

Les expériences d'évaluation d'impact sur la **santé** au Royaume-Uni et leur traduction dans les **politiques publiques**

Par **John Kemm**, directeur du West Midlands Public Health Observatory • John.Kemm@wmpo.org.uk
Traduit de l'anglais

Les évaluations d'impact sur la santé¹ (EIS) sont de plus en plus souvent considérées comme un outil d'aide à la prise de décision en politique publique et d'amélioration de la santé de la population. Après une brève description de ces pratiques au Royaume-Uni, nous examinerons dans cet article les premiers développements en matière de politique publique (politiques plus respectueuses de la santé, analyse coût-avantage, analyse des risques, exposition et relation dose-effet, étude d'impact sur l'environnement) sur lesquels se fonde l'EIS. Afin d'affiner ces premiers concepts, nous étudierons dans la section suivante la manière dont l'EIS utilise les cheminements logiques, la nature des données utilisées et la participation. Puis nous analyserons les relations des EIS avec les groupes de pression et les décideurs. Enfin, nous décrirons comment l'EIS peut accompagner les projets et les politiques publiques en mesurant les obstacles qu'elle rencontre et en ciblant les moyens pour les surmonter.

■ LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ AU ROYAUME-UNI

Au Royaume-Uni, les pionniers de l'EIS furent des universitaires et des personnes travaillant dans les services locaux de santé. Cette première vague ne comprenait donc pas de politiciens ou des responsables ayant une expérience dans la mise en œuvre des politiques gouvernementales. Une série de documents émanant des gouvernements constitutifs du Royaume-

Uni encouragea fortement l'utilisation de l'EIS. Dans le plan de santé publique du gouvernement britannique *Our Healthier Nation* (Department of Health, 1998), il est écrit par exemple que «le gouvernement appliquera l'évaluation d'impact sur la santé à ses principales politiques lorsque cela s'avère pertinent, de sorte que, lorsqu'elles sont élaborées et mises en œuvre, les conséquences de ces politiques sur la santé soient prises en compte». Le ministère de la Santé a soutenu le développement de l'EIS en tenant des réunions techniques (Department of Health, 1999), en organisant une série de conférences nationales et en subventionnant certaines recherches.

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 (Will et autres, 1994). D'une manière générale, l'EIS a, au Royaume-Uni comme ailleurs, été appliquée à des projets particuliers comme celui que nous évoquons plutôt qu'à des politiques publiques. Même si l'EIS de Manchester – qui a entraîné des changements dans l'organisation des transports terrestres et a réduit l'exposition au bruit – a été menée à l'intérieur d'un cadre législatif clair s'inscrivant lui-même dans la mise en œuvre d'une planification globale, la majorité des EIS ont été initiées indépendamment de tout encadrement réglementaire formel. Ces questions seront examinées ultérieurement dans cet article.

L'EIS n'est pas une idée aussi neuve qu'on le prétend parfois. Les décideurs ont toujours voulu avoir la capacité de prévoir les conséquences de leurs décisions. L'EIS partage, avec les premières tentatives d'amélioration de la prise de décision publique, l'idée

¹ Les rapports de toutes les EIS mentionnées dans cet article peuvent être consultés, parmi d'autres, sur le portail de l'EIS au lien suivant : www.hiagateway.org.uk

fondamentale qu'il est possible d'évaluer les différentes options soumises en prévoyant les incidences de chacune d'entre elles. Le paragraphe suivant examine certains des premiers développements en matière de santé publique dont découlent les concepts et les méthodes de l'EIS.

Des politiques publiques favorables à la santé

La raison d'être de l'EIS vient de la reconnaissance que les politiques publiques ont un effet conséquent sur la santé publique et qu'elles peuvent être « saines » ou « malsaines ». La première moitié du XX^e siècle a vu l'attention passer des soins médicaux individuels aux facteurs influant sur la santé, c'est-à-dire les conditions sociales, économiques et politiques dans lesquelles l'individu évolue. Dans sa revue de littérature refondatrice, Lalonde (1974) fait d'un mode de vie plus sain le principal objet d'étude au détriment des soins médicaux individuels. Certains observateurs ont cependant regretté que Lalonde accorde encore trop de responsabilités à l'individu pour la préservation de sa santé et qu'il ait même contribué à forger l'expression *victim blaming* (Crawford, 1977).

Le diagramme de Dahlgren et Whitehead (1991), largement utilisé pour décrire selon différentes strates successives les déterminants de la santé d'un individu, résume adéquatement l'importance des facteurs du milieu de vie. En incluant dans ses recommandations les politiques publiques contribuant à une meilleure santé, la création de milieux favorables et le renforcement des actions communautaires, la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la Santé, 1986) a accentué le mouvement qui consiste à ne plus faire des soins individuels la préoccupation exclusive des interventions.

Milio (1986) a recensé les voies par lesquelles les politiques publiques, indirectement liées à la santé dans de nombreux secteurs, peuvent avoir un effet sur cette dernière. Le fait de se convaincre que toutes les activités et les politiques des gouvernements locaux ou nationaux ont des incidences sur la santé a conduit les institutions de santé publique à s'intéresser davantage à ce domaine. Leur objectif était de renforcer leur capacité à influencer et à aider les décideurs à mettre en œuvre des politiques publiques plus saines.

L'analyse coût-avantage

Plusieurs expériences malheureuses de dépassement budgétaire ou de prévisions de recettes non traduites dans les faits ont persuadé les décideurs qu'une analyse coût-avantage plus précise leur serait utile. Cet instrument en vint ainsi à jouer un rôle important. En théorie, son évolution ne présente que des avantages : l'option retenue est celle qui offre les meilleurs résultats pour une dépense donnée (Layard et Glaister, 1994). Dans le quotidien des politiques publiques, la prise de décision obéit généralement à des critères d'une plus grande complexité :

- la « dépense projetée » ne se matérialise pas par une somme fixe, mais par un éventail de possibilités dépendant en partie du ratio coût-avantage ;
- la « dépense » en question inclut des ressources autres que financières ;
- les « avantages » sont de nature diverse et les convertir tous en une seule unité de mesure nécessite de nombreux partis pris contestables.

Certains de ces problèmes seront discutés ultérieurement dans cet article au moment d'évoquer l'évaluation comparée des risques.

La publication en 1996 (rééditée en 2004) par le ministère de la Santé du document *Policy Appraisal and Health* (Department of Health, 1996) démontre de quelle manière l'EIS a été conçue à l'origine au Royaume-Uni comme une analyse coût-avantage. La pratique actuelle de l'EIS s'est progressivement écartée de cette approche et on se concentre désormais beaucoup moins sur la quantification et l'évaluation formelle des conséquences.

L'analyse des risques

« L'art » de l'analyse des risques s'est développé dans bien d'autres domaines que dans celui de la prise de décision publique. La construction de centrales nucléaires, d'usines importantes ou de grands ensembles d'immeubles exige la prise en considération d'un nombre élevé de scénarios hypothétiques dans lesquels des événements très improbables, mais potentiellement catastrophiques, sont envisagés. Utilisant la modélisation, la simulation et d'autres techniques de prévision, les spécialistes de l'analyse

des risques tentent d'anticiper les conséquences de n'importe quel événement imaginable et de décrire comment les endiguer et, le cas échéant, les affronter. Leurs prédictions se sont généralement révélées exactes, comme en témoigne la rareté des catastrophes. Exceptionnellement, ils n'ont pas réussi à prévoir – ou ont mal évalué – certaines éventualités et les conséquences de ces approximations ont pu quelquefois être désastreuses.

L'exposition et la relation dose-effet

Dans des disciplines telles que la toxicologie et l'épidémiologie, les prévisions sont basées sur un modèle simple mais avéré. Lorsqu'une activité est censée libérer des agents physicochimiques, l'effet de cette libération peut être prévu en jaugant, dans un premier temps, la concentration de cet agent (l'exposition) et en mesurant, dans un second temps, l'incidence de cette exposition grâce aux données disponibles sur la relation entre le niveau d'exposition et les résultats en termes de santé (courbe de la relation dose-effet).

Théoriquement simple, cette approche connaît toutefois des limites. En effet, si la quantité d'agents physicochimiques émise à la source peut être calculée, comprendre leur dispersion et connaître l'exposition à différents endroits nécessite des calculs complexes et des *a priori* critiquables. En outre, l'utilisation de courbes retraçant la relation dose-effet est sujette à plusieurs incertitudes: le fait, par exemple, de savoir s'il faut retenir l'exposition instantanée ou cumulative, ou bien le décalage temporel entre l'exposition et les mesures visant à y remédier (la réponse des autorités publiques), ou encore la possible interaction avec d'autres agents physicochimiques et enfin, le plus souvent, la déduction de conséquences d'expositions moindres à partir de relevés d'expositions fortes dans un cadre professionnel.

L'EIS du projet d'extension de l'aéroport d'Amsterdam Schiphol – qui étudiait les effets possibles du bruit et de la pollution de l'air sur le sommeil, les maladies cardiovasculaires et d'autres aspects sanitaires (Staatsen et autres, 2004) – ou celle portant sur un projet d'implantation d'un incinérateur de déchets – qui démontrait que l'augmentation potentielle du nombre de décès ou de cancer dans le voisinage

était trop faible pour être mesurée (Roberts et Chen, 2006) – sont des exemples de l'emploi de ce type de raisonnement.

La principale lacune de cette approche réside dans le fait qu'elle peut seulement être appliquée à des facteurs causaux qui doivent être préalablement définis et de préférence quantifiables. Malheureusement, les agents et les modes d'exposition susceptibles d'être étudiés avec cette approche sont souvent ceux ayant les conséquences les plus faibles alors que ceux qui présentent des effets plus graves ne peuvent être analysés par cette voie. Théoriquement circonscrit à l'étude des agents physicochimiques, le modèle d'exposition et de relation dose-effet pourrait en pratique être appliqué à n'importe quel agent (chômage, revenu modeste...) dont on présuppose le lien avec des incidences en termes de santé. En réalité, cela a rarement été le cas.

Les études d'impact sur l'environnement

On estime souvent que les EIS sont le prolongement logique des études d'impact sur l'environnement (EIE). On constate cependant qu'il y a eu peu d'échanges au Royaume-Uni, jusqu'à tout récemment, entre les praticiens des EIS et ceux des EIE. Au Canada (Kwiatowski et Ooi, 2003), en Australie et dans certains pays européens, l'EIS a été plus étroitement associée à l'EIE et parfois même définie comme devant faire partie intégrante des EIE. Contrairement à l'EIS, l'EIE s'inscrit dans un cadre légal connu et son résultat, le dossier d'impact sur l'environnement (*Environmental Impact Statement*) est rédigé à l'intention d'un lectorat clairement désigné (généralement l'autorité chargée de la planification). L'EIE bénéficie également de l'intervention d'organismes privés dont les experts sont rémunérés par les promoteurs pour produire des dossiers d'impact, réputés pour faciliter l'adoption de leur projet. Cet aspect sera examiné plus loin.

■ LA PRÉVISION ET LES CHEMINEMENTS LOGIQUES DANS UNE ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

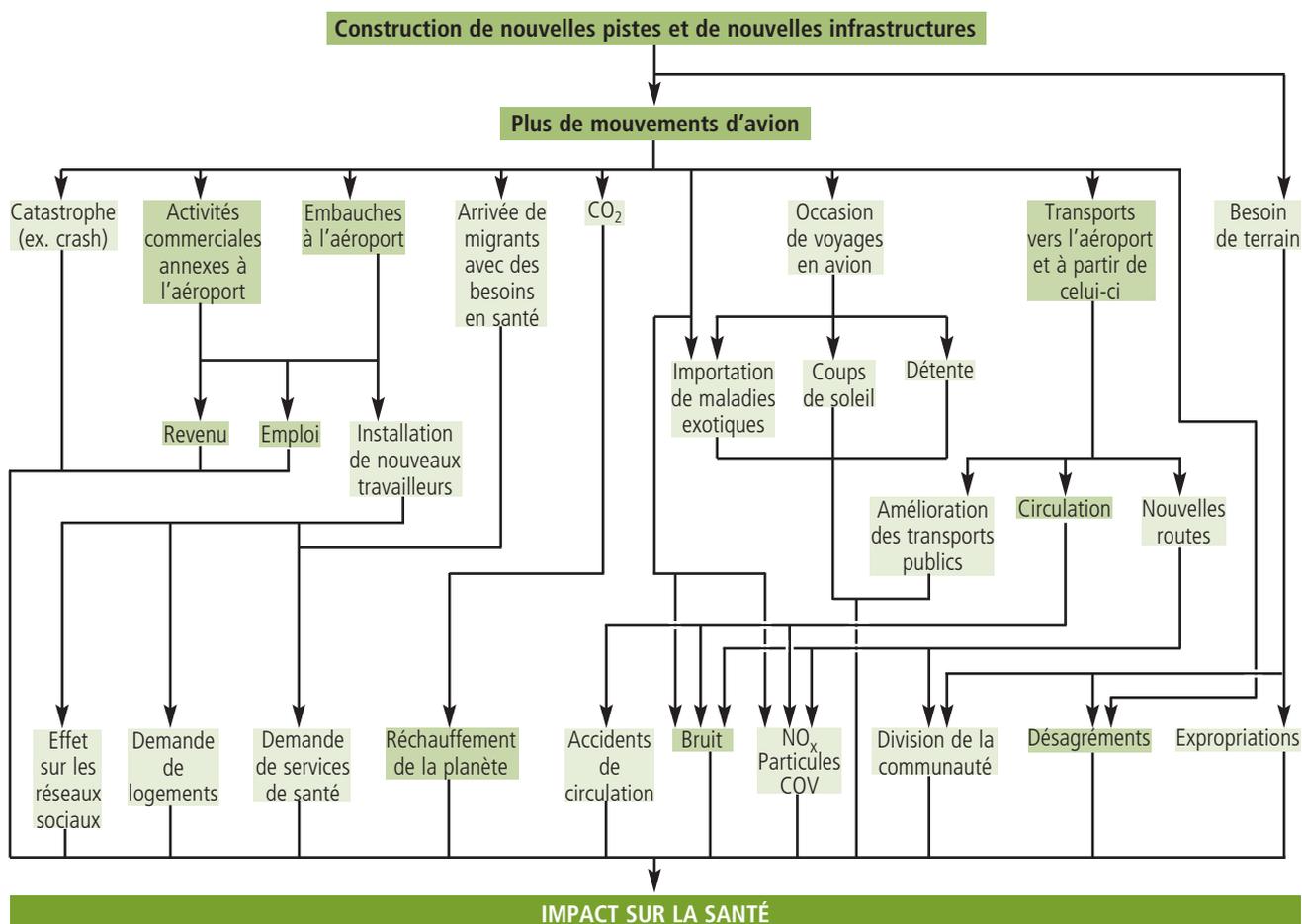
Par rapport à ces premières approches visant à améliorer la prise de décision publique, l'EIS met l'accent sur la santé et tente de réfléchir aux impacts des politiques de manière plus systématique en

dénombrant toutes les causalités pertinentes et toutes les conséquences possibles. En matière d'EIS, le point de départ des prévisions est constitué d'une série de chaînes de causalité ou de modèles logiques, également appelé le modèle PRAM (Joffe et Mindell, 2002), qui se déploie ainsi :

- si les différentes chaînes de causalité ont toutes été recensées;
- et si les relations entre les maillons de chaque chaîne ont été correctement identifiées;
- et si les conditions de départ et les effets de chaque option ont été spécifiés;
- alors il est théoriquement possible de prévoir les conséquences de la mise en œuvre de chacune des options.

Le schéma offre l'exemple de ce modèle en montrant certaines des chaînes de causalité qui pourraient advenir dans le cas du projet d'extension d'un aéroport. Un coup d'œil à ce schéma permet de comprendre d'une part que les chaînes de causalité sont, dès lors qu'on s'attache à la réalité concrète, extrêmement complexes et de convenir d'autre part que les conditions pour une compréhension complète et une prédiction exacte ne seront jamais remplies. Comme dans tout système complexe, les conditions initiales ne peuvent jamais être indiquées avec suffisamment d'exactitude pour permettre de prédire sans risque d'erreur le résultat (Kolata, 1986). Néanmoins, en appliquant ce type d'analyse, il est possible d'anticiper les conséquences générales de la mise en œuvre de chaque option.

EXEMPLE DU MODÈLE PRAM: PROJET D'EXTENSION D'UN AÉROPORT



En suivant les cheminements logiques, il apparaît distinctement que l'EIS fait appel à des compétences qui vont au-delà de l'expertise en santé publique. Les premières étapes causales peuvent nécessiter le concours d'économistes, de spécialistes en modélisation de la circulation, de chimistes ou de professionnels de nombreuses autres disciplines. Il est inutile de prédire de manière détaillée et pertinente les incidences sur la santé d'une évolution économique ou d'un autre facteur intermédiaire si l'on émet un diagnostic erroné sur ladite évolution.

Les données et leur utilisation

À chaque étape du cheminement logique, les prédictions de comportement doivent se baser sur des données. Dans le cas des impacts sur la santé d'agents physicochimiques, la déduction est, comme nous l'avons vu précédemment, relativement simple, même si le calcul peut être extraordinairement complexe. Mais la plupart des cheminements logiques sont beaucoup plus difficiles à comprendre. Si l'on augure par exemple qu'un projet augmentera le revenu ou l'emploi, les éléments pour comprendre comment cette hausse affectera l'individu, son comportement et sa santé sont incertains. Il est encore plus malaisé d'annoncer les conséquences sur la santé d'un programme voué à élever le niveau de confiance entre les personnes, quand on sait que celui-ci peut avoir un impact majeur (Berkman et Glass, 2000).

Le concept de « politique fondée sur des preuves » (*evidence based policy*) peut être entendu comme une extension du mouvement de la « médecine fondée sur des preuves » (*evidence based medicine*) dans lequel le professeur Sackett (Sackett et Rosenberg, 1995) de l'Université McGill de Montréal occupa un rôle de premier plan. Ce mouvement a mis en lumière le besoin d'appliquer les découvertes des chercheurs à la pratique de la médecine. Il eut une grande influence. À l'origine, la médecine fondée sur des preuves jugeait les données obtenues à partir d'études contrôlées aléatoires (*Randomised Controlled Trials*) supérieures à tout autre type de données.

Cette position a été vigoureusement combattue par certains praticiens de l'EIS. Il fut rapidement admis (Guyatt, Cook et Haynes, 2004) que des données aussi limitées étaient inadaptees à la médecine et, plus

encore, aux interventions des politiques publiques – devant être « fondées sur des preuves » – (MacIntyre, 2003). Les situations présentent en effet une plus grande complexité qu'en médecine (Dobrow, Goel et Upshur, 2004). Avec des populations, et non des individus, comme unité d'intervention, les études aléatoires sont souvent inappropriées à l'évaluation des effets des interventions publiques et rendent difficile l'interprétation des données: « On doit être conscient que dans de nombreux domaines il n'y pas de réponse définitive à la question de savoir ce qui fonctionne » (MacIntyre et autres, 2001). Lorsque à l'aide d'une EIS, on cherche à prévoir les conséquences d'une action publique, on doit presque toujours ajouter aux données disponibles un avis d'expert (Kemmer, 2006a).

Un projet de compilation des données propres aux EIS (Mindell et autres, 2004) a vu le jour, alors même que les données des EIS ne sont pas différentes des autres données utilisées pour les relations causales en biologie ou en sciences sociales. Néanmoins, des travaux visant à synthétiser les données et à les rendre plus facilement accessibles bénéficieraient certainement à l'EIS et à la science en général.

Les approches sociologique et participative

Initialement, deux approches distinctes de l'EIS ont émergé. La première utilise le modèle de l'exposition et de la relation dose-effet précédemment décrit. Cette approche épidémiologique et toxicologique convenait parfaitement à la science biomédicale conventionnelle. Elle fut intégrée dans ces disciplines et jouit du respect qui leur est habituellement accordé. Pour autant, cette approche restait limitée à quelques cheminements logiques qui reposaient sur des facteurs intermédiaires nettement définis. Elle n'était pas opérante par ailleurs pour traiter les chaînes causales ayant l'impact le plus important.

L'approche alternative qui consiste à modéliser les effets probables grâce à la participation des populations concernées et des différents intervenants domine au Royaume-Uni et en Scandinavie. Elle forge une vision largement partagée par les acteurs à propos des cheminements logiques importants et de la nature et de l'ampleur vraisemblables des conséquences. Elle donne un aperçu des changements prévisibles

de comportement qui peuvent invalider les calculs effectués à partir du modèle « exposition et relation dose-effet ». Elle tient également compte des risques perçus qui ont souvent un impact sur la santé plus significatif que les risques réels. Si les populations concernées craignent par exemple qu'un projet particulier affectera leur santé, cette peur influera sur leur bien-être et leur santé indépendamment de l'avis des experts.

La dimension participative, que certains considèrent comme un élément essentiel de l'EIS, offre l'avantage d'impliquer les citoyens et les parties concernées dans l'élaboration de décisions qui affecteront leur vie. Sa concrétisation demeure toutefois difficile. Le terme « parties concernées » recouvre l'ensemble des personnes qui seront touchées par les conséquences de la mise en œuvre de la proposition étudiée ou bien qui démontrent un intérêt dans la réalisation du projet. On peut donc aisément imaginer les divergences d'opinions qui se manifesteront.

Pour de simples considérations logistiques, il est impensable d'inviter dans le processus la totalité des intéressés. On agira en fonction d'un système de représentation forcément réduite en nombre. Les groupes directeurs (*steering groups*), les entrevues, les groupes de discussion, les réunions publiques, les sondages, autant de méthodes, et d'autres encore, qui ont été utilisées dans les EIS afin d'associer à une décision les premiers concernés par celle-ci. Toutes néanmoins ont montré leurs limites. Dans certains cas d'EIS, des employés municipaux ou du domaine de la santé (les infirmières ou les travailleurs sociaux) prétendaient représenter les populations qu'ils servaient, alors que dans d'autres cas, la même prétention émanait de quelques personnes autodésignées. Quel que soit le champ de l'évaluation, et à moins que la population n'ait été consultée, cette affirmation de représentativité par quelques individus apparaît discutable. Le simple comptage des personnes mentionnées dans les rapports de l'EIS en tant que contributeur – autres que les membres rémunérés de l'équipe chargée du projet – donne une indication quant à la réalité de la participation. En tout état de cause, la participation doit dépasser l'implication de quelques riverains sélectionnés d'une manière arbitraire par les responsables de l'EIS.

■ UN CONSEILLER IMPARTIAL OU UN LOBBYISTE ?

Un des débats en cours à propos de l'EIS est de savoir si l'évaluateur est un conseiller impartial ou le partisan d'une cause. Les personnes travaillant dans le secteur de la santé publique jugent que la défense de la santé et de l'équité est une part inaliénable de leur rôle. Lorsqu'ils préparent leur participation à une EIS, ils insistent tout particulièrement pour impliquer des représentants des groupes défavorisés et ainsi faire entendre la « voix des sans-voix ». Cette façon de faire peut parfois être la source de discordes avec les responsables de l'EIS. Les professionnels de la santé se verraient bien endosser l'uniforme des courageux défenseurs des populations menacées par les « méchants » promoteurs immobiliers, les urbanistes et les autorités locales. Dans certains pays du Sud-Est asiatique, ce rôle de défense des « opprimés » de l'EIS a été très marqué (Phoolcharoen, Sukkumnoed et Kessomboon, 2003). Elle est devenue un moyen de protéger les populations locales lorsqu'on a dénoncé la subordination des résultats d'une EIE aux intérêts de groupes plus puissants. Les cas d'utilisation de l'EIS comme outil de lobbying ont été explicitement mis en évidence par Scott-Samuel (Scott-Samuel et O'Keefe, 2007).

Alors que le lobbying en faveur de la santé et de l'équité est louable et indispensable, il peut être inadéquat de le concilier avec les attentes des organismes décideurs (comme les comités d'aménagement du territoire). Ceux-ci attendent en effet des éclairages objectifs sur les conséquences des différentes options et non que l'on prenne les décisions à leur place. Penser que les politiciens, les gestionnaires et les fonctionnaires prennent leurs décisions, au mieux en ignorant les conséquences de celles-ci sur la santé, au pire en ne se préoccupant aucunement de ces conséquences, ne constitue pas un bon point de départ pour les influencer.

Un point de vue plus positif consiste à regarder l'EIS non comme un procédé visant à persuader le décideur d'avaliser la décision des personnes chargées de l'évaluation d'impact, mais comme une procédure impartiale, « contrôlée » par les décideurs, qui leur fournit de l'information sur les différentes options afin qu'ils puissent prendre la meilleure décision.

Dans cette perspective, « contrôlé » ne signifie pas que les décideurs ont le droit exclusif de déterminer l'étendue et les méthodes des enquêtes, mais qu'ils les acceptent comme une aide à la décision qu'ils doivent prendre en considération. Les théories du management nous suggèrent qu'une telle ouverture est plus susceptible d'influencer le décideur et de lui faire prendre une meilleure décision pour la santé publique que l'attitude qui consiste à se porter ouvertement à la défense d'une option. Lorsqu'une EIS est menée en concertation étroite avec les décideurs – en particulier avec leurs représentants au sein du comité directeur qui élabore et conduit l'EIS – elle a davantage de chance de les influencer. Le cas de la politique de lutte contre l'alcoolisme évoqué plus loin représente toutefois un contre-exemple de cette dernière affirmation.

Une aide à la prise de décision ou un appui à la décision

L'analyse coût-avantage est un outil d'aide à la décision. En réduisant tous les avantages à une seule unité de mesure, par exemple en unités monétaires ou en années ajustées à la qualité de la vie (*Quality-Adjusted Life Years*) et en échappant ainsi à l'obligation de comparer des pommes et des poires, cette technique permet de repérer la « meilleure » option. Si l'on s'en remet à cette seule arithmétique, la prise de décision serait un simple exercice de calcul. L'analyse comparative des risques (Ahmed, Pless-Mullooli et Vizard, 2005) est un procédé similaire. En réduisant tous les impacts sur la santé en une seule unité de mesure comme l'année de vie en bonne santé (*Disability Adjusted Life Year*), elle permet également d'isoler la « meilleure » option et, apparemment, de prendre la meilleure décision.

L'idée que l'EIS puisse être un outil d'aide à la décision a ses limites. En premier lieu, l'analyse coût-avantage et l'analyse comparée des risques nécessitent de quantifier les retombées. Ne pouvant intégrer celles qui ne sont pas quantifiables, elles les ignorent. Or, ce sont souvent ces impacts non mesurables – inhérents à l'emploi, à la cohésion sociale, à la confiance entre voisins, au sentiment d'appartenance, à l'absence de peur, etc. – qui sont les plus nombreux et les plus importants. En second lieu, la prétention de s'affranchir de l'obligation de comparer des données de

différentes unités de mesure en les comprimant en une seule unité fait prendre des jugements de valeur pour des avis techniques. Déclarer qu'une vie vécue avec un handicap ou une infirmité (par exemple dans un fauteuil roulant) équivaut à 0,9 année vécue sans handicap ni infirmité livre un jugement de valeur téméraire. Il peut être défendu avec conviction sur la base d'une argumentation économique irréfutable, mais il n'en reste pas moins un jugement de valeur. Il est encore plus incongru de comparer des gains en termes de santé (par exemple, sauver une vie) avec des avantages économiques ou environnementaux.

De telles discussions sont utiles pour éclairer la réflexion, mais elles ne peuvent en aucun cas tenir lieu de décision. La prise de décision publique suppose d'arbitrer entre différentes conséquences possibles. Il s'agit d'un processus démocratique qui de ce fait ne peut être délégué aux experts. Ceux qui instrumentalisent l'EIS comme un outil de lobbying tombent dans le même piège que ceux qui désignent la « meilleure » solution au terme d'un raisonnement bien moins transparent que celui des praticiens de l'analyse coût-avantage ou de l'évaluation comparée des risques. Un monde entre les mains des experts en santé ne serait pas plus attrayant qu'un monde dirigé par des économistes, des environmentalistes ou n'importe quel système non démocratique.

■ LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ DE PROJET

La majorité des EIS réalisées au Royaume-Uni sont des EIS de projet. Elles ont été également imputées aux politiques locales – pour les plans locaux de transport ou d'aménagement de l'espace – qui conjuguent plusieurs projets, mais qui sont habituellement considérées comme un seul projet du fait de leur étendue limitée. L'EIS peut faire partie du processus officiel de prise de décision dans un cadre légal, soit comme une étude ordonnée par une autorité ou une enquête d'aménagement, soit comme partie d'une étude soumise à une autorité délivrant des autorisations (une agence environnementale ou une autorité locale) dans le cadre de la législation de prévention et de contrôle de la pollution (*Integrated Pollution Prevention and Control*, IPPC) (Kjellstrom et autres, 2003).

Une des premières EIS menées au Royaume-Uni – sur l'ouverture de la seconde piste d'atterrissage de l'aéroport de Manchester – a été subordonnée à une enquête d'aménagement. Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres (Kemmm, 2000). L'EIS sur la proposition d'utiliser des pneus comme combustible dans une cimenterie donne l'exemple d'une EIS insérée dans une procédure d'IPPC (Cook et Kemmm, 2004). 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. Dans ce cas précis pourtant, l'EIS a échoué dans son ambition de réduire les conflits sociaux. Lorsqu'elle est inscrite dans une enquête d'aménagement ou dans le cadre d'une IPPC, l'EIS peut faire l'objet de recours légaux. Le volet santé d'une évaluation environnementale stratégique, abordée plus loin dans cet article, entre également dans un cadre légal.

Mais le plus souvent, les EIS ont été conduites en dehors de tout encadrement réglementaire. Elles sont parfois décidées conjointement avec l'autorité responsable de la décision finale. Ce fut le cas par exemple de l'EIS sur l'extension de l'aéroport de Doncaster Finningley, pour laquelle l'appropriation du thème de la santé et la consultation des autorités sanitaires ont été affectées au cadre normal du fonctionnement de l'aéroport (Abdel Aziz, Radford et McCabe, 2004). Autre exemple de coopération avec une autorité locale: l'EIS du centre spatial et astronomique de Liverpool (Winters, 1998) qui a émis des recommandations très utiles sur la sécurité des riverains, la circulation et l'accès à des groupes à faible revenu. D'autres EIS ont été menées en revanche sans implication étroite des organismes décideurs.

Lorsque l'EIS est incluse dans un cadre législatif, on peut en déduire qu'elle fait partie du processus de prise de décision. Mais dans d'autres circonstances, on doit 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. Dans certains cas, il n'est même pas assuré que les résultats de l'EIS aient été communiqués à l'organisme décideur et il est donc peu probable qu'elle ait eu la moindre influence.

À l'inverse, lorsque les décideurs ont été impliqués dans l'EIS, il y a lieu de croire que celle-ci les a, le cas échéant, aidés à étayer leurs décisions. En parallèle, on remarque que l'EIS peut être profitable dans des domaines qui ne sont pas directement liés à la décision en question. Lorsque les personnels des institutions de santé travaillent avec leurs collègues des autorités locales dans le cadre d'une EIS, il est flagrant que chaque équipe apprend beaucoup sur l'autre et que la sensibilité des fonctionnaires des autorités locales aux questions de santé s'accroît. De même, en participant activement à une EIS, les citoyens auront probablement recueilli un grand nombre de connaissances sur les problèmes de santé et sur la manière dont ils peuvent influencer sur les décisions qui les concernent.

Récemment, une équipe de l'Université York a entrepris de comparer les coûts et les avantages de l'EIS (O'Reilly et autres, 2006). Même si leur estimation ne saurait être considérée comme définitive, ils concluent qu'elle est très efficace du point de vue de l'analyse coût-avantage. Étant donné le peu d'attention portée jusqu'à présent sur l'interaction de l'EIS avec le processus de prise de décision, on doit se demander comment la rendre plus active.

■ LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ DE POLITIQUES PUBLIQUES

L'EIS entend s'appliquer à toute politique, programme ou projet, mais la distinction entre ces trois termes reste imprécise. Des politiques publiques locales peuvent se rapprocher de la notion de projet, et des projets importants supposent presque toujours des décisions de politique publique. Il est possible cependant de concevoir une hiérarchie des décisions qui irait de « stratégiques et générales » à « tactiques et particulières ». Les EIS de projets se résument souvent à analyser les conséquences de politiques stratégiques dans le cadre desquelles ces projets sont mis en œuvre.

Le transport aérien illustre de manière convaincante cette hiérarchie entre les décisions. Au sommet sont prises les orientations stratégiques sur la proportion du transport de fret et de passagers par voie aérienne. On décide ensuite de la répartition des plateformes aéroportuaires entre les différentes régions du pays. Puis on choisit quels aéroports, en fonction des

activités et des infrastructures qui y sont rattachées, verront leur trafic augmenté, maintenu ou réduit. Enfin, on arrête les développements à mettre en place dans un aéroport particulier. Ces dernières décisions « en bas de l'échelle » sont contraintes par les décisions prises à un niveau plus stratégique. Elles doivent être cohérentes avec la politique globale pour ne pas risquer de la dénaturer.

L'application de l'EIS aux politiques locales a été assimilée à des EIS de projet, mais il existe quelques exemples d'EIS appliquées à des politiques nationales ou internationales. 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 (Garfield et Santana, 1997) ou de la politique agricole de l'Union Européenne (Dahlgren, Nordgren et Whitehead, 1997) – formulaient une critique d'un nouveau genre centrée sur des considérations de santé publique. Ils 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.

En revanche, lorsque l'EIS est menée en collaboration avec les décideurs, elle peut devenir une part intégrante de l'élaboration des politiques publiques. L'EIS de la politique agricole slovène (Lock et autres, 2003), qui influa grandement sur le développement agricole du pays, ou celle du schéma d'efficacité énergétique d'usage domestique du pays de Galles (*Home Energy Efficiency*), qui bonifia les plans d'isolation des logements des personnes vulnérables (Kemmer, Ballard et Harmer, 2000), en sont des exemples. Lee et ses collègues (2007) soulignent le fait que des considérations précises en termes de santé, portant sur la prévention de maladies infectieuses, caractérisent certaines décisions de politique étrangère et prônent pour un plus grand usage des EIS en politique internationale.

Les implications pratiques et théoriques de l'application des EIS aux politiques plutôt qu'aux projets n'ont

pas encore été véritablement étudiées (Kemmer, 2006b). Les démarches participatives encouragées dans les EIS de projet ne peuvent être transposées au niveau des politiques nationales puisque des millions de personnes sont concernées. En outre, concilier la transparence des EIS avec l'obligation à laquelle doivent se conformer les gouvernements de ne pas diffuser certains argumentaires entourant l'élaboration des politiques publiques peut se révéler un écueil.

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

La politique de lutte contre l'alcoolisme illustre bien les différentes voies par lesquelles une EIS peut venir en aide aux décideurs. Les conséquences directes de la consommation d'alcool sur la santé n'ont pas seulement trait aux graves impacts négatifs connus de tous (maladies du foie et autres maladies liées à la consommation d'alcool – Royal College of Physicians, 1987 ; Room, 2002 –, criminalité et problèmes sociaux – Bennett et Holloway, 2005 ; Edwards et autres, 1995) ; elles concernent également quelques impacts positifs non négligeables (protection contre les maladies cardiovasculaires et peut-être contre d'autres maladies – Doll, 1997). Parmi les effets indirects, certains sont positifs (en matière d'emploi par exemple) et d'autres négatifs (désordre public et comportements antisociaux). Le lien de causalité entre la gamme d'interventions publiques (taxation des produits, régulation des ventes et de la publicité, contrôles policiers, prévention et éducation), les comportements en matière de consommation d'alcool et les incidences sur la santé est assez bien admis (Babor et autres, 2003).

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 (Cabinet Office, 2004a). Cette stratégie, qui avait pour objectif de fournir une assise aux futures politiques – et aux services publics chargés de les appliquer – visant à réduire les nuisances liées à l'alcool, a été fortement critiquée pour son incapacité à prendre en compte de manière adéquate les conséquences néfastes de l'alcool sur la santé (Plant, 2004 ; McNeil, 2004).

Les prémisses du processus et la prise en compte des problèmes de santé laissent entrevoir une forte similitude, ou du moins des caractéristiques communes, avec une EIS (Kemmm, 2004). Un récapitulatif des données recueillies à l'occasion de cette étude a été publié (Cabinet Office, 2004b). Mais au moment de franchir l'étape de l'analyse des impacts pour entrer dans celle de la production d'une stratégie, phase au demeurant qui a souffert de l'opacité d'un huis clos, les conséquences en termes de santé ne semblent pas avoir pesé lourd face aux intérêts des producteurs d'alcool et, peut-être, en raison de considérations électorales. Une analyse de l'impact sur la santé a bien été menée, mais il est impossible de mesurer son influence sur les décisions prises, car sa publication a été frappée d'un embargo.

Lors de l'élaboration de cette stratégie, l'Academy of Medical Sciences (2004) a débattu des mêmes problèmes pour arriver à des conclusions diamétralement opposées. Il est vrai que l'interprétation des données subissait l'empreinte de préconceptions différentes (Marmot, 2004). Cette situation dans laquelle le gouvernement (Department of Health, 1995) et des comités médicaux (Joint Working Group of Royal College of Physicians, 1995) parviennent, à partir des mêmes données, à émettre des diagnostics différents s'est répétée à propos du guide pour une consommation d'alcool sécuritaire.

L'exemple de la politique britannique de lutte contre l'alcoolisme dessine les limites de l'EIS. Politiquement, l'alcool est un dossier sensible qui intéresse plusieurs ministères (Culture, Médias et Sports, Agriculture et Affaires rurales, Industrie, Santé, Intérieur, Finances et Affaires étrangères). 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.

Qui seront les garants de l'avenir des évaluations d'impact sur la santé ?

Si l'on fait sienne l'ambition de l'EIS, ce sont alors des milliers de décisions publiques prises chaque année qui pourraient être améliorées grâce à elle. Aujourd'hui, ces évaluations sont pour la plupart promues par quelques enthousiastes de la santé publique ou, plus rarement, par des services d'autorités locales qui concilient l'EIS avec leurs nombreuses autres tâches. L'EIS ne peut être généralisée sans une augmentation importante des moyens qui y sont consacrés. Trois options sont envisageables pour accroître ces moyens :

- Augmenter massivement le nombre de personnes et d'heures destinées à l'EIS au sein des services de santé publique ;
- Encourager les organisations du secteur privé à améliorer leurs compétences en EIS et à mettre leurs 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 praticiens ont-ils érigé des obstacles à la réalisation des EIS en véhiculant de celles-ci l'image d'un art impénétrable et d'une science qui requiert une longue patience et des connaissances approfondies ? Dans les faits, il faut surtout faire preuve de bon sens, être prêt à travailler de manière systématique tout au long de la chaîne de causalité et rechercher les avis de spécialistes lorsque cela est nécessaire. Une courte séance de formation (deux ou trois jours) autorise à s'investir efficacement dans une EIS, l'expérience permettant d'acquérir rapidement les compétences requises.

L'évaluation intégrée des impacts

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 des questions de santé invoquent le respect des champs de compétence, voire leur propre incompétence dans le domaine. En bref, 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 des demandes pour mener des études d'impact dans nombre d'autres domaines, l'environnement, le développement durable, la ruralité, le genre, les communautés culturelles, l'ordre public, l'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. Nombreux en effet sont les problématiques et les cheminements logiques communs aux domaines des différentes études d'impact. Pour cette raison, l'évaluation intégrée ne prend pas plus de temps et la charge de travail incombant aux équipes s'en trouve réduite d'autant. D'aucuns objecteront que, dans le cadre d'une évaluation intégrée, on ne prête pas assez attention à la santé (ou à un autre secteur qui leur tiendrait à cœur), mais que vaut-il mieux, car si choix il y a, il est le plus souvent entre l'attention éventuellement tronquée et imparfaite que permet une évaluation intégrée et l'absence totale d'attention.

Cette approche a été adoptée par le gouvernement britannique. C'est ainsi que les nouvelles propositions de loi sont soumises à une procédure d'évaluation conjuguée des impacts et doivent démontrer qu'elles ont été évaluées par rapport à une série de critères arrêtés par les services du premier ministre. Au Canada, les évaluations d'impact sur l'environnement et sur la santé sont souvent combinées (Kwiatowski, 2004). En vertu de la nouvelle directive européenne dite *Strategic Impact Assessment* mise en œuvre par les gouvernements des États membres, la santé fait partie des volets devant être évalués (Williams et Fisher, 2007). Finalement, le plus important reste que les conséquences en termes de santé des décisions publiques aient été adéquatement évaluées, peu importe le contexte dans lequel s'inscrit cette évaluation et la structure précise qui l'a réalisée.

■ CONCLUSION

Avec l'évaluation d'impact sur la santé, on peut entretenir l'espoir d'assister dans l'avenir à de meilleures décisions de politique publique. De nombreuses difficultés théoriques et pratiques doivent cependant être surmontées avant que cet espoir ne se réalise pleinement. On progressera sur cette voie en utilisant de manière systématique l'EIS ou d'autres méthodes d'évaluation pour déterminer les conséquences des politiques publiques sur la santé et en s'inspirant de cette expérience pour faire en sorte que les futures évaluations soient encore plus performantes et bénéfiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Abdel Aziz, M. I., J. Radford et J. McCabe (2004). « The Fingleton Airport HIA: A Case Study », dans J. R. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press, p. 285-298.
- Academy of Medical Sciences (2004). *Calling Time: The Nation's Drinking as a Major Health Issue*, Londres, Academy of Medical Sciences.
- Ahmed, B., T. Pless-Mulloli et C. Vizard (2005). « HIA and Pollution Prevention Control: What they Can Learn from each Other », *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, p. 702-713.
- Babor, T. et autres (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Oxford, Oxford University Press.
- Bennett, T. et K. Holloway (2005). *Understanding Drugs, Alcohol and Crime*, Milton Keynes, Open University Press.
- Berkman, L. F. et T. Glass (2000). « Social Integration, Social Networks, Social Support and Health », dans L. F. Berkman et I. Kawachi (dir.), *Social Epidemiology*, Oxford, Oxford University Press.

- Cabinet Office (2004a). *Prime Ministers Strategy Unit. Alcohol Harm Reduction Strategy for England*, Londres, Cabinet Office.
- Cabinet Office (2004b). *Prime Minister's Strategy Unit Alcohol Project: Interim Report*, Londres, Cabinet Office.
- Cook, A. et J. Kemm (2004). «Health Impact Assessment of a Proposal to Burn Tyres in a Cement Plant», *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 24, p. 207-216.
- Crawford, R. (1977). «You Are Dangerous to your Health: The Ideology and Politics of Victim Blaming», *International Journal of Health Services*, vol. 10, p. 663-680.
- Dahlgren, G. et M. Whitehead (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm, Institute for Future Studies.
- Dahlgren, G., P. Nordgren et M. Whitehead (1997). *Health Impact of the EU Common Agricultural Policy*, Stockholm, The Swedish Institute of Public Health.
- Department of Health (1999). *Health Impact Assessment: Report of a Methodological Seminar*, Londres, Department of Health.
- Department of Health (1998). *Our Healthier Nation: A Contract for the Health*, Londres, The Stationery Office.
- Department of Health (1996). *Policy Appraisal and Health: A Guide from the Department of Health*, Londres, Department of Health [réédité en 2004].
- Department of Health (1995). *Sensible Drinking: Report of an inter Departmental Working Group*, Londres, Department of Health.
- Dobrow, M. J., V. Goel et R. E. G. Upshur (2004). «Evidence Based Health Policy: Context and Utilisation», *Social Science and Medicine*, vol. 58, p. 207-217.
- Doll, R. (1997). «One for the Heart», *British Medical Journal*, vol. 315, p. 1664-1668.
- Edwards, G. et autres (1995). «Drinking and Drinking Problems: Empowering the Policy Response», dans G. Edwards, P. Anderson et T. F. Babor (dir.), *Alcohol Policy and the Public Good*, Oxford, Oxford University Press.
- Garfield, R. et S. Santana (1997). «The Impact of the Economic Crisis and the US Embargo on Health in Cuba», *American Journal of Public Health*, vol. 87, p. 15-20.
- Guyatt, G. D. Cook et B. Haynes (2004). «Evidence Based Medicine Has Come a Long Way», *British Medical Journal*, vol. 329, p. 990-991.
- Joffe, M. et J. Mindell (2002). «A Framework for the Evidence Base to Support Health Impact Assessment», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, p. 132-138.
- Joint Working Group of Royal College of Physicians (1995). *Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners*, Londres, Royal College.
- Kemm, J. (2006a). «The Limitations of Evidence Based Public Health», *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 12, p. 319-324.
- Kemm, J. (2006b). «Health Impact Assessment and Health in all Policies», dans T. Stahl et autres (dir.), *Health in all Policies: Prospects and Potentials*, ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé, p. 189-208.
- Kemm, J. (2004). «HIA and the National Alcohol Strategy for England», dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press, p. 389-402.
- Kemm, J. (2000). *Health Impact Assessment Report of Proposed Wood Processing Plant at Newbridge on Wye*, <http://www.HIAGateway.org.uk> (page consultée le 18 avril 2008).
- Kemm, J., S. Ballard et M. Harmer (2000). *Health Impact Assessment of the New Home Energy Efficiency Scheme*, Cardiff, Assemblée nationale du pays de Galles.
- Kjellstrom, T. et autres (2003). «Comparative Assessment of Transport Risks – How It Can Contribute to Health Impact Assessment of Transport Policies», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, p. 451-457.
- Kolata, G. (1986). «Theory of Chaos», *Science*, vol. 231, p. 1068-1070.
- Kwiatowski, R. E. (2004). «Impact Assessment in Canada: An Evolutionary Process», dans J. R. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press, p. 309-316.

- Kwiatowski, R. E. et M. Ooi (2003). « Integrated Environmental Impact Assessment: A Canadian Example », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, p. 434-438.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*, Ottawa, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.
- Layard, R. et S. Glaister (1994). *Cost Benefit Analysis*, 2^e éd., Cambridge, Cambridge University Press.
- Lee, K. et autres (2007). « Bridging Health and Foreign Policy: The Role of Health Impact Assessment », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, p. 207-211.
- Lock, K. et autres (2003). « Health Impact Assessment of Agriculture and Food Policies: Lessons Learnt from the Republic of Slovenia », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, p. 391-398.
- MacIntyre, S. (2003). « Evidence Based Policy Making », *British Medical Journal*, vol. 326, p. 5-6.
- MacIntyre, S. et autres (2001). « Using Evidence to Inform Health Policy: Case Study », *British Medical Journal*, vol. 322, p. 222-225.
- Marmot, M. G. (2004). « Evidence Based Policy or Policy Based Evidence? », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 906-907.
- McNeil, A. (2004). *Alcohol Harm Reduction Strategy for England – Response by the Institute of Alcohol Studies*, http://www.ias.org.uk/resources/papers/ahrs_0704.pdf (page consultée le 18 avril 2008).
- Milio, N. (1986). *Promoting Health through Public Policy*, Ottawa, Association canadienne de santé publique.
- Mindell, J. et autres (2004). « Enhancing the Evidence Base for Health Impact Assessment », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, p. 546-551.
- O'Reilly, J. et autres (2006). *Cost Benefit Analysis of Health Impact Assessment*, York, York Health Economics Consortium, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063021 (page consultée le 18 avril 2008).
- Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Organisation mondiale de la Santé.
- Phoolcharoen, W., D. Sukkumnoed et P. Kessomboon (2003). « Development of Health Impact Assessment in Thailand: Recent Experiences and Challenges », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, p. 387-472.
- Plant, M. (2004). « The Alcohol Harm Reduction Strategy for England », *British Medical Journal*, vol. 328, p. 905-906.
- Roberts, R. J. et M. Chen (2006). « Waste Incineration: How Big Is the Health Risk? A Quantitative Method to Allow Comparison with Other Health Risks », *Journal of Public Health*, vol. 28, p. 261-266.
- Room, R. (2002). « Alcohol », dans R. Detels et autres (dir.), *Oxford Textbook of Medicine*, 4^e éd., Oxford, Oxford University Press, p. 1521-1531.
- Royal College of Physicians (1987). *A Great and Growing Evil: The Medical Consequences of Alcohol Abuse*, Londres, Tavistock.
- Sackett, D. L. et W. M. C. Rosenberg (1995). « On the Need for Evidence-based Medicine », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 17, p. 330-334.
- Scott-Samuel, A. et E. O'Keefe (2007). « Health Impact Appraisal, Human Rights and Global Public Policy: a Critical Appraisal », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 85, p. 212-217.
- Staatsen, B. A. M. et autres (2004). « HIA in Schiphol Airport », dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment: Concepts, Theory, Techniques and Applications*, Oxford, Oxford University Press, p. 265-284.
- Will, S. et autres (1994). *Proof of Evidence of Stockport Health Commission to Town and Country Planning Act Inquiry on Application by Manchester Airport PLC for the development of a second runway (part) and associated facilities* [non publié].
- Williams, C. et P. Fisher (2007). *Draft Guidance on Health in Strategic Environmental Assessment: A Consultation*, Londres, Department of Health.
- Winters, L. (1998). *Health Impact Assessment of the International Astronomy and Space Exploration Centre, twelve Quays, Wallasey, Liverpool*, Liverpool Public Health Observatory.