

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Traduit de l'anglais¹

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les données et la méthodologie³

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'endossement gouvernemental : politiques, réglementations et autres

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

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

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

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

P: politique

R: réglementation

A: autres moyens d'approbation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le financement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ LA PRESTATION DE SERVICES

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

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

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

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

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

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

La présence d'organismes responsables dans la plupart des pays

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le lien entre les évaluations et leur communication aux décideurs

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

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

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

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

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

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

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

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

■ CONCLUSION

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

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

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

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

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

AUTRES CONTRIBUTEURS

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

BIBLIOGRAPHIE

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