

Les outils pour améliorer les **politiques de santé publique** fondées sur des **preuves avérées**: les rôles potentiels de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision et des techniques de prévision

Par **Karen Lock**, Clinical Research Fellow, European Center of Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Science • karen.lock@lshtm.ac.uk
Traduit de l'anglais

Le concept de santé publique fondée sur des preuves avérées a longtemps représenté une approche théorique liant la recherche à la définition des politiques. Cette approche a privilégié des procédés qui garantissaient la mise à jour de preuves scientifiques de qualité et étoffées plutôt que de se préoccuper des besoins des décideurs destinataires de cette information (Ham, 2005).

Ainsi, au XX^e siècle, les recherches en épidémiologie ont joué un rôle important dans l'élaboration de politiques pour améliorer la santé publique, notamment pour comprendre le rôle de la consommation de tabac dans le développement du cancer du poumon. À la fin du XX^e siècle pourtant, c'est à l'origine moléculaire et génétique des maladies qu'on accorda plus d'attention. Les conséquences de ce changement sont majeures parce que les sciences moléculaire et génétique se concentrent sur les aspects techniques au détriment d'une vision sociale et environnementale de la santé publique.

Les coûts de la recherche en santé publique ayant également considérablement augmenté, la Banque mondiale a, par exemple, recensé les interventions rentables, dont la vaccination des enfants et les programmes pour réduire le tabagisme et la consommation d'alcool (World Development Report, 2003). Bien qu'il importe aux décideurs que les ressources soient utili-

sées de façon efficace, l'intérêt grandissant de la Banque mondiale et d'autres organisations responsables de la préparation des politiques (par exemple le National Institute for Health and Clinical Excellence¹ au Royaume-Uni) pour les approches économiques résume la santé publique à une série d'interventions spécifiques qui peuvent être potentiellement appliquées à l'échelle mondiale. Clairement déconnectée du contexte socioéconomique dans lequel naissent nombre de problèmes de santé publique, cette compréhension contraste avec la nature contextuelle de plusieurs politiques sociales qui ont eu des impacts historiques sur la santé de la population, comme la législation sur la qualité de l'air et de l'eau ou celle pour la salubrité des installations sanitaires et du logement au XIX^e et au XX^e siècle.

Les enchaînements causaux complexes présents dans de nombreux problèmes de santé publique (facile à comprendre, par exemple, dans le cas de l'obésité) prouvent que les modèles traditionnels de collecte de l'information sur la santé publique – tels ceux illustrés par la Collaboration Cochrane² – ne peuvent fournir qu'une partie seulement des données nécessaires aux décideurs pour élaborer des politiques sociales et environnementales efficaces qui pourront réellement hausser le niveau sanitaire de la population.

Ainsi se révèle une discontinuité entre la production de résultats de recherches et les effets de ces résultats sur la prise de décision (Hunter, 2003). Un des principaux

¹ Pour plus d'information sur cet institut, voir : <http://www.nice.org.uk>

² Organisation internationale sans but lucratif qui vise à soutenir les personnes chargées de prendre des décisions dans le domaine de la santé par la préparation, le maintien et la promotion de revues portant sur les effets des interventions de santé [NDLR].

obstacles auxquels font face les instances décisionnaires, souvent laissées à elles-mêmes, de la santé publique et des services de santé est la tâche infiniment malaisée de synthétiser les résultats de recherches menées dans de multiples directions sur un large éventail de sujets pour ensuite décider de la meilleure utilisation de ces données compte tenu des maigres ressources dont elles disposent. En dépit de la modernisation des supports d'information, les décideurs ne bénéficient toujours pas au quotidien d'un appui efficace dans le processus de prise de décision.

Dans cet article, nous analysons trois différentes procédures élaborées pour aider les instances à intégrer les préoccupations spécifiques de la santé publique aux processus généraux d'élaboration de politiques. Ce sont l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), l'analyse de décision et les techniques de prévision. Ces trois outils ont d'abord été pensés pour un domaine précis pour être ensuite appliqués de diverses façons et jusqu'à un certain degré à celui de la santé. Nous comparons les objectifs, la mise en œuvre, les forces et les faiblesses de ces procédures.

■ L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

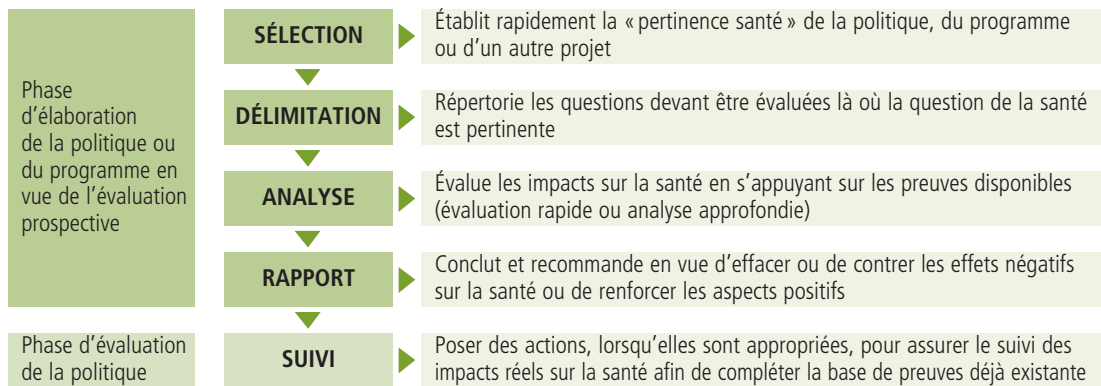
Il existe plusieurs définitions de l'EIS, mais toutes se rejoignent pour faire de cette évaluation un processus soucieux de santé publique qui tente de prédire les conséquences possibles sur la santé d'une population de décisions qui n'ont pas encore été prises. La définition la plus ouverte et celle à laquelle on fait le plus souvent référence a été arrêtée lors d'une assemblée de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) : «L'évaluation d'impact sur la santé est une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être

évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population » (Centre européen de l'OMS pour la politique de santé et Organisation mondiale de la Santé, 1999).

Les principes de l'évaluation d'impact sur la santé sont similaires à ceux de l'évaluation d'impact sur l'environnement. Mais si de nombreux pays ont une obligation légale de procéder à des évaluations d'impact sur l'environnement, peu nombreux en revanche sont ceux qui ont la même obligation quant aux EIS (Lock et McKee, 2005). Toutefois, l'EIS est désormais appliquée dans la plupart des régions du monde, au Canada, en Europe, en Australie, en Asie, en Afrique et en Amérique latine (Banque mondiale, 1997; Caussy, Kumar et Sein, 2003; Jobin, 2003; Lock et McKee, 2005; National Health and Medical Research Council, 1994). Dans l'ensemble européen, les exemples de son application dans le processus de prise de décision sont très diversifiés (Lock et McKee, 2005) et quelques-uns sont exposés dans d'autres articles de la présente revue. Malgré l'absence de législations, douze gouvernements européens reconnaissent son influence sur le processus d'élaboration de politiques (Welsh Assembly Government et Eurohealthnet, 2003).

L'EIS a pour objectif d'évaluer les impacts potentiels (négatifs et positifs) de projets, de politiques ou de programmes sur la santé. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une série de preuves avérées des effets d'une proposition sur la santé sont analysées (voir tableau 1). Normalement, le processus tient compte de l'opinion et des attentes de ceux qui peuvent être touchés par les retombées de la proposition. À partir des résultats de l'analyse, des recommandations sont émises préalablement à la prise de décision.

TABEAU 1 : LES ÉTAPES POTENTIELLES DANS UN PROCESSUS D'ÉTUDE D'IMPACT SUR LA SANTÉ (BREEZE ET LOCK, 2001)



Même si le modèle de l'EIS comporte systématiquement plusieurs étapes distinctes (sélection, délimitation, analyse), la plupart des experts s'entendent sur le fait qu'elle devrait demeurer une approche flexible et adaptable dont le but est la qualité de la prise de décision afin que la mise en œuvre de tous projets, politiques ou programmes préserve ou améliore la santé publique, ou minimise leurs possibles effets néfastes sur la santé de la population (Lock, 2000). Parry et Kemm (2004) proposent la conceptualisation suivante de l'influence de l'EIS sur le processus de prise de décision :

- Au près des décideurs, l'EIS met l'accent sur la relation entre la santé et d'autres facteurs tels que l'environnement physique, social et économique des destinataires de la décision ;
- Elle aide ces mêmes décideurs à répertorier et à évaluer les impacts potentiels d'une proposition spécifique sur la santé et le bien-être d'une population et à diffuser ces impacts au sein de la population (en tenant compte de l'équité, des inégalités dans la santé et des effets sur des groupes vulnérables) ;
- Elle prévoit des moyens pratiques d'optimiser les incidences sur la santé publique d'une proposition et dépose plusieurs recommandations fondées sur des preuves avérées qui sont parties intégrantes du processus de prise de décision ;
- Elle permet à ceux qui sont concernés par les politiques de participer et de contribuer à la prise de décision.

Peu importe la méthode ou l'approche utilisée, il est important de comprendre que l'objectif premier d'une EIS est de documenter et d'influencer une future prise de décision. Elle ne peut être perçue comme une simple recherche, il s'agit en fait d'un outil « axé sur la politique » qui appuie les décideurs lors des différentes étapes du processus de prise de décision. Citons comme exemples de politiques projetées ayant fait l'objet d'une EIS : des plans locaux de transport ou d'urbanisme (Mindell et autres, 2004), le projet à grande échelle de la Banque mondiale pour la construction d'un réseau de pipelines (Jobin, 2003), des politiques agricoles nationales (Lock et autres, 2003), la gestion municipale des déchets, le développement économique régional...

L'EIS a été employée dans différents contextes par les gouvernements, les ministères chargés de la santé, des groupes communautaires, des organisations non gouvernementales et même des particuliers pour inscrire la santé à l'ordre du jour des décideurs. La flexibilité de cette démarche facilite son intégration dans les procédés existants (y compris l'évaluation des impacts environnementaux et les autres outils d'évaluation de politiques) (Mindell et Joffe, 2003). Toutefois, les avis divergent, aujourd'hui encore, sur son utilité. Plusieurs praticiens, des groupes communautaires et d'autres intervenants non décisionnels militent pour que l'EIS comprenne une procédure de consultations ou du moins pour qu'on encourage les usagers à y participer. Cette conception d'une EIS soutenue par le public rendrait le processus d'élaboration de politiques plus transparent et plus ouvert qu'auparavant.

D'autres font de l'EIS un outil entre les mains des décideurs pour que les préoccupations sanitaires trouvent leur place dans l'ensemble des considérations politiques. Cette deuxième version de l'évaluation d'impact sur la santé est souvent mieux acceptée, car elle faciliterait la résolution de problèmes parmi les plus épineux du processus de prise de décision. Ces deux approches de l'évaluation d'impact sur la santé ne sont pas incompatibles et elles ont été régulièrement combinées.

En raison de la nature complexe de l'EIS, peu d'analyses de ses effets réels ont été réalisées. Dans certaines occasions, elle a été critiquée par des universitaires pour son manque de rigueur en tant que recherche. En contrepartie, il est souligné que son pragmatisme et sa flexibilité permettent de respecter les échéanciers du processus de décision. Bien que l'EIS ne soit pas le seul moyen pour s'assurer que la santé est au cœur des préoccupations politiques, elle offre une solution pour associer la santé publique à des secteurs dans lesquels elle est encore marginalisée.

Ses forces résident entre autres dans le fait qu'elle est une approche systématisée, qu'elle offre toute une gamme de techniques d'application et qu'elle mobilise des intervenants de tous horizons (Lock, 2000). Le défaut de mécanismes explicites pour synthétiser les preuves recueillies auprès de sources très diversifiées et les incertitudes nées parfois d'une insuffisance des preuves recueillies révèlent ses faiblesses. L'EIS peut étayer la préparation de politiques intersectorielles en complément d'autres démarches, tels les groupes de travail inter-

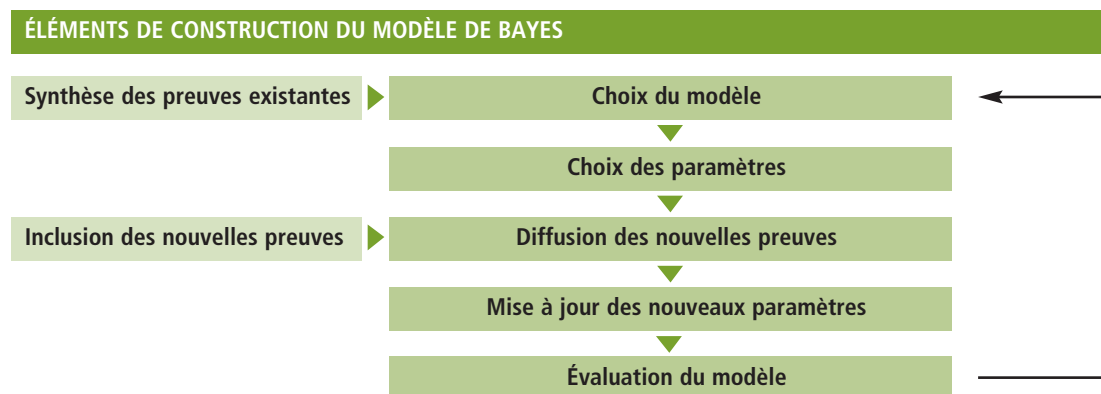
ministériels qui n'atteignent pas toujours les résultats escomptés (Lock et McKee, 2005).

■ L'ANALYSE DE DÉCISION

On a observé un intérêt croissant des secteurs public et privé pour des méthodes quantitatives d'aide à la prise de décision dans les cas où subsistent des doutes. L'analyse de décision est l'application de techniques explicites de modélisation dans un contexte d'irrésolution. Elle sert donc surtout à guider le choix lorsque les questionnements ne sont pas éclaircis ou que les preuves sont contradictoires ou bien quand on doit tenir compte de valeurs ou encore de l'efficacité économique d'une décision dans le processus décisionnel. Les méthodes d'analyse de décision sont utilisées dans des domaines très variés: l'économie (planification, négociation, mise en marché), la préservation de l'environnement, la recherche médicale et la gestion des soins de santé et, plus récemment, la santé publique (McNeil et Pauker, 1984).

L'analyse de décision permet de schématiser et d'analyser systématiquement toute l'information pertinente pour la prise d'une décision, ainsi que les perplexités attachées à cette information. Dans un premier temps, les décideurs peuvent obtenir des scénarios prévisionnels pour chacune des décisions envisagées. Les impacts potentiels de chaque décision sont ensuite évalués et une cote leur est attribuée. La décision finale découle du rapprochement entre le scénario le plus avantageux et la cotation la plus juste (voir tableau 2).

TABLEAU 2 : LA CONSTRUCTION DU MODÈLE D'ANALYSE DE DÉCISION DE BAYES (DOWIE, 2004)



L'outil statistique employé dans l'analyse de décision permet de déterminer le degré de probabilité de chacune des options qui s'offre à chaque étape du processus de prise de décision. Le degré de probabilité est souvent représenté graphiquement, par exemple sous la forme de l'« arbre de décision » dans lequel les multiples choix et impacts sont représentés par des nœuds et des branches. Le diagramme d'influence et l'arbre de décision affichent les possibilités ouvertes au décideur, les incertitudes qu'il aura à gérer (représentées selon un schéma de distribution des probabilités) et les mesures évaluatives qui fixeront le degré d'atteinte des objectifs dans le scénario final choisi. Ces mesures sont basées sur les estimations courantes des impacts probables de chacune des stratégies envisagées.

On puise cette information dans de nombreuses sources, allant de recherches scientifiques publiées au consensus d'experts. La tolérance au risque du décideur peut être représentée par des fonctions d'utilité, sa tolérance aux compromis face à des objectifs contradictoires par des valeurs de fonction à variables qualitatives multiples ou des valeurs d'utilité à variables qualitatives multiples (s'il y a implication d'un risque). La spécificité de l'analyse de décision est l'explicitation de chaque fait ou supposition du modèle.

Quelques modèles mathématiques ont tenté de mesurer l'influence de plusieurs facteurs (déterminants de la santé ou variables explicatives) sur l'avenir de la santé publique. La plupart de ces modèles ont été présentés sous forme de régression multiple standard, produite en faisant concorder des données provenant de recherches spécialisées (Jacoby et autres, 2003). Même si ces modèles ont prouvé leur efficacité pour recenser certains déterminants clefs de la santé, ils comportent plusieurs inconvénients. Le principal est qu'ils découlent du principe que tous les déterminants de la santé opèrent selon la même « *distality* », soit la distance causale du déterminant par rapport aux conséquences sur la santé.

Tous les déterminants (socioéconomiques, environnementaux, comportementaux) n'influencent pas au même moment le « sentier causal ». Les modèles standards de régression multiple sont en conséquence inadéquats pour modéliser les relations hiérarchiques et stratifiées qui existent entre les déterminants de la santé. Ils sont donc inopérants pour modéliser les effets d'interventions complexes en santé. Des modèles mathématiques

de la santé des populations tels que DisMod, Prevent et Pop-Mod peuvent pallier en partie ces carences, mais chacun d'eux connaît aussi des limites, soit dans sa structure, soit dans son ciblage (Lauer et autres, 2003). Ces modèles mettent souvent l'accent sur les impacts d'interventions potentielles plutôt que réelles et conditionnent des améliorations de la santé à la présence de conséquences intermédiaires (la pression artérielle ou le poids, par exemple).

À l'opposé, les modèles graphiques ont démontré leur efficacité pour modéliser les relations hiérarchiques et stratifiées entre des variables, autant dans le domaine de la santé que dans celui des sciences sociales (Greenland et Brumback, 2002; Robins, Hernan et Siebert, 2004). Créer des outils d'analyse de décision implique de mettre en place une structure qui permettra de procéder de façon cohérente à des évaluations et à des études comparatives de l'efficacité des interventions ciblées, à différents moments sur le « sentier » d'un déterminant. Les modèles graphiques ont été le plus souvent utilisés pour résoudre des problèmes liés aux services ou aux soins de santé, par exemple pour mettre au point des procédures cliniques pour des groupes de patients présentant un passé médical semblable, comme la prophylaxie anticoagulante dans le traitement des maladies du cœur (Eckman, Levine et Pauker, 1992).

L'analyse de décision peut également se révéler utile pour apprécier les solutions de rechange aux politiques en cours sur la santé publique et pour fournir aux décideurs un aperçu des compromis inhérents à la plupart des prises de décision. La création de modèles graphiques sur la sous-alimentation (Caputo et autres, 2003), l'étude de politiques sur la vaccination contre des maladies telles que la poliomyélite et l'hépatite B (Hinman et autres, 1988; Mulley, Silverstein et Dienstag, 1982) et la prévention des maladies du cœur (Eckman, Levine et Pauker, 1992) sont des exemples d'application de l'analyse de décision.

L'analyse de décision est officielle, explicite et normative, elle appréhende l'ensemble des problèmes dans une perspective unique selon laquelle on peut dissocier les probabilités et les utilités par l'usage de moyennes mathématiques. La méthode s'avère performante si le problème est formulé convenablement (si les hypothèses de base sont exactes), si l'information est suffisante pour dessiner le modèle et si les décideurs choisissent

d'opérer de façon logique et conséquente pour réussir à choisir la meilleure politique possible. Si les données disponibles sont imprécises, l'analyse de décision peut malgré tout être utile. Son processus peut en effet servir à mesurer l'effet des différentes hypothèses sur les stratégies potentielles. Dans ce cas, le résultat n'est pas une recommandation définitive, mais une série d'études qui donnent aux décideurs une bonne perception de la problématique, une forme d'analyse particulièrement utile pour la santé publique, domaine dans lequel les probabilités et les valeurs diffèrent la plupart du temps en fonction de caractéristiques régionales ou autres.

L'inadéquation de la méthode avec la planification à long terme – et donc la nécessaire adaptabilité des multiples scénarios – des politiques publiques constitue son principal désavantage. Même si elles émanent d'experts, des fonctions de probabilité appliquées à des prévisions pour un futur lointain peuvent apparaître aussi aléatoires que celles qui émergent de processus de groupes tel celui de la méthode Delphi³. Ce procédé ouvre la porte à de nouvelles sources d'erreurs ou à des partis pris, d'une part en élevant le taux d'imprécision des estimations et d'autre part en rendant subjectif le processus de choix par l'intervention d'individus enclins à défendre une opinion (une probabilité) en particulier.

■ LES TECHNIQUES DE PRÉVISION

Les techniques de prévision comprennent l'écriture de scénarios et la cartographie de systèmes. L'élaboration de scénarios a évolué en raison d'une meilleure connaissance de la complexité du processus de prise de décision et d'une compréhension optimale des mutations et des incertitudes de son environnement, ce dernier reposant désormais sur de l'information, des valeurs, des comportements et des structures sociales dont la stabilité et la prévisibilité « historiques » ont été remises en question. L'exercice consiste à analyser d'éventuels futurs événements en envisageant plusieurs scénarios ou retombées en s'appuyant sur l'opinion d'experts plutôt que sur des prévisions quantitatives. Invitant les spécialistes de prospective à bannir toutes idées préconçues, chaque scénario raconte l'histoire d'un monde futur « différent ».

Cette technique de scénarisation a été introduite par le Shell International Group Planning dans les années 1970. Elle s'inspire de pratiques expérimentées par l'armée de l'air américaine pendant la Seconde Guerre mondiale pour tenter de deviner le potentiel de l'ennemi et forger des stratégies de défense adaptées. Transformée en véritable méthodologie, elle est utilisée aujourd'hui par les secteurs public et privé pour donner aux décideurs la capacité d'anticiper les changements et d'intégrer la variable « incertitude d'origine externe » dans le processus de prise de décision. Plusieurs organismes ont mis au point des techniques de prévision, dont la Rand Corporation, Goldman Sachs, le ministère de la Défense du Royaume-Uni et le Government Office of Science and Technology du Royaume-Uni.

Les procédés d'écriture des scénarios sont multiples et varient considérablement entre eux. Le concept est simple: au lieu de compiler les prédictions ou les simulations des experts, les prévisions tiennent compte à la fois des incertitudes qualitatives et quantitatives et des facteurs clefs susceptibles d'influer sur des individus, des organisations ou des groupes sociaux. Ainsi distingue-t-on les décisions susceptibles d'être les plus bénéfiques, peu importe ce que le futur réserve.

Un scénario peut être défini comme « un portrait riche et détaillé d'un monde futur plausible et possible, un portrait suffisamment proche de la réalité pour qu'un spécialiste de prospective puisse clairement voir et comprendre les problématiques, les obstacles et les occasions à saisir qu'un tel monde a en germe ».

Le scénario n'est pas un dessin précis du futur, mais une description probable de ce qui pourrait s'y produire. Il est une histoire relatée à partir de canevas eux-mêmes soigneusement conçus en se basant sur des tendances et des réalités. Les spécialistes de prospective animent des exercices de groupe pour créer des bases de données qui serviront à la scénarisation de développements futurs à long terme. Dans ces recueils se croisent des faits futurs connus (démographiques, géographiques ou politiques), de l'information sur l'industrie et la santé et des tendances (sociales, techno-

³ La méthode Delphi est une recherche qui consiste en une interrogation d'experts dans un domaine donné. Elle a pour but de mettre en évidence des convergences d'avis et de dégager certains consensus sur des sujets précis [NDT].

logiques, économiques ou politiques) qui semblent devoir devenir dominantes: que se passerait-il, par exemple, si les réserves de pétrole s'épuisaient, en sachant que la société repose exclusivement sur l'emploi des technologies de l'information et de l'informatique? Les scénarios rassemblent aussi des éléments du raisonnement régressif difficiles à officialiser comme l'interprétation subjective de faits, l'augure de changements de valeurs et l'annonce de nouveaux règlements ou de nouvelles inventions. Le scénario décrit différents futurs vraisemblables et cohérents, il en est le récit de la dynamique évolutive à la croisée des savoirs tacite et explicite.

Lorsque l'on manipule les scénarios de développement futur, les difficultés surgissent quand l'intention de départ manque de précision et l'action qui suit de cohérence. Trop de scénarios peuvent alors être écrits ou leur contenu ne pas être lié directement à la question à l'étude. Pour être véritablement un outil stratégique, le scénario de développement futur doit donc être conçu de façon à fournir un éclairage sur une question précise.

Toutes les études prospectives mettent en évidence deux considérations contradictoires: d'une part la rigueur analytique qui peut mener à l'intégration de scénarios différents et d'autre part le besoin de communiquer avec un public non spécialiste. Ce besoin de communication impose la concision du propos. Dans la pratique, une étude regroupe un ensemble cohérent de données soustraites d'un petit nombre de scénarios. À l'origine, elle reposait sur la comparaison entre deux scénarios opposés, chacun ayant deux issues possibles (par exemple, la croissance économique ou la récession aux États-Unis, une croissance économique qui tient compte de l'environnement ou une croissance économique à tout prix qui néglige les hypothèses environnementales). Cette façon de procéder forme une matrice à quatre cellules à laquelle on applique une stratégie légèrement différente d'une cellule à l'autre. Cette approche a été utilisée par les plus grandes organisations nationales et internationales qui s'interrogent sur les impacts de la mondialisation sur de vastes questions comme la sécurité mondiale (National Intelligence Council, 2004) ou la conservation des écosystèmes (Millenium Ecosystem Assessment, 2003).

Dans la méthodologie retenue par la société Shell, le processus impliquait de travailler sur deux scénarios

contradictoires mis en exergue, chacun d'eux soumis à un savant mélange de facteurs influents. Les deux scénarios étudiés devaient être également plausibles et couvrir toute la séquence des événements et tous les éléments « moteurs ». Idéalement, les deux scénarios ne devraient pas être symétriquement inverses, car cette situation pourrait introduire un biais dans leur acceptation par les usagers. Certains pourraient juger un scénario hautement improbable et peu souhaitable, mais aucun ne devrait être en mesure de déclarer qu'un scénario est impossible. En ce sens, le choix de titres neutres est important: les deux scénarios examinés par le Shell International Group Planning au début des années 1990 se nommaient « Le monde durable » et « Le mercantilisme mondial ». Dans les faits, cette neutralité des intitulés pose des problèmes à la majorité des spécialistes rédacteurs de scénarios équilibrés, même si quelques-uns cèdent parfois à la tentation de dresser l'un contre l'autre les « bons » et les « mauvais » scénarios.

Dans la littérature sur les scénarios de développement futur, deux écoles se côtoient: la première préconise une approche qualitative et narrative, la deuxième une approche de modélisation quantitative. Le scénario qualitatif narratif repousse les idées préconçues et fonctionne en présence d'un grand nombre d'incertitudes. Il s'attache à des éléments qualitatifs comme les valeurs, la culture, les comportements et les changements du système. Il est par contre critiqué pour son manque de rigueur académique et parce qu'il reflète les partis pris du groupe ou de l'auteur qui l'utilise.

À l'inverse, la modélisation quantitative permet des analyses systématiques riches en données. En revanche, elle atteint ses limites lorsqu'elle se heurte à des discontinuités ou à des « surprises ». Ainsi ces limites réduisent-elles le nombre de scénarios de développement futur pouvant être étudiés. L'approche quantitative offre une impression de précision scientifique qui peut entraîner les non-spécialistes, dont les décideurs, à se fier aveuglément à sa précision et à son exactitude.

Plusieurs études récentes ont été conduites en essayant de conserver la rigueur scientifique quantitative tout en tenant compte de prévisions contradictoires. Le *Foresight Programme* du gouvernement du Royaume-Uni s'efforce par exemple d'élaborer des politiques efficaces en utilisant les techniques de prévision (écriture de scénarios et cartographie des systèmes), mais aussi d'autres démarches. Le programme consiste pour l'essentiel en

des processus de groupe organisés à grande échelle avec des membres de la fonction publique, des hommes d'affaires, des scientifiques, des spécialistes des technologies de l'information et des spécialistes d'autres disciplines réunis pour discuter et partager des opinions à la fois positives et normatives sur le développement futur. La communication sur la protection des côtes contre les inondations (Foresight, 2004) et la publication de mesures pour lutter contre l'obésité pendant les 40 prochaines années (suivies par des décisions interministérielles) (Foresight, 2007) illustrent l'approche du *Foresight Programme*.

L'élaboration de scénarios tente de prévoir les problèmes qui se poseront dans plusieurs futurs possibles, mais elle comporte des faiblesses en ce qui a trait à la planification et à la prise de décision à long terme. L'arbitraire du choix d'un petit nombre de scénarios à étudier pour couvrir toute l'étendue des décisions complexes à prendre est la principale d'entre elles. Cette approche néglige de toute évidence des éléments influents et les techniques employées pour le tri des scénarios et le relevé de leurs conclusions peuvent être biaisées, quelquefois fortement, par des partis pris. Plus important encore, l'élaboration de scénarios n'offre pas de méthodologie systématique pour comparer les différents choix de politiques. La plupart du temps, elle reste une technique employée isolément et ne s'intègre pas aux processus de prise de décision.

■ LA DISCUSSION

Dans le cadre d'un processus de prise de décision, la médecine ou la santé publique fondée sur des preuves avérées est une approche jugée parfois limitée ou simpliste. Dans sa définition la plus courante, elle vise à convertir en questions concrètes l'information nécessaire à la résolution d'un problème, puis à trouver les meilleures réponses à ces questions, à analyser ces réponses et à proposer des solutions à partir des résultats de cette analyse. La formulation des problèmes et l'évaluation des effets sont en partie évacuées, ce qui semble démontrer dans cette démarche une compréhension incomplète des besoins en matière d'élaboration de politiques.

Au contraire, dans l'EIS et dans l'analyse de décision, la formulation et l'évaluation sont primordiales pour la collecte de preuves et pour l'utilisation de ces preuves,

une fois celles-ci réunies et analysées (Dowie, 1996). L'EIS et l'analyse de décision sont deux approches qui cherchent à éclaircir les moyens de prendre des décisions dans n'importe quelle circonstance, y compris lorsqu'aucune question à réponse simple ne peut être isolée, lorsque les réponses avancées par les chercheurs sont vagues ou contradictoires ou lorsque les valeurs et les coûts sont liés à la question. Ce sont des approches similaires en ce sens qu'elles aboutissent à une prise de décision en proposant une procédure selon laquelle tous les aspects de la décision sont répertoriés, structurés et intégrés. Dans la pratique toutefois, leurs méthodes diffèrent. Pour dépasser les insuffisances de l'EIS, il convient encore d'en expliciter les techniques (Lock, 2000). L'analyse de décision permet de corriger certaines déductions trompeuses du raisonnement humain et combat efficacement les incertitudes.

La prospective et les techniques traditionnelles de prévision sont rarement adaptées pour fournir aux décideurs un éclairage juste sur des problèmes, surtout ceux susceptibles d'avoir des conséquences à long terme. Une prise de décision responsable exige un haut niveau de certitude, un nombre raisonnable de preuves ou de savoirs et une confiance dans les hypothèses émises à partir de l'information recueillie. Dès lors apparaît l'importance pour un gouvernement ou une organisation d'avoir la capacité de réexaminer ses prévisions et de tenir compte dans cette réévaluation des incidences externes incertaines, dont les impacts sur la santé publique. La planification basée sur le scénario est différente de l'EIS et de l'analyse de décision, car ces dernières sont moins « axées sur la décision ». Elles ne sont pas vraiment enchâssées dans des décisions politiques spécifiques, mais elles visent plutôt à souligner l'intérêt d'envisager le futur sous plusieurs angles, y compris celui de ces aléas.

Le fait que plusieurs outils dont on a traité dans cet article n'entraînent pas d'amélioration visible au processus de prise de décision, notamment en matière de santé publique, soulève des interrogations. On admet que chaque technique est insuffisante en soi pour prévenir la complexité du raisonnement requis pour prendre des décisions sur de futures politiques. La majeure partie des critiques sur l'analyse de décision porte par exemple sur le constat que dans de nombreux cas, on détecte facilement des distorsions entre le choix optimal (suggéré par le modèle décisionnel) et les choix intuitifs.

tifs. Un des arguments des détracteurs de l'analyse de décision est que l'humain ne décide pas de la même façon que celle proposée par les modèles. Ainsi, pour eux, la prise de décision par intuition devrait-elle remplacer les différentes approches promues par les analystes (Klien, 2003).

Approche de pure logique ou approche descriptive, il pourrait s'avérer utile de combiner les forces de chacune. Un décideur avisé devrait pouvoir saisir les deux approches, savoir à la fois quand l'humain est faillible et quand la recherche scientifique n'a pas les réponses aux questions qui se posent. L'EIS, l'analyse de décision ou l'élaboration de scénarios ne résoudre pas forcément tous les problèmes, ils sont des aides dans l'étude des décisions à prendre.

Avec l'élaboration de scénarios et l'EIS, des obstacles demeurent dans la procédure d'évaluation de la prise de décision. Ils ont trait au choix des méthodes les plus appropriées, à l'institutionnalisation du processus (surtout au sein des agences gouvernementales et des organismes de financement) et à la création de mécanismes de participation intersectorielle. En ce qui concerne la santé publique, un des préalables fondamentaux à la réussite des évaluations est la présence d'une politique de santé publique clairement annoncée ou d'une obligation légale de protéger la santé publique. Cette politique peut inclure une législation ou bien des procédures de prise de décision appli-

cables aux agences nationales et internationales chargées quotidiennement des problèmes de santé publique. Cet encadrement conditionne l'effet et la qualité des EIS (Banken, 2001 ; Lock et McKee, 2005).

La simplicité, des méthodes et de leur emploi, est une autre qualité facilitant le succès des outils d'évaluation décrits ici. Elle permet leur adaptation à différents contextes et leur utilisation par des experts de la santé publique, mais aussi des acteurs d'autres domaines d'activité (dans le cas de l'élaboration de scénarios ou de l'analyse de décision). Les trois approches présentées reposent toutes sur la rigueur de leurs bases de données. Or, en raison de la variabilité des échéanciers de la prise de décision, la création collective de bases de données probantes sur les impacts sur la santé en lien avec plusieurs projets de politiques ou de programmes favoriserait les preuves « toutes faites » (Mindell et autres, 2001).

Il existe enfin le besoin de développer des capacités nationales, non seulement pour améliorer les méthodes de l'évaluation d'impact sur la santé, de l'analyse de décision ou pour élaborer des scénarios dans le domaine de la santé, mais également pour améliorer le travail intersectoriel. En ce sens, des formations ciblées doivent être offertes aux praticiens de la santé et aux décideurs responsables de l'évolution des politiques, du secteur de la santé et des autres secteurs.

BIBLIOGRAPHIE

- Banken, R. (2001). « Strategies for Institutionalising HIA », *ECHP Policy Learning Curve*, n° 1, Bruxelles, Organisation mondiale de la Santé.
- Banque mondiale (1997). « Environmental Assessment of Mining Projects », *Environmental Assessment Sourcebook Update*, Washington, Banque mondiale.
- Breeze, C. et K. Lock (2001). *Health Impact Assessment as Part of Strategic Environment Assessment*, Rome, Organisation mondiale de la Santé.
- Caputo, A. et autres (2003). « Undernutrition in Benin: An Analysis Based on Graphical Models », *Social Science and Medicine*, vol. 56, n° 8, p. 1677-1691.
- Caussy, D., P. Kumar et T. Sein (2003). « Health Impact Assessment Needs in South-East Asian Countries », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 439-443.
- Centre européen de l'OMS pour la politique de santé et Organisation mondiale de la Santé (1999). *Gothenburg Consensus Paper. Health Impact Assessment. Main Concepts and Suggested Approach*, Bruxelles, Organisation mondiale de la Santé et Centre européen de l'OMS pour la politique de santé.
- Dowie, J. (2004). « Research Implications of Science-informed, Value-based Decision Making », *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, vol. 17, n° 1, p. 83-90.

- Dowie, J. (1996). «Evidence-based, Cost-effective and Preference-driven Medicine: Decision Analysis Driven Decision Making Is the Pre-requisite», *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 1, n° 2, p. 104-111.
- Eckman, M., H. J. Levine et S. G. Pauker (1992). «Decision Analytic and Cost-effectiveness Issues Concerning Anticoagulant Prophylaxis in Heart Disease», *Chest*, vol. 102, p. 538S-549S.
- Foresight (2007). *Tackling Obesities: Future Choices*, London, Office Science and Technology.
- Foresight (2004). *Future Flooding*, London, Office of Science and Technology.
- Greenland, S. et B. Brumback (2002). «An Overview of Relations among Causal Modelling Methods», *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, n° 5, p. 1030-1037.
- Ham, C. (2005). «Don't Throw the Baby Out with the Bathwater», *Journal of Health Services Research & Policy*, n°3, p. 51-52.
- Hinman, A. et autres (1988). «Decision Analysis and Polio Immunization Policy», *American Journal of Public Health*, vol. 78, n° 3, p. 301-303.
- Hunter, D. (2003). «Evidence-based Policy and Practice: Riding for a Fall», *Journal of Royal Society of Medicine*, vol. 96, n° 4, p. 194-196.
- Jacoby, E. et autres (2003). «Social Class, Family, and Life-style Factors Associated with Overweight and Obesity among Adults in Peruvian Cities», *Preventative Medicine*, vol. 37, n° 5, p. 396-405.
- Jobin, W. (2003). «Health and Equity Impacts of a Large Oil Project in Africa», *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 420.
- Klien, G. (2003). *The Power of Intuition*, New York, Doubleday.
- Lauer, J. et autres (2003). «PopMod: A Longitudinal Population Model with Two Interacting Disease States», *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, vol. 1, n° 6.
- Lock, K. (2000). «Health Impact Assessment», *British Medical Journal*, vol. 320, p. 1395-1398.
- Lock, K. et M. McKee (2005). «Health Impact Assessment: Assessing Opportunities and Barriers to Intersectoral Health Improvement in an Expanded European Union», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, p. 356-360.
- Lock, K. et autres (2003). *Health Impact Assessment of Food and Agriculture Policies in Slovenia, and the Potential Effect of Accession to the European Union: Report for the Ministry of Health*, Ljubljana, Ministry of Health.
- London Health Commission (2003). *Evaluation of the Health Impact Assessments on the Draft Mayoral Strategies for London*, London, London Health Commission.
- McNeil, B. J. et S. G. Pauker (1984). «Decision Analysis for Public Health: Principles and Illustrations», *Annual Review of Public Health*, vol. 5, p. 135-161.
- Millenium Ecosystem Assessment (2003). *Ecosystem and Human Wellbeing: A Framework for Assessment*, www.millenniumassessment.org (page consultée le 15 avril 2008).
- Mindell, J. et M. Joffe (2003). «Health Impact Assessment in Relation to Other Forms of Impact Assessment», *Journal of Public Health Medicine*, vol. 25, n° 2, p. 107-113.
- Mindell, J. et autres (2004). «Health Impact Assessment as an Agent of Policy Change: Improving the Health Impacts of the Mayor of Londons Draft Transport Strategy», *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, n° 3, p. 169-174.
- Mindell, J. et autres (2001). «What Do we Need for Robust Quantitative Health Impact Assessment?», *Journal of Public Health Medicine*, vol. 23, n° 3, p. 173-178.
- Mulley, A., M. Silverstein et J. Dienstag (1982). «Indications for the Use of Hepatitis B Vaccine Based on Cost Effectiveness Considerations», *New England Journal of Medicine*, vol. 307, n° 11, p. 644-652.
- National Health and Medical Research Council (1994). *National Framework for Environmental and Health Impact Assessment*, Canberra, Australian Government Publishing Service.
- National Intelligence Council (2004). *Mapping the Global Future: Report of the National Intelligence Council's 2020 project*, Washington DC, National Intelligence Council.

- Parry, J. et J. Kemm (2004). «Future Directions for HIA», dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment*, Oxford, Oxford University Press, p. 411-417.
- Robins, J., M. Hernan et U. Siebert (2004). «Effects of Multiple Interventions», dans A. L. M Ezzati, A. Rogers et C. J. L. Murray (dir.), *Comparative Quantification of Health Risks: The Global and Regional Burden of Disease Attributable to Major Risk Factors*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
- Welsh Assembly Government et Eurohealthnet (2003). *Health Impact Assessment and Government Policymaking in European Countries*, Cardiff, Wales.
- World Development Report (2003). *Investing in Health, World Development Indicators*, New York, Oxford University Press.