

# Entre initiatives locales et contraintes législatives, l'émergence comparée des études d'impact sur la santé en France et au Danemark<sup>1</sup>

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

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

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

ces deux institutions ont contribué à la formulation d'une définition des EIS: un instrument de mesure (quantitatif et/ou qualitatif) des effets sur la santé des populations de projets ou de politiques qui n'ont pas pour objectif premier d'agir sur la santé. La démarche de l'EIS est souvent formalisée autour de cinq étapes, à savoir la sélection, la délimitation et la définition, l'analyse (plus ou moins approfondie selon les cas), les recommandations et l'aide à la décision, le suivi et l'évaluation. À ces étapes, le consensus de Gothenburg<sup>2</sup> associe des valeurs d'équité, de démocratie, de développement durable et d'éthique (Centre européen des politiques de santé, 1999).

## Des principes homogènes, des formes variables

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

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

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

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

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

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

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

### La méthodologie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Des recommandations européennes et nationales sans pouvoir contraignant

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

Malgré l'existence de cette base législative pour le développement des EIS, Lock et McKee (2005) soulignent la faiblesse des réalisations, qui ne vont guère au-delà du financement d'expérimentations, de la publication, par la Direction générale Santé et protection du consommateur (DG Sanco), d'un guide pratique relatif aux EIS destiné aux autres services de la Commission (DG Sanco, 2001) ou du financement, par la Direction générale Environnement, de guides pratiques réalisés par le Bureau régional de l'Europe de l'OMS pour les villes du réseau des Villes-Santé (OMS, 2004<sup>3</sup>). De plus, aucune des EIS identifiées dans les deux pays et aucun des débats qui les entourent ne se revendiquent du traité d'Amsterdam. Ce qui traduit, à notre sens, le caractère

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au Danemark, les EIE ont lieu à trois niveaux distincts. Depuis 1993, les propositions de lois soumises au *Folketing* (le Parlement danois) doivent faire l'objet d'une évaluation de leurs conséquences sur l'environnement. La loi sur l'aménagement du territoire (révisée en 2002) et la loi de 2004 relative aux effets sur l'environnement des plans et des programmes<sup>4</sup> imposent respectivement des EIE pour des activités ou des projets d'installations (il s'agit de prévenir les effets négatifs de ces projets sur l'environnement) et pour des procédures nationales ou locales d'aménagement du territoire. Dès 1989, les comtés avaient l'obligation de réaliser des EIE de leurs mesures d'aménagement du territoire régional – obligation résultant de la directive européenne de 1985 mentionnée ci-dessus. Bien qu'il soit précisé dans la législation que ces études d'impact peuvent concerner les effets sur la santé et la sécurité de la population, cette dimension est, en pratique, très

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

Alors qu'il semble impossible de repérer un effet d'entraînement entre l'évaluation d'impact sur l'environnement et celle sur la santé au Danemark, l'émergence des premières EIS en France procède très directement des EIE. L'article 19 de la loi de 1996<sup>5</sup> sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie stipule que les études d'impact de projets d'aménagement ou d'installations classées pour la protection de l'environnement comprennent une analyse de leurs effets sur la santé. Cette disposition législative s'inscrit dans la continuité de deux lois de juillet 1976 qui prévoyaient des EIE pour certains projets, tels l'installation d'une entreprise agricole ou industrielle ou un projet routier (Legeas, 2003). Plus largement, elle renvoie aux origines environnementales des interventions de santé publique (Joffe et Sutcliffe, 1997; Lock, 2000).

La littérature met en évidence le fait que l'association d'EIE et d'EIS peut contribuer au développement de ces dernières dans la prise de décision politique (Wright, Parry et Scully, 2005). Toutefois, l'exemple français du volet sanitaire des études d'impact, dont la réalisation a été confiée aux Directions départementales des affaires sanitaires et sociales<sup>6</sup> (DDASS), nous amène à souligner quelques limites à cet effet d'entraînement. Tout d'abord, le volet sanitaire des études d'impact participe d'une procédure très encadrée d'analyse des projets d'aménagement. Son objectif est de relever les effets positifs et négatifs, y compris sur la santé, pouvant résulter du fonctionnement normal des installations. En conséquence, le volet sanitaire des études d'impact concerne principalement un des déterminants de la santé, l'environnement agricole et industriel, et ses effets néfastes sur la santé par le biais de pollutions de l'air, de l'eau ou des sols. Les conséquences sur la santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En plus de cette proximité conceptuelle, le transfert des EIS par l'entremise des Villes-Santé de l'OMS s'explique également par un élément de contrainte puisque c'est une obligation liée à la participation des villes à la quatrième phase du projet international pour 2003-2008<sup>7</sup>. Il s'agit pour les villes de mettre en œuvre des procédures d'EIS plus sophistiquées. Au Danemark, le site Web de Horsens indique que les responsables de la Ville-Santé ont organisé un voyage d'études à Belfast pour s'inspirer de l'expérience de leurs collègues irlandais en matière d'EIS. À Rennes, seule ville française membre du réseau international, cette obligation incite à la réactivation d'une préoccupation plus ancienne d'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques municipales. Dès la fin des années 1980, une expérience a été menée sous l'impulsion de l'élue déléguée à la santé qui visait à analyser les effets sur la santé des décisions municipales à partir d'une grille permettant de croiser plusieurs critères d'appréciation des décisions (Simos, 2006). Si cela a marqué le début d'une réflexion pratique sur les effets sur la santé des décisions municipales, son application s'est révélée difficile.

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

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

individuel et pour des acteurs de cultures professionnelles différentes et de débattre sur l'apport de l'étude de l'impact sur la santé de ce projet. Pourquoi utiliser des EIS alors que, à Rennes, la valorisation de la biodiversité, l'entretien différencié des espaces verts en fonction de leur qualité, le développement de l'intermodalité (train, bus, métro) ou encore l'utilisation du vélo dans la politique de transport sont déjà des éléments à part entière de la politique d'urbanisme<sup>8</sup>? Des questions relatives aux champs d'application des EIS et à leur capacité de proposer une problématique de la santé complémentaire à celle d'autres enjeux d'action publique sont soulevées.

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

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

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

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

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

Au Danemark, l'expérience déjà mentionnée de Nordborg participe des échanges entre acteurs nordiques de santé publique, en lien étroit avec les Villes-Santé. Les trois questions auxquelles les conseillers municipaux se sont engagés à soumettre leurs décisions sont très directement inspirées du modèle de « la question santé » élaboré par les associations des comtés et des villes suédoises<sup>9</sup>. Les propositions de projets ou de politiques ont-elles des conséquences positives pour la santé des plus démunis du point de vue de leur environnement social (par exemple, occasion d'accroître leur influence, travail en commun et apport d'un soutien mutuel), du point de vue des facteurs de risque (par exemple en lien avec l'environnement physique ou avec les modes de vie)? Sont-elles cohérentes avec les objectifs politiques et d'offre de services de la ville? Il s'agit de questions générales sur les effets possibles des décisions sur la santé des populations et la cohérence de l'intervention municipale.

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

<sup>9</sup> Accessible au : [http://www.hiaconnect.edu.au/swedish\\_hia\\_tool.htm](http://www.hiaconnect.edu.au/swedish_hia_tool.htm)



## Les relais nationaux des études d'impact sur la santé

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

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

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

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

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

La situation est différente au Danemark où la réforme de l'organisation territoriale – amorcée en 2004 et entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2007 – offre un contexte favorable à l'introduction d'EIS dans le processus décisionnel local. Avec cette réforme, les villes disposent des compétences pour intervenir dans la politique de santé publique ainsi que dans un certain nombre d'autres domaines correspondant à autant de déterminants de la santé. En effet, en avril 2004, le gouvernement a proposé une réforme du gouvernement local, prévoyant le remplacement des 275 communes par une centaine seulement et la suppression des 14 comtés au profit de 5 régions<sup>10</sup>.

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

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

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

## ■ CONCLUSION

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

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

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

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

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

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

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

## BIBLIOGRAPHIE

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

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

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