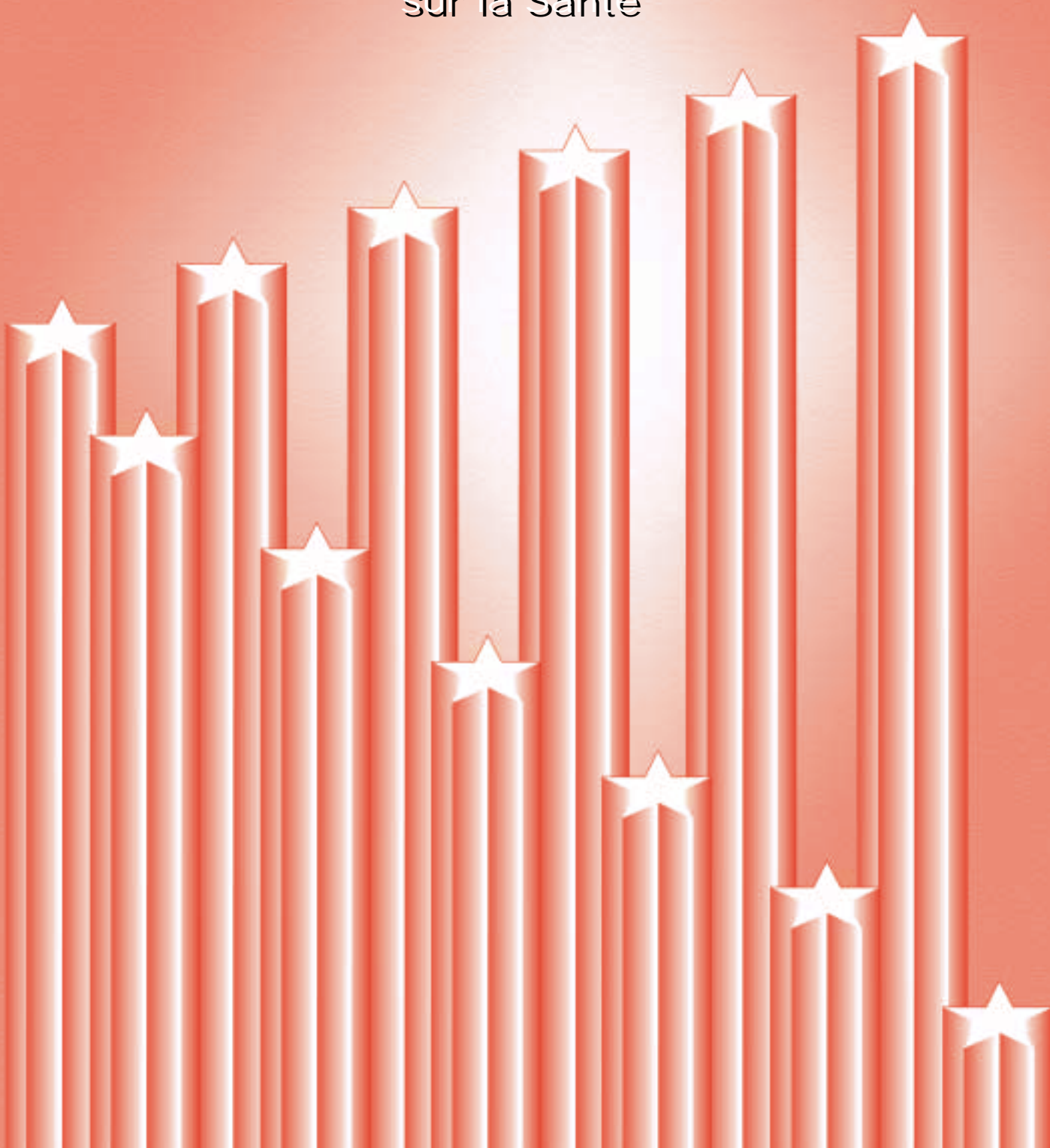


European Policy
Health Impact Assessment



Evaluation de L'impact de la
Politique Européenne
sur la Santé



UN GUIDE

Remerciements

L'équipe en charge du projet tient à remercier les membres de l'équipe consultative au projet pour leur contribution à ce rapport, et en particulier:

L'OMS:

Carlos Dora, OMS, Genève

Au niveau national:

John Devlin, Ministère de la Santé et de l'Enfance, Irlande

Paul Marshall, Ministère de la Santé, Angleterre (2001-2003)

Colleen Williams, Ministère de la Santé, Angleterre (2004)

Yvonne de Nas, Ministère de la Santé, Pays-Bas

Hans Stein, Ministère Fédéral de la Santé, Allemagne (en retraite)

Commission Européenne:

Henriette Chamouillet, DG SANCO

Anna Hedin, DG SANCO

Michael Hubel, DG SANCO

Lyndsay Mountford, DG SANCO

John Ryan, DG SANCO

Juergen Schefflein, DG SANCO

Organisations non-gouvernementales:

Andrew Hayes, Alliance Européenne pour la Santé Publique (EPHA)

Nos remerciements vont également aux nombreux participants de l'équipe consultative qui ont contribué au projet.

En outre, nos sincères remerciements à Fran Bailey et Chris McLoughlin, les gestionnaires du projet.

EQUIPE CHARGÉE DU PROJET

IMPACT, University of Liverpool, **ANGLETERRE**

Debbie Abrahams

Andy Pennington

Alex Scott-Samuel

Institute of Public Health in Ireland, **IRLANDE**

Cathal Doyle

Owen Metcalfe

RIVM, National Institute for Public Health and the Environment

Bilthoven, **PAYS-BAS**

Lea den Broeder

Loegd, Institute of Public Health NRW

Bielefeld, **ALLEMAGNE**

Fiona Haigh

Odile Mekel

Rainer Fehr

Evaluation de L'impact de la Politique Européenne sur la Santé – UN GUIDE

Table des Matières

Remerciements

1 Introduction	2
2 La politique HIA pour le projet de l'Union Européenne	3
3 Concepts et principes clé de l'EPHIA	4
3.1 Santé et bien être	4
3.2 L'évaluation d'impact sur la santé, qu'est-ce que c'est?	6
3.3 Principes et valeurs de la méthodologie EPHIA	6
3.4 HIA et les inégalités de santé	6
3.5 Options de l'EPHIA	7
Une EPHIA sédentaire	7
Une EPHIA rapide <i>(voir appendice)</i>	7 (23)
Une EPHIA approfondie	7
4 EPHIA - procédures et méthodes	8
4.1 Filtrage	8
4.2 Définir le domaine d'application	8
4.3 Mener l'évaluation	10
Analyse de la politique	11
Établir un profil	11
Recueil de données qualitative and quantitative	13
Analyse d'impact	16
Etablir la priorité des impacts	19
Développement des recommandations	20
Processus d'évaluation	20
4.4 Rapport sur les impacts sur la santé et les options de politiques	21
4.5 Suivi	21
4.6 Impact et résultat de l'évaluation	21
Bibliographie	22
Appendice EPHIA rapide	23

Liste des tableaux, schémas et encarts

Schéma 3.1	Les principaux déterminants de la santé	4
Tableau 3.1	Exemples de déterminants spécifiques à la santé	5
Encart 3.1	Inégalités de santé	7
Encart 3.2	Quel niveau d'HIA choisir?	7
Schéma 4.1	Représentation schématique de l'EPHIA	8
Tableau 4.1	Parties intéressées et informateurs-clé	9
Encart 4.1	Exemple de critères et questions d'analyse politique	11
Encart 4.2	Exemple d'indicateurs	12
Encart 4.3	Adapter le profil de la communauté	12
Encart 4.4	Types de preuves tirées de travaux écrits	13
Encart 4.5	Exemple de méthodes d'échantillonnage	14
Tableau 4.2	Exemple d'outil	15
Encart 4.6	Exemples de méthodes qualitatives pour un consensus	16
Tableau 4.3	Exemple de matrice des impacts sur la santé	17
Schéma 4.2	Exemple de réseau causal de formes flexibles d'emploi	18
Encart 4.7	Mesurer les impacts sur la santé: un exemple	19
Tableau 4.4	Changements des conditions de santé vérifiées	19
Encart 4.8	Exemple d'alternatives pour les recommandations	20
Encart 4.9	Outil d'évaluation du processus d'HIA	20
Encart 4.10	Exemple d'outil d'évaluation de l'impact	21

Introduction

Suite à un appel de soumissions en 2001 (2001/c147/06), le DG chargé de la santé et de la protection du consommateur de la Commission Européenne a offert un contrat à une équipe composée de chercheurs en santé publique et de praticiens d'Angleterre, d'Allemagne, d'Irlande et des Pays-Bas. Leur mission était de synthétiser une méthodologie générique pour l'évaluation de l'impact sur la santé (Health Impact Assessment ou HIA) qui pourrait être utilisée dans le développement de la politique de l'Union. Ceci contribue en partie à l'engagement du Conseil de l'Europe à travers l'article 152 du Traité d'Amsterdam (EC, 1999) de développer des méthodes et procédures pour s'assurer que la santé de l'être humain est prise en compte dans le développement et la mise en œuvre des politiques européennes.

De plus, cette initiative soutient la Stratégie Européenne de Santé publique (EC, 2002), qui a pour objectif de mettre en place des projets pilotes de façon à développer et utiliser les méthodologies d'HIA pour évaluer l'impact sur la santé des politiques et actions de la Communauté. L'évaluation d'impact sur la santé de la politique pour l'Union Européenne" fait partie de ce type de projet.

Ce document a été préparé pour la Communauté Européenne et ses institutions et offre un guide pour évaluer ou commissioner une évaluation des impacts qu'ont les politiques de l'UE sur la santé de l'être humain. Il s'applique également à la formulation de politiques de l'UE au niveau national pour les pays-membres, pour ceux qui exercent l'HIA et ceux qui commissionnent ces projets.

Le document:

- Présente les grands traits de la méthodologie générique d'HIA, une HIA des politiques européennes ou encore méthodologie "EPHIA"
- Résume le projet de politique européenne d'HIA et comment l'EPHIA a été synthétisée, testée et modifiée.
- Décrit la méthodologie EPHIA et ses concepts et principes sous-jacents.
- Fournit une explication par étapes des procédures et méthodes à suivre, définit le but, les capacités requises et les résultats. Des exemples de méthodes et outils des phases de tests de l'EPHIA se trouvent dans la partie principale du rapport.

Le but du projet était de:

- Synthétiser pour l'HIA une méthode générique uniforme des politiques et activités de l'EU.
- Appliquer cette méthodologie à certaines politiques de l'EU
- Disséminer les résultats des recherches et les leçons à tirer du projet par l'intermédiaire de séminaires, publications et de briefings ciblés à haut niveau.

Les objectifs spécifiques du projet étaient:

- De rechercher, d'identifier, de recueillir et de réviser les méthodologies et méthodes d'HIA
- De synthétiser une méthodologie générique d'HIA pour traiter les politiques
- De tester et affiner la nouvelle méthodologie d'HIA
- D'identifier, de trier et de choisir une politique européenne pour l'HIA
- D'appliquer cette nouvelle méthodologie à certaines politiques de l'UE
- De disséminer les résultats des recherches des différents projets HIA et les leçons à tirer en matière de politique européenne, pour les responsables politiques et les pays-membres.

Cette méthodologie générique d'HIA a été développée en utilisant une approche rigoureuse et systématique et comprend les étapes suivantes:

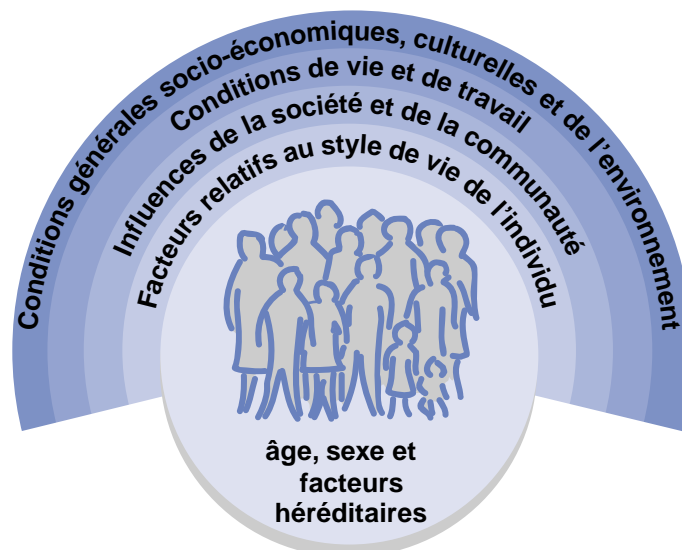
- Une recherche approfondie et le recueil de documents liés à l'HIA
- Le développement d'une structure de classification pour l'HIA de manière à faciliter la sélection d'outils à partir des documents recueillis
- Une revue et classification des documents d'HIA qui utiliserait la structure de classification
- Le développement d'un projet de méthodologie d'EPHIA suite à la synthèse du matériel relatif à l'HIA
- La sélection de la Stratégie Européenne pour l'Emploi comme politique test du projet de méthodologie d'EPHIA suite à un procédé de sélection approfondi.
- Mettre en place des projets-pilotes à l'échelle nationale et européenne basés sur le projet de méthodologie d'EPHIA
- Une évaluation systématique du projet de méthodologie d'EPHIA suite aux projets pilotes d'HIA.
- Affiner la méthodologie EPHIA au vu des expériences des projets pilotes.

Concepts et principes clé de l'EPHIA

3.1 Santé et bien être

Il est généralement admis que la santé représente plus que l'absence de maladies et d'infections. La santé, c'est aussi le bien-être physique, mental, social et spirituel de l'individu. Ce principe est inextricablement lié à la reconnaissance qu'à tous les stades de l'existence, la santé et le bien-être dépendent d'influences complexes de facteurs tels que les facteurs socio-économiques, l'environnement dans lequel nous évoluons, et le comportement individuel ainsi que les facteurs héréditaires. D'autres facteurs tels que le niveau de revenus, l'emploi, le logement, l'accès à des services basiques tels que l'éducation et des équipements tels que des magasins représentent des déterminants de la santé, dans le sens où ils ont une influence sur le niveau de santé, de bien-être, ou d'autres aboutissements pour la santé dont pourrait jouir l'individu et la communauté. Ce concept de santé et ce qui l'influence est connu comme le modèle social de la santé (Black et al, 1980; Acheson, 1998). Les déterminants de la santé sont illustrés comme des couches d'influences dans le schéma 3.1 (Whitehead & Dahlgren, 1991). L'EPHIA a adopté le modèle social de la santé comme concept sous-jacent.

Schéma 3.1 Les principaux déterminants de la santé



Certains individus et groupes jouissent de façon systématique d'une meilleure ou pire santé que d'autres. Ce phénomène est connu comme inégalités de santé et reflète au cours de leur vie les différences d'exposition aux risques associés à leur circonstances socio-économiques. Ces différences d'exposition expliquent aussi les inégalités de santé pour certains groupes ethniques et certains sexes.

Pour chaque catégorie principale de déterminants de santé, il existe une gamme de déterminants spécifiques à la santé. En voici certains exemples dans le tableau 3.1

Tableau 3.1 Exemples de déterminants spécifiques à la santé

Categories de determinants de la santé	Déterminants spécifiques à la santé
Conditions générales socio-économiques, culturelles et de l'environnement	<p>Politiques internationale, nationale et locale (politiques économique, de la santé, de l'emploi, de l'éducation, de la défense, du transport, du logement, des affaires étrangères, de l'immigration, de la sécurité sociale)</p> <p>Présence de services pour le public au niveau international, national et local (services d'urgence, police, santé et soins, immigration, éducation, transport, sécurité sociale, crèches, loisirs)</p> <p>Expression/perception de valeurs et normes sociales/culturelles (discrimination, crainte de la discrimination, attitudes envers différents groupes, égalité et justice)</p> <p>Relation entre l'état et le citoyen</p>
Conditions de vie et de travail (environnement physique)	<p>Logement (conditions, disponibilité)</p> <p>Conditions de travail (sujet à risques)</p> <p>Qualité de l'air, de l'eau, du terrain</p> <p>Bruit</p> <p>Elimination des déchets</p> <p>Utilisation d'énergie et durabilité des ressources</p> <p>Utilisation du sol</p> <p>Biodiversité</p> <p>Facilité d'accès aux gens, aux lieux, aux produits</p>
Influences de la société et de la communauté (environnement socio-économique)	<p>Soutien social et intégration</p> <p>Exclusion sociale</p> <p>Esprit communautaire</p> <p>Participation de la communauté à la prise de décisions de politiques visant le public</p> <p>Emploi (disponibilité, qualité)</p> <p>Education/formation (disponibilité, qualité, coûts)</p>
Facteurs relatifs au style de vie de l'individu	<p>Comportement individuel (nutrition, activité, tabagisme, consommation d'alcool, drogues)</p> <p>Sécurité personnelle</p> <p>Emploi</p> <p>Niveau d'études</p> <p>Revenu et surplus</p> <p>Amour-propre et confiance en soi</p> <p>Attitudes, croyance – étendue de pouvoir</p>
Facteurs biologiques	Age, sexe, facteurs génétiques

3.2 L'évaluation d'impact sur la santé, qu'est-ce que c'est?

L'évaluation d'impact sur la santé se définit comme une combinaison de méthodes et d'outils grâce auxquels une politique, un programme ou un projet peuvent être jugés en terme des effets potentiels qu'ils ont sur la santé de la population et comment ces effets se répartissent sur la population. (Lehto & Ritsatakis, 1999). Elle a pour but d'identifier les changements potentiels sur les déterminants de la santé qui pourraient résulter à la suite d'une nouvelle politique ou d'un nouveau projet, par exemple une politique de l'emploi ou du transport, et quels effets ces changements pourraient avoir sur la santé de la population. L'évaluation des différences dans la répartition de ces effets sur la population est essentielle à l'analyse de l'impact potentiel sur les inégalités de santé. Même si, d'après l'espérance de vie en moyenne, le niveau de santé s'améliore en Europe, les inégalités de santé s'élargissent entre certains sous-groupes de la population, par exemple entre les groupes socio-économiques riches et pauvres.

A travers l'application de cette méthodologie, l'EPHIA a pour but d'informer et d'influencer la prise de décision dans le processus de développement des politiques, et par là, de revaloriser la politique européenne en permettant aux décideurs de prendre en compte les implications de leurs politiques pour la santé.

3.3 Principes et valeurs de la méthodologie EPHIA

Les principes et valeurs sous-jacentes à l'EPHIA reflètent ceux identifiés ailleurs à travers les travaux de l'HIA (incluant Hirschfield et al, 2001; Douglas et al, 2001; Lehto & Ritsatakis, 1999) et sont reflétés dans cette méthodologie.

L'EPHIA est un processus **collaboratif** dont les avantages apparaissent plus nettement à travers un processus de **co-propriété** par le DG qui propose la politique et DG SANCO. L'EPHIA a été conçue pour être d'utilisation **pratique** et les méthodes choisies pour chaque évaluation devraient être adéquates au temps et ressources disponibles. Le processus devrait être aussi **démocratique** que possible, et les intérêts des groupes de population devraient être reflétés à travers, ou leur représentants ou **une participation publique** des membres mêmes de la communauté. L'EPHIA agit en faveur de la diminution des **inégalités de santé** et devrait évaluer les différences de répartition des impacts sur la santé sur la population. Elle devrait être **objective** dans son identification des preuves des impacts sur la santé et les informations recueillies devraient être basées sur des normes de qualités prouvées en recherche. Elle devrait être **transparente** et comprendre des méthodes et procédures clairement énoncées. Les recommandations développées par l'utilisation de l'EPHIA devraient être pratiques et réalisables et devraient prendre en compte à la fois les impacts de court terme et long terme sur la santé.

3.4 HIA et les inégalités de santé

L'EPHIA peut jouer un rôle considérable dans la diminution des inégalités de santé en informant les décideurs des impacts potentiels qu'une politique peut avoir sur différents groupes de population.

Les inégalités de santé peuvent être un point central dans toutes les étapes et méthodes de l'EPHIA. Par exemple la création du profil devrait inclure des données relatives aux sous-groupes vulnérables de la population et les groupes qui sont plus spécifiquement affectés par la politique en question. La participation des parties intéressées et des informateurs-clés devrait inclure des représentants des différents sous-groupes. Les méthodes et outils utilisés devraient inclure un examen des inégalités de santé. Des modèles mathématiques pourraient être développés avec des données sur la population et de la sous-population; de même des réseaux de causalités pourraient être développés et comparés pour différents sous-groupes de population. Une analyse des impacts devrait inclure une analyse pour différents sous-groupes de population. Finalement les priorités et recommandations devraient refléter les besoins de tous les groupes de population et avoir pour but "d'égaliser vers le haut", c'est à dire d'améliorer la santé de ceux en moins bonne santé pour obtenir le niveau de santé de ceux en meilleure santé. Il est également important de faire attention aux différences de sexe. Si ces différences sont pertinentes, elles devraient être incluses dans les différentes étapes de l'HIA.

Encart 3.1 Inégalités de santé

Le terme inégalités de santé fait référence aux différences entre les groupes de population qui sont injustes et qui pourraient être évitées. Le terme inégalités socio-économiques de santé fait référence au fait qu'un individu venant d'un milieu socio-économique bas vit une vie plus courte et jouit d'une moins bonne santé qu'un autre. Un autre terme couramment utilisé, groupe vulnérable, a pour sens un individu qui court un plus gros risque de détérioration de sa santé. Cette vulnérabilité peut être due à l'âge (enfants, personnes âgées), ou à leur condition de santé (maladie chronique, femme enceinte) ou bien due à un désavantage social (membre d'une minorité ethnique) ou économique. Finalement, il existe des différences basées sur le sexe qui se retrouvent dans toutes les autres inégalités (de santé).

Une discussion des inégalités ou différences comprend non seulement l'état de santé mais aussi les facteurs à risque tels que les aspects relatifs au style de vie (tabagisme, manque d'exercice).

Des exemples de sous-groupes de population des projets pilotes de l'EPHIA comprennent :

- Les femmes
- Les personnes âgées
- Les personnes handicapées
- Les groupes ethniques noirs et minoritaires
- Les personnes ayant un niveau faible de qualifications
- Les parents célibataires

3.5 Options de l'EPHIA

Cette méthodologie peut être utilisée à différents niveaux d'évaluation qui requièrent différents apports de ressources. Le choix du niveau d'évaluation dépend du contexte, par exemple, le contexte de la politique, du temps disponible, de l'objectif de l'HIA et des ressources disponibles. Vous trouverez ci-dessous 3 exemples de différents niveaux qui peuvent être appliqués:

Une EPHIA sédentaire

- fournit une vue générale de possibles impacts sur la santé
- Peut être utilisée pour les stades précoces du développement de la politique (projet de loi) ou lorsque les ressources/le temps est compté
- Implique le recueil et l'analyse de données qui existent et qui sont accessibles
- prend approximativement 2-6 semaines (pour un évaluateur)

Une EPHIA rapide (voir appendice)

- Fournit des informations plus détaillées sur les impacts possibles sur la santé
- Est l'approche à l'HIA la plus typique ou la plus fréquemment utilisée
- Permet un examen plus approfondi des impacts sur la santé et augmente la fiabilité des impacts.
- Comporte le recueil et l'analyse de données existantes et de nouvelles données qualitatives venant de parties intéressées et d'informateurs-clé
- prend approximativement 12 semaines (pour un évaluateur)

Une EPHIA approfondie

- Fournit une évaluation complète des impacts potentiels sur la santé
- Représente la définition la plus solide des impacts, mais aussi la moins fréquemment utilisée - la "médaille d'or" de l'HIA
- Comporte le recueil et l'analyse de données grâce à l'utilisation de plusieurs méthodes et sources (quantitative et qualitative, et comprend une approche participative qui inclut la participation de parties intéressées et/ou de leurs représentants et d'informateurs-clé
- prend approximativement 6 mois (pour un évaluateur)

Encart 3.2 pose des questions qui peuvent servir de guide dans le choix du niveau d'évaluation qui doit être appliquée:

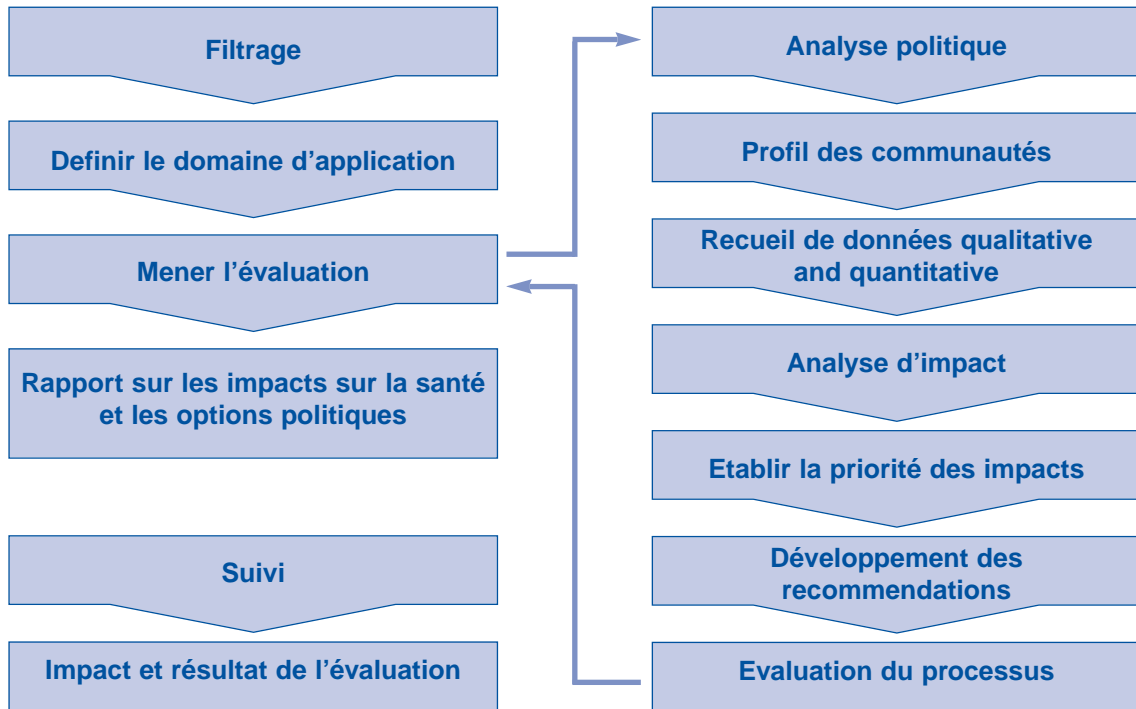
Encart 3.2 Quel niveau d'HIA choisir?

1. Quand est-ce que le rapport d'EPHIA doit être soumis?	Si moins de 6 mois, probablement sédentaire ou rapide
2. Qui seront les évaluateurs de l'EPHIA?	Si interne, probablement sédentaire ou rapide
3. Quel financement est disponible pour l'EPHIA?	Si les ressources sont disponibles, plus grand choix d'évaluateurs et plus approfondie
4. La politique en question est-elle une politique clé? (Quel type, sujet, investissement)? Les changements proposés par cette politiques sont ils importants?	Approfondie
5. Est-ce que le filtrage suggère que la politique en question aurait des impacts potentiels sur la santé importants?	Approfondie
6. Quelles données sur cette politique sont disponibles et accessibles? Quelles est la banque de preuves sur la santé au sujet de cette politique?	S'il y a plus de données, approfondie
7. Quel est le niveau d'intérêt politique/public?	S'il génère plus d'intérêt, approfondie

EPHIA - procédures et méthodes

Schéma 4.1 illustre les procédures et méthodes qui constituent l'EPHIA. Le côté gauche liste les principales étapes organisationnelles à mettre en place pendant l'évaluation des impacts sur la santé. Le côté droit liste les étapes et méthodes qui sont réalisées durant l'évaluation propre. Certaines de ces étapes peuvent être réalisées simultanément en utilisant les informations recueillies lors d'une étape pour les étapes suivantes.

Schéma 4.1 Représentation Schématique de l'EPHIA



4.1 Filtrage

Le filtrage est la première étape de l'identification des politiques que l'EPHIA doit évaluer. Ceci se fait par un jugement rapide des effets potentiels de la politique en question sur la santé de la population. Divers outils et listes ont été développés et comprennent les outils de filtrage des Autorités de la Région du Grand Londres (GLA, 2001) et les lignes directrices du Merseyside (Scott-Samuel et al, 2001). La Commission Européenne pourrait faire de même en utilisant l'outil d'évaluation préliminaire (CE, 2002).

4.2 Définir le domaine d'application

Définir le domaine d'application consiste à concevoir et planifier l'HIA. Idéalement, ceci implique dans un premier temps, de réunir un comité directeur, ce qui mène à des termes de références bien définis pour l'évaluation, ainsi que l'identification des évaluateurs ou de l'équipe d'évaluation. Le rôle du comité directeur est de définir les termes de références pour l'évaluation, d'identifier les évaluateurs et de gérer le projet de l'HIA; Il est recommandé de documenter le rôle du groupe, de ses membres et les dispositions prises pour les comptes-rendu. Autrement ceux qui commissionnent l'HIA, par exemple le partisan de la politique (initiateur) peut désigner une équipe d'évaluation pour réaliser ces tâches.

Les membres potentiels du comité directeur peuvent être l'initiateur de la politique, d'autres parties intéressées (des individus ou des groupes qui ont un 'enjeu' dans la

politique en question), des informateurs-clé ('experts' ou 'spécialistes' dans le domaine politique en question) et des évaluateurs. Des exemples se trouvent dans le tableau 4.1.

Tableau 4.1 Parties intéressées et informateurs-clé au Royaume –Uni de la phase pilote de l’EPHIA pour la Stratégie Européenne de l’Emploi. (*invité à faire parti du comité directeur)

Catégories de parties intéressées et informateurs-clé	Partie intéressée/informateur clé
Partie intéressée- organisation Santé	Department of Health* Health Development Agency* Health and Safety Executive
Partie intéressée – Partisan de la politique	Department for Work & Pensions* Department for Education and Skills* Department of Trade & Industry*
Partie intéressée- organisation – qui a rapport à la politique	Department for the Environment, Food and Rural Affairs Office of the Deputy Prime Minister
Partie intéressée- organisation - gouvernement régional	North West Development Agency
Partie intéressée- organisation – Partenaires sociaux	Confederation of British Industry* Trade Union Congress* Chartered Institute of Personnel Development
Partie intéressée- organisation ONG/Volontariat) – Groupes à intérêts spécifiques	Commission for Racial Equality Equal Opportunities Commission Disabilities Rights Commission Low Pay Commission University of the Third Age National Unemployment Centres
Informateurs -clè - Emploi & santé	University College, London* European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions*
Informateurs -clè - Emploi	Manchester Business School* Institute for Employment Research

Les termes de référence de l’ HIA devraient inclure la conception, (les buts, objectifs, méthodes), le domaine d’application (profondeur de l’évaluation, les limites géographiques et temporelles, le contexte de la politique, l’unité à analyser), les résultats, les ressources et un calendrier. Il est envisagé que ce processus serait itératif et que le comité directeur définirait et affinerait les termes de référence par exemple avec les évaluateurs de l’HIA qui seraient nommés par la suite.

Les décisions prises quant au niveau de l’évaluation doivent refléter le statut et la complexité de la politique. De plus, des considérations pratiques en affecteront également la profondeur. Par exemple, l’ existence de modèles qui prédiraient les impacts sur la santé, la banque de preuves sur la santé, la disponibilité des données; Le tableau 3.2 contient des questions qui permettront de décider de la profondeur de

l'évaluation. Pour les politiques qui sont plus larges ou plus complexes, la personne ou l'organisation qui commissionne l'HIA pourrait vouloir limiter l'HIA à des aspects spécifiques de la politique en question.

Le développement d'une esquisse des termes de référence par le comité directeur de l'HIA permettra d'identifier la gamme de compétences et d'expertise nécessaire à l'équipe d'évaluation. Avec une formation appropriée la plupart des HIA de politiques européennes sédentaires ou rapides pourraient être réalisées en interne, c'est à dire par le DG SANCO en liaison avec le DG responsable de la politique. Pour des HIA de politiques européennes plus approfondies, il est probable qu'une expertise externe soit nécessaire. Dans ces cas, Il est important que l'évaluateur principal de l'HIA soit un professionnel de la santé publique qui a été formé à l'HIA et qui a, idéalement une expérience de mener des HIA. D'autres compétence requises varient suivant le type de politique ainsi que le niveau de l'évaluation.

4.3 Mener l'évaluation

Les méthodes en question sont décrites sans la section suivante. La procédure d'évaluation est un processus d'apprentissage itératif. Chaque étape est utilisée pour l'étape suivante et durant le processus, les étapes peuvent, d'une certaine manière être menées simultanément.

Les méthodes utilisées pour le recueil et l'analyse de données varient suivant le niveau de l'EPHIA. Le recueil et l'analyse de données constitueront toujours une des étapes cependant, plusieurs méthodes de recueil des données sont employées pour les EPHIA approfondies: quantitative et qualitative, avec les parties intéressées et/ou leurs représentants et les informateurs-clé.

Etant donné les difficultés à mettre en place la politique de la Commission Européenne dans toute l'Europe et la diversité des populations affectées, il existe différentes manières (unités d'analyse) d'appliquer la méthodologie de l' EPHIA pour évaluer les impacts potentiels sur la santé. Par exemple:

Option 1 – Au niveau Européen

Les impacts de la politique sur la santé pourraient être estimés pour la population européenne dans sa totalité (EU-25 post Avril 2004). Ceci reviendrait à un rapide exercice sédentaire et pour des politiques pour lesquelles il est probable qu'elles aient des impacts relativement uniformes sur la santé.

Option 2 – Au niveau européen et régional

La mise en place de politique de l'UE aura probablement différents impacts sur la santé en vertu de leurs différences socio-économiques et de leurs différents contextes de santé. Cependant une évaluation régionale (par exemple, Nord, Sud et Europe de l'Est) ou une évaluation de "gamme" (comment les pays avec le "meilleur" ou le "pire" niveau de déterminants clé de la santé, par exemple, l'emploi, sont affectés par la politique) pourrait être menée. Cette option pourrait être réalisée en interne grâce à l'accès central de données (par exemple, par l'intermédiaire d'Eurostat) ou bien en réunissant les évaluateurs des pays-membres qui ont été choisis.

Option 3 – Au niveau européen et au niveau national

Au vu du principe de subsidiarité au sein de l'union, la Commission Européenne dépend largement des pays-membres pour mettre en place ses politiques. Une évaluation au niveau des pays-membres semble plus appropriée qu'une approche régionale, vu l'importance de la politique et les différences qui existent entre les pays-membres.

Analyse de la politique

Le but principal de l'analyse de la politique est de renseigner la conception de l'HIA et de sa réitération.

Elle devrait identifier:

- la rationale, le contexte et les stratégies de la politique;
- les populations et les sous-populations qui sont affectées, de manière positive ou négative, par la politique;
- les échantillons d'informateurs clé et de parties intéressées;
- La relation entre la politique proposée et d'autres politiques;
- Les résultats des évaluations de politiques identiques.

Elle pourrait être composée de l'audit et de l'analyse de trois types de documents:

- La politique proposée et les documents à l'appui;
- D'autres politiques et documents officiels qui sont liés à la politique en question;
- Des preuves du contexte social, économique, politique, culturel et scientifique de la politique.

L'analyse de la politique contribue également à la création de données qui seront utilisées pour le profil, à la création de questionnaires pour les entretiens des parties intéressées et des informateurs-clé et à la création de sujets pour la recherche des travaux écrits.

Encart 4.1 Exemple de critères et de questions d'analyse politique utilisées pour la phase pilote de l'EPHIA de l'UE

Développement de politiques

Quels sont les problèmes associés au sujet couvert par la politique, par exemple l'emploi dans l'UE? Comment la politique a-t-elle été initiée et développée? Qui a été impliqué, par exemple quels sont les réseaux politiques? Comment les décisions ont-elles été prises lors de la phase finale du contenu de la politique?

Contenu de la politique

Quels sont les buts suggérés, les objectifs, les interventions, les cibles, le calendrier, le financement? Qui est affecté par la politique? Est-ce que la politique proposée aborde les problèmes identifiés? Les propositions sont-elles basées sur des preuves? Quelles sont les valeurs et modèles théoriques sur lesquels est basée la politique en question?

Mise en place de la politique

Quels sont les opportunités et défis auxquels la mise en place efficace de la politique fera face, par exemple, la communication, la synergie entre les politiques, les ressources appropriées, une culture de soutien, une volonté politique?

Quelles sont les ramifications politiques de la mise en place de la politique par exemple, les problèmes électoraux?

La santé dans la conception des politiques

Quelles considérations sont données aux effets que la nouvelle politique aura sur la santé? Quelle est la relation/le modèle d'action entre le thème de la politique, par exemple l'emploi et les aboutissements sur la santé? NB Ce modèle sera enrichi par les données des parties intéressées. Quels sont les points d'intervention potentiels pour la nouvelle politique sur ce modèle?

Établir un profil

Etablir un profil a pour but de donner une image de la santé et du contexte socio-démographique de la politique de façon à mieux comprendre ses impacts potentiels sur la santé et sur les groupes spéciaux de la population qui pourraient être touchés. Etablir un profil implique le recueil de données sur un nombre d'indicateurs qu'on pense significatif au vu du contenu de la politique choisie et de ses impacts possibles sur la santé ou sur les déterminants de la santé. Les indicateurs sont des variantes

mesurables qui reflètent l'état d'une communauté ou d'individus ou de groupes dans une communauté. Idéalement, le profil consiste en des tendances de données (séries temporelles). Un ensemble d'indicateurs pour le profil d'une communauté pourrait comprendre des indicateurs relatifs à:

- La population, par exemple de l'UE, du pays-membre, des sous-groupes de population
- Le statut de santé, par exemple le taux de mortalité, la perception de santé et de bien-être
- Les déterminants de la santé, par exemple les conditions de logement, la situation d'emploi, la qualité de l'air, le soutien social, l'accès aux soins, la nutrition et le niveau d'activité.

Encart 4.2 Exemples d'indicateurs

Exemples d'indicateurs de *santé* qui ont été inclus dans l'évaluation pilote de la stratégie

Européenne pour l'Emploi:

- Espérance de vie à la naissance
- Proportion de la population qui est handicapée
- Morbidité sur le lieu de travail

Exemples d'indicateurs de *déterminants de santé*:

- Population par classe de travail
- Proportion de chômage /d'inactivité
- Proportion d'emploi par couche sociale
- Tendances de l'emploi

Les données pour les indicateurs choisis peuvent bien souvent être trouvées dans les bases de données internationales qui sont disponibles telles que EUROSTAT, l'OCDE, l'OMS et dans les bases de données à échelle nationale.

Quelques exemples de bases de données dur internet:

Statistiques de l'UE - Eurostat:

<http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-catalogue/EN?catalogue=Eurostat>

Statistiques de l'Organisation de Co-opération et de Développement Economiques

Portail statistique de l'OCDE: http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1_1_00.html

Statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé - Système informatique de statistiques de l'OMS (WHO-SIS): <http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

Statistiques à l'échelle nationale – Division des statistiques des Nations Unies

Le site ci-dessous contient des liens pour tous les sites disponibles (de l'ONU) de statistiques nationales en Europe et dans le reste du monde: http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd_natstat.htm

Si une EPHIA approfondie est réalisée à l'échelle de l'UE et à l'échelle nationale, qui implique des sources de données nationales, il est important d'être conscient de la comparabilité des indicateurs. C'est-à-dire que les définitions opérationnelles des indicateurs devraient être identiques, autant que possible. Les indicateurs de santé de la Communauté Européenne (The European Community Health Indicators ou ECHI) représentent un ensemble de données qui ont été compilées à partir de différentes sources de données et sont en cours de définition; ces dernières amélioreront la comparabilité des pays-membres dans l'avenir.

Les renseignements rassemblés durant l'analyse de la politique et le profil vont générer une image plus claire des aspects les plus importants et des plus appropriés en matière de santé. Ceci mène généralement à davantage d'affinement du focus de l'HIA. En conséquence, pendant l'HIA le profil initial produit peut être adapté: certains indicateurs peuvent apparaître moins pertinents alors que d'autres qui n'avait pas été inclus au début, seront ajoutés.

Encart 4.3 Adapter le profil de la communauté: exemple aux Pays-Bas de l'EPHIA de la Stratégie Européenne de l'Emploi

Le profil initial de la communauté dans de la Stratégie Européenne de l'Emploi contenait un nombre d'indicateurs de base sur la démographie, le statut de santé et l'emploi. Aux Pays-Bas, lors de la phase de recueil des données qui suivit, le problème de la politique de découragement de la pré-retraite fit surface. Deux indicateurs supplémentaires furent ajoutés:

- Age moyen de départ en retraite
- Proportion de la population entre 55 and 65 ans au chômage

Recueil de données qualitative and quantitative

Pendant la période de recueil de données, les preuves sont rassemblées sur les effets de la politique sur les déterminants de la santé et les aboutissements de la santé.

Généralement les seules nouvelles données utilisées dans la plupart des évaluations des impacts sur la santé sont obtenues par les approches participative et qualitative citées ci-dessous. Souvent, il n'est ni nécessaire ni pratique de recueillir de nouvelles données quantitatives. Les ressources déjà disponibles telles que les rapports sur la santé et l'environnement peuvent aussi être utilisées. Des données d'études précédentes peuvent être le sujet d'une analyse plus poussée par exemple grâce à des modèles mathématiques. Des revues systématiques de travaux de recherches disponibles représentent une manière utile de rassembler des preuves. Si les revues systématiques ne sont pas disponibles, une revue de travaux écrits disponibles pourrait servir de documents d'appui. Dans le cas d'une EPHIA sédentaire, le recueil de données se limiterait probablement à une revue de travaux écrits alors qu'une EPHIA approfondie pourrait utiliser de multiples méthodes pour générer de nouvelles données.

Encart 4.4 Types de preuves tirées des travaux écrits

Les données venant de travaux de recherche ne constituent pas toujours des preuves. La qualité et la solidité des preuves dépend de la conception de la recherche; ceci s'applique aux recherches qualitative et quantitative. Les preuves les plus solides sont réalisées lorsque différents travaux de recherche sont combinés pour former une revue systématique. Des revues systématiques disponibles sur Internet sont listées ci dessous. Elles mettent différents accents sur le type de recherche passée en revue; par exemple, York (Royaume-Uni) et Cochrane (international) se concentrent sur des revues de l'efficacité des interventions cliniques, alors que Campbell se concentre sur les revues d'interventions socio-économiques. La HDA (Angleterre) passe en revue l'efficacité d'interventions sur le style de vie et la régénération par exemple sur la santé publique et les inégalités de santé.

Cochrane Centre <http://www.cochrane.org/index0.htm>

Campbell Collaboration <http://www.campbellcollaboration.org/>

Health Development Agency (HDA) <http://www.hda-online.org.uk/html/research/evidence-base.html>

Health Evidence Network <http://www.euro.who.int/HEN>

Medical Research Council www.msoc-mrc.gla.ac.uk

University of York - Centre for Reviews and Dissemination <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>

OMS <http://www.who.int/en/> OMS Europe <http://www.who.dk/>

Si les revues systématiques ne sont pas disponibles, des revues de travaux littéraires pourraient être réalisées sur des études appropriées recueillies à partir d'une recherche approfondie (par exemple une recherche informatisée à partir de bases de données appropriées). Les revues de travaux écrits impliquent une analyse critique d'études de critères spécifiques pour établir la rigueur de la recherche par exemple:

Le concept de recherche a-t-il été clairement défini? Les considérations éthiques ont-elles été présentées, y compris les conflits d'intérêts des chercheurs? Les méthodes et outils utilisés étaient ils appropriés? Le groupe et la taille de l'échantillon étaient ils appropriés?

Les résultats étaient-ils clairs? Avaient ils été communiqués et discutés de manière appropriée?

Les limitations de l'étude ont-elles été présentées? Les résultats peuvent-ils être généralisés? Les conclusions sont-elles tirées de constatations? Les implications de la recherche ont-elles été discutées?

La raison pour laquelle une approche participative et qualitative est utilisée est de réunir des preuves à partir de l'expérience, la connaissance les opinions et perceptions de la population affectée par la politique en question. (Parties intéressées) et des gens qui ont une expertise (informateurs-clé).

Ces preuves:

- donne une image plus approfondie de la gamme de déterminants de la santé affectés par la politique;
- donne une compréhension détaillée de leur opinion sur la façon dont et la raison pour laquelle ceci impacte sur la santé;
- contribue au classement par priorité des impacts;
- fournit une perspective sur les inégalités de santé.

Autant que possible, les représentants des groupes de population qui pourraient être affectés devraient être impliqués; Ceci fournit une ressource précieuse et en tant que telle n'est approprié que pour une EPHIA rapide ou approfondie. L'échantillonnage des parties intéressées et des informateurs-clé est important si l'on veut inclure une large gamme de perspectives; Une méthode qui pourrait être utilisée pour identifier et répertorier les parties intéressées et s'assurer par là de l'engagement de chaque catégorie est le mappage politique. Encart 4.5 décrit les méthodes utilisées pour générer les échantillons pour le projet pilote d'EPHIA au Royaume-Uni, une fois que les parties intéressées et les informateurs-clé ont été définis (tableau 4.1).

Encart 4.5 Exemples de méthodes d'échantillonnage utilisés pour le projet pilote d'EPHIA au Royaume-Uni de la Stratégie Européenne de l'Emploi

“Des méthodes d'échantillonnage ciblé furent utilisées pour générer la première partie intéressée – une organisation, et les groupes d'informateurs-clé. Ceci fut suivi par un échantillonnage boule de neige.”

L'échantillonnage ciblé est une méthode d'échantillonnage où l'échantillon n'est pas choisi au hasard, et qui a pour but de tester un groupe de gens ayant des caractéristiques spécifiques, par exemple des gens impliqués dans le développement et la mise en place de la stratégie de l'emploi (y compris les lignes directrices d'emploi du Plan d'Action National de la Stratégie Européenne de l'Emploi).

Un échantillonnage “boule de neige” implique qu' un groupe initial de sondés (c'est à dire les organisations agissant comme parties intéressées et les informateurs-clé) identifient d'autres groupes dont ils savent qu'ils ont une caractéristique identique (C'est à dire un engagement ou un intérêt pour la stratégie de l'emploi).

Les méthodes de recueil de données pourraient inclure des groupes ciblés, des entretiens mi-structurés ou non-structurés (par exemple, Knodel, 1993). Les entretiens mi-structurés furent utilisés pour le projet pilote d'EPHIA au Royaume-Uni de la Stratégie Européenne de l'Emploi. L'outil utilisé se trouve dans le tableau 4.2.

Tableau 4.2 Exemple d'outil

Questions sur le thème de l'emploi	Questions sur le thème de la santé et de l'emploi
<p>Tendances du chômage au Royaume-Uni, par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sous-groupes de population les plus affectés? Pourquoi? Comment? • Effets sur la qualité de vie? Les priorités? 	<p>Effets du chômage sur la santé et le bien-être, par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • La santé/le bien-être physique, psycho-social? Comment (relation causale)? • Sous-groupes de population les plus affectés? Pourquoi?
<p>Tendances du chômage au Royaume-Uni, par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Types d'emploi? • Bas salaires? • Participation de l'employé? 	<p>Effets de l'emploi sur la santé et le bien-être, par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Types d'emploi? • Environnement socio-économique du travail - bas salaires, participation • Autres conditions de travail • Qui? Comment?
<p>Interventions efficaces pour faire baisser le chômage, par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le chômage de long-terme? • Les inactifs économiques? 	<p>Interventions efficaces pour faire baisser le chômage et impacts sur la santé et le bien-être, par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entretien des demandeurs de l'allocation d'invalidité • Prestations des crèches?
<p>Interventions efficaces pour l'emploi, par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la productivité? • Augmenter l'innovation? 	<p>Effets des interventions sur la santé et le bien-être, par exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la flexibilité dans le travail de l'employée – Equilibre vie-travail? • Augmenter la flexibilité dans le travail de l'employeur – Conditions d'emploi? • Participation de l'employé?
<p>Les effets potentiels des lignes directrices de l'emploi au Royaume-Uni, par exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SEE de l'UE /les cibles des lignes directrices? • D'autres déterminants de la santé – revenu moyen, niveau de qualifications etc 	<p>Les effets potentiels des lignes directrices de l'emploi au Royaume-Uni, par exemple:</p> <ul style="list-style-type: none"> • SEE de l'UE /les cibles des lignes directrices sur la santé et le bien-être?

D'autres méthodes qualitatives peuvent être utilisées pour parvenir à un consensus. Ces méthodes sont décrites dans encart 4.6.

Encart 4.6 Exemples de méthodes qualitatives pour parvenir à un consensus

Techniques Delphi

Ceci implique l'envoi d'un questionnaire par courrier qui comporte des questions ouvertes de manière à obtenir les idées et attitudes d'un large nombre d'anonymes sur un sujet particulier, sans avoir besoin de rassembler ces gens. Ces techniques comprennent des cycles de retour de l'information par courrier plutôt qu'en personne. Les réponses sont analysées et l'information est retournée à un groupe d'experts dans un second questionnaire contenant un nombre limité de sujets et de déclarations. Ce groupe d'experts est chargé de leur donner un rang. Les rangs sont alors résumés en un autre questionnaire et circulés aux participants d'origine auxquels il est demandé de donner un rang suivant leur niveau d'accord. Ces nouveaux rangs sont analysés pour évaluer le degré de consensus; S'il existe une différence importante, un nouveau cycle de retour d'information est alors mis en place.

Groupes de développement de consensus

Egalement connu sous le terme de conférences de consensus. Elles comprennent l'organisation de réunions avec des consensus d'experts dans un domaine particulier, des laïques ou des groupes mixtes afin de débattre des sujets spécifiques, ceci ayant pour but d'améliorer la compréhension ou de développer un consensus dans ce domaine. En plus des réunions traditionnelles, on peut aussi avoir des réunions "virtuelles" par l'intermédiaire de forums de discussion par email.

Processus de groupe nominal

Egalement connu sous le terme "consensus d'experts". On demande à des experts d'assigner un rang à leur opinion sur certains sujets avant la réunion. Les résultats sont résumés et présentés aux participants à une des réunions qui suivent, accompagnés des preuves appropriées venant des travaux écrits. À la réunion, ils débattent les rangs et les différences. Suite à la discussion du groupe, on leur demande de reconsidérer le rang donné aux sujets.

Un nombre de différentes approches quantitatives peuvent être utilisées pour estimer les changements de déterminants de la santé ou pour mesurer le changement dans l'états de santé et les résultats sur la santé de certains groupes de population dans l'avenir qui sont dûs au développement d'une politique donnée et de sa mise en place. La préparation de prévisions, la construction de scénarios et de modèles mathématiques sont des méthodes reconnues dans d'autres domaines. Des données quantitatives peuvent également être générées en utilisant des approches participatives, par exemple des groupes de consensus. Les approches économiques à la santé telles qu'une analyse coût-bénéfices, "être prêt à payer" peuvent aussi être utilisées pour mesurer les impacts sur la santé.

Analyse d'impact

Le but de l'analyse d'impact est d'identifier et de caractériser les impacts potentiels qui émergent des étapes précédentes. L'analyse d'impact comprend l'organisation des preuves des impacts venant de différentes sources de données, qualitative et quantitative et prend en compte:

- Les impacts sur la santé- les déterminants de la santé qui sont affectés et les effets qui en résultent sur les aboutissements de la santé;
- Le sens du changement – indique un gain de santé (+) ou une perte (-)
- L'échelle – La sévérité de l'impact (mortalité, morbidité/blessures et bien-être) et la taille/proportion de la population affectée (importante, moyenne, faible)
- La probabilité de l'impact - certain (pour une évaluation retrospective uniquement), probable, possible ou spéculative, basée sur la solidité des preuves (par exemple des preuves de revues systématiques ou de méta-analyses) et du nombre de sources (littérature, parties intéressées/informateurs-clé, documents)
- Période de latence – Quand l'impact arrivera t'il? - immédiat, court, moyen ou long terme?

Les matrices sont des outils visuels aidant à l'organisation et à la structure des preuves des impacts potentiel dur la santé. La matrice d'impact sur la santé résume les impacts-clé sur la santé. L'exemple donné dans le tableau 4.3 vient d'un projet de transport.

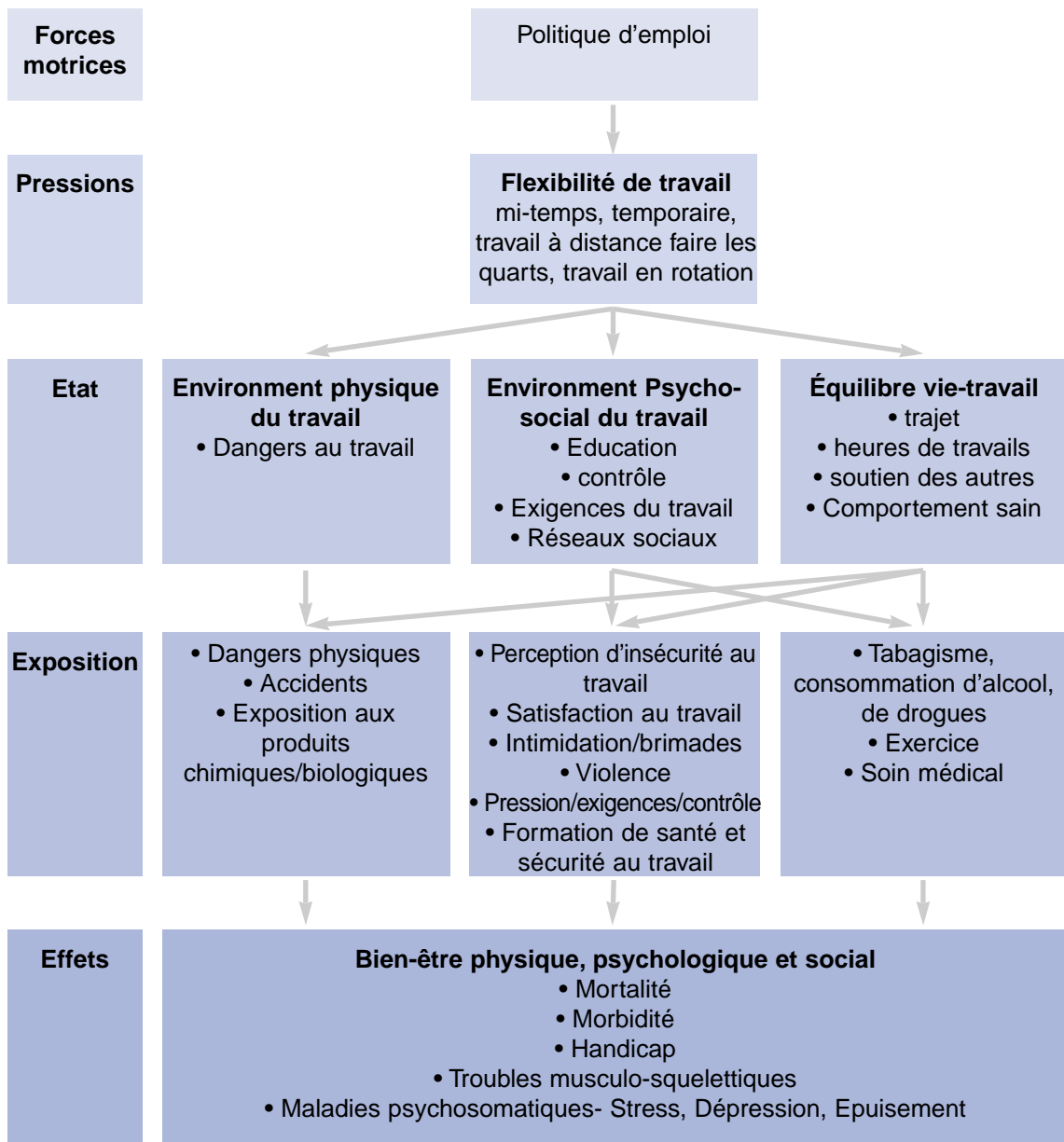
Tableau 4.3 Exemple de matrice des impacts sur la santé

Impacts potentiels sur la santé	Sens/ échelle	Probabilité
<p>Population</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Réductions du taux de croissance de la circulation et des encombrements (Taches 2, 3, 4) Réductions du taux de croissance (prévu à 1.052 en 2005) et d'emcombremnts grâce à la promotion de moyens de transports plus sains, de changements des comportements de transport, de restreindre l'accès des véhicules et de changer les mouvements de circulation. 	++	Probable
<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la qualité de l'air (Taches 1-4) Reductions des polluants générés par la circulation routière générale et par la circulation des bus (Tache 1): NO_x, PMs, CO, VOCs 	+++	Probable
<p><i>Reductions de NO_x our parvenir aux normes dela Stratégie Nationale pour la Qualité de l'Air</i> -> empêche de rendre plus sensitifs les asthmatiques, les gens souffrant de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive de réduire les risques de fonctionnement réduit des poumons et la morbidité (OMS, 2003)</p>	+++	Probable
<p><i>Reductions de la gènération du niveau minimum d' O₃ (resultant de l'oxidation photochimique du NO_x en présence de VOCs) -> de réductions des risques mortels avancés, par exemple des asthmatiques (+ 0.6% par 10 µg m⁻³ 8-heure moyenne O₃ concentration (au dessus du seuil de 100 µg m⁻³) (COMEAP, 1998).</i></p>	+++	Probable
<p><i>Réductions des PMs ->, réductions des risques mortels avancés (+ 0.75% pour une augmentation de 10 µg m⁻³ de la concentration de PM pas de seuil) (COMEAP, 1998).</i></p>	+++	Probable
<p><i>Réductions des polluants de plein air -> Prévient les dommages long terme des poumons.</i></p>	++	Probable
<p>Inégalités de santé CATCH (un Transport Accessible et Propre pour laSanté de la Communauté) contribuera à la réduction des inégalités de santé rencontrées dans les domaines de la pollution de l'air générée par la circulation routière. Les groupes les plus vulnérables à une pauvre qualité de l'air : Les enfants, les femmes enceinte, les personnes souffrant de maladies cardiaques ou respiratoires, les personnes âgées, les personnes qui réagissent (les personnes qui sont susceptibles d'avoir une allergie aux polluants)</p>	++	Probable

Une analyse au niveau de la population et des sous-groupes de populations devrait être incluse pour prendre en compte les conséquences des inégalités de santé. Pour y parvenir, il faut établir tout d'abord l'expérience de la santé qu'ont les sous-groupes de population en question par rapport à la moyenne de la population. Les facteurs locaux (déterminants de santé) qui affectent les différents états de santé de chaque sous-groupe de population doit également être compris. Finalement les effets de la politique sur ces déterminants doivent être pris en compte.

Les réseaux de causalité représentent aussi une manière virtuelle de décrire les relations multi-causales des effets de la santé. Ceux-ci sont plus complexes que les analyses traditionnelles donnant à une cause un aboutissement. Chaque lien entre deux causes ou entre des causes et un aboutissement de santé peut être caractérisé par une fonction. La combinaison de ces fonctions peuvent résulter en un modèle mathématique. Cependant, il n'est pas toujours possible de mesurer exactement le modèle dans sa totalité.

Schéma 4.2 Exemple de réseau causal de formes flexibles d'emploi



L'analyse d'impact comprend normalement plusieurs étapes. Par exemple les données qualitatives venant des parties intéressées et des informateurs-clé doit être analysée de manière à identifier les preuves avant de pouvoir les incorporer aux preuves d'autres sources de données. Le projet pilote de l'EPHI au Royaume-Uni a utilisé l'analyse de contenu - l'identification et l'analyse systématique de mots-clé d'expressions et de thèmes dans des documents, des transcriptions, des notes prises sur le terrain et des enregistrements.

Des scénarios peuvent être utilisés pour faire des prévisions sur les changements

possibles dans l'avenir dans la santé qui résulteraient de la politique proposée. Normalement, plusieurs scénarios peuvent être construits qui peuvent être utilisés pour comparer les impacts potentiels sur la santé causés par différents choix de mise en place de politiques. 2 scénarios au minimum doivent être envisagés; un scénario de base qui décrit les conditions de santé à un moment précis dans l'avenir si la politique n'est pas mise en place, et un second scénario qui assume la mise en place de la politique dans sa totalité. D'autres scénarios contenant un choix d'alternatives à cette politique peuvent également être développés.

Les scénarios peuvent être appliqués à des modèles quantitatifs identifiés lors du recueil de données. Le modelage fournira une estimation de la magnitude et du sens des impacts potentiels sur la santé. L'utilisation de différents scénarios permet d'estimer les effets de différents choix de politiques.

Encart 4.7 Mesurer les impacts sur la santé: un exemple de l'évaluation de la Stratégie Européenne de l'Emploi en Allemagne

Les scénarios ont été développés et le modelage mathématique utilisé pour prédire la magnitude des impacts potentiels sur la santé de contrats d'emploi à durée déterminée. Un ratio de probabilités communiqué dans des travaux écrits a été appliqué à la situation actuelle en Allemagne et à 3 scénarios projetés dans l'avenir. Les scénarios consistaient d'un mouvement dans l'emploi de 5, 10 et 15% de contrats permanents à un contrat à durée déterminée. Le modelage montrait que le mouvement vers un plus grand nombre de gens ayant un contrat à durée déterminée pourrait mener à un appauvrissement de la santé pour quatre cent mille personnes de plus par an.

Tableau 4.4 Changements sur les conditions de santé vérifiées causés par le passage de contrats permanents à plein temps à des contrats de durée déterminée à plein temps en Allemagne.

Passage de contrats permanents à contrats à durée déterminée	Nombre de travailleurs permanent qui se déclarent en mauvaise santé (millions)	Nombres de travailleurs sous contrat à durée déterminée qui se déclarent en mauvaise santé (millions)	Cas pouvant être attribués au changement vers un contrat à durée déterminée. (millions)
Baseline	5,6	1,1	0
5%	5,3	1,5	0,1 (99% CI 0.04 -0.22)
10%	5,0	1,9	0,2 (99% CI 0.07-0.44)
15%	4,7	2,3	0,4 (99% CI 0.11-0.66)

Etablir la priorité des impacts

Etablir la priorité des impacts implique de déterminer les impacts potentiels sur la santé les plus importants. Ceci peut se faire en leur attribuant un rang. Les critères qui suivent peuvent être utilisés pour assigner un rang aux impacts:

- La solidité des preuves – prend en compte les sources/types de données – par exemple, s'il existe une convergence des preuves venant de différentes, haute priorité.
- Probabilité de l'impact - par exemple, s'il est très probable, haute priorité
- L'échelle des impacts sur la santé - par exemple, plus la population affectée est importante, ou plus l'effet est fort, haute priorité (partie en grise dans le tableau)

Sévérité/population proportion affectée	Haute	Moyenne	Faible
Mort	---- ou ++++	--- ou +++	-- ou ++
Maladie/Blessures	--- ou +++	-- ou ++	- ou +
Bien-être	-- ou ++	- ou +	négligeable

- Contribution à la réduction/l'augmentation des inégalités de santé - par exemple si les inégalités sont renforcées, haute priorité
- Est-ce approprié aux priorités et cibles actuelles de santé?

Il faut souligner le fait que des preuves qualitatives “solides” sont aussi importantes que des preuves quantitative “solides”. Les informateurs-clé et les parties intéressées peuvent être impliqués dans l’assignement des priorités en utilisant par exemple les approches de consensus du encart 4.6.

En l’absence de preuves probantes, c’est à dire où un lien causal entre les déterminants de santé et les conséquences sur la santé n’a pas été complètement prouvé, mais où il y a un large consensus, toute action ciblant les effets potentiellement nocifs ne doit pas être repoussée.

Développement des recommandations

Etablir des priorités permet de développer des recommandations pour les impacts ayant une priorité élevée. Les recommandations proposent des alternatives ou des actions supplémentaires à la politique de façon à améliorer la santé au maximum et de mitiger les effets adverses sur la santé. Ces recommandations doivent être pratiques, réalisables, et dans la mesure du possible, une base de preuve montrant son efficacité devrait être créée. Il se peut qu’il ne soit pas nécessaire de développer des recommandations pour tous les impacts qui auront été identifiés.

Le développement des recommandations est aussi important que l’identification des impacts, et des ressources appropriées devraient y être allouées. Il faut noter que les impacts ne sont pas nécessairement réversibles, c’est à dire que le retrait de l’impact ne produira pas forcément un effet positive sur la santé; De nombreux exemples tirés de revues systématiques sur les conséquences d’amélioration du logement sur la santé le montrent. (Thomson et al, 2002).

Il serait peut être approprié de présenter différentes options, tel que le montre l’exemple donné dans encart 4.8:

Encart 4.8 Exemple d’alternatives pour les recommandations

Reduire les effets nocifs de la pollution venant de la circulation routière sur la santé:

- Réduire la circulation – introduire des zones où la circulation est limitée
- Réduire les émissions des véhicules routiers – promouvoir les véhicules hybrides et électriques
- Augmenter les modes de transports plus sains – marche à pied et vélo
- Développer des systèmes locaux d’alerte de la pollution de l’air

Processus d’évaluation

Le processus d’évaluation a pour but d’identifier les leçons à tirer du processus d’HIA de manière à aider les HIA qui suivront. Idéalement, un plan d’évaluation doit être approuvé dès le début de l’HIA. Encart 4.9 montre l’exemple d’un outil d’évaluation qui a été appliqué à la méthodologie de l’EPHIA base sur son utilisation dans cinq projets pilotes.

Encart 4.9 Outil d’évaluation du processus d’HIA

Critères d’évaluation - définitions et questions

Critère de performance: résultats prévus (tels qu’ils sont décrits dans les termes de référence de l’HIA) comparés aux résultats réels.

Dans quelle mesure l’apport était conforme à ce qui avait été prévu au départ? Pourquoi?
Dans quelle mesure les résultats prévus ont-ils été atteints? Pourquoi?

Critère d’efficacité: les coûts (finances, temps, humains) associés aux apports et résultats réels
L’HIA a pris combien de temps et le temps de quels individus (pas seulement les évaluateurs)? Quels sont les coûts associés au projet (salaires, déplacements, dépenses etc)?

Critère d’équité: mettre l’accent sur la réduction des inégalités de santé.
Les groupes vulnérables ou leurs représentants ont ils participé à l’HIA? Les données routinières sur les groupes vulnérables étaient-elles disponibles et accessibles? Les impacts ont-ils identifié la distribution différentielle pour les différents groupes de population et pas seulement les impacts sur les groupes vulnérables? Les recommandations comprenaient-elles des actions qui s’attaquent à la distribution différentielle des impacts?

4.4 Rapport sur les impacts sur la santé et les options de politiques

Une fois que l'évaluation est terminée, que les impacts ont été identifiés et les recommandations pour la révision de la politique développées, un premier jet du rapport décrivant le processus, ses conclusions et les options de révisions de la politique doit être soumis au comité directeur ou à la personne ou l'organisme qui a commissionné l'HIA, et aux parties intéressés et informateurs-clé qui ont participé à l'HIA. A ce stade, une lecture critique indépendante du deuxième jet devrait être faite, par exemple la rigueur des méthodes utilisées, y a-t'il eu accord sur les impacts identifiés et les recommandations définies. La version finale devrait ensuite être soumise au décideurs de la politique de façon à négocier les amendements à la politique.

Cette étape est très importante puisqu'elle représente le mécanisme par lequel les recommandations sont soumises et négociées. La présentation et le ton du rapport sont très importants tout autant que l'engagement des partisans de la politique. Le contexte politique et le contexte de la politique doivent être pris en compte ainsi que les dynamiques de groupes et leurs valeurs. La nature itérative des négociations doit être incluse dans le processus général de l'HIA.

4.5 Suivi

Le suivi fait référence au suivi de la politique et des actions de l'HIA qui ont été convenues.

4.6 Impact et résultat de l'évaluation

Enfin, en plus du processus d'évaluation de l'EPHIA, les résultats potentiels de l'évaluation terminée devraient aussi être évalués et suivis. Ceci comprend :

- Évaluation des impacts – l'influence qu'a l'évaluation sur la prise de décision (encart 4.10),
- Évaluation des résultats – évaluer les résultats prévus.

Cette dernière est difficile à réaliser à cause de la complexité et de la multi-causalité des tangeantes, cependant le suivi des programmes peut être conçu de façon à inclure une évaluation des aboutissements de santé publique et des hypothèses et prédictions de l'HIA.

Encart 4.10 Exemple d'outil d'évaluation de l'impact

Comment l'HIA a-t-elle été employée dans le processus de développement de la politique?
Comment la proposition de politique a-t-elle été amendée suite à l'HIA?
Les recommandations ont-elles été acceptées et mises en place? Si c'est le cas, comment et quand?
Autrement pourquoi pas?
Quel étaient les impacts inintentionnels de l'HIA, s'il y en a eu? Par exemple, le partenariat, élever le profil de la santé dans un milieu hors du milieu santé?

Bibliographie

Acheson, D., (Chairman). *Independent inquiry into inequalities in health report*. London: The Stationery Office. 1998.

Black, D., Morris, J., Smith, C., Townsend, P., *Inequalities in health: report of a Research Working Group*. London: Department of Health & Social Security. 1980

Commission of the European Communities. *A Decision of the European Parliament and of The Council, adopting a programme of Community action in the field of Public Health (2003-2008)*. 23/09/02. Brussels: EC. 2002

Commission of the European Communities. *Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: The Commissions' Work Programme for 2002*, Brussels, 31/12/01.

Commission of the European Communities. *Communication from the Commission on Impact Assessment*, Brussels, 05/06/02.

Douglas, M., Conway, L., Gorman, D., Gavin, S., Hanlon, P., 'Developing principles for health impact assessment', *Journal of Public Health Medicine*, Vol. 23, 2, pp. 148-154, 2001.

European Parliament. *The Treaty of Amsterdam: Article 152*. EC. 1999.

Fehr, R., 'Environmental HIA: Evaluation of a 10-step model of HIA', *Epidemiology*, 10, pp. 618-625, 1999.

Greater London Authority. *Health Impact Assessment: A Screening Tool for the GLA*. London: GLA. 2001.

Hirschfield, A., Abrahams, D., Barnes, R., Hendley, J., Scott-Samuel, A., *Health Impact Assessment: Measuring the Effect of Public Policy on Variations in Health*. Liverpool: University of Liverpool. 2001.

Knodel, J., *The design and analysis of focus group studies: a practical approach*. In: Morgans, D (ed) *Successful Focus Groups* pp35-50, London, Sage. 1993

Lehto, J., Ritsatakis, A., *Health Impact Assessment as a tool for inter-sectoral health policy: a discussion paper for a seminar at Gothenburg, Sweden*. Brussels: ECHP, WHO. 1999.

Pennington, A., Elliot, I., den Broeder, L., Haigh, F., Mekel, O., Abrahams, D., Scott-Samuel, A., Fehr, R., Birley, M., *HIA methodology: results from a search strategy*. Unpublished. 02/10/02.

Scott-Samuel, A., Birley, M., Ardern, K., *The Merseyside Guidelines for Health Impact Assessment*, Liverpool: IMPACT. 2001 (2nd edition). www.ihia.org.uk

Thomson, H., Petticrew, M., Morrison, D., *Housing Improvement and Health Gain: A systematic review*. Glasgow: MRC Social and Public Health Sciences Unit. 2002

Whitehead, M., Dahlgren, G., 'What can we do about inequalities in health?' *The Lancet*, 338: 1059-1063.1991

EPHIA rapide

Une EPHIA peut être réalisée “rapidement”, ce qui permet à l'évaluateur de faire un rapport rapidement sur les impacts attendus sur la santé d'une politique qui a été proposée. La méthodologie de l'EPHIA fournit les bases de ces étapes. Lors d'une HIA rapide, certaines étapes de la méthodologie d'EPHIA peuvent être réalisées dans moins de détails que lors d'une HIA approfondie, ou même omises.

Une personne peut remplir toutes les tâches, cependant la coopération entre les experts de la santé et les partisans de la politique est une option qui doit être privilégiée pour sa coopération inter-secteurs. Une EPHIA rapide exige un apport d'environ 120 heures pour les évaluateurs et de 2 heures pour les informateurs-clé. A cause du temps nécessaire à contacter les informateurs-clé, attendre la réception de documents commandés etc. l'exercice dans sa totalité peut prendre jusqu'à 12 semaines au maximum.

Une fois que le **filtrage** a été utilisé pour choisir une politique pour l'HIA, la **définition du domaine d'application** suit. En même temps que l'organisation de l'HIA, la définition du domaine d'application peut comprendre la nomination d'un comité directeur qui emploie les groupes existants et/ou les parties intéressés et les informateurs-clé qui sont facilement accessibles.

Lors de la **realisation de l'évaluation**, les trois premières étapes seront moins détaillées que lors d'une HIA approfondie.

Analyses de politique: Lire la politique et les documents qui l'appuient.

Les questions qui suivent peuvent être utilisées pour analyser la politique:

- Quel est le but de la politique?
- Quelles sont les mesures les plus importantes proposées par la politique (cibles, interventions)?
- Quelles sont les parties intéressées les plus importantes?
- Quels sont les défis-clé ou les opportunités de la mise en application de la politique?
- A quels effets sur la santé causés par la politique proposée peut-on s'attendre?
- Les effets qu'aura la politique proposée, sur la santé, ont-ils été pris en compte lors du processus d'organisation?

Profil: ceci est limité aux ressources de données qui sont facilement disponibles telles que les sources Internet. Par exemple:

Les statistiques de l'UE - Eurostat:

<http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/printcatalogue/EN?catalogue=Eurostat>

Statistiques de l'Organisation de Co-opération et de Développement Economiques
Portail statistiques de l'OCDE:

http://www.oecd.org/statsportal/0,2639,en_2825_293564_1_1_1_1_1,00.html

Système informatique de statistiques de l'OMS (WHOSIS):

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

Statistiques à l'échelle nationale – Division des statistiques des Nations Unies

http://unstats.un.org/unsd/methods/inter-natlinks/sd_natstat.htm

Recueil de données qualitative and quantitative: La partie principale du recueil de données pour une EPHIA rapide consiste des recherches et analyses de travaux écrits qui met l'accent en particulier sur les lectures critiques. Les sources Internet comprennent:

PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>

Base de données de la bibliothèque de l'OMS: WHOLIS <http://www.who.int/library/database/index.en.shtml>

Bureau regional Européen de l'OMS, Health Evidence Network

<http://www.euro.who.int/HEN>

Appendice

Les informateurs-clé peuvent fournir une bonne manière d'obtenir des informations sur les impacts possibles sur la santé et ils pourraient vous mettre sur la voie de précieuses sources d'information. Les informateurs-clé sont des gens qui représentent ou qui ont une expertise des parties intéressées et des groupes affectés. Consulter les informateurs-clé peut se faire de plusieurs manières. Un questionnaire par email (comportant par exemple moins de 5 questions) est le plus rapide.

Des exemples de question peuvent inclure:

- Quels sont les effets probables des mesures de la politique sur la santé et le bien-être?
- Quelle est l'échelle probable (sévérité de l'impact sur la santé et sur la taille de la population affectée)?
- Quels groupes de populations ont plus de chance d'être affectés?
- Quels sont les impacts sur la santé les plus importants à traiter?
- Comment changeriez vous la politique pour traiter ces impacts?

Une réunion ou un entretien (téléphonique) pourrait fournir des information plus approfondies, mais peuvent prendre du temps.

Il est possible d'employer des modèles mathématiques de façon à créer des données sur l'impact quantitatif mais aucun nouveau modèle ne sera créé. Les données de l'apport devrait être trouvées à partir de sources déjà disponibles telles que les sources de données consultées lors de la creation du profil et de la recherche de travaux écrits.

Analyse d'impact: En utilisant toutes les informations recueillies, analysez les impacts attendus sur la santé. L'utilisation d'une matrice constitue une des façons de documenter les résultats. Notez que ceci s'applique également à l'établissement des priorités.

Tableau 1 Exemple de matrice d'impact sur la santé

Mesure de la politique	Décrire la politique ou la priorité telle qu'elle est inscrite dans le projet de politique						
Déterminant	Identifier le déterminant de la santé qui est affecté						
Groupe(s) affectés	Identifier les groupes ciblés par la politique et les autres groupes qui sont affectés						
Effet sur la santé	Brièvement décrire les effets sur la santé et déterminer si l'effet est positif ou négatif						
Importance de l'effet	<table><tr><td>• Solidité des preuves</td><td>• Contribution à la réduction/l'augmentation des inégalités de santé</td></tr><tr><td>• Probabilité de l'impact</td><td>• Pertinence en relation aux priorités et cibles existantes en matière de santé</td></tr><tr><td>• Sévérité et échelle des impacts sur la santé.</td><td></td></tr></table>	• Solidité des preuves	• Contribution à la réduction/l'augmentation des inégalités de santé	• Probabilité de l'impact	• Pertinence en relation aux priorités et cibles existantes en matière de santé	• Sévérité et échelle des impacts sur la santé.	
• Solidité des preuves	• Contribution à la réduction/l'augmentation des inégalités de santé						
• Probabilité de l'impact	• Pertinence en relation aux priorités et cibles existantes en matière de santé						
• Sévérité et échelle des impacts sur la santé.							
Banque de connaissance	Sur quelle source de connaissance sont bases les effets attendus sur la santé?						

Suite à l' **analyse d'impact**, préparez un premier jet du rapport d'HIA, qui présente les résultats de chaque étape, suivi par les conclusions/**recommandations**. Préparez les recommandations ou les options pour la politique. Des questions importantes se présentent:

- *Que* doit-on faire?
- *Qui* doit le faire?
- *Comment* doit-il être fait?
- *Pour quand* doit -il être fait?

Circuler aux informateurs-clé et aux parties intéressées en demandant leurs commentaires (optionel).

Préparez ensuite **le rapport final**.



International
Health
IMPACT
Assessment
Consortium



THE UNIVERSITY
of LIVERPOOL

IMPACT, University of Liverpool

ANGLETERRE

Debbie Abrahams

Andy Pennington

Alex Scott-Samuel



THE INSTITUTE OF
PUBLIC HEALTH IN IRELAND

Institute of Public Health in Ireland

IRLANDE

Cathal Doyle

Owen Metcalfe

rivm

National Institute
for Public Health and
the Environment

RIVM, National Institute for Public Health
and the Environment,

Bilthoven

PAYS-BAS

Lea den Broeder

≡ lögd

loegd, Institute of Public Health NRW

Bielefeld

ALLEMAGNE

Fiona Haigh

Odile Mekel

Rainer Fehr



Ce rapport a été produit par un contractant pour la Direction Générale de la Santé et Protection des Consommateurs et représente les opinions du contractant ou auteur. Ces opinions n'ont pas été adoptées ou en aucun cas approuvées par la Commission et ne représentent pas nécessairement l'opinion de la Commission ou de la Direction Générale de la Santé et Protection des Consommateurs. La Commission Européenne ne garantit pas l'exactitude des données délivrées par cette étude, de même qu'elle ne accepte aucune responsabilité de l'usage qui en est fait.