



PREMIER MINISTRE



ACTES du séminaire

Évaluation d'impact sur la santé : méthodes diverses d'analyse

Centre d'analyse stratégique

28 janvier 2010

CONTACTS :

Centre d'analyse stratégique

► **Benoît Lajudie**

Chargé de mission
benoit.lajudie@strategie.gouv.fr
Tél. : +33 (0)1 42 75 60 95

► **Jean-Michel Roullé**

Responsable de la communication
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr
Tél. : +33 (0) 1 42 75 61 37
Mob. : 06 46 55 38 38

Direction générale de la santé

► **Véronique Mallet**

Veronique.mallet@sante.gouv.fr
Tél. : +33 (0)1 40 56 44 89

Société française de l'évaluation

► **Stéphanie Breton**

Evaluation.sfe@wanadoo.fr
Tél. : +33 (0)1 45 41 58 40

SOMMAIRE

Ouverture

Vincent CHRIQUI, directeur général du Centre d'analyse stratégique	5
--	---

Introduction

Martial METTENDORF, secrétaire général de la Direction générale de la Santé	7
Annie FOUQUET, inspecteur général des Affaires sociales, présidente de la Société française de l'Évaluation	9
Stéphane PAUL, inspecteur général des Affaires sociales, animateur du groupe thématique « Santé » de la Société française de l'Évaluation	10

L'évaluation d'impact sur la santé à la Commission européenne

Anne AUFFRET, Direction générale Santé et Consommateurs de la Commission européenne	13
<i>Discutante</i> : Sylvie TROSA, chargée de mission à l'évaluation auprès du Secrétariat général de la Cour des comptes.....	18
Échanges avec les participants	20

Une approche qualitative et quantitative de l'évaluation d'impact sur la santé du projet d'agglomération franco-valdo-genevois

Jean SIMOS, directeur du Groupe de recherche environnement et santé à l'université de Genève.....	27
<i>Discutant</i> : Jean TURGEON, Ph.D, professeur titulaire, Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS), École nationale d'administration publique du Québec	33
Échanges avec les participants	38

L'évaluation d'impact sur la santé du code de la sécurité routière au Québec : le cas du téléphone cellulaire au volant

Étienne BLAIS, professeur à l'École de criminologie, université de Montréal	43
<i>Discutant</i> : Bernard PERRET, Conseil général de l'environnement et du développement durable...	49
Échanges avec les participants	51

Clôture

Jean-Pierre BALCOU, chef de la Mission qualité de la norme, Secrétariat général du Gouvernement	54
Didier HOUSSIN, directeur général de la Santé	57

Ouverture

Vincent CHRQUI, directeur général du Centre d'analyse stratégique

J'ai l'honneur d'ouvrir vos travaux et vous prie de bien vouloir m'excuser de ne pas pouvoir y assister. Je suis heureux de vous accueillir sur la question de l'évaluation de l'impact sur la santé des lois et des différentes décisions que nous sommes amenés à prendre. Il s'agit d'un sujet évidemment essentiel pour trois raisons.

En premier lieu, la santé est un enjeu qui dépasse de beaucoup les dispositions, lois et institutions qui touchent au domaine de la santé. Il s'agit d'un enjeu concernant tous les domaines de la vie quotidienne. L'observation sur une longue période des déterminants de l'évolution de l'espérance de vie et de l'état général des individus peut laisser croire dans un premier temps aux effets du progrès médical. En réalité, l'évolution positive de ces facteurs découle davantage d'une hygiène régulière, d'une alimentation saine et d'une absence de prise de risque inconsidérée. Si les premières médicales constituent de réelles avancées, elles n'ont pas d'impact majeur sur l'espérance de vie. De cette observation, nous pouvons tirer la conclusion que l'action dans des domaines variés, à travers les décisions que nous prenons, a un effet direct sur la santé de nos compatriotes. Il convient de mesurer les actions à mettre en œuvre pour améliorer la santé, tout en pesant les risques que peut induire la poursuite des autres objectifs des politiques publiques.

En second lieu, le domaine dont nous allons discuter aujourd'hui est un champ interministériel, voire au-delà. Prenons l'exemple de l'environnement. Une des questions clés à laquelle pensent nos concitoyens, avant même l'empreinte carbone ou le traitement des déchets, est celle du lien entre environnement et santé : diffusion de matières toxiques, influence des matériaux et des technologies, ondes néfastes. La santé est au cœur des enjeux environnementaux. Il en est de même pour l'agriculture. Les crises sanitaires, les débats ou interrogations sur ce thème illustrent l'importance de la question agricole pour nos concitoyens. Nous sommes ce que nous mangeons et la question de la santé est ici essentielle, comme elle se pose également dans le domaine des transports. L'enjeu de la santé s'avère donc parfaitement transversal et il convient d'intégrer en priorité, dans le processus d'élaboration d'une loi, l'impact sur la santé de nos concitoyens, avant même d'anticiper l'impact concret de la loi dans le domaine qu'elle régit. C'est pourquoi le travail interministériel est indispensable, qui doit également associer d'autres acteurs de l'évaluation, comme la Société française de l'Évaluation et les institutions internationales, dont l'expertise est nécessaire. En effet, la santé constitue un enjeu qui dépasse les frontières, que cela concerne les avancées dans le domaine médical ou les risques de pandémie. Des partages d'expérience entre les différents acteurs peuvent permettre une meilleure connaissance et une meilleure pratique en matière d'évaluation des impacts sur la santé.

Enfin, cette démarche de meilleure prise en compte de l'impact de nos décisions sur les questions de santé s'inscrit dans une démarche plus générale, au plan juridique et

constitutionnel, avec une exigence croissante de mieux apprécier l'impact de la législation à venir. Ce fut une des grandes innovations de la récente révision constitutionnelle. Nos concitoyens ne supportent plus aujourd'hui une législation hâtive, sans pédagogie ni évaluation des conséquences. À travers le processus des études d'impact, constitutionnalisées, que nous tentons de décliner rigoureusement en lien avec le Secrétariat général du Gouvernement, nous travaillons désormais à l'aune de cette haute exigence obligatoire, ce dont je me félicite. Il n'est plus possible aujourd'hui de présenter une disposition sans préciser les effets escomptés qui doivent avoir été au préalable évalués, *a fortiori* dans le domaine de la santé.

Je vous remercie d'avoir bien voulu participer à ce séminaire.

Introduction

Martial METTENDORF, secrétaire général de la Direction générale de la Santé

Annie FOUQUET, IGAS, présidente de la Société française de l'Évaluation

Stéphane PAUL, IGAS, animateur du groupe thématique « santé » de la Société française de l'Évaluation

Martial METTENDORF

Je vous remercie de votre accueil pour ce séminaire également très important à nos yeux. Je remercie Benoît Lajudie pour la fructueuse collaboration de nos services dans la préparation de ce séminaire. Je souhaite également remercier la Société française de l'Évaluation et l'Union internationale pour la prévention et l'éducation à la santé, qui ont largement contribué à cette préparation.

En effet, les défis de la politique de santé sont connus depuis longtemps. Si nos indicateurs de mortalité sont bons, la mortalité prématurée évitable, liée en particulier à certains déterminants comme la consommation de tabac ou d'alcool, nous place parmi les mauvais élèves de l'Union européenne. Le poids des pathologies liées au travail et plus généralement à certains environnements est également conséquent. Je pense ici, dans le champ professionnel, à la prévalence des troubles musculo-squelettiques, première cause de maladie professionnelle. Je pourrais également citer les expositions aux diverses substances cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques, qui touchent inégalement les catégories socioprofessionnelles.

En outre, j'aimerais aborder un sujet qui nous est cher et sur lequel nous devons avancer. Il s'agit des inégalités sociales de santé. L'objectif de leur réduction est un principe général d'organisation des politiques que nous conduisons, au niveau communautaire comme au niveau national, ainsi que l'a rappelé le Président de la République lors de la présentation du dernier Plan Cancer 2009-2013. La réduction des inégalités de santé traverse tout le champ d'action de la politique de santé. Le récent rapport du Haut Conseil de la santé publique montre que ces inégalités continuent de se creuser, alors qu'elles sont déjà parmi les plus fortes en Europe. Beaucoup des déterminants de ces inégalités se situent en dehors du système de soin. Je pense ici aux conditions de logement, d'accès à l'emploi, ou à l'isolement social, à l'éducation et aux questions de revenus. Ces inégalités sociales concernent évidemment les comportements individuels, lesquels sont conditionnés par certains facteurs sociaux. L'ensemble de ces déterminants socioéconomiques est donc un enjeu essentiel pour améliorer l'état de santé de la population tout en réduisant les inégalités sociales de santé. Cela justifie de ne pas considérer la politique de santé dans son seul périmètre ministériel, mais de l'envisager comme étant de nature intersectorielle. La fiscalité sur le tabac, l'amélioration nutritionnelle des produits

agroalimentaires ou encore la pratique d'activités sportives à l'école sont des exemples de mesures portées par d'autres ministères qui impactent l'état de santé de la population.

Le nouveau Plan Cancer 2009-2013 contient deux axes essentiels : les progrès de la recherche et l'accompagnement des malades pendant et après la maladie. Ces domaines ne relèvent pas au premier chef de la Direction générale de la Santé, mais plutôt du ministère de la Recherche, avec qui nous travaillons, et de la cohésion sociale, de l'accompagnement pendant la maladie à la réinsertion et la réhabilitation des malades. L'approche proposée que nous essayons de porter avec les autres ministères consiste en l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Nous tentons de développer cette perspective pour progresser et parce que ce regroupement d'expertises constitue un gisement de gains de santé pour l'avenir. Dans ce contexte, l'impact de l'ensemble des politiques sur la santé doit être considéré en amont et intégré dans le processus de décision. Cela est vrai particulièrement en matière environnementale, mais aussi dans de nombreux autres domaines.

L'intégration de la santé dans toutes les politiques est également un facteur de promotion de l'emploi et de la croissance économique. La dimension humaine est bien évidemment primordiale, mais il convient de reconnaître que les problèmes de santé ont un coût économique, à la fois direct – dépenses de protection sociale – et indirect, car ils affectent la productivité des entreprises et *in fine* la croissance économique, comme le souligne la Stratégie de Lisbonne, reprise par la stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la sécurité au travail. Il s'agit donc de contribuer à enclencher et à entretenir un cercle vertueux impliquant l'ensemble des politiques publiques et des effets qu'elles produisent sur la santé. La démarche est ambitieuse.

Ce séminaire s'insère parfaitement dans ce processus et nous sommes heureux de pouvoir y participer. L'intégration de la santé dans toutes les politiques rejoint les objectifs de la loi organique du 15 avril 2009. Le Secrétariat général du Gouvernement, chargé de la validation méthodologique des études d'impact réalisées dans ce cadre, nous a confirmé que l'impact sur la santé entre bien dans le champ des impacts que les ministères porteurs d'un projet doivent évaluer. Le Comité national de santé publique (CNPS), créé par la loi de santé publique du 9 août 2004 et placé auprès de la ministre de la Santé, coordonne l'ensemble des ministères concernés par la mise en œuvre des politiques de santé publique. Les premiers travaux conduits sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques ont été initiés cette année au sein du CNSP avec le soutien du docteur Françoise Schaetzel.

Nous avons retenu différentes présentations des méthodes d'évaluation, car nous commençons seulement d'appréhender ces questions. Nous devons fournir des progrès considérables dans la manière de conduire ces évaluations. Le rapport d'information élaboré au nom du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de MM. Goasguen et Mallot insiste sur le fait que les études d'impact proposées en accompagnement des projets de loi ne produisent pas encore tous les effets positifs attendus en termes d'amélioration de la production législative et de prise en compte des effets indirects des lois. Nous avons beaucoup à faire ensemble pour impulser cette dynamique et pour développer des outils et méthodes efficaces.

Il s'agit d'un enjeu stratégique pour les prochaines années et je tiens à vous remercier d'avoir accepté de collaborer pour nous aider à progresser dans ce domaine.

Annie FOUQUET

Je remercie le Centre d'analyse stratégique et son directeur général de nous accueillir et d'organiser ce séminaire qui a été préparé en partenariat avec la Direction générale de la Santé et la Société française de l'Évaluation.

La Société française de l'Évaluation est une association loi 1901, bénévole, qui rassemble des militants de la culture de l'évaluation. Son objectif est de promouvoir l'évaluation dans toutes ses dimensions au sein de l'administration pour une meilleure qualité de l'action publique, à la fois dans une dimension instrumentale d'aide à la décision et de meilleure connaissance de l'action publique. Nous essayons d'agir comme un vecteur de démocratie, à travers une meilleure connaissance et participation de l'ensemble des parties prenantes à l'action publique.

La Société française de l'Évaluation rassemble des commanditaires – Administration centrale et collectivités territoriales –, des prestataires privés et publics, des chercheurs et universitaires qui nous font avancer dans la réflexion et les méthodes, et le secteur associatif, d'où provient un nombre croissant d'adhérents, par exemple dans le cadre de l'évaluation de la qualité des prestations et activités des établissements sociaux et médicosociaux dans le cadre de la loi 2002-2, qui ouvre un champ vaste à l'évaluation.

La Société française de l'Évaluation fonctionne par groupes de travail et clubs régionaux. Je souhaite saluer ici le groupe de travail nouvellement mis en place sur la santé, avec l'appui de la Direction générale de la Santé, et ses deux animateurs Stéphane Paul, de l'IGAS, et Françoise Jabot, de l'École des Hautes études en santé publique de Rennes. Ils ont initié leurs travaux par une analyse des moments où l'évaluation et la qualité sont inscrites dans des textes légaux, comme c'est le cas dans la dernière loi sur le thème *Hôpital, patients, santé et territoire*.

Je me réjouis que le séminaire se déroule en collaboration avec le Centre d'analyse stratégique, qui a hérité d'une tradition de l'évaluation, du temps où ses locaux abritaient le Commissariat général du Plan, qui assurait le Secrétariat de l'évaluation interministérielle.

La Société française de l'Évaluation avait organisé ici même le 30 avril 2009 une première réunion sur l'évaluation et sur la diversité des méthodes d'évaluation des impacts, réunion qui a remporté un franc succès. Il existe une réelle appétence pour ces sujets qui se renouvelle notamment suite à la réforme constitutionnelle de juillet 2008, laquelle inscrit l'évaluation dans la Constitution comme l'apanage du Parlement, assisté de la Cour des comptes.

Nous avons organisé dans le cadre de la Société française de l'Évaluation, en lien avec le Cercle de la réforme de l'État, constitué de hauts fonctionnaires souhaitant conduire l'administration publique à une réforme par la confiance et la responsabilité, un séminaire qui a débuté en janvier 2010 dans les locaux de La Poste. Ce séminaire

est consacré à l'étude de l'évaluation dans les administrations. À travers la présentation de cas concrets d'évaluation qui ont eu lieu dans différentes structures, nous tentons de repérer les freins et les leviers qui permettent à l'évaluation de l'action publique de s'intégrer dans le fonctionnement normal de nos administrations et institutions, tant dans la gestion que dans la prise de décision. L'une des nos premières études a porté sur un cas présenté par le secrétaire général du ministère de la Défense, qui a fait évaluer la gouvernance du management du changement de l'ensemble des services de la Défense. Cette étude de cas a permis une prise de recul par rapport à une méthode de gouvernance, ce qui était l'objet de l'évaluation, avec un retour d'expérience. L'autre cas présenté dans cette première séance était une évaluation dans le domaine de la santé : l'évaluation du Plan Cancer, présenté par la présidente du comité de pilotage de cette évaluation réalisée dans le cadre du Haut Conseil de la santé publique. Le directeur général de la Santé nous a rappelé que les politiques de santé sont depuis longtemps conçues de façon à être évaluables, même si, en l'occurrence, les calendriers politiques et techniques se sont bousculés.

Je vous invite par ailleurs à participer aux prochaines séances du séminaire conjoint Société française de l'Évaluation/Cercle de la réforme de l'État¹.

Stéphane PAUL

En 1978 s'est tenue la Conférence internationale sur les soins de santé primaire à Alma-Ata. Il y a été affirmé que *« l'accession au niveau de santé le plus élevé possible [...] suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé »*. Il s'agit ici de la reconnaissance officielle, au plus haut niveau, de l'importance des déterminants de la santé. Ainsi a-t-on dès lors définitivement abandonné un modèle très exclusivement biomédical, qui pouvait laisser imaginer que les progrès dans l'espérance de vie en santé étaient principalement dus à l'éventuelle performance du système de santé, et, en son sein, du système de soins. Or, ces progrès, indispensables, ne suffisent pas. En prenant en considération les déterminants de la santé, nous mettons au jour les interactions complexes entre les facteurs sociaux, économiques, environnementaux, qui se combinent pour produire des effets, plus ou moins identifiés et plus ou moins positifs, voire négatifs, sur la santé des populations.

En 1986 a été signée la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, qui s'ouvre sur ces mots : *« En matière de santé, les conditions et ressources préalables sont la paix, un abri, de la nourriture et un revenu »*. La charte contient la recommandation d'élaborer une politique publique saine, mais surtout les deux finalités de l'évaluation des impacts sur la santé : *« la promotion de la santé inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et en leur faisant admettre leurs responsabilités à cet égard »*. Outre les effets directs d'une politique dans le domaine qu'elle vise spécialement, quels effets cette politique produit-elle sur la santé ? Il s'agit ici de la mission d'éclairage sur les effets.

(1) Voir le programme sur le site Internet de la SFE www.sf-asso.fr. Séminaire sur invitation.

La deuxième mission consiste à faire admettre leur responsabilité aux porteurs de ces politiques. Je pense que l'expression « *faire admettre* » est ici pertinente. Concrètement, un ministre travaille dans le domaine dont il a la charge et se trouve responsable devant la représentation nationale et les citoyens. Il se voit signifier l'impact de ses politiques sur la santé, dont est spécifiquement en charge un autre ministre. Ainsi, l'expression de « *faire admettre* » traduit-elle bien cette notion d'interministérialité qui peut sembler simple mais aussi parfois s'avérer délicate.

En 1988 a eu lieu la deuxième Conférence internationale sur la promotion de la santé à Adélaïde, avec des recommandations qui concernent notamment le concept d'une politique publique saine. Cela signifie que toute politique publique doit être caractérisée par un souci explicite de santé et d'équité, les deux notions étant liées. En effet, la conférence conclut que les inégalités dans la santé ont pour origine les injustices dans la société.

La Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui s'est déroulée en 1991 à Sundsvall traite des environnements favorables à la santé et indique qu'il faut faire en sorte que l'environnement physique, social, économique et politique devienne favorable à la santé, au lieu de lui être néfaste. Sont explicitement cités l'éducation, l'habitat, le développement urbain, la production industrielle et l'agriculture.

D'autres conférences de la santé ont eu lieu, notamment à Djakarta en 1997, en 2000 à Mexico et en 2005 à Bangkok. Alors que se manifestait cette prise de conscience toujours plus aiguë, la pratique des évaluations d'impact se développait, d'abord dans le domaine de l'environnement, pour les projets de développement. Progressivement, l'évaluation d'impact sur la santé est apparue comme une annexe intéressante à ces études touchant à l'impact sur l'environnement. Puis une autonomisation de l'évaluation des impacts sur la santé s'est mise en place, en même temps qu'est apparu l'objectif de mettre plus de santé dans tous les secteurs de l'action publique.

Je souhaite mentionner la novation introduite constitutionnellement et les travaux du Haut Conseil de la santé publique, qui, dans le rapport récemment publié sur les inégalités sociales de santé, demande que soient pris en compte les déterminants extérieurs au système de soins. Sont à nouveau cités le travail, l'habitat, l'éducation, les revenus et les conditions de vie.

Il nous faudra donc développer l'évaluation des impacts en santé.

D'une part, un geste politique fort semble nécessaire pour y parvenir. L'expression de « *faire admettre* » la responsabilité signifie que l'évolution des mentalités ne sera pas automatique et demandera une décision politique. D'autre part, le développement de l'évaluation des impacts en santé nécessite d'élaborer de bonnes méthodes, ce qui fait l'objet de notre séminaire.

Nous bénéficions d'appuis au niveau européen, à la fois dans les instances européennes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et au sein de l'Union européenne.

En premier lieu, les instances européennes de l'OMS sont incontournables, compte tenu du poids du consensus de Göteborg dans la définition de l'évaluation des

impacts en santé. Ce consensus, né notamment d'une réflexion des experts du centre européen de l'OMS, donne la définition de l'évaluation des impacts en santé qui figurait dans l'invitation au séminaire de ce jour, et inclut également quatre principes.

L'évaluation des impacts en santé est définie comme une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils qui permettent de juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet. Il s'agit d'une évaluation *ex ante*, avant la mise en place d'une politique ou d'un programme. En l'occurrence, l'objectif est d'évaluer les effets sur la santé de la population, mais aussi d'examiner la distribution de ces effets au sein de la population.

Les quatre principes du consensus de Göteborg sont les suivants :

- la démocratie : la population a le droit de participer à une démarche transparente dans la formulation des politiques, dans leur application, mais aussi dans leur évaluation. Il s'agit en effet de politiques concernant directement les citoyens ;
- la justice sociale : les études d'évaluation ne doivent pas se limiter à rechercher l'impact global d'une politique sur la santé de la population dans son ensemble. Il faut aussi examiner comment cet impact joue spécifiquement en fonction des caractéristiques des populations – âge, sexe, ethnie, catégorie socioéconomique. On observe un affinement de l'évaluation des impacts sur la santé, qui ne porte plus sur la santé générique et globale, mais sur la santé de diverses sous-catégories de la population ;
- le développement durable, dans la mesure où l'évaluation doit également mesurer les impacts à long terme ;
- l'aspect éthique des données probantes : l'utilisation de données quantitatives et qualitatives doit être rigoureuse et fondée sur des disciplines et méthodes scientifiques.

Le deuxième appui européen est celui de l'Union européenne. L'article 152 du Traité, dans son premier alinéa, dispose qu'un « *niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques de la Communauté* ».

L'évaluation d'impact sur la santé à la Commission européenne

Anne AUFFRET, Direction générale Santé et Consommateurs
de la Commission européenne

La Direction générale Santé et Consommateurs est en charge non seulement de la politique européenne de santé et de protection des consommateurs, mais également de la sécurité alimentaire. Je travaille dans une unité horizontale, *Stratégie et analyse*, en charge de l'appui méthodologique de la Direction générale pour les études d'impact.

Depuis 2003, le nombre d'études d'impact a été décuplé, passant d'une vingtaine à plus de deux cents en 2008. Les résultats 2009 ne sont pas encore connus.

Le nombre d'études d'impact par Direction générale dépend de la production législative de cette dernière. La Direction générale des Transports et de l'Énergie produit le plus d'études d'impact chaque année, devançant la Direction générale du Marché intérieur et la Direction générale de l'Environnement, suivies par la Direction générale Santé et Consommateurs.

La Commission européenne a opté pour la mise en place d'un système décentralisé et intégré. Depuis 2005 et l'adoption des lignes directrices sur l'étude d'impact communes à toute la Commission européenne, chaque Direction générale doit produire ses propres études d'impact sur ses propres politiques. En revanche, afin d'assurer une coordination et une cohérence entre les politiques, il est demandé d'étudier trois piliers d'impact : les impacts économiques, sociaux et environnementaux. Cette approche a été retenue pour des raisons de cohérence et n'a pas été un choix évident. En effet, chaque type d'études d'impact s'était auparavant développé dans son propre domaine, notamment les études d'impact sur l'environnement, incluant celles sur la santé qui sont devenues une discipline à part, ou encore sur la charge administrative des entreprises, imposée par la législation. Il a été décidé d'étudier les trois types d'impact dans un même document, pour toutes les Directions générales, ce qui permet une cohérence entre les différentes politiques. En effet, les Directions générales étudieront les impacts recherchés, pour s'assurer par exemple qu'un niveau de sécurité alimentaire a bien été atteint, mais aussi les impacts indésirables ou secondaires, comme ceux de la politique des transports sur la santé.

Les lignes directrices comportent une liste indicative des types d'impacts à observer, lorsqu'une Direction générale évalue ceux qui pourraient découler de leur politique. Il s'agit pour la Direction générale d'identifier les impacts les plus significatifs. La santé publique et la sécurité figurent parmi les impacts sociaux. Certains impacts écologiques, comme le climat, la qualité de l'air et le traitement des déchets, peuvent produire des effets sur la santé. En outre, les impacts économiques font apparaître les effets sur les systèmes de santé.

On constate donc que la santé est principalement présente dans les impacts sociaux, mais peut également figurer dans les autres catégories.

Les lignes directrices sur l'étude d'impact de la Commission donnent quelques indications sur les types d'impacts sur la santé. Pour les services, il s'agit d'évaluer si les options envisagées, par leurs effets sur l'environnement socioéconomique, sur le revenu, l'éducation et l'environnement de travail, auront des répercussions sur la santé et la sécurité des individus et des populations dans leur ensemble, qui devront être identifiées. Sont étudiés les effets sur l'espérance de vie et la mortalité notamment. Il convient également de déterminer si les options envisagées vont accroître ou diminuer la présence de substances nocives pour l'environnement, ou encore si elles influent sur la santé en modifiant le niveau sonore et la qualité de l'air, de l'eau ou des sols. Aussi faut-il regarder si les options politiques retenues auront ou non des répercussions sur la santé en modifiant l'utilisation des ressources énergétiques, l'élimination des déchets ou à travers l'impact potentiel de ces options sur les déterminants de santé, comme l'alimentation, l'activité physique, la consommation d'alcool, de drogue, ou le tabagisme. Enfin, il convient de déterminer si les choix politiques possibles auront des effets sur des groupes spécifiques d'individus à risque, en raison de leur âge, de leur sexe, ou encore de leur handicap.

Outre la liste, ces lignes directrices contiennent des annexes, composées par les différents services, au vu de leur expertise sur les divers types d'impacts.

L'annexe n° 9 répertorie et explique les méthodologies qui peuvent être utilisées pour l'évaluation des impacts non marchands, y compris ceux sur la santé et sur l'environnement. Il s'agit d'une explication des méthodes de quantification des impacts, voire de monétisation lorsqu'une telle explication est souhaitée et possible à fournir.

Récemment, un guide méthodologique sur les impacts sociaux a été communiqué. Il a été principalement constitué par la Direction générale Emploi, avec l'appui de la Direction générale Santé et Consommateurs pour les parties relatives à la santé, comme les effets sur la protection sociale et sur la santé publique et la sécurité en général. Une réflexion a été lancée sur les pilotes permettant l'application de cet arsenal d'outils.

Après quelques années d'expérience sur les études d'impact, le Secrétariat général de la Commission a pris conscience que l'analyse des impacts sociaux, y compris ceux sur la santé, accuse un certain retard par rapport à l'analyse sur d'autres types d'impacts, comme la charge administrative sur les entreprises, plus facile à quantifier que les impacts sur la santé. Ainsi, le Secrétariat général a insisté sur la nécessité de développer ces outils méthodologiques, qu'il souhaite réellement promouvoir.

Comment ces lignes directrices communes à tous les services de la Commission européenne ont-elles été utilisées pour l'analyse proprement dite des impacts sur la santé ? Quels obstacles a-t-on rencontré ? Quelles solutions ont pu être trouvées ?

L'analyse d'impact en tant que telle à la Commission européenne est composée de plusieurs sections, dans le cadre de la méthodologie globale. Elle prévoit la définition du problème soumis, d'objectifs politiques, et l'élaboration de différentes options politiques, dont les impacts sont identifiés et analysés, pour ensuite procéder à la

comparaison de ces différentes options. Enfin, il convient de définir des indicateurs de suivi et d'évaluation, pour assurer le lien entre l'étude d'impact, la politique et l'évaluation.

Prenons l'exemple des environnements sans tabac. Il s'agit d'une recommandation du Conseil adoptée par la Commission en juillet 2009. Pour la préparer, une étude d'impact a été réalisée. La phase de définition des options a obligatoirement inclus la définition d'un scénario de base, qui consiste notamment à anticiper le futur si l'Union européenne n'agissait pas dans le domaine donné. L'obligatoire définition d'un scénario de base permet de justifier l'action de l'Union, afin de comparer l'inertie avec les options politiques retenues. Cette phase est particulièrement pertinente au niveau européen, dans la mesure où les compétences européennes sont pour beaucoup d'entre elles des compétences partagées, voire d'appui, de coordination et de complément dans certains domaines, comme la santé, qui relève principalement des États membres. En application du principe de subsidiarité, l'Union européenne doit justifier son action.

En l'espèce, s'agissant de la recommandation du Conseil sur les environnements sans tabac, il a fallu prendre en considération les législations nationales en vigueur, l'action de l'Union européenne devant venir compléter celle de chacun des États membres dans le domaine. Aussi a-t-on observé les développements potentiels dans le domaine en question. Il convient d'estimer si un État membre s'apprête ou non à légiférer ou à appliquer une loi déjà votée.

Dans la définition du scénario de base, nos services se sont basés sur des hypothèses. En 2004, certains États membres ont légiféré sur les environnements sans tabac, mais l'Union a estimé que cette opportunité politique avait depuis disparu. Ainsi, on a considéré dans le scénario de base qu'à l'exception des États membres qui avaient déjà légiféré et de ceux pour lesquels l'adoption d'un texte était en cours, aucun progrès supplémentaire ne serait constaté.

Dans un deuxième temps vient le développement des options politiques. Sur les environnements sans tabac, les contenus des options étaient semblables, sauf pour l'option prônant une Directive, où le champ d'application était plus limité, et qui ne concernait que la protection des travailleurs contre le tabac. Les options différaient selon qu'elles étaient plus ou moins juridiquement contraignantes pour les États membres. Il existait une option de méthode ouverte de coordination entre les États membres, à laquelle on recourt dans le domaine de l'emploi, qui définissait des objectifs communs et des indicateurs y afférant permettant de suivre la mise en place de la coordination de l'action des États membres. Une autre option consistait en une recommandation de la Commission. Nous pouvions en outre opter pour une recommandation du Conseil, accompagnée ou non d'une méthode ouverte de coordination. Enfin, l'option légale était une Directive, devant être transposée par les États membres.

Après la définition du scénario de base et des options politiques, il convient d'identifier les effets potentiels des différentes options, leurs causes et les populations affectées. Sur la base des observations dans des pays membres, comme l'Irlande ou l'Italie, il s'est agi de définir dans quelles proportions ces différentes options

influeraient sur le niveau d'exposition à la fumée de cigarette dans certains lieux comme les bars, les restaurants, les bureaux et les lieux publics.

Nous avons considéré que les options de la méthode ouverte de coordination et de la recommandation de la Commission seraient de nature à réduire, à hauteur de 13 % à 26 %, l'exposition des populations à la fumée de cigarette. En fonction du niveau plus ou moins contraignant de ces options, nous avons appliqué différents pourcentages d'exposition à la fumée. La Directive permettait par hypothèse de réduire l'exposition de 85 %.

Une fois ces hypothèses posées, nous avons déterminé les effets de cette réduction du risque sur la santé. Pour ce faire, nous avons mesuré le risque relatif associé à l'exposition à la fumée par type de lieux et le type de maladies que l'individu exposé pouvait développer, comme le cancer du poumon ou l'arrêt cardiaque.

Ensuite, nous avons calculé l'impact de nos options politiques sur la réduction de la mortalité, en incluant le tabagisme passif et l'impact indirect sur le tabagisme actif, qui a fait l'objet d'une évaluation beaucoup plus qualitative. Nous avons en outre fait correspondre à cette réduction de mortalité, des coûts médicaux, ce qui revient à monétiser une partie de la réduction de la mortalité, et des coûts non médicaux associés à ces maladies.

Enfin, s'agissant de la comparaison des options, les lignes directrices fournissent un cadre flexible et permettent d'utiliser différents types d'analyses pour procéder aux comparaisons. Une analyse coûts-bénéfices nécessite au préalable de monétiser les impacts sur la santé afin d'opérer la comparaison. L'analyse coûts-efficacité consiste à obtenir le rendement des différentes options. L'analyse multicritères ne confère pas la même importance à tous les critères.

Il s'agit de retenir le type d'analyses qui correspond le mieux au niveau de disponibilité des données. Les critères d'évaluation sont ensuite appliqués : critères d'efficacité, critères de rentabilité. Puis il faut observer si les résultats obtenus sont en cohérence avec les stratégies, les priorités et les objectifs communautaire généraux.

Dans le cas des environnements sans tabac, nous avons réalisé une analyse multicritères, avec une grande part qualitative, car il était difficile de disposer de toutes les données nécessaires à la réalisation d'une analyse coûts-bénéfices, les bénéfices sur la santé étant également coûteux à monétiser. Nous avons opté pour un mix entre une analyse quantitative et qualitative.

L'analyse a conduit au choix de la recommandation du Conseil, une partie des impacts ayant pu être estimée de manière quantitative, l'autre partie ne relevant que de l'analyse qualitative.

Cet exemple sur les environnements sans tabac montre que certaines solutions ont été trouvées pour évaluer les impacts de manière soit quantitative soit qualitative. Dans le même temps, certains obstacles, plus prégnants à l'échelle européenne qu'à l'échelle nationale, sont parfois rencontrés et concernent la disponibilité et la comparabilité des données. Nous devons évaluer les impacts de toute nature et ce sur les 27 États membres, qui ont des systèmes statistiques différents et des

données pas toujours comparables. Cependant, dans certains domaines, notamment ceux où la Commission a plus de latitude, comme la sécurité alimentaire ou l'environnement, les agences européennes, comme l'EFSA¹, fournissent des informations précieuses (évaluations du risque) pour réaliser les études d'impact au niveau européen. Eurostat travaille à l'harmonisation et à la comparabilité des données des différents États membres. Toutefois, des données comparables sont difficiles à obtenir dans certains domaines comme la nutrition, les habitudes alimentaires n'étant pas les mêmes dans tous les États membres.

La proportionnalité et la flexibilité des options politiques constituent un autre grand obstacle à l'étude d'impact au niveau européen. En effet, une fois le principe de l'action décidé, il convient d'agir avec mesure, de façon proportionnée. Ainsi, notamment au niveau de la politique de la santé européenne, sommes-nous souvent amenés à recourir à des outils autres que la législation, comme des lignes directrices, des méthodes ouvertes de coordination, dont les impacts sont plus difficilement analysables avec précision.

Les obstacles propres aux analyses d'impact sur la santé sont notamment les effets de latence, les coûts à court terme s'avérant plus faciles à calculer que les bénéfices d'une politique sur le long terme. La monétisation des impacts doit s'accompagner de facteurs de correction dans le temps, qui rendent l'analyse plus incertaine. Aussi, la multiplicité des facteurs constitue-t-elle un obstacle pour les analyses d'impact.

Par ailleurs, l'étude des impacts sur la santé est une discipline particulière, car il est difficile de cartographier intégralement tous les déterminants de santé et leur poids relatif.

Les lignes directrices de la Commission fournissent quelques éléments sur les méthodes applicables. La monétisation rencontre un obstacle en termes d'expertise, car elle requiert de solides compétences économiques.

En conclusion, un comité du Secrétariat général (le Comité d'analyse d'impact) est en charge d'assurer la qualité des études d'impact au sein de la Commission. Il est composé de hauts fonctionnaires de cinq services différents, pour représenter les différents types d'impacts. En analysant les études d'impact qui lui sont parvenues en 2008, on constate que 32 % des recommandations adressées aux services pour les inviter à améliorer leurs études d'impact ont notamment porté sur la quantification des impacts et 25 % sur la mesure des conséquences sociales.

Les services développent de plus en plus cette expertise, en recrutant des économistes, afin de réaliser des études d'impact. Ils mettent en place des méthodes d'évaluation spécifique, comme l'annexe sur les impacts non marchands. Enfin, la Direction générale Santé et Consommateurs tente de réaliser une cartographie des données manquantes pour la réalisation de ces études. Nous recevons beaucoup de données de la part des États membres, qu'il s'agit de savoir exploiter au mieux dans l'élaboration de nos politiques, dont les études d'impact constituent l'une des pierres angulaires.

(1) EFSA : European Food Safety Authority – Autorité européenne de sécurité des aliments.

Benoît LAJUDIE, chargé de mission au Centre d'analyse stratégique

Benoît LAJUDIE relaie les propos de Sylvie TROSA, chargée de mission à l'évaluation auprès du Secrétariat général de la Cour des comptes, discutante, qui n'a pu participer au séminaire.

L'analyse d'impact est conçue à la Commission européenne comme un acte d'explication et de transparence sur les fondements et les justifications de l'action publique. C'est un outil d'aide à la décision qui peut, de surcroît, limiter le volume de la législation d'affichage.

L'analyse d'impact est une pratique de l'élaboration de l'action publique qui facilite l'évaluation *ex post*. À partir du moment où on sait pourquoi on agit, notamment comment on a pensé l'action, quelles options on a analysé, pourquoi on en a choisi une, qu'en est-il à la Commission de l'après-coup, c'est-à-dire du jugement empirique qu'apporte l'évaluation *ex post*, et de la réintroduction dans le processus décisionnel des leçons de l'expérience qui proviennent de l'évaluation rétrospective ?

Il convient de souligner l'importance dans le domaine particulier de la santé, de l'analyse d'impact sur la santé pour concrétiser une approche par la prévention, ce qui présente un double intérêt, en termes de santé et par rapport à son financement. Aussi doit-on relever l'intérêt de la quantification dans une stratégie d'évaluation du consentement à payer, sans mentionner le terme de *monétisation*.

La position de principe de la Commission consiste à recourir à des évaluations externes. Il ne semble pas qu'il y ait une position de principe de cette nature concernant l'analyse d'impact. La question est donc posée. Une réponse partielle a été apportée en abordant les données à disposition des services de la Commission. Toutefois, il n'est pas précisé qui tient le rôle d'évaluateur, qui sollicite les sources de données.

S'agissant du choix des méthodes, différentes voies ont été présentées. On comprend que la Commission travaille avec quatre approches méthodologiques, et que les éléments qualitatifs devraient être quantifiés dans la mesure du possible. Il me semble qu'il s'agit là d'une option méthodologique qui nécessite une explication. En outre, il serait intéressant de connaître les options méthodologiques écartées par la Commission. Cette question a toute sa place dans un séminaire consacré au pluralisme des méthodes en évaluation des politiques publiques.

Par ailleurs, il faut s'interroger sur le risque de pression concernant les analyses d'impact, qui peuvent découler d'actions de *lobbying*. Un autre type de pression pourrait consister à remettre en cause l'évaluation d'un risque qui apparaîtrait comme mineur.

De plus, s'agissant de la sensibilisation, se pose la question de la façon dont la Commission sensibilise la population aux risques. La Commission dispose-t-elle d'un pouvoir ou d'une légitimité reconnue pour intervenir, notamment sur les politiques de prévention et d'éducation à la santé ?

Anne AUFFRET

S'agissant de la quantification et de la monétisation, au niveau du choix méthodologique de la Commission, il n'existe aucune obligation de monétiser les impacts sur la santé. L'approche est pluraliste, laissant aux services le soin de décider de recourir à une analyse coûts-bénéfices qui requiert alors une monétisation, pas nécessaire pour l'analyse coûts-efficacité, qui demande de procéder à une quantification des impacts sur la santé. L'analyse multicritères offre une certaine marge de manœuvre et les lignes directrices sur les études d'impact précisent qu'il est possible de réaliser une analyse d'impact de manière qualitative. Dans de nombreuses études, certains impacts n'ont pu être analysés que de cette manière.

Ce débat renvoie à la notion d'étude proportionnée. Nous observons une augmentation du nombre d'études d'impact par an. Notre Direction générale Santé et Consommateurs produit de nombreux textes en matière de sécurité alimentaire. Les lignes directrices proposent un cadre, avec différents niveaux d'analyse, de quantification, selon que l'on traite d'une Directive comme *Reach*, ou de la mise en place d'un système de traçabilité à l'échelle communautaire, qui revêt un caractère plus technique. Il convient de procéder à une analyse proportionnée. Le cas échéant, l'absence de quantification dans l'étude d'impact est justifiée, ce qui permet d'expliquer le processus et d'apporter de la transparence à la décision politique.

En revanche, la monétisation, dans notre domaine de la santé, ne consiste pas en l'attribution d'une valeur à la vie, mais en un consentement à payer pour la réduction d'un risque. Notre Direction générale n'a encore pas procédé à la monétisation d'impacts sur la santé, à laquelle certaines Directions générales sont plus accoutumées. Cependant, la monétisation peut permettre de faciliter la justification d'actions coûteuses. Le Secrétariat général n'insiste pas dans ces avis sur la nécessité d'une monétisation, mais sur la nécessité d'une quantification, quand elle est possible.

Concernant le lien établi avec l'évaluation, une partie de l'étude d'impact est consacrée à la détermination d'indicateurs de suivi et d'évaluation. Nous avons l'obligation de réaliser des évaluations *ex post* tous les cinq ou six ans. L'intégration de cette partie dans l'étude, en commençant au stade de la conception de la politique et en pensant aux indicateurs de suivi, se développe de plus en plus au sein de la Commission. Toutefois, il reste encore à établir un lien plus fort entre les indicateurs définis au stade de l'étude d'impact et les évaluations réalisées après la mise en œuvre d'une initiative. La Commission entend bien renforcer ce lien entre l'étude d'impact et l'évaluation.

S'agissant de l'évaluateur, la Commission précise clairement dans les lignes directrices que les services sont responsables de la rédaction de l'analyse réalisée dans l'étude d'impact. En revanche, nous sommes souvent amenés à externaliser l'analyse, et pour le moins le recueil des données, d'où l'importance de s'appuyer au sein des Directions générales sur des collaborateurs capables de suivre de près l'analyse réalisée et d'apprécier le choix des méthodologies employées.

Par ailleurs, la question du risque est particulièrement importante dans la politique de la Direction générale Santé et Consommateurs, qui traite également de la sécurité alimentaire. Deux éléments doivent être considérés dans le risque : sa probabilité et

son ampleur. Si l'analyse du risque, réalisée par l'EFSA concernant la sécurité alimentaire, ne remplace pas la décision politique de la Commission européenne, elle a vocation à être utilisée dans son étude d'impact.

Concernant la sensibilisation des personnes concernées, nous sommes limités dans notre action en termes de déterminants de santé. Les actions initiées par la Commission dans ce domaine constituent plutôt des stratégies globales et des orientations. Elle joue un rôle de coordination, pour mettre en contact les États membres afin de leur permettre d'échanger des bonnes pratiques et de favoriser la comparabilité des données, la Commission étant limitée par les compétences qui lui sont conférées par le Traité.

Échanges avec les participants

Jean SIMOS

S'agissant de la recommandation sur les environnements sans tabac, ce thème a fait l'objet de la première évaluation complète d'impact sur la santé que nous avons menée à Genève, suivant une méthodologie semblable. Dans certains secteurs, l'impact sur la mortalité est indirect et difficile à calculer, notamment concernant le bruit et les problèmes de propreté découlant de l'interdiction de fumer dans des lieux ouverts au public. Se pose alors éventuellement la question des liens sociaux. L'impact de ces nuisances a-t-il été pris en compte ?

Par ailleurs, quelle méthode d'analyse multicritères utilisez-vous ?

Enfin, comment sélectionnez-vous les thèmes qui feront l'objet d'une évaluation d'impact sur la santé ?

Anne AUFFRET

S'agissant de la recommandation sur les environnements sans tabac, les impacts en termes de bruit, de propreté et de lien social ont été considérés dans l'étude d'un point de vue purement qualitatif, sans être quantifiés. Nous avons tenté d'établir des liens de causalité, que nous avons mentionnés brièvement.

Par ailleurs, concernant la méthode d'analyse multicritères, nous avons utilisé plusieurs critères. Entre autres, un critère de temps pour connaître l'impact à plus ou moins court terme, ainsi que des considérations relatives à la subsidiarité et à l'étendue possible de l'action.

Enfin, les lignes directrices définissent les initiatives concernées par les études d'impact. Le critère de sélection est largement étendu, car il couvre toutes les initiatives ayant un impact potentiel significatif. Les initiatives législatives du programme législatif et de travail de la Commission européenne font toutes l'objet d'une étude d'impact. Concernant ce qui relève du non-législatif et des initiatives ayant trait à la mise en œuvre des législations précédentes, la Direction générale procède à la sélection, en mettant en place des systèmes propres à ses domaines.

Le Secrétariat général de la Commission est informé des études prévues pour l'année à venir. Sur cette base, l'équipe du Secrétariat général demande confirmation aux Directions générales de la liste d'études d'impact qu'elle a établie, ce qui peut donner lieu à une discussion avec la Direction générale concernée.

La Direction générale Santé et Consommateurs a mis en place un outil spécifique, un document d'orientation, qui constitue une petite étude d'impact qui couvre toutes nos initiatives. Dès qu'une unité propose l'idée d'une initiative, elle envoie une étude d'impact sommaire à l'équipe dirigeante, qui permet à cette dernière d'évaluer la pertinence de la réalisation d'une véritable étude d'impact.

Bernard PERRET

La prise en compte des impacts sur les inégalités de santé constitue une préoccupation montante en France. Je comprends que l'aversion aux inégalités n'est pas la même dans tous les États membres et représente une limite forte aux tentatives de monétisation des impacts.

Anne AUFFRET

Nous avons récemment publié sur cette question une communication, avec la Direction générale Emploi, sur les inégalités en santé. Le principal objectif consistait en la collecte de données pour permettre une action dans l'avenir. Il existe peu de données sur les inégalités en santé au niveau européen, ce qui constitue l'obstacle principal. L'aversion, variable, de certains États membres pour les inégalités en santé, pourrait effectivement être considérée comme un obstacle à l'action de la Commission dans ce domaine. C'est pourquoi il s'agit de bien justifier une action dans ce domaine en en définissant précisément les contours. Nous sommes passés plusieurs fois devant le Comité du Secrétariat général en charge du contrôle de la qualité des études d'impact, qui a notamment insisté sur le respect du principe de subsidiarité.

Pierre ARWIDSON

Dans le milieu de la lutte contre l'obésité, il est reproché à la Politique agricole commune de ne pas être bien orientée sur le plan nutritionnel, des subventions étant versées pour la récolte de céréales contenant des matières grasses, plutôt que pour la récolte de fruits et légumes, chers pour le consommateur. Une réflexion est-elle en cours sur cette question ?

Anne AUFFRET

Cette question est intéressante et suscite des discussions au sein de la Direction générale Santé et Consommateurs. Toutes les Directions générales doivent respecter les lignes directrices et étudier tout type d'impacts, y compris les impacts sur la santé. Certaines Directions générales se sont davantage focalisées sur l'étude de certains impacts, plus que sur d'autres, notamment ceux sur la santé.

Des débuts de réflexion ont été lancés sur le soutien que peuvent apporter certaines Directions générales à d'autres, dans leur champ d'expertise, pour favoriser la plus grande prise en compte de certains impacts dans leur politique.

Pour l'élaboration de chaque étude d'impact, un comité de pilotage doit être mis en place, composé des différents départements concernés. Notre Direction générale a récemment suivi de près une initiative de la Direction générale Agriculture sur la qualité des produits et nous essayons d'être impliqués afin que soit prise en compte l'approche santé et d'apporter certaines analyses. La Direction générale Agriculture a commencé à considérer les impacts sur la santé, notamment sur la mise en place des schémas de distribution de fruits gratuits dans les écoles. Certains États membres appliquent des programmes nationaux qui subventionnent la distribution de fruits et légumes dans les écoles, d'autres n'ont rien prévu dans ce domaine. Ainsi, la Direction générale Agriculture voulait-elle promouvoir la consommation de fruits et légumes, mais aussi favoriser cette consommation via un instrument financier de soutien aux actions des États membres, dans un objectif de santé.

Stéphanie BORDES

Je suis chargée de mission au ministère de l'Agriculture et m'occupe de proposer un dispositif d'évaluation socioéconomique dans la gestion des risques sanitaires. Nous menons les mêmes réflexions que vous concernant la méthodologie et la collecte des données, difficile, auprès des États membres. Il s'agit de concepts récents et je souhaiterais savoir quels sont les États membres qui les ont intégrés.

Par ailleurs, quels étaient vos moyens d'action, avant de pouvoir disposer des données ?

Anne AUFFRET

Des recherches ont été menées en Angleterre sur l'impact de certaines mesures sur le comportement des consommateurs, avec une approche plus sociologique de la question. La Foods Standards Agency développe ce genre d'analyses et a réalisé des études d'impact sur la question de l'étiquetage notamment. Des études sont en cours dans les autres États membres mais je ne dispose pas d'une vision suffisamment approfondie de chaque système statistique des États pour vous répondre.

Par ailleurs, lorsque nous ne disposons pas des données, nous pouvons utiliser celles de quelques États membres, ce que nous avons fait pour l'étude sur les environnements sans tabac, avant de procéder, sur cette base, à des extrapolations. Toutefois, à l'échelle des 27, il faut prendre des précautions et clairement expliquer les biais existants. Il s'agit d'une approche pragmatique, à défaut de données.

Véronique MALLET

Nous sommes en France à la veille d'investir le champ des études d'impact. Aussi devons-nous investir au plan humain en termes de ressources et faire évoluer les compétences au sein des administrations en charge des différents secteurs concernés.

De quelles compétences vous êtes-vous dotés pour permettre cette forte croissance du nombre d'études d'impact ?

Anne AUFFRET

Notre cas ne constitue pas forcément la meilleure pratique. Nous souffrons encore aujourd'hui de manques au niveau des ressources humaines, dont nous avons conscience. Mais le recrutement est long à réaliser.

Chaque Direction générale s'est dotée d'une unité transversale. Il faut pouvoir s'attacher les services d'économistes et former des binômes de travail. De plus, le rédacteur de l'étude d'impact détient l'expertise technique. Les autres membres de l'équipe viennent ensuite en appui pour l'analyse économique et, en ce qui concerne le processus, pour apporter une vision stratégique. Un choix stratégique doit être fait pour désigner la personne en charge de la rédaction de l'étude d'impact. Nous avons choisi de confier la rédaction au spécialiste de l'équipe. Toutefois, des Directions générales la confient à des économistes lorsque l'analyse économique est centrale et complexe. De plus, nous avons tenté de mettre en place des formations sur l'analyse économique, afin de donner aux spécialistes une base leur permettant de comprendre les attentes de l'étude d'impact. Des formations ont été délivrées également pour expliquer le processus.

Au niveau politique, certaines options sont parfois privilégiées avant d'avoir procédé à l'analyse d'impact. Il convient d'expliquer notre démarche aux cabinets politiques et de les impliquer dans le processus. Au sein de la Direction générale Santé et Consommateurs, lors du lancement de l'étude d'impact nous invitons le membre du cabinet en charge du suivi du dossier, ce qui s'est avéré productif.

Annie FOUQUET

Je comprends que le lancement d'une étude d'impact s'accompagne de la constitution d'un comité de pilotage de l'étude, composé des personnes parties prenantes. Quel est le rôle de ce comité ?

Anne AUFFRET

En effet, un comité de pilotage est mis en place pour chaque étude d'impact. Ce comité inclut une ou deux personnes de chaque service concerné. Nous organisons des réunions lors du lancement de l'étude. Le Secrétariat général est toujours invité lorsque l'étude concerne des thématiques de santé, de même que le service juridique. Les impacts à identifier déterminent les personnes qu'il convient de convier à une réunion de présentation de l'étude. Il s'agit d'un comité interne à la Commission, qui n'inclut pas les parties prenantes externes. En revanche, nous avons l'obligation de consulter ces parties prenantes au cours de la rédaction de l'étude.

La mise en place de ce comité de pilotage est nécessaire. Il doit être consulté sur la version de l'étude d'impact qui sera envoyée au Comité d'analyse d'impact du Secrétariat général, en charge de vérifier la qualité de nos études. Le compte rendu

de la dernière réunion est transmis au Comité d'analyse d'impact. Ainsi, ce dernier est informé d'éventuels désaccords importants sur la méthodologie employée.

Marie-Claude LAMARRE

S'agissant de la méthode, j'ai le sentiment que des États européens ont avancé dans cette démarche d'évaluation d'impact sur la santé. De plus, il existe de nombreux travaux de la Commission. N'y a-t-il pas un risque de décalage entre une politique paneuropéenne avec des recommandations qui pourraient être reprises par les 27, et les pays les plus avancés ?

Je fais référence au modèle de la Commission de déterminants sociaux de la santé de l'OMS. La Commission a été mise en place par l'OMS et a émis des recommandations qu'elle a diffusées. Ces recommandations ont ensuite été reprises par chacun des États membres, qui procèdent à des analyses et adoptent à leur tour d'autres recommandations en fonction de leurs spécificités culturelles, sociales et organisationnelles. Je crains ce décalage entre une politique au niveau de la Commission, et celles pouvant être mises en place dans les États membres.

Anne AUFFRET

Votre question renvoie au rôle limité joué par la Commission au niveau de la politique de santé. Dans l'exemple des environnements sans tabac, une recommandation du Conseil avait pour objectif de stimuler les États membres pour qu'ils mettent en œuvre une convention-cadre de l'OMS. La Commission a joué un rôle d'aiguillon permettant d'apporter un accompagnement à la mise en œuvre d'une convention et de redonner à la question des environnements sans tabac une dimension et un intérêt politiques. Pour ce faire, nous avons édicté des objectifs à atteindre à destination des États membres et adopté des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de cette convention-cadre. L'Union européenne agit souvent, surtout dans le domaine de la santé, entre le niveau international et le niveau national. C'est pourquoi il est nécessaire de démontrer la nécessité et l'efficacité de nos actions, sur lesquelles le Secrétariat général nous questionne parfois.

Nous avons également un impact sur la santé au travers de la politique de sécurité alimentaire et de celle de protection des consommateurs.

Roland OLLIVIER

Ces études d'impact sont-elles diffusées seulement en interne ou publiées, par exemple au Journal officiel de l'Union européenne ?

Anne AUFFRET

Ces études sont publiques et sont adoptées, avec la proposition, par le Collège des commissaires. Elles sont publiées sur le site du Secrétariat général¹.

(1) http://ec.europa.eu/governance/impact/index_en.htm.

Annie FOUQUET

Y compris les études d'impact négatives ?

Anne AUFFRET

Le Comité d'analyse d'impact envoie aux équipes de l'étude une évaluation, préalablement à l'audition générale de la qualité. Il relève les éventuels problèmes méthodologiques identifiés. Puis l'équipe défend l'étude d'impact devant le Comité. Si ce dernier n'est pas satisfait des changements apportés suite à l'audition, il peut décider que la qualité est trop faible pour que l'étude soit publiée en externe et demande ainsi une re-soumission ou recommande des modifications supplémentaires.

Annie FOUQUET

Une étude d'impact démontrant que la proposition politique n'est pas bonne est-elle quand même publiée ?

Anne AUFFRET

Je ne pense pas que la publication d'une étude d'impact ne partageant pas la proposition politique dans le domaine concerné pose problème. Au contraire, la publication permet d'assurer une certaine transparence et montre que les politiques sont souverains dans leur décision, après avoir considéré tous les impacts. L'étude d'impact permet aux Commissaires de disposer des informations nécessaires pour prendre leur décision en conscience.

Jean TURGEON

J'aimerais formuler une suggestion à Véronique Mallet concernant la composition des équipes ministérielles d'évaluation. Je suggère d'y inclure des personnes possédant une formation et des compétences spécifiques en évaluation de politiques et de programmes.

Une personne est-elle chargée de produire un document homogène sur l'évaluation d'impact sur la santé ?

Anne AUFFRET

Une personne en particulier n'en est pas chargée, mais le mécanisme le prévoit. En effet, le comité de pilotage permet de s'assurer que la Direction générale responsable de la rédaction de l'étude d'impact va prendre en compte les impacts sur la santé de manière transversale, sans en oublier certains. De plus, il existe l'obligation de consulter les parties prenantes. Les Directions générales doivent les consulter au-delà de leur champ de compétence. Le plan de consultation est discuté au sein du comité de pilotage des services.

Enfin, lors de l'évaluation de la qualité, le Comité d'analyse d'impact reprend les différents types d'impacts, par l'intermédiaire des représentants des Directions

générales principalement liées aux trois types d'impacts (économiques, sociaux et environnementaux). D'ailleurs, la Direction générale Environnement a une grande expérience en termes d'étude d'impact sur la santé, notamment sur la pollution de l'air et de l'eau, à l'instar de la Direction générale Emploi pour les aspects sociaux.

Alexandre VISCONTINI

Sur le processus d'élaboration de l'étude d'impact, les parties prenantes sont-elles simplement consultées ou peuvent-elles interpeller les experts ayant travaillé sur ces études ?

Concernant le processus post-étude d'impact, un débat public est-il organisé, entre la publication de l'étude et la décision politique, afin de permettre d'apprécier si le risque mérite ou non d'être pris ?

Anne AUFFRET

La révision des lignes directrices en 2009 a renforcé la prise en compte des commentaires des parties prenantes. Dans la version finale de l'étude d'impact, nous devons expliquer dans quelle mesure nous avons tenu compte des commentaires émis. Nous travaillons dans notre unité à l'élaboration du plan de consultation, pour rendre l'exercice le moins formel possible.

Une fois l'étude publiée, le travail réalisé par la Commission constitue le début de la chaîne de production législative. Un accord interinstitutionnel entre la Commission, le Parlement et le Conseil, et une approche commune, recommandent au Parlement et au Conseil d'évaluer l'impact de leurs amendements. L'an dernier, nous avons reçu du Parlement et du Conseil quelques demandes de réévaluation des impacts de changements d'option. Aucune méthode n'a encore été établie pour ce faire, notamment en termes de ressources.

Une approche qualitative et quantitative de l'évaluation d'impact sur la santé du projet d'agglomération franco-valdo-genevois

Jean SIMOS, directeur du Groupe de recherche environnement et santé à l'université de Genève

1. Le projet d'agglomération franco-valdo-genevois

1. Les enjeux

Le premier enjeu du projet d'agglomération est lié aux échanges transfrontaliers. Près de 50 000 frontaliers résident dans la zone concernée par le projet. Les échanges les plus nombreux s'effectuent de la France ou du canton de Vaud vers Genève. On dénombre 500 000 passages de frontière par jour dans cette zone, et les mouvements pendulaires entre le canton de Vaud et Genève sont aussi très nombreux.

Les mobilités s'expliquent par :

- la nature du système économique local et de l'urbanisme actuel ;
- la tendance à la poursuite de la croissance du transport individuel motorisé ;
- la tendance à l'étalement urbain favorisée par un haut niveau de revenu ;
- le déséquilibre important dans la répartition habitat/emplois, les emplois étant surtout situés dans l'agglomération genevoise, les habitants surtout en France voisine.

Genève rassemble environ 15 000 fonctionnaires internationaux, dont près de la moitié habitent en France, ce qui a des incidences en termes de pression sur le niveau des loyers dans la région, mais aussi en termes environnementaux, les constructions ayant tendance à recouvrir le moindre terrain disponible dans cette zone.

Ce périmètre se caractérise en outre par l'existence d'une zone agricole dont le maintien est souhaité. Près de la moitié du canton de Genève est en zone agricole protégée.

2. Le projet

Le projet n'est pas uniquement porté par la Suisse. Il fait partie des projets de coordination de métropole retenus pour recevoir un financement de la part de l'État français. Il concerne deux cantons suisses, Genève et Vaud, deux départements français, la Haute-Savoie et l'Ain, ainsi que la région Rhône-Alpes. La zone s'étend sur 1 900 km², regroupe 204 communes dont 112 françaises et 92 suisses, abrite environ 800 000 habitants et compte quelque 400 000 emplois.

L'organisation du projet d'agglomération comporte un comité de pilotage, une équipe projet et un comité de projet. Celui-ci se compose de neuf représentants français et neuf représentants suisses. C'est un projet placé sous l'égide du Comité régional franco-genevois (CFRG), structure de coordination des relations entre Genève et la France voisine créée en 1973.

Les visions stratégiques du projet d'agglomération consistent à :

- partager un espace de vie commun ;
- maintenir et développer une qualité de vie dans un cadre attractif ;
- développer une gouvernance à l'échelle de l'agglomération – ce qui fait cruellement défaut aujourd'hui ;
- renforcer la vocation internationale de l'agglomération franco-valdo-genevoise – objectif partagé par tous les acteurs.

Les initiateurs du projet ont voulu construire ensemble un développement durable pour la région, cette notion de développement durable étant le fil conducteur de l'ensemble du projet.

Ce dernier fait partie des grands projets de la région Rhône-Alpes, soutenus par des financements régionaux. Il reçoit également un financement fédéral en Suisse et un financement départemental en France.

Le schéma d'agglomération s'articule autour de trois axes :

- l'urbanisation ;
- la mobilité ;
- l'environnement.

Chacun de ces axes donne lieu à des projets précis, sous forme de fiches action, dans le cadre de politiques de services liées à la formation, au social, au système de soins, à la culture, à l'économie, à l'agriculture, au logement, à l'environnement, à la mobilité et à l'urbanisation.

Le schéma d'agglomération est la traduction spatiale des objectifs du projet, avec la vision à l'horizon 2030 d'une agglomération compacte, multipolaire et verte. En vingt ans, une augmentation de 25 % du nombre d'habitants et du nombre d'emplois est visée.

II. La méthodologie d'évaluation d'impact sur la santé utilisée

1. Les objectifs de l'évaluation d'impact sur la santé dans le cadre du projet d'agglomération

Les objectifs sont définis pour chaque évaluation d'impact sur la santé. Ils consistent à :

- prendre en compte de manière optimale et précoce au niveau du processus décisionnel du projet d'agglomération des préoccupations de promotion de la santé de la population en analysant le projet par rapport aux déterminants de la santé ;

- prendre en considération les besoins spécifiques des groupes de la population les plus vulnérables du point de vue sanitaire. Selon le principe de minorité, ce qui est favorable à ces groupes vulnérables en termes d'aménagement l'est aussi, dans la plupart des cas, pour le reste de la population ;
- proposer des orientations stratégiques « santé » pour les différents chantiers du projet d'agglomération dans une perspective de développement durable (avec indicateurs de suivi).

2. Méthodologie

Nous nous appuyons en termes de méthodologie sur le consensus de Göteborg pour les études d'impact sur la santé (EIS). Celui-ci compte six étapes :

- sélection ;
- cadrage et analyse sommaire ;
- évaluation ;
- rapport ;
- prise de décision ;
- suivi/post-évaluation.

Cette méthodologie est clairement inspirée de l'évaluation d'impact environnemental.

3. Contexte institutionnel des études d'impact sur la santé à Genève

Il me semble important de comprendre le contexte institutionnel pour expliquer les choix méthodologiques, notamment en ce qui concerne la prééminence du quantitatif et de la monétarisation par rapport au qualitatif.

Notre démarche de mise en place des EIS remonte à 2003. Nous nous trouvions alors dans un contexte budgétaire tendu, ce qui nous a incités à trouver des moyens plus efficaces pour promouvoir la santé. Dans notre analyse, les EIS sont un outil efficace pour promouvoir la santé en amont.

Travailler sur un projet d'aménagement du territoire comme le projet d'agglomération nous permettait d'agir à la source. Par ailleurs, la mise en œuvre des EIS au niveau local est l'un des objectifs prioritaires de la phase IV du programme européen Villes-santé de l'OMS auquel Genève a pris part. Nous avons également tenu compte de l'intérêt marqué par d'autres partenaires suisses (canton du Jura, canton du Tessin, ONG...). Nous voulions enfin saisir l'opportunité du projet de loi genevois sur la santé, inspiré par la loi québécoise sur la santé publique adoptée en 2002.

Nous nous sommes efforcés de convaincre les décideurs politiques, en l'occurrence le ministre de la Santé genevois, d'ajouter un article à la loi, dont le projet a été déposé en juillet 2004, sur les obligations de l'État et des communes. Cet article 4.2 précise que lorsqu'un projet législatif peut avoir une influence sur la santé, le Conseil d'État (gouvernement cantonal) doit l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé. Cette formulation était très restrictive.

Les travaux parlementaires menés dans le cadre de la Commission de la Santé n'ont pas soulevé de problème particulier. Mais au moment du vote article par article, la discussion s'est engagée sur les conséquences de l'article 4.2. Les députés craignaient qu'il s'agisse d'un obstacle administratif de plus aux projets de construction ou autres activités économiques. Trois amendements ont été déposés, dont l'un proposant la suppression de l'alinéa a été voté en premier et accepté. Immédiatement après, les députés minoritaires au sein de la Commission, convaincus de l'importance de l'article, ont agité la menace d'un référendum. Pour trouver un consensus, le ministre de la Santé a proposé un nouvel amendement qui a été accepté en 2005 et qui prévoyait que si un projet législatif était susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le gouvernement pouvait décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé, l'évaluation devenant alors facultative. En avril 2006, lors de l'examen du projet de loi en séance plénière du Parlement, un amendement a proposé de revenir à la version originale, qui prévoyait une évaluation obligatoire. Les députés ont refusé cette formulation trop contraignante, dans la mesure où tout projet peut avoir un impact sur la santé. La loi est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2006.

C'est dans ce contexte que nous avons entrepris notre EIS sur le projet d'agglomération à partir de 2007. Nous attendions de disposer d'une base légale pour cela. Nous avons travaillé en collaboration étroite avec nos « alliés » de l'Environnement, qui avaient déjà initié une évaluation environnementale stratégique, spécificité genevoise en matière de projets d'urbanisme.

Compte tenu des difficultés politiques que nous avons rencontrées, il était important pour notre première application d'apporter des éléments qui n'étaient pas uniquement qualitatifs mais aussi quantitatifs, et surtout monétarisés. Nous avons tenu à souligner cet aspect, contrairement à nos partenaires du réseau européen Villes-santé, qui privilégient le qualitatif et le communautaire pour définir l'impact des projets. Bon nombre d'entre eux sont méfiants vis-à-vis du quantitatif et de l'approche monétarisée.

4. Principales thématiques traitées

Les thèmes privilégiés dans la phase de cadrage du projet d'agglomération ont été :

- l'amélioration de la qualité des systèmes de transport. Objectif : la promotion de transports favorables à la santé ;
- l'encouragement de la densification urbaine. Objectifs : a) promouvoir la mixité fonctionnelle, b) favoriser l'émergence d'espaces publics extérieurs et de loisirs de proximité ;
- l'augmentation de la sécurité du trafic. Objectif : améliorer la sécurité routière ;
- la réduction des atteintes à l'environnement. Objectif : améliorer la qualité de l'air et prévenir les effets du bruit.

La méthodologie générale retenue pour l'évaluation du projet d'agglomération, pour la santé mais aussi pour tous les autres impacts, consistait à comparer deux scénarios de référence modélisés avec deux échéances, l'horizon 2020 et l'horizon 2030 :

- un scénario de tendance, qui consiste à laisser faire et à envisager l'évolution sans le projet d'agglomération ;
- un scénario tenant compte du projet d'agglomération, qui se déroule en deux phases : le scénario multipolaire jusqu'à l'horizon 2020 et par la suite un scénario de développement compact et multipolaire, privilégiant la densification de la ville.

III. Les résultats obtenus par l'évaluation d'impact sur la santé

Dans le cadre de l'EIS, nous avons procédé à l'estimation du coût engendré par l'inactivité physique. Nous nous sommes appuyés pour cela sur les résultats des évaluations du risque sanitaire, ce qui nous a permis de chiffrer les conséquences de certains facteurs et leur évolution à partir d'extrapolations et d'hypothèses. Nous avons fait l'économie d'une analyse de sensibilité longue et fastidieuse. En effet, à chaque étape, nous avons pris l'hypothèse la plus conservatrice, qui implique l'impact le plus défavorable. Pour chaque facteur quantifié ou monétarisé, nous retenons le minimum de la fourchette.

Nous avons donc avancé diverses hypothèses d'encouragement aux déplacements doux (marche, vélo), de promotion de l'activité physique, et avons évalué les bienfaits qu'ils peuvent apporter pour la santé (mortalité évitée...).

Concernant la mixité fonctionnelle, nous avons procédé par une appréciation du degré d'association entre habitants et emplois au regard des évolutions possibles pour les différents types de lieux (cœur d'agglomération, zone urbaine centrale, zone urbaine périphérique, centres régionaux, centralités locales, villages). Nous nous sommes livrés à une évaluation quantitative mais non monétarisée, faute de disposer d'éléments pour cela.

Pour ce qui est des espaces publics extérieurs, nous nous sommes livrés à une appréciation qualitative.

L'évaluation de l'impact de la sécurité du trafic, elle, est monétarisée, de même que l'impact de la pollution de l'air sur la santé ainsi que celui des nuisances sonores dues au trafic.

Nous avons réalisé des tableaux synoptiques à partir des évaluations quantitatives, l'un à horizon 2020 et l'autre à horizon 2030, en fonction de nos deux scénarios, ce qui permet de faire apparaître les écarts.

Concernant les évaluations quantitatives relatives aux espaces publics extérieurs, nous avons retenu, pour le scénario « laisser faire », les problèmes liés à la situation actuelle. Pour le scénario « projet d'agglomération », nous avons fait apparaître que les atteintes sur le paysage freinent le projet d'agglomération. Nous avons retenu plusieurs types d'impacts :

- le maintien de connexions et la continuité paysagère ;
- la requalification des espaces publics ;
- le développement de nouveaux espaces et des lieux publics ;

- la mise en réseau des espaces publics avec les réseaux de mobilité douce.

Il était important de faire apparaître ces résultats de manière synoptique puisqu'il s'agit des principaux messages à faire passer aux décideurs politiques. Parmi ces messages, nous indiquons que la mise en œuvre du scénario « projet d'agglomération » par rapport au scénario « laisser faire » devrait permettre une économie en matière de coût sanitaire de l'ordre de 55 millions d'euros par an pour l'horizon 2020 et d'environ 100 millions d'euros par an pour l'horizon 2030. Ce résultat nous permet de communiquer de manière simple et efficace, même s'il ne concerne qu'une partie des impacts (les impacts monétarisés).

Notre démarche a abouti aux recommandations suivantes. Nous encourageons les politiques à :

- promouvoir l'implémentation complète des mesures prévues dans le projet d'agglomération à travers la mobilité douce et œuvrer au renforcement du transfert modal vers la mobilité douce et les transports collectifs ;
- accompagner la mise en œuvre des mesures du projet d'agglomération prévues pour les transports collectifs et la mobilité douce par des interventions spécifiques au niveau des aménagements routiers et par un renforcement des mesures de sécurisation de la mobilité et de leur respect (conformément aux hypothèses retenues pour calculer les impacts des accidents de la route) ;
- promouvoir activement les mesures visant à augmenter la mixité des usages ;
- favoriser un développement des espaces publics facilement accessibles ;
- prévoir dans le projet d'agglomération – ce que nous n'avons pas pu faire à ce stade, le projet n'étant pas suffisamment avancé – le développement d'équipements de proximité à caractère social (crèches transfrontalières, etc.), sanitaire, économique et culturel, et orienter les futures étapes de l'EIS sur le projet d'agglomération vers ces volets socio-sanitaires.

IV. Perspectives

L'utilisation de l'évaluation de l'impact sur la santé lors de la conception d'un projet d'aménagement tel que le projet d'agglomération nous a permis :

- d'identifier de manière précoce les différents enjeux de santé – ce travail était important pour sensibiliser notamment les urbanistes ;
- d'illustrer les liens existants entre la santé et l'aménagement du territoire ;
- de sensibiliser les décideurs au coût pour la santé que pourrait représenter telle ou telle option d'aménagement ;
- de développer une collaboration avec l'évaluation environnementale stratégique, afin de déboucher sur des synergies et des coalitions pouvant s'avérer utiles.

Je terminerai en évoquant le programme 2009-2011 qui est en cours de mise en œuvre par la plateforme suisse sur les EIS, plateforme regroupant les cantons intéressés et une ONG suisse qui en assume la coordination, EquiTerre, et est

soutenu par Promotion Santé Suisse (équivalent de l'INPES en Suisse). Je vous invite, pour en savoir plus, à consulter le site www.impactsante.ch.

Je signale enfin qu'un projet de loi fédérale sur la prévention est en discussion. Les auditions relatives à ce projet vont débiter en Suisse. Il devrait contribuer à la dynamique d'extension des EIS.

En guise de postface, je citerai les propos de John Kemm, grande figure du domaine des EIS : « il n'y a pas de meilleure façon de faire une EIS. Chacune doit être conçue de manière appropriée eu égard à la question à laquelle elle a l'intention de répondre ».

Mon dernier point concerne les inégalités. Dans tout projet, il y a des gagnants et des perdants. L'équité exige cependant que les impacts soient équitablement distribués. Comme l'affirme John Kemm, les impacts négatifs doivent incomber à ceux qui, ayant le plus de ressources, sont les plus aptes à les supporter, alors que les impacts positifs devraient profiter à ceux dont les ressources sont les plus faibles.

[Jean TURGEON, Ph.D, professeur titulaire, Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé \(GÉPPS\), École nationale d'administration publique du Québec, *discutant*](#)

J'ai préparé mon intervention à partir de l'information contenue dans un document trouvé sur le site Internet du projet d'agglomération franco-valdo-genevois, prenant connaissance en même temps que vous de la présentation de Jean Simos.

Je tiens avant tout à situer cette évaluation d'impacts dans le contexte français. D'après ce que j'ai compris, l'étude n'a pas été réalisée au niveau du diagnostic : le projet d'agglomération était déjà lancé lorsque l'étude a été demandée. Les objectifs poursuivis sont présentés dans l'EIS. Les options possibles ne sont pas listées, en dehors du statu quo. Les motifs du recours à une nouvelle législation sont bien couverts. Les incidences prévisibles du dispositif sont très présentes, on a parlé notamment de mortalité évitée à horizon 2020 et 2030. L'évaluation des conséquences économiques, financières, sociales, environnementales, des coûts et bénéfices financiers attendus est bien couverte, dans plusieurs dimensions. En revanche, l'EIS présentée comporte peu de données concernant les consultations menées. Il s'agit, selon moi, du point faible de cette évaluation d'impact sur la santé, notamment quand on connaît l'importance que revêt la consultation dans un pays comme la France. On note enfin que des budgets supplémentaires sont demandés afin de poursuivre l'EIS dans le temps et suivre les effets réels de la mise en place du projet d'agglomération.

Il est important de souligner que cette EIS s'inscrit dans le cadre d'une évaluation environnementale stratégique. Nous avons rappelé ce matin que ces évaluations environnementales sont apparues beaucoup plus tôt que les EIS. Le problème des EIS liées de très près à l'évaluation environnementale est que souvent, on ne s'intéresse alors qu'à la dimension physique de la santé et que l'on privilégie la quantification. La quantification n'est pas mauvaise, elle est même nécessaire, mais nous avons aussi besoin de qualitatif. Les recommandations faites suite à l'évaluation

d'impacts sont toutes liées à des données quantitatives, aucune ne correspond à des données qualitatives. Les EIS de ce type ne considèrent généralement que l'impact des activités anthropiques sur la qualité des écosystèmes naturels et les effets directs en termes de risques sur la santé. On se limite au domaine de la santé physique. L'avantage est que l'on peut s'appuyer sur des données existantes et accessibles. L'inconvénient est que l'on néglige certaines dimensions de la santé, dont la santé mentale, parce qu'il est plus difficile de la cerner à partir de données quantitatives.

Je rappelle également que la charte de la Société française de l'Évaluation identifie sept principes, dont celui de pluralité qui précise que « l'évaluation s'inscrit dans la triple logique du management public, de la démocratie et du débat scientifique ».

- **La dimension managériale, correspondant aux préoccupations du client**

Les préoccupations du client ont été prises en compte par l'EIS présentée. Ce projet s'inscrit dans le cadre de politiques, en France comme en Suisse. Le contexte institutionnel a été largement décrit. Le budget de l'évaluation et les ressources humaines mises à disposition ne sont pas précisés.

- **La dimension scientifique**

Cette dimension est particulièrement bien couverte dans l'EIS. Le projet est très bien ficelé, les hypothèses sont étayées par les annexes, la transparence est totale. Les données quantitatives sont plus abordables. On prend en compte le vieillissement démographique de populations hétérogènes. J'ai été frappé de la façon dont sont qualifiés les groupes vulnérables. Il est question des jeunes, des personnes âgées, des personnes à mobilité réduite... mais je n'ai pas vu apparaître de distinctions du point de vue économique. Or si l'on parle des inégalités sociales, il faut aussi pouvoir identifier les populations pauvres, notamment.

- **la dimension démocratique**

Cette dimension nécessite que l'on distingue les consultations menées dans le cadre de la formulation du projet de celles menées dans le cadre de l'EIS. L'EIS ne donne aucune information sur cette dimension démocratique.

Par ailleurs, nous aimons beaucoup, dans le domaine de l'évaluation, modéliser les problématiques. Je me suis donc livré à une tentative de modélisation partielle de ce que Jean Simos nous a présenté.

(Un schéma est projeté)

Dans le projet d'aménagement urbain, on insiste beaucoup sur la mixité des fonctions, la mixité sociale. Les chaînes de causalité et les hypothèses qui les sous-tendent sont très bien expliquées. L'EIS évoque plusieurs déterminants de la santé en matière de mixité : logement, activité physique, habitudes de vie... Le projet d'agglomération s'intéresse plus particulièrement à la mixité fonctionnelle, sociale, aux transports publics, à la mobilité douce, au trafic routier. Par hypothèse, on indique que si le trafic routier augmente, cela a un impact négatif sur la qualité de l'air, et que si la qualité de l'air est mauvaise, la condition physique se détériore. Toutes ces hypothèses sont bien présentées dans l'EIS. Dans la chaîne de causalité, plus on s'éloigne

de la santé, plus il est difficile de prouver le lien existant entre, par exemple, la mixité fonctionnelle et la santé ou la mixité sociale et la santé, en « passant » par la cohésion sociale. Un tel schéma peut être critiqué en ceci qu'il simplifie la réalité et que la vérification de ses hypothèses se réalise généralement par l'utilisation de tests statistiques. Certes, mais si on ne travaille pas un minimum avec de tels schémas, il y a risque de tomber dans le « tout qualitatif », qu'il est très difficile, par la suite, d'utiliser pour persuader les politiques du lien entre l'intervention projetée et son effet attendu.

Concernant le choix des indicateurs, j'ai relevé l'exemple de l'objectif qui consiste à favoriser l'accès à des emplois sains et sécurisés. L'indicateur retenu dans l'étude est le taux de chômage.

Le taux de chômage est-il le bon indicateur de l'accès à des emplois sains et sécurisés ? On peut se poser la question. Les sources de données étant multiples, il convient en outre de veiller à ce que l'indicateur soit défini de la même manière, en France et en Suisse, par l'INSEE et les autres instituts, sur les différents territoires, etc. De plus, il faut s'interroger sur la disponibilité des données et leur capacité à traduire les évolutions en termes notamment d'inégalités sociales. L'unité territoriale suffit-elle pour réaliser des calculs statistiques pertinents ?

On sait que les inégalités liées à la santé et à l'environnement s'avèrent être un moyen de désignation de la pauvreté de plus en plus courant. Nous le constatons dans nos études, au niveau de la distribution de la pollution sur le territoire, de l'accès aux logements de qualité, de l'accès aux environnements urbains sans criminalité ou encore à l'offre d'aliments sains. Il existe aujourd'hui des instruments permettant de mesurer ces phénomènes, à l'instar du HDMT, *Healthy Development Measurement Tool*. Ces instruments réfèrent à des hypothèses complexes, afin d'associer l'intervention projetée à la santé, pour lesquelles la quantification est plus difficile. La mesure des inégalités sociales de santé exige également des données compilées ou pouvant être regroupées sur une « petite » base territoriale (par exemple par quartier), ce qui permet de mieux faire le lien entre inégalités sociales et inégalités vis-à-vis de la santé et de l'environnement.

Revenons au cas du projet d'agglomération franco-valdo-genevois. En matière de préservation de la qualité de l'air, l'indicateur retenu dans l'EIS présentée est le nombre de jours par année marqués par un dépassement des valeurs limites de NO₂. Parmi les indicateurs non retenus figure la proportion des ménages vivant à moins de 150 mètres d'une route et celle des ménages vivant à moins de 150 mètres d'une source stationnaire de pollution. On peut s'imaginer pourtant que la relation entre ces indicateurs et les inégalités sociales est assez forte. Les habitants des beaux quartiers de Paris ne sont pas les mêmes que ceux des bords du périphérique, et les conséquences sur leur santé ne sont pas négligeables.

J'ai relevé pour conclure les points forts de l'EIS présentée et ceux qui méritent d'être éclairés. En ce qui concerne les points forts, je souligne :

- la prise en compte des déterminants de la santé autres que l'environnement augmente la portée de l'évaluation environnementale stratégique ;

- une méthodologie transparente, identifiée dans le détail, avec des hypothèses simplificatrices mais très bien appuyées par la littérature – généralement à partir de données probantes et des recommandations d’organismes reconnus tels que l’OMS ou l’Union européenne, qui présentent de façon systématique des indicateurs à suivre.

En ce qui concerne les points de l’EIS qui méritent d’être éclairés :

- un seul scénario conservateur a été retenu – Jean Simos a expliqué dans son exposé que ce choix est destiné à faciliter la conviction des politiques ;
- des recommandations sont faites sur des objectifs pour lesquels il existe des données quantitatives, mais sont absentes en ce qui concerne les données qualitatives ;
- aucune information n’est donnée sur la dimension démocratique ou participative de l’évaluation d’impact sur la santé ;
- l’étude manque d’éléments concernant le suivi des inégalités de santé.

Jean SIMOS

Si l’aspect participatif n’est pas mentionné dans ma présentation ni dans le document dont vous avez eu connaissance, c’est parce qu’il est postérieur à la mise en circulation de ce cahier. Il s’inscrit dans le processus de consultation du projet d’agglomération lui-même. Les conclusions des évaluations d’impact et d’autres études sectorielles ont fait partie de ce qui a été présenté lors d’une série de réunions publiques en plusieurs endroits, en présence des élus et de la population. Ces réunions ont été organisées deux à trois mois avant l’adoption par le comité de pilotage du rapport soumis à la Confédération. Cette consultation s’est déroulée sous la forme d’ateliers décentralisés d’une demi-journée. Nous étions à chaque fois invités à présenter nos travaux et à entendre les réactions qu’ils ont provoquées. La démarche de consultation était donc globale et ne concernait pas spécifiquement l’évaluation d’impact sur la santé.

Une série de fiches d’action accompagnent le rapport lui-même. La fiche 81 concerne les EIS et prévoit un suivi qui aurait dû être mis en œuvre dès 2009. Il n’en a rien été et nous allons contacter l’équipe projet afin de savoir pour quelles raisons (NB : ce contact eut effectivement lieu en février 2010 ; il s’avère que la programmation du suivi EIS devrait se faire dans le second semestre 2010).

En ce qui concerne la santé mentale, et plus globalement le côté « approche qualitative », je tiens à préciser que je ne suis absolument pas un quantitativiste forcené. En tant que spécialiste des méthodes multicritères, je me caractérise justement par la prise en compte du qualitatif. Nous avons volontairement forcé le trait, notamment sur la monétarisation, pour promouvoir un nouvel outil et surmonter les réticences des politiques, en démontrant que le projet pourrait avoir une influence positive sur l’évolution des coûts de la santé, sujet brûlant en Suisse. Il s’agit d’un choix stratégique assumé.

En ce qui concerne les populations précarisées et les inégalités économiques, le problème est qu'à ce stade du projet d'agglomération, seul un plan directeur d'aménagement du territoire régional a été élaboré. Nous en sommes encore à un niveau très conceptuel et pas encore à celui de l'action qui nous permettrait de cibler davantage des populations fragilisées du point de vue économique. Même au niveau de l'étape suivante, nous serons encore trop en amont pour tenir compte des groupes précarisés économiquement. C'est ce qui explique que nous nous soyons bornés à certains grands principes au niveau du qualitatif.

Je remercie Jean Turgeon pour la modélisation qu'il nous propose, car elle manquait à notre présentation. Généralement, toute évaluation d'impact débute par l'élaboration d'un modèle logique. Il aurait été trivial d'en bâtir un dans notre étude dans la mesure où les grands domaines d'appréciation étaient pratiquement les mêmes pour tout le monde. Il s'agissait de critères de développement durable que l'Office fédéral du développement territorial oblige tout projet d'agglomération à prendre en compte. Nous avons privilégié parmi eux ceux pour lesquels l'impact sur la santé était le plus visible. Il n'est pas apparu nécessaire d'établir de modèle logique, puisque le cadrage allait de soi. Mais Jean Turgeon a raison : il faut toujours commencer par présenter une modélisation logique, notamment dans la phase de cadrage, pour savoir ce qui sera évalué ensuite.

La composition de l'équipe n'est pas mentionnée, pas plus que le chiffrage des ressources internes. Au total, cinq personnes sont intervenues dans le cadre de l'EIS, mais de façon très partielle. En termes de profils, je suis personnellement ingénieur de l'École polytechnique, et j'étais entouré d'un géographe, d'un biologiste, d'un économiste et d'un politologue. L'interdisciplinarité est capitale pour l'évaluation d'impact sur la santé. Il faut des économistes, mais en proportion limitée, pour ne pas risquer de basculer dans la monétarisation à outrance. J'interviens dans le cadre d'un autre projet, pour l'évaluation économique de la prévention et de la promotion de la santé. Les équipes mandatées pour ce projet ont fait du bon travail, en se basant notamment sur des études canadiennes et australiennes. Le problème est qu'il n'est pas toujours possible de reproduire ce modèle : les données ne sont pas nécessairement disponibles et ne permettent pas toujours la monétarisation. En outre, la recherche systématique d'un retour sur investissement peut s'avérer une obsession malsaine. Il faut éviter de tout ramener à une logique coût-bénéfice en matière de santé, car elle peut conduire à une simplification extrême de la réalité.

Certains indicateurs n'ont pas pu être retenus alors qu'ils sont préconisés par le HDMT mis au point par la ville de San Francisco et l'université de Berkeley, en raison du manque de données. Nous sommes restés pragmatiques et avons privilégié les indicateurs pour lesquels nous étions certains de disposer de données. Le dépassement en matière d'ozone donne une indication générale assez pertinente pour le territoire. Il s'agit d'un pis-aller.

En ce qui concerne le scénario unique, il nous a été imposé. À l'origine, la coordinatrice générale du projet d'agglomération était ouverte au fait de proposer différentes options et d'appliquer une méthode multicritères pour choisir la plus intéressante. Mais les données de base sur lesquelles nous devons travailler pour quantifier notamment l'impact sur la santé sont arrivées tardivement. Lorsqu'elles ont enfin été

disponibles, il n'était plus possible d'établir différentes options. Mais il existait bien un consensus pour examiner différentes hypothèses.

Quant au suivi des inégalités, j'estime qu'il s'agit d'un point à améliorer dans notre démarche. Il est en effet au cœur des évaluations d'impact sur la santé. Il n'a pas été très souvent mis en œuvre jusqu'à présent. L'INPES doit publier prochainement une étude mentionnant quelques éléments liés aux luttes contre les inégalités, dont les EIS, mais ces derniers restent d'après moi nettement insuffisants.

Échanges avec les participants

Léopold CARBONNEL, Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale, région PACA

J'aimerais voir évoquer la mise sur agenda de l'EIS dans le contexte décrit. Dans la loi suisse, l'étude d'impact sanitaire est facultative en cas de projet de loi. En quoi le projet d'agglomération genevois mobilise-t-il un dispositif législatif ? Vous avez évoqué le contexte suisse. Comment cette initiative, provenant plutôt du côté suisse, a-t-elle été reçue et comment les acteurs français l'ont-ils perçue ?

Jean SIMOS

Il ne s'agit pas d'un processus suisse mais genevois. La Suisse possède en la matière peu ou prou les mêmes caractéristiques que l'Union européenne. Les cantons sont des États et la santé est de compétence principalement cantonale, même si la centralisation des compétences au niveau fédéral s'accroît. Les systèmes de soins restent cantonaux. Tous les cantons pratiquement se sont dotés d'une loi sur la santé. Lors du débat sur l'adoption de la loi à Genève, l'un des arguments des motionnaires qui souhaitaient revenir à une version plus contraignante de la loi consistait à souligner que l'inscription d'une possibilité donnée au gouvernement dans la loi était inutile, celui-ci étant toujours en capacité de procéder à une évaluation, même si la loi ne l'indiquait pas. Cet argument fait fi du constat que, actuellement, la première question qui se pose dans les mécanismes de contrôle de l'administration est de savoir quelle est la base légale de telle ou telle action. Sans cette base légale, aucun projet ne peut être mené à bien faute de financement. Il est capital que la loi fasse mention de cette possibilité car elle nous donne les moyens d'agir. Nous avons notamment pu faire valoir cette base légale auprès des urbanistes.

Le projet d'agglomération intervient en amont d'une série de mesures législatives et de loi ultérieures destinées à harmoniser le système de gouvernance, les systèmes français et suisse étant pour l'heure incompatibles.

Côté français, le projet n'a pas vraiment été perçu ! Il a été surtout vécu comme une démarche « exotique » suisse, une lubie et n'a suscité aucune réaction. Nous avons eu beaucoup de mal à obtenir des données, non pas en raison d'une quelconque mauvaise volonté, mais simplement parce que les données équivalentes n'existent

pas. Les évaluations de risques, notamment en ce qui concerne le bruit, sont totalement absentes en France voisine. Nous avons été obligés de prendre des données suisses et de les extrapoler.

Renée POMARÈDE, secrétaire générale du Haut Conseil de la santé publique

Je m'interroge sur la temporalité du projet. Le projet d'agglomération s'étend-il jusqu'à 2030 ? Combien de temps a pris l'évaluation d'impact ? Dans quelle période pensez-vous réaliser l'évaluation *ex post* ? Quand allez-vous mesurer les effets sur la santé ?

Jean SIMOS

Le projet s'étend bien jusqu'à 2030 mais la plupart des infrastructures seront achevées en 2020. La densification de la ville compacte se poursuivra jusqu'en 2030. Nous nous concentrons pour notre part sur les conséquences aux horizons 2020-2030.

L'évaluation a pris pratiquement une année, le dossier ayant été déposé fin 2007 à l'Office fédéral du développement territorial.

L'évaluation *ex post* devrait donner lieu à un suivi après quatre à cinq ans, afin de nous intéresser sur ce qui aura été mis en place ou non. Nous aurions dû commencer dès la fin 2009, mais nous avons pris du retard. La dimension prospective de l'EIS concerne surtout la première phase – la faisabilité – du projet d'agglomération. Si l'on considère l'ensemble du processus de mise en œuvre du projet, on peut parler d'une évaluation concomitante. En effet, nous accompagnons les promoteurs du projet phase après phase.

Nicolas PRISSE, Direction générale de la Santé

Merci beaucoup pour votre présentation. En prenant la fourchette basse de chacune de vos évaluations, vous estimez atteindre un niveau de certitude assez fort. Néanmoins, compte tenu de la qualité variable des données, assortissez-vous vos conclusions de remarques qualitatives sur le niveau de preuve et la certitude ou non de voir les hypothèses se vérifier ?

Jean SIMOS

Votre question se rapporte à l'un des quatre principes de l'évaluation d'impact sur la santé, l'utilisation éthique de données probantes. Il importe que l'ensemble des calculs soient présentés de façon transparente. Nous expliquons chacune de nos hypothèses par rapport aux données probantes disponibles. Les hypothèses se succédant, nous n'avons pas estimé un niveau de risque quantitatif, mais nous savons qu'il y a très peu de chances que le résultat final soit en dessous de la fourchette basse évoquée. En revanche, nous renonçons à estimer le haut de la fourchette.

Il s'agit d'un procédé pragmatique adapté au cadre des ressources et du temps disponibles. Pour être plus rigoureux en termes de méthode, il conviendrait de

prendre pour chaque élément une fourchette estimée à partir d'un *minimum minimorum* pour la borne basse, et du *maximum maximorum* pour la borne haute, compte tenu des incertitudes existant concernant les données probantes, qui ne sont la plupart du temps que des probabilités de résultat.

Pierre LARCHER, Direction générale de la Cohésion sociale

Cette dernière remarque répond parfaitement à une question légitime concernant le fonctionnement de la Commission européenne. Les accumulations d'incertitudes aboutissent à un tel niveau qu'elles ne débouchent finalement jamais que sur un avis d'expert. Si l'on borde toutes les hypothèses dans le même sens, on sait au moins dans quel sens évolueront les réalités ultérieures. Cette démarche me semble assez saine.

Jean SIMOS

Je pense en effet que nous nous situons ainsi du côté de la sécurité.

Véronique MALLET

On peine, en France, à faire émerger la promotion de la santé autrement qu'à travers les discours. Cette illustration me semble éclairante de la façon dont il est possible d'interpeller le politique au niveau d'une ville ou d'une agglomération, en mettant en évidence des impacts de long terme sur la santé. Il me semble que les démonstrations scientifiques, techniques et surtout monétisées pèseront plus sur les décisions publiques que la parole des sans voix au travers des méthodes participatives. Cela démontre que nous pouvons progresser sur le chemin de traduction concrète des démarches de promotion de la santé.

Jean SIMOS

C'est également une question de contexte culturel. Chez les Anglo-Saxons, la notion de participation de la communauté est établie depuis beaucoup plus longtemps, et le mécanisme de consultation est universellement accepté. Il est alors plus aisé de prendre en compte l'avis de la communauté.

Pour la première étude d'impact santé complète que nous avons réalisée, sur le tabagisme passif, nous nous sommes fortement inspirés de l'exemple de la ville de Brighton. Celle-ci a utilisé les mêmes données probantes que nous mais elle a beaucoup insisté sur la participation communautaire, au travers de grands forums qui ont permis aux citoyens de prendre la parole en la matière. Aucune quantification n'a été réalisée par Brighton, alors que la dimension « participative » était absente de notre évaluation. Nous avons organisé la participation à l'étude de la société, certes, mais à travers des ONG ou des syndicats, de manière indirecte. Organiser des forums citoyens n'aurait pas eu le même impact. Nous avons axé une partie de notre EIS sur le tabagisme passif dans l'administration, en procédant à une monétarisation, puisque la notion de perte de productivité était la préoccupation principale de plusieurs ministères. Nous n'avons pas du tout fait appel à la participation communautaire.

Louise SAINT-PIERRE, Institut national de santé publique du Québec

Je travaille au sein d'un centre pancanadien intervenant en matière de politiques publiques favorables à la santé. L'une de nos activités consiste à promouvoir la pratique de l'évaluation d'impact sur la santé appliquée aux politiques. Deux paradigmes supportent une telle pratique :

- la protection de la santé, axée sur la gestion des risques ;
- la promotion de la santé.

Jean Simos a indiqué que l'on s'intéressait à la fois aux aspects négatifs possibles et aux aspects positifs possibles. À cet égard, la pratique plus souple qui se développe en Europe est évaluative, parce qu'il faut chercher des données probantes, mais sert aussi à sensibiliser les décideurs en dehors du secteur de la santé. La notion de modèle logique, même si les chaînes de causalités sont complexes, permet d'échanger sur la compréhension du lien entre les déterminants et les politiques, et favorise à moyen et long terme un changement de culture. J'attire l'attention sur le risque qui consiste à s'arrêter aux difficultés méthodologiques, qui sont considérables, en oubliant les bienfaits pour la promotion de la santé que peut apporter ce mécanisme intersectoriel.

Jean SIMOS

Nous avons parlé de la situation en 2007. La tenue de cette réunion aujourd'hui, trois ans plus tard, est des plus réjouissantes quant à la façon dont la problématique de l'EIS progresse en France. Il y a trois ans, la sensibilisation des élus au niveau régional était nulle, de même que celle des autres professionnels. La question de la formation des acteurs est capitale. Jusqu'à une période récente, on faisait la confusion en France entre l'EIS – *Health Impact Assessment* – et l'étude de l'impact sanitaire telle qu'elle a été introduite par la loi sur la protection de l'air en 1996, qui est une évaluation des risques (*Risk Assessment*). Nous nous sommes souvent basés sur les résultats de ces évaluations du risque sanitaire pour construire notre évaluation d'impact sur la santé. L'an dernier, lors de l'université d'été de la Santé publique à Besançon, pour la première fois, un module sur les évaluations d'impact sur la santé était proposé. Il sera reconduit lors de la prochaine édition de juillet prochain. Les documents étayant cette formation sont disponibles et peuvent être adressés aux participants qui seraient intéressés par cette thématique.

Marie-Claude LAMARRE, UIPES

Bien que les Français aient tendance à l'autoflagellation, il faut souligner qu'il existe en France des études intéressantes. Le projet de prospective en santé à l'horizon 2030 de l'INPES s'inscrit dans cette thématique, avec un groupe d'experts intersectoriels et des contributions internationales. Il s'agit d'une initiative qui mérite également d'être partagée. Nous nous inscrivons dans une perspective de long terme qui démontre que nous savons aussi nous éloigner du réactif et privilégier le prospectif.

Véronique MALLET

Les conclusions de cette étude intitulée « Santé 2030 – Prévention 2010 » seront disponibles dans six mois.

Jean TURGEON

J'aimerais souligner le chemin parcouru en France depuis les douze dernières années sur ce thème de l'évaluation. Je me souviens d'avoir donné une formation à l'ENA en 1997 sur l'évaluation des politiques et des programmes. Seuls une vingtaine d'externes étaient présents dans la salle. Les élèves issus du concours interne savaient parfaitement que cette formation n'avait aucun intérêt. Aujourd'hui, nous sommes rue de Martignac pour parler d'évaluation d'impact sur la santé...

L'évaluation d'impact sur la santé du code de la sécurité routière au Québec : le cas du téléphone cellulaire au volant

Étienne BLAIS, professeur à l'École de criminologie, université de Montréal

L'avis de santé publique que je vais présenter a été élaboré il y a environ trois ans, alors que je travaillais pour l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il s'inscrit dans le cadre de la loi 54, introduite en 2002, par laquelle le ministre de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a une responsabilité envers le Premier ministre et doit lui faire part de différentes recommandations pour promouvoir la santé et prévenir toutes sortes de traumatismes. C'est donc le MSSS qui nous a demandé de produire un avis de santé publique sur les effets du téléphone cellulaire au volant.

Pourquoi un tel avis ? Il se trouve tout d'abord qu'au Québec, nous avons accompli d'importants progrès en matière de sécurité routière. Dans les années 1970, nous avons atteint des records en termes de mortalité, avec plus de 2 000 morts par an sur les routes. Aujourd'hui, ce chiffre n'est plus que de 600 morts, pour une population de 7 à 8 millions d'habitants. Mais ce bilan stagne depuis les années 2000. Les progrès avaient été réalisés en s'attaquant à l'alcool au volant et en obligeant les individus à attacher leur ceinture de sécurité. Aujourd'hui, le bilan routier ne s'améliore plus au même rythme et l'une des possibles causes de cette stagnation serait les distractions lors de la conduite du véhicule. Nous allons évoquer le cellulaire, mais on peut se demander s'il est plus dangereux d'utiliser son téléphone que d'utiliser son lecteur MP3 ou de se maquiller au volant... Nous pourrions en débattre suite à ma présentation.

1. Objectifs

Mon but est de vous sensibiliser aux enjeux de santé publique liés à l'utilisation d'un téléphone cellulaire en conduisant. Nous verrons si cette utilisation présente un risque. Je souhaite également montrer l'importance de la synthèse systématique pour documenter l'effet d'un tel stimulus sur la santé publique. Je vais en outre démontrer l'importance d'intégrer plusieurs populations d'études : études en laboratoire, études épidémiologiques, analyses d'impact de lois, etc. pour dresser un portrait de l'effet du cellulaire sur la conduite automobile. Enfin, je soulignerai la nécessité de proposer des recommandations basées sur des preuves scientifiques, ce que nos ministres ont assez peu tendance à faire, ce qui peut avoir des conséquences néfastes sur la santé de la population.

II. Méthodologie

Pourquoi s'intéresser au téléphone cellulaire comme source de distraction ? Au Québec, dans le cadre d'une commission parlementaire, le ministre convoque plusieurs groupes d'intérêt : des associations de conducteurs automobiles, l'Association canadienne des télécommunications sans fil, le Regroupement des assureurs automobiles et l'INSPQ, mandaté pour donner son avis sur les enjeux du cellulaire au volant. Mais tous les organismes ne cherchent pas nécessairement à proposer des recommandations cohérentes avec la littérature servant à promouvoir la santé et la sécurité de la population. Il existe plusieurs points de vue et une multitude d'arguments que nous devons aborder dans notre avis pour faire véritablement le tour de la question et répondre aux interrogations soulevées.

Plusieurs positions ont été émises. L'une d'entre elles consiste à affirmer qu'en dépit de l'augmentation du nombre de cellulaires en circulation, le bilan routier s'est amélioré. On peut ainsi considérer que d'autres facteurs peuvent influencer sur le bilan routier bien avant le téléphone mobile. Une autre consiste à considérer le cellulaire comme une distraction parmi tant d'autres (maquillage, écoute de la radio, discussion avec les passagers...). Plusieurs théories ont aussi été proposées pour expliquer la performance des conducteurs. Selon la théorie de l'homéostasie du risque, ils seraient en mesure de reconnaître le risque associé à une conduite et d'adapter leur comportement en conséquence, ce qui permet de ne pas accroître le risque de collision. Selon le modèle des ressources multiples, l'utilisation du cellulaire est une tâche principalement vocale et auditive, et la conduite, une tâche principalement visuelle et biomécanique. Les ressources des deux comportements n'étant pas en compétition, nous serions en mesure de les réaliser sans diminuer notre performance lors de la conduite. Or, ces modèles n'ont pas été mis à l'épreuve des faits. Il faut réellement s'intéresser aux données pour voir quel modèle s'applique dans le cas du cellulaire au volant. D'aucuns peuvent par ailleurs souligner les biais dans les méthodes d'estimation du risque, le fait que l'utilisation du cellulaire est peu documentée dans les rapports d'accidents ou bien que les méthodes ne permettent pas de déterminer si la collision chez un utilisateur de cellulaire est survenue avant l'acquisition de ce dernier (dans un tel cas, l'ordre causal des événements est inversé).

D'un point de vue scientifique, seule une synthèse systématique en la matière, visant à calculer un effet global de l'utilisation du cellulaire sur le risque de collision, permet de cumuler l'ensemble des preuves scientifiques. La synthèse systématique doit s'efforcer dès le départ de cibler les enjeux scientifiques et politiques, et de formuler des objectifs cohérents avec les limites de la recherche scientifique.

Nous avons retenu six objectifs principaux:

- évaluer l'effet du cellulaire sur les tâches requises à la conduite ;
- établir le risque pour la santé et les usagers du réseau routier ;
- distinguer les effets selon les dispositifs (vérifier si le dispositif mains-libres est aussi ou moins dangereux que le combiné) ;
- émettre des recommandations sur l'usage du cellulaire ;

- vérifier si le risque est comparable à celui généré par d'autres dispositifs télématiques (système de guidage ou ordinateur portable intégré au véhicule) ;
- proposer des mesures efficaces pour contrer le problème du cellulaire au volant.

III. Synthèse systématique

La synthèse systématique est une méthodologie qui permet de présenter un bilan quantitatif des résultats d'une littérature en particulier. De manière générale, la synthèse systématique pose un regard épidémiologique sur la méthodologie et les résultats d'une population spécifique d'études (ici, nous avons fait l'exercice avec plusieurs populations spécifiques) afin d'arriver à un consensus sur un sujet donné.

Les différentes étapes de la synthèse systématique sont les suivantes :

- tout d'abord, les objectifs doivent être explicites et rationnels. Le débat scientifique et politique a été soulevé dès le départ et les objectifs fixés étaient cohérents avec les limites de la littérature scientifique ;
- il convient ensuite de sélectionner des études respectant certains critères d'éligibilité. L'objectif est non seulement de produire une synthèse des connaissances, mais aussi une synthèse basée sur des études valides. Seules les études les plus rigoureuses scientifiquement seront alors sélectionnées ;
- il faut troisièmement aborder la stratégie de recherche de manière à intégrer l'ensemble de la littérature afin de dresser un portrait précis de la situation ;
- quatrièmement, chaque étude sélectionnée sera analysée en lien avec les critères d'éligibilité et le rapport devra expliquer la raison pour laquelle certaines études n'ont pas été retenues. Pour chaque étude, on s'efforcera de déterminer les caractéristiques de l'échantillon retenu et de chercher le maximum de nuances dans les caractéristiques étudiées ;
- enfin, dans la mesure du possible, des méthodes quantitatives devront être utilisées pour analyser les résultats et le rapport sera structuré de telle façon qu'une autre personne puisse le reprendre et parvenir aux mêmes résultats et conclusions.

Dans la rédaction de notre avis, afin de respecter les étapes de la synthèse systématique, nous avons utilisé à la fois des expressions anglaises et françaises pour repérer les études. La majorité des études empiriques est publiée en anglais.

Nous avons consulté 12 bases de données où les études scientifiques sont répertoriées. Nous avons également mis en place un comité scientifique pour nous aider dans la recherche des documents, l'identification des questions pertinentes, et pour repérer la littérature « grise » (documents non indexés dans les bases). Nous avons en outre consulté plusieurs sites Web.

Au total, nous avons examiné 2 105 documents traitant de l'effet du cellulaire sur la santé et la sécurité de la population, dont 236 ont fait l'objet d'une analyse plus détaillée et ont été considérés comme pouvant être inclus dans la synthèse systématique.

Nous avons également classé les études en catégories. Des études expérimentales ont été réalisées en laboratoire à l'aide de simulateurs de conduite, sur circuit fermé, voire en contexte réel, consistant à mesurer la performance du conducteur avec et sans utilisation du cellulaire. Certaines études épidémiologiques établissent le risque associé à un tel comportement. Nous disposons d'études de terrain, pour lesquelles des véhicules ont été instrumentés de manière à collecter des informations sur les conversations du conducteur au téléphone ou avec le passager, des caméras permettant d'enregistrer les comportements du conducteur et d'établir quelles sont les sources de distraction qui peuvent générer des situations problématiques, voire être à l'origine d'accidents.

Une quatrième sorte d'études concerne l'évaluation des lois et des autres mesures de prévention en matière de conduite avec un cellulaire.

Nous avons défini des critères d'inclusion pour retenir les meilleures études. L'un d'entre eux est relatif aux études expérimentales. Souvent, dans ces études, les participants doivent réaliser plusieurs fois leur parcours routier, l'expérimentateur générant des conversations au téléphone cellulaire, ce qui aboutit à une détérioration de la performance. Le problème est que si le stimulus de la conversation arrive toujours au même moment, un effet d'apprentissage peut apparaître. Il faut donc utiliser des stratégies pour distinguer cet effet de l'effet de distraction. Nous avons exclu toutes les études qui n'utilisaient pas de telles stratégies.

Nous avons codé les résultats des études expérimentales. Ainsi, lorsqu'un effet est mesuré, il est codé 1 s'il s'agit d'un effet négatif sur la conduite, 0 si l'effet est neutre, et -1 si le cellulaire a un effet positif sur la conduite – car certains affirment que dans un environnement monotone, l'utilisation d'un cellulaire permet de rester éveillé. Le coefficient de 5 % correspond à la probabilité de se tromper si l'on affirme qu'il existe un lien entre l'utilisation d'un cellulaire et la conduite automobile. Ce critère statistique est reconnu par la communauté scientifique et fut utilisé pour classer les effets (1, 0 ou -1). Nous avons dénombré tous les effets et calculé un effet global non standardisé, correspondant au portrait de la situation à partir de l'ensemble des études. Nous avons également distingué et codifié les effets selon les tâches (cognitives, biomécaniques, visuelles), ainsi que les caractéristiques des participants. Pour les études sur le risque de collision, les méthodologies étant différentes, nous avons proposé une analyse plus descriptive des résultats.

IV. Résultats de la synthèse et propositions de recommandations

Nous avons trouvé 53 publications contenant 64 expérimentations mesurant l'effet de l'utilisation du cellulaire sur 335 indicateurs de performance. Ces résultats ont fait l'objet d'une codification (1, 0 ou -1). En moyenne, les études évaluaient l'effet du cellulaire sur cinq indicateurs de performance (par exemple, la capacité du conducteur à maintenir une distance de sécurité, à rester au centre de la voie, à repérer des stimuli visuels dans l'environnement, à résoudre des équations mathématiques...).

À l'exception de deux études, toutes les autres rapportent une baisse de la performance sur l'un des indicateurs mesurés. On peut déjà constater que l'utilisation

du cellulaire entraîne une détérioration de la performance. On constate également que 66 % des effets sur la performance sont négatifs, 32 % sont neutres et 2 % sont positifs. Si l'on se base sur un type de méta-analyse existant, calculant le nombre d'effets et le répartissant dans chaque catégorie, on observe que la catégorie dans laquelle les effets sont les plus nombreux est celle des effets négatifs. On peut donc affirmer que, de manière générale, l'utilisation du cellulaire entraîne une détérioration de la performance au volant, et cette observation est conservatrice, car certaines études ne permettent pas d'identifier d'effets sur le plan statistique, notamment en ce qui concerne l'utilisation d'un dispositif mains-libres par rapport à un appareil tenu en main. Nous y reviendrons.

Plus précisément, tout porte à croire que si l'on réalise moins bien certaines tâches cognitives, cela pourrait avoir des répercussions sur les tâches biomécaniques ou visuelles. Nous avons donc calculé la proportion d'effets négatifs par étude et établi une moyenne. Les deux tâches les plus affectées par l'utilisation du cellulaire sont les tâches cognitives et les tâches visuelles. 82 % des effets sont négatifs lorsqu'on demande à une personne de réaliser une tâche cognitive tout en utilisant un téléphone cellulaire. Elle met plus de temps à réagir, elle commet des erreurs de jugement face à un obstacle sur la route. Le pourcentage d'effets négatifs est de 80 % pour les tâches visuelles. La personne est moins à même de distinguer des stimuli dans l'environnement routier, consulte moins les instruments de bord et son balayage visuel (champ de vision) est restreint. Dans la majorité des cas, les automobilistes qui ont participé aux études reconnaissent que la tâche de conduite est beaucoup plus difficile lorsque l'on parle au cellulaire au volant, mais ils n'adaptent pas leur comportement pour autant.

En ce qui concerne les effets de l'utilisation du dispositif mains-libres, nous avons comparé les études entre elles sur la base du stimulus. Dans 8 études, on évaluait l'effet du cellulaire tenu en main. Dans 38 études, l'estimation portait uniquement sur le dispositif mains-libres. Dans 18 études, les deux dispositifs étaient traités. Peu importe le dispositif utilisé lors de l'expérimentation, on constate des effets négatifs semblables dans tous les cas.

Que retenir des études expérimentales ? Tout d'abord que l'utilisation du cellulaire au volant détériore la performance du conducteur. Les effets sont principalement observés sur les tâches visuelles et cognitives. Aucune adaptation du comportement ne se produit, même en cas de reconnaissance du risque. Les automobilistes sont capables de voir que les tâches sont plus difficiles et plus risquées lorsqu'on utilise un cellulaire, mais on ne constate aucune amélioration tout au long du parcours. Il n'existe donc pas d'effet d'apprentissage ni d'adaptation pour compenser l'incidence du cellulaire.

Nous avons également consulté des études épidémiologiques qui permettent notamment d'estimer le risque de collision associé à l'utilisation du cellulaire au volant. Nous nous sommes alors rendu compte que les automobilistes possédant un téléphone cellulaire, qu'ils l'utilisent ou non en conduisant, courraient davantage de risques de collision. De même, les utilisateurs de cellulaire au volant multiplient par quatre leur risque de collision. Cette menace est similaire à celle d'un conducteur dont les capacités seraient réduites par l'alcool ou en excès de vitesse. Que l'on se serve d'un

combiné ou d'un kit mains-libres, le risque reste démultiplié par quatre. Quels que soient les protocoles de recherche utilisés, nous aboutissons toujours au même résultat, ce qui tend à prouver l'effet réel de cette menace.

Une étude réalisée par l'université de Toronto (Canada) montre qu'un automobiliste qui utilise un téléphone cellulaire a dix fois plus de risque de ne pas s'arrêter à un stop. Par ailleurs, nous savons désormais que l'usage de dispositifs sans fil constitue la principale source de distraction d'un automobiliste. On peut, par conséquent, conclure sur ce point : l'utilisation de téléphone portable au volant constitue un facteur de distraction, affectant les tâches biomécaniques, cognitives et visuelles des conducteurs.

Le modèle de conduite validé par la synthèse systématique implique une interdépendance entre les différentes tâches. Toutes les informations que le cerveau reçoit sont envoyées à nos membres, créant cette interdépendance des fonctions. Moins les performances visuelles et cognitives sont élevées, plus le risque d'accident croît. Inversement, plus les performances sont élevées, moins les chances de collision sont nombreuses.

Après avoir consulté plusieurs bases de données, nous avons émis des recommandations, et notamment l'interdiction totale des téléphones cellulaires pendant la conduite, sachant qu'ils ne constituent pas une aide mais détériorent les performances du conducteur. Nous préconisons également une réglementation des accessoires installés dans les véhicules. Nous évoquions précédemment les facteurs de distraction des automobilistes. À l'instar du Japon, il paraît important de réguler toutes les pratiques constituant des facteurs de distraction. Actuellement, les policiers ne documentent le cellulaire comme cause d'accident que de manière sporadique. Nous souhaitons que cela puisse évoluer par la modification du rapport d'accident.

Les policiers, souvent, nous expliquent que nos recommandations ne sont pas applicables en pratique. En effet, la détection de dispositifs mains-libres semble délicate. Nous pensons, pour notre part, qu'une réglementation inciterait une partie de la population à modifier son comportement. Les forces de l'ordre pourraient arrêter les automobilistes en masse, suivant l'exemple de ce qui avait été réalisé lors de l'obligation du port de la ceinture de sécurité, pour signaler que l'usage d'appareils cellulaires n'est plus toléré.

Au Japon, les constructeurs automobiles doivent prouver que leurs produits n'affectent pas les tâches essentielles à la conduite. L'on peut d'ailleurs restreindre l'accès au téléphone pendant que le véhicule est en mouvement. Les autorités publiques pourraient également interdire l'usage de téléphones cellulaires en voiture à leurs employés.

Les passagers, les bébés, manger, fumer constituent autant de facteurs de distraction. Sur ces mots, je laisse la parole à Bernard Perret.

Bernard PERRET, Conseil général de l'environnement et du développement durable, *discutant*

Les exemples susnommés illustrent la capacité des analyses à éclairer à la fois les débats entre spécialistes et les enjeux de société. Si les dangers du téléphone cellulaire commencent à être largement admis en France, je crains que beaucoup de personnes continuent de penser que les dispositifs mains-libres ne constituent aucun facteur de risque. Au sein même de mon ministère, je ne suis pas certain que chacun soit persuadé de ce fait. Avant de revenir sur l'étude elle-même, je souhaite m'intéresser aux synthèses systématiques. À mon sens, cette pratique n'est pas assez développée en France, notamment pour évaluer les politiques publiques. Seules les études réalisées par la Haute Autorité de Santé suivent ce protocole. Les intérêts des synthèses systématiques sont pourtant évidents, permettant :

- de fonder une orientation politique sur un ensemble d'études et donc d'augmenter la fiabilité des recommandations ;
- de rentabiliser les documents en donnant une seconde vie à des études onéreuses, peu, voire mal utilisées ;
- de constituer des corpus de connaissances sur les actions publiques, en les inscrivant ainsi dans une histoire. Généralement, les études se succèdent, l'une faisant oublier l'autre ;
- de contrôler et de mettre en place des critères de validité et des jugements quantitatifs.

La réalisation de synthèses permet donc d'accroître la qualité des évaluations.

La politique de la Ville a généré nombre de travaux. Les tentatives de synthèses ont toujours été décevantes au regard de leur hétérogénéité. Peut-être faudrait-il élargir le corpus en intégrant notamment des études descriptives ?

L'étude présentée comporte deux aspects : l'un épidémiologique avec l'analyse des facteurs de risque liés à l'utilisation de téléphones cellulaires au volant, et l'autre méta-évaluatif, proposant un retour sur les mesures répressives qui ont été prises.

Dans le cas des études épidémiologiques, le contexte est favorable puisque l'évaluation porte sur des modifications de comportements universels. La comparaison d'études sur les mesures à mettre en œuvre se révèle plus complexe du fait de la nécessaire prise en compte du contexte national. Nous ne possédons que peu d'informations sur l'effectivité de la répression et sur la perception de la police dans les différents pays. Les contingences culturelles sont plus difficiles à neutraliser et rendent la synthétisation des études difficile. Je m'interroge tout de même : pourquoi ne pas utiliser ce genre de pratiques pour établir des évaluations plus participatives, intégrant des parties prenantes et la population ? Quand bien même une synthèse serait particulièrement bien rédigée, l'opinion du lobbyiste demeurerait inchangée. Ne serait-il pas intéressant de coupler une évaluation pluraliste, participative avec une étude de synthèse, dont les débats associeraient l'ensemble des parties prenantes ?

Étienne BLAIS

Pourquoi ne pas avoir associé les groupes d'intérêt à cette étude ? Les échanges avec les lobbyistes existent déjà. J'appartenais, en fait, à l'un des quarante groupes qui ont remis des recommandations. Nous n'avons cependant pas réussi à convaincre l'Association canadienne des télécommunications sans fil, qui militait pour une interdiction partielle et défendait les dispositifs mains-libres. Cette association ne regarde pas le nombre de vies sauvées mais réfléchit en fonction du chiffre d'affaires généré. En complément de ces études, nous pouvons effectivement proposer une démarche qualitative en recueillant l'opinion des personnes. Les objectifs sont différents mais complémentaires. Les études qualitatives exigent une approche plus inductive qui permet de situer le débat politique en fonction des différents organismes participant au processus de consultation.

Nous espérons que notre programme d'étude actuel pourra bénéficier de subventions. Les recommandations seront basées sur des preuves scientifiques. Je pense que les recherches qualitatives s'inscrivent en parfaite continuité avec les présents travaux.

L'on parle d'une généralisation des méthodes de méta-analyse. L'un des moyens serait justement incarné par les synthèses systématiques prospectives. Nous avons ainsi tenté d'établir les risques associés à un comportement et de mesurer l'efficacité de la mise en place d'une réglementation pour sauver des vies. Beaucoup réalisent ce type d'étude à l'aide d'évaluations rétrospectives. Ainsi, de nombreuses synthèses systématiques revenaient sur l'efficacité des radars, sur l'utilisation de la ceinture de sécurité... À chaque objectif que l'on se fixe correspond une synthèse systématique. Deux organismes publient des synthèses systématiques sur la sécurité routière mais également sur les blessures involontaires : The Campbell Collaboration et The Cochrane Collaboration. La première structure est davantage spécialisée dans les problématiques en sciences sociales et la seconde dans les études médicales. Vous pourrez trouver plusieurs exemples de synthèses systématiques sur leurs sites Internet¹, qui constituent de bons modèles pour une première réalisation.

Vous avez également abordé, dans votre question, l'aspect qualitatif. Si l'on ne peut pas quantifier les résultats d'études qualitatives, nous sommes tout de même en mesure de réaliser une analyse plus narrative, qui regrouperait les concepts clés ou les observations réalisées sur le terrain. L'on peut également appliquer des critères de diversification pour savoir si les populations sont plus ou moins favorables aux mesures. Beaucoup d'études qualitatives ont été menées pour le cancer du sein et les techniques de dépistage. Nous cherchions à connaître les raisons pour lesquelles certaines femmes ne pratiquaient pas l'auto-examen. Avec ces recherches, nous avons pu améliorer nos programmes d'intervention. Dans les faits, empirisme et qualitatif ne s'opposent pas.

Il ne faut pas craindre la prise de risques intellectuels. Certains de mes collègues aujourd'hui présents pourraient qualifier notre étude d'hérétique, sachant que nous avons adopté une démarche inductive à partir de données quantitatives. Nous avons construit notre modèle après avoir réalisé une synthèse des travaux existants. Ce

(1) www.campbellcollaboration.org ; www.cochrane.org.

modèle s'impose comme le mieux adapté pour répondre aux problématiques portant sur l'utilisation des téléphones cellulaires au volant, la performance et le risque de collision. Le développement des connaissances est lié à la prise de risques intellectuels. Le défi concerne l'analyse prospective et l'efficacité des mesures. Culturellement, en effet, les populations sont plus ou moins réceptives à la répression ou aux campagnes de sensibilisation. Une nouvelle génération de synthèses commence ainsi à émerger, nommées « synthèses réalistes ». À partir de données probantes, nous arrivons à rédiger une synthèse, portant sur les différentes manières de déployer les ressources sur le terrain et d'optimiser l'efficacité de nos interventions. Si un problème est identifié et que des mesures efficaces sont proposées, alors une forme de complémentarité se créera entre les scientifiques et les intervenants intéressés par la prévention et l'application de ces mesures.

Les Latins semblent moins réceptifs à la législation que les Anglo-Saxons. Dans tous les cas, on constate les réticences des populations lors de l'introduction de nouvelles interdictions. Quand l'alcool au volant a été interdit en France, les citoyens ont vivement réagi de la même manière qu'ils ont protesté contre la mise en place de radars photographiques. Aujourd'hui, la population se déclare plutôt satisfaite de ces mesures. L'opinion publique devient souvent favorable à une mesure dès lors que celle-ci a démontré son efficacité. Dans les années 1960, les Québécois ont ainsi reconnu le danger de l'alcool au volant. Aujourd'hui, personne ne remet en cause le seuil minimal fixé par la loi. L'opinion publique peut évoluer si une mesure est jugée utile et ne tend pas à cacher une taxe qui viendrait remplir les caisses de l'État. D'abord réticents à la mise en place de radars, les gens sont désormais convaincus de leur efficacité.

Échanges avec les participants

Robert PICCOLI, Délégation à la sécurité routière

J'ai bien compris que nous entrons prochainement dans une période électorale. Ce qui nous intéresse aujourd'hui, l'enjeu du débat, porte sur la méthode.

L'utilisation du téléphone cellulaire est interdite en France dans les véhicules mais les dispositifs mains-libres restent légaux. La Caisse nationale d'assurance maladie recommande, pour sa part, de ne pas les utiliser.

Vous évoquez le cas des radars. Si en France le nombre annuel de morts sur la route est redescendu à 4 300, c'est en partie grâce aux radars venus compléter les mesures de prévention comme le permis à points. La répression fonctionne donc.

Les dispositifs mains-libres représentent actuellement un sujet de préoccupation mais les débats sont toujours contradictoires. Dans un pays latin comme la France, de grandes chances existent que seule la répression soit efficace.

Étienne BLAIS

Peu d'évaluations des programmes ont été réalisées afin de mesurer l'efficacité des lois interdisant l'utilisation du combiné téléphonique au volant. Quant aux examens

des textes existants, ils ne sont pas crédibles, ne respectant pas les critères scientifiques les plus contraignants. En matière de téléphone cellulaire, le défi consiste à détecter les infractions. Les policiers sont assez réticents sur la possibilité d'appliquer une loi. À mon avis, les forces de l'ordre pourraient réaliser des contrôles de prévention mais également mettre en place des barrages routiers.

Stéphane PAUL

Ma question concerne la méthode utilisée pour l'étude. J'ai été frappé par le nombre important de publications initialement collectées. Aviez-vous défini un objectif au préalable ?

Étienne BLAIS

Ma réponse est négative. L'objectif de la synthèse ne doit pas être dénaturé, le portrait doit rester global. Nous ne voulons pas établir un constat sur quelques études sélectionnées au hasard ou de manière arbitraire. Il faut considérer toutes les études publiées sur notre sujet.

Nous pouvons, par ailleurs, mettre à jour notre synthèse systématique et vérifier si des études publiées ultérieurement viennent changer les conclusions.

Françoise SCHAETZEL, inspecteur général des Affaires sociales

Ma première question sera la suivante : pourquoi le téléphone cellulaire ? Je m'interroge sur l'articulation entre l'impact sur la santé d'une politique de sécurité routière et l'évaluation des risques. Pourquoi ne pas s'être appesanti sur le maquillage ? Sur les discussions avec les passagers, parfois plus dangereuses ?

Ma seconde question concerne le modèle conceptuel que vous avez utilisé et les liens qu'il entretient avec l'analyse logique menée avant l'étude. Les critères que vous avez individualisés pour exclure ou adopter un article ont-ils été déterminés « sur mesure » ou sont-ils universels ?

Étienne BLAIS

Dès le début de l'analyse, nous avons identifié les modèles conceptuels qui se confrontaient : ceux qui se réfèrent à l'étude des facteurs de distraction d'un automobiliste, ceux qui reconnaissent l'interdépendance des tâches dans la conduite, homéostasie du risque, etc. Tous les modèles conceptuels proposant une explication entre la distraction au volant et le risque de collision furent considérés. Par la suite, nous avons identifié des critères de rigueur scientifique propres à nos études. En ce sens, il n'y a pas de critères universels. Ces derniers doivent plutôt être développés de manière à retenir les études les plus rigoureuses scientifiquement.

Alors pourquoi les téléphones cellulaires plutôt que le maquillage ? En fait, cette requête émanait du ministre. Les sondages montrent que les Canadiens considèrent l'utilisation des téléphones portables comme un enjeu majeur de la sécurité routière. Le sujet est « à la mode » contrairement aux autres facteurs de risque.

À la question, « l'utilisation d'un téléphone portable au volant constitue-t-elle une source importante de distraction, et non un facteur mineur ? », nous pouvons répondre que le téléphone quadruple les risques de collision, ce qui n'est pas le cas pour les autres facteurs. La présence d'un passager tend à responsabiliser la conduite des automobilistes, qui adaptent leur comportement et prennent ainsi moins de risques. Quand la route requiert davantage d'attention, le passager, conscient de la situation, va, de lui-même, cesser la discussion. Avec un téléphone portable, l'interlocuteur ne comprend pas les interruptions de parole et relance son partenaire. La radio, pour sa part, n'a aucun effet sur la conduite : écouter de la musique n'implique pas de réfléchir ou d'agir. Les conséquences de l'utilisation d'un téléphone en voiture se mesurent aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Plus un conducteur poursuit sa conversat

ion, plus il s'expose aux risques.

Bernard PERRET

En observant les évaluations qui portent sur la sécurité routière et sur les luttes contre le tabagisme et l'alcoolisme, je m'interroge sur les questions de méthodologie. Les mesures, en effet, ne sont prises qu'au moment où l'opinion publique a changé.

Étienne BLAIS

Lors d'une évaluation, nous cherchons à comparer les situations *post* et *ante* mesure. Une bonne évaluation d'impact doit établir cette comparaison pour jauger les écarts qui se sont éventuellement produits entre le point initial et la réalité après la mise en œuvre d'un règlement. Par exemple, nous sommes en mesure d'affirmer que les vitesses moyennes de même que les collisions ont diminué suite à l'implantation des radars photographiques en France. Par contre, nous pouvons nous demander si les radars fixes ont produit le même effet que les radars mobiles.

Pour mener à bien nos évaluations, nous devons donc documenter les actions mises en place afin de bien comprendre la logique derrière les effets d'une mesure. Dernièrement, nous avons évalué l'effet d'un relâchement d'environ 60 % dans l'émission de constats d'infraction (procès-verbaux) par les policiers de la ville de Québec, Canada. Il s'agit d'un moyen de pression visant à accélérer les négociations de leur nouveau contrat de travail, car la ville est ainsi privée de revenus. Alors que le maire affirmait que l'émission de constats était un service essentiel à la prévention des collisions, les policiers clament plutôt qu'une interception suivie d'un avertissement produit le même effet. Le constat ne serait pas essentiel. Ils renchérissent en soulignant que la population n'aurait pas été au courant de la situation si les médias n'en n'avaient pas parlé. Bref, s'il se produit plus de collisions, ce n'est pas de leur faute. Nos analyses ont permis de démontrer que les constats sont essentiels. Une hausse des collisions d'environ 10 % survient dès le début des moyens de pression et la médiatisation de la situation n'a débuté qu'un an après.

Il est donc très important de combiner les informations pour avoir une représentation exacte de la situation et de bien comprendre les résultats observés.

Clôture

Jean-Pierre BALCOU, chef de la Mission qualité de la norme,
Secrétariat général du Gouvernement

Didier HOUSSIN, directeur général de la Santé

Jean-Pierre BALCOU

Je souhaite, tout d'abord, adresser mes remerciements aux organisateurs de ce séminaire, à savoir la Direction générale de la Santé, la Société française de l'Évaluation et le Centre d'analyse stratégique.

Vous pourriez vous étonner qu'intervienne un représentant du Secrétariat général du Gouvernement, point central de l'activité normative du gouvernement. Nous sommes en charge de coordonner les préparations des projets de loi et des projets de décret présentés à la signature du Premier ministre. Nous mettons également à la disposition du locataire de Matignon une assistance juridique. Par ailleurs, nous coordonnons les études d'impact sur les projets de loi, désormais obligatoirement assortis d'une telle analyse. Les services du Premier ministre ne préparent pas ces études, mais coordonnent et programment le travail, en veillant notamment au respect d'une méthodologie commune à l'ensemble des ministères pour répondre le mieux possible aux exigences de chaque destinataire.

1. Les enjeux de la santé publique

Dans un premier temps, je vais revenir sur la question de la santé, qui se pose aujourd'hui dans l'ensemble des politiques publiques.

Lors d'un colloque sur les inégalités en matière de santé organisé le 11 janvier 2010, Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des Sports, appelait de ses vœux une approche transversale et multidisciplinaire pour aborder les enjeux de santé publique. Les propos qu'elle a tenus me semblent tout à fait révélateurs de cette problématique actuelle, je cite : « Le ministère de la Santé n'a pas vocation à imposer aux autres ministères des priorités qui seraient les siennes, mais plutôt à faire valoir les répercussions sanitaires des politiques engagées par ailleurs. Il doit être en la matière l'aiguillon d'une prise de conscience partagée et le promoteur d'un effort global ». Cette citation nous place au cœur des préoccupations qui sont les nôtres : comment faire en sorte que l'on parle de santé, particulièrement quand le sujet principal ne concerne pas la santé publique ? Cette interrogation repose sur un double paradoxe :

- le système de soins français est l'un des plus efficaces en Europe, voire dans le monde. Si notre espérance de vie est bien supérieure à la moyenne, notre taux de mortalité précoce est élevé. Des réflexions sont d'ailleurs en cours sur le stress au travail pour démontrer ce dernier point ;

- l'offre de soins française est l'une des plus accessibles au monde, et ce quel que soit le niveau de revenus des patients. Pour autant, lorsque nous évaluons ces politiques de santé, nous constatons que cette facilité d'accès n'est pas suffisante pour renverser les inégalités flagrantes (géographiques, sociales, socioprofessionnelles).

Les études d'impact tâchent de résoudre ces difficultés. Nous savons qu'il ne suffit pas de réaliser de bonnes études d'impact sur les lois, il faut également parler de santé publique dans les autres législations.

Dès lors, deux idées centrales nous guident :

- les études d'impact servent à intégrer dans la préparation des réformes l'ensemble des intérêts publics en jeu ;
- la démarche ne doit pas être formelle : les études d'impact ne sont pas un exercice de style. Pour cela, notre approche doit être rigoureuse et impliquer tous les services de l'État.

II. Définition d'une étude d'impact

Les informations que je vous apporte, je le crains, ne sont pas inédites, mais il est nécessaire de se demander à quoi sert une étude d'impact. Il s'agit d'un document destiné à plusieurs personnes participant au processus de décision publique, tels que les cabinets ministériels, le cabinet du Premier ministre chargé de réaliser des arbitrages, le Conseil d'État dont le rôle consiste à examiner le texte sur un plan juridique et le Parlement.

Une étude d'impact n'est pas un exposé des contenus, elle n'apporte pas de justifications ; elle vise à l'exhaustivité et à l'objectivité, à la précision et à la clarté pour les non-spécialistes. Enfin, le document se doit d'être synthétique.

Tout dire, d'une façon simple en prenant du recul et en restant précis : tels sont les commandements d'une étude d'impact.

1. Les différentes étapes

Le bon sens doit présider à la réalisation d'une étude d'impact.

Dans un premier temps, nous devons énumérer les problèmes à traiter. Nous précisons alors pourquoi le droit en vigueur est responsable des difficultés. Souvent, des éléments financiers entrent en ligne de compte, des pratiques expliquent les problèmes. On ne peut donc systématiquement conclure à une inadaptation de la législation et rien ne sert de modifier un règlement s'il ne constitue pas le problème principal.

Dans un deuxième temps, l'étude d'impact va retracer l'objectif poursuivi par le gouvernement et décliner un jeu d'options et de sous-options. Dès lors, nous pourrions établir les raisons qui ont poussé le gouvernement à concevoir une réforme.

Le document ne se veut ni unilatéral ni univoque, mais encourage le débat. Évolutive, l'étude d'impact sera modifiée tout au long du processus de la prise de décision. Le document est rendu public, disponible notamment sur les sites Internet des Assemblées.

Comme un intervenant le rappelait précédemment, l'exercice est aujourd'hui une obligation constitutionnelle. L'article 39 de la Constitution fait référence à la loi organique du 15 avril 2009, qui précise les exigences en matière de préparations des réformes.

Vous souhaitiez savoir si le dispositif était assorti de sanctions. La réponse est positive. Le projet de loi peut être bloqué si nous considérons, avec le cabinet du Premier ministre, que l'étude d'impact n'est pas conforme. Le Conseil d'État contrôle également le document. Enfin, lors du dépôt du projet de loi, les présidents de chaque Assemblée ont le pouvoir de s'opposer à l'inscription d'un texte à l'ordre du jour si le projet ne contient pas d'étude d'impact ou si ce document n'est pas conforme aux exigences organiques.

2. Les types d'impacts examinés dans ce processus

L'article 8 de la loi organique mentionne les conséquences économiques, financières, sociales, environnementales, les coûts et les bénéfices pour chaque catégorie de personnes publiques et privées concernées comme pour chaque entreprise, les conséquences pour l'emploi public...

Lors du vote de la loi organique, nombreux ont été les parlementaires à déposer des amendements pour préciser tous les types d'impacts, comme l'égalité hommes/femmes, les discriminations géographiques, etc. La loi organique pose les catégories génériques. Il nous revient ensuite de nourrir ces catégories par des impacts particuliers, comme la santé publique.

III. La préparation d'une étude d'impact et les difficultés qui émergent dans le champ de la santé publique

Si le ministère porteur du projet est en charge de l'étude d'impact, le document remis risque de ne pas être objectif. En fait, plusieurs contrôles intermédiaires sont réalisés. Dans le cahier des charges, nous nous rapprocherons du ministère porteur du projet pour définir les enjeux de l'étude d'impact.

Le ministère porteur participe à la rédaction de la première version du document. Sous l'égide du Secrétariat général du Gouvernement sont organisées des réunions interservices. Tous les ministères concernés pourront ainsi participer au débat contradictoire. Par un processus itératif, le document permet d'obtenir une vision équilibrée de l'ensemble des difficultés qui se posent.

Je souhaite enfin saluer et remercier le directeur général de la Santé pour son investissement.

Didier HOUSSIN

Cette journée s'est révélée extrêmement intéressante. Nous pouvons remercier le Centre d'analyse stratégique et la Société française de l'Évaluation de contribuer à nous faire progresser dans le domaine des études d'impact sur la santé.

Le ministère de la Santé souhaiterait pouvoir s'investir avec force dans le domaine de l'évaluation de l'impact. La question est celle de la méthode : nous devons déterminer selon quelles modalités l'impact doit être pris en compte dans la mise en œuvre des politiques publiques.

Les outils qui existent et dont certains ont été évoqués aujourd'hui sont-ils adaptables à notre contexte national, fortement modifié par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ? Pouvons-nous envisager une disposition analogue à l'article 54 de la loi de santé publique québécoise qui dispose que le ministre de la Santé est d'office conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique ? À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé des populations. Les exemples étrangers que nous avons examinés aujourd'hui nous montrent que l'intégration de la santé dans toutes les politiques se fait progressivement, aussi bien à l'échelon national que régional ou local.

Dans le dispositif des études d'impact prévues par la loi organique du 15 avril 2009, il revient au ministère porteur du projet de loi de préparer l'étude d'impact. À ce titre, la direction générale de la Santé travaille à l'étude d'impact du projet de loi relative à la bioéthique qui sera proposé au Parlement au cours du premier semestre 2010.

Le Secrétariat général du Gouvernement est en pointe du dispositif, chargé de promouvoir la méthodologie de ces études, mais il revient à chaque ministère de trouver des modes d'organisation pour que ces études d'impact trouvent leur pleine efficacité. Nous devons donc nous attendre à un effet important de cette réforme sur l'organisation des ministères, et notamment en matière de coordination interministérielle.

Le rôle du ministère de la Santé sera d'accompagner les études d'impact lorsqu'un projet de loi sera susceptible de produire un effet, direct ou indirect, sur l'état de santé de la population. Pour cela, nous devons améliorer notre capacité à produire et à faire connaître les outils permettant d'évaluer les impacts sur la santé.

Nous avons la chance de disposer d'un Comité national de santé publique, instance fondée par la loi de 2004 et dont la mission consiste à coordonner les actions des différents ministères en matière de sécurité sanitaire et de prévention. Je crois que le CNSP, de par sa composition, a vocation à constituer un réseau de référents ministériels à même de susciter une dynamique d'intégration de la santé dans toutes les politiques.

Je fais miennes les paroles de la ministre de la Santé qui a rappelé le 11 janvier dernier à quel point l'intégration de la santé dans toutes les politiques était un levier capital dans notre poursuite de l'objectif de réduction des inégalités de santé, et je

crois que cet objectif doit devenir un objectif explicite du Comité national de santé publique.

La Conférence nationale de santé, autre instance créée par la loi de 2004, a également un grand rôle à jouer, notamment par l'organisation de débats publics, alors même que de nombreuses expériences étrangères d'évaluation d'impact sur la santé montrent à quel point la population est un acteur important de l'intégration de la santé dans toutes les politiques. À côté du débat d'experts, le débat démocratique doit prendre toute la place qui est la sienne.

D'autres partenariats sont à établir ou à intensifier : je pense en particulier à la Direction générale Santé et Consommateurs de la Commission européenne qui pratique l'évaluation d'impact sur la santé depuis plusieurs années, et je tiens à remercier Madame Anne Auffret qui est venue partager cette expérience avec nous aujourd'hui.

Au-delà des échanges qui ont été extrêmement enrichissants pour chacun d'entre nous, il est certain que cette journée contribuera à améliorer la qualité du travail dans ce domaine, et que nous aurons désormais à cœur de progresser ensemble sur ces sujets.

Je vous remercie de l'intérêt que vous y portez.