

Visages de l'étude d'impact en santé



.....

Une bonne idée n'est pas forcément une idée facile à mettre en pratique. Des obstacles de tous ordres se lèvent sur son chemin, parfois prévisibles, parfois inattendus. L'évaluation des impacts en santé n'échappe pas à la règle. Une balade à travers l'Europe et le Québec nous montre ces difficultés mais aussi la manière dont bien souvent elles sont résolues.

.....

Ainsi, en Suède et au Pays de Galles, l'EIS prend plus facilement racine aux niveaux local et régional. Par ailleurs, l'Assemblée nationale galloise s'est dotée récemment d'un outil d'évaluation stratégique pour déterminer la recevabilité de ses principales politiques du point de vue social, économique et environnemental. A l'inverse aux Pays-Bas, l'EIS a, jusqu'à récemment, été utilisée principalement au niveau national, mais des efforts sont consentis pour une utilisation accrue au niveau local.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

Québec : un processus large et centralisé

Dès les années 80, le Québec met en place l'évaluation des impacts sur l'environnement. Il s'agit d'examiner les conséquences possibles d'un projet, tant bénéfiques que néfastes, sur l'environnement biophysique (eau, air, sol, faune et flore), sur les communautés humaines et sur tous les éléments contribuant à la qualité du milieu, et ce dès la phase d'élaboration du projet. Comme la protection de la santé, la sécurité et le bien-être de la population font partie des objectifs de l'évaluation environnementale, le ministère responsable de la Santé est appelé à participer au processus. Il lui appartient de préciser les exigences relatives à la santé, de commenter les études d'impact des projets et de fournir une opinion sur leur acceptabilité sous l'angle de la santé publique.

Actuellement, plusieurs pays occidentaux ont élaboré une démarche d'Études d'Impact de la Santé (EIS), conformément à l'article 152 du traité d'Amsterdam.

En fonction des traditions nationales, du contexte politique, des modèles d'organisation du système de santé et des services sociaux, des acteurs et des institutions chargées de les mettre en oeuvre, les EIS sont très diversement utilisées dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques. Au-delà d'une certaine homogénéité des principes, les EIS varient aussi selon les méthodes utilisées (plus ou moins participatives, plus ou moins systématiques), le niveau de mise en oeuvre (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).

Dans les années 90, un processus plus spécifique à la santé est lancé en Colombie britannique mais en 1998, le projet est abandonné parce qu'« il n'est pas démontré que les processus d'EIS en place dans d'autres gouvernements entraînent des changements dans les politiques et programmes selon l'approche des déterminants de la santé ou encore qu'ils contribuent à l'amélioration de l'état de santé ». L'abandon de cette pratique ne semble pas lié au manque de connaissances scientifiques mais plutôt au départ de personnes clés et à l'absence de cadre législatif.

En décembre 2001, le Québec adopte la loi sur la santé publique qui a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amé-

Mots clés : études d'impact santé, santé publique, inégalités de santé, déterminants de santé, globalité, alcool, participation, villes-santé.

lioration de l'état de santé et du bien-être. Tirant leçon des expériences des années 80 et 90, cette loi renforce la collaboration intersectorielle au sein du Gouvernement pour mieux harmoniser les politiques autour des déterminants de la santé. L'article 54, disposition clé de cette loi, stipule que : *Le ministre (de la Santé et des Services sociaux) est d'office le conseiller du Gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.*

Sur cette base, le ministère de la Santé élabore une stratégie qui comprend deux grands volets :

- l'implantation d'un mécanisme intragouvernemental d'EIS ;
- le développement et le transfert des connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé.

● **Le mécanisme intragouvernemental d'EIS**

Ce mécanisme favorise l'intégration des préoccupations en matière de santé par les promoteurs de projets de loi et de règlement, et ce, le plus tôt possible dans le processus décisionnel. Il repose sur la responsabilité du promoteur, qui doit procéder lui-même aux évaluations d'impact, mais il peut compter sur le soutien du ministère de la Santé qui fournit des outils d'aide à la décision et l'expertise nécessaire.

Ce mécanisme d'EIS a nécessité :

- la création d'un réseau de répondants ministériels

Tous les ministères sont invités à désigner un répondant pour assurer un lien avec le ministère de la Santé. La participation des ministères est variable. Ceux qui se sentent moins interpellés soulignent la difficulté de se doter d'un processus interne d'évaluation, la complexité des outils ainsi que leur manque de compétences en ce domaine. La multiplication des évaluations d'impact (environ-

nement, santé, jeunes...) s'avère également préoccupante pour les répondants qui proposent un outil commun d'évaluation d'impact qui intégrerait l'ensemble des problématiques transversales et pourrait être appliqué plus en amont dans le processus décisionnel.

- la production et la diffusion d'outils

Notamment le *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et de règlement au Québec*, publié en 2006, et en 2007 le document *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, qui a trait à huit grands déterminants de la santé, (habitudes de vie, éducation, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique, environnement social et pauvreté).

- l'insertion de l'EIS dans le traitement des demandes par le ministère de la Santé.

Une mention précisant qu'une EIS a été validée par le ministère de la Santé apparaît comme un gain pour les organismes gouvernementaux qui peuvent faire valoir leurs efforts pour une politique favorable à la santé. La consolidation de leurs partenariats facilitera l'implantation du processus d'EIS dans les structures administratives et conduira à une plus grande cohérence des politiques.

● **Le développement et le transfert des connaissances**

Le développement et le transfert des connaissances se déploient sur deux axes :

A. un programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être.

Ce programme vise à accroître la recherche interdisciplinaire, à soutenir la production d'outils pour des politiques favorables à la santé, à soutenir l'évaluation des effets *a priori* et *a posteriori* des politiques publiques et à favoriser le transfert des connaissances vers les décideurs et les ressources.

Parmi les thématiques couvertes par le programme, on remarquera :

1. Concepts et méthodes pour l'analyse des



actions gouvernementales : une réflexion sur les politiques favorables à la santé, l'élaboration d'un cadre conceptuel et la mise au point de méthodes d'évaluation d'impact adaptées au Québec.

2. Élaboration de politiques publiques favorables à de saines habitudes de vie.

Pour toute mesure gouvernementale examinée, les partenaires devraient considérer :

- Quelles modalités ont une incidence réelle sur l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie ? Quelle est l'ampleur de cette incidence ? Quel est l'effet sur la santé ? Quels en sont les coûts ?
- Quelles sont les conditions facilitantes et les barrières à cette politique dans la société québécoise ?
- Quels effets pervers peuvent être associés à cette politique ?
- Quelles stratégies permettent d'en optimiser la mise en œuvre ?
- A quel niveau d'administration doit s'articuler l'application de cette politique ?
- Comment articuler des interventions efficaces ?

3. Évaluation des impacts

Pour toute mesure gouvernementale examinée, les projets de recherche doivent :

- fournir des informations sur ses effets potentiels ou réels sur la santé dans le but d'en réduire les inconvénients ou d'en accroître les bienfaits ;
- faire une analyse comparative des effets probables sur la santé et le bien-être avec des politiques publiques visant les mêmes problèmes.

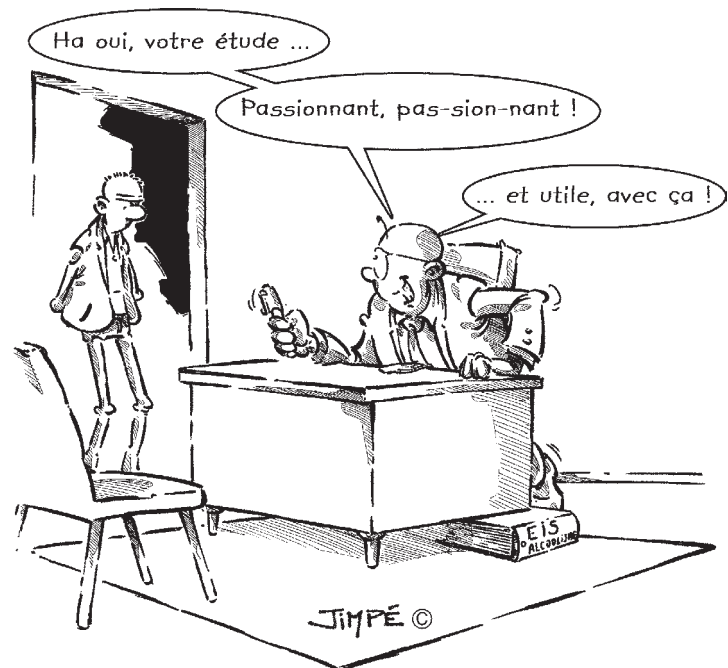
4. Pauvreté et exclusion sociale

Suite à l'adoption, en 2002, de la Loi contre la pauvreté et l'exclusion sociale, un plan d'action gouvernemental est mis en place. Trois axes sont proposés aux chercheurs :

- approfondir les connaissances sur les dynamiques qui causent et entretiennent la pauvreté, et sur les conséquences de celle-ci (éducation, santé, travail, terri-

toire) ;

- procéder à une analyse critique et comparative des programmes et politiques de lutte contre la pauvreté au Québec, au Canada et à l'étranger ;
- évaluer des modes de développement structurants dans les communautés locales et régionales, en intégrant les préoccupations relatives au développement économique et social susceptibles de se situer dans un cadre plus englobant de développement durable.



B. une entente entre le ministère de la Santé et des services sociaux et l'Institut national de santé publique (INSPQ) sur l'application de l'article 54 de la loi de santé publique.

L'INSPQ a traité, parmi d'autres exemples, de l'impact sur la santé physique et mentale, de la difficulté de concilier travail et famille, de la vitesse ou de l'utilisation du cellulaire au volant, de la ventilation des habitations, du maintien en emploi et de la mise à la retraite.

Un second volet de l'entente se rapporte à l'accès à l'expertise. Un portail permet de repérer les connaissances scientifiques perti-

mentales, offre une banque de données, un botin de personnes-ressources et un moteur de recherche, publie un bulletin électronique, diffuse les résultats des travaux, donne des liens électroniques sur les politiques et sur l'EIS. Se développent aussi des activités de formation, d'information et d'échanges scientifiques

Depuis 2002, le Québec est l'un des rares gouvernements à avoir institutionnalisé la procédure d'EIS au niveau central. L'article 54 témoigne d'un engagement gouvernemental clair dans la promotion de la santé.

Cependant, cet encadrement légal ne saurait garantir à lui seul le succès de l'implantation du mécanisme intragouvernemental d'EIS. Le ministère doit continuer à sensibiliser ses partenaires ministériels à la démarche d'EIS et doit constamment s'adapter aux besoins variés des différents partenaires.

Helsingborg, Suède : de la nécessité du soutien politique

Un groupe de travail de techniciens de différents services s'est réuni pour définir la mise en œuvre d'une EIS au sein de Helsingborg. Ce groupe a été rejoint par deux élus, ce qui a été déterminant. L'influence de ces derniers a favorisé une compréhension commune de l'EIS et de sa mise en œuvre. Cet apport a permis davantage de discussions au sein d'autres organisations politiques. Les élus ont pu réaliser rapidement comment l'EIS pouvait les aider à améliorer le processus de prise de décision. Cette démarche a appris au groupe de travail que les outils et la bonne volonté n'étaient pas suffisants, le soutien politique est nécessaire à la mise en œuvre d'une EIS.

Au Royaume-Uni : vers une évaluation intégrée des impacts

Une des premières EIS entreprise au Royaume-Uni fut l'étude des conséquences sur la santé des populations riveraines de l'ouverture d'une seconde piste d'atterrissage à l'aéroport de Manchester – qui a entraîné des changements

dans l'organisation des transports terrestres et a réduit l'exposition au bruit. D'une manière générale, l'EIS a, au Royaume-Uni, été surtout appliquée à des projets particuliers ou aux politiques locales (plans locaux de transport ou d'aménagement de l'espace). L'EIS sur la proposition d'utiliser des pneus comme combustible dans une cimenterie est un exemple d'EIS insérée dans une procédure d'*Integrated Pollution prevention and control*. Cette évaluation établit que les pneus n'étaient pas plus polluants que le combustible précédemment utilisé et que leur recyclage représentait un avantage considérable en matière d'environnement.

● Une place difficile à trouver

Lorsque l'EIS est incluse dans un cadre législatif, on peut en déduire qu'elle fait partie du processus de prise de décision. Ce fut le cas pour l'EIS du schéma d'efficacité énergétique d'usage domestique du pays de Galles qui bonifia les plans d'isolation des logements des personnes vulnérables.

Mais dans d'autres circonstances, on peut se poser la question de l'influence de l'évaluation sur la prise de décision et sur la réalité de son apport. De nombreuses EIS ont débuté alors que le projet était déjà bien avancé et furent, dans les faits, davantage des exercices visant à justifier (ou à critiquer) des décisions déjà prises. Les premières évaluations publiées se définissaient comme des EIS de politiques publiques. Elles étaient la plupart du temps des analyses rétrospectives des conséquences en termes de santé de décisions ou de politiques publiques. Le but était le plus souvent de démontrer les erreurs des décisions prises. Ces rapports – par exemple les examens de la politique des États-Unis envers Cuba ou de la politique agricole de l'Union européenne - représentaient des plaidoyers énergiques pour une plus grande attention portée à la santé publique, mais ne pouvaient espérer avoir une influence notable sur la conduite des politiques publiques au niveau national.

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

Les conséquences directes de la consommation



d'alcool sur la santé n'ont pas seulement trait aux impacts négatifs connus (maladies, criminalité, problèmes sociaux) ; elles concernent également des impacts positifs (protection contre les maladies cardiovasculaires). Parmi les effets indirects, certains sont positifs (en matière d'emploi par exemple) et d'autres négatifs (désordre public et comportements antisociaux).

Une stratégie nationale de lutte contre l'alcoolisme a été annoncée dès 1998 dans le livre vert *Our Healthier Nation*, mais ne s'est concrétisée qu'en 2004 avec la publication d'une stratégie de réduction des nuisances liées à l'alcool en Angleterre. Un récapitulatif des données recueillies à l'occasion de cette étude a été publié. Mais au moment de franchir l'étape de l'analyse des impacts pour entrer dans celle de la production d'une stratégie, les conséquences en termes de santé ne semblent pas avoir pesé lourd face aux intérêts des producteurs d'alcool. Une analyse de l'impact sur la santé a bien été menée, mais il est impossible de mesurer son influence sur les décisions, car sa publication a été frappée d'un embargo.

Lors de l'élaboration de cette stratégie, l'*Academy of Medical Sciences* a débattu des mêmes problèmes pour arriver à des conclusions diamétralement opposées. Cette situation dans laquelle le gouvernement et des comités médicaux parviennent, à partir des mêmes données, à émettre des diagnostics différents s'est répétée à propos du guide pour une consommation d'alcool sécuritaire.

Cet exemple montre les limites de l'EIS. En présence de positions solidement établies et d'intérêts puissants, il est naïf d'espérer qu'une étude impartiale s'inscrivant dans le processus d'élaboration des politiques puisse avoir un effet significatif et que les décideurs fassent suffisamment abstraction des pressions politiques pour évaluer objectivement les retombées de leur propre politique. La politique de lutte contre l'alcoolisme est le symbole du cas d'espèce où le lobbying serait sans doute l'attitude la plus pertinente.

● **L'avenir : vers une évaluation intégrée des impacts sur la santé**

Chaque année, des milliers de décisions publiques pourraient être améliorées grâce à l'EIS,

ce qui nécessiterait une augmentation importante des moyens. Trois options sont envisageables :

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

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

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

L'évaluation intégrée des impacts, qui réunit toutes les études d'impact en une seule, propose une solution à ce problème. Nombreuses en effet sont les problématiques communes aux domaines des différentes études d'impact. Pour cette raison, l'évaluation intégrée ne prend pas plus de temps et la charge de travail s'en trouve réduite d'autant. Cette approche a été adoptée par le gouvernement britannique : les nouvelles propositions de loi sont soumises à une procédure d'évaluation conjuguée des impacts.

Sandnes, Norvège : facile !

La municipalité de Sandnes a mis en pratique une grille d'aide à la décision *Balanced Score-card* pour un suivi du travail et des services existants. Dans tous les projets d'aménagement du territoire, les conséquences pour la santé et l'environnement sont estimées. Une liste de références décrivant l'évaluation positive et négative, ainsi que des commentaires brefs sont joints aux projets qui sont soumis à une décision politique. Sandnes a constaté que la recherche de l'engagement politique et le développement des indicateurs n'étaient pas si difficiles, le plus ardu a été la mise en pratique de l'outil. La facilité d'utilisation a été considérée comme déterminante. Une check-list légère avec des références claires et simples est le critère de réussite essentiel.

Genève : la peur de l'EIS !

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

Cette formulation a suscité de fortes réticences au sein de la Commission de la santé. Les députés des partis placés « à droite » de l'échiquier politique, majoritaires, craignaient que l'EIS ne devienne un frein administratif à l'activité économique. Ils faisaient naturellement le parallèle avec les études d'impact sur l'environnement (EIE) et l'utilisation qui en avait été faite par certains acteurs associatifs pour s'opposer à des projets de construction.

Les divergences d'appréciation n'ont pas tardé à provoquer l'apparition du clivage classique « droite-gauche », les uns votant dans un premier temps la suppression pure et simple de l'alinéa introduisant les EIS, les autres menaçant de refuser en bloc la loi sur la santé. Le

conseiller d'État responsable de la santé et les représentants du Département de la santé se sont alors efforcés d'expliquer les différences fondamentales entre EIE et EIS, notamment dans la prise en compte des impacts positifs. Il est intéressant de souligner la différence sémantique entre EIE (étude) et EIS (évaluation), qui a bien servi l'argumentation du Département de la santé et de remarquer qu'en France une autre option a été retenue pour traduire *Health Impact Assessment* : étude d'impact sur la santé.

Finalement, la formulation retenue, à laquelle s'est ralliée la majorité des députés de la Commission a maintenu l'introduction de la base légale, mais supprimé l'automaticité d'une EIS en cas d'impacts négatifs présumés. Une dernière tentative de certains députés de revenir à la formulation initiale lors du débat sur le projet de loi en séance plénière du Parlement n'a pas été couronnée de succès.

La formulation de l'article 4, alinéa 2 de la Loi sur la santé adoptée par le Parlement cantonal le 7 avril 2006 sera finalement la suivante : « Si un projet législatif est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le Conseil d'État peut décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé. ».

● Une définition OMS de la santé ? Connais pas !

À ce stade, les délibérations ayant mené à l'introduction des EIS appellent deux observations principales.

La première a trait au caractère confus du concept de santé. La définition proposée dès 1946 par l'OMS est loin d'être largement connue et comprise des acteurs politiques. Une divergence majeure, par ailleurs largement débattue lors des discussions sur la définition de la santé et reprise en préambule à la loi en question, porte sur la possibilité d'élargir à la sphère dite « sociale » la définition de santé. Ses détracteurs considèrent généralement que cela constitue une ouverture excessive à des considérations qui dépassent la dimension curative, jugée la plus importante, et autorise donc les acteurs de la santé à inclure dans leur sphère d'influence, un large éventail de do-



maines de l'action publique. La crainte d'un « impérialisme de la santé » amène alors une partie des acteurs politiques à refuser cette définition et à se méfier des outils susceptibles de la matérialiser, comme l'EIS. Ce clivage est apparu clairement lors du débat parlementaire genevois.

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

Cette limitation du champ d'action ne signifie pas inactivité. Un projet-pilote concernant l'interdiction de fumer dans les établissements publics a été retenu. Un groupe de travail, réunissant des fonctionnaires de différents services, ainsi que des représentants des milieux concernés (protection de non-fumeurs, restaurateurs) a été créé. Genève a pu bénéficier de la collaboration de la ville-santé de Brighton and Hove (Royaume-Uni), qui avait déjà réalisé une étude similaire. Le rapport s'est avéré très utile pour alimenter le débat politique sur la problématique du tabagisme passif et il a servi de base factuelle au débat parlementaire sur l'initiative populaire d'interdiction de fumer dans les lieux publics. Par ailleurs, il a constitué une bonne illustration de la manière pertinente d'appliquer l'article sur les EIS de la nouvelle loi sanitaire genevoise, qui autorise le Gouvernement à demander une évaluation lorsqu'un projet législatif est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé de la population.

Belfast, Irlande du Nord : des EIS participatives

En 2003-2004, la municipalité de Belfast a entrepris deux EIS participatives. La différence

principale entre une EIS classique et cette EIS participative a été que la population a proposé le sujet d'étude de l'EIS.

Le public a été invité à prendre part aux groupes de pilotage locaux. Un profil local a été réalisé et une formation sur la mise en oeuvre d'une EIS a été donnée. Ces groupes ont déterminé le thème de l'EIS au cours du processus de sélection. Une demi-journée de travail a été organisée avec le public et les représentants de la municipalité pour identifier les impacts sur la santé du thème choisi. Plusieurs réunions ont été organisées avec les décideurs pour les informer des résultats du travail des groupes. Un des thèmes discutés a été l'augmentation significative du prix de l'eau.

En France et au Danemark : une approche locale de l'EIS

Le recours aux EIS dans les politiques locales, plus répandu au Danemark qu'en France, apparaît davantage comme le fait d'une stratégie de quelques acteurs concernés par le développement de politiques locales de santé publique que le résultat d'une injonction gouvernementale ou européenne ou d'une extension des principes des études d'impact sur l'environnement.

En effet, aucune directive européenne n'a force de loi en matière d'EIS et il n'existe ni en France ni au Danemark de décision législative qui impose le recours aux EIS dans les politiques locales ou nationales. Bien que l'article 152 du traité d'Amsterdam (1997), dans la continuité de l'article 129 du traité de Maastricht (1993), prévoit que les politiques de l'Union doivent contribuer à « un niveau élevé de protection de la santé humaine », les réalisations européennes ne vont guère au-delà du financement d'expérimentations ou de la publication de guides pratiques.

Si la réglementation européenne ne comporte pas de mesure contraignante relative aux EIS, elle impose la réalisation d'EIE. Au Danemark il semble impossible de repérer un effet d'entraînement entre EIE et EIS, mais en France l'émergence des premières EIS procède directement des EIE. L'article 19 de la loi de 1996 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 lois de juillet 1976 qui prévoyaient des EIE pour certains projets, comme l'installation d'une entreprise agricole ou industrielle ou un projet routier. Donc, 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 sont surtout appréhendées en termes de risques d'exposition à des produits toxiques.

● Les politiques de la ville

En France, un rapport du haut comité de Santé publique publié en 1992 présente les déterminants de la santé et préconise une approche intersectorielle des programmes de santé, que l'on retrouve dans certains programmes nationaux comme le programme nutrition santé, mais aussi dans les programmes régionaux de santé. Dans les villes qui se sont dotées d'une politique de santé, cette dernière est souvent liée à la politique de la ville 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.

Malgré l'absence d'obligations, des EIS ont lieu, souvent liées dans les deux pays aux politiques locales de santé publique et aux villes-santé de l'OMS. 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 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.

Plusieurs facteurs contribuent à expliquer les transferts d'EIS dans les politiques locales.

- La proximité conceptuelle entre les études d'impact sur la santé et les villes-santé.

Outre la proximité conceptuelle, il y a une obligation liée à la participation des villes à la quatrième phase du projet international pour 2003-2008. Il s'agit pour les villes de mettre en oeuvre des procédures d'EIS plus sophistiquées. Mais cela ne va pas sans difficultés : les commissions qui traitent de santé dans les assemblées ne bénéficient pas d'un grand prestige politique et d'autre part, les villes en France ne disposent pas de compétences formelles en matière de santé.

- La proximité géographique et linguistique

Le transfert de pratiques passe par des échanges entre acteurs de différents pays, principalement en fonction de la proximité linguistique ou géographique.

- L'existence de relais nationaux des études d'impact sur la santé

En France, 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'y ajoute l'ébauche d'une réflexion sur les EIS structurée autour de l'Institut des Villes. La situation est différente au Danemark où la réforme de l'organisation territoriale (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 de domaines correspondant aux déterminants de santé.

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. 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 (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. 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.

Comme nous l'annoncions en début d'article, les visages de l'EIS, les manières de l'accueillir ou de la craindre, les façons de la construire et la place qu'on lui donne sont toutes différentes. Etendre la balade à d'autres pays n'aurait fait que renforcer cette image de diversité. Pourtant le fond reste commun, cette volonté d'enfin considérer la santé dans tous ses aspects et prendre en compte tout ce qui la détermine. D'où ces tensions entre une définition extensive (type OMS) et une conception plus classique centrée sur la maladie, reflets des approches plus publiques ou plus privées, avec le soutènement politique (encore matérialisé par ces clivages droite gauche explicitement exprimés à Genève par exemple) et les conflits d'intérêts économiques, sans doute les plus puissants obstacles au développement de l'évaluation des impacts en santé.

Et la Belgique ? Rien encore de très concret, mais ça bouge. Nous en parlons dans les pages qui suivent. ●

Vous trouverez en fin de cahier les données employées pour cette présentation dans *Quelques sources utilisées pour construire ce cahier.*