

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

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

• j.mindell@ucl.ac.uk

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

Nannerl Herriot, Public Health Manager, Urban Development, Regional Public Health Group, Londres • nannerl.herriott@dh.gsi.gov.uk

et **Sue Atkinson**, professeure invitée, Département d'épidémiologie et de santé publique, University College London • satkinson@ucl.ac.uk

Traduit de l'anglais

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

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

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

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

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

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

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

LES STRATÉGIES DU MAIRE DE LONDRES

STRATÉGIES OBLIGATOIRES

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

AUTRES (EXEMPLES)

9. Énergie
10. Enfants et jeunesse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une étude rapide basée sur des preuves pertinentes

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

Le sommaire des stratégies

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le rapport d'évaluation d'impact sur la santé

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

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

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

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

■ LES RÉSULTATS DE LA DÉMARCHÉ

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

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

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

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

munautés londonniennes devient un des objectifs révisés;

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

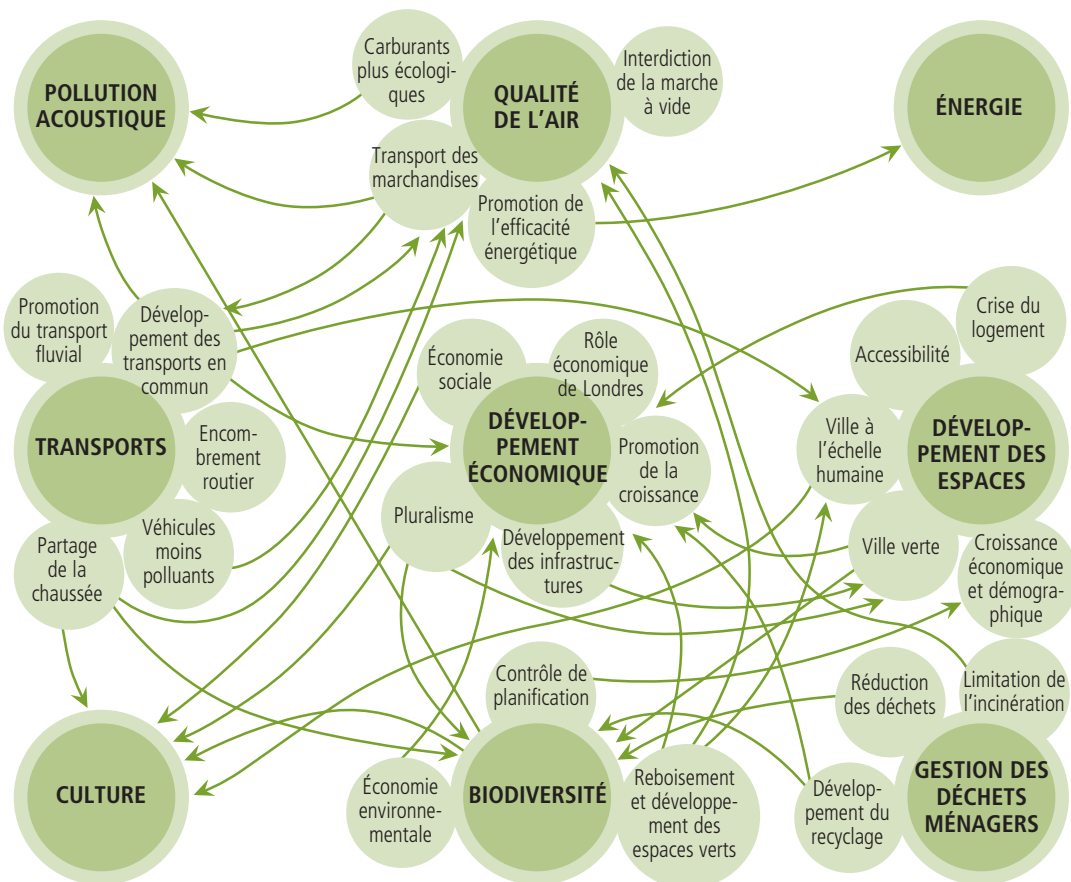
L'emploi des évaluations d'impact sur la santé pour établir des thématiques interreliées

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

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

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

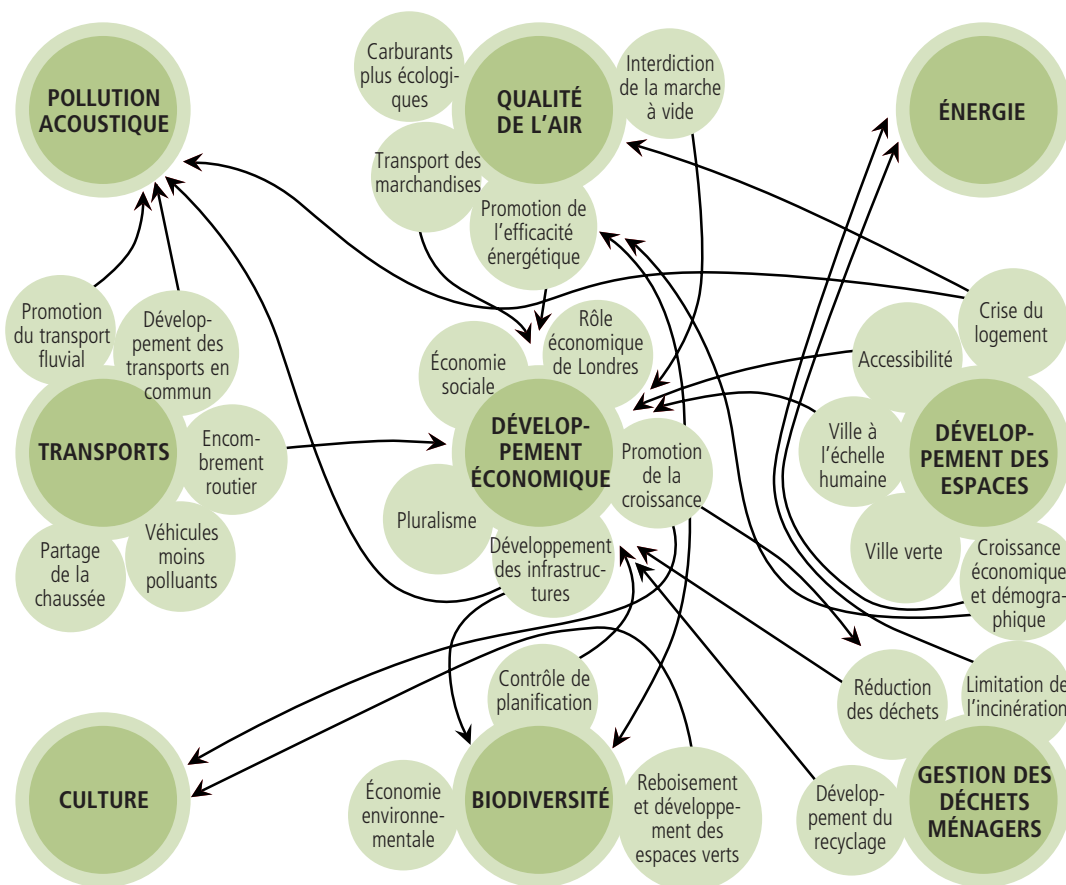
FIGURE 1 : LES SYNERGIES



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

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

FIGURE 2 : LES CONFLITS



L'intégration des évaluations d'impact sur la santé

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

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

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

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

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

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

■ LES RÉFLEXIONS SUR LA DÉMARCHE LONDONIENNE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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