

Des ressources et des méthodes partagées

La santé est multidimensionnelle. Au-delà des approches, les stratégies et les interventions de la prévention se croisent et se complètent. Il existe des ressources documentaires validées et partagées. En amont, toute mesure envisagée devrait prendre en compte ses impacts sur la santé.

Prévention et promotion de la santé : de quoi parle-t-on ?

« **U**n état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité » : ainsi est définie la santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). À travers cette définition se construisent, s'opposent, se complètent depuis des années celles de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Qu'en est-il ?

La prévention, un concept en miroir de la maladie

La prévention a été définie par l'OMS en 1948 comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». Depuis, cette définition a englobé des conceptions diverses et une catégorisation d'actions préventives qui s'est, dans certains cas, confondue avec ce que d'autres sources considèrent comme relevant du champ de la promotion de la santé [6].

De manière générale, la prévention se décline selon deux nomenclatures : d'une part, en prévention primaire, secondaire, tertiaire et parfois quaternaire [38], et, d'autre part, en prévention universelle, sélective et ciblée [32]. Dans la première nomenclature, la prévention s'envisage en référence à la maladie et en fonction de facteurs de risque ou de symptômes. La prévention primaire vise à

diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, la secondaire à en diminuer la prévalence, la tertiaire à diminuer la prévalence des incapacités chroniques, récidives, complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, et la quaternaire à protéger les patients d'actes inutiles. En réaction à cette définition dont l'action relevait uniquement des professionnels du soin, Gordon [32] a proposé une définition structurée autour des populations en s'appuyant sur un calcul coût-bénéfice qui justifie ou non de cibler l'ensemble d'une population. Ainsi, la prévention est alors décrite comme universelle lorsqu'elle concerne l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, sélective lorsqu'elle s'adresse à des sous-groupes de population spécifiques (femmes, adolescents, etc.) et ciblée lorsqu'elle n'est recommandée que pour des personnes présentant un facteur de risque, une condition ou une anomalie les identifiant comme présentant un risque suffisamment élevé pour nécessiter l'intervention (par exemple la glycosurie chez les femmes enceintes). Si la nomenclature de Gordon ponctue aujourd'hui encore les nombreuses productions scientifiques et professionnelles, elle n'est pas sans défaut. Le critère central de catégorisation – le coût-bénéfice – rend la ligne de

Linda Cambon
Docteure – HDR – en santé publique, titulaire de la chaire de recherche en prévention des cancers INCa/ IReSP/EHESP, UMR 6051, Crape/Arenes, membre du HCSP

François Alla
Professeur de santé publique à l'université de Lorraine, membre du HCSP

Franck Chauvin
Professeur de santé publique au CHU de Saint-Étienne, président du HCSP



séparation des approches arbitraire, donc fragile et peu stable dans un système décisionnaire complexe. De plus, la nature des stratégies n'est pas précisée, rendant la définition des catégories peu transparente.

D'autres catégorisations de la prévention sont également utilisées, notamment une adaptation de la définition en prévention primaire, secondaire et tertiaire qui, contrairement à celle de 1957 décrite par Gordon, reconnaît l'action hors services de soins [50]. Ainsi ce qui fonde la distinction entre les différents niveaux relève à la fois de la cible populationnelle sélectionnée et du moment où cette action s'inscrit dans le *continuum* risque-pathologie (incluant les accidents et les traumatismes). La prévention primaire consiste alors en des actions sur l'ensemble d'une population (par exemple les habitants d'une ville, les femmes en âge de procréer, les adolescents, etc.) sans que soit pris en compte le statut d'exposition au risque (par exemple un programme de prévention du tabagisme). En prévention secondaire, l'action se porte sur un sous-groupe exposé au risque (par exemple les fumeurs) sans prendre en compte le développement de symptômes ou d'une pathologie associée à la consommation de tabac. Enfin la prévention tertiaire consiste en des actions déployées généralement dans un cadre clinique auprès d'individus souffrant d'une pathologie chronique. Il s'agit alors d'agir sur les facteurs de risques en lien avec une récurrence ou d'autres pathologies (par exemple un programme de promotion de l'activité physique chez des patients en cancérologie).

Vers une approche plus politique, systémique et décentrée de la maladie : la promotion de la santé

En s'appuyant sur une définition qui évoque les chartes d'Ottawa [60] et de Bangkok [61] : « *La promotion de la santé est le processus qui permet aux populations d'améliorer la maîtrise de leur santé et de ses déterminants et, par conséquent, de l'améliorer* ». Conceptuellement [60], la promotion de la santé représente donc un processus politique et social qui combine d'une part des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, et d'autre part des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique. Il s'agit d'offrir des ressources favorables à la santé ou de réduire les effets négatifs des environnements sur la santé des individus et des populations.

Concrètement, les interventions se situent alors dans et hors du système de santé et recouvrent différentes dimensions. La première est politique par l'inscription de la promotion de la santé à l'agenda des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux. La seconde est environnementale à travers une approche systémique et écologique modifiant les conditions de vie et incluant la protection des milieux naturels et des espaces construits. La troisième est communautaire et renforce la mobilisation, la participation des populations aux décisions qui concernent leur santé. La quatrième est individuelle et invite au

développement de l'information et de l'éducation pour la santé dans un objectif d'*empowerment* des personnes. Enfin, la dernière, liée au système de santé puisqu'il s'agit de favoriser un système qui, par-delà son mandat clinique et curatif, soutient les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine, fait intervenir d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental et exige une attention accrue à l'égard de la recherche et des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels.

Par cette multi dimensionnalité, il s'agit de susciter et renforcer la résilience des communautés, de développer des activités de promotion de la santé pour la communauté au sens large ou pour des populations présentant un risque accru en matière de santé, mais aussi et surtout de développer des politiques et des actions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé, inscrivant dès lors la nécessité pour les nations de favoriser la santé dans toutes les politiques. Ces déterminants sont structurels (éducation, emploi, revenu, position socio-économique, genre, etc.) et intermédiaires (conditions matérielles, comportements, facteurs biologiques et psychosociaux, etc.) [52]. Cette action sur les déterminants vise notamment à agir sur le gradient social de la santé pour réduire l'iniquité en santé [11]; elle dépasse sur ce registre de l'équité la simple intervention sur les populations les plus vulnérables, inscrivant l'action dans le concept d'universalisme proportionnée [53].

Au-delà des définitions, des pratiques qui se complètent

À l'aune de ces deux groupes de définition, là où la prévention est affaire de risques, de pathologies et de traumatismes, la promotion de la santé est un espace d'interventions centrées sur les déterminants sociaux de la santé tels que les conditions d'emploi, de logement, de cohésion sociale et l'aménagement des villes, communes et territoires. Elle réfère donc peu aux facteurs de risque. Ainsi, la vision que l'on a de la santé et de la maladie et de leurs déterminants conditionne les stratégies d'interventions, le choix des populations cibles, le type d'acteur à impliquer.

Pour autant, les stratégies opérationnelles qui déclinent ces deux concepts peuvent se recouper. Ainsi l'éducation pour la santé et l'information se situent à la fois dans le concept de promotion de la santé (par exemple action de sensibilisation des élus aux impacts des conditions d'habitat sur la santé) et dans celui de la prévention. De même, dans une acception de prévention universelle, il est tout fait imaginable de déployer des stratégies systémiques hors cadre sanitaire, pénétrant ainsi le périmètre conceptuel de la promotion de la santé. Pour accentuer encore la porosité des deux concepts, certaines définitions ont été proposées, comme celle de « prévention globale » entendue comme la gestion de la santé au travers de quatre types d'action [25] : par les risques, par les populations, par les milieux de vie et

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Remerciements :

Éric Breton,
Roger Salomon,
Zeina Mansour.

par les territoires. Ou encore existe celle de l'Institut national suédois de santé publique [26] qui a complété la nomenclature de Gordon par l'ajout d'une dimension précisant la fonction remplie par l'action de prévention, laquelle peut être environnementale (actions sur les composantes, sociales, économiques, physiques des environnements), développementale (actions d'amélioration des compétences) ou informationnelle (actions sur les connaissances). La question de l'intervention sur les déterminants y est ainsi intégrée, comme dans celle adoptée par la loi française n° 2002-303 du 4 mars 2002, qui décline des fonctions incluant une approche relative aux conditions de vie et à la réduction des inégalités sociales de santé.

Ainsi, au-delà des définitions et derrière les approches conceptuelles qui s'opposent, les stratégies qui les déclinent se croisent et se complètent, rendant floues ces frontières au sein d'une seule même logique : la convergence d'effort au bénéfice de la santé, que

cette dernière soit but ou processus, et des actions proportionnées aux besoins des citoyens... que cette proportionnalité soit liée au gradient social (dans l'universalisme proportionné) ou aux vulnérabilités quant à la maladie (dans les types de prévention). Ainsi la santé est multidimensionnelle et toute intervention doit être conçue en ayant intégré cette caractéristique majeure. Dans ce cadre, l'initiative One Health, « une seule santé », en est l'aboutissement le plus récent [64] puisqu'elle promeut une approche systémique et unifiée de la santé publique, animale et environnementale aux échelles locales, nationales et planétaire. Croisant ainsi les intérêts et la protection de toute forme de vie à la dimension éminemment territoriale dans lesquelles elles cohabitent, l'initiative One Health constitue une vision intégrative des questions de santé. Elle illustre l'interdépendance des déterminants et par conséquent la nécessité d'appréhender cette vision dans toute démarche de santé publique. ➤

Entre « données probantes » et « partage de connaissances » Quelques ressources et outils en promotion et éducation pour la santé ?

Les données probantes et le partage de connaissances comme enjeux des nouvelles stratégies nationales et régionales en santé

La stratégie nationale de santé 2018-2022 affiche dans ses objectifs l'analyse des meilleures connaissances disponibles pour appuyer les décisions et le développement de la production, de la diffusion et de l'utilisation des connaissances.

La Direction générale de la santé, dans son projet stratégique 2017-2019, ambitionne d'améliorer la disponibilité des connaissances, issues de la recherche ou de l'évaluation des pratiques, pour appuyer les décisions et les choix en matière de stratégies et d'intervention. Elle préconise la valorisation et l'accompagnement « des acteurs non institutionnels de la promotion de la santé et de la prévention » pour une mise en œuvre opérationnelle adaptée au plus près des réalités de terrain. Elle insiste enfin sur la disponibilité des résultats des interventions, des programmes et des politiques en termes d'efficacité sanitaire, sociale et économique.

Les nouveaux projets régionaux de santé des agences régionales de santé mettent eux aussi l'accent sur l'utilisation des données probantes ou prometteuses, l'étude des conditions de leur transférabilité et l'accessibilité de l'information.

Enfin, la mise en place récente des dispositifs régionaux d'appui à la prévention et à la promotion de la santé

visent à fédérer les compétences et les ressources régionales en promotion de la santé avec la production et le transfert des connaissances.

Derrière ces différents affichages institutionnels autour des données probantes, du partage et du transfert de connaissances, de l'accès à l'information, nous allons tenter de mettre en scène des ressources documentaires incontournables et protéiformes. Or parler des outils et des ressources en promotion de la santé offre une alternative : faire un inventaire de ce qui existe ou mettre en exergue les principales ressources. Pour la première option on se heurtera à un problème d'exhaustivité – les champs de la prévention, de la promotion de la santé sont vastes –, d'ordonnement – approche populationnelle, comportementale? –, et de temporalité. Nous choisirons donc la seconde option, centrée sur les données probantes, qui permettra aux acteurs de la promotion de la santé d'accroître certaines de leurs connaissances, de rebondir vers de nouvelles sources, et de se constituer un florilège de ressources incontournables...

À la recherche du terme juste...

La première étape dans toute recherche documentaire est de s'interroger sur les définitions des termes utilisés. De quoi parle-t-on ? Les glossaires et les thésaurii sont des ressources indispensables pour cerner la définition d'un concept et mettre en place une culture commune,

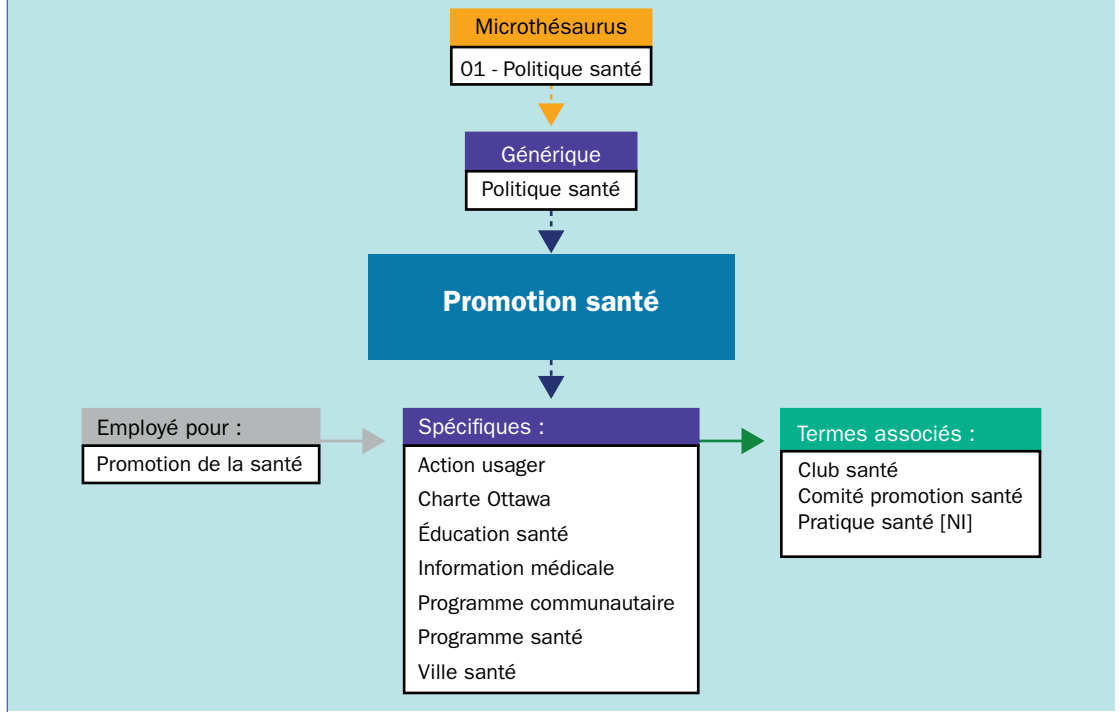
Anne Sizaret

Instance régionale
d'éducation et de
promotion de la
santé Bourgogne
Franche-Comté



figure 1

Exemple d'arborescence du terme « Promotion de la santé » dans le thésaurus BDSP



ou d'un parler commun, au sein d'un groupe de travail par exemple. On notera le glossaire de la promotion de la santé de Don Nutbeam pour l'OMS édité en 1999 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1), le glossaire des termes de santé publique internationaux de la Banque de données en santé publique (BDSP) (<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>) ou le glossaire éducation pour la santé, promotion de la santé et santé publique à destination de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (http://www.cres-paca.org/_depot_arkcms_crespaca/_depot_arko/articles/35/voir-le-document_doc.pdf).

Le thésaurus, quant à lui, est une liste normalisée et structurée de termes (descripteurs ou mots clés), indispensable pour cerner l'environnement sémantique d'un concept. Les termes sont reliés entre eux par des relations sémantiques, génériques et associatives. Combinés entre eux, ils servent à décrire un document (indexation) et à formuler une question lors de l'interrogation d'une base de données. Il existe trois thésaurus importants en santé publique : celui de la BDSP (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>), le thésaurus en éducation pour la santé édité par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/882.pdf>) et le Medical Subject Headings (MeSH) de la base de données Medline (la version francophone est accessible avec l'URL <http://mesh.inserm.fr/FrenchMesh/>).

Les « données probantes » ? Dans quelle étagère ?

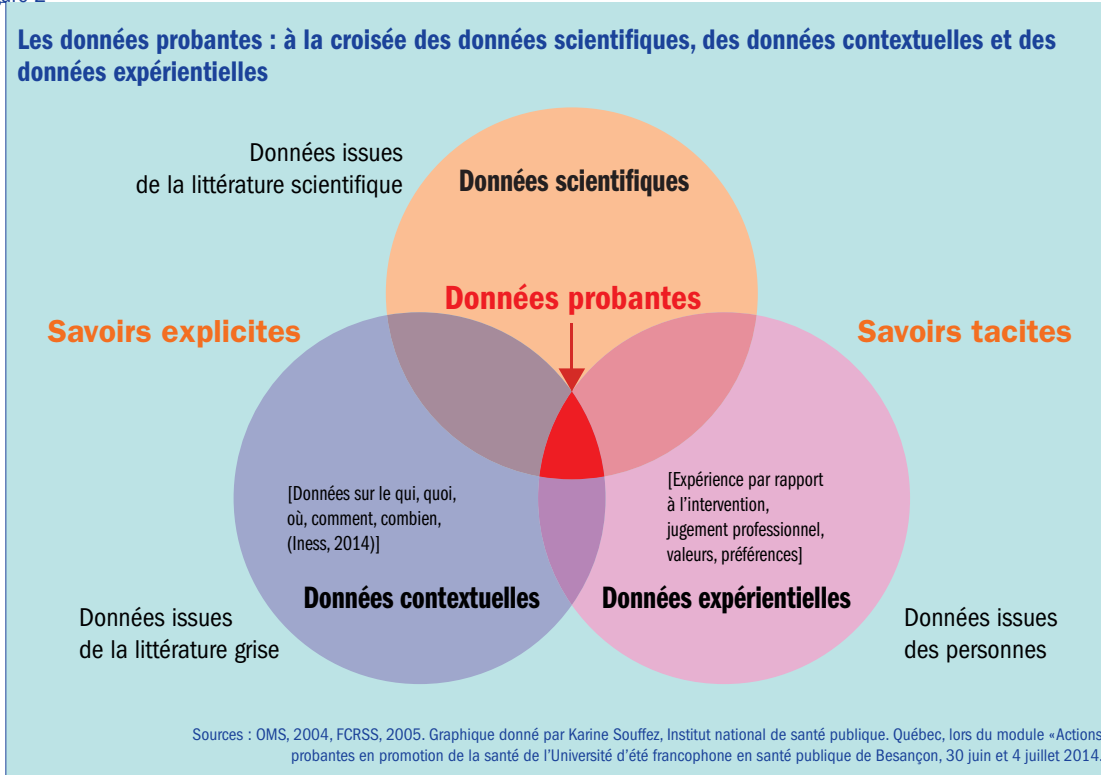
Le Centre de collaboration nationale en santé publique de Montréal définit la santé publique fondée sur des données probantes comme « le processus consistant à extraire et à disséminer les meilleures données disponibles issues de la recherche, de la pratique et de l'expérience, ainsi qu'à utiliser ces données pour éclairer et améliorer la pratique et les politiques en santé publique »¹. La recherche documentaire de données probantes se fera autour de trois grands types de ressources, pointant les savoirs contextuels, les savoirs expérientiels ou les savoirs scientifiques.

Le savoir expérientiel est le plus difficile à repérer. L'écriture en est le mode de diffusion le plus efficace : au mieux les données expérientielles ont fait l'objet d'une publication dans une revue professionnelle... qui sera peut-être indexée dans une base de données bibliographique parce qu'une documentaliste l'aura identifiée comme apport de connaissances ; au pire elles seront mentionnées dans un rapport d'activité qui tombera dans les oubliettes très rapidement.

À l'intersection de ces trois types de savoirs, les données probantes sont, dans les faits, rarement directement accessibles : le repérage de l'information est ardu et chronophage, l'accès peut être payant, en

1. « Qu'est-ce que la santé publique fondée sur des données probantes ? » Montréal : Centres de collaboration nationale en santé publique, 2011. <http://www.nccmt.ca/fr/au-sujet-du-ccnmo/eiph>

figure 2



anglais, avec une terminologie absconse. Toutes sortes de difficultés qui ankyloseront les élans documentaires du professionnel.

Et la ressource magique, c'est sur quel rayon ?

Des sites ou des portails Internet mettent à disposition, gratuitement ou non, des synthèses, les revues de la littérature ou les méta-analyses.

Des producteurs de revues systématiques

- La Cochrane Library (<http://www.cochranelibrary.com/> et <http://france.cochrane.org/>) évalue les effets des interventions en santé (en prévention, diagnostic, thérapeutique et rééducation) et les axes d'amélioration possibles.
- Le Centre national de collaboration des méthodes et outils est un organisme canadien dont la mission est de soutenir le perfectionnement des connaissances et le renforcement des capacités des professionnels de la santé publique à utiliser les meilleures données probantes qui soient dans leur pratique (<http://www.nccmt.ca/>). Il alimente les deux bases de données suivantes :
 - ◆ Health Evidence (<https://www.healthevidence.org/>), base de revues systématiques autour de l'efficacité des interventions en promotion de la santé ;
 - ◆ Public Health + (<http://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/public-health-plus>), base de données d'études et de revues de haute qualité, préévaluées et pertinentes à la santé publique.

- Le réseau des bases factuelles en santé (HEN) de l'OMS produit des synthèses des meilleures bases factuelles disponibles en réponse aux questions des décideurs politiques (<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/health-evidence-network-hen>).

Des producteurs de synthèses ou de dossiers de connaissances

- La Société française de santé publique propose des dossiers documentaires réalisés par des experts de la thématique, comportant de nombreux liens vers les textes législatifs essentiels, des rapports, des sites dédiés, ainsi que des références bibliographiques (<http://www.sfsp.fr/lire-et-ecrire/les-dossiers-documentaires>).
- Santé publique France propose des synthèses sur des interventions validées (<http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/connaissances-interventions.asp>).
- Le portail canadien des pratiques exemplaires permet aux professionnels de la santé d'accéder à des interventions efficaces et évaluées en matière de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé (<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/search-interventions>).
- L'Institut national de santé publique Québec (INSPQ) édite des publications et des synthèses de connaissances en santé publique et en promotion de la santé (<https://www.inspq.qc.ca/publications/2157>).



tableau 1

Ressources documentaires en fonction de la typologie des savoirs

Type de savoirs	Savoirs contextuels
Type de données	<ul style="list-style-type: none">● Données sur le qui, quoi, quand, où, comment, combien et pourquoi● Recommandations, documents de travail, rapports d'activité, rapports d'études ou de recherches, littérature grise¹, expertise collective, référentiels de bonnes pratiques, diagnostics locaux de santé, conférences de consensus
Exemples de sources (par ordre alphabétique de structures)	<ul style="list-style-type: none">● Agences régionales de santé : www.ars.sante.fr/● France stratégie : www.strategie.gouv.fr● Haut Conseil de la santé publique : www.hcsp.fr/● Haute Autorité de santé www.has-sante.fr● Inserm, expertises collectives : www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives● Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) : www.fnes.fr/les-membres-de-la-fnes-les-ireps● Institut Renaudot, <i>Les Cahiers de l'institut</i> : www.institut-renaudot.fr● Observatoires régionaux de la santé : www.fnors.org/Inter/Coordonnees.html● Organisation mondiale de la santé : www.who.int● Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr/● Société française de santé publique : www.sfsp.fr/● Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé : www.iuhpe.org/

1. La littérature grise, terme générique, désigne les documents produits par l'administration, l'industrie, l'enseignement supérieur et la recherche, les services, les ONG, les associations, etc., qui n'entrent pas dans les circuits habituels d'édition et de distribution. Il s'agit surtout de rapports, travaux non publiés (*working papers*), thèses, conférences, présentations, mémoires, etc. Imprimés ou en format numérique, ces documents

- RESO, le service universitaire de promotion de la santé de l'université de Louvain, en Belgique, réalise des synthèses des connaissances sur des thématiques d'actualité en promotion de la santé (<https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso/revues-de-litterature.html>)

Des bases de données bibliographiques pour repérer des données expérientielles issues de la littérature professionnelle ou de la littérature grise

- La Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes) dresse l'inventaire des bases de données des Ireps (<http://www.fnes.fr/ressources-documentaires>) dans lesquelles sont indexées des ressources et des productions écrites locales.
- La base de données Bib-Bop (<http://www.bib-bop.org>) est alimentée par un réseau de sept Ireps et propose près de 20 000 références avec un lien vers le texte intégral, le cas échéant.
- La BDSP, Banque de données en santé publique, est alimentée par une quarantaine de contributeurs (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>). On y trouve plus de 500 000 références indexées (dont 20 % sont accessibles en ligne).

- LiSSa, Littérature scientifique en santé (<https://www.lissa.fr/>), est la petite dernière. Cette base de données, riche tout de même de 800 000 références, a pour objectif de donner plus de visibilité et d'accessibilité à la littérature scientifique en langue française. Elle est produite par l'équipe du CISMef du CHU de Rouen, qui œuvre depuis 1995 à la mise en place d'un catalogue et index des sites médicaux de langue française.

Il ne suffit pas d'avoir une bonne ressource entre les mains, encore faut-il savoir la partager

C'est là qu'intervient l'idée de transfert et de partage des connaissances que l'Institut national de santé publique Québec définit comme « un ensemble d'activités et de mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation de connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion de la santé » [47]. Le Centre de recherche sur la communication et la santé de l'université du Québec, ComSanté, ajoute que « dans le domaine sociosanitaire, le transfert des connaissances correspond à une démarche systémique, articulée et structurée autour des données probantes,

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

Savoirs expérientiels

- Données sur le savoir-faire
- Articles et revues professionnels, blogs, récits d'action, bases d'action, rapports d'activités de promoteurs, littérature grise¹...

Des revues professionnelles

- *Actualité et dossier en santé publique* (Haut Conseil de la santé publique) : www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp
- *Horizon pluriel* (Ireps Bretagne) : irepsbretagne.fr/spip.php?article7
- *Interaction santé* (Ireps Auvergne Rhône-Alpes) : ireps-ara.org/actualite/actu.asp?action=actu_pge&idz=16&id=7
- *Priorités santé* (Cres Paca) : www.cres-paca.org/r/29/priorites-sante/
- *Santé en action* (Santé publique France) : inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/
- *Éducation santé* (Alliance nationale des mutualités chrétiennes - Belgique) : educationsante.be/

Des sites ou des bases d'actions

- Caisse des dépôts au service des territoires : www.caissedesdepotsdesterritoires.fr
- Inspir'Actions, Fabrique territoires santé : www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/inspir_actions
- OSCARS (Observation et suivi cartographique des actions régionales de santé) : www.oscarsante.org/
- Observatoire régional de l'innovation en santé : www.oris-aquitaine.org/

Savoirs scientifiques

- Articles publiés dans des revues à comité de lecture
- Ouvrages
- Revues de la littérature
- Méta-analyses
- *Global Health Promotion* (IUHPES) : journals.sagepub.com/home/PED
- *Revue d'épidémiologie et de santé publique* : www.em-consulte.com/revue/RESPE/presentation/revue-d-epidemiologie-et-de-sante-publique
- *Santé publique* (Société française de santé publique) : www.sfsp.fr/

sont souvent difficiles à identifier et à acquérir. Schöpfel J. Littérature « grise » à l'ombre de la lumière. L'association des professionnels de l'information et de la documentation (ADBS). *I2D. Informations, données & documents*, 2015, 1 : p. 29.

pour générer des changements de pratiques, de compétences ou de comportements ».

Même si le partage de connaissances n'est pas un phénomène nouveau, des modes de diffusion et d'essaimage originaux, esthétiques, pédagogiques et issus de milieux autres que celui de la santé émergent et facilitent la circulation et l'appropriation de l'information pour l'amener sur le terrain de la connaissance. Parmi les modes de transmission des connaissances les plus remarquables du moment, on peut noter la production écrite et dessinée de Léa Mazé et de Pierre Nocerino sur l'accueil des personnes âgées en institution [55], les capsules vidéo de l'INSPQ déconstruisant les mythes sur la santé sexuelle des jeunes à partir des données de l'étude Pixel (<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/pixel/sante-sexuelle-jeunes-adultes/videos>), les infographies comme celle de Santé publique France sur l'état de la santé de la population en France [72]. Diane Berthelette détaille les effets résultant directement ou indirectement de la production et de la diffusion des nouvelles connaissances par les chercheurs [8]. Internet met à disposition de nombreux outils gratuits et intuitifs et quelques référentiels,

pour réaliser de tels supports et des présentations d'information.

Toutes ces ressources numériques ne sauraient dispenser le professionnel du recours à l'expertise des documentalistes. Les centres de documentation des instances régionales d'éducation et promotion de la santé (Ireps), des observatoires régionaux de santé (ORS) et des agences régionales de santé (ARS) sont de précieuses ressources alliant fonds scientifique et technique, national et international, productions régionales originales et repérées sans doute nulle part ailleurs, documents d'information grand public, et outils d'intervention en promotion de la santé pour les Ireps. Les documentalistes vont accompagner le professionnel dans la construction de son projet ou de son intervention en lui fournissant des ressources valides, fiables et pertinentes. De plus en plus, leurs missions ne sont plus « *seulement de traiter l'information (encore qu'il faille maîtriser bien des techniques et du savoir-faire pour accéder à ces morceaux de savoir disséminés), mais aussi, et surtout de faciliter pour le public l'appropriation de ces éléments multifformes, porteurs potentiels de savoirs, pour qu'ils deviennent pour lui connaissance* » [12].



Évaluer l'impact sur la santé des différentes mesures et décisions publiques

Jean Simos
Responsable de
la Division santé
environnementale
et promotion de
la santé, Institut
de santé globale,
faculté de médecine,
université de Genève

Les initiateurs de la Charte d'Ottawa, qui a fondé la promotion de la santé en 1986, ambitionnaient de créer une « nouvelle santé publique ». Il s'agissait d'un véritable changement de paradigme, qu'on peut décrire, de manière certes anachronique, par le basculement de la *pathogénèse*, centrée sur les maladies, à la *salutogénèse*, concept inventé par Antonowski à la fin des années 1990. Ce concept exprimait mieux la définition positive de la santé posée en 1946 par la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et était centré sur les déterminants de la santé, notion introduite en 1976 déjà par le rapport Lalonde sur la santé des Canadiens.

Les politiques publiques saines

Comme le montre avec précision et sans ambivalence le logo de la conférence d'Ottawa, la Charte du même nom a défini trois stratégies (conférer les moyens, servir de médiateur, promouvoir l'idée) et cinq champs d'action prioritaires (réorienter les services de santé, créer des milieux favorables, développer les aptitudes personnelles, renforcer l'action communautaire et construire des politiques publiques saines) pour la promotion de la santé. Si les quatre autres champs d'action sont représentés dans le logo sous forme d'ailerons qui créent une dynamique, celui des politiques publiques saines est désigné par un grand cercle rouge extérieur, « qui tient ensemble tous les autres éléments » (et qui n'est transpercé que par l'action communautaire, qui fait évoluer les politiques publiques). Il s'agit donc d'un domaine particulièrement important et essentiel pour une promotion de la santé couronnée de succès.

Que nous dit la Charte d'Ottawa dans le chapitre correspondant ? En tout premier lieu : « La promotion de la santé va bien au-delà des simples soins de santé. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs et à tous les niveaux, en les incitant à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé et en les amenant à admettre leur responsabilité à cet égard. »

Comment donc inciter les décideurs à prendre conscience des conséquences de leurs décisions sur la santé, d'autant plus que la grande majorité de ces décisions n'ont, en apparence et d'un point de vue formel, rien à voir avec la santé ? C'est sur ce point précis que la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) trouve son origine.

Définition et buts

Les fondements du concept d'EIS (Health Impact Assessment ou HIA, en anglais) renvoient à la définition

de la santé et à l'approche par les déterminants de la santé. L'état de santé des individus et des populations est largement le résultat de l'environnement social, culturel et physique dans lesquels ils ou elles vivent. Des facteurs comme l'état de notre environnement, l'accès aux ressources nécessaires pour satisfaire les besoins fondamentaux, l'exposition aux risques et la capacité d'y faire face, le revenu et le niveau d'éducation, le réseau social et les relations avec les amis, la famille et les voisins ont tous un impact considérable sur la santé et le bien-être. Ces facteurs constituent les déterminants de la santé. Ainsi, agir en faveur de la santé n'est pas seulement chercher à guérir, ou même à prévenir une maladie, mais c'est intervenir autant que faire se peut sur tout ce qui la « détermine » [77].

Les évaluations d'impact sur la santé, apparues à la fin de la dernière décennie du XX^e siècle, cherchent à identifier comment les différentes actions de développement d'une société, notamment ses différentes politiques publiques, induisent des changements, la plupart du temps non intentionnels, sur les déterminants de la santé et quels sont les changements potentiels sur l'état sanitaire des populations qui en résultent. Elles fournissent une base pour s'atteler de manière proactive à tout risque associé à des dangers pour la santé [40].

L'évaluation d'impact sur la santé est définie comme « une combinaison de procédures, méthodes et outils par laquelle une politique, un programme ou un projet peuvent être jugés selon leurs effets potentiels sur la santé de la population (directs ou indirects, positifs ou négatifs) et la distribution de ces effets au sein de cette population » [62]. Il est usuel d'ajouter, à l'instar de l'International Association for Impact Assessment en 2006, la phrase suivante à cette définition : « L'évaluation d'impact sur la santé identifie les mesures appropriées, aptes à gérer ces effets ». En effet, il ne s'agit pas de simplement effectuer une évaluation mais aussi d'émettre des recommandations en vue de la prise de décision. Enfin, une confusion existe toujours en France, mais aussi ailleurs, entre évaluation d'impact sur la santé et étude d'impact sanitaire [76].

Les buts de l'évaluation d'impact sur la santé sont [40] :

- identifier les impacts potentiels, négatifs et/ou positifs, d'une décision concernant une politique, un programme ou un projet,
- améliorer la qualité des décisions politiques au travers de recommandations visant à accroître les impacts positifs et à minimiser les impacts négatifs

Les références entre
crochets renvoient
à la Bibliographie
générale p. 56.

afin de faire introduire dans le processus de décision la prise en considération de la protection et de la promotion de la santé.

Méthodologie

La méthodologie des évaluations d'impact sur la santé est directement inspirée de celle de l'étude d'impact sur l'environnement. Le processus est structuré en plusieurs étapes (figure 1) et cherche à associer l'ensemble des parties prenantes en favorisant autant que possible la participation de la population concernée par le projet.

- La sélection (*screening*), ou dépistage ou tri préliminaire, permet, à travers de critères et d'outils divers, de définir si une politique, un programme ou un projet doit faire l'objet d'une EIS. Elle revient à examiner les liens potentiels qui peuvent exister entre les objets sélectionnés et la santé. Il s'agit également de vérifier quels différents aspects de la santé pourraient être affectés par une mesure donnée.

- Le cadrage, analyse sommaire (*scoping*) ou délimitation et définition de l'étude, détermine la portée et établit les termes de référence de l'évaluation d'impact sur la santé (le type d'évaluation à réaliser, le comment et le pourquoi). Il permet ainsi d'établir les frontières de l'EIS, de convenir de la façon dont l'évaluation devra être menée, d'attribuer des responsabilités et de convenir de la manière de surveiller et d'évaluer le processus d'EIS et ses résultats sur la santé.

- L'analyse ou appréciation des effets (*appraisal*), examine le potentiel de l'objet évalué à affecter positivement ou négativement la santé. Elle consiste à apprécier les impacts potentiels des objets sur la santé de la population et leur répartition.

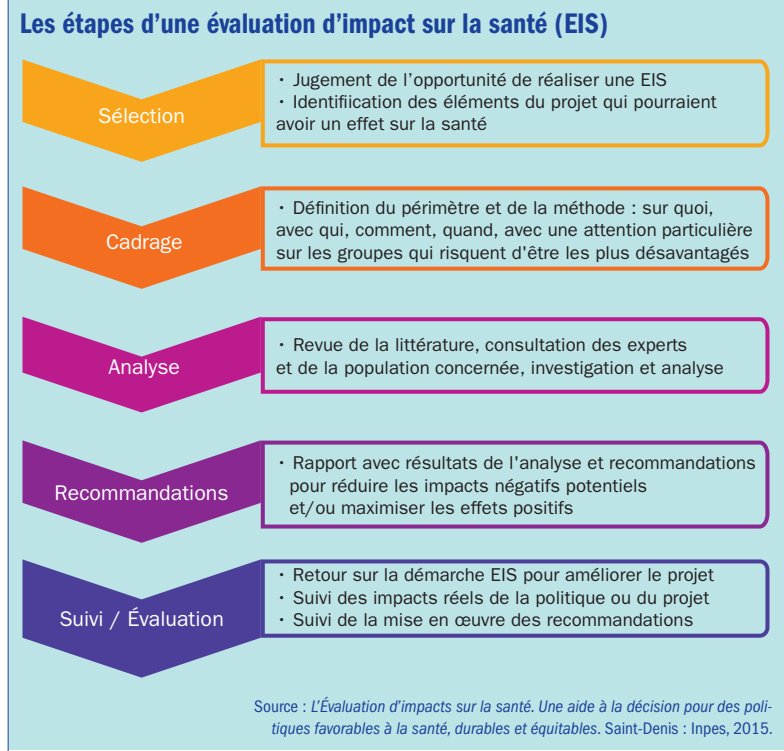
- Le rapport expose les résultats de l'évaluation et rassemble les données probantes et contient les recommandations qui devraient minimiser les impacts négatifs et maximiser les impacts positifs sur la santé de la décision à prendre.

- Le suivi de la mise en œuvre (*monitoring*) des changements proposés et la post-évaluation, consiste à vérifier les résultats de la mise en œuvre des recommandations formulées et à évaluer *a posteriori* le processus réel de l'évaluation d'impact sur la santé.

Comme pour toute évaluation, un modèle logique identifie les cheminements les plus pertinents de la cascade des conséquences en examinant comment certains déterminants de la santé peuvent être affectés par un projet de décision portant sur une politique, un programme ou un projet. Ces cheminements peuvent être directs (par exemple nombre de personnes supplémentaires qui vont souffrir de troubles respiratoires en cas de pic de pollution de l'air) ou indirects (par exemple densité du trafic qui empêche le recours à la marche à pied ou au vélo et qui augmente ainsi la sédentarité).

L'étape du cadrage, où les termes de référence de l'évaluation d'impact sur la santé sont posés, est cruciale. C'est, en principe, lors de cette étape que seront

figure 1



identifiées les techniques d'évaluation à utiliser par la suite :

- collecte et analyse de données appropriées produites par les sources officielles,
- interviews de personnes clés quant à l'information pertinente,
- conduite de discussions en *focus-group* avec les parties prenantes (*stakeholders*) et autres approches participatives,
- mesures directes menées dans les différents domaines (biophysique, social, etc.),
- analyse cartographique en utilisant des systèmes d'information géographique,
- revue de la littérature scientifique et « grise » pour extraire les données pertinentes.

Les recommandations doivent être techniquement fiables, socialement acceptables et économiquement faisables.

La typologie des évaluations d'impact sur la santé varie sur un spectre qui va des EIS approfondies (*comprehensive HIA*) aux EIS ultrarapides (*desktop HIA*), en passant par les EIS intermédiaires et les EIS rapides (*rapid HIA*). Le choix du type d'évaluation d'impact sur la santé à conduire dépend essentiellement du calendrier du projet à évaluer et du temps imparti pour la mettre en œuvre, ainsi que des ressources et données disponibles et du niveau de consultation souhaité.

Toutefois, il est important de comprendre que l'évaluation d'impact sur la santé ne consiste pas en une



Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective

méthodologie figée, mais constitue plutôt un processus flexible et créatif qui utilise différents outils provenant des disciplines médicales (épidémiologie), sociales, économiques et environnementales, dans une perspective interdisciplinaire et multisectorielle [40].

Dans le processus d'évaluation des politiques publiques, l'EIS intervient de manière proactive dans un stade précoce, avant que la programmation et la mise en œuvre ne soient décidées

Utilité et utilisation des évaluations d'impact sur la santé en France

L'évaluation d'impact sur la santé sert principalement :

- comme outil d'aide à la décision (surtout des « décisions à externalités sanitaires ») : possibilité de minimiser les impacts négatifs et de renforcer les effets positifs sur la santé avant que le processus décisionnel ne soit terminé,

- à mieux informer les décideurs et planificateurs,
- à améliorer la transparence du processus décisionnel vis-à-vis du public,
- à lutter contre les inégalités en matière de santé : ce sont souvent les groupes désavantagés ou marginalisés qui font les frais des effets négatifs sur la santé [78].

Elle peut aussi remplir d'autres fonctions d'une utilité certaine pour la santé de la population :

- identifier les impacts du projet de décision sur les inégalités en matière de santé,
- attirer l'attention sur l'état sanitaire des groupes vulnérables,
- renforcer l'action intersectorielle pour la santé,
- traiter les répercussions des effets sanitaires attendus sur le développement durable,
- réduire la charge sur les services de santé,
- inciter les services hors du champ sanitaire à tenir compte des effets de leurs actions sur les déterminants de la santé.

Malgré l'existence de ces multiples éléments de typologie, chez bien des professionnels persiste une grande confusion quant à ce qui est ou ce qui n'est pas une évaluation d'impact sur la santé. Pour opérer de manière univoque cette distinction, on peut se référer à la liste suivante de critères :

- l'évaluation d'impact sur la santé est menée en vue de contribuer à un processus de prise de décision et il est prévu qu'elle soit conclue et communiquée avant que la décision ne soit prise ;
- elle suit le processus systématique qui inclut les différentes étapes définies pour une EIS (voir plus haut) ;
- elle définit la portée des effets sur la santé à travers une prise en compte systématique de tous les facteurs associés au projet de décision évalué et qui peuvent potentiellement affecter la santé. Elle focalise l'analyse aux effets qui sont estimés comme les plus importants pour la santé ;

- elle décrit avec un minimum d'informations l'état de santé des populations qui seront affectées par le projet de décision ;

- elle caractérise les effets sur la santé selon leurs nature, sens, intensité, distribution, durée et probabilités d'apparition ;

- elle utilise les meilleures données probantes (*evidence base*) existantes pour analyser les effets sur la santé et leur distribution ;

- elle sollicite et réagit aux intrants (*inputs*) fournis par les parties prenantes (*stakeholders*) tout au long des différentes étapes du processus – et cela de manière transparente ;

- elle recommande, dans le contexte du projet de décision, des actions à entreprendre pour protéger et promouvoir la santé et réduire les inégalités de santé.

La pratique de l'évaluation d'impact sur la santé a été plus tardive en France que dans les pays anglo-saxons, voire certains pays francophones (Québec, Suisse). Néanmoins, elle connaît une progression très rapide depuis 2011 et la première EIS, réalisée à Rennes, suscite un intérêt croissant, essentiellement à l'échelon régional et local, notamment en ce qui concerne les projets d'aménagement urbain. Elle a eu droit de cité dans la plupart des plans régionaux santé et environnement (PRSE) et l'annexe relative aux transports du troisième Plan national santé et environnement (PNSE3) a conduit l'administration centrale à saisir le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) afin de proposer des mesures concernant la prise en compte des évaluations d'impacts sur la santé dans les documents de planification territoriale [16].

Conclusion et perspectives

Le rapport que le HCSP a rendu aux ministères commanditaires au printemps 2018 souligne le potentiel non encore exploité des évaluations d'impact sur la santé et émet une série de recommandations, aussi bien structurelles que stratégiques et opérationnelles. Parmi elles soulignons notamment celle de la mise sur pied d'un Centre national de ressources, en charge de mener le plaidoyer, à travers le pays et à tous les échelons, pour la prise en compte des impacts sur la santé. Au-delà de la seule planification territoriale, il devrait « œuvrer pour les engagements internationaux d'aller vers "la santé dans toutes les politiques" (SdTP) et son intégration dans l'Agenda 2030 » [16]. En effet, le concept de SdTP (HiAP, Health in All Policies) est la version contemporaine de celui de politiques publiques saines, de la Charte d'Ottawa.

Mises en consultation publique fin 2017 sous forme d'un rapport provisoire, les recommandations du HCSP ont, dans leur immense majorité, reçu un accueil très favorable. Il reste maintenant à les intégrer officiellement dans l'action publique et à les mettre en œuvre par les acteurs qui, surtout aux niveaux national et régional, ont la responsabilité collective de la promotion de la santé. ➤