreux enseignements qui expliquent que la démarche soit aujourd'hui de nouveau portée et mise en avant par plusieurs experts.

Avant tout aider les décideurs publics dans leurs arbitrages

Le but premier de l'EIS est bien avant tout d'aider les décideurs publics dans leurs arbitrages en leur apportant les éléments nécessaires à la compréhension des enjeux de santé relatifs aux mesures qu'ils envisagent de mettre en œuvre.

Les pratiquants de l'EIS attribuent également à la démarche plusieurs autres avantages. L'EIS peut être appréhendée à la fois comme une démarche opérationnelle de promotion de la santé et comme un outil de sensibilisation et de communication sur les valeurs qu'elle véhicule : collaboration entre acteurs, secteurs et partenaires (collaboration verticale et horizontale) ; développement d'une approche intersectorielle ; développement de connaissances sur les déterminants de la santé et du bien-être ; partage de ces connaissances avec le plus grand nombre ; démocratie participative ; transparence dans les prises de décision.

Parce qu'elle nécessite de nouvelles manières de voir, de penser, et de faire, l'approche EIS reste un outil novateur de l'action publique, en phase avec ses orientations actuelles qui réclament davantage d'approches transversales et intersectorielles. Actuellement, il n'existe pas d'évaluation sanitaire de ce type en France, mis à part le volet santé des EIE conduites sur les grands projets d'aménagement ; il se limite pourtant en général à l'étude des impacts physiques néfastes pour la santé sans prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé. Il conviendrait aussi, selon nous, d'évoquer les apports de l'évaluation aux débats publics et la vitalité démocratique de la Nation et des territoires locaux³. La démarche EIS a l'avantage d'explorer l'ensemble des déterminants de la santé, du bien-être aussi, déterminants qui sont susceptibles d'être impactés favorablement ou défavorablement.

L'EIS est bien une approche originale qui n'a pas d'équivalent.

Gilles Trédez

Olivier Lacoste

² Par la Direction Générale de la Santé et par l'École des Hautes Études en Santé Publique.

³ En cela les EIS sont des cousins proches de l'action de terrain menée par la Commission Nationale du Débat Public, tout autant que des autres formes d'expression de la démocratie participative comme représentative.

Introduction

Développée et utilisée principalement à l'étranger à partir du début des années 1990, la démarche d'Évaluation d'Impact sur la Santé⁴ (EIS) suscite un intérêt grandissant en France depuis quelques années, notamment dans le cadre de l'élaboration de politiques publiques au niveau local. L'EIS est de plus en plus identifiée comme un élément de réponse à de grandes problématiques de santé, sur des enjeux liés à l'environnement, à l'aménagement et au développement durable des territoires. L'EIS est un dérivé de la démarche d'Évaluation des Impacts Environnementaux (EIE) pour la méthodologie employée et s'appuie sur les valeurs de la prévention et de la promotion de la santé, et notamment de la Charte d'Ottawa (1986) sur la promotion de la santé dont elle reprend la philosophie. L'EIS s'inscrit dans un mouvement plus large de renouveau des approches méthodologiques dans le domaine sanitaire, économique, social ou environnemental, et propose une valeur ajoutée à ne pas négliger par rapport aux dispositifs préexistants. Un des avantages de la démarche EIS est notamment qu'elle peut être appréhendée comme un outil d'évaluation des politiques publiques sous le prisme de la santé, de l'équité, de la justice sociale et du développement durable, mais également comme un outil de communication et de sensibilisation sur ces valeurs fondamentales.

Une démarche qui vise à prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être

La démarche EIS est le fruit d'une réflexion internationale menée à partir des années 1980 sur la promotion de la santé. Elle repose sur l'idée que l'état de la santé d'une population ne peut être déterminé uniquement par des aspects liés à l'offre de santé ou aux comportements individuels mais qu'il résulte tout autant, si ce n'est plus, de conditions économiques, sociales et environnementales. Les premières Conférences et Chartes internationales⁵ sur les soins de santé primaires et sur la promotion de la santé, menées sous l'égide de l'OMS, ont permis d'affirmer et de partager largement ces principes. La base conceptuelle apportée par les travaux de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, et notamment ceux de Dahlgren et Whitehead⁶, a permis de progresser sur la manière d'envisager les facteurs qui contribuent à un état de santé et de bien-être ; les recherches sur les déterminants sociaux de la santé contribuent à relativiser l'influence du système de santé et des comportements individuels et mettent en avant le rôle joué par différents secteurs de la société dans la production d'inégalités sociales et territoriales de santé.

Leurs conclusions invitent, depuis plusieurs décennies déjà, le secteur de la santé à s'ouvrir aux autres secteurs économiques de la société. Puisqu'il est entendu que le système de santé et ses acteurs ne peuvent à eux seuls intervenir sur l'ensemble des facteurs qui concourent à un état de santé et de bien-être, la lutte contre les inégalités de santé doit également passer par des politiques économiques, sociales, culturelles et environnementales, sur l'aménagement du territoire, les transports ou le logement. Ces politiques publiques⁷, parce qu'elles interviennent sur le milieu de vie et de travail des individus, sont porteuses d'impacts sur la santé et sur le bien-être, impacts qui sont souvent documentés et pourtant souvent peu évalués. La prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, ou *Health in All Policies* (HiAP), est aujourd'hui devenue une préoccupation et un objectif partagé sur le plan international dans lequel vient s'articuler la démarche EIS.

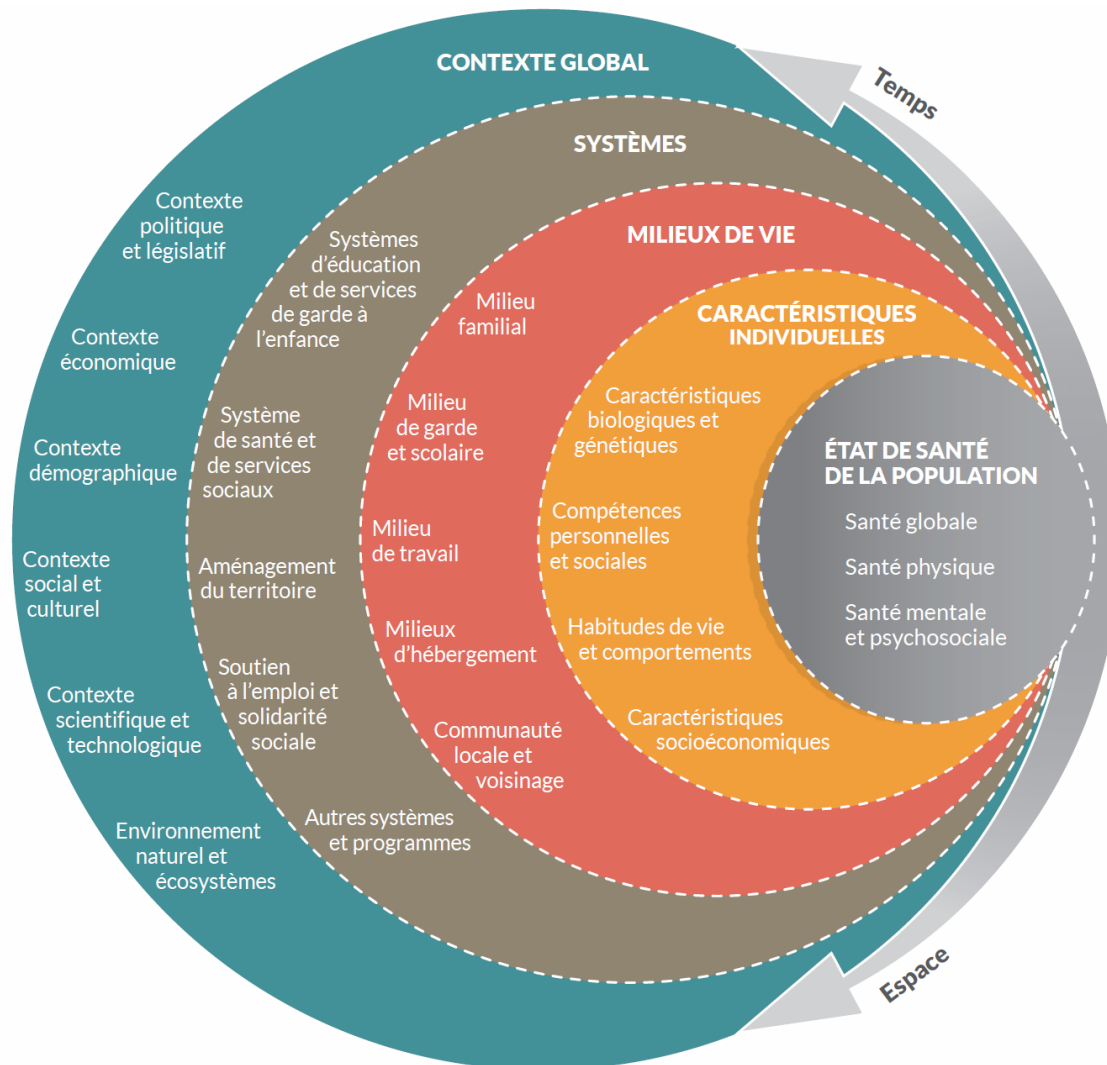
⁴ À l'international, la démarche EIS porte le nom de Health Impact Assessment (HIA).

⁵ Conférence internationale d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, Charte d'Ottawa de 1986 sur la promotion de la santé.

⁶ À l'origine du modèle des déterminants sociaux de la santé présenté en figure n° 1.

⁷ On pourrait également étendre ce raisonnement au secteur privé pour lequel un certain nombre de décisions pourrait être soumis à des évaluations d'impacts, sanitaires ou sociaux.

Figure n° 1 : Les grands déterminants de la santé



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (2012), inspiré du modèle de Dahlgren et Whitehead (1991).

Une démarche d'aide à la décision

La démarche EIS est destinée aux décideurs des collectivités désireux d'élaborer des politiques favorisant des choix sains, durables et équitables à partir d'éléments factuels et de données probantes. Elle vise donc à apporter les outils nécessaires à la prise en compte de la santé de la manière la plus large dans les politiques publiques. Elle permet de disposer du maximum d'éléments mobilisables sur les préoccupations de santé qui peuvent accompagner une mesure politique et de mieux en apprécier les conséquences potentielles. En envisageant les impacts sur la santé sous l'angle des nuisances mais également des opportunités, l'EIS offre une vision différente de l'évaluation en permettant l'optimisation des politiques publiques. Du point de vue théorique, c'est une démarche souple, partenariale et participative, qui s'adapte en fonction des objectifs poursuivis, des moyens et du temps accordés, des cadres et des échelons de mise en œuvre. Elle peut intervenir après, ou pendant la mise en œuvre d'une mesure, mais c'est en amont que se situe tout l'intérêt de la démarche qui devient alors prospective. En plaçant les populations les plus vulnérables au cœur du processus, les EIS constituent un levier pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Elles s'adressent donc aux États, aux collectivités et aux organisations soucieux d'agir durablement pour la qualité de vie de la population par une évaluation, pertinente

de manière prospective, des impacts potentiels sur la santé de leurs politiques. John Kemm, éminent théoricien des EIS, estime que des millions de décisions publiques pourraient annuellement être améliorées par le biais de l'EIS.

Une démarche orientée vers des politiques publiques qui n'appartiennent pas au secteur de la santé

La démarche EIS vise en premier lieu les mesures pour lesquelles la santé ne constitue pas un objectif premier ; l'EIS peut cependant cibler également des mesures mises en place par le secteur de la santé afin de mieux cerner l'ensemble des déterminants de santé pour définir les politiques à mettre en place.

Une démarche plurielle, enrichie des différentes expériences étrangères

Les EIS ont été mises en œuvre et développées principalement à l'étranger à partir du début des années 1990, notamment en Grande-Bretagne, dans les pays scandinaves, aux Pays-Bas ou encore au Québec et plus tard en Suisse. Les EIS sont aujourd'hui riches de ces nombreuses expériences menées dans ces différents pays et à différents échelons de gouvernement (international, national et local). Les EIS menées à l'étranger s'inscrivent toutes dans une même philosophie de principe, celle du Consensus de Göteborg qui définit les fondements et les valeurs de l'EIS. Pourtant, l'utilisation des EIS dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques est variable et dépendante de plusieurs facteurs de contexte liés à la culture et l'organisation politique propres à chaque État : modes de gouvernance, organisation du système de santé et des services sociaux, rôle des acteurs et des parties prenantes, objectifs politiques poursuivis, etc.

La démarche s'est diffusée au cours du temps et a gagné en solidité méthodologique ; elle s'est également étoffée et diversifiée dans ses fondements théoriques et dans ses applications pratiques. Le caractère souple et flexible de la démarche autorise une grande variabilité d'utilisation de l'EIS dans la méthodologie employée (rapide ou approfondie, mettant l'accent sur la participation citoyenne, privilégiant l'évaluation économique), le niveau de mise en œuvre (du projet local ponctuel aux textes législatifs gouvernementaux et aux grandes orientations stratégiques), les objets et les thématiques étudiées (projets, plans, programmes, politiques d'aménagement, d'éducation, de logement, de transport) ou les objectifs attendus de l'évaluation (prévoir les effets sur la santé, apporter une aide à la décision, favoriser la collaboration et l'action intersectorielle, améliorer la prise en compte de la santé dans les politiques publiques qui relèvent d'autres secteurs que celui de la santé, etc.).

Ce rapport a pour objet d'étudier l'EIS telle qu'elle est théorisée et telle qu'elle est appliquée –les deux aspects se nourrissant mutuellement– principalement à partir des expériences étrangères et des récents développements de la démarche en France. Nous nous sommes appuyés pour cela sur la littérature française et étrangère disponible autour de la démarche EIS : documents généraux, guides méthodologiques, études de cas, ouvrages spécifiques, communications, actes de congrès.

Le rapport reprend une présentation de l'EIS telle qu'on peut la trouver dans les différents guides et documents disponibles qui font référence, analyse les enjeux qui entourent l'EIS au travers de la littérature internationale et explore les potentialités et les défis qui se posent pour une implémentation de la démarche dans le Nord – Pas-de-Calais à la lecture de ces enjeux. Il doit permettre de répondre à toute une série d'interrogations :

- Quelle est la nature de cette démarche ?
- Comment s'organise-t-elle ?
- Comment s'est-elle mise en place dans les pays et États qui l'ont expérimentée ?
- Dans quel contexte, et pour répondre à quels enjeux ?
- À quel niveau et sur quelles thématiques est-elle déployée ?
- À quel niveau d'intégration dans le processus de décision et à quel niveau d'articulation par rapport aux démarches existantes ?

- Comment est perçue la démarche par les services et les organisations chargés de la mettre en place ?
- Quels avantages et quels inconvénients ont été relevés ?
- Quels sont les défis et les enjeux relatifs à l'EIS ?
- Quelles sont les perspectives d'implémentation de la démarche EIS en France et dans la région au regard des éléments analysés ?

Principalement à l'adresse des décideurs politiques des différentes collectivités de la région, ce rapport est destiné à apporter un éclairage sur un processus qui reste assez méconnu en France. Il constitue une première étape dans l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise en place et du développement de l'implémentation de l'EIS dans la région. Il doit pouvoir servir de point de départ pour mener une discussion et ouvrir le débat sur l'opportunité de développer cette démarche au sein de la région Nord – Pas-de-Calais.

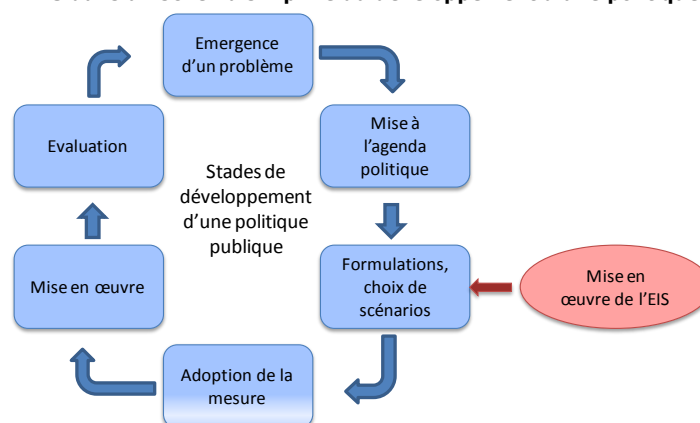
Fondements, concepts et méthodes de l'EIS

Qu'est-ce qu'une EIS ?

L'EIS, pour Évaluation (ou Étude) d'Impact sur la Santé, est une démarche destinée aux décideurs publics permettant d'appréhender de manière prospective les impacts sur la santé et le bien-être liés à la mise en place d'une mesure (politique, programme, projet). La détection de ces impacts, (parfois insoupçonnés et souvent non pris en compte) par le biais de l'évaluation, doit permettre aux porteurs des intentions et des projets de pouvoir effectuer des choix et des arbitrages sur leurs politiques. La définition de l'EIS généralement retenue est la suivante : « combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme, un projet peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la distribution de ces effets au sein de la population ». La démarche EIS est en quelque sorte issue de la rencontre entre les évaluations environnementales, dont elle reprend une bonne partie de la méthodologie, et la promotion de la santé, qui constitue le fondement de ses valeurs. À l'image d'une Étude d'Impact sur l'Environnement (EIE), l'EIS prend la forme d'un document synthétique à destination des décideurs publics ; l'évaluation doit avoir pour ambition d'exposer de manière claire, objective et la plus exhaustive possible, les enjeux de santé et de qualité de vie liés à la mesure envisagée. Les impacts envisagés peuvent être négatifs comme positifs.

L'OMS a rapidement reconnu l'utilité de l'EIS pour améliorer la santé et le bien-être par le biais de l'ensemble des secteurs et a fortement contribué au développement de la démarche par la mise en place de programmes de recherches et par le soutien des initiatives engagées, notamment localement. L'EIS est souvent mise en avant comme un moyen d'évaluer les impacts sur la santé des politiques de divers secteurs économiques par l'utilisation de méthodes quantitatives, qualitatives et participatives, et comme un outil d'aide à la décision pour promouvoir et mettre en œuvre des politiques publiques saines. Les informations générées par l'EIS, et c'est bien l'objectif premier de l'évaluation, doivent éclairer les choix en matière de politique publique. Sa mise en œuvre en amont de l'intention politique ou de la conduite de projet permet de définir ou d'appuyer les choix à effectuer au regard des impacts attendus sur la santé ; ces choix sont généralement présentés comme relevant de trois ordres : renoncement pour cause d'impacts trop importants, inflexion de la mesure en fonction des enjeux soulevés et des recommandations formulées par l'EIS, mise en place de la mesure qui peut être confortée par l'évaluation.

Figure n° 2 : L'EIS dans un schéma simplifié du développement d'une politique publique



Source : St-Pierre L, Simos J, Prisse N, Lamarre MC, Jackson B. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) : Une aide à la décision publique pour des choix sains, durables et équitables. Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES), juin 2011 ; 10 p.

UN ACTE FONDATEUR DES EIS : LE CONSENSUS DE GÖTEBORG

Une étape importante dans la formalisation de la démarche EIS a été franchie à l'issue du Consensus de Göteborg⁸ (1999), concertation internationale menée sous l'égide de l'OMS dont est issu le document de référence du même nom. Ce document est destiné à fournir une interprétation commune du processus au regard des expériences existantes au niveau international et des innovations dans le domaine. Il a été conçu pour être discuté, modifié et amélioré par le biais des retours d'expériences et par l'évaluation de projets pilotes. Même si ce texte n'a pas été modifié depuis 1999, il a servi de document de référence pour de nombreuses structures et organisations qui ont expérimenté l'EIS et ont bien souvent depuis élaboré leur propre guide, afin de prendre en compte les particularismes propres à chaque État ou pays.

Ce document définit quelques grands principes de base au titre desquels l'EIS mérite d'être prise en compte, comme notamment la responsabilité collective de l'ensemble des secteurs au regard de la santé des populations, la réduction des inégalités sociales et environnementales de santé, l'implication des décideurs et de l'ensemble des parties prenantes, ou encore la neutralité et la rigueur de l'analyse.

Les fondements théoriques de l'EIS

LE MODÈLE D'UNE SANTÉ GLOBALE

L'EIS s'appuie en premier lieu sur la définition de la santé proposée par l'OMS, qui intègre la notion de bien-être physique, mental et social des individus, et qui ne s'arrête pas à l'absence de pathologie. Les facteurs susceptibles d'influencer la santé et le bien-être sont nombreux et en interaction complexe tout au long de la vie d'un individu. Ils sont d'ordres héréditaires ou comportementaux, mais également sociaux, économiques ou environnementaux. Ils sont relatifs au niveau de vie, à l'emploi, au logement, à l'accès aux biens et aux services, aux relations sociales ou encore à l'environnement dégradé, autant de variables qui constituent des déterminants de santé car ils contribuent à influencer le degré d'état de santé et de bien-être réalisable par un individu. Ce modèle de la santé basé sur de multiples déterminants a été conceptualisé notamment par le biais des travaux de Dahlgren et Whitehead pour l'OMS⁹ et présente les déterminants de la santé sous la forme de couches d'influence en interaction les unes avec les autres. Ces déterminants se combinent pour produire des effets positifs ou négatifs plus ou moins bien identifiés sur la santé et le bien-être de la population. Ce modèle global de la santé, largement partagé au niveau international, constitue un élément important du cadre théorique sur lequel s'est développée l'EIS.

Figure n° 3 : Estimations de l'importance relative de différents déterminants sur la santé

Déterminants	Importance estimée de différents déterminants de santé (contribution à la longévité en %) par :	
	Les données de la recherche	La population
Services de santé	10-15%	60-65%
Environnement	20-25%	20%
Conditions socio-économiques	45-50%	10%
Génétique, facteurs biologiques	20%	5-10%

Source : *Guide d'introduction à l'EIS en Suisse, d'après CDC, 1982 ; Domenighetti, 1990.*

⁸ WHO, ECHP. *Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach. Gothenburg Consensus paper.* Bruxelles: WHO European Center for Health Policy, 1999; 11 p.

⁹ Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.* Stockholm: Institute for the Futures Studies, 1991.

L'INFLUENCE DES AUTRES POLITIQUES PUBLIQUES SUR LA SANTÉ

Le modèle d'une santé globale soumise à de nombreuses influences implique, au niveau politique, que les actions qui ont pour but d'améliorer ou de préserver la santé des populations ne peuvent être uniquement dirigées sur l'offre de soins, sur le niveau de cette offre, sur sa performance et son accessibilité. Elles doivent être également dirigées sur l'environnement social, économique et physique et sortent, de ce fait, du domaine de compétence du secteur santé. Les politiques des autres secteurs sont susceptibles d'avoir des répercussions majeures sur la santé et le bien-être des populations. Pour être préservée en tant que ressource, la santé doit donc être une préoccupation partagée par l'ensemble des secteurs. Cette préoccupation est très tôt relayée sur le plan international par les États membres de l'OMS et l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé devient une stratégie dans laquelle l'EIS prendra peu à peu sa place au début des années 1990. Les démarches d'évaluation sont alors en plein développement pour répondre aux enjeux d'articulation et d'harmonisation des décisions publiques élaborées notamment par les gouvernements. L'EIS se donne pour principale ambition de pouvoir influencer ces différentes politiques publiques élaborées par ces autres secteurs (économie, social, agriculture, emploi, transports, logement, etc.) qui ont des répercussions directes ou indirectes sur l'état de santé de la population.

Incitations à l'EIS : les fondements de l'EIS dans les accords internationaux

Depuis plusieurs années maintenant, l'OMS et l'Union européenne incitent les pays, États et organisations à intervenir de manière coordonnée entre les différents secteurs économiques de la société pour agir favorablement sur la santé et le bien-être des populations. Les différents textes internationaux qui relatent cette préoccupation constituent le fondement philosophique des EIS.

La Conférence internationale d'Alma-Ata de 1978 sur les soins de santé primaires reconnaît au niveau mondial l'importance des déterminants de la santé. La protection de la santé était déjà envisagée au-delà des politiques relevant strictement du secteur de la santé, dans la mobilisation des différents secteurs socio-économiques : *Les soins de santé primaires font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs.*

La Charte d'Ottawa de 1986 (élaborée à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé) réaffirme ces recommandations et appelle à l'élaboration de politiques publiques saines. Elle demande aux responsables politiques de divers secteurs d'inscrire la santé comme une priorité, arguant des conséquences potentielles de leurs décisions sur la santé des populations et de leurs responsabilités à cet égard.

La deuxième Conférence internationale sur la promotion de la santé d'Adélaïde en 1988 recommande que toute politique publique soit caractérisée par un souci de santé et d'équité. La Conférence de 1991 à Sundsvall cite le rôle contributif de l'éducation, du logement, du développement urbain, de la production industrielle et de l'agriculture dans le fait de pouvoir disposer d'environnements favorables à la santé. Les Conférences suivantes (Djakarta 1997, Mexico 2000, Bangkok 2005) réaffirment ces principes.

Pour le niveau local, la déclaration de Zagreb (2009) sur les Villes-Santé de l'OMS en Europe exprime l'engagement de ces villes en faveur d'actions locales visant au renforcement de la santé, de l'équité en santé, du développement durable et de la justice sociale. La phase IV (2003-2007) du programme faisait du développement des EIS un objectif prioritaire. La phase V (2009-2013) du programme qui anime ce réseau porte pour objectif général de prendre en compte la santé et l'équité dans toutes les politiques locales et pour thèmes principaux de tenir compte des besoins et des attentes des habitants, de favoriser des modes de vie sains et d'offrir un environnement et un aménagement urbain respectueux de la santé.

La démarche d'évaluation d'impact sur la santé a rapidement été reconnue par l'OMS pour son intérêt à pouvoir améliorer la santé et le bien-être par le biais de l'ensemble des secteurs. Le Consensus de Göteborg, élaboré en 1999 par l'OMS, est destiné à exposer et à clarifier une démarche d'évaluation d'impact sur la santé qui puisse se mener à différents niveaux (international, national et local). Il est l'une des références internationales principales sur l'EIS.

En Europe, la santé publique est entrée dans les compétences officielles de l'UE lors du Traité de Maastricht (1992), sous réserve de considérations de subsidiarité. Ce traité appelait alors les États européens à faire de la protection de la santé publique une partie intégrante des autres politiques.

Plus tard, le Traité d'Amsterdam de 1997 renforce cette logique et stipule qu'un *niveau élevé de protection de la santé humaine* doit être garanti dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques européennes¹⁰. L'Europe a depuis intégré une méthodologie d'EIS dans l'élaboration de ses politiques et incite les États membres qui n'ont pas exploré la voie de l'EIS à s'intéresser à cette démarche.

DES ENJEUX DE SANTÉ LIÉS AU DÉVELOPPEMENT DURABLE

La santé et le développement durable sont deux notions aux valeurs et aux objectifs partagés.

En premier lieu, la préoccupation d'une santé durable s'appuie sur la même perspective de temps long que les politiques de développement durable. Les grands objectifs du développement durable, qui sont de maintenir l'intégrité de l'environnement, d'assurer une société socialement équitable et de viser une économie performante, sont également des conditions pré-requises pour protéger la ressource santé. La production de milieux sains, d'environnements de vie et de travail durables est favorable à la santé et au bien-être. À l'instar du développement durable, la santé est à mettre à l'ordre du jour de l'agenda politique comme un objectif transversal, une préoccupation à partager par l'ensemble des secteurs pour produire des politiques publiques plus responsables. Cela suppose un changement dans la manière d'aborder nos modes de fonctionnement qui doivent être davantage dirigés vers la consultation et la concertation, le travail collaboratif et partenarial, l'incitation à réfléchir et à travailler ensemble, la pluridisciplinarité et l'intersectorialité. La démarche EIS est à ce titre identifiée comme facilitatrice et doit permettre de prendre en compte la santé dans une perspective de développement durable pour l'ensemble des décisions publiques.

Figure n° 4 : Démarche de développement durable dans la santé publique



Source : Agence de la santé publique du Canada, *Stratégie de développement durable 2007-2010*.

¹⁰ Article 152 (ex-article 129) du Traité d'Amsterdam modifiant le traité sur l'Union européenne, les traités instituant les Communautés européennes et certains actes connexes. Journal officiel n° C 340 du 10 Novembre 1997.

Les valeurs de l'EIS

Les valeurs qui guident l'EIS sont les quatre principes du Consensus de Göteborg : démocratie, équité et justice sociale, développement durable et éthique.

- **Démocratie** : par l'implication et la participation de la population aux politiques, programmes et projets qui sont susceptibles d'avoir des impacts sur la santé et sur le bien-être. La démarche doit favoriser le débat public. Elle doit être transparente dans la formulation des politiques, dans leur application et dans leur évaluation.
- **Équité et justice sociale** : dans le cadre d'une EIS, si les évaluations d'impacts envisagés concernent l'ensemble de la population, une attention particulière doit toujours être apportée aux populations les plus vulnérables (en termes d'âge, de sexe, de situation sociale, etc.). Ce principe est important, puisque la prise en compte de la santé au sein des autres politiques publiques peut également aggraver les inégalités de santé si le ciblage sur les populations les plus fragiles n'est pas pris en compte (si par exemple certains groupes sociaux plus favorisés peuvent bénéficier davantage d'une mesure que des populations plus vulnérables). Ce principe s'inscrit dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- **Développement durable** : par l'évaluation à court terme des impacts mais aussi à long terme, l'EIS doit faciliter la mise en œuvre de politiques durables de développement et ne pas compromettre les besoins des générations futures pour satisfaire à nos besoins actuels.
- **Éthique** : par la recherche et l'utilisation de données probantes –qualitatives et quantitatives– qui doivent être rigoureuses et fondées sur des disciplines et des méthodes scientifiques, s'appuyer sur les dernières preuves et validations disponibles et présenter les résultats de manière claire et transparente dans le document d'évaluation. Les résultats attendus doivent être aussi impartiaux que possible.

Les principes de l'EIS

Il s'agit ici d'exposer les principaux éléments auxquels est subordonné le développement de l'EIS. Ils peuvent être envisagés sous l'angle des difficultés et des défis comme sous l'angle des opportunités.

LE BESOIN D'UNE CULTURE INTERSECTORIELLE

L'EIS, et notamment lorsqu'elle est mise en œuvre au niveau des gouvernements, est axée sur une pratique intersectorielle, sur la collaboration de l'ensemble des secteurs à la réalisation d'un objectif commun, celui de préserver la santé et la qualité de vie en tant que ressource. Étant entendu que la prise en compte de l'ensemble des déterminants socio-économiques et environnementaux est nécessaire pour mettre en place des politiques favorables à la santé et à la réduction des inégalités, le secteur santé est invité depuis longtemps déjà à aborder le défi de la collaboration avec les autres secteurs. Cette approche intersectorielle se retrouve dans certains programmes nationaux de santé, tel le Programme National Nutrition Santé (PNNS), dans les programmes régionaux de santé, mais est également étroitement liée aux politiques de développement durable. Les EIS constituent une opportunité de développer cette culture intersectorielle. Par la prise en compte d'un large panel de facteurs susceptibles d'avoir un impact sur la santé et le bien-être, l'EIS implique la consultation de plusieurs secteurs et favorise la concertation entre les services autour d'un objectif partagé. C'est également un frein à sa pratique si la culture et le contexte sont défavorables à la pratique intersectorielle. Ce besoin d'une culture organisationnelle basée sur l'intersectorialité peut sembler moins problématique au niveau local où l'EIS accompagne davantage des actions que des textes législatifs sur des problématiques souvent moins complexes et où le travail collaboratif peut s'envisager avec plus de facilité.

LE BESOIN D'ORGANISATION ET D'ARTICULATION

L'objectif d'une action intersectorielle en santé est favorable à la prise en compte de l'EIS comme démarche opérationnelle. Son implantation nécessite de se poser la question du cadre dans lequel doivent être envisagées les EIS. Doivent-elles constituer une démarche à part entière ou être intégrées à d'autres études d'impact ? Doivent-elles être menées au niveau institutionnel et/ou local ? Sur quel type d'objet ? Par qui doivent-elles être menées et comment ? Avec quels moyens ? Sur quelles modalités ? La souplesse et la flexibilité de la démarche lui permettent d'envisager plusieurs solutions possibles et les expériences internationales témoignent d'une grande variété d'adaptation au contexte existant.

LE BESOIN D'UNE APPROCHE COLLABORATIVE, PARTENARIALE, PLURIDISCIPLINAIRE ET PARTICIPATIVE

L'approche pluridisciplinaire et collaborative est nécessaire au développement de la démarche EIS d'une part et à la mise en œuvre de l'évaluation d'autre part. Le développement de la démarche, de son intégration dans le processus de décision, est subordonné à l'élaboration de groupes de travail qui mobilisent des expertises diverses : élus et services des gouvernements et des collectivités, instituts de santé publique, chercheurs, ONG, organisations publiques ou associations. L'EIS représente à ce titre une occasion d'améliorer les connaissances et de tisser un réseau collaboratif enrichissant au service de la prise de décision publique. La mise en œuvre de l'évaluation s'appuie également sur un travail collaboratif et partenarial, notamment au niveau local, sur la mobilisation des différentes parties prenantes et des ressources nécessaires. La mise en œuvre d'une EIS est souvent l'opportunité d'appréhender la complexité du tissu partenarial, de fédérer ces différents partenaires au sein des territoires autour de problématiques communes, de valoriser leur expertise et de bien définir le rôle de chacun au cours de la démarche.

L'approche participative, axée sur la prise en compte de l'avis citoyen et du débat public, est un élément théorique et pratique primordial de l'EIS, particulièrement au niveau local, sur lequel reposent des enjeux complexes relatifs à la démocratie participative. Cette approche constitue une des forces de l'EIS, dans sa capacité à tenir compte de ces questions, mais ne l'épargne pas des problèmes conceptuels qui s'y rattachent.

LE BESOIN DE CONNAISSANCES ET DE COMPÉTENCES

L'EIS est une démarche basée sur la prise en compte des facteurs qui concourent à améliorer ou à dégrader un état de santé. Elle s'appuie sur la connaissance de la manière dont les inégalités sociales et territoriales se transforment en inégalités de santé, d'un point de vue général (revue de littérature) et selon le contexte qui peut être particulier au territoire sur lequel va s'appuyer l'EIS.

Le développement de l'EIS s'accompagne quasiment systématiquement de la mise en place de groupes de travail sur la question des déterminants de la santé, des inégalités de santé et de la santé dans les autres politiques publiques afin de mieux cerner les enjeux qui s'y rattachent et d'évaluer la manière dont les EIS peuvent contribuer à y répondre. La constitution de ressources documentaires sur l'EIS, l'élaboration d'outils et de méthodes, de guides pratiques et de formations pour leur mise en œuvre, sont également un enjeu important.

D'autre part, l'évaluation en elle-même est tributaire des informations et des données scientifiques disponibles et mobilisables ainsi que des méthodes et des outils employés pour les traiter.

Sur quelles thématiques réaliser une EIS ?

L'EIS peut s'appliquer à l'ensemble de mesures relevant des secteurs économiques de la société qui sont susceptibles d'exercer une influence significative directe ou indirecte sur la santé et le bien-être de la population. Elle s'applique préférentiellement aux politiques qui ne relèvent pas du secteur de la santé mais peuvent également être mises en œuvre dans le cadre d'action portant sur la prévention et l'éducation à la santé lorsque celles-ci souhaitent prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé qui peuvent être impactés par l'action. Les exemples suivants illustrent la variabilité des thématiques sur lesquelles peut venir s'appliquer une EIS. Il est à noter que la frontière entre ces thématiques est extrêmement poreuse en fonction des objectifs particuliers qui sont mis en avant et que cette classification relève d'un choix subjectif.

- Aménagement et développement territorial

EIS sur le projet d'agglomération franco-valdo-genevois

EIS rapide sur le projet de Nouvelle Ligne Ferroviaire Alpine du Saint-Gothard, Suisse

EIS sur le projet de réaménagement des plans urbains à Belfast, Irlande

EIS systématique sur les projets d'aménagement du territoire à Sandnes, Norvège

EIS sur le projet de réaménagement d'une halte ferroviaire, Rennes

EIS sur un projet de plan local d'urbanisme, Région de Ynys Llanddwyn, Pays de Galles

EIS sur un projet de réaménagement de friches industrielles, Atlanta, USA

EIS sur la demande d'extension de l'aéroport de Londres, Angleterre

- Environnement

EIS sur le projet de plan régional sur les déchets, gouvernement de l'Assemblée du Pays de Galles

EIS sur le processus d'assainissement et de valorisation des déchets ménagers au Burkina-Faso

EIS sur la mise en place d'éoliennes dans le canton du Jura, Suisse

EIS rapide sur les composés organiques volatiles dans les peintures et les vernis qui contribuent à la pollution de l'air intérieur, Suisse

EIS sur un projet de développement d'incinération de déchets, Région de Cardiff, Pays de Galles

EIS sur l'aéroport de Santa-Monica, USA

EIS sur la limitation de l'éclairage urbain de nuit, Pays de Galles

- Agriculture

EIS sur la politique agricole commune en Europe

EIS sur l'agriculture de proximité, les paysages agricoles et la santé, Suisse

- Transports et mobilité

EIS sur les politiques de réduction des kilomètres parcourus en voiture dans les zones métropolitaines de l'Oregon, USA

EIS sur les bénéfices et les risques liés à la pratique du vélo, Île-de-France

EIS sur le transport routier, Région de Powys, Pays de Galles

EIS sur les politiques de transport dans le plan d'action sur les changements climatiques, USA

EIS sur la planification des transports, Nouvelle-Zélande

- Logement

EIS sur la réhabilitation de l'habitat ancien dans le canton du Jura, Suisse

EIS sur la réhabilitation de quartiers et de logements, ouest Salford, Angleterre

EIS rapide sur la politique de l'habitat, Glasgow, Écosse

EIS rapide sur un projet d'investissement dans le logement, Liverpool, Angleterre

EIS sur un projet de réaménagement du logement social à Plymouth, Angleterre

- Social

EIS sur la vidéosurveillance et la santé, Suisse

EIS sur la stratégie de développement pour la communauté de Upper Rhydney, ville de Caerphilly, Pays de Galles

EIS sur les coûts énergétiques et la santé des enfants, USA

- Tourisme

EIS sur un projet de valorisation des traces de dinosaures de Courtedoux, canton du Jura, Suisse

EIS sur les jeux du Commonwealth de 2014, Glasgow, Écosse

EIS sur un projet de développement régional de casino, Newcastle, Angleterre

- Culture

EIS sur le développement d'une bibliothèque, Gateshead, Angleterre

EIS sur la stratégie culturelle de Londres, Angleterre

- Éducation

EIS sur des modifications de la politique d'éducation physique à l'école, Californie, USA

- Santé

EIS sur le système de vaccination en milieu scolaire dans le canton d'Argovie, Suisse

EIS sur un projet de suppression des traitements thérapeutiques du service du dentiste scolaire dans le canton du Tessin, Suisse

EIS sur un projet de réorganisation des services de santé mentale, Pays de Galles

EIS sur l'alimentation dans les écoles, Région de Swansea, Pays de Galles

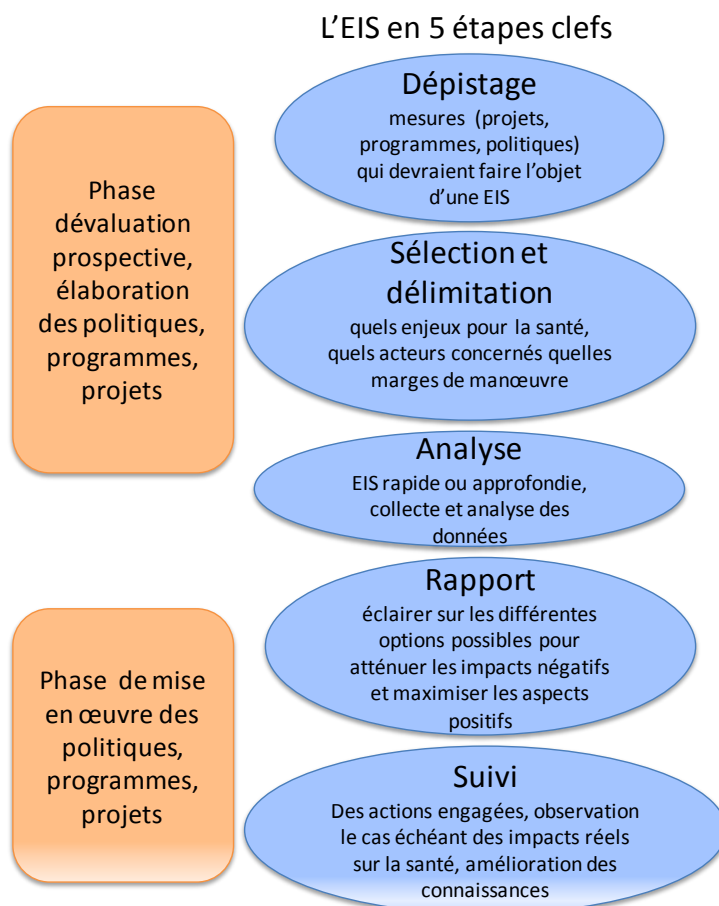
EIES sur la prévention du surpoids et de l'obésité, sud-ouest de Sydney, Australie

EIS sur la stratégie de réduction de la consommation d'alcool, Angleterre

Une démarche séquencée en plusieurs étapes clefs

Dans la littérature, le processus d'une EIS complète est séquencé en cinq à six étapes. On trouve plusieurs modèles décrivant le processus de l'EIS, dérivés du modèle de référence élaboré dans le Consensus de Göteborg. Les différents documents et guides sur l'EIS recensent plusieurs phases pour la mise en œuvre de la démarche, parfois quatre, cinq, ou six, en fonction de la simplification. Dans la pratique, les étapes peuvent se chevaucher et se confondre, et la stratification du processus peut être légèrement modifiée par rapport à la théorie. Même si le nombre de phases diffère entre les modèles, il n'existe pas pour autant de différences significatives dans les méthodes employées. Les experts de l'EIS insistent toutefois sur le caractère souple et flexible de la démarche qui doit pouvoir s'adapter aux exigences et aux enjeux particuliers jusque dans la planification des étapes, les méthodes ou les approches utilisées. La méthodologie choisie doit être décidée en fonction du contexte, de la problématique et des objectifs poursuivis, l'objectif principal de l'EIS étant de documenter et d'influencer une future prise de décision (Lock K., 2008). On comprendra en effet que les méthodes et les outils employés ne puissent être rigoureusement identiques pour des évaluations menées au niveau international, national, régional ou local.

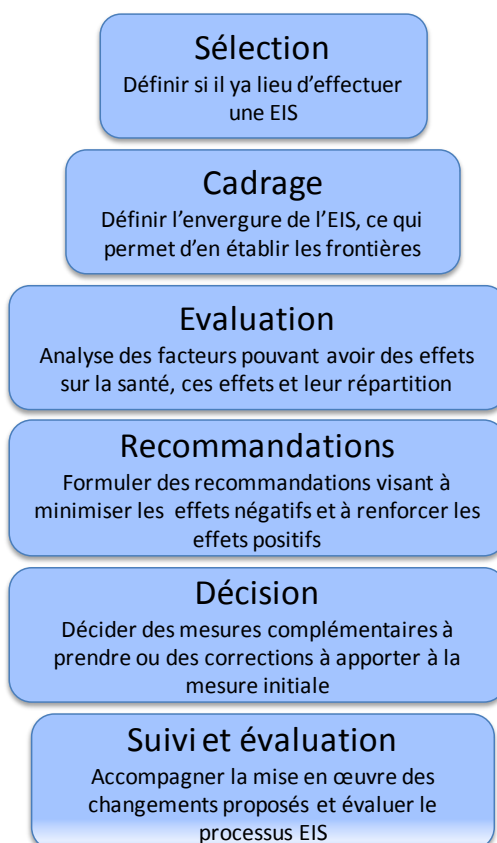
Figure n° 5 : La démarche EIS en 5 étapes clefs



Source : OMS.

Figure n° 6 : La démarche EIS en 6 étapes clefs

L'EIS en 6 étapes clefs



Source : Guide d'introduction à l'Évaluation d'Impact sur la Santé en Suisse, d'après Taylor L, Blair-Stevens C (2002).

Sélection ou dépistage

Cette première étape doit permettre de déterminer si une politique, un programme ou un projet est susceptible de faire l'objet d'une évaluation de ses impacts sur la santé. Il s'agit d'analyser rapidement de quelle manière la mesure envisagée pourrait affecter certains déterminants de la santé et influencer la santé ou le bien-être de différents groupes de population, de manière positive ou négative. Il convient donc de déterminer rapidement le type, l'ampleur et la distribution de ces effets dans la population, d'estimer si les enjeux sont suffisamment importants pour prévoir une EIS et si cette EIS pourrait influencer la mesure politique envisagée. Il est possible à ce stade de réaliser des sélections sur des mesures en cours ou déjà réalisées bien que l'objectif de l'EIS soit avant tout d'agir en amont de la mise en place de la mesure, au stade de son élaboration. Il est donc fondamental, pour que cela soit possible, de pouvoir informer les promoteurs de l'EIS de mesures en préparation et/ou de former les organes de décision à l'utilisation des outils de sélection. Cette étape peut être réalisée par un groupe de travail multidisciplinaire et multisectoriel sur l'EIS composé généralement de chercheurs, organisations publiques, services de collectivités et décideurs politiques, capable de statuer sur la nécessité de mettre ou non en place une EIS. Cette sélection peut également être remplacée par une commande politique envisagée à partir de connaissances préexistantes.

Toutes les mesures politiques ne peuvent pas faire l'objet d'une EIS. Juger de l'opportunité de mener une EIS a également pour objectif de réduire le nombre de mesures sur lesquelles porter l'évaluation d'impact. Le guide pratique sur l'EIS du Québec mentionne à cette étape le terme « d'impact potentiel significatif », réduisant le champ d'application à des mesures susceptibles de modifier de manière « importante » l'état de santé ou un ou plusieurs déterminants de santé. Ce sont la nature, l'ampleur et la durée des impacts envisagés, ainsi que le ciblage des groupes de populations les plus susceptibles d'être affectés par la mesure, qui doivent aider à déterminer si un impact est significatif ou non. Plusieurs outils, tels que des grilles d'analyse, existent à ce stade de la démarche et permettent d'obtenir assez rapidement un aperçu des impacts potentiels de la mesure envisagée (cf. Annexes n° 1 et n° 2). Certains cantons en Suisse qui pratiquent l'EIS (Jura, Tessin) ont développé une étape supplémentaire de présélection afin de réduire le nombre de mesures à envisager en étape de sélection.

Cette étape est également l'occasion d'envisager si les mesures susceptibles d'avoir des impacts sur la santé pourraient être modifiées par le biais de l'EIS à la lumière des enjeux scientifiques (quel type d'impact sur quelle population) et de contraintes politiques (possibilité de modification de la mesure, arbitrages). Dans le cas contraire, ces mesures ne font généralement pas l'objet d'une EIS.

À l'issue du passage en revue des mesures sous le prisme de leurs conséquences potentielles sur la santé, plusieurs solutions sont possibles. En cas d'effets négatifs et/ou négatifs et positifs, la mesure est soumise à l'étape suivante de l'EIS, le cadrage. En cas d'effets positifs uniquement, l'étape suivante n'est pas essentielle mais peut être réalisée, notamment dans le but de promouvoir la mesure envisagée par le biais de ses effets positifs attendus en termes de santé et de qualité de vie. Enfin, certaines mesures ne feront pas l'objet d'un cadrage et pourront donner lieu directement à une note d'information si les effets sont jugés négligeables, que ces effets sont connus et gérés ou que la mesure est jugée non négociable par le décideur politique.

Questions clefs de l'étape de sélection :

- Quelles politiques, programmes ou projets sont susceptibles d'avoir des impacts potentiels sur la santé et le bien-être ? Pour quels groupes de populations ?
- L'EIS doit-elle passer à l'étape de cadrage ?
- Existe-t-il des marges de manœuvre sur la mesure envisagée ?
- Est-il envisageable de pouvoir modifier la mesure par les recommandations de l'EIS ?
- Existe-t-il les moyens financiers et humains pour pouvoir réaliser une EIS ?

Cadrage

Il s'agit ici de délimiter le champ de l'EIS, de s'interroger sur le meilleur moyen de la réaliser. Comme pour l'étape de sélection, cette phase s'accompagne d'une analyse sommaire afin de mieux définir, en amont de l'analyse plus complète, la source, la nature et l'ampleur des impacts envisagés. Cette analyse sommaire est menée sur la base de la consultation de données probantes et d'avis éclairés et doit être très limitée dans le temps. Elle peut être appuyée par l'utilisation de modèles logiques permettant d'identifier les liens existant entre les éléments de la mesure et les déterminants de santé impactés (Annexes n° 3 et n° 4). Ces modèles, comme le modèle PRAM (Annexe n° 5), sont efficaces pour avoir un aperçu rapide des chaînes de causalité pertinentes d'un système souvent complexe. Ils servent à préparer l'étape de l'analyse plus complète par l'identification des enjeux et des problématiques de santé que la mesure est susceptible de toucher. Cette phase de cadrage sert également à recenser les données statistiques et documentaires ainsi que les différentes informations qu'il sera nécessaire de recueillir pour mener l'évaluation. Enfin, il faut également faire le point sur les ressources à mobiliser, les confronter aux moyens accordés (financiers et humains), identifier les parties prenantes à faire figurer dans l'évaluation, le périmètre géographique de l'évaluation, ainsi que le temps imparti pour la mener à terme. Dans l'idéal, cette étape est réalisée avec les porteurs de la mesure.

Questions clefs de l'étape de cadrage :

- Quelles mesures sont à évaluer ?
- Quel est l'objectif de l'EIS ?
- Quels sont les enjeux et les problématiques de santé ?
- Quelles sont les informations à recueillir et les méthodes à utiliser ?
- Qui sont les partenaires et les populations à intégrer à l'évaluation ?
- Quel est le cadre organisationnel (programme de travail, ressources humaines, calendrier) ?
- Quelle évaluation : rapide, approfondie ou complète ?
- Quelle diffusion de l'EIS ?
- Quels seront le suivi et l'évaluation de l'EIS ?

Évaluation – analyse

C'est l'étape de l'évaluation la plus poussée des facteurs susceptibles d'avoir des impacts positifs ou négatifs sur la santé, de leurs effets potentiels et de leur répartition. Elle doit permettre de proposer des solutions d'atténuation des impacts envisagés. Elle est justifiée quand l'ensemble des enjeux n'a pas pu être correctement cerné par une analyse sommaire réalisée lors de l'étape précédente. En fonction des enjeux relevés lors de l'étape de cadrage, du temps et des moyens alloués et des objectifs poursuivis, cette étape d'analyse peut être très rapide (quelques jours à quelques semaines, à partir d'une revue de littérature), rapide (quelques semaines, sur un nombre d'entrées limité au niveau des impacts retenus), ou approfondie (plusieurs mois, sur l'ensemble des impacts potentiels, à partir de données probantes et en intégrant l'ensemble des acteurs concernés). Les outils à utiliser lors de l'analyse peuvent être de différents types en fonction de la méthode retenue et des objectifs poursuivis : grille d'analyse multicritère, modèles logiques et prédictifs, techniques d'entretiens, analyse de données qualitatives, modèles économiques destinés à monétariser les impacts, SIG et cartographie, etc. La combinaison de ces outils permet d'appréhender un environnement complexe afin d'associer à l'intervention envisagée des phénomènes de santé pour lesquels la quantification peut se révéler difficile, voire impossible.

L'évaluation s'appuiera donc à minima sur les données scientifiques et sur la documentation disponible mais devra, autant que faire se peut, s'appuyer également sur une démarche consultative intégrant partenaires et populations impliquées afin de disposer du maximum d'éléments d'information sur leurs avis et leurs préoccupations et de les associer pleinement aux mesures à mettre en place. Cette démarche participative est une valeur fondamentale de l'EIS, notamment au niveau local ; elle permet de confronter les différents points de vue, de favoriser le débat public et de garantir une transparence quant à la teneur des décisions qui seront mises en œuvre.

Rapport et recommandations

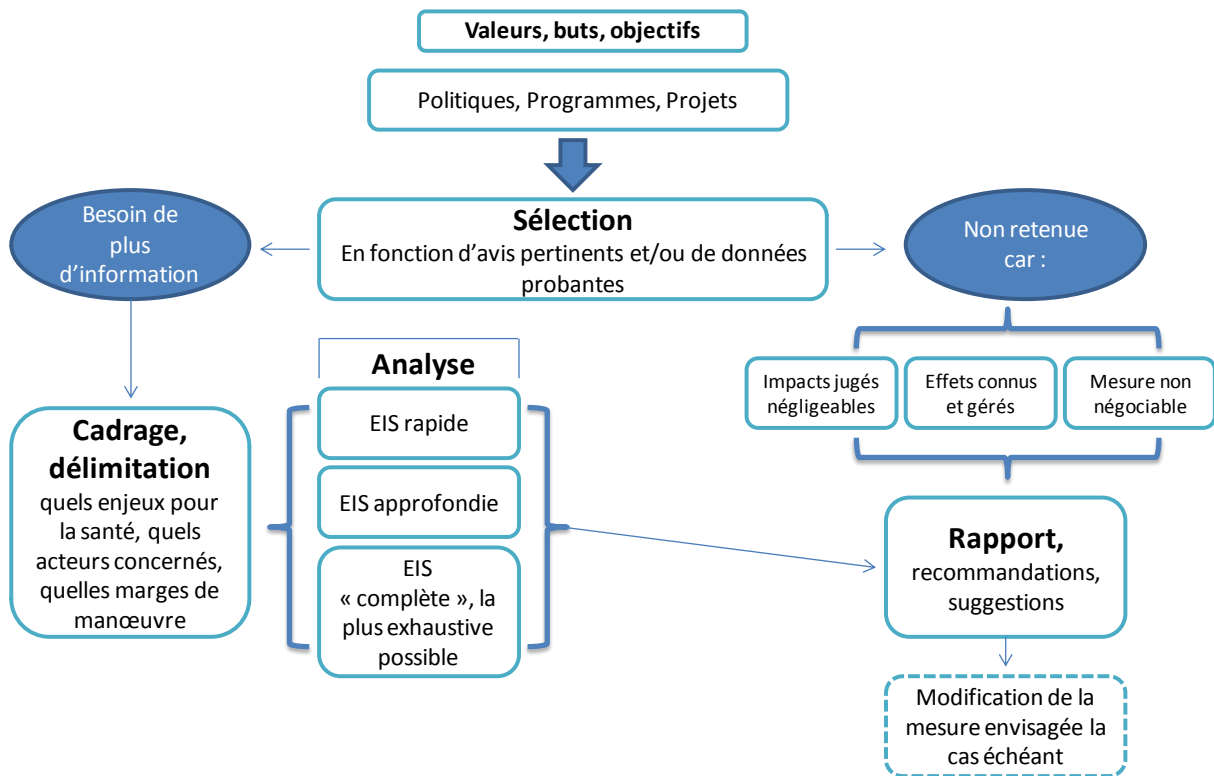
Le rapport est le document contenant les recommandations de l'évaluation. Ces recommandations doivent permettre d'influencer la mesure envisagée afin de maximiser les impacts positifs et de minimiser les impacts négatifs sur la santé et le bien-être. Dans un premier temps, le rapport doit être rendu public pour être accessible en premier lieu aux populations les plus concernées et être soumis aux critiques et suggestions pour être amélioré si besoin avec, le cas échéant, production d'informations supplémentaires suivie d'une réévaluation.

Suivi et évaluation

Cette étape consiste à évaluer les résultats de la prise en compte des recommandations formulées par l'EIS. Elle consiste également à revenir sur toutes les étapes de l'EIS, d'évaluer les méthodes et les outils utilisés lors de l'évaluation, d'une part, et d'évaluer le processus en lui-même, son intégration dans le processus de décision et la pertinence de son action, d'autre part.

Les techniques d'évaluation du processus de l'EIS sont à priori identifiées lors de l'étape de cadrage avec l'utilisation d'indicateurs de suivi.

Figure n° 7 : Schéma simplifié de la démarche EIS



Source : D'après le Consensus de Göteborg et le Guide d'introduction à l'EIS en Suisse.

Qui pour réaliser une EIS ?

Les EIS peuvent être mises en œuvre par différents organismes et professionnels responsables pour différents contextes : ONG, gouvernements, ministères, associations, groupes communautaires, etc. Elles sont réalisées par des professionnels et des experts en santé publique initiés à l'EIS, des professionnels et experts de l'évaluation environnementale ou d'autre type d'évaluation des politiques publiques, formés à la santé publique, ou tout autre type de

professionnel ayant suivi une formation approfondie sur l'EIS. Une question clef de l'EIS est donc liée à la formation des praticiens et à la création de structures de soutien à la conduite de l'évaluation.

Le Guide d'introduction à l'EIS en Suisse a consacré une rubrique aux compétences nécessaires à réunir pour mener une EIS, que nous reprenons en grande partie ici. Ces compétences ont été classées en cinq catégories : scientifiques, techniques, organisationnelles, rédactionnelles et relationnelles.

- Compétences scientifiques
 - ✓ Recherche et revue de littérature
 - ✓ Collecte, analyse et interprétation des données quantitatives
 - ✓ Compétences méthodologiques dans la collecte et l'analyse de données qualitatives (élaborations de questionnaires, techniques d'entretien)
 - ✓ Compétences dans le développement d'outils méthodologiques
 - ✓ Déontologie et éthique dans l'utilisation d'un volume de données d'origines diverses qui peut être conséquent
- Compétences techniques
 - ✓ Maîtriser le processus de l'EIS séquencé en différentes étapes
 - ✓ Connaître certaines méthodes de traitement des données qui peuvent être mobilisées dans le cadre de l'EIS : analyse des coûts-bénéfices, modèles d'analyse des risques et modèles logiques de causalité, analyse multicritère
 - ✓ Savoir sélectionner la méthode d'expertise à utiliser et en comprendre les résultats
- Compétences dans la gestion de projet
 - ✓ Maîtriser la gestion du réseau d'acteurs concernés par l'EIS
 - ✓ Respecter les délais et le calendrier de l'évaluation
 - ✓ Respecter le budget alloué à l'évaluation
- Compétences rédactionnelles
 - ✓ Être capable de synthétiser une information disparate et de présenter les résultats de manière claire et compréhensible par tous
 - ✓ Être capable de déterminer l'importance à accorder à tel ou tel élément de l'analyse
- Compétences relationnelles
 - ✓ Comprendre les enjeux du contexte local
 - ✓ Être capable de se positionner en tant qu'acteur indépendant, garant de la bonne tenue du processus d'évaluation
 - ✓ Être capable de solliciter les compétences des acteurs impliqués dans l'EIS au bon moment de l'évaluation
 - ✓ Être capable de présenter et de communiquer sur des éléments de l'évaluation
 - ✓ Compétences dans la négociation et dans le travail collaboratif

Différentes manières de réaliser les EIS

Les expériences sur les EIS menées jusqu'à présent à travers le monde témoignent d'une grande variété de cas et de contextes. Les EIS peuvent être conduites au niveau supranational (Europe), national (pays et États), régional (provinces, cantons) ou local (intercommunalités, villes, quartiers). Une EIS peut donc s'appliquer à des objets très différents : elle peut porter sur une directive européenne comme sur un projet d'aménagement local et se fondre dans des problématiques et des enjeux disparates mais toujours dans la perspective de produire des politiques publiques plus responsables en matière de santé. Une EIS peut être intégrée dans une

étude d'impact plus globale (économique, sociale, environnementale) ou être conduite comme une démarche à part entière. Elle peut relever d'un processus d'institutionnalisation¹¹ et d'une démarche encadrée comme d'une initiative ponctuelle. Elle peut être menée dans le but principal d'intéresser les autres secteurs sur leur responsabilité en matière de santé ou privilégier un objectif de participation citoyenne, les deux notions n'étant pas incompatibles mais parfois distinctes dans la pratique. La méthodologie employée dans les EIS dépend de cette série de facteurs.

En fonction du moment où elle intervient dans le processus de décision, l'EIS peut être :

- Prospective ou évaluation *ex ante*, en amont de la prise de décision. C'est le contexte idéal pour que l'EIS puisse influencer la politique à mettre en place de manière à ce qu'elle soit plus favorable à la santé et au bien-être. C'est dans ce cadre qu'a lieu la majorité des EIS.
- Parallèle ou évaluation *in itinervis*, pendant la mise en place de la mesure.
- Rétrospective ou évaluation *ex post*, à la suite de la mise en place de la mesure. Une EIS rétrospective est possible mais elle ne permet pas d'influencer la mesure par les recommandations formulées et ne correspond donc pas vraiment à l'esprit de l'EIS. Plusieurs EIS ont pu être menées sur des projets déjà élaborés par une analyse rétrospective des conséquences sur la santé de telle ou telle décision. Elles ont principalement servi à dénoncer ou à justifier des politiques plutôt qu'à influencer leur conduite en faveur de la santé. Une évaluation rétrospective peut en revanche permettre de mobiliser des informations et de documenter des EIS qui pourraient être menées sur des mesures similaires.

En fonction des objectifs poursuivis, des ressources disponibles et des moyens accordés pour mener l'EIS, celle-ci peut être conduite de manière rapide ou de manière particulièrement complète, notamment au niveau de l'étape d'analyse qui permet d'identifier et de qualifier, voire de quantifier les impacts positifs et négatifs de la mesure envisagée.

Figure n° 8 : EIS rapide et EIS complète

	EIS rapide	EIS complète
Définition	L'EIS rapide se caractérise par l'utilisation d'informations ou de données probantes déjà existantes. Elle permet d'avoir un aperçu rapide des effets sur la santé et de pouvoir juger de l'orientation à donner à une proposition	L'EIS complète implique la collecte de données nouvelles. Cela peut se traduire par une enquête auprès des publics cibles, un examen approfondi de la littérature ou encore une étude primaire des effets sur la santé d'une proposition similaire exécutée ailleurs
Acteurs	Un analyste et éventuellement des experts externes	Un coordinateur - Des analystes - Un groupe de pilotage - ...
Données	Littérature existante - Pas de production de nouvelles données	Littérature existante - Production de nouvelles données (enquêtes, entretiens, etc.)
Durée	Quelques jours à quelques semaines	Quelques semaines à quelques mois
Coûts estimés	0 - 10 000 €	10 000 - 100 000 €

Source : Simos J. *Les évaluations d'impact sur la santé, un aperçu suisse. D'après la « boîte à outils » de l'OMS sur l'EIS (WHO, 2005).*

NB : Les coûts estimés ont été changés du Franc Suisse en Euro sans conversion, les données datant de 2005.

Avec l'extension de la pratique de l'EIS à travers le monde, les ressources et les guides pratiques sur les EIS sont de plus en plus nombreux car la plupart des initiatives, institutionnelles ou non, gouvernementales ou locales, ont fait l'objet d'accompagnements méthodologiques. Une étude¹² a récemment comparé plusieurs guides sur l'EIS dans le but notamment de déterminer les similarités dans la pratique. Il ressort de grandes similarités méthodologiques dans la mise en œuvre de l'évaluation mais l'absence de guide sur la prise en compte opérationnelle de l'EIS, ce processus restant largement dépendant de la culture et de la structure politique et organisationnelle spécifique à chaque pays ou administration.

¹¹ Dans le débat sur les EIS, l'institutionnalisation s'entend par leur intégration dans les processus décisionnels (Wismar *et al.*, 2006).

¹² Hebert KA, Wendel AM, Kennedy SK, Dannenberg AL. Health impact assessment: A comparison of 45 local, national, and international guidelines. *Environmental Impact Assessment Review* 2012; 34: 74-82.

Deux chemins différents pour une même thématique d'EIS

La méthodologie employée dans une EIS est susceptible de varier en fonction des objectifs poursuivis. L'exemple est donné par J. SIMOS, spécialiste de l'EIS, dans les Actes du séminaire de 2010 sur l'évaluation d'impact sur la santé organisé par le Centre d'analyse stratégique. Deux EIS ont été réalisées sur le tabagisme passif, l'une dans la ville de Brighton et l'autre dans le canton de Genève. À partir des mêmes données scientifiques, la première EIS a privilégié la participation de la population générale au travers de l'organisation de consultations citoyennes pour mieux prendre en compte l'ensemble des avis sur la question. La seconde, en revanche, a développé son analyse sur les impacts au sein des populations travaillant dans les cafés-restaurants en procédant à une monétarisation de ces impacts ; l'objectif principal était d'évaluer la perte de productivité associée au tabagisme passif et n'a donc pas fait l'objet d'une participation directe de la population.

Les évaluations économiques dans les EIS

Elles s'abordent sous l'angle de l'évaluation des coûts et des gains pour la santé d'investissements différentiels dans des politiques publiques. La mesure s'effectue par le biais d'une évolution estimée de la morbidité et plus souvent de la mortalité associée à un coût pour la collectivité. Elle permet selon les experts de l'EIS d'avoir une approche positive des politiques mises en œuvre en termes de bénéfices chiffrés¹³, s'accorde avec la préoccupation d'efficacité des financements publics et de retours sur investissements, permet d'évaluer les politiques ayant l'effet le plus important sur des objectifs définis et exerce un effet de conviction important. Fournir des preuves de l'intérêt économique d'une mesure constitue un élément fondamental pour convaincre les décideurs politiques et la population du besoin d'investir dans des politiques publiques saines plutôt que d'en payer le prix en termes de pathologies et de perte de productivité. Traduire les impacts sur la santé en termes de coûts et de gains économiques semble particulièrement important pour argumenter en faveur d'investissements visant à la réduction des inégalités de santé.

L'EIS du projet d'agglomération franco-genevois (cf. encadré) a utilisé cette méthode pour évaluer les bienfaits de sa politique en comparaison d'un scénario basé sur l'inaction.

En Suède, dans un guide national sur les EIS¹⁴, ancré sur les méthodes qualitatives de calcul des rapports coûts/bénéfices, les auteurs font référence à la valeur à attribuer à une vie humaine. S'il peut être discutable de vouloir attribuer un prix à la vie humaine, ces méthodes, bien connues des économistes de la santé familiers des évaluations médico-économiques (coût de la maladie, de sa non prise en charge), permettent en revanche de pouvoir estimer les bénéfices attendus en termes de coûts financiers facilement intégrables dans les arbitrages. Afin d'éviter les questions éthiques et philosophiques que soulève ce type d'approche, le prix d'une vie humaine est estimé indépendamment de tout critère qui pourrait influencer sur sa valeur, à la hausse ou à la baisse (statut social, sexe, âge, état de santé) ; on parle de *statistical life*, estimée en 2001 pour un Suédois à 1,76 M€. À partir de cette approche, il est notamment possible de développer des indicateurs synthétiques relatifs à l'impact des projets, comme le QUALY (Quality Adjusted Life Years) qui mesure au niveau des individus la hauteur des nuisances potentielles de la mesure sur la santé et sur la qualité de vie. Dans ce guide, les auteurs recommandent d'intégrer une évaluation quantitative des impacts sur la santé en termes de coûts lorsque des EIS qualitatives (littérature, expertise locale, consultation) ne suffisent pas à déterminer les meilleurs choix possibles à partir des impacts attendus, lorsque l'on s'interroge sur la portée de ces impacts, ou encore lorsque les conclusions ne permettent pas de trancher entre les scénarios étudiés. On comprend que l'utilisation de ces modèles en dehors de ce besoin et de manière non maîtrisée puisse représenter un danger d'aboutir à des conclusions et à des utilisations fausses.

¹³ Cela renvoie également à la question de l'utilisation de l'EIS comme un outil de critique/légitimation d'une politique.

¹⁴ Brodin H, Hodge S. *A guide to Quantitative Methods in Health Impact Assessments*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2008; 30 p.

Où l'évaluation d'impact sur la santé est-elle pratiquée ?

À L'ÉTRANGER

Puisque les EIS peuvent être combinées avec d'autres études d'impact, il est difficile d'avoir une vision exhaustive de l'ensemble des démarches qui ont pu être entreprises. Il est clair cependant que la démarche n'a cessé de progresser en Europe et dans le monde durant ces dix dernières années car elle correspond à des attentes auxquelles les démarches préexistantes peinent à répondre. Au milieu des années 2000, l'Angleterre, le Pays de Galles, la Finlande et les Pays-Bas étaient les États d'Europe dans lesquels on recensait le plus grand nombre d'EIS réalisées¹⁵. Au niveau international, les EIS ont donné lieu à la publication de 180 articles dans des revues scientifiques et d'une quarantaine de guides entre 2000 et 2007¹⁶. On peut faire un premier distinguo entre les évaluations menées au niveau institutionnel, sur des projets de textes notamment législatifs, et celles menées au niveau local, portant plus généralement sur des programmes et des interventions. Elles relèvent de problématiques particulières qui ne soulèvent pas les mêmes enjeux mais qui, pourtant, se rejoignent dans leur philosophie générale, celle de proposer des méthodes permettant, en premier lieu, d'influencer l'ensemble des politiques publiques pour les rendre plus favorables à la santé.

L'EIS a été utilisée dans différents contextes et par différentes organisations avec toujours comme objectif d'inscrire la santé à l'ordre du jour du calendrier politique. L'évaluation peut être guidée par une préoccupation de transparence et d'intégration citoyenne dans le processus de décision publique et privilégier de ce fait la consultation des populations ; c'est particulièrement le cas au niveau local. Elle peut également être davantage guidée par la volonté de mettre la santé dans les autres politiques publiques et, de ce fait, délaissier la consultation citoyenne comme c'est le cas le plus souvent lorsqu'elle est déployée au niveau des ministères. Ces deux approches ne sont cependant pas incompatibles et se combinent régulièrement au sein des EIS.

Au niveau international, les institutions européennes ont intégré les études d'impact dans les directives de la Commission dans le cadre de la lutte contre les inégalités de santé et d'une action intersectorielle. Depuis 2005, chaque direction générale de la Commission européenne produit ses propres études d'impact sur ses politiques. Elles portent sur trois dimensions principales : les impacts sociaux, économiques et environnementaux. Les évaluations d'impact sur la santé sont intégrées dans ces trois axes. Les impacts sur la santé publique et sur la sécurité sont abordés dans les impacts sociaux, les impacts écologiques néfastes pour la santé sont abordés dans les impacts environnementaux, tandis que le volet économique prend en compte les effets sur les systèmes de santé. Des lignes directrices ont été publiées par la Commission pour assister méthodologiquement les différentes directions à mener ces évaluations.

À l'étranger, certains pays et États ont développé les EIS de différentes manières : réglementaire comme c'est le cas au Québec, ou incitative, privilégiant le niveau local et régional comme au Royaume-Uni ou en Suède, ou le niveau central comme aux Pays-Bas. Dans ces pays, et plus récemment en Suisse, l'EIS s'est développée en parallèle de stratégies de réduction de la pauvreté ou des inégalités sociales de santé, par la volonté d'intervenir sur leurs déterminants en amont du système de soins par une action coordonnée entre les secteurs. Les EIS ont notamment été déployées dans ce contexte comme un outil opérationnel d'une action intersectorielle en santé. Les autorités de santé et les experts de santé publique jouent généralement un rôle majeur dans la mobilisation et dans l'incitation des autres secteurs et des partenaires à élaborer des politiques plus responsables sur le plan de la santé et à prendre en compte la démarche EIS. Les expériences des EIS ont en outre généralement bénéficié en Europe d'un contexte de politiques de santé décentralisées, où les collectivités territoriales disposent ou acquièrent des marges de manœuvre sur la conduite de leur politique de santé tout en s'inscrivant dans des objectifs nationaux.

¹⁵ Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and Limitations of Supporting Decision-making in Europe*. Copenhagen: WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2007; 291 p.

¹⁶ Valentini H, Saint-Pierre L. L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques. *Santé Publique* 2012 ; 6(24) : 479-82.

Au Pays de Galles : la politique de santé est une compétence de l'Assemblée galloise depuis sa création en 1999 ; l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités sont érigées en priorités des politiques galloises et l'EIS est considérée comme une démarche utile dans ce contexte ; elle doit notamment permettre de mieux comprendre les contraintes et les réalités des processus de planification et prise de décision. Son utilisation est recommandée à tous les échelons et les Agences sanitaires des 22 administrations locales 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. Le Pays de Galles publie des EIS sur les politiques centrales et locales. La collaboration des Services de santé publique, la création d'un service gallois de soutien des EIS et le travail collaboratif avec l'Université de Cardiff ont notamment facilité le développement de l'EIS.

En Suède : la politique publique de santé suédoise est basée sur le principe que les mesures qui affectent la santé des populations relèvent souvent d'autres secteurs que celui de la santé. La collaboration intersectorielle est donc au cœur de la politique de santé. Les EIS ont été intégrées au titre de ces préoccupations et sont demandées par l'État pour être menées au sein des collectivités locales. En Suède, les responsabilités en matière de santé sont réparties entre l'État, les Conseils Généraux ou Comtés et les Communes (290 communes) avec une grande liberté d'action pour les collectivités locales. L'Institut National de Santé Publique de Suède est impliqué dans le développement de méthodes pour l'EIS et dans le soutien de sa mise en œuvre.

En Suisse : la pratique de l'EIS s'est développée au niveau des cantons à partir des années 90, dans un contexte notamment de mise en œuvre d'une politique multisectorielle de la santé au niveau fédéral et d'une culture de la promotion de la santé et de l'évaluation très faible. La santé est principalement de la compétence des cantons (26) qui fonctionnent comme des États avec leur propre système de soins et leurs propres lois sur la santé. La prise en compte de l'EIS est différente en fonction des cantons mais s'inscrit dans une dynamique commune de promotion de la santé et de développement durable.

Au Québec : les responsabilités en matière de santé sont partagées avec l'État fédéral (Canada), mais les services de santé sont de compétence provinciale. La pratique de l'EIS s'est développée au Québec par le biais de l'évaluation environnementale qui devient obligatoire à partir de 1980 et prévoit la participation du secteur de la santé. Une réflexion est menée depuis le début des années 90 pour inclure les EIS au sein des EIE au niveau fédéral et provincial. Les EIS sont identifiées comme un outil privilégié pour la prise en compte des enjeux de santé dans les différents champs d'activité encadrés par les provinces. L'intégration législative de l'EIS est effective au Québec avec l'article 54 de la Loi sur la santé publique de 2001, en vigueur depuis juin 2002, qui fournit un encadrement légal pour agir sur les politiques publiques : *Le ministre est le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration de mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.*

Le but de l'article 54 est de favoriser l'élaboration et la mise en œuvre de politiques publiques responsables en matière de santé.

En Thaïlande : la santé est envisagée comme un état de bien-être et l'EIS est reconnue dans une loi nationale sur la santé (2000-2003) comme l'instrument principal pour des politiques publiques favorables à la santé et au bien-être. En cas de mesure susceptible d'affecter la santé, la loi prévoit un droit individuel et collectif à l'information et à la participation aux évaluations d'impacts. L'ancrage législatif de l'EIS prend de l'importance en 2007 ; une évaluation des impacts environnementaux et sanitaires devient préalable à tout projet ou activité susceptible d'être porteur d'impacts.

Aux USA : la prise en compte des déterminants sociaux de la santé a été relativement tardive. Elle est venue du constat économique montrant qu'en dépit de dépenses de santé toujours plus substantielles, l'état de santé de la population ne suit pas la même courbe ascendante. Le lien de causalité entre les moyens financiers investis dans la santé et les résultats en termes de gains de santé n'étant pas assuré, il devient évident que le secteur de la santé ne peut à lui seul assurer un bon état de santé à la population. Le secteur de la prévention encourage alors une intégration de la santé dans l'ensemble des processus de décisions publiques. Une première EIS est menée en 1999. Un groupe de travail sur l'avancée de l'EIS dans le pays est fondé en 2004, puis la Fondation du Health Impact Project en 2009 ; suivent des recommandations et la publication de guides et supports pour l'EIS.

En 2007, 27 démarches EIS avaient été réalisées, puis 91 en 2012, au niveau national, fédéral et local, en majorité dans des projets d'aménagement (construction, environnement), les transports et le logement, l'énergie et les ressources naturelles, l'éducation et le travail.

ET EN FRANCE

En France, la démarche d'évaluation d'impact sur la santé « labellisée » EIS, se référant à la philosophie du Consensus de Göteborg, est le fruit de quelques expérimentations au niveau local qui sont le fait d'approches volontaires mais qui ne sont ni encadrées ni spécialement favorisées. La démarche d'évaluation des impacts sanitaires peut se retrouver dans certaines évaluations d'impact environnemental (EIE), sur des grands projets d'aménagement, mais se limite souvent à une partie des déterminants de santé en abordant l'évaluation par le biais du risque sanitaire lié aux expositions environnementales.

Les évaluations d'impact sont également abordées au niveau national, dans la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 et la loi organique du 15 avril 2009 qui imposent au gouvernement d'évaluer les effets attendus de ses projets de loi. Cette volonté de développer les études d'impact (de tout type) était déjà présente dans les années 1990 où plusieurs circulaires¹⁷ avaient déjà imposé la rédaction d'études d'impact sur les projets de loi. Mais cette volonté est aujourd'hui devenue une obligation constitutionnelle puisque la loi organique de 2009 exige qu'une étude d'impact accompagne chaque préparation de réforme. L'article 8 de la loi organique indique que ces impacts sont relatifs à *l'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que des coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue*. La santé n'est pas spécifiquement citée dans l'article de loi mais est tout de même partiellement prise en compte. Comme pour les études d'impact élaborées sur les directives de la Commission européenne, les impacts sur les déterminants de la santé sont abordés dans les impacts sociaux, économiques et environnementaux par le biais d'une série de questions plus spécifiques¹⁸.

Le document d'évaluation est rédigé en première intention par le ministre porteur de la réforme avant d'être soumis au débat et à la discussion pour l'ensemble des ministères et des services concernés. Dans ce processus gouvernemental, l'EIS n'est pas spécifiquement citée comme démarche d'étude d'impact. Le ministère de la Santé s'interroge encore sur la méthode et sur les modalités de prise en compte de l'impact sur la santé dans la mise en œuvre des politiques publiques et sur l'adaptabilité d'une telle démarche au contexte français, notamment en termes

¹⁷ Cf : Circulaire du 21 novembre 1995 relative à l'expérimentation d'une étude d'impact accompagnant les projets de loi et de décret en Conseil d'État. JORF n°279 du 1 décembre 1995. - Circulaire du 26 janvier 1998 relative à l'étude d'impact des projets de loi et de décret en Conseil d'État. JORF n°31 du 6 février 1998.

¹⁸ La proposition a-t-elle un impact sur la santé et la sécurité d'individus ou de groupes de citoyens ?

La proposition est-elle de nature à réduire la prévalence des maladies ? La mortalité précoce ?

La proposition est-elle de nature à réduire les risques sanitaires liés à la pollution ? Au traitement des déchets ? Au bruit ?

La proposition est-elle de nature à modifier les comportements nocifs (tabagisme, consommation d'alcool, etc.) ?

La proposition a-t-elle des impacts sur des groupes particuliers ? Lesquels ?

La proposition favorise-t-elle le développement et la réduction d'inégalités sociales et de revenus ?

Est-elle de nature à impacter le fonctionnement du marché du travail (par exemple, en termes d'accès et de retour à l'emploi) ?

La proposition affecte-t-elle les ressources en eau potable ? (Source : Prisse N, 2010).

d'institutionnalisation et d'inscription dans le processus de décision. Dans ce domaine, une première étape a été franchie pour les projets de loi gouvernementaux. Elle est cependant relativement limitée sur le volet santé et sur la prise en compte des impacts sur un panel plus large de ses déterminants. Ces évaluations ne concernent en outre qu'un nombre restreint de textes en projets et ne sont pas obligatoires pour certains types de textes (textes de niveau réglementaire ou délibérations des collectivités territoriales). Rien n'est encore décidé au niveau d'une déclinaison territoriale, notamment dans les Régions.

Le rôle des autorités de santé dans le cadre d'une dynamique interministérielle serait à terme de pouvoir accompagner les lois et les projets qui pourraient avoir des effets directs et indirects sur la santé et la qualité de vie dans un objectif affiché de réduction des inégalités de santé. Dans cette optique, des efforts importants restent à fournir pour améliorer les connaissances et les capacités à développer et à faire connaître les démarches et les outils permettant d'évaluer les impacts sur la santé. Le niveau régional et local semble pour cela le plus adapté au contexte français et peut sur ce point s'inspirer de nombreuses expériences étrangères menées à ce niveau. Les spécialistes français de l'évaluation appellent pour cela le pouvoir politique à favoriser la mise en place et le développement des outils et des méthodes à fournir aux Agences Régionales de Santé, aux collectivités territoriales, aux organisations et partenaires intéressés par la démarche pour permettre de mener de telles évaluations au niveau régional et local dans un objectif affiché de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Mais cela peut également s'envisager sans attendre que les recommandations et les éléments de cadrage descendent de l'État central vers ses régions, qui sont aujourd'hui à même de lancer leurs propres expérimentations selon leurs priorités et leurs spécificités.

Les défis et les enjeux de l'EIS

Les enjeux méthodologiques de l'évaluation

Les enjeux de l'EIS sont relatifs notamment au défi scientifique proposé à l'EIS et au processus d'évaluation des politiques publiques en général. Ils portent sur la capacité à modéliser et à prévoir la portée et l'ampleur des impacts positifs et négatifs, attendus et constatés. La problématique de l'intégration citoyenne au processus de l'EIS est également un enjeu méthodologique important.

LA CAPACITÉ À PRÉVOIR LES IMPACTS ATTENDUS

Comment peut-on en déduire un lien de causalité entre une politique et son résultat et quels types de preuves peuvent y contribuer ? C'est toute la question de l'évaluation des politiques publiques. En termes de politiques de santé, l'équation est complexe ; elle l'est d'autant plus lorsque l'on s'intéresse à l'influence des autres politiques sur la santé, par le biais de leurs déterminants économiques, sociaux, environnementaux ou territoriaux. Dans ce domaine, la logique scientifique est mise à rude épreuve et le raisonnement qui prédomine s'appuie davantage sur des modèles conceptuels que sur l'identification par la preuve, quantifiable, par des relations directes de cause à effet. Ces modèles mettent en avant le poids des déterminants de santé structurels bien identifiés (emploi, statut social, revenu, formation...) sans pour autant permettre de hiérarchiser ou de quantifier le poids de tel ou tel déterminant. À ce titre, la figure n° 3 illustre davantage l'écart de perception entre experts et profanes sur les facteurs qui déterminent un état de santé que le poids réel de ces déterminants. Dans le domaine de la pollution environnementale, à laquelle on pourrait préférer le terme de pollution des milieux de vie, il est tout autant difficile d'établir ce lien de cause à effet entre les expositions combinées aux agents chimiques et la santé, notamment sur des faibles doses et sur des temps longs.

Une partie de la fragilité des EIS provient du niveau d'incertitude entourant les recherches relatives aux impacts sur la santé, à la difficulté d'établir des rapports de cause à effet solides et significatifs. Les modèles utilisés dans une EIS traduisent généralement les impacts directs sur la santé en termes de mortalité et de morbidité qui peuvent à leur tour être évalués en termes économiques par le biais d'autres modèles conceptuels, ce qui rend la quantification fragile. Une critique régulière de l'EIS vient de ses méthodologies quantitatives non validées, qui se nourrissent à l'expérience et qui s'appuient sur des données parfois très parcellaires. Car la mobilisation des données nécessaires à l'évaluation peut également poser problème, certaines données qui pourraient-être nécessaires à l'analyse étant inexistantes ou indisponibles. Ce problème peut être contourné par la création de données et d'indicateurs nécessaires mais handicape alors l'EIS par un coût supérieur. La mobilisation de données qualitatives et la non quantification systématique des impacts dans l'EIS sont une partie de la réponse et certaines EIS ne s'appuient que sur ce type de données.

Ces problèmes méthodologiques de validation scientifique ne sont bien entendu pas spécifiques à la démarche EIS. Ils concernent l'ensemble du champ de l'évaluation des risques sur la santé tributaires des dernières avancées scientifiques et qui alimentent régulièrement le débat, dans le domaine de l'environnement (OGM, champs électromagnétiques, pesticides...), de l'alimentation (contaminations), ou de la prévention (vaccination, médicaments). Les relations entre la santé et les facteurs environnementaux (ou territoriaux) sont complexes, multifactorielles et ne peuvent que difficilement s'exprimer par des relations de causalité univoques, entraînant des difficultés quant à prédire des résultats attendus sur la santé. Plus l'on s'éloigne de la santé dans la chaîne de

causalité, plus il est difficile de prouver le lien qui existe entre un facteur particulier et la santé. Dans l'impossibilité de quantifier ces résultats attendus, en termes de gains comme de nuisances, il peut donc devenir délicat d'imputer ces résultats à telle ou telle mesure.

Il peut être vain de vouloir systématiquement quantifier une action sur les déterminants de santé en termes de gains de santé. Comme toute démarche relevant de politiques de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, l'EIS est tributaire de la complexité des liens qui unissent déterminants et état de santé et qui rendent l'évaluation de ces politiques particulièrement difficile. Si la démarche EIS ne permet pas toujours de relever le défi scientifique inhérent à l'étude des déterminants de la santé, elle permet néanmoins de mettre en lumière et d'objectiver l'ensemble des facteurs qui peuvent intervenir sur ces déterminants, car elle mobilise l'ensemble des données scientifiques et documentaires disponibles et fait appel au débat citoyen. Elle renvoie au final à des interprétations et des choix politiques en facilitant la compréhension des phénomènes reliés à la santé.

Attention aux effets pervers : l'exemple du logement

Il existe de fortes corrélations entre un état de santé dégradé, de faibles niveaux de revenus et des logements de mauvaise qualité. Quels effets directs sur la santé peuvent être attendus d'un programme de rénovation ou de réhabilitation de logements dégradés, qu'il s'agisse d'habitations ou de bâtiments collectifs ? Des logements de mauvaise qualité, dégradés, peuvent augmenter les risques d'accident domestiques (électrocutions, incendies, chutes), affecter la qualité de l'air intérieur (moisissures, chauffages d'appoint), amener à procéder à des arbitrages aux dépens de la santé (précarité énergétique) ou contribuer à la baisse de l'estime personnelle et à la désocialisation, etc. Si ces relations existent bel et bien, elles sont difficilement mesurables et quantifiables¹⁹, et doivent être appréhendées à long terme (projet réalisé) comme à court terme (perturbations lors de la réalisation du projet). Si, globalement, on peut escompter de ce type de programme davantage d'effets positifs sur la santé et le bien-être que d'effets négatifs, certains effets pervers peuvent également apparaître. Un logement ancien, mal isolé, est donc énergivore, mais c'est également un logement où l'air circule facilement entre l'intérieur et l'extérieur et où l'aération a tendance à se faire « naturellement ». Cette aération est nécessaire pour évacuer l'humidité produite à l'intérieur du logement (respiration, transpiration, appareils de combustion, toilette) qui est propice au développement de moisissures, d'acariens et de bactéries nocives pour la santé, notamment en cas de sensibilité du système respiratoire. Les logements récents ou réhabilités, et donc bien isolés par souci d'économie d'énergie, sont également des logements où l'air intérieur ne peut s'échapper et où l'air extérieur ne peut pénétrer sans ventilation. En outre, on sait que l'air intérieur est souvent plus pollué que l'air extérieur, affecté par de nombreux polluants physiques, biologiques ou chimiques, ces derniers étant notamment particulièrement présents lorsque les logements sont neufs. Des programmes de rénovation de l'habitat peuvent donc également être susceptibles d'apporter des nuisances directes sur la santé et le bien-être de leurs habitants si les bons gestes ne sont pas respectés, s'ils ne s'accompagnent pas de mesures de prévention et d'information à destination des populations concernées.

Ce type d'informations peut apparaître dans une EIS qui concernerait un programme de réhabilitation ou de création de logements ; elles seront alors accompagnées de recommandations pour minimiser ces impacts négatifs sur la santé.

LA PRISE EN COMPTE DE LA PARTICIPATION CITOYENNE

La prise en compte du débat citoyen et de la participation démocratique est un enjeu de société qui est au cœur des politiques publiques et qui est souvent sujet à critique et à amélioration tant la problématique est complexe. Les difficultés sont autant d'ordre méthodologique que politique. Là

¹⁹ Curtis S, Cave B, Coutts A. Is Urban Regeneration Good for Health? Perceptions and Theories of the Health Impacts of Urban Change. *Environment and Planning C: Government and Policy* 2002; 4(20): 517-34.

encore, ce problème n'est pas spécifique au domaine de la santé. Les enjeux liés à la participation citoyenne dans les EIS ne sont pas les mêmes selon que l'on s'attache à évaluer les politiques, les programmes ou les projets. Une politique nationale, un programme régional ou un projet local ne font pas appel aux mêmes leviers de démocratie participative. Il n'existe pas de recommandation particulière sur ce point et la dimension participative dans l'EIS est très diverse, en méthodes comme en contenu, et très dépendante du contexte local et de l'objectif de l'EIS.

Le contexte culturel est sur ce point plus favorable chez les Anglo-Saxons où la prise en compte de l'avis des citoyens semble poser moins de problèmes qu'ailleurs. Le principe de consultation et de participation de la communauté y est plus établi et davantage accepté qu'en France et la majorité des EIS où le volet de la participation est particulièrement développé a été mise en œuvre au Royaume-Uni.

On peut citer comme difficultés méthodologiques liées à cet enjeu dans le cadre de la mise en œuvre des EIS :

- La question de la représentativité qui peut être discutée à différents niveaux de mise en œuvre de l'EIS ;
- La question de la perception des inégalités, notamment environnementales, avec un sentiment souvent moins important d'appartenance au territoire et une mobilisation moindre des populations les plus vulnérables qui sont visées par l'EIS ;
- La question des compétences et des moyens à mettre en œuvre pour favoriser la participation (enquêtes, forums, débats et présentations publiques, etc.).

La philosophie de l'EIS en termes de participation est de toujours privilégier la prise en compte des populations visées par la mesure envisagée, et notamment les plus vulnérables. Ce sont ces populations qui doivent en premier lieu être concernées par cet enjeu participatif et consultatif. L'EIS se veut un outil pour traiter par le dialogue des questions délicates et litigieuses et améliore les chances de consensus autour d'une mesure par le partage et une meilleure compréhension des préoccupations et des enjeux. Quand les préoccupations citoyennes ne sont pas corroborées par des preuves scientifiques ou que les avis restent divergents sur les scénarios à envisager, l'EIS permet de collecter l'ensemble des pièces du débat et d'envisager des arbitrages en ayant une vision la plus complète possible des enjeux.

ÉVALUER L'ÉVALUATION

L'évaluation de la portée réelle des EIS sur la santé des populations est difficile en raison de la nature complexe des EIS et des chaînes causales qui sont à l'œuvre pour déterminer un état de santé. À ce jour, peu d'analyses des effets réels de l'EIS ont été réalisées (Lock K., 2008). Le concept de « politique fondée sur des preuves » (evidence based policy) ou celui de « politique de santé publique basée sur des preuves » s'articule difficilement avec la complexité des situations étudiées le plus souvent dans le cadre d'une EIS. Si à chaque étape du cheminement de l'EIS, les prédictions de comportements et des effets attendus sur la santé doivent être établies sur la base de données probantes, cette exigence se confronte avec des cheminements logiques qui sont beaucoup plus difficiles à comprendre (Kemmerling J., 2008), des enchaînements causaux complexes présents dans de nombreux problèmes de santé publique (Lock K., 2008). Les données mobilisées dans le cadre des EIS ne sont cependant pas différentes des autres données utilisées pour les relations causales en biologie ou en sciences sociales (Kemmerling J., 2008), ce qui ne fait que souligner les limites de la science en général et non pas les limites des EIS en particulier.

Il est donc important de choisir des indicateurs pertinents pour évaluer la portée des recommandations de l'EIS et les effets réels de la mesure une fois mise en place ou du projet réalisé. Ils ne seront pas obligatoirement les mêmes que les indicateurs choisis pour mesurer les effets attendus de la mesure car il peut être délicat méthodologiquement de vouloir quantifier ces effets réels.

L'ÉIS pourrait également s'évaluer sur d'autres aspects pour lesquels elle affiche des objectifs comme la participation citoyenne, la recherche d'équité et de justice sociale, la sensibilisation à la santé dans toutes les politiques publiques, la transparence, la diffusion de la culture et de la démarche intersectorielle, la valorisation des politiques, ou encore le travail partenarial et collaboratif.

Figure n° 9 : Défis et pistes de réflexion sur l'ÉIS

Défis	Pistes de réflexion/solutions
Politiques	
<p>Plusieurs raisons peuvent amener un décideur à avoir recours à une ÉIS et toutes ces raisons sont valables. Il faut toutefois éviter que l'ÉIS soit instrumentalisée par la politique, tout en acceptant que la « science » ne soit pas la seule valeur qui préside au choix d'une politique.</p> <p>Certains projets ou propositions de politiques peuvent être très controversés et faire l'objet de hauts débats politiques, avec plusieurs groupes d'intérêt. La prudence est ici de mise. Il faut éviter que l'ÉIS soit influencée par ces groupes ou que la crédibilité de la démarche soit mise en péril</p> <p>L'objectif avoué d'une ÉIS est d'influencer la prise de décision. Toutefois le processus de décision s'appuie sur un ensemble de considérations incluant la santé, parfois en compétition. L'ÉIS vise à apporter un éclairage nouveau, qui vient souvent ajouter à la complexité de la prise de décision.</p>	<p>Communiquer clairement dès le départ les balises et les principes de l'ÉIS.</p> <p>Une bonne lecture de l'environnement politique est essentielle. Il se peut que l'ÉIS permette de transcender les conflits existants en amenant le débat sur des considérations sanitaires. À l'inverse, la démarche ÉIS peut aussi exacerber les attentes ou fournir des munitions aux opposants, surtout si les incertitudes quant aux impacts potentiels sont nombreuses. Il sera donc important à ce moment de bien peser les avantages et les désavantages, à court et à long terme, de mener une ÉIS.</p> <p>Une des raisons d'être de l'ÉIS est la sensibilisation aux déterminants de la santé. Aussi, il est important de considérer le transfert des connaissances qui s'effectue dans le cadre d'une démarche ÉIS comme une des retombées positives. L'influence sur les politiques peut donc être indirecte et à long terme.</p> <p>Faire des recommandations réalistes et adopter une position de soutien au processus de décision offrent de meilleures chances de succès en matière d'influence.</p>
Intersectorialité	
<p>Si le fait d'inclure dans la démarche ÉIS une large gamme d'acteurs permet d'élargir la vision, de favoriser une compréhension commune et de multiplier les sources d'information accessibles, cela peut vite conduire à une démarche très difficile à gérer.</p> <p>L'ÉIS peut mener aussi à travailler avec d'autres groupes de professionnels (par exemple des urbanistes, ou des organisateurs communautaires) pour qui l'inclusion de la santé dans leur champ de responsabilité est considérée comme une intrusion, ou une contrainte supplémentaire. L'habitude du travail en silo guette aussi les acteurs de santé qui doivent apprendre à partager la « propriété » de la santé .</p>	<p>Restreindre le nombre au sein du comité de pilotage de la démarche ÉIS. Mieux vaut faire appel à des groupes de consultation de façon ad hoc pour élargir la base de connaissances selon les étapes de la démarche.</p> <p>Toutefois, en certaines occasions, les responsables de l'ÉIS peuvent vouloir faire appel à un large groupe pour réaliser l'étape de sélection, considérée comme une étape importante (et parfois suffisante) pour favoriser le dialogue sur les déterminants socio-économiques de la santé et le rôle de chacun.</p> <p>Être conscients des autres obligations municipales ou territoriales et voir dans quelle mesure l'ÉIS peut s'y adapter et les compléter de façon utile. Il peut être stratégique aussi de s'intégrer dans les démarches d'évaluation environnementale ou de planification urbaine.</p> <p>De la même manière, des interventions de sensibilisation sur les déterminants de la santé auprès de ces groupes et des décideurs peuvent permettre d'ouvrir la voie à des collaborations fructueuses.</p>
Participation citoyenne	
<p>La participation citoyenne aux différentes phases de l'ÉIS est fortement recommandée, mais peut engendrer des questionnements multiples :</p> <p>Le choix des personnes représentatives ;</p> <p>La représentativité des groupes moins visibles et marginalisés susceptibles d'être affectés par la politique ;</p> <p>La qualité des processus de consultation pour éviter la polarisation et/ou la création d'attentes irréalistes envers le projet de politique .</p>	<p>Ne pas s'aventurer dans des processus de consultation publique en l'absence d'expérience et de savoir-faire en la matière.</p> <p>Faire appel à des ressources externes, ou de s'intégrer aux processus de consultations de la population déjà prévues dans le cadre de l'élaboration de la politique.</p> <p>Effectuer une démarche légère de consultation en rencontrant certains groupes représentatifs de la population dans leur lieu de rencontre ou en interrogeant quelques informateurs clés.</p>

Source : Extraits de St-Pierre L, Simos J, Prisse N, Lamarre MC, Jackson B. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) : Une aide à la décision publique pour des choix sains, durables et équitables. Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES), juin 2011 ; 10 p.

L'identification de l'EIS et son articulation stratégique avec les démarches d'évaluation existantes

DIFFÉRENTS TYPES D'ÉVALUATION D'IMPACT

Au niveau international, les impacts sur la santé sont déjà intégrés « dans une certaine mesure » dans d'autres modèles d'évaluation, notamment environnementaux ou sociaux. Outre l'EIS, spécifiquement axée sur les impacts associés à la santé et au bien-être, la recherche documentaire menée autour de la notion d'impact sur la santé révèle plusieurs types d'étude d'impact auxquels il est possible d'associer un volet santé : EIE (Étude d'Impact Environnemental), EES (Évaluation Environnementale Stratégique), EISoc (Évaluation de l'Impact Social), ER (Évaluation des Risques), EDD (Évaluation de la Durabilité). Certains types d'études d'impact sur la santé émergent, orientés sur des objectifs spécifiques de promotion de la santé tels que l'équité ou la durabilité comme l'EIES (Évaluation de l'Impact sur l'Équité en matière de Santé) utilisée notamment au Canada²⁰.

Figure n° 10 : Différents types d'évaluation d'impact

Type d'évaluation	Description de l'approche
Évaluation d'impact sur la santé (EIS)	Combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme, un projet peuvent être jugés quant à leurs effets potentiels sur la santé d'une population et la distribution de ces effets au sein de la population (OMS)
Évaluation d'impact sur l'environnement (EIE)	Mise en œuvre des méthodes et des procédures permettant d'estimer les conséquences sur l'environnement d'une politique, d'un programme ou d'un plan, d'un projet ou d'une réalisation ; par extension, le rapport qui en rend compte (Commission générale de terminologie et de néologie)
Évaluation environnementale stratégique (EES)	Une EES est une étude qui permet d'examiner la portée et la nature des effets environnementaux et socio-économiques potentiels en amont d'une série de projets, d'un programme ou d'une politique (Gouvernement du Québec)
Évaluation d'impact social (EISoc)	L'EISoc vise à estimer de façon progressive les conséquences sur la société d'une action gouvernementale spécifique. Les impacts sociaux se réfèrent aux conséquences pour la population d'une action qui modifie leur façon de vivre, de communiquer, de répondre à leurs besoins, etc. (Mindell et al., 2003)
Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)	Outil pour déterminer les possibles effets involontaires sur la santé d'un plan, d'une politique ou d'un programme au sein des groupes vulnérables ou marginalisés de la population générale (Ministère de la santé et des soins de longue durée, Ontario)
Évaluation d'impact intégrée (EII)	L'EII intègre au moins deux types d'évaluation prospective d'impact dont l'évaluation des impacts des déterminants du développement durable. Ce type d'évaluation suppose qu'il y a eu une intégration à priori des principes et notions du développement durable dans l'élaboration des politiques publiques (OMS)
Évaluation de l'impact humain (EIH)	L'EIH combine l'EIS et l'EISoc au niveau municipal. Ce type d'évaluation a été développé en Finlande qui le définit comme une forme d'analyse prospective qui vise à anticiper les effets de décisions sur la santé et le bien-être de l'humain. L'EIH inclut l'évaluation d'impact sur la santé et celle sur la société. Pour sa part, la Suède intègre dans son EIS l'impact social, les aspects environnementaux, les déterminants socio-économiques de la santé et les conséquences sur la santé et sur les groupes de population affectés

Sources : IGAS 2011 (d'après le groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, Québec), CCNDS et CCNPPS 2012 (Québec).

²⁰ Mendell A, Dyck L, Ndumbe-Eyoh S, Morrison V. *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé*. Canada : CCNDS - CCNPPS, 2012 ; 22 p.
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Santé publique Ontario. *Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)*. Ontario : MSSLD, 2012 ; 46 p.

Le chevauchement entre ces différents types d'évaluation conduit les experts de l'évaluation à élaborer un nouvel instrument, l'Évaluation Intégrée des Impacts (EII) réunissant les notions de santé, de durabilité et d'équité.

La limite de la multiplication de ces types d'études d'impact est de mal identifier l'intérêt et le périmètre de ces différentes démarches. Dans ce contexte, il peut être contre-productif de vouloir surajouter l'EIS aux dispositifs existants. Il est possible et toujours souhaitable d'articuler ces différents types d'études d'impact, de rechercher de la synergie afin d'éviter des chevauchements et des doublons. Cette réflexion doit être menée dans l'optique du développement de l'implémentation de l'EIS au sein des organisations dans un objectif d'efficience des dépenses publiques. En outre, un empilement des mesures est susceptible de susciter des contre-réactions à l'égard d'une démarche qui mérite d'être davantage prise en compte au regard de ses potentialités. Certains auteurs recommandent la prudence quant à la surenchère de mesures, à la multiplication des évaluations prospectives, à la concurrence entre elles (impacts environnementaux, sociaux, économiques, financiers, énergétiques, écologiques, etc.). L'EIS doit, et peut théoriquement, être abordée en articulation avec les processus existants, compte tenu en premier lieu des nombreux points communs, conceptuels et théoriques, partagés par les différentes évaluations d'impact et évaluations prospectives. La souplesse de la démarche EIS a pour objectif de faciliter son intégration dans les procédures existantes, qu'elles relèvent des impacts environnementaux ou d'autres outils d'évaluation des politiques. L'action de prendre en compte les impacts sur la santé des différentes mesures politiques peut ne pas porter le nom d'EIS, et les principes de l'EIS peuvent se concevoir dans un autre cadre ; ce qui semble important, c'est de s'interroger sur les diverses incidences des politiques publiques sur la santé et de prendre en compte la santé en tant qu'objectif à travers l'ensemble de ces politiques (partager une vision intersectorielle de la santé). En ce sens, l'évaluation intégrée, réunissant l'ensemble des aspects des études d'impact dont la santé, représente une solution combinée pour percevoir l'ensemble des conséquences d'une politique ; elle peut à priori être menée selon la même approche qu'une EIS et nécessite une collaboration intersectorielle particulièrement efficace pour être menée à bien. Cette démarche est en plein développement et a notamment été adoptée par le gouvernement britannique pour ses propositions de loi.

Par rapport à d'autres démarches, les experts de l'EIS mettent en avant les apports spécifiques de cette évaluation, et notamment la possibilité d'optimiser un projet quel qu'en soit le stade de développement, d'évaluer sans jouer le rôle de sanction mais plutôt de conseil, de moins stigmatiser les contraintes en permettant de valoriser les impacts positifs autant que de réduire les impacts négatifs, de posséder davantage de souplesse (contexte, domaine, calendrier, moyens) ou encore de développer davantage l'aspect de concertation citoyenne.

IMPACTS ENVIRONNEMENTAUX ET IMPACTS SUR LA SANTÉ

Les EIS sont en partie héritées des EIE (Évaluations d'Impact sur l'Environnement) qui, contrairement aux EIS, relèvent en Europe et en France de procédures obligatoires préalables à l'autorisation de grands projets d'aménagement. L'EIS reprend les principes d'une EIE appliquée à la santé dans la méthodologie (structuration de la démarche en cinq étapes) et dans les objectifs (s'appuyer sur des données probantes et sur la participation citoyenne –ce dernier aspect étant plus spécifique aux EIS– pour fournir une aide à la décision). La pratique de l'évaluation d'impact est née dans le domaine de l'environnement et l'évaluation d'impact sur la santé s'est peu à peu développée en annexe des évaluations environnementales. Au Québec, la réflexion sur l'articulation des EIS avec les EIE au niveau fédéral et provincial a débuté dès le début des années 90. La prise en compte de la santé dans les EIE est toutefois souvent incomplète au regard de ce que peut produire une EIS. Elle se limite généralement à la prise en compte des aspects physiques et biologiques liés aux expositions environnementales, lorsque l'EIS élargit le champ d'étude aux habitudes de vie et à l'environnement social. L'OMS considère que les impacts sanitaires sont très peu ou pas du tout pris en compte dans les EIE. Les EIS se sont désolidarisées en partie des EIE, notamment dans l'objectif d'inclure l'ensemble des déterminants de santé dans l'analyse des impacts potentiels et dans celui d'insuffler des préoccupations de santé dans l'ensemble des politiques publiques.

En France, on peut confondre l'EIS telle que définie par le Consensus de Göteborg avec l'EIS telle qu'elle est introduite dans la loi n° 96-1236 de 1996 sur la protection de l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie. Cette loi reprend l'article 2 de la loi n° 76-629 de 1976 relative à la protection de la nature, qui prévoit que *Les études préalables à la réalisation d'aménagements ou d'ouvrages qui, par l'importance de leurs dimensions ou leurs incidences sur le milieu naturel, peuvent porter atteinte à ce dernier, doivent comporter une étude d'impact permettant d'en apprécier les conséquences.* Le champ d'étude des impacts potentiels s'étend de l'environnement à la santé par la loi de 1996, avec comme objectif le respect du droit reconnu à chacun de respirer un air qui ne nuise pas à sa santé. Dans ce cadre, la loi HPST précise que *l'ARS fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration de plans et programmes et de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.* L'IGAS précise, dans un rapport de 2011, que la mise en œuvre effective de cette disposition demeure à évaluer. Dans la même logique, l'INVS a élaboré un guide méthodologique pour l'évaluation quantitative des risques sanitaires, consacré aux techniques d'analyse des relations de dose à effet des produits toxiques.

Ces études d'impact environnemental et sanitaire, élaborées en amont de la réalisation des projets « impacteurs », sont à rapprocher davantage d'une démarche d'évaluation des risques (*Risk Assessment*) que de la démarche des EIS qui, si elle comprend également cette dimension, doit permettre d'aller bien au-delà des risques liés à l'exposition à des polluants. Ce type d'approche a par ailleurs déjà été abordé dans de précédents travaux de l'ORS (cf. encadré). Cette loi de 1996 s'attache en outre à développer dans les études d'impact relatives aux infrastructures de transports, une analyse de type coûts/bénéfices pour la collectivité. Ce type d'analyse est également régulièrement repris au sein des EIS pour envisager aussi bien les nuisances que les gains potentiels pour la santé dans différents scénarios.

Une démarche d'évaluation des risques sanitaires

Une précédente étude de l'ORS²¹ a déjà abordé les impacts sur la santé liés à la pollution atmosphérique. Il s'agissait alors de s'intéresser, au sein d'un programme de recherche, à la relation entre l'exposition aux polluants et les risques sanitaires associés. On y faisait déjà allusion à l'importance de prendre en compte les caractéristiques socio-économiques dans le modèle d'étude de l'exposition. Mais du point de vue conceptuel, il ne s'agissait pas vraiment d'une EIS mais plutôt d'une démarche de type évaluation des risques qui consistait, par le biais de la toxicologie et de l'épidémiologie, à évaluer la gravité des impacts négatifs occasionnés par l'exposition à des substances dangereuses.

C'est dans cette optique, celle d'étudier les nuisances sanitaires de l'exposition aux polluants atmosphériques, qu'ont été réalisées depuis 1999 une soixantaine d'évaluations de ce type dans les grandes villes françaises à partir d'une méthode commune proposée par l'INVS. Ces évaluations ont été rendues possibles par la mise en place d'un cadre favorable à partir de la Loi sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie de 1996, des Plans Régionaux sur la Qualité de l'Air (PRQA), de l'implantation du programme PSAS (Programme de Surveillance Air et Santé) en 1997 dans 9 grandes villes françaises (dont Lille), ou encore du projet européen Aphekom²². Ce projet a notamment permis, pour 25 grandes villes européennes (dont les 9 villes françaises intégrées dans le programme PSAS), d'estimer les impacts à minima de la pollution atmosphérique, par le biais de la mortalité et des hospitalisations évitées, à partir d'un scénario de réduction des émissions conforme aux seuils guides retenus par l'OMS. Traduits en termes de bénéfices sanitaires et économiques potentiels, ces impacts représenteraient, pour les 9 villes françaises, l'équivalent de 3 000 décès par an évités, un gain d'espérance de vie à 30 ans de plus 3,6 à plus 7,5 mois pour un bénéfice économique estimé entre 3,2 et 6,4 milliards d'Euros chaque année²³ (en fonction de la valeur monétaire attribuée par décès).

²¹ Prouvost H, Declercq C. *Estimation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans l'agglomération de Dunkerque : faisabilité et éléments méthodologiques.* Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2004 ; 37 p.

²² Projet ayant pour objectif d'améliorer les connaissances et la communication sur les impacts sanitaires de la pollution atmosphérique en Europe.

²³ Résultats du projet Aphekom pour les [9 villes françaises sur le site de l'InVS](#).

QUELS DÉVELOPPEMENTS STRATÉGIQUES POUR L'EIS ?

En termes de développement, une réflexion générale est actuellement en cours dans plusieurs pays sur l'articulation des EIS avec d'autres types d'évaluation, et notamment avec les Évaluations Environnementales Stratégiques (EES). L'évaluation environnementale stratégique vise à évaluer la portée et la nature des effets environnementaux et socio-économiques potentiels en amont d'une série de projets, d'un programme ou d'une politique. Le bureau régional de l'OMS a d'ailleurs suggéré de coupler ces deux types d'évaluation pour une meilleure intégration des EIS dans le processus de décision. Certains auteurs remarquent en effet *qu'il existe des arguments puissants en faveur de l'intégration de l'EIS et de l'EES en Europe*²⁴ et que le couplage de ces deux démarches pourrait constituer une étape importante vers l'officialisation de l'EIS en tant que dispositif d'aide à la décision. L'association de ces deux démarches est notamment susceptible de simplifier la lecture des dispositifs, de faciliter la détection des conséquences sanitaires, d'améliorer le cadre théorique de la démarche d'étude d'impact, et de placer les EIS en amont du processus de décision, au niveau des grandes orientations stratégiques.

L'institutionnalisation de l'EIS et son ancrage dans le processus de décision

La question de l'institutionnalisation de l'EIS se pose dans l'optique d'une intégration effective de la démarche dans le processus de décision. Les experts de l'EIS estiment que c'est une étape décisive pour que l'EIS se développe au sein d'un État. On peut en effet considérer que l'EIS fait partie du processus de décision dès lors que la démarche est incluse dans un cadre législatif ou réglementaire, bien que cette disposition ne suffise pas à elle seule à garantir l'efficacité des EIS. Mais ce cadre permet de ne pas dépendre des fluctuations politiques et administratives et de la bonne volonté des décideurs à engager ce type de démarche. Il permet également que l'EIS ne puisse être rejetée en cas de résultats défavorables par le promoteur de la démarche qui n'intégrera pas les recommandations de l'évaluation. Cette disposition demande une volonté politique forte et requiert des efforts importants. Cependant, la mise en œuvre des EIS s'inscrit dans un contexte institutionnel toujours particulier à chaque organisation au sein de laquelle des pratiques sectorielles sont dominantes et où les priorités politiques s'imposent, ce qui complique singulièrement la tâche de l'évaluation. Les experts de l'EIS s'accordent pour dire que chaque pays, chaque collectivité ou organisation qui peut statuer sur ce point, doit trouver sa propre forme d'organisation, sa propre formule pour institutionnaliser les EIS.

L'absence de guide sur la manière d'intégrer l'EIS dans le processus de décision a déjà été soulignée par ailleurs. Ce sont les spécificités dépendantes de la culture et de l'organisation de chaque pays qui doivent être prises en compte pour élaborer les stratégies d'intégration. De manière générale, le retour d'expérience sur l'EIS fournit des informations quant aux difficultés rencontrées par plusieurs États européens intéressés par l'EIS à intégrer la démarche dans les processus décisionnels²⁵. Certains pays ont, en outre, une culture de santé publique et des capacités organisationnelles différentes qui peuvent favoriser ou défavoriser l'institutionnalisation de l'EIS. Cette institutionnalisation progresse en Europe où de nombreux gouvernements nationaux, régionaux et locaux ont décidé d'adopter des mesures dans ce sens.

En France, les études d'impacts sanitaires sont inscrites dans la loi et partiellement déployées pour les grands textes gouvernementaux. Un volet sanitaire plus ou moins développé peut également être intégré au niveau des projets nécessitant une évaluation environnementale. Mais la majorité des décisions publiques, prises à différents niveaux de territoires et qui ont des impacts directs ou indirects sur la santé des populations, n'intègrent pas la logique de leur évaluation, ni lors de leur élaboration ni lors de leur mise en œuvre. La question de l'intégration des EIS dans les processus de décision reste encore à creuser en France.

²⁴ Wright J, Parry J, Scully E. 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* 2005; 6(83): 472-7.

²⁵ *Ibid.*

Il existe quelques éléments dans la littérature sur le sujet de l'implémentation des EIS dans les différentes administrations qui peuvent apporter un éclairage particulier. Nous nous penchons ici sur les situations du Québec et de la Suisse, soit deux stratégies différentes d'intégration de l'EIS.

Dans la province de Québec, les évaluations d'impact sur la santé ont été inscrites dans une loi de santé publique en 2001 ayant pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et du bien-être. Cette loi vise notamment à améliorer la collaboration intersectorielle au sein du gouvernement dans le but de mieux articuler et harmoniser les politiques qui ont impact sur les déterminants de la santé. Le Québec est l'un des rares gouvernements à avoir institutionnalisé les EIS au niveau central par le biais d'une législation spécifique. L'article 54 de cette loi désigne le ministre de la Santé comme conseiller au gouvernement pour toutes les questions de santé publique. 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 des populations. La stratégie du ministère de la Santé s'est dirigée sur deux grands axes : l'implantation d'un mécanisme intra-gouvernemental sur l'EIS, d'une part, et le développement et le transfert des connaissances des scientifiques vers les décideurs politiques sur les politiques favorables à la santé et au bien-être, d'autre part. Les acteurs de santé publique disposent, sur le plan institutionnel, de différents objets pour mettre en œuvre l'article 54 dans les administrations. Des évaluations ont ainsi été menées sur des thématiques telles que le développement de la filière aquacole, l'utilisation domestique de pesticides, l'installation de radars routiers, ou la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Même si cet encadrement légal représente une incitation forte à réaliser des EIS, ce levier d'action reste insuffisant en soi et l'EIS progresse lentement au Québec (Gagnon, Turgeon, Dallaire, 2008). La prise en compte de l'EIS dans le processus de décision gouvernemental est fortement dépendante d'une volonté politique affirmée d'appuyer son implantation et de développer des stratégies de soutien pour les praticiens de l'EIS au sein des différents ministères. Cette volonté, présente chez les acteurs de santé publique, semble au contraire faire défaut chez les dirigeants politiques ce qui freine le développement des EIS. L'encadrement légal de l'EIS n'a pas pu à lui seul assurer le succès de l'implantation des EIS au niveau des mécanismes gouvernementaux du Québec. D'autre part, la voie des évaluations environnementales, indépendante du contexte de l'article 54 mais qui constitue aussi une approche possible pour la mise en œuvre des principes de l'EIS, est également explorée au Québec.

En Suisse, les EIS ont pu faire l'objet d'une normalisation législative au niveau des cantons. Au plan national, la Suisse bénéficie d'un cadre normatif fédéral sur l'évaluation des politiques publiques puisque l'évaluation de l'efficacité des mesures prises par le gouvernement fédéral est inscrite dans la constitution. Il n'existe pas de loi fédérale sur la santé en Suisse ; l'EIS était inscrite dans un projet de loi fédéral sur la prévention et la promotion de la santé mais ce projet a été rejeté en septembre 2012. L'ancrage de l'EIS dans le processus de décision relève donc davantage de stratégies cantonales que d'une stratégie fédérale, dans un contexte où les cantons disposent de marges de manœuvre importantes sur les stratégies à adopter en matière de politiques de santé.

Le canton de Genève a fait figure de pionnier en Suisse sur la prise en compte de la démarche EIS. Il fut l'un des premiers avec les cantons du Jura et du Tessin à adopter la démarche de l'EIS en Suisse au début des années 90, encouragé par le développement au niveau fédéral et au sein de l'OFSP²⁶ d'une politique multisectorielle de la santé et par le réseau Villes-Santé de l'OMS avec lequel les liens sont bien développés. La volonté d'une intégration de l'EIS dans les activités de l'administration cantonale remonte à 2004, au moment du démarrage de la quatrième phase du réseau Villes-Santé de l'OMS. L'EIS a été inscrite dans la loi cantonale sur la santé adoptée en 2006 ; elle permet au gouvernement du canton de demander la mise en œuvre d'une EIS sur tout projet législatif susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé²⁷.

²⁶ Office Fédéral de la Santé Publique, Suisse.

²⁷ La loi du 7 avril 2006 précise que *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.*

L'institutionnalisation des EIS a suscité un vif débat, une partie des députés craignant que l'automatisation des EIS ne constitue un frein administratif pour le développement de l'activité économique, à l'image des études d'impact environnementales qui peuvent être utilisées par des groupes d'intérêt pour s'opposer à la mise en œuvre de certains projets d'aménagement. La base légale de l'EIS a été maintenue mais le projet initial d'une systématisation de l'EIS en cas d'impacts négatifs potentiels proposé par les autorités de santé cantonales n'a pu être retenu.

Dans la recherche d'un processus décisionnel et opérationnel visant l'introduction de l'EIS dans son administration, le canton du Jura s'est doté de la capacité à prendre en compte l'EIS par le biais d'arrêtés gouvernementaux. L'EIS a été développée dans le cadre de l'Agenda 21 du canton.

Dans le canton du Tessin, l'EIS a été identifiée comme une démarche permettant l'intégration de la dimension santé dans les politiques publiques. L'intégration au sein de l'administration et le développement des EIS ont été facilités par la signature d'arrêtés gouvernementaux en 2005 (portant sur l'introduction de la procédure dans l'administration) et en 2006 (portant sur la création d'une Commission sur l'EIS).

Un processus d'EIS éphémère : l'exemple de la Colombie-Britannique²⁸

La démarche d'implantation de l'EIS dans le processus de décision gouvernemental a débuté en Colombie-Britannique au début des années 1990, dans le but notamment de se doter d'outils pour intervenir sur la réduction des inégalités de santé, d'améliorer les connaissances sur les déterminants de santé et d'informer les décideurs sur les liens entre les politiques publiques et les impacts sur la santé. La première EIS est mise en œuvre au niveau du cabinet du ministère de la Santé en 1993. La démarche est ensuite inscrite dans la nouvelle politique de santé gouvernementale pour tous les textes gouvernementaux. Le ministère de la Santé entreprend l'élaboration d'outils et d'un guide sur la pratique de l'EIS, met en place des formations et propose des suggestions et des recommandations sur la démarche. Alors que la pratique se développe, la restructuration du ministère de la Santé conduit au départ des personnes clés ayant soutenu l'EIS. S'appuyant notamment sur une expertise indépendante estimant qu'*il n'est pas démontré que les processus d'EIS en place dans d'autres gouvernements entraînent des changements dans les politiques et programmes selon l'approche des déterminants de la santé ou encore qu'ils contribuent à l'amélioration de l'état de santé*, la démarche EIS est abandonnée à la fin des années 1990. Cet exemple illustre l'importance à accorder aux questions de l'intégration de l'EIS dans le cadre institutionnel lorsque la volonté politique existe de pérenniser la démarche. Plus que le manque de connaissances et de savoir-faire sur l'EIS, c'est ici l'absence de cadre législatif qui a occasionné la fin de l'expérience de l'EIS.

Le soutien à l'implantation de la pratique

En dehors de son inscription dans un cadre législatif qui peut/doit favoriser la prise en compte de l'évaluation, la mise en œuvre des EIS dans les collectivités est dépendante de la volonté politique et du soutien qui sera apporté pour que la démarche devienne effective et que les résultats de l'évaluation soient utiles. Elle peut être le fait d'actions spontanées mais celles-ci resteront sporadiques et limitées si leur prise en compte n'est pas portée par un mouvement plus puissant. Même au niveau local, la mise en œuvre d'une EIS dépend souvent de l'implication et de l'influence du personnel politique. Il est nécessaire pour que ce soutien politique s'organise d'identifier la démarche EIS comme un outil permettant de répondre à des enjeux politiques prédéfinis et capable de s'implanter dans un contexte établi.

²⁸ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Héroux de Sève J. *Bilan et perspectives 2002-2007. À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics : l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique*. Gouvernement du Québec - Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008 ; 66 p.

Le soutien passe en premier lieu par la volonté de mettre en place un contexte favorable à la prise en compte de l'EIS : information et communication, promotion de la démarche, création de centres de ressources documentaires et statistiques, création de groupes de travail sur l'EIS, sur la santé dans les autres politiques, développement et intégration de réseaux, mise au point de méthodes et d'outils adaptés, expérimentations pratiques. Ce soutien passe également par le développement des connaissances et des compétences des praticiens de l'EIS sur la démarche d'évaluation et sur les déterminants de santé en général, par la mise au point de formations, l'édition de guides pratiques pour différents niveaux d'intervention (local, régional). L'accès aux informations est également primordial dans le but de documenter l'analyse ; les bases de données scientifiques et administratives doivent être mobilisables par les porteurs de l'évaluation. L'implication politique est bien le levier principal du développement de l'EIS.

En Europe en 2008, seuls quatre pays –Angleterre, Pays de Galles, Pays-Bas et Finlande– étaient parvenus à instaurer un dispositif relativement complet favorable à la mise en place des EIS, supposant un soutien des autorités politiques, des organismes et des moyens dédiés et une capitalisation des connaissances sur les liens de cause à effet sur la santé²⁹. C'est au Royaume-Uni, et notamment au Pays de Galles, où les EIS sont initiées depuis le début des années 1990, que la démarche a le plus progressé. Plus récemment, la Suisse et notamment certains cantons ont également porté leurs efforts sur le développement d'une démarche d'intégration de l'EIS dans leur processus de décision comme l'illustrent les exemples pris dans le cadre de cette étude.

L'EIS du projet d'agglomération franco-valdo-genevois³⁰

La mise en œuvre d'un projet d'agglomération transfrontalier impliquant 204 communes réparties sur deux cantons suisses (Genève et Vaud), deux départements français (Ain et Haute-Savoie) et une région (Rhône-Alpes), a suscité la mise en œuvre d'une EIS multi-partenariale complexe et très documentée, réalisée en articulation avec l'évaluation environnementale stratégique (EES) du projet. La préoccupation de mettre en place un projet d'agglomération favorable à la santé et au bien-être à long terme a motivé cette EIS. Elle a été mise en œuvre bien en amont du projet, au niveau des orientations stratégiques pour une prise en compte des enjeux de santé en relation avec le développement économique de l'agglomération. Elle a intégré les objectifs de plusieurs schémas territoriaux de part et d'autre de la frontière : DTPR (Développement des Transports Publics Régionaux), SCOT, plan directeur cantonal et régional, charte d'aménagement.

Les impacts sur la santé ont été évalués sur deux scénarios, un scénario non interventionniste (« laisser faire »), sans mise en œuvre du projet d'agglomération, et un scénario d'intervention (réalisation du projet). Ce second scénario a été modélisé à l'horizon 2020 sur la base d'un développement de l'agglomération intégrant les objectifs des différents schémas précités, et à l'horizon 2030 sur l'hypothèse d'un développement basé sur la densification du milieu urbain.

Le cadrage de l'EIS a porté sur plusieurs enjeux de santé préalablement identifiés : améliorer la qualité des systèmes de transport (promotion de transports favorables à la santé), intervenir sur la densification urbaine (promouvoir la mixité fonctionnelle, favoriser l'émergence d'espaces publics et de loisirs de proximité), améliorer la sécurité routière, réduire les atteintes environnementales (qualité de l'air et protection contre le bruit). L'évaluation s'est basée sur l'utilisation de données quantitatives et qualitatives, ces dernières venant compléter des données chiffrées lorsque celles-ci n'étaient pas disponibles ou non pertinentes. L'évaluation n'a pas retenu d'objectifs chiffrés ; son approche s'est basée sur l'analyse de l'évolution du territoire en termes de tendances.

²⁹ Wismar M, Blau J, Ernst K, Elliott E, Golby A, Van Herten L, Lavin T, Stricka M, Williams GH. La mise en œuvre et l'institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé en Europe. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 64-78.

³⁰ Diallo T. *Évaluation d'impact sur la santé réalisée dans le cadre du Projet d'agglomération franco-valdo-genevois*. In Richoz S, Boulianne LM, Ruegg J. Santé et développement territorial : enjeux et opportunités. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010 ; pp. 123-30.

Diallo T, Litzistorf N. *Projet d'agglomération franco-valdo-genevois. Cahier annexe n° 6 : Évaluation d'impact sur la santé*. Genève : Comité régional franco-genevois, 2007 ; 91 p.

Les impacts sur la santé sont exprimés en termes de coûts évités par la mise en œuvre du scénario d'intervention ; ils représentent les impacts positifs de ce scénario et les impacts négatifs du scénario de « laisser faire ». L'évaluation estime que le projet d'agglomération permettrait d'éviter des coûts sanitaires estimés à 73 millions d'Euros par an à l'horizon 2020 et à 130 millions d'Euros par an à l'horizon 2030. Ces impacts sont particulièrement chiffrés sur l'enjeu de la mobilité. Les politiques de réduction de la voiture individuelle en faveur des modes de transports doux (vélo, marche à pied) et des transports en commun ont un impact attendu sur la sédentarité, facteur de risque notamment pour les maladies cardiovasculaires. Les impacts seraient de l'ordre d'environ 19 millions d'Euros par an en 2020 et 27 millions d'Euros par an en 2030. Sur l'enjeu de la pollution de l'air et des nuisances sonores, ils seraient de 10 millions d'Euros par an en 2020, et de 24 millions d'Euros par an en 2030. Sur celui de la sécurité routière, l'estimation s'élève à 43 millions d'Euros par an en 2020 et à 78 millions d'Euros par an en 2030. Ces évaluations économiques sont particulièrement efficaces pour illustrer les liens existant entre la santé et les autres politiques publiques (non santé) et sensibiliser les dirigeants et les autres secteurs sur la portée de ces impacts.

Les recommandations de l'EIS ont été formulées sur la conduite de politiques liées à l'extension du réseau des pistes cyclables, à la limitation de la vitesse, à une meilleure répartition territoriale de l'habitat et de l'activité et au développement des espaces de loisirs de proximité.

Cette EIS a suscité peu de réactions en France où le projet a été peu perçu. Les évaluateurs ont indiqué des difficultés à mobiliser des données comparables de part et d'autre de la frontière, notamment sur le sujet du bruit pour lequel les données étaient inexistantes côté français.

Cette évaluation a mobilisé quatre personnes et a été menée en une année.

NB : Les sommes exprimées en Francs Suisses ont été converties en Euros (1 EUR = 1.23 CHF).

Perspectives de développement de l'EIS dans le Nord – Pas-de-Calais : opportunités, limites, stratégies

Opportunités et limites de l'EIS

CE QUI PLAIDE EN FAVEUR DE L'EIS

Outre les aspects relatifs à la promotion de la santé, les arguments régulièrement évoqués dans la littérature en faveur de l'EIS sont tous attachés à la nécessité de changer d'approche et de culture politique et organisationnelle pour aborder les grands défis qui se proposent à nos sociétés. La transversalité et l'intersectorialité, la coordination et l'homogénéisation des politiques publiques sont des objectifs stratégiques qui nécessitent de nouveaux outils et de nouvelles méthodes de travail et d'évaluation à tous les niveaux de décision. Les objectifs de développement durable sont le moteur de ces préoccupations et la région Nord – Pas-de-Calais a déjà mis en place des méthodes et des outils pour permettre de répondre à cette nécessité d'adaptation dans les territoires. La santé comme l'environnement sont au cœur de ces préoccupations mais n'y sont pas évalués de la même manière.

L'EIS est aujourd'hui reconnue au niveau international comme une démarche propice à la sensibilisation des décideurs envers leurs responsabilités sur la santé des populations. Elle démontre de manière la plus objective possible l'impact des politiques publiques de l'ensemble des secteurs sur la santé et le bien-être des populations. Elle permet de diffuser l'idée que la santé est une ressource à préserver par le biais de l'ensemble des décisions publiques et donc à la pensée et aux méthodes intersectorielles de se propager. De manière plus opérationnelle, elle est l'occasion de pouvoir intervenir au début du processus de décision, à l'étape de formulation des politiques, et de privilégier les scénarios les plus favorables à la santé.

On peut dresser une liste des arguments les plus fréquemment cités à propos des bénéfices attendus et constatés de la prise en compte opérationnelle de l'EIS, regroupés ici en trois catégories : les décideurs, le secteur de la santé et la collectivité en général³¹.

Pour les décideurs

- Permettre aux décideurs de disposer de données probantes pour établir des politiques favorables à la santé ;
- Influencer les mesures attendues en amont du processus de décision afin de minimiser les impacts négatifs et de maximiser les effets positifs sur la santé ;
- Soutenir le processus de décision par l'apport d'informations additionnelles sur les conséquences attendues sur la santé et le bien-être d'un projet politique ;
- Permettre d'articuler de manière opérationnelle la santé avec les autres préoccupations politiques, notamment au niveau régional et local, comme le développement durable, l'aménagement et le développement territorial, les impacts sociaux, etc. ;
- Favoriser la collaboration intersectorielle et coordonner plus efficacement les actions entre les secteurs pour protéger la santé ;
- Permettre de répondre à la montée des exigences citoyennes en matière de santé, d'associer la participation citoyenne de manière la plus neutre possible par le biais de la consultation et de prendre connaissance des préoccupations sur la santé et le bien-être du projet ;

³¹ Classification inspirée du document de l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé cité dans la bibliographie.

- Favoriser la collaboration autour d'un projet territorial qui concerne plusieurs secteurs, plusieurs partenaires, plusieurs collectivités ;
- Permettre de tisser des liens et de former des coalitions, notamment localement ;
- Permettre d'augmenter la légitimité des décisions publiques par l'implication de l'ensemble des parties prenantes et des citoyens au stade de l'élaboration des politiques ;
- Contribuer à améliorer, du point de vue économique, le ratio coût/bénéfice pour les mesures engagées ;
- Permettre d'évaluer les externalités sanitaires des autres politiques publiques ;
- Permettre d'améliorer la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques ;
- S'inscrire dans un processus de développement durable ;
- Informer et soutenir les décisions importantes dans plusieurs domaines, en santé publique et ailleurs ;
- Permettre de prendre en compte une approche basée sur la problématique du milieu, de l'environnement au sens large, du territoire qui influence la santé des individus par la production d'éléments néfastes ou bénéfiques, de fragilités ou d'aménités ;
- Apporter de la transparence pour les décisions politiques, en permettant aux décideurs de montrer qu'ils ont tenu compte, en se basant sur la meilleure preuve scientifique disponible et sur les connaissances et avis citoyens, de tous les aspects relatifs à la santé et au bien-être de la population dans toutes les politiques publiques qui peuvent être concernées par des impacts potentiels.

Pour le secteur de la santé

- Promouvoir la mise en œuvre de politiques plus favorables à la santé et au bien-être ;
- Agir pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Favoriser l'ouverture et la collaboration avec les autres secteurs qui agissent sur les déterminants de la santé ;
- Sensibiliser les décideurs des autres secteurs sur les conséquences de leurs politiques en termes d'impact sur la santé et sur les inégalités de santé ;
- Amener les décideurs politiques à modifier leurs politiques pour prendre en compte les impacts potentiels sur la santé de certaines populations, notamment les plus vulnérables ;
- Inciter à la collaboration entre les différentes parties prenantes dans les territoires ;
- Permettre de rendre plus opérationnels les principes liés à la promotion de la santé ;
- Répondre en partie au besoin de disposer de plus de données probantes sur les bénéfices de la promotion de la santé.

Pour la collectivité

- Permettre d'envisager des améliorations attendues sur l'état de santé par la réduction des effets négatifs et l'optimisation des effets positifs ;
- Contribuer à la mise en place d'environnements et de comportements favorables à la santé et au bien-être ;
- Contribuer au développement de connaissances partagées sur les déterminants sociaux, économiques, territoriaux et environnementaux de la santé et du bien-être ;
- Contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Contribuer au développement de la démocratie locale (parties prenantes et participation citoyenne) ;
- Favoriser le débat public, la participation et la concertation citoyennes ;
- Permettre de renforcer le partenariat au sein des territoires ;
- Permettre de renforcer et de favoriser le lien social ;
- Permettre de diffuser et de rendre accessibles à tous les résultats des recherches scientifiques les plus récentes.

LES CRITIQUES ET LES LIMITES RELEVÉES À PROPOS DE L'EIS

Les limites de l'EIS sont de plusieurs ordres. Elles sont d'abord conceptuelles : l'EIS est un objet mal connu et mal identifié, non obligatoire et donc généralement sans ressource particulière. Une première phase de scepticisme est souvent observée dans la mise en place des EIS. Leur mise en œuvre, au sein des administrations, est susceptible de créer des conditions de rejet si un travail n'a pas été effectué en amont pour favoriser leur prise en compte. Il existe en effet un risque d'accumulation des études d'impact auquel peuvent déjà être confrontés les services (environnementaux, développement durable, économiques, sociaux) et qui est à même de créer un contexte défavorable. En outre, les services hors du champ de la santé sont également susceptibles d'invoquer le respect des champs de compétence et de percevoir le déploiement des EIS comme une intrusion du secteur de la santé dans leur domaine. L'appropriation de la démarche peut donc passer par une phase de résistance qui se traverse par l'apprentissage, par l'expérience et par l'élaboration de méthodes adaptées.

Les EIS s'inscrivent en outre dans une approche basée sur la collaboration intersectorielle en faveur de la santé, qui demande souvent d'aborder de nouvelles méthodes de travail et de nouvelles manières de concevoir les décisions publiques. Les cultures sectorielles dans la gestion des politiques publiques entravent les EIS qui sont par nature intersectorielles³². L'intégration de la démarche au sein des organisations peut être particulièrement difficile notamment pour ces raisons. En Suède, où le principe de la collaboration intersectorielle est au cœur de la politique de santé, les EIS ont été mises en œuvre au titre de ces préoccupations. Leur intégration au sein de collectivités a été jugée plus difficile que celle des EIE qui s'appuient sur une logique moins complexe. Il peut également exister des difficultés et/ou réticences des acteurs extérieurs au domaine de la santé à se familiariser avec les concepts et la documentation liés à la santé.

Les limites abordées sont également méthodologiques : elles concernent les difficultés à prédire certains effets sur la santé, à quantifier des impacts dans un fonctionnement systémique et avec des données parfois parcellaires voire critiquables. La modélisation de la dissémination des impacts sur les différents groupes de populations et notamment sur les plus vulnérables peut se révéler fragile. La qualité de la prévision de certaines EIS peut être remise en cause à ce titre, et certaines études montrent des divergences entre les prévisions et les impacts constatés³³, ce qui rappelle le besoin d'approfondir les recherches sur la validité des conclusions de l'EIS. Certaines expériences de mise en place des EIS au sein des administrations ont d'ailleurs été abandonnées, notamment en raison de la difficulté de prédire les gains de santé potentiels (voir par ailleurs le cas de la Colombie-Britannique). Dans un autre registre, une méthode basée sur une revue de littérature scientifique qui ne prendrait pas suffisamment en compte le contexte local, par une étude de terrain basée sur la mobilisation/création de données et/ou la participation citoyenne, peut également être soumise à critique.

On attribue aussi comme limite aux EIS, et bien qu'elles ne lui soient pas propres, les difficultés liées au transfert de connaissances entre les scientifiques et les décideurs politiques. La difficulté de hiérarchiser et d'attribuer précisément aux différents déterminants de santé une part dans la constitution des inégalités peut en effet compliquer la définition des priorités politiques.

Les critiques peuvent également être dirigées sur les objectifs politiques investis sur l'EIS. Il peut être reproché aux EIS de mettre davantage l'accent sur la procédure (conscientisation des acteurs et des décideurs, création de liens entre les groupes) plutôt que sur le résultat (répercussions concrètes sur la prise de décision et sur les politiques publiques). Comme toute démarche d'évaluation, l'utilisation de l'EIS peut également servir de manière détournée à affirmer un choix, et donc à servir un objectif particulier en le légitimant. Et comme toute démarche d'évaluation, elle

³² Gagnon F, Turgeon J, Dallaire C. L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d'action. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 79-94.

³³ Petticrew M, Cummins S, Sparks L, Findlay A. Validating Health Impact Assessment: Prediction is Difficult (especially about the future). *Environmental Impact Assessment Review* 2007; 27: 101-7.

est soumise aux critiques sur la manipulation des experts, le conditionnement voire la ghettoïsation de la pratique, ou encore sur l'impartialité des évaluateurs ; cette dernière remarque se révélant pertinente en particulier lorsque les porteurs de politiques, programmes ou projets sont leurs propres évaluateurs.

Enfin, l'utilisation des EIS peut également se révéler inadéquate dans des contextes et sur des sujets où les intérêts sont trop puissants et les positions trop solidement établies pour qu'une étude, aussi impartiale soit-elle, puisse influencer durablement le processus d'élaboration d'une mesure envisagée.

EIS et stratégies régionales : l'exemple du Grand Londres

Au Royaume-Uni, les EIS ont été majoritairement appliquées sur des politiques locales et notamment sur des plans et des projets d'aménagement territoriaux. Nous relatons ici l'exemple d'EIS menées sur le projet de développement de l'agglomération du Grand Londres au début des années 2000.

Le contexte

L'agglomération du Grand Londres (7,5 millions d'habitants) est dirigée par le maire élu qui bénéficie de pouvoirs importants ; il est notamment responsable de la mise en œuvre des politiques régionales du Grand Londres. Il a pour objectif assigné de promouvoir l'amélioration de la santé des habitants de l'agglomération dans un contexte marqué par des inégalités patentes au sein de la population. Le développement des EIS doit beaucoup au rôle central du directeur régional de la santé publique, à la toute fin des années 1990, qui alerte sur les conséquences mésestimées sur la santé des autres politiques publiques. Une « Coalition pour la santé » est créée, qui reconnaît le rôle que peut jouer l'EIS pour limiter ces impacts et qui fait la promotion de la démarche. Les EIS sont intégrées dans le processus de décision de l'agglomération en 2000.

La conduite des EIS

Toutes les stratégies du plan de développement de l'agglomération ont fait l'objet d'une EIS car toutes étaient susceptibles d'agir sur un ou plusieurs déterminants de santé : transports, développement économique, gestion des déchets, qualité de l'air, biodiversité, aménagements des espaces ou culture. Le plan stratégique du développement de Londres, qui pilote l'ensemble des stratégies, a également été évalué par le biais de l'EIS. La stratégie s'est tournée vers des évaluations rapides (moins de deux mois accordés) en amont des consultations publiques. Chaque EIS a été suivie par un comité de pilotage composé des autorités du Grand Londres, de la London Health Commission³⁴, du National Health Service de Londres, de l'observatoire de la santé de Londres et d'un expert de santé publique. Le comité a procédé à une première analyse rapide des enjeux relatifs à la santé dans les neuf stratégies développées. Les différentes parties prenantes ont été réunies par le biais d'un mécanisme de consultation très ouvert (de 250 à 600 participants par stratégie évaluée) basé sur la création de plusieurs ateliers de travail. Ces réunions ont permis d'exposer au plus grand nombre les enjeux stratégiques ainsi que les préoccupations de santé qui peuvent y être rattachées et les ateliers de travail ont permis de faire collaborer l'ensemble des participants souhaitant s'exprimer. Ces séances de travail collectif ont été très rapides puisqu'elles ont duré en moyenne une demi-journée. L'ensemble de la restitution des débats ainsi que les éléments de preuves sur les impacts au préalable rassemblés sont intégrés au rapport. Celui-ci est réalisé par un consultant externe et soumis par la suite aux remarques des participants aux ateliers, lesquelles seront également versées au rapport. Il est ensuite remis à la London Health Commission pour débat et ratification avant sa remise aux dirigeants de l'agglomération.

Les enseignements

La mise en œuvre des EIS dans le Grand Londres a été riche d'enseignements pour la collectivité. L'EIS a tout d'abord permis de mettre en avant les préoccupations de santé dans les stratégies de développement du territoire, notamment économiques, qui jusqu'alors n'y accordaient qu'une importance toute relative. Le rôle de l'EIS sur la prise de décision en faveur de la santé a été bien identifié ; la démarche a permis de

³⁴ Dérivée de la « Coalition pour la santé ».

sensibiliser les différents acteurs sur les préoccupations de santé et sur leurs déterminants. La rapidité des EIS et les analyses non approfondies, notamment en termes de quantification des impacts, n'ont pas constitué un frein pour le processus. Les EIS se sont améliorées dans leurs méthodologies et dans leur efficacité à mesure de leur utilisation. La mise en relation des neuf EIS réalisées a permis d'analyser les synergies et les conflits existant entre les EIS et d'améliorer la compréhension des enjeux. Enfin, l'équipe dirigeante a pu tirer parti de la transparence de la démarche qui lui a permis de mettre la santé à l'agenda de l'ensemble des politiques et de tenir son obligation de veiller à l'amélioration de la santé des habitants.

Rapport révisé par la London Health Commission, recommandations et remise aux autorités du Grand Londres.

Source : Mindell J, Bowen C, Herriot N, Atkinson S. *L'évaluation d'impact sur la santé : un instrument de santé publique dans le développement des stratégies régionales. Télescope* 2008 ; 2(14) : 26-37.

Quelles stratégies de développement dans le Nord – Pas-de-Calais ?

AU REGARD DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DES OBJECTIFS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AFFICHÉS PAR LES POLITIQUES PUBLIQUES

Le lien entre l'EIS et la lutte contre les inégalités sociales et environnementales de santé est clairement établi dans les publications consultées dans le cadre de ce rapport. L'EIS, qui est guidée par les concepts d'équité et de justice sociale, est utilisée dans différents pays et à différents niveaux dans un objectif de lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales et territoriales de santé. C'est également à ce titre que cette démarche mériterait d'être développée en France et particulièrement dans le Nord – Pas-de-Calais où ces inégalités sont plus marquées qu'ailleurs.

L'IGAS, dans son rapport sur les inégalités sociales de santé, recommande d'ailleurs de s'inspirer des bonnes pratiques issues des expériences étrangères pour lutter contre les inégalités sociales de santé, et notamment de la démarche EIS.

État de santé et inégalités dans le Nord – Pas-de-Calais

Les indicateurs du Nord – Pas-de-Calais disponibles sur le sujet des inégalités sociales et environnementales de santé sont révélateurs de la situation défavorable de la région et de ses territoires. Les Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) calculés par âge, par sexe et par PCS, dont on peut disposer en routine, sont les premiers indicateurs de ces inégalités, ici constatées devant la mort. La région présente la mortalité prématurée évitable la plus élevée de France, aussi bien pour l'ensemble des causes de mortalité que pour la mortalité par cancer, ou pour des causes attribuables aux comportements à risques ou au système de soins. Les écarts mesurés entre hommes et femmes sont également importants. D'autres indicateurs –économiques, sociaux ou environnementaux– témoignent aussi de l'importance de ces inégalités sociales et territoriales par rapport à la France et entre territoires locaux, qui se transforment ensuite en inégalités devant la santé³⁵. Des indicateurs synthétiques comme l'Indice de Développement Humain (IDH) ou l'Indice de Santé Sociale (ISS), qui ont été élaborés pour offrir des visions alternatives aux indicateurs classiques du développement économique, représentent en quelque sorte un mix chiffré de ces inégalités. Ils ne sont pas plus flatteurs que les autres et la région se place systématiquement au dernier rang des régions françaises. L'IDH, qui peut se décliner au niveau communal dans sa version 4³⁶, permet d'aborder plus finement la question territoriale des inégalités. Celles-ci sont en revanche difficilement observables de manière systématique à l'échelon, par exemple, des quartiers et notamment des Zones Urbaines Sensibles (ZUS) qui concentrent ces inégalités et où réside environ 10 % de la population régionale.

³⁵ On peut se référer à la publication récente de l'ORS Nord – Pas-de-Calais, *La santé en poche*, qui offre un panorama des indicateurs relatifs aux grands déterminants de la santé disponibles, mobilisables et comparables pour la région et pour ses territoires.

³⁶ On se référera, notamment sur le sujet de l'IDH4, aux travaux de la [D2DPE](#), service du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Selon le rapport de l'IGAS (2011), la lutte contre les inégalités sociales de santé dans la politique nationale de santé se limite à la prise en compte des populations vulnérables et à l'accès aux soins, délaissant une grande partie des autres déterminants. Cette constatation est un argument en faveur de la prise en compte de l'EIS dans les politiques de santé. Son utilisation peut être ciblée sur des actions de prévention ou d'éducation à la santé dans le but notamment d'élargir le champ des déterminants de santé pris en compte et d'évaluer le rapport coût/bénéfice des actions envisagées. Mais l'objectif premier de la démarche est bien de développer les principes de prévention et de promotion de la santé dans d'autres politiques publiques, et de permettre par ce biais d'envisager une politique de santé plus ouverte et davantage intégrée aux autres politiques.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est un objectif transversal de la politique de santé en France et dans la région et s'affiche également comme un objectif plus global dans d'autres politiques qui ne relèvent pas de la santé. Le développement de la démarche EIS peut venir s'appuyer sur cette volonté politique partagée, inscrite notamment au cœur des différents documents d'orientations stratégiques régionaux. Nous avons relevé au sein de deux grands programmes stratégiques concernant le Nord – Pas-de-Calais, l'un sur la santé et l'autre sur l'aménagement territorial, des éléments relatifs aux inégalités sociales et territoriales de santé qui constituent des arguments favorables à l'expérimentation de l'EIS dans la région.

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est inscrite comme un objectif central du PSRS. Il reconnaît le rôle fondamental des déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé propres à chaque territoire et mise sur les actions de prévention, de dépistage et d'éducation à la santé pour lutter contre ces inégalités. Il souligne également l'importance *d'agir de façon concertée sur les déterminants de la santé* en se référant notamment à la Charte d'Ottawa et appelle l'ensemble des politiques publiques à mieux prendre en compte la dimension santé. Il reconnaît en outre le rôle privilégié des territoires locaux pour mettre en œuvre les actions destinées à contrer la formation de ces inégalités.

Les Plans et Programmes dérivés du PSRS et du Plan Régional de Santé et adaptés en région en fonction des objectifs nationaux et des priorités régionales doivent également décliner cet objectif transversal. Les inégalités sont notamment abordées dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) qui doit permettre de développer des actions en faveur des populations les plus vulnérables, celles-là même que l'on retrouve comme public cible privilégié dans les EIS.

Le Plan Régional de Santé au Travail (PRST) aborde la question de l'exposition professionnelle aux risques pour la santé, et notamment de l'exposition aux agents environnementaux infectieux tels que les CMR (Cancérogène, Mutagène et Reprotoxique).

Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) se donne pour ambition de limiter les nuisances environnementales défavorables à la santé. Il développe des actions pour agir sur les déterminants environnementaux de la santé tels que le bruit, la pollution (air, eau, sol), la qualité de l'air intérieur, l'habitat et l'alimentation, et ainsi favoriser des milieux de vie sains.

Le Programme Régional Nutrition Santé (PRNS) doit aider à favoriser l'activité physique et faire baisser la sédentarité.

Comme le mentionne l'avis rendu par la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie³⁷ (CRSA), la promotion de la santé ne semble pas faire l'objet d'un développement particulier dans le cadre du PSRS. La lutte contre les inégalités de santé se résume souvent à des actions affiliées au seul système de santé (prévention, éducation pour la santé) et ayant pour objectif principal d'agir sur les comportements individuels pour favoriser un recours plus précoce aux soins. S'il est vrai que la promotion de la santé ne peut être la seule préoccupation du secteur de la santé, la charge d'organiser la stratégie et les actions de promotion de la santé comme un élément de réponse pour lutter contre les inégalités de santé lui incombe.

³⁷ Avis rendu le 11 avril 2011.

Il pourrait être intéressant, dans ce contexte, de développer l'utilisation de l'EIS sur les futurs plans et programmes liés à la prévention et à la promotion de la santé. Cela pourrait permettre d'évaluer le rapport coût/bénéfice et de mieux saisir l'ensemble des déterminants de santé qui sont susceptibles de s'exprimer dans le cadre des mesures envisagées afin notamment d'apporter des indicateurs d'impacts sur des politiques qui en manquent cruellement. Mais c'est principalement la culture d'une action intersectorielle en santé qui doit être développée afin d'agir de manière concertée sur les déterminants de santé. Les EIS constituent un élément de réponse méthodologique pour insuffler de la santé dans l'ensemble des politiques publiques ; le secteur de la santé peut se saisir de cette démarche comme d'une occasion pour notamment apporter des expertises sur les autres politiques publiques ayant un impact sur les déterminants de santé, accroître sa collaboration avec les autres secteurs ou encore fédérer des partenaires autour de problématiques communes.

Le Schéma Régional d'Aménagement et de Développement Durable du Territoire (SRADDT)

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont également au cœur du SRADDT. Le schéma régional décline de nombreux objectifs qui sont reliés à la santé et à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. La santé y est envisagée dans une problématique [...] *globale de bien-être qui devra intégrer, dans une perspective de développement durable, des éléments comme la condition de vie, de travail, la gestion des risques, les inégalités sociales*. L'enjeu n° 4 du SRADDT, qui est de promouvoir le bien-être et le mieux-vivre ensemble, est le plus marquant en matière de santé. Mais plusieurs autres enjeux soulevés dans le SRADDT sont également intéressants au regard de la démarche EIS. Ils sont à rapprocher des fondements et des valeurs qui guident la démarche de l'évaluation d'impact sur la santé et semblent plaider en faveur de la prise en compte de l'EIS au niveau régional et sur les territoires locaux du Nord – Pas-de-Calais.

- *Renforcer et structurer la prévention durable et l'éducation pour la santé* pour notamment *réduire l'impact des inégalités sociales et territoriales*. Les EIS peuvent aider à prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé dans les actions de prévention et d'éducation pour la santé même si elle est à priori une démarche destinée à intervenir sur les politiques publiques qui ne relèvent pas du domaine de la santé.
- *Prendre en compte le développement durable dans l'ensemble des activités existantes*. L'EIS est une démarche axée sur le développement d'une santé durable. La santé et le développement durable sont deux notions aux objectifs similaires et complémentaires qui présentent des démarches communes et s'appuient sur des territoires analogues.
- *Promouvoir l'appropriation des sciences par la société civile*. Le partage d'une information scientifique claire sur les enjeux relatifs à la santé des populations est une valeur fondamentale de l'EIS.
- *Diffuser le concept de responsabilité sociale et environnementale*. La démarche EIS est également destinée à faire admettre à l'ensemble des décideurs publics leur responsabilité en termes d'impact sur la santé des populations.
- *Renforcer la présence et la capacité d'expression du Nord – Pas-de-Calais dans des lieux et sur des sujets européens et internationaux*. L'évaluation d'impact sur la santé est un sujet international qui mobilise de nombreuses expertises à travers le monde, donne lieu à de nombreux échanges et collaborations et sur lequel la France ne s'est que très peu investie.
- *S'appuyer sur des coopérations internationales pour dynamiser les projets collectifs et territoriaux*. La démarche EIS est basée sur la remontée d'information, l'échange de connaissances et sur la coopération internationale.
- *Organiser un système de transport au service de l'attractivité des territoires, du bien-être de la population et de la mobilité régionale*. Les transports sont une thématique de prédilection pour mettre en place une EIS tant les enjeux relatifs aux transports et à la santé sont complexes.
- *Favoriser la participation démocratique dans les fonctionnements institutionnels, économiques et sociaux ; encourager l'ouverture de la participation dans les processus de décision publique*. La dimension participative est au cœur de la démarche EIS. Une EIS peut en outre être axée principalement

sur la participation citoyenne, notamment dans le but de parvenir à une meilleure compréhension partagée des enjeux de l'évaluation, de favoriser le dialogue et le débat autour d'un projet, d'améliorer les chances de consensus, etc. La consultation des populations susceptibles d'être touchées par la mesure, et notamment des plus vulnérables d'entre elles, est préconisée dans le cadre d'une EIS.

- *Organiser des espaces de débat public pour accompagner les évolutions sociales.* L'EIS se donne pour objectif de favoriser le débat public par la prise en compte d'une expertise citoyenne en complément de l'expertise scientifique.
- *Participer à la construction d'une connaissance partagée au service de tous.* L'EIS donne lieu à un rapport qui peut être accessible à tous et qui expose, par des propos clairs et des méthodes transparentes, l'état des connaissances sur les préoccupations particulières de santé abordées lors de l'évaluation.
- *Favoriser les processus d'innovation dans l'action publique.* L'EIS est une démarche peu développée en France et dans la région Nord – Pas-de-Calais. La mise en œuvre d'EIS pour modifier le fonctionnement du processus de l'action publique en faveur de la santé est, de ce point de vue, une réelle potentialité d'innovation pour la région et pour ses territoires.

S'APPUYER SUR LE CADRE EXISTANT

Une réflexion engagée sur la mise en œuvre des EIS au niveau local

L'intérêt pour la mise en œuvre des EIS dans les politiques publiques locales et régionales est croissant en France bien que son développement reste timide en raison du manque d'un réel engagement politique et des difficultés à démontrer les potentialités d'une démarche qui reste encore confinée et sans moyens de développement. La situation semble progresser puisque la DGS (Direction Générale de la Santé), en collaboration avec l'EHESP³⁸ (École des Hautes Études en Santé Publique), est en cours de réflexion sur le développement d'une méthodologie d'évaluation des impacts sur la santé dans les documents d'urbanisme et les projets d'aménagement. Cette réflexion est susceptible d'apporter des pistes sur le développement de l'EIS au niveau local et régional. Une démarche de mise en avant et de promotion de l'EIS a été engagée en Bretagne par la sortie d'une publication conjointe (ARS de Bretagne, Association S2D³⁹, Ville de Rennes) destinée aux décideurs des collectivités territoriales et axée sur la santé en milieu urbain et sur le développement durable.

Un objectif de santé souvent partagé par les collectivités

Sans que les collectivités territoriales n'exercent de compétences formelles en matière de santé, nombreuses sont celles, à commencer par la Région, qui ont développé des politiques volontaristes, alertées par un état de santé de la population plus problématique qu'ailleurs. Le « contexte santé » de la Région est à ce titre probablement plus dynamique qu'ailleurs, avec beaucoup d'acteurs et de collectivités territoriales investis, beaucoup de projets et d'expériences au niveau local qui visent à agir sur la santé des populations autrement que par des actions sur le système de santé (social, éducation), tout en s'efforçant au maximum d'y associer l'expertise du monde de la santé. En outre, elles se mobilisent généralement autour des thématiques du bien-être et de l'environnement pour prendre en compte les problématiques de santé au sein de leurs politiques (aménagement du territoire, transport, logement, etc.). Cette volonté d'intégrer la santé dans les politiques locales émane de nombreuses collectivités de la région, ce qui constitue un atout pour les EIS dont les valeurs sont susceptibles d'être plus facilement partagées par des acteurs locaux sensibilisés aux déterminants sociaux de la santé.

³⁸ L'EHESP est par ailleurs la seule organisation connue en France ayant intégré un module de formation sur l'EIS dans son enseignement.

³⁹ Association Internationale pour la Promotion de la Santé et le Développement Durable, centre collaborateur de l'OMS.

Des réseaux qui peuvent constituer un soutien ?

Le réseau des Villes-Santé de l'OMS, créé en 1988 et qui réunit près de 80 villes en France, dont 11 communes ou regroupements de communes dans le Nord – Pas-de-Calais⁴⁰, peut être envisagé comme un élément de contexte facilitateur. L'objectif de ce réseau est d'encourager, de développer et de partager des connaissances, des pratiques et des expérimentations nouvelles en élaborant des concepts et en les concrétisant dans divers contextes organisationnels⁴¹. Le bureau régional de l'OMS en Europe avait fait du développement des EIS un des objectifs prioritaires de la phase IV (2003-2007) du programme Villes-Santé, dans le but d'inciter les collectivités à déployer les moyens pour leur mise en œuvre, ce réseau ne pouvant supporter à lui seul le développement de la démarche. L'objectif général de la phase actuelle (phase V, 2009-2013) est de mieux prendre en compte la santé et l'équité dans l'élaboration des politiques locales et de faire de la santé un objectif transversal du développement local. Ces éléments sont en faveur de la prise en compte des Villes-Santé comme terrains d'expérimentation appropriés pour les EIS. Les dirigeants locaux disposent de leviers pour développer la santé urbaine dans leurs compétences réglementaires. Le réseau a d'ailleurs engagé un axe de travail sur l'intégration du projet Villes-Santé au sein des Agendas 21 locaux.

Dans le même ordre d'idée, l'association Élus, Santé Publique et Territoires (ESPT, 2005), qui fonctionne sur le modèle des Ateliers Santé Ville de l'OMS, encourage la promotion de toute politique visant à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé au niveau des communes et des groupements de communes. Elle peut également constituer une chambre d'écho pour le développement des EIS.

Des cadres d'application existant en adéquation avec les objets de l'EIS : l'exemple des Agendas 21

Les cadres de planification dans lesquels peuvent venir s'articuler les EIS dans la région sont nombreux : SRADDT, Plan Climat, PRSE, Agenda 21, documents d'urbanisme –SCOT ou PLU–, projets de ville ou de quartiers, etc.

Prenons l'exemple de la démarche d'Agenda 21 qui est transversale et partagée localement (Agendas 21 locaux) ; elle doit notamment favoriser la préservation des milieux et des ressources, la cohésion sociale et solidaire, l'épanouissement individuel, des modes de production et de consommation responsables. Le défi 7 de l'Agenda 21 définit des leviers d'action relatifs à la santé publique, la prévention et la gestion des risques (volet santé), et comporte notamment des préoccupations sur l'amélioration de la qualité des milieux ou encore sur l'amélioration des connaissances sur les déterminants territoriaux, environnementaux, sociaux et économiques de la santé, préoccupations qui sont partagées par la démarche EIS. La ville de Lille a notamment développé, dans le volet santé de son Agenda 21 engagé depuis 2001 et considéré comme l'un des plus développés de France, des actions transversales sur l'alimentation, le travail et l'habitat. Les EIS sont de plus en plus envisagées dans le cadre des Agendas 21 en raison de la proximité des enjeux considérés.

Les théoriciens des EIS misent sur le temps et sur les événements d'actualité pour initier une prise de conscience collective plus aiguë des problématiques intersectorielles et favoriser le développement des EIS. Les éléments d'expériences réunis sur l'EIS indiquent que cette démarche d'évaluation semble être davantage en adéquation avec le niveau local qui présente un tissu contextuel plus favorable : la proximité des populations et des milieux de vie, de nombreuses politiques publiques menées en dehors du domaine de la santé, des objectifs de santé et de développement durable, un travail partenarial et collaboratif facilité. À travers l'analyse des politiques locales, trois conditions semblent être à réunir pour développer les EIS : la clarification

⁴⁰ Armentières, Calais, Dunkerque, C. U. de Dunkerque, Grande-Synthe, Le Portel, Lille, Lomme, Roubaix, Wasquehal, Villeneuve d'Ascq.
Source : [Réseau Français des Villes-Santé de l'OMS](#).

⁴¹ OMS. *Déclaration de Zagreb sur les Villes-Santé en Europe : santé et équité en santé dans les politiques locales*. OMS, 2009 ; 8 p.

du champ d'application, l'engagement des acteurs politiques et la requalification des enjeux santé et environnement⁴².

Des démarches innovantes en France

Une évaluation d'impact sur la santé menée en région Île-de-France

L'ORS Île-de-France a réalisé en 2012 une EIS sur les bénéfices et les risques de la pratique du vélo en Île-de-France⁴³. Cette étude est associée au projet européen TAPAS⁴⁴, dont l'ADEME (Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie) et l'IRMES (Institut de Recherche bio-Médicale et d'Épidémiologie du Sport) sont partenaires, et est intégrée au plan de déplacement urbain de la région Île-de-France.

Cette étude correspond au besoin de préciser les risques (accidentologie en hausse, exposition à la pollution des cyclistes) et les avantages (activité physique ; bruit, pollution, gaz à effet de serre en baisse) liés à la pratique du vélo dans un contexte de stratégie de développement de transports doux et durables en alternative au transport motorisé. À partir de trois scénarios de tendances sur le report de circulation de l'automobile vers le vélo (part modale du vélo multipliée par deux, quatre ou dix à l'horizon 2020), l'analyse des impacts a été mesurée sur : le nombre de kilomètres parcourus en voiture évités, les émissions de PM2.5 évitées (en kg) et les émissions de CO2 évitées (en tonnes). Cette étude a permis d'objectiver les bénéfices et les risques attendus sur les trois scénarios (cf. Annexe n° 6). Il ressort de ces tendances :

- Des bénéfices attendus sur la santé limités en termes de pollution de l'air, d'émissions de GES et de bruit.
- De réels bénéfices attendus sur la santé en termes d'activité physique liée à la pratique du vélo.
- Des risques attendus sur la santé limités en termes d'accidentologie.
- Des risques attendus liés à l'exposition des cyclistes à la pollution atmosphérique plus importants que les risques liés à l'accidentologie.

L'auteur de l'étude envisage également les champs qui seraient utiles à développer dans le cadre de l'analyse des impacts, tels que l'évaluation économique ou encore les incapacités et les années de vie perdues en bonne santé. On peut rapprocher de cette étude un rapport ministériel en Écosse sur les inégalités de santé, qui conclut que le remplacement de 40% de tous les trajets courts effectués en voiture par le vélo pourrait générer une économie d'au moins 2 milliards de Livres par an du fait d'une baisse de la mortalité.

Une initiative sur les EIS dans la ville de Rennes

Un partenariat a été élaboré entre la ville de Rennes, la métropole (Rennes Métropole), l'ARS, la EHESP et l'Association S2D dans l'objectif de développer l'EIS autour de préoccupations liées à la santé urbaine, à la santé environnementale et au développement durable. Ce partenariat a notamment donné lieu à un séminaire d'information et de formation pour les élus et techniciens des collectivités et les autres parties prenantes et à l'édition d'une plaquette d'information sur les EIS. Une première expérience rapide d'EIS a été réalisée sur un projet de crèche municipale HQE autour d'une réflexion sur la santé et l'environnement et a permis d'éprouver une méthodologie. Une seconde expérience plus complète a été réalisée sur un projet de rénovation urbain, sur le site d'une halte ferroviaire délabrée située au carrefour d'espaces d'activités (CHU, technopole, universités et lycées) et d'espaces résidentiels conséquents. L'étape de cadrage de cette EIS a été réalisée grâce à la mise en place d'un comité de pilotage composé d'élus à la santé et à l'urbanisme de la ville de Rennes et d'un comité technique étendu (service santé-environnement de la ville, service des études urbaines de Rennes Métropole, EHESP, ARS, Association S2D, directeurs des quartiers concernés).

⁴² Clavier C. Entre initiatives locales et contraintes législatives, l'émergence comparée des études d'impact sur la santé en France et au Danemark. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 38-50.

⁴³ Praznocy C. *Les bénéfices et les risques de la pratique du vélo. Évaluation en Île-de-France*. Paris : ORS Île-de-France, 2012 ; 163 p.

⁴⁴ *Transportation, Air pollution and Physical Activities*, projet mené sur six villes d'Europe : Paris, Bâle, Copenhague, Barcelone, Prague et Varsovie.

LES MOYENS À METTRE EN ŒUVRE POUR L'IMPLÉMENTATION D'UNE DÉMARCHE EIS

S'inspirer des expériences étrangères

Le Royaume-Uni, la Suisse ou la Suède sont des pays qui ont expérimenté le déploiement des EIS sur des politiques locales et régionales ; leurs exemples sont susceptibles de fournir des pistes de travail sur la manière dont peut être envisagée l'implémentation des EIS au sein du processus de décision d'une part, et sur les objets à évaluer ainsi que sur les méthodes employées au sein de l'évaluation d'autre part.

Comme nous l'avons rappelé plusieurs fois dans ce document, la mise en place d'un processus d'implantation de l'EIS est une opération qui demande un investissement politique important. Les pays et les collectivités qui cherchent à développer l'utilisation de l'EIS ne peuvent généralement pas faire l'économie d'une réflexion bien en amont de sa mise en œuvre effective car chaque contexte politique et organisationnel est particulier. Il est donc important de bien percevoir le contexte du Nord – Pas-de-Calais et de le mettre au regard des potentialités et des limites de l'EIS. Les besoins pour développer un processus d'EIS sont ceux qui ont été notifiés dans la première partie : besoin d'une culture et d'un fonctionnement basé sur la collaboration entre les secteurs, besoin d'articulation et d'organisation du processus de l'EIS, besoin d'une approche pluridisciplinaire et partenariale, besoin de connaissances sur les déterminants de la santé, besoin de compétences en santé publique et sur la gestion de l'EIS en particulier.

L'enjeu du développement de connaissances partagées semble constituer un préalable déterminant dans la mise en place d'un processus d'EIS. Afin que son utilité soit reconnue et acceptée, il est souvent nécessaire d'informer et de communiquer sur les déterminants de santé et sur leurs origines pour conscientiser les différents acteurs et les différents décideurs publics de l'impact de leurs actions sur la santé, sur le poids des politiques non sanitaires dans la création des conditions de santé et de bien-être. La mobilisation des acteurs politiques pour l'intégration de la santé dans les autres politiques publiques est, de ce point de vue, déterminante. Le processus d'EIS doit venir s'appuyer sur ce constat partagé du rôle de l'ensemble des secteurs à concourir à un état de santé alors que, dans le même temps, il constitue également un bon moyen de sensibilisation à ces enjeux. Le processus de développement pourrait s'orienter sur la promotion de la démarche, la faire connaître et développer les ressources sur la question, sensibiliser les acteurs aux objets, aux objectifs et à la démarche EIS, développer des outils pratiques et des méthodes, et sélectionner les champs d'application pour la mise en place d'EIS. La création d'un groupe multisectoriel chargé de travailler sur les procédures qui permettraient d'intégrer l'EIS dans le processus décisionnel doit être envisagée, tout comme la mise en place d'une plateforme informative sur les EIS pour promouvoir et développer la démarche, valoriser et mettre en commun les connaissances, favoriser l'appropriation par les acteurs politiques. Des outils de sensibilisation à l'EIS doivent être déployés à destination des décideurs locaux, et le développement de la pratique peut notamment être envisagé dans un premier temps dans les projets d'aménagement et d'urbanisme, de l'échelle locale à l'échelle régionale. L'EIS est susceptible dans ce cadre de favoriser les rencontres et le travail transversal entre les acteurs de la santé, de l'urbanisme et de l'environnement. La démarche doit ensuite être expérimentée sur un ou quelques projets spécifiques afin de permettre le développement de méthodologies et de savoir-faire et de développer l'intérêt autour des potentialités que l'évaluation apporte dans l'élaboration des politiques locales. Ces étapes ont toutes été mises en œuvre dans les pays ayant intégré les EIS dans leurs processus de décision politique.

En Suisse, où la prise en compte de l'EIS est plus récente, la collaboration entre plusieurs institutions et collectivités⁴⁵ a permis de créer une structure (EIS plateforme⁴⁶) destinée à capitaliser, diffuser, partager et valoriser les connaissances et les expériences d'EIS réalisées en Suisse. L'activité de cette structure implique de la communication sur les EIS (site Internet et newsletter), l'élaboration de guides pratiques, la formation, la promotion de la démarche auprès

⁴⁵ Trois cantons (Genève, Tessin et Jura), une ONG (Equiterre) et les services de promotion de la santé suisse.

⁴⁶ <http://www.impactsante.ch/spip/>.

des élus et des services, l'implémentation d'EIS, la recherche de collaboration entre les échelons (niveau national, international) et avec les universités. De nombreux documents d'EIS réalisées dans les cantons suisses sont disponibles en français sur le site ; ils constituent une base documentaire intéressante pour se rendre compte du type d'EIS qui peut être réalisé localement. La publication d'un guide sur l'EIS ayant pour but de faire connaître et de promouvoir la démarche EIS découle de ces expériences. Ce guide s'adresse aux décideurs publics des collectivités, du grand public et de toute personne intéressée ou amenée à travailler sur l'EIS.

Dans le canton du Tessin, comme dans le canton du Jura, une Commission interdépartementale sur l'EIS a été créée ; elle a orienté ses efforts principalement sur le processus permettant d'intégrer l'évaluation dans le processus de décision, sur la formation des membres sur l'EIS et sur la politique multisectorielle, sur l'élaboration de méthodes et d'outils pour mettre en œuvre une EIS et sur la sélection d'objets d'application. Dans ce canton, les services de santé sont désormais sollicités pour collaborer à la conception des politiques sur l'énergie, la promotion économique ou sur le réchauffement climatique.

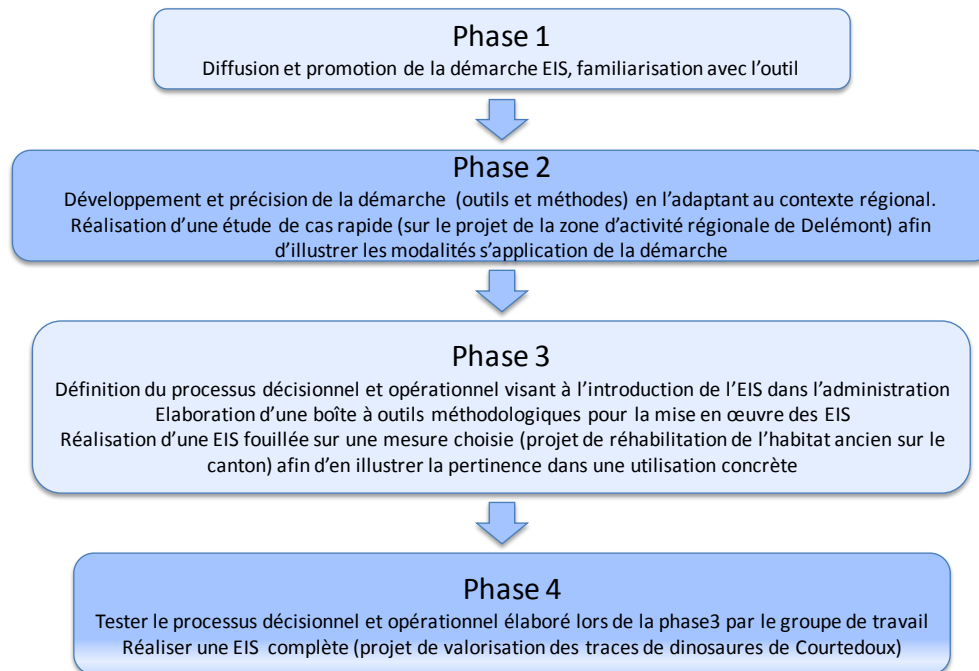
Dans le canton de Genève, un projet pilote pour le développement de l'EIS a été lancé par la Direction Générale de la Santé. Une mesure relative à l'interdiction de fumer dans les établissements publics et au tabagisme passif a été sélectionnée pour la mise en œuvre de l'expérimentation de l'EIS ; un groupe de travail composé de représentants de différents services et des parties prenantes a été créé ; l'EIS s'est appuyée sur une expérience similaire menée dans la Ville-Santé de Brighton and Hove au Royaume-Uni. La stratégie de développement de l'EIS qui a été adoptée combine une approche politique demandant de lancer une procédure EIS avec une approche expérimentale incluant la réalisation d'EIS pilotes.

En Angleterre, la démarche EIS n'est pas obligatoire mais est soutenue par le NHS pour être mise en œuvre à toutes les échelles territoriales dans un objectif de lutte contre la pauvreté et contre les inégalités sociales de santé. Plusieurs centres de ressources sont disponibles sur la question des EIS (études de cas, guides et documents théoriques, notamment sur le site du Health Impact Assessment Gateway et de la London Health Commission). À Cardiff, le Welsh Health Impact Assessment Support Unit est un service qui a été créé afin de diffuser des outils et des méthodes d'évaluation, de mettre en collaboration les institutions et partenaires concernés par l'EIS, ou encore de dispenser des formations sur la démarche. Les facteurs identifiés au Royaume-Uni comme limitant la prise en compte de l'EIS dans les processus de décision sont principalement le manque de leadership, l'absence de cadre organisationnel et réglementaire favorable et la difficulté de travail collaboratif entre les différentes parties prenantes⁴⁷.

Au Québec, où les EIS ont été intégrées au niveau central dans l'élaboration des textes qui peuvent avoir des impacts significatifs sur la santé par le biais de la loi de santé publique de 2001. Les promoteurs (ministères) des politiques sont leurs propres évaluateurs, soutenus dans la mise en place de l'EIS par le ministère de la Santé qui fournit les outils et l'expertise nécessaires. Cette stratégie a requis l'implantation d'un mécanisme intra-gouvernemental d'EIS (réseau de répondants dans les ministères, production et diffusion d'outils, organisation du ministère de la Santé) et le développement et le transfert de connaissances : programme de recherche interdisciplinaire sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être d'une part, et programme de collaboration entre l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) et le ministère de la Santé destiné à améliorer les capacités d'expertise d'autre part. Des formations sont dispensées sur les EIS et un portail Internet a été créé, regroupant les ressources disponibles sur la démarche : expériences, guides, méthodes, banques de données, personnes ressources, liens, etc.

⁴⁷ Ahmad B, Chappel D, Pless-Mulloli T, White M. Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decision-making processes. *Public Health* 2008; 5(122): 452-7.
Taylor L, Gowman N, Quigley R. *Influencing the Decision-making Process through Health Impact Assessment*. London: NHS Health Development Agency, 2003; 6 p.

Figure n° 11 : Les principales phases du développement des EIS dans le canton du Jura dans le cadre de son Agenda 21



Source : Guide d'introduction à l'EIS en Suisse.

Quelques questions clefs autour de l'EIS

Ces quelques questions sont soulevées lorsque la démarche EIS a été reconnue utile pour répondre à des objectifs spécifiques et que l'on envisage son implémentation.

- Comment intégrer l'EIS dans le processus de décision ? Quelle organisation cela nécessite-t-il ?
- Faut-il établir une réglementation spécifique sur le sujet ?
- Faut-il articuler l'EIS avec des démarches préexistantes ? L'EIS doit-elle être spécifique ou combinée ?
- Les EIS doivent-elles être menées au niveau national ? régional ? local ?
- Sur quels objets veut-on appliquer des EIS ? Lois, règlements, programmes, schémas, projets locaux ?
- Quels moyens mettre en œuvre pour développer la démarche ?
- La mesure ne sera-t-elle pas perçue comme une démarche surajoutée et inefficace ?
- Quels critères établir sur les impacts qui doivent être évalués et sur quels déterminants ?
- Qui doit mener les EIS ? Une institution officielle, une organisation indépendante, le promoteur de la mesure envisagée ?
- Comment envisager l'enjeu de la participation citoyenne dans la démarche EIS ?

Éléments à mettre en œuvre pour favoriser l'implémentation de l'EIS en région

- Constituer un premier réseau de personnes ressources et de personnes intéressées par la démarche EIS dans la région qui pourront la promouvoir et soutenir son développement ;
- Accroître les connaissances sur les EIS, associer des expertises extérieures à la région ;
- Mettre en place un contexte favorable à la prise en compte de l'EIS dans les démarches d'élaboration des politiques publiques par la sensibilisation des autorités, des acteurs territoriaux et de la population sur les déterminants de la santé et du bien-être et sur l'influence de l'ensemble des secteurs économiques ;

- Promouvoir la démarche, favoriser le porter à connaissance et l'appropriation collective de ses principes notamment auprès des acteurs territoriaux (collectivités, Villes-Santé, partenaires) par la promotion et la communication : rédaction d'un document explicatif sur la démarche, organisation d'une conférence/séminaire et d'ateliers de travail ;
- Créer un centre de ressources sur les EIS, élaborer des méthodes adaptées ;
- Investiguer les premiers objets et les premières thématiques sur lesquels mener les premières expériences d'EIS ;
- Associer les autorités de santé dans la conduite de la démarche ;
- S'assurer de disposer des ressources nécessaires à mobiliser : déjà abordées dans la première partie (scientifiques, techniques en termes d'évaluation des politiques publiques, gestion de projet, animation et consultation citoyenne, communication, etc.) ;
- Associer au développement de chaque démarche engagée un comité de pilotage représentatif des parties prenantes.

Éléments facilitateurs pour l'EIS

- Soutien politique clair, implication et engagement des décideurs locaux pour la mise en œuvre de la démarche, tant au niveau des projets qu'à celui des plans stratégiques ;
- Formation et développement des compétences adéquates ;
- Liens avec une institution académique / de santé publique ;
- Travail en réseau et échange d'expériences ;
- Apprentissage collectif de la démarche ;
- Objectif partagé par l'ensemble des secteurs (protéger la santé en tant que ressource) ;
- Travail intersectoriel déjà bien établi ;
- Contexte national (institutionnel et législatif) favorable.

Nécessités politiques et organisationnelles reconnues

- Être pragmatique, inscrire la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé à l'agenda politique, adopter des stratégies d'action, définir la lutte contre les inégalités de santé comme un objectif transversal doté de moyens spécifiques et d'outils, promouvoir la démarche EIS comme un processus de réalisation des objectifs ;
- Identifier et faire accepter la démarche, la partager au sein des collectivités ;
- Soutenir les compétences des acteurs régionaux par la préparation de stratégies de formation des décideurs sur les EIS ;
- Se doter d'un groupe de travail pluridisciplinaire au niveau régional sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, d'une part, et sur les EIS, d'autre part ;
- Favoriser la constitution de banques d'expériences et la mutualisation des bonnes pratiques ;
- Faciliter la mise à disposition de ressources et d'un porteur de projet ;
- Soumettre les EIS à l'expertise dans l'accompagnement pour recadrer et valider les étapes ;
- Éprouver les méthodologies ;
- Mettre en place un relais ou une commission sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ?

Conclusion

L'évaluation d'impact sur la santé est une démarche d'aide à la décision permettant de mesurer les effets sur la santé, aussi bien négatifs que positifs, de projets ou de politiques qui n'ont pas, à l'origine, de liens directs avec la santé. L'approche, axée sur la promotion de la santé et ancrée sur des valeurs d'équité, de justice sociale et de démocratie participative, a connu un vif succès dans plusieurs pays étrangers depuis le début des années 1990. Conformément à ses principes de souplesse et d'adaptabilité, la démarche a été envisagée de manière bien différente en fonction de plusieurs facteurs (échelons, objectifs, moyens, articulation, etc.).

Les expériences étrangères témoignent donc d'une grande variété de cas mais également de contextes. L'implémentation de la démarche EIS est en effet différente en fonction de la structuration politique et organisationnelle de chaque pays ou État dans lequel elle est mise en œuvre. Ce processus d'implémentation relève d'une volonté politique affirmée de développer la prise en compte de l'EIS pour servir des objectifs qui sont bien souvent pluriels. La diversité de ces objectifs (aide à la décision, lutte contre la pauvreté, les inégalités de santé, prédiction des effets, communication, participation citoyenne) est d'ailleurs un élément qui contribue à brouiller le message de l'EIS et qui fait notamment que la démarche demeure toujours en France un objet trouble et mal identifié. Ces expériences étrangères ont également montré que l'EIS, en plus d'être un outil d'aide à la décision, s'inscrit dans une nouvelle manière d'envisager la structuration de l'action publique pour aborder des grands enjeux nécessitant des approches transversales et intersectorielles. La démarche EIS demeure à ce titre un outil novateur de gouvernance publique.

Malgré les préconisations d'experts et un contexte international dynamique sur la question, la démarche de l'évaluation d'impact sur la santé de politiques publiques d'ordre économique, social, culturel ou environnemental est très peu développée en France, que ce soit au niveau central (politiques gouvernementales) comme au niveau local. Une dynamique est bien engagée pour certains projets de loi qui sont soumis, depuis la révision constitutionnelle de 2008 et la loi organique du 15 avril 2009, à une évaluation des conséquences économiques, financières, sociales et environnementales. Cependant, l'évaluation des conséquences sur la santé semble être limitée et la santé n'y est pas évaluée de manière spécifique. En outre, aucune déclinaison de ce principe n'existe à l'échelon régional ou local ; les démarches EIS qui émergent en France sont le fait d'initiatives locales et ne sont mises en œuvre que grâce à un soutien politique particulier et à l'engagement de quelques acteurs clefs. Tout reste donc à construire dans le domaine de l'EIS en France, et notamment dans le Nord – Pas-de-Calais où aucune réflexion particulière ne semble pour le moment émerger sur le sujet.

La démarche EIS correspond à la vision d'une santé globale, complexe et multi-déterminée et dans laquelle le bien-être est associé. Un modèle bien peu opérationnel et qui encombre parfois mais qui correspond pourtant à une réalité, et qui fait que le secteur de la santé ne peut à lui seul intervenir sur l'ensemble des déterminants qui concourent à un bon état de santé. La santé est dépendante des politiques économiques, sociales, environnementales et culturelles, de choix en termes d'aménagement et de développement des territoires. Cette évidence existe dans le Nord – Pas-de-Calais comme ailleurs, et c'est d'abord à ce titre que la démarche EIS mérite d'être envisagée. Aucune autre démarche ne semble à ce jour plus à même de mettre à jour les questions de santé qui s'expriment hors de leur champ traditionnel et d'insuffler de la santé dans l'ensemble des politiques publiques.

Le contexte sanitaire, souvent plus problématique qu'ailleurs au regard des indicateurs régulièrement publiés par l'ORS Nord – Pas-de-Calais, doit en outre pouvoir autoriser les acteurs de la région à envisager des recours multiples pour combler un retard qui persiste. L'EIS est une démarche qui peut contribuer à répondre à cet objectif. L'EIS peut participer à la mise en œuvre

d'une politique de santé plus ouverte, où les principes de prévention et de promotion de la santé pourraient être élargis et applicables à l'ensemble des politiques publiques dès lors que des préoccupations de santé ont été identifiées. Les différents rapports nationaux sur les inégalités de santé appellent d'ailleurs à la mise en œuvre systématique des procédures d'évaluation d'impact et d'analyses économiques sur les politiques publiques, ainsi qu'au développement des moyens accordés pour améliorer ces procédures d'évaluation. Il peut donc être intéressant, pour les collectivités locales et pour les autorités politiques de différents secteurs, de pouvoir disposer d'une démarche établie et reconnue, capable de rendre compte, au regard des connaissances actuelles, des impacts attendus sur la santé et le bien-être des populations des mesures qui sont envisagées dans différents domaines. L'EIS permet de faciliter les arbitrages et d'orchestrer une prise de décision au sein d'un environnement complexe où la santé constitue un enjeu parmi d'autres. Dans une optique de développement de la santé et de développement durable dans les collectivités de la région, l'EIS permet de disposer d'une vue d'ensemble de ces enjeux et de les confronter à d'autres réalités territoriales.

Les expériences étrangères montrent également que les résultats sur la santé de la prise en compte de la démarche EIS dans les processus de décision sont difficilement quantifiables, même si l'action sur les déterminants de santé est réelle. Et la démarche possède d'autres avantages qui sont tout autant difficiles à évaluer : favoriser la collaboration, la concertation, le travail pluridisciplinaire, la participation citoyenne, etc. Elle intègre en outre dans ses principes plusieurs grands enjeux actuels de notre société : besoin d'une intégration de la santé dans toutes les politiques publiques, besoin de politiques intersectorielles en santé, besoin de coopération et de collaboration, besoin de participation citoyenne, besoin de connaissances partagées, besoin de modèles de développement durable, besoin d'innovation pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, etc. Ces éléments constituent le moteur du développement d'une dynamique territoriale durable dans laquelle la santé doit s'inscrire. La mise en œuvre des EIS est donc susceptible d'avoir un effet positif sur l'ensemble de ces enjeux, et plus généralement de participer à une dynamique territoriale positive autour des problématiques de santé. Car l'EIS peut à priori être mise en œuvre partout où sont affichés des objectifs liés à la santé, à la qualité de vie et au développement durable ; et tous les secteurs, toutes les collectivités locales sont susceptibles de pouvoir utiliser cette démarche dès lors que des préoccupations de santé relatives aux mesures à mettre en place ont été identifiées. Le niveau local, de par sa proximité, est d'ailleurs favorable à la prise en compte des déterminants de santé au sein des projets qui peuvent agir sur ces déterminants en modifiant directement le cadre de vie des habitants. Cette proximité est également propice à la rencontre, à la collaboration entre acteurs (institutionnels, professionnels, associatifs), au montage des projets, à la communication sur les actions, à la participation et à la consultation citoyennes.

Les arguments en faveur de l'EIS ne doivent cependant pas faire oublier que la démarche est soumise à de nombreux défis. Les experts de l'EIS reconnaissent ainsi que de nombreuses difficultés théoriques et pratiques doivent encore être surmontées avant que l'EIS, ou d'autres méthodes d'évaluation, ne puissent formellement démontrer (de manière claire et non équivoque) la portée de leur efficacité pour peser de manière durable sur la mise en place de décisions publiques saines. En outre, son implémentation au sein du processus de décision pose toute une série de questions clefs d'ordre politique et organisationnel qui sont autant de défis à relever.

Tout reste donc à construire dans la région et de nombreuses questions de nature différente restent en suspens. La démarche doit par exemple être nécessairement envisagée avec la participation du domaine de la santé, avec le concours de l'ARS puisqu'il s'agit d'une préoccupation de santé publique et que la démarche EIS est également identifiée et préconisée comme une réponse stratégique possible pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Dans ce cadre, l'INPES signale d'ailleurs que le secteur de la santé doit prendre l'initiative pour faire participer les autres secteurs et engager des actions, si modestes soient-elles, pour dépasser le stade du concept. Des compétences et des ressources relevant d'une expertise en santé publique sont en outre obligatoires à mobiliser dans le cadre de l'évaluation. L'approche EIS semble avoir un avenir

proche en France au niveau local et notamment au sein des Villes-Santé, dans une démarche basée sur le développement durable des territoires et sur la promotion de la santé. Une réflexion est d'ailleurs engagée par la DGS (Direction Générale de la Santé) et l'EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) sur le développement d'une méthodologie d'évaluation des impacts sur la santé dans les documents d'urbanisme et les projets d'aménagement.

Un positionnement politique et des stratégies d'action sont donc à déployer pour que la démarche EIS puisse devenir effective dans le Nord – Pas-de-Calais et que son rôle sur la prise de décision politique soit réel. La région doit pour cela s'appuyer sur les expériences initiées à l'étranger, et depuis peu en France, et rechercher des partenariats et des mises en réseau pour développer ses propres compétences en matière d'EIS. L'échelon local semble, au vu des expériences effectives d'EIS, le niveau le plus favorable à la mise en place d'EIS sur plusieurs points : proximités politiques qui influencent les milieux de vie locaux, collaboration entre acteurs et participation citoyenne facilitée, discours santé de nombreuses collectivités locales, etc. Les échelons supérieurs (départemental et surtout régional) peuvent également être concernés par la mise en œuvre d'EIS sur les politiques publiques qui sont déployées. Le niveau régional est surtout propice pour définir une stratégie de développement des EIS dans les collectivités, communiquer et faire la promotion d'une démarche souvent peu connue. Il est en effet nécessaire en premier lieu de mettre en place un contexte favorable au développement de la démarche au sein des territoires de la région. Ce processus comprend : la communication et la promotion de la démarche au sein des collectivités (services et élus) et de la population ; la familiarisation avec l'approche EIS ; l'élaboration d'un groupe de travail pluridisciplinaire pour étudier les possibilités d'implémentation dans les processus existants et les potentialités d'articulation ; l'adaptation de la démarche au contexte de la région ; la capitalisation et l'accroissement des connaissances sur l'EIS et sur les déterminants de la santé (ressources documentaires, partenariats stratégiques) ; l'élaboration d'un centre de ressources en ligne pour diffuser ces connaissances et proposer des méthodologies pour la mise en œuvre des EIS au sein des collectivités ; l'illustration des avantages et des modalités d'application de la démarche en région par la réalisation d'études de cas rapides ; la réalisation d'une EIS complète ; l'évaluation de la qualité de l'EIS dans le processus de décision ; un retour constant sur les méthodologies employées pour éprouver la démarche.

L'échelon national peut également être un cadre d'expérimentation de l'EIS sur des politiques publiques ayant un impact sur la santé, comme c'est par exemple le cas au Québec. Ces expérimentations pourraient être inscrites dans les lois et textes nationaux, et notamment dans la prochaine loi de santé publique. Il semble nécessaire pour cela de développer les compétences en matière d'EIS au niveau national, ce qui semble faire partie d'une réflexion en cours. L'absence d'un cadre national établi sur l'EIS handicape fortement le développement du processus en France.

La démarche d'évaluation d'impact sur la santé est donc riche de potentialités pour améliorer la prise en compte de la santé et du bien-être dans de nombreux territoires où ce type d'approche n'a pas encore été envisagé, comme c'est le cas dans la région. Sa mise en œuvre suppose un changement profond de paradigme et de manières de faire et n'est pas sans bouleverser notre perception classique de ce qui relève du secteur de la santé et de ce qui n'en relève pas, de ce qui peut s'inscrire dans son champ ou non. Elle permet en partie de répondre aux enjeux actuels de santé publique qui requièrent bien souvent une approche transversale et pluridisciplinaire. Comme le rappellent les experts de l'EIS, ce sont des millions de décisions publiques qui pourraient annuellement être améliorées par le biais de l'EIS. La situation sanitaire du Nord – Pas-de-Calais doit en effet pouvoir autoriser l'expérimentation d'une démarche qui s'articule avec les enjeux contemporains de nos sociétés. Une ambition supplémentaire serait d'ailleurs d'envisager l'adaptation et le développement de ce type de démarche au secteur privé sous la même exigence que d'autres normes déjà existantes (ISO, environnementales).

Bibliographie

Abrahams D, IMPACT, University of Liverpool. *European Policy Health Impact Assessment. A guide*. IMPACT (University of Liverpool); Institute of Public Health (Ireland); RIVM, National Institute for Public Health and the Environment (Netherlands); Ioegd, Institute of Public Health NRW (Germany), 2004 ; 24 p.

Ahmad B, Chappel D, Pless-Mulloli T, White M. Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decision-making processes. *Public Health* 2008 ; 5(122) : 452-7.

Allonier C, Debrand T, Lucas-Gabrielli V, Pierre A. Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage. *Questions d'économie de la santé* 2009 ; 139 : 6 p.

Allonier C, Debrand T, Lucas-Gabrielli V, Pierre A. Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles. *Questions d'économie de la santé* 2007 ; 117 : 4 p.

ARS Nord - Pas-de-Calais. *Plan stratégique régional de santé (PSRS) du Nord – Pas-de-Calais*. Document d'orientation stratégique du 14 février 2011. Lille : ARS Nord - Pas-de-Calais, 2011 ; 37 p.

Association S2D, Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones. *Les études d'impact sur la santé dans les villes santé*. Rennes : S2D, 2006 ; 8 p.

Bailly A. *La médicométrie : histoires et perspectives*. In Richoz S, Boulianne LM, Ruegg J. Santé et développement territorial : enjeux et opportunités. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010 ; pp. 19-24.

Brodin H, Hodge S. *A guide to Quantitative Methods in Health Impact Assessments*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health, 2008; 30 p.

Cantoreggi N. *Évaluation d'impact sur la santé. Projet Mon Idée. Les Communaux d'Ambilly*. In Richoz S, Boulianne LM, Ruegg J. Santé et développement territorial : enjeux et opportunités. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010 ; pp. 141-53.

CCNDS, CCNPPS. *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé*. Canada : CCNDS-CCNPPS, 2012 ; 22 p.

CCNPPS. *Notes documentaires et fiches d'information sur les EIS*. Centre de collaboration international sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec.

Chaix B. Villes et santé : consolider le dialogue entre santé publique et aménagement urbain. *Questions de santé publique* 2012 ; 17 : 4 p.

Clavier C. Entre initiatives locales et contraintes législatives, l'émergence comparée des études d'impact sur la santé en France et au Danemark. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 38-50.

Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais. *Projet d'actualisation du Schéma régional d'aménagement et de développement durable (SRADDT) du Nord – Pas-de-Calais*. Projet soumis à consultation. Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais, 2010 ; 204 p.

CRSA Nord - Pas-de-Calais. *Premier avis de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie du Nord – Pas-de-Calais sur le Plan stratégique régional de santé proposé par l'Agence régionale de santé Nord – Pas-de-Calais*. Adopté lors de la séance plénière du 11 avril 2011, 54 p.

Curtis S, Cave B, Coutts A. Is Urban Regeneration Good for Health? Perceptions and Theories of the Health Impacts of Urban Change. *Environment and Planning C: Government and Policy* 2002; 4(20): 517-34.

Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for the Futures Studies, 1991.

De Koninck M, Disant MJ, Pampalon R, et al. Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie. *Lien social et politiques* 2006 ; 55 : 125-36.

Diallo T, Litzistorf N. Projet d'agglomération franco-valdo-genevois. *Cahier annexe n° 6 : Évaluation d'impact sur la santé*. Genève : Comité régional franco-genevois, 2007 ; 91 p.

Diallo T. *Évaluation d'impact sur la santé réalisée dans le cadre du Projet d'agglomération franco-valdo-genevois*. In Richoz S, Boulianne LM, Ruegg J. Santé et développement territorial : enjeux et opportunités. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010 ; pp. 123-30.

Gagnon F, Turgeon J, Dallaire C. L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d'action. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 79-94.

Haut Conseil de la Santé Publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : HCSP, 2009 ; 101 p.

Hebert KA, Wendel AM, Kennedy SK, Dannenberg AL. Health Impact Assessment: A Comparison of 45 Local, National, and International Guidelines. *Environmental Impact Assessment Review* 2012; 34: 74-82.

Hoffman A. Visages de l'étude d'impact en santé. Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. *Revue Santé conjugulée* 2010 ; 52 : 37-45.

Jany-Catrice F, Kampelmann S, Goncalves R, Naveteur JF, D2DPE - Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais. *Inégalités et pauvreté dans la Région Nord – Pas-de-Calais*. Étude prospective régionale n° 12. Lille : D2DPE, 2009 ; 212 p.

Kemm J. Les expériences d'évaluation d'impact sur la santé au Royaume-Uni et leur traduction dans les politiques publiques. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 1-13.

Litzistorf N. *La réhabilitation des centres anciens pour lutter contre l'étalement urbain et promouvoir la santé*. In Richoz S, Boulianne LM, Ruegg J. Santé et développement territorial : enjeux et opportunités. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010 ; pp. 131-9.

Lock K. Les outils pour améliorer les politiques de santé publique fondées sur les preuves avérées : les rôles potentiels de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision et des techniques de prévision. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 107-17.

Mendell A, Dyck L, Ndumbe-Eyoh S, Morrison V. *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé*. Canada : CCNDS - CCNPPS, 2012 ; 22 p.

Mindell J, Joffe M. Health Impact Assessment in Relation to Other Forms of Impact Assessment. *Journal of Public Health Medicine* 2003; 2(25): 107-12.

Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, Héroux de Sève J. *Bilan et perspectives 2002-2007. À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics : l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique*. Gouvernement du Québec - Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2008 ; 66 p.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Santé publique Ontario. *Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)*. Ontario : MSSLD, 2012 ; 46 p.

- Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. *Les inégalités sociales de santé : déterminants et modèles d'action*. Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2011 ; 124 p.
- OMS. *Déclaration de Zagreb sur les Villes-Santé en Europe : santé et équité en santé dans les politiques locales*. OMS, 2009 ; 8 p.
- Petticrew M, Cummins S, Sparks L, Findlay A. Validating Health Impact Assessment: Prediction is Difficult (especially about the future). *Environmental Impact Assessment Review* 2007; 27: 101-7
- Poirier A, Sukkumnoed D, Wernham A, Kemm J. *L'institutionnalisation de l'EIS : faire face aux enjeux politico-administratifs*. Présentation publique. Québec : SSS, 30 août 2012.
- Potvin L, Moquet MJ, Jones CM, Marmot M. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, 2010 ; 380 p.
- Praznocy C. *Les bénéfiques et les risques de la pratique du vélo. Évaluation en Île-de-France*. Paris : ORS Île-de-France, 2012 ; 163 p.
- Praznocy C. *Les volets santé des Agenda 21, un levier pour les politiques locales de santé*. Une analyse des éléments de convergence du développement durable et la promotion de la santé. Paris : ORS Île-de-France, 2011 ; 24 p.
- Prisse N. L'évaluation d'impact sur la santé : un moyen de réduire les inégalités sociales de santé. *Actualité et dossier en santé publique* 2010 ; 73 : 31-4.
- Prouvost H, Declercq C. *Estimation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans l'agglomération de Dunkerque : faisabilité et éléments méthodologiques*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2004 ; 37 p.
- Roussel I, Charles L. Inégalités environnementales et sociales de santé et leurs déterminants. *Environnement Risque & Santé* 2011 ; 3(10) : 200-6.
- S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, trad. *Étude d'impact sur la santé : principaux concepts et méthode proposée. Consensus de Göteborg*. Genève : OMS, 2005 ; 15 p.
- Saint-Pierre L, Jobin L, Druet C. *L'évaluation d'impact sur la santé : un outil de lutte contre les inégalités*. In Potvin L, Moquet MJ, Jones CM, Marmot M. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, 2010 ; pp. 136-47.
- Sass C, Moulin JJ, Labbe E, Chatain C, Gerbaud L. La fragilité sociale : un déterminant majeur des inégalités de santé. *Pratique et organisation des soins* 2007 ; 2(38) : 139-46.
- Service des orientations en santé publique, Direction générale de la santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide pratique pour l'évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlements au Québec*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006 ; 27 p.
- Simos J. *Évaluation d'impact sur la santé pour réduire les inégalités : l'exemple de Genève*. In Potvin L, Moquet MJ, Jones CM, Marmot M. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, 2010 ; pp. 148-57.
- Simos J. *Les évaluations d'impact sur la santé : un aperçu suisse*. In Richoz S, Boulianne LM, Rugg J. *Santé et développement territorial : enjeux et opportunités*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, 2010 ; pp. 109-22.
- St-Pierre L, Simos J, Prisse N, Lamarre MC, Jackson B. *L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) : Une aide à la décision publique pour des choix sains, durables et équitables*. Saint-Denis : Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé (UIPES), 2011 ; 10 p.
- Taylor L, Gowman N, Quigley R. *Influencing the Decision-making Process through Health Impact Assessment*. London: NHS Health Development Agency, 2003; 6 p.

Valentini H, Saint-Pierre L. L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques. *Santé Publique* 2012 ; 6(24) : 479-82.

WHO, ECHP. *Health Impact Assessment: Main Concepts and Suggested Approach. Gothenburg Consensus paper*. Bruxelles: WHO European Center for Health Policy, 1999; 11 p.

Wismar M, Blau J, Ernst K, Elliott E, Golby A, Van Hertem L, Lavin T, Stricka M, Williams GH. La mise en œuvre et l'institutionnalisation des évaluations d'impact sur la santé en Europe. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 64-78.

Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and Limitations of Supporting Decision-making in Europe*. Copenhagen: WHO European Observatory on Health Systems and Policies, 2007; 291 p.

Wright J, Parry J, Scully E. 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* 2005; 6(83): 472-7.

Sites Internet sur l'EIS consultés et/ou relevés dans le cadre de l'étude

Les sites qui suivent fournissent toute une série d'informations et de ressources sur la démarche EIS : présentation, fondements et concepts, brochures et guides méthodologiques, rapports et études de cas, partenaires et réseaux, liens utiles, bibliographie, etc.

Page web de l'OMS sur l'EIS. En anglais.

<http://www.who.int/hia/en/>

Page web du bureau régional de l'OMS pour l'Europe sur l'EIS, abordée par le biais de la santé urbaine dans le cadre du Réseau européen des Villes-Santé de l'OMS. En anglais.

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/health-impact-assessment>

Page web de la Commission européenne sur l'évaluation d'impact. En anglais.

http://ec.europa.eu/governance/impact/index_en.htm

Site de l'International Association for Impact Assessment (IAIA), relatif aux évaluations d'impact en général. En anglais.

<http://iaia.org/>

Blogue de l'International Association for Impact Assessment's Health, section sur l'EIS. En anglais.

<http://healthimpactassessment.blogspot.fr/>

Site de l'Association Suisse pour l'EIS.

<http://www.impactsante.ch/spip/>

Site du Centre de collaboration national sur les politiques publiques et la santé du Canada. Centre de ressource pour le développement, le partage et l'utilisation des connaissances sur les liens entre politiques publiques et santé. Une partie du site est consacrée à l'EIS.

<http://www.ccnpps.ca/fr/>

Site du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GEPPS), Canada.
<http://www.gepps.enap.ca>

Page web du portail de l'Institut National de Santé Publique du Québec. Évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé.
<http://politiquespubliques.inspq.qc.ca/fr/evalutaion.html>

Site de la London Health Commission sur l'EIS. En anglais.
<http://www.london.gov.uk/lhc/hia/>

Page web du London Health Observatory sur l'EIS. En anglais.
<http://www.lho.org.uk/Training/HIA/AboutHIA.aspx>

Site de l'International Health Impact Assessment Consortium (IMPACT), Université de Liverpool, Division of Public Health, centre collaborateur de l'OMS. En anglais.
<http://www.liv.ac.uk/psychology-health-and-society/research/impact/hia-reports/>

Page web du réseau des observatoires de santé au Royaume-Uni sur l'EIS, Association of Public Health Observatories (APHO). En anglais.
http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HIA

Site du Wales Health Impact Assessment Support Unit (WHIASU), Cardiff Institute of Society and Health, destinée à soutenir la mise en œuvre des EIS au Pays-de-Galles. En anglais.
<http://www.wales.nhs.uk/sites3/home.cfm?OrgID=522>

Page web du NHS Health Scotland sur l'EIS en Écosse. En anglais.
<http://www.healthscotland.com/resources/networks/shian.aspx>

Page web de l'Institute of Public Health in Ireland sur l'EIS en Irlande. En anglais.
<http://www.publichealth.ie/hia>

Site d'un projet américain destiné à promouvoir l'utilisation des EIS aux USA. En anglais.
<http://www.healthimpactproject.org/>

Site collaboratif pour promouvoir la démarche EIS, San-Francisco, USA. En anglais.
<http://www.hiacollaborative.org/>

Site du programme sur la santé, l'équité et le développement durable du San-Francisco Department of public health. En anglais.
<http://www.sfpbes.org/>

Site sur l'EIS développé par l'UCLA School of Public Health, Los Angeles. En anglais.
<http://www.hiaguide.org/>

Site ressource sur l'EIS de l'Université de Sydney, Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE). En anglais.
<http://hiacconnect.edu.au/>

Page web du ministère de la Santé de Nouvelle-Zélande sur l'EIS, New Zealand Health Impact Assessment Support Unit. En anglais.
<http://www.health.govt.nz/our-work/health-impact-assessment>

Annexes

Annexe n° 1 : L'outil de sélection du canton de Tessin

1. La distribution de bénéfices et d'éventuels préjudices causés par la mesure, quelle que soit leur nature, pourrait-elle désavantager des groupes de population déjà défavorisés ou de toute façon vulnérables?	OUI	NON
Groupes de population vulnérables ou défavorisés (sélectionner seulement les catégories pertinentes):		
<input type="checkbox"/> Jeunes (0 – 24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Personnes âgées (64 et plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hommes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Femmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Femmes enceintes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Personnes avec des maladies physiques graves/chroniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Personnes avec des maladies psychiques graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Handicapés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres facteurs génétiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chômeurs et leurs familles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Familles monoparentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Personnes/familles au dessous du seuil de pauvreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Minorités ethniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Réfugiés, demandeurs d'asile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Professions vulnérables, travaux lourds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Habitants des régions de montagne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres (prisonniers, sans-abri/sans-logis, toxicomanes, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La mesure pourrait-elle causer, directement ou indirectement, la diffusion ou l'incidence de problèmes de santé physique ou psychique?	OUI	NON
Cas et problèmes de santé (sélectionner seulement les catégories pertinentes):		
Santé physique:		
<input type="checkbox"/> Accidents et blessures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maladies transmissibles, maladies infectieuses d'origine alimentaire incluses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maladies non transmissibles (ex. maladies cardiovasculaires, diabète)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conditions de santé particulières (ex. hypertension, obésité, faible poids à la naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mauvaise santé dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Santé psychique		
<input type="checkbox"/> Estime de soi/confiance en soi insuffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Automutilation et suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres problèmes psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. La mesure pourrait-elle encourager ou promouvoir les modes de vie incompatibles avec la santé?	OUI	NON
Modes de vie individuels (sélectionner seulement les catégories pertinentes):		
<input type="checkbox"/> Régime alimentaire (consommation de fruits, légumes, graisses saturées, fibres alimentaires, sel, sucre, poisson, céréales et légumineuses, aliments raffinés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mouvement et activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fumée (exposition à la fumée passive incluse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Consommation d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dépendance de médicaments sur prescription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Consommation de substances et de drogues illégales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Comportement sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres comportements liés à la santé (hygiène buccale, hygiène personnelle et préparation des repas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. La mesure pourrait-elle menacer les principaux facteurs personnels et familiaux déterminants pour le développement individuel?	OUI	NON
Conditions personnelles et familiales pour le développement et principales ressources individuelles (sélectionner seulement les catégories pertinentes):		
<input type="checkbox"/> Structure du noyau familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cohésion du noyau familial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fonctions parentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Développement de l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compétences de vie – Life skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sécurité personnelle (abus ou violence domestique, sécurité dans le logement par ex. alarme incendie, dispositifs de sécurité, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conditions professionnelles (sécurité du travail, travail temporaire, bénévolat, chômage de long/court terme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conditions de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niveau de revenu, bénéfices inclus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niveau du revenu disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Propriété du logement (tenir compte du statut de propriétaire-occupant, locataire, logement temporaire, sans-abri)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Conditions de logement (tenir compte de la suroccupation, humidité, froid, moisissure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niveau d'éducation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Compétences individuelles – Skills level	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. La mesure pourrait-elle réduire l'accès aux services sociaux et sanitaires fondamentaux? OUI NON

Services sociaux et sanitaires fondamentaux pour la santé et le bien-être (sélectionner seulement les catégories pertinentes):

<input type="checkbox"/> Services sanitaires (soins primaires, secondaires, tertiaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Services sociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Services d'aide et de soins à l'enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Services de soutien (services d'aide et de soins à domicile, repas etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. La mesure pourrait-elle réduire l'accès à d'autres services et ressources fondamentaux? OUI NON

Ressources et services dont l'accessibilité est un facteur de bien-être critique (sélectionner seulement les catégories pertinentes):

<input type="checkbox"/> Opportunité d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Poste de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Logement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Magasins (approvisionnement de biens primaires)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Installation/infrastructure de la communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Transports publics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Éducation (tenir compte de l'école maternelle, école primaire/secondaire, école supérieure formation continue, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mise à jour et développement des compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Services et infrastructures pour les activités de détente et de loisirs de la communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Services de base (eau potable, énergie pour le chauffage, éclairage et cuisine, traitement des déchets, traitement des eaux usées, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. La mesure pourrait-elle entraver l'intégration sociale des individus ou des groupes de population impliqués? OUI NON

Facteurs d'intégration sociale fondamentaux (sélectionner seulement les catégories pertinentes):

<input type="checkbox"/> Relations sociales (tenir compte de la quantité et de la fréquence des contacts parmi les différents réseaux, par ex. communauté, école, travail, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Soutien social (tenir compte des formes de soutien social et psychologique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Relations de voisinage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Participation à la vie de la communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Appartenance à des groupes de la communauté (associations, ONG, partis politiques etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Réputation de la communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Participation dans la gestion publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Discrimination/crainte de discrimination (selon âge, sexe, orientation sexuelle, race, religion et handicap)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. La mesure sauvegarde-t-elle le besoin de sécurité des individus ou de la communauté impliquée? **OUI NON**

Eléments fondamentaux pour la sécurité d'une communauté (sélectionner seulement les catégories pertinentes):		
<input type="checkbox"/> Niveau de criminalité et désordres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Crainte de criminalité et désordres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niveau de comportements antisociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Crainte de comportements antisociaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mesures de sécurité publique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mesures de sécurité routière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. La mesure pourrait-elle menacer des facteurs de développement économique importants et nécessaires au bien-être des individus ou de la communauté impliquée? **OUI NON**

Facteurs de développement économique (sélectionner seulement les catégories pertinentes):		
<input type="checkbox"/> Création de richesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Répartition de la richesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rétention de la richesse dans la région/économie locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Revenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Activité économique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Création de postes de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Disponibilité d'opportunité d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Qualité des opportunités d'emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Disponibilité d'opportunité de formation (considérer école maternelle, école primaire, secondaire, supérieure, formation pour adulte/continue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Disponibilité d'opportunité de mise à jour et développement de compétences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Développement technologique (au niveau domestique, commercial, industriel, agricole, d'infrastructure et médical)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niveau d'engorgement du trafic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. La mesure pourrait-elle empêcher les individus de bénéficier des espaces naturels ou les groupes de population impliqués?	OUI	NON
Aspects critiques concernant la possibilité de jouir de l'environnement (sélectionner seulement les catégories pertinentes):		
<input type="checkbox"/> Qualité de l'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Qualité de l'eau (considérer la qualité de la gestion des eaux, par ex. fleuves, torrents, lacs, étangs, estuaires, mers, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Qualité du sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Niveau de bruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Odeurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vibrations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Risques (ex. rayonnements, persistance des dommages, principe de précaution)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Exploitation du sol (considérer l'utilisation résidentielle, industrielle, commerciale, agricole, de loisirs et de conservation de la nature)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Habitats naturels (considérer leur disponibilité et qualité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Qualité du paysage (campagne et ville) (considérer les facteurs visuels et esthétiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aspect urbain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Services aux citoyens (parcs, espaces publics de proximité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Infrastructure de transport public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. La mesure pourrait-elle entraîner un risque pour l'équilibre de l'environnement dans lequel vivent les individus ou les groupes de population impliqués?	OUI	NON
Facteurs d'équilibre environnemental fondamentaux (sélectionner seulement les catégories pertinentes):		
<input type="checkbox"/> Biodiversité (protection de la biodiversité et de la qualité des biotopes, continuité des écosystèmes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Exploitation des ressources naturelles (renouvelables ou non-renouvelables comme eau, sol, matières premières etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dioxyde de carbone et autres émissions de gaz à effet de serre (efficacité énergétique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traitement des déchets urbains (considérer destruction, recyclage, réemploi, compostage, collecte, transport et stockage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Source : *Guide d'introduction à l'EIS en Suisse.*

*L'évaluation d'impact sur la santé : analyse et perspectives
de développement dans le Nord – Pas-de-Calais*

Annexe n° 2 : L'outil de dépistage/sélection du guide pratique de l'EIS du Québec

Date :

Ministère :

Responsable du dossier :

Titre et numéro du projet de loi ou de règlement :

Déterminants de la santé*		Impact du projet de loi ou de règlement sur les déterminants de l'état de santé						Commentaires <ul style="list-style-type: none"> Préciser la mesure du projet de loi ou de règlement à l'origine de l'impact; Décrire très brièvement la nature de l'impact; Indiquer les groupes les plus susceptibles d'être touchés (enfants, personnes âgées, etc.)
		Très positif	Plutôt positif	Neutre	Plutôt négatif	Très négatif	N/A**	
Habitudes de vie et comportements	Saine alimentation							
	Non-tabagisme							
	Consommation modérée d'alcool							
	Pratique de l'activité physique							
Environnement social	Qualité du milieu de vie (ex.: famille, école, travail, services de garde, résidences pour personnes âgées)							
	Participation à la communauté							
	Élimination de la discrimination							
	Intégration sociale							
	Soutien à la poursuite des études							
Environnement physique	Qualité de l'eau, de l'air et du sol							
	Disposition sécuritaire des déchets dangereux							
	Sécurité des aménagements physiques							
	Sécurité (accès et qualité) des aliments et des produits de consommation							
	Développement durable des ressources naturelles							
	Transport actif : marche, vélo							
Salubrité des logements								

* Cette liste n'étant pas exhaustive, tout autre déterminant peut y être ajouté
 ** N/A : Non applicable

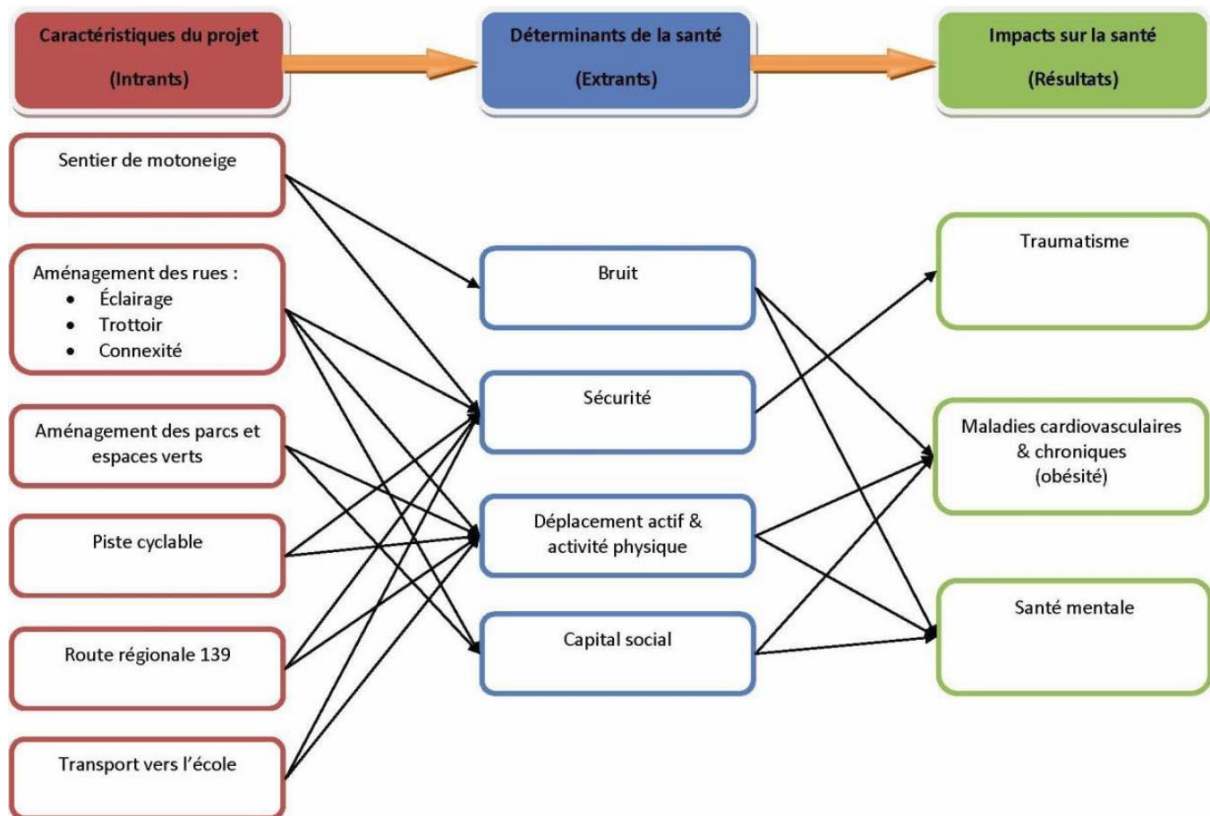
Déterminants de la santé		Impact du projet de loi ou de règlement sur les déterminants de l'état de santé						Commentaires Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> Préciser la mesure du projet de loi ou de règlement à l'origine de l'impact; Décrire très brièvement la nature de l'impact; Indiquer les groupes les plus susceptibles d'être touchés (enfants, personnes âgées, etc.).
		Très positif	Plutôt positif	Neutre	Plutôt négatif	Très négatif	N/A	
Environnement économique	Possibilités d'emploi							
	Bonnes conditions de travail							
	Diminution de la pauvreté							
	Réduction des écarts entre les groupes							
Facteurs sociétaux	Répartition équitable de la richesse							
	Efficacité et qualité des services publics							
	Accès équitable aux ressources et aux services publics							
	Lutte à la pauvreté							
	Politique de conciliation travail-famille							
	Respect de la diversité							
	Planification de l'intervention en cas de catastrophe (naturelle, terroriste, etc.)							
	Prévention de la criminalité							
Participation active des citoyens aux décisions collectives								

Selon la nature et l'ampleur des impacts pressentis, est-ce que l'étape de cadrage et d'analyse sommaire doit être réalisée ? Oui Non

Si oui, donner un aperçu des étapes à venir. Si non, quelles sont les raisons qui motivent le choix de ne pas la réaliser ?

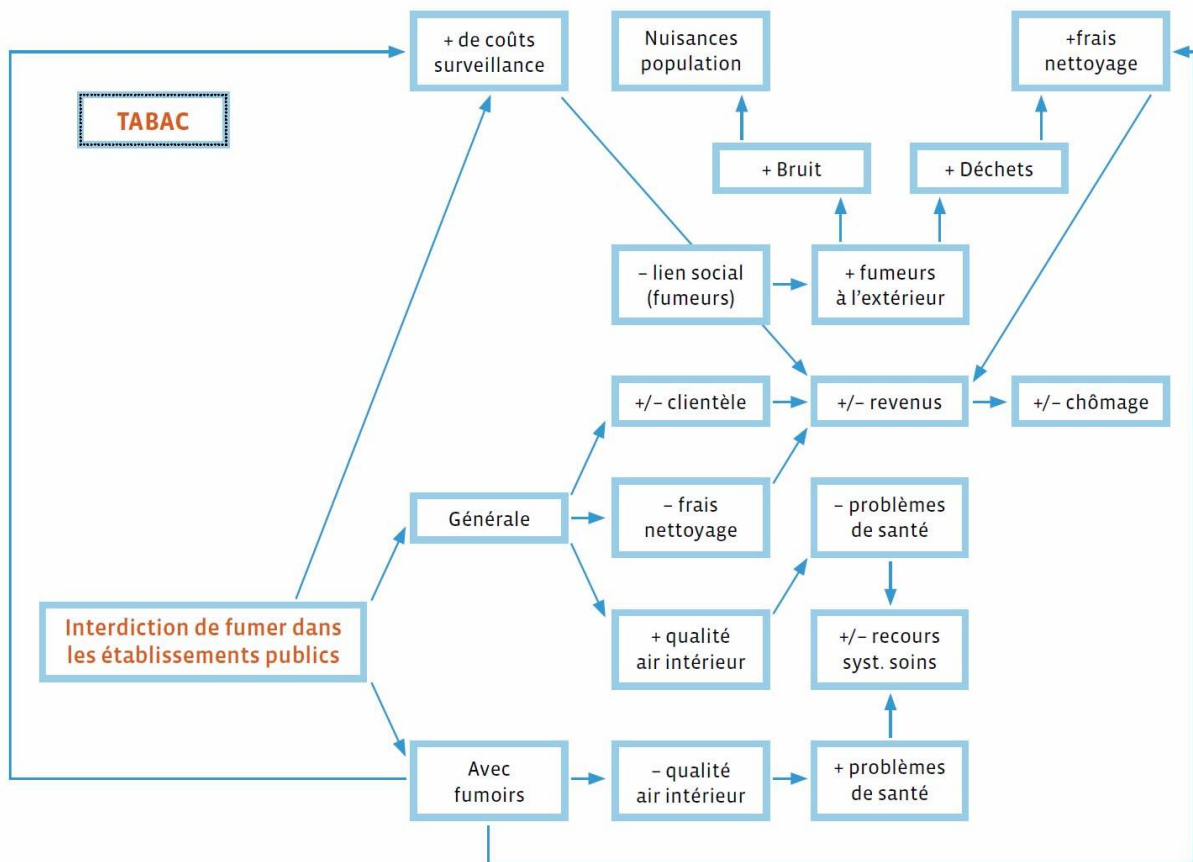
Source : Guide pratique pour l'évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlements au Québec.

**Annexe n° 3 : Modèle logique utilisé dans une EIS
sur un projet d'aménagement urbain au Québec**



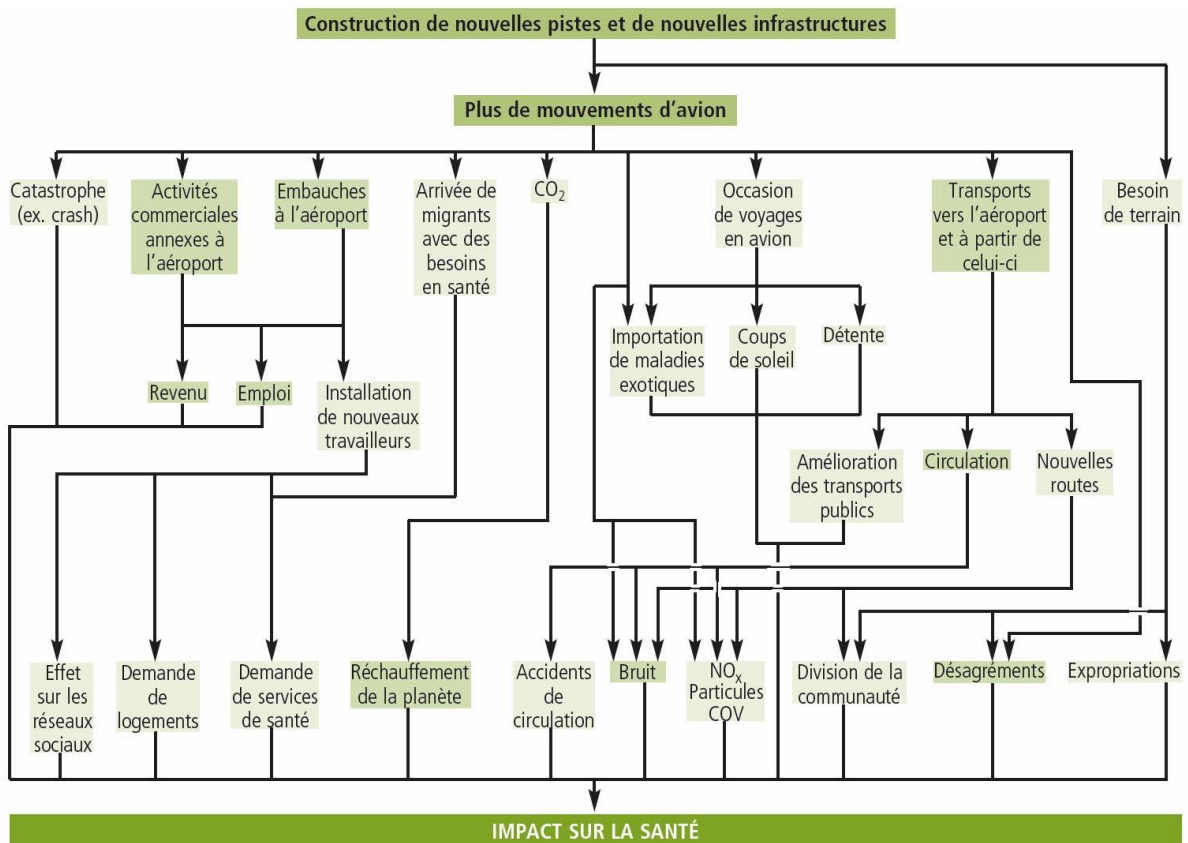
Source : Tremblay E. L'évaluation d'impact sur la santé en milieu municipal : l'expérience d'un développement domiciliaire. Institut National de Santé Publique du Québec. Bulletin d'information en santé environnementale (BISE), novembre 2012 ; pp. 1-10.

Annexe n° 4 : Modèle logique utilisé dans une EIS sur la fumée passive dans les établissements publics du canton de Genève



Source : Guide d'introduction à l'EIS en Suisse.

**Annexe n° 5 : Modèle logique PRAM (Joffe et Mindell 2002)
appliqué à un projet d'extension d'aéroport**



La logique du modèle PRAM est la suivante : 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.

Source : Kemm J. Les expériences d'évaluation d'impact sur la santé au Royaume-Uni et leur traduction dans les politiques publiques. *Télescope* 2008 ; 2(14) : 1-13.

**Annexe n° 6 : Synthèse des résultats annuels de l'EIS sur la mortalité
en Île-de-France en fonction des scénarios retenus⁴⁸**

En 2020	Scénario 1 4% de part modale	Scénario 2 8% de part modale	Scénario alternatif 3 20% de part modale
Bénéfices			
Activité physique			
Mortalité évitée (nbre de décès)	308	937	2 745
Nombre de tués évités grâce à la baisse de la circulation automobile			
Fourchette basse*	0,4	1,3	3,8
Fourchette haute*	4,2	11,2	24,0
Risques			
Accidents de piétons			
Nombre de tués	1	3	9
Accidents de cyclistes			
Nombre de tués	5	7	7
Exposition à la pollution			
Nombre de décès (fourchette basse)**	8	25	72
Nombre de décès (fourchette haute)**	10	30	87
Total Bénéfices			
Fourchette basse	308	938	2 749
Fourchette haute	312	948	2 769
Total Risques			
Fourchette basse	14	35	88
Fourchette haute	16	40	103
Ratio Bénéfices/Risques***	19	24	27

* Les fourchettes basse et haute correspondent aux hypothèses minimum et maximum de report d'automobilistes vers le vélo selon les scénarios du Tableau 24.

** Les fourchettes basse et haute correspondent aux hypothèses de ratio d'exposition : l'hypothèse basse correspond à un ratio d'exposition des automobilistes de 1,5 fois le niveau de fond, l'hypothèse haute correspond à un ratio d'exposition des automobilistes de 2 fois le niveau de fond.

*** Le ratio est calculé avec le bénéfice minimal et le risque maximal, pour rester dans un scénario conservateur.

Sources : SOES, INSEE, INRETS - ENTD 2008 ; INSERM CépiDc ; DRIEA - Observatoire Régional de la Sécurité Routière ; IRMES ; AIRPARIF ; INSEE RP ; Exploitation ORS Île-de-France.

⁴⁸ Praznocy C. Les bénéfices et les risques de la pratique du vélo. évaluation en Île-de-France. Paris : ORS Île-de-France, 2012 ; 163 p.

Table des figures

Figure n° 1 :	Les grands déterminants de la santé	12
Figure n° 2 :	L'EIS dans un schéma simplifié du développement d'une politique publique	15
Figure n° 3 :	Estimations de l'importance relative de différents déterminants sur la santé	16
Figure n° 4 :	Démarche de développement durable dans la santé publique	18
Figure n° 5 :	La démarche EIS en 5 étapes clefs	23
Figure n° 6 :	La démarche EIS en 6 étapes clefs	24
Figure n° 7 :	Schéma simplifié de la démarche EIS	27
Figure n° 8 :	EIS rapide et EIS complète	29
Figure n° 9 :	Défis et pistes de réflexion sur l'EIS	38
Figure n° 10 :	Différents types d'évaluation d'impact	39
Figure n° 11 :	Les principales phases du développement des EIS dans le canton du Jura dans le cadre de son Agenda 21	59

ISBN : 978-2-914512-59-6
Mars 2013

Rapport réalisé avec le soutien du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais



Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

235 avenue de la Recherche
CS 50086 59373 Loos cedex
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20
Fax : +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org



L'ORS est membre du GIE
Groupement Régional de Promotion de la Santé