

Évaluation des impacts sur la santé : d'une évaluation de l'évaluation à l'ouverture d'une discussion sur les impensés de la démarche

ANNE-LAURE LEGENDRE
YORGHOS REMVIKOS

CEARC-OVSQ
Université Paris-Saclay
11, boulevard d'Alembert
78270 Guyancourt
France
<annelaure.legendre@
live.fr>
<yorghos.remvikos@
uvsq.fr>

Tirés à part :
Y. Remvikos

Préambule

À la lecture de l'article de Nicola Cantoreggi et Jean Simos, intitulé *L'efficacité de l'évaluation d'impact sur la santé : réflexions à partir du cas de l'aéroport de Genève* [1], nous sont apparus des décalages avec notre propre pratique de l'évaluation des impacts sur la santé (EIS) et notre compréhension de cette démarche. Les expérimentations d'EIS se sont multipliées dans le monde ces 15-20 dernières années et des articles rapportent les résultats de terrain ou éclairent certains points précis de méthodologie. Mais depuis la parution du Consensus de Göteborg (CsG) en 1999, où en sommes-nous réellement de la compréhension globale de l'EIS ? Que savons-nous de la capacité de cette démarche à répondre aux défis que représentent l'intégration de la santé dans toutes les politiques, la mise en œuvre des principes de promotion de la santé ou encore la réduction des inégalités sociales de santé (ISS) ? Notre proposition ici est d'ouvrir une discussion autour de certains aspects que nous considérons comme des impensés de la démarche EIS, des points que la pratique semble parfois prendre comme des évidences, sans véritablement questionner leur sens, et qu'une approche scientifique rigoureuse nous incite, au contraire, à traiter avec la plus grande attention. Il serait important de pouvoir réfléchir avec la communauté de praticiens de l'EIS et plus largement les acteurs de la santé publique à la portée d'une démarche EIS, son rôle et son caractère politique, dimensions qui dépassent les seules considérations méthodologiques. Si la rigueur scientifique de la démarche est un des principes importants, il nous apparaît impossible et éthiquement dommageable de prétendre à une pureté scientifique de l'EIS qui, rappelons-le, affiche un certain nombre de valeurs : l'équité, le développement durable, la démocratie et l'usage éthique des données probantes. Ces valeurs questionnent notre rôle et notre responsabilité de chercheurs ou de praticiens de l'EIS.

Contexte

Les auteurs de l'article disposent d'une expérience sur les EIS qui est bien supérieure à la nôtre, mais il est possible que notre manière d'aborder le sujet soit différente, d'où cette contribution visant le questionnement de la démarche, sur un certain nombre de points que nous jugeons centraux. Il nous faut également reconnaître

Pour citer cet article : Évaluation des impacts sur la santé : d'une évaluation de l'évaluation à l'ouverture d'une discussion sur les impensés de la démarche. *Environ Risque Sante* 2018 ; 17 : 505-516. doi : 10.1684/ers.2018.1221

que les auteurs ont accepté de s'affronter à un sujet (les nuisances aériennes), à forts enjeux, et que nous sommes aussi tentés de qualifier de conflictuel.

Pour aborder les impensés de l'EIS, notre proposition est de commencer par réfléchir aux conditions d'acceptation d'une mission d'EIS pour les praticiens de cette démarche. En ce qui nous concerne, le concept de santé comme état de complet bien-être qu'une EIS doit contribuer à distiller dans les projets et politiques publiques, nous conduit à attendre de la commande politique qu'elle ouvre à la totalité des impacts sanitaires, directs et indirects, présents et à venir. Nous récusons vigoureusement toute tentative de faire valoir que les impacts quantifiables représentent une catégorie qui pourrait ou devrait être traitée à part, comme si elle apportait des données plus « précises » et, à ce titre, supérieures et suffisantes pour évaluer les effets sur la santé d'un projet. Donner l'impression que de tels choix reposent sur des arguments scientifiques nous semble tout aussi discutable et le débat entre approches quantitatives et qualitatives est truffé de considérations idéologiques que nous n'aborderons pas ici. Disons que la précision illusoire des chiffres se construit (comme conception) au détriment du sens qu'une représentation (qualitative) peut apporter, par la mise en avant des nombreuses inter-relations, qui seront invisibilisées si la sélection des déterminants se fait par un cadrage trop étroit de la démarche d'évaluation. En élaborant un schéma conceptuel, on révèle les forces en présence, toutes les forces qui nous sont connues (c'est le sens même des déterminants, cf. ci-dessous), à un moment donné, opérant sur un système dont on vise le réarrangement, la mutation. Il faut rendre visibles les points d'appui de ces forces, en tant qu'elles suscitent ou non des conditions de « production » de santé et de bien-être.

Nous évoquerons ici comment des considérations sur les approches quantitatives et qualitatives, la manière dont nous abordons les déterminants de la santé, et les choix opérés à l'étape de cadrage peuvent avoir des conséquences sur la capacité du processus EIS à mettre en évidence des aspects essentiels en lien avec la santé et le bien-être des populations. Par ailleurs, notre engagement dans une EIS dépend également de la posture que la commande publique nous permettra d'adopter. Si nous sommes conscients autant des enjeux politiques complexes des projets évalués, que de la rigueur scientifique et des valeurs que nous sommes amenés à défendre à travers cette démarche, il nous faut impérativement réfléchir à la responsabilité que nous avons en tant qu'opérateur. Enfin, s'agissant d'une démarche qui œuvre pour l'intégration de la santé dans les politiques publiques, il nous semble que l'évaluation de la démarche EIS nous engage à réfléchir bien au-delà des processus et des méthodes, pour interroger la capacité de la démarche à induire des changements en profondeur.

Distinction entre déterminants et facteurs de risque : un impensé qui pourrait impacter le cadrage de l'EIS ?

L'émergence du concept de déterminants de la santé remonte classiquement au rapport *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens* de 1974, sous la plume de Marc Lalonde, ministre de la Santé à l'époque. Pourtant, le terme « déterminant » n'est cité qu'une seule fois, dans un sens générique. L'auteur s'attache à explorer, au contraire, les facteurs de risque et autres dangers, auxquels les populations sont exposées [2]. Son message essentiel était plus un postulat nouveau et original, soit que l'état de santé ne dépend pas seulement de l'accès au système de soins, mais repose aussi, entre autres, sur des facteurs biologiques, comportementaux¹ et environnementaux. Il faudra attendre les

¹ M. Lalonde utilise le terme « habitudes de vie ».

publications de Evans et Stoddart [3], puis Dahlgren et Whitehead [4]², pour disposer des premières réflexions sur les déterminants de la santé, ainsi que des propositions de représentations ou schémas de ceux-ci³. En parallèle, diverses études se sont concentrées sur les estimations respectives du poids de chaque catégorie ou famille de déterminants sur l'état de santé, en partant de la classification très simple du rapport Lalonde (voir le rapport Cantoreggi⁴, 2010, qui discute des évolutions, à la suite du rapport Lalonde et jusqu'aux travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé [CDSS]), apportant du crédit à la thèse de M. Lalonde.

Dans la première partie de la contribution de Dahlgren et Whitehead de 1991 [4], apparaît une brève discussion sur ce que sont les déterminants, classés en facteurs de risque (une sous-catégorie), facteurs promoteurs ou protecteurs de la santé. Surtout, il y est affirmé que « *the conceptual framework presented should be viewed as an interdependent system for improving health and reducing health hazards* ». La vision des déterminants comme système est aussi portée par Evans et Stoddart [3], ou encore le rapport *The Future of the Public's Health in the 21st Century* [5] : « *Understanding and ultimately improving a population's health rest not only on understanding this population perspective but also on understanding the ecology of health and the interconnectedness of the biological, behavioral, physical, and socioenvironmental domains* ». D'ailleurs, la nature des déterminants, telle qu'elle ressort des différentes propositions de schémas (par exemple [4, 6, 7]), pour ne citer que quelques-uns, correspond bien plus à des domaines sociétaux, qu'aux germes, substances ou rayonnements que sont, pour l'essentiel, les facteurs de risque. Dans les schémas conceptuels produits par la CDSS [8], il y a une tentative de distinction entre facteurs structurels (des processus socio-politiques) et facteurs intermédiaires⁵, dont la distribution est influencée par les premiers. Evans et Stoddart, dans leur mise au point de 2003 [9], examinent de manière critique l'évolution du champ des déterminants, depuis leur première contribution de 1990. On y trouve une analyse approfondie des schémas de déterminants et leurs apports respectifs, tant dans une perspective de promotion de la santé que de réduction des inégalités, y compris les freins pour l'appropriation par le décideur public.

Nous souhaitons soulever ici une distinction fondamentale, de nature ontologique, concernant les déterminants de la santé et les facteurs de risque, des termes que la pratique en santé publique a tendance à présenter comme interchangeable. C'est une confusion que nous avons également repérée dans l'article proposé par Cantoreggi et Simos [1] et qui génère des différences importantes tant pour la manière de conduire la démarche que pour sa portée. Chaque facteur de risque est associé à sa propre chaîne causale linéaire, construite à partir des différentes sources, pouvant générer des expositions dommageables pour la santé. Nous pouvons parler des effets (calculables) des causes, ces dernières relevant d'une liste connue de paramètres permettant d'estimer les effets à partir des données sur les émissions et les concentrations auxquelles la population peut être exposée. La logique semble toute autre pour les déterminants de la santé. Ceux-ci partent d'un état sanitaire (c'est ce que montrent les schémas centrés sur les individus), pour remonter et construire un réseau causal complet, bien plus diffus, avec de multiples ramifications et connexions. Le sens devient celui des causes des effets (ou impacts), qui pourrait aussi représenter la manière dont les citoyens⁶ raisonnent, en partant d'un constat dans la réalité qu'ils observent, pour

² Ce texte explore plutôt la notion d'équité en santé.

³ Le classique schéma en arc-en-ciel apparaît pour la première fois dans Dahlgren et Whitehead (1991).

⁴ Disponible à l'adresse : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitsliche-chancengleichheit/gesundheitsdeterminanten-in-der-schweiz.pdf.download.pdf/determinants-de-la-sante-en-suisse.pdf>

⁵ On pourrait aussi parler de facteurs plus proximaux, parmi lesquels se retrouvent les facteurs de risque.

⁶ Par citoyen il ne faut pas comprendre une entité figée, pure ; il s'agit d'une position provisoire dans un champ de forces ou une perspective à partir d'une position sociale, comme un des multiples rôles joués tour à tour dans un jeu social.

remonter à une cause possible de ce qu'ils vivent. Notons que c'est également le raisonnement de la justice, qui commence par qualifier le dommage, avant de rechercher les responsabilités. Bien évidemment, les études épidémiologiques adoptent, le plus souvent, le sens des effets des causes, reposant sur les chaînes causales linéaires, associées à chaque facteur de risque. Pour autant, une analyse théorique des possibles calculs et conclusions, en fonction du sens adopté dans l'étude (effets des causes ou causes des effets), aboutirait à des conclusions différentes [10], mais de telles études sont plutôt « confidentielles » dans la littérature internationale.

Une première conclusion s'impose : rendre possible une sélection des déterminants, alors que ceux-ci forment système, risque d'affaiblir l'EIS. Suivre ce type d'approche lors du cadrage de la démarche représenterait un obstacle majeur à la mise en évidence des nombreuses interdépendances entre les déterminants de la santé, et conduirait à l'occultation de certains impacts sanitaires, positifs ou négatifs au moment de l'évaluation. Or, n'est-ce pas le rôle de l'EIS que de rendre visible tout ce qui opère dans le champ environnemental et social⁷ et agit dans le sens de l'amélioration ou non de la santé ? S'inspirant de la définition de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les démarches EIS évoquent souvent des objectifs d'amélioration du bien-être des populations. Mais en laissant penser que cette notion est entendue de tous, et sans une véritable problématisation, le traitement du bien-être dans une EIS nous apparaît fragile, et constitue un impensé que nous aimerions pouvoir discuter avec la communauté des praticiens (voir aussi plus loin).

Nous devons aussi préciser que nous ne voulons pas donner l'impression que chaque EIS impliquera forcément la prise en compte de l'ensemble des déterminants, mais que l'exercice de sélection est bien plus délicat que semble le suggérer l'article de Cantoreggi et Simos. Ainsi, en s'appuyant sur une liste de facteurs de risque, traités comme indépendants, qui plus est en considérant seulement ceux pour lesquels il est possible de procéder à des calculs quantitatifs, le cadrage risque d'être réducteur et l'ensemble des impacts, potentiellement, sous-évalué.

La question épineuse de la responsabilité de l'opérateur de l'EIS

Par opérateur nous entendons ici toute personne ou équipe qui a été chargée de conduire une EIS. Pourquoi insister sur la question de la responsabilité ? Il y a parfois une tendance, parmi ceux qui se réclament de la science, à se focaliser sur l'élégance des modèles et démonstrations, laissant au second plan la question des conséquences de leur mise en œuvre, soit leur pertinence ou leur justesse. N'est-ce pas « une confusion entre virtuosité et vertu ⁸ » ? Tout de même, si nous réalisons des EIS, c'est bien pour tenter d'améliorer la santé et les conditions de vie de populations précises. Nous pourrions même dire que notre rôle consiste à repérer des populations oubliées ou potentiellement victimes d'une mauvaise conception des politiques, y compris les sans-voix, évoqués avec insistance par Whitehead et Dahlgren [11]. Dès lors que le travail que nous menons peut avoir des conséquences réelles pour la vie des citoyens (la mutation au sein du champ de forces évoquée précédemment), la réponse à la question posée ci-dessus apparaît comme évidente. Si l'EIS a pour ambition d'accompagner des décideurs publics dans des choix plus favorables à la santé, il nous semble que la responsabilité première que nous avons en tant qu'opérateur se situe du côté des populations qui risquent de subir les conséquences d'une décision qui ne tiendrait pas compte des impacts sur leur bien-être et leur santé. Plus encore, si l'équité est une valeur de l'EIS, la responsabilité de l'opérateur est également de déceler les contraintes et les handicaps des différents groupes sociaux, en particulier les plus défavorisés, ainsi que leur capacité

⁷ Les deux sont en réalité inséparables.

⁸ Référence à une citation de John Dewey, dans son ouvrage *Human Nature and Conduct*.

à bénéficier des atouts ou à subir les conséquences du projet qui fait l'objet de l'évaluation. Empruntons aussi le vocabulaire de la CDSS, qui parle des ISS comme produits d'arrangements sociopolitiques injustes et mutables, pour nous interroger sur le rôle d'une EIS comme moyen de réduire les ISS.

On comprendra, en conséquence, notre souci de ne pas s'enfermer dans un cadrage qui minimiserait certains impacts sanitaires, un écueil qui pourrait précipiter la démarche sur la voie d'une EIS-alibi. Ainsi, pour revenir à l'article de Cantoreggi et Simos, le choix de la méthodologie pour estimer les impacts sur la santé de l'augmentation du bruit, lié au développement aéroportuaire, pourrait être qualifié de minorant, car seuls certains impacts ont été pris en considération⁹. Une lecture, même rapide, du rapport de l'OMS sur les impacts sanitaires du bruit [12] montre que la méthodologie des DALYs¹⁰ apparaît, à première vue, comme la plus appropriée, mais elle aurait, semble-t-il, été récusée au moment du cadrage ! Nous aimerions comprendre par qui et pourquoi ? Bien que leur article porte sur l'évaluation de l'EIS, les auteurs restent peu disert sur ce point. En effet, les impacts du bruit qui prédominent quantitativement, à exposition égale, sont la gêne et les troubles du sommeil, laissant une place bien moindre pour les maladies cardiovasculaires, considérées comme une conséquence indirecte du stress chronique généré par l'exposition au bruit. Comment, dès lors, justifier le choix de passer par les prix hédoniques, c'est-à-dire la baisse induite des prix du foncier ? Les auteurs affirment : « Une deuxième approche a estimé les coûts attribuables à la gêne et aux perturbations du sommeil en utilisant la méthode dite de la "perte de la valeur locative" ». Pour autant, la perte de la valeur locative ne vient pas en substitution des impacts sanitaires, mais s'ajoute à ceux-ci. Elle leur est irréductible. D'ailleurs, les « bénéficiaires » de cette baisse du loyer sont des personnes aux moindres ressources, qui peuvent ainsi accéder à un logement qui les expose aux nuisances et dégrade leur santé. Pour que les lecteurs puissent s'en faire une idée comparative et nonobstant notre commentaire sur l'adéquation du cadrage, tenant compte des seuls impacts quantifiables, dans le rapport sur le fardeau en maladies attribuables au bruit environnemental de l'OMS¹¹ [12], celui-ci est estimé pour les pays de la zone Eur-A (la Suisse en fait partie) à 61 000 DALYs pour les maladies cardiovasculaires ; il est de 900 000 DALYs pour la perturbation du sommeil et de 650 000 DALYs pour la gêne face au bruit¹².

L'inévitable caractère « politique » de toute évaluation de politiques publiques

Comme l'indique Bernard Perret [15] : « Évaluer, c'est soumettre à l'épreuve des faits non seulement les objectifs d'une action, mais aussi les hypothèses et préjugés qui la fondent et les stratégies d'action de ceux qui sont chargés de la mettre en œuvre. » En clair, il y a mesure (des impacts potentiels), mais aussi jugement, un processus qui articule des volets cognitif et socio-organisationnel.

La science s'intéresse et s'exprime sur des faits. Nous pourrions dire qu'elle cherche à dire ce qui *Est*. Or, dans le rapport de l'EIS il y a des recommandations, qui

⁹ Le sujet est sensible et aurait mérité un traitement approfondi ; disons que les auteurs ne tiennent pas compte de plusieurs spécificités du bruit, qui loin d'être un facteur de nature physique (acoustique), comporte une part de jugement, sur son environnement, voire l'utilité sociale des sources, comme le montre le bonus pour le bruit ferroviaire et le malus pour les bruits aéroportuaires [12] et, plus encore, l'augmentation de l'expression de la gêne autour des aéroports, déconnectée de l'évolution du niveau sonore [13], ou encore l'influence du discours politique sur l'expression de la gêne [14].

¹⁰ *Disease-adjusted life years* ou années de vie perdues ajustées sur l'incapacité.

¹¹ Le même rapport fournit toutes les fonctions exposition-risque nécessaires au calcul des impacts pour chaque cible sanitaire.

¹² Le calcul se base sur la population de la même zone, mais vivant dans les villes de plus de 50 000 habitants.

expriment ce qui *Doit (ou devrait) être* des propositions à caractère politique. En cela, il semble y avoir accord entre la vision portée par les auteurs et la nôtre. Certes, l'opérateur se doit de garder la plus grande rigueur dans son mode de raisonnement, mais, attention, celui-ci se fonde sur une représentation de la réalité, qui n'est pas nécessairement partagée par l'ensemble des parties impliquées dans l'EIS. Comme le montrent aussi Cantoreggi et Simos, tout praticien des EIS a été confronté à des oppositions et controverses, pouvant être légitimes ou relever de préjugés, voire d'intérêts plus ou moins explicites. La neutralité semble difficile à concevoir. Nous faisons face à la constitution d'alliances mouvantes, mais aussi de contradictions parmi les acteurs qui participent aux instances techniques ou de pilotage. Justement, s'agit-il de simples épiphénomènes ? Gardant comme horizon une meilleure intégration de la santé dans toutes les politiques, l'EIS devrait aussi se focaliser sur son aspect « formatif » (et non seulement récapitulatif, sous-entendu des impacts) et être menée en gardant à l'esprit qu'il s'agit d'un vaste processus d'apprentissage social, impliquant des acteurs qui vont s'opposer, négocier¹³ et peut-être arriver à un compromis argumenté, un but pour l'EIS. Or, l'EIS sur l'aéroport de Genève n'a pas dérogé à la règle et les auteurs mentionnent des positionnements à caractère politique et l'existence de jeux de pouvoir, mais sans jamais véritablement les intégrer dans leur cadre d'évaluation.

Des considérations pratiques découlent de ce qui précède. L'EIS ne peut se résumer par la réalisation d'un travail compétent, aboutissant à la production d'un rapport, aussi clairement rédigé que possible, en espérant que ces éléments suffiront à la compréhension et au suivi des recommandations. Réduire l'interface science-société en un problème de communication/traduction, présuppose une conception hiérarchisée des savoirs, appartenant à un unique référentiel, ce que contredisent Parry et Kemm [16].

En clair, la manière de mener le processus lui-même, l'ouverture à l'expression de l'ensemble des parties prenantes et leur participation effective à toutes les étapes sont aussi importantes que le rapport, mais encore faut-il ne pas considérer que la réalisation d'une étape, ou d'activités particulières, mène automatiquement (mécaniquement) au résultat attendu, suivant implicitement le modèle de l'action rationnelle. Nos rapports se fondent sur une forme de raisonnement (santé globale ou positive), qui doit être comprise et appropriée (ce sont des produits du processus) avant d'aborder les conclusions.

Les valeurs de l'EIS : des impensés derrière les mots ?

Pour compléter notre argument sur le caractère « politique » de l'EIS, notons que dès 1999 dans le CsG certaines « valeurs » sont mises en exergue. Les définitions proposées dans ce document de référence restent un peu elliptiques et nécessitent une interprétation de la part des opérateurs des EIS quant à leur signification et leur traduction dans le processus à proprement parler. Nous touchons du doigt un sujet majeur pour la conduite des EIS et que nous n'avons pas la prétention d'épuiser ici. Nous nous permettrons simplement d'aborder quelques points qui nous ont questionnés concernant le traitement de l'équité et de la démocratie dans ces démarches.

Le CsG suggère de considérer l'ensemble des impacts mais aussi les effets distributifs au sein de la population et, de cette manière, l'équité devient critère de jugement. Or, si nous y ajoutons le constat des ISS, absentes dans le CsG, nous arrivons dans le champ de la justice sociale. Toutefois, à travers une EIS, il nous semble qu'il ne s'agit plus simplement de constater l'ampleur des disparités sociales mais de mettre en débat l'origine et les causes profondes de ces inégalités en interrogeant les déterminants sociaux de la santé, un aspect que Cantoreggi et Simos admettent qu'il n'a pas été possible d'intégrer.

¹³ Un point identifié par Cantoreggi et Simos comme manquant dans le cadre de Harris-Roxas.

Concernant l'application d'une approche démocratique, dans l'EIS sur l'aéroport de Genève a été fait le choix de réaliser une enquête sur la santé perçue comportant une question sur l'autoévaluation du bien-être. Mais comment une telle approche pourrait-elle répondre à l'objectif de démocratie mis en avant dans le CsG ? Les auteurs évoquent également des corrections du biais d'information, pratique méthodologique employée dans les études de santé déclarée¹⁴, mais qui nous semble tout à fait discutable pour corriger une mauvaise opinion sur quelque sujet que ce soit (par exemple sur l'aéroport), une opinion qui constitue une donnée sociale, un fait. N'y a-t-il pas confusion entre santé perçue, comme indicateur d'impacts sanitaires, et interrogation sur le bien-être, comme tentative de faire entendre l'avis citoyen ? Quels liens peuvent faire les auteurs entre la déclaration du bien-être, sur une échelle de 1 à 10, et les impacts de l'aéroport et comment ceux-ci ont été mentionnés dans leurs conclusions ?

Dans cet article, la notion de bien-être est présentée comme une évidence, alors que dans les démarches EIS que nous avons menées, nous avons été confrontés au besoin d'interroger le sens du bien-être et problématiser cette notion dont il ne serait pas raisonnable de considérer qu'il existe une définition simple, univoque et universelle. Que recouvre le bien-être pour Cantoreggi et Simos ? Du simple bonheur, la capacité à bien vivre (en adéquation avec ses valeurs), la possibilité de poursuivre des finalités de la vie auxquelles chacun peut accorder de la valeur [17] ? Notons simplement ici que depuis l'introduction de la définition de la santé comme complet bien-être, en 1946, les indicateurs de la santé restent cantonnés aux maladies. D'ailleurs, les divers systèmes de déterminants n'ont pas été questionnés par rapport au complet bien-être, mais bien par rapport aux pathologies attribuables. Savons-nous quels sont les déterminants du complet bien-être et si ceux-ci sont les mêmes que pour les maladies ? Ce que nous pouvons entrevoir s'apparente encore à une sous-théorisation, soit une compréhension circulaire de la définition de l'OMS : la santé comme complet bien-être et vice et versa, sans prendre la peine de problématiser le bien-être, tout en récusant la santé comme absence de maladies.

Toujours au sujet de la « démocratie », nous sommes tentés d'évoquer encore ici une mauvaise conceptualisation, cette fois-ci de la participation, limitée à son volet instrumental (nous reprenons ce point plus loin) et dont l'objectif serait « d'améliorer » la décision publique, élaborée par avance, au travers de contributions de l'ensemble des acteurs (voir [18], pour un examen critique). D'abord, comme nous l'avons déjà précisé, en tant qu'opérateurs d'une EIS, nous sommes amenés à intervenir au sein d'un champ de forces, de rapports de pouvoir inégalement distribué, ce qui en soit est une donnée du problème. La valeur « démocratie » ne nous conduit-elle pas à permettre l'expression des populations les plus éloignées du débat public, mais à quel moment, sur quels aspects et dans quel but ? Permettre l'expression, sans s'assurer que celle-ci soit entendue ne génère que des frustrations et oppositions persistantes [19]. C'est encore cette capacité des experts à ne concevoir qu'une seule vision légitime, la leur, en passant sur le fait que la science ne produit que des représentations (nécessairement réductrices), certes vérifiables, mais qui ne sont pas le miroir d'une réalité objective (voir les arguments dans [20]).

L'évaluation de l'évaluation, à l'aune de l'ensemble des questions soulevées

Une EIS ayant comme vocation de faire « bouger les lignes » dans le sens d'une plus grande intégration de la santé dans un projet ou une politique, il est logique et crucial de s'interroger sur son effectivité. Nous devons ici apporter une précision, afin

¹⁴ Les auteurs fournissent une description succincte de l'enquête, mais ne donnent pas des éléments de justification de leur choix, en particulier comment elle a été versée dans les débats, quel usage il en a été fait.

d'éviter les mauvaises compréhensions de nos propos. Une partie de la littérature sur le sujet propose encore des postulats, qui ne reposent pas toujours sur une validation empirique. En réalité, nous pourrions parler d'un appui implicite sur un modèle d'action rationnel, selon lequel les bons arguments conduisent à la bonne décision, sans définir ce que « bon » signifie et pour qui, encore moins dans quel contexte et sur quels critères. La lecture de Parry et Kemm [16] révèle pourtant des aspects bien plus subtils, un exemple étant la discussion sur le « *reductive-objective paradigm of science* » et la proposition sur la « *knowledge-gathering function* », qui a peu été reprise par d'autres. En somme, on reconnaît qu'il existe différentes formes de savoirs, toutes légitimes, pour revenir dans l'évaluation à la science objective et universelle, sans reconnaître que celle-ci procède aussi à des réductions, parfois au détriment du sens, de la compréhension par tous [20].

L'EIS n'est pas seulement l'occasion de recueillir les différents savoirs, mais de comprendre aussi d'où ils viennent et comment ils sont construits, soit avec quelles catégories de pensée ou selon quel modèle de compréhension du monde les citoyens donnent du sens à leur expérience de vie. De manière très simple nous pourrions évoquer à quel point ont été frappantes les différences entre la description du quartier sur lequel portait le projet à évaluer, telle que faite par les élus et les agents de la collectivité (au travers de propos en séance, ou encore de documents à caractère politique ou technique), par rapport à l'expérience vécue par les habitants et récoltée dans nos enquêtes ethnographiques (voir par exemple [21]). Devrait-on privilégier l'une par rapport à l'autre ou ne devrait-on pas tenter de les faire converger ? Disons simplement à quel point nous ignorons ce qui se passe dans la tête des populations dont nous avons mission d'améliorer la santé/bien-être, et à quel point il est tentant de substituer à cette ignorance nos propres conceptions d'expert extérieur, pourtant construites potentiellement de manière différente en termes de priorités et de finalités. Pour ne prendre encore qu'un exemple, en quoi les statistiques de pauvreté, la simple présence d'aménités ou de services, nous permettent d'accéder au vécu des citoyens, forgé dans des trajectoires de vie singulières ? Le risque est de tomber dans une santé publique de type « prêt-à-porter » se satisfaisant de modèles et catégories s'appliquant à des individus moyens théoriques. Ainsi, dans l'EIS sur l'aéroport de Genève, les auteurs apprécient positivement l'insonorisation des logements exposés, sans jamais questionner l'expérience de vie dans ceux-ci, les aspirations de leurs occupants qui peuvent être, en réalité, contrariées (ouverture des fenêtres ou vie en bas d'immeuble). Pourtant, dans le champ du bruit environnemental, des arbitrages contraires à la logique de l'expertise ont été mis en évidence (voir par exemple le cas de Champlan [22]). Cette approche nous semble avoir négligé le volet psychosocial des impacts liés à l'activité aéroportuaire et le bien-être dans son cadre de vie, passant outre des aspects comme l'exclusion ou l'isolement social, le contrôle sur sa vie ou son environnement de vie, l'estime de soi en lien avec le pouvoir d'agir.

Reprenant le fil de l'évaluation de la démarche EIS, tous les cadres qui ont été proposés à ce jour [23, 24] semblent se limiter à des raisonnements sur les moyens, en présumant que les bons moyens ne peuvent conduire qu'aux bons résultats comme nous en faisons la critique au début de cette section. Dit autrement, il ne suffit pas qu'un sujet soit évoqué, au cours de l'EIS, pour attribuer les bons points, mais bien de savoir comment le sujet a été approprié par telle ou telle catégorie d'acteurs, quels échanges, désaccords, négociations en sont issus. Dans notre cas, les choix de participation d'une pluralité d'acteurs (élus, agents, représentants associatifs, etc.), y compris à la construction des critères d'évaluation, voire à un exercice d'évaluation ouvert avec un volet délibératif¹⁵, font partie de la conception du processus lui-même comme vecteur d'apprentissages.

Pour fournir une illustration des différences de conceptualisation de l'évaluation de la démarche, citons le cas d'une analyse proposée dans un article sur les EIS comme outil de réduction des inégalités [25] qui suggérait de mesurer la qualité démocratique d'un processus EIS, en repérant le niveau des actions menées avec les habitants sur

¹⁵ Encore un sujet majeur, en tout cas dans le monde anglo-saxon et peu porté en France [26].

proposée, en 2007, par l'Association internationale de la participation du public¹⁶. Dans cet article, les auteurs donnent à penser que l'enquête ethnographique sur laquelle nous nous sommes appuyés pour travailler à Nanterre se situe au premier niveau de cette échelle de participation (niveau consultation), alors que des ateliers menés en *focus group* se situeraient systématiquement à des échelons supérieurs (niveau collaboration ou début d'empowerment), et ce sans prendre la peine d'analyser le sens réel et la portée de ces pratiques. Manifestement, ils semblent appliquer des concepts comme des choses (enquête, *focus groups*), ou encore comme des rouages de manière mécanique, sans les comprendre dans leurs apports propres ou comme composantes d'un processus socio-politique, nécessairement dynamique et susceptible de produire des émergences. Comment comparer, dans une perspective de hiérarchisation, deux modalités aux objectifs très différents et qui n'impliquent pas le même type d'acteurs ? Une enquête ethnographique n'a pas comme objectif de fournir un avis, mais de nous donner accès au « vécu » des populations, en lien ou non avec l'évolution du quartier, comme elles en ont fait l'expérience, évitant autant que possible d'amener à la critique du projet de manière frontale. Loin d'être une consultation, elle nous donne accès à ce qui compte (en plus comme en moins) pour les populations, dans leur diversité. Il relève de notre responsabilité de positionner les récits récoltés comme une contribution, une manière de porter la parole des citoyens et la verser dans l'évaluation. Ainsi, à travers les enquêtes ethnographiques que nous avons menées, élus et agents de la collectivité ont reconnu que c'était la première fois qu'ils entendaient la parole des habitants, comme expérience du quotidien et non sous forme de doléances. Disons aussi que nous avons constaté que toute réunion collective prend facilement l'appellation de *focus group*, alors que c'est la manière de les conduire qui permet ou non l'expression de chaque acteur, de s'interpeller mutuellement, apprendre les uns des autres et converger vers le « focus », par la négociation, comme nous l'avons décrit ailleurs [27].

La question de l'équité a reçu une certaine attention de la part des praticiens de l'EIS [28]. Ces auteurs soutiennent un cadre élargi de l'EIS (*equity-focused HIA*), afin de capturer les enjeux de l'équité, et ont procédé à une large enquête auprès des participants de certaines EIS, mettant en évidence bien des difficultés, y compris les compréhensions différentes de ce que l'équité recouvre. Notons que les situations de manque d'équité ont été identifiées par les experts et validées par les participants, alors que les injustices sont avant tout des situations vécues, comme nous l'avons montré au travers de nos enquêtes ethnographiques. En revanche, la valeur démocratie reste largement dans la catégorie des « impensés », d'où notre insistance sur ce point.

In fine, sans nier l'apport des différentes propositions sur l'évaluation du processus, car elles offrent bien des indications sur l'animation, les modalités, les interactions, les sujets mis sur la table, que tout praticien devrait s'approprier, nous souhaitons soumettre qu'une manière d'évaluer une EIS, en tout cas à court terme, serait une enquête auprès de ces mêmes participants, comme l'ont pratiqué Harris-Roxas et al. [28], en insistant sur les apprentissages liés au processus. De cette manière, nous avons pu mettre en évidence les infléchissements, les « apprentissages », tels qu'ils sont décrits par chaque enquêté, sur ce qu'est la santé, son caractère profondément social ou, encore, les liens avec le développement durable et le travail intersectoriel [27]. Néanmoins, nous décelons dans l'article de Cantoreggi et Simos, parfois entre les lignes, bien des aspects qui pourraient faire partie de l'évaluation de l'EIS, en tant que processus social, mais qui n'ont pas été exploités.

Conclusion

Notre contribution doit être prise comme une tentative de lecture critique de la pratique de l'EIS, presque 20 ans après le CsG qui a tenté de la formaliser. Elle ressort de l'analyse de la littérature internationale ou la participation à des séminaires et ateliers sur,

¹⁶ https://www2.fgcu.edu/Provost/files/IAP_Public_Participation_Spectrum.pdf

par exemple, l'urbanisme favorable à la santé. Il ne faut pas la considérer comme un commentaire direct contre l'article de Cantoreggi et Simos, même si nous avons aussi esquissé les difficultés posées par ce dernier. Surtout, connaissant les distinctions et clarifications proposées par Simos [29], nous avons l'impression que l'EIS proposée sur l'aéroport de Genève tombe du côté « évaluation quantitative des risques » (EQRS), que l'auteur distingue des EIS, selon la définition du CsG. Une autre tentative de distinction a été introduite par Santé Publique France [30], avec l'appellation « évaluation quantitative des impacts sanitaires » (EQIS), applicable aux études *ex ante* portant sur un seul paramètre, typiquement la qualité de l'air.

En fait, il s'avère bien difficile de départager les deux approches si on en reste aux seules définitions. Il y a d'abord une différence de finalité. L'EQIS est un outil de plaidoyer, qui révèle les impacts d'un facteur de risque et une insuffisance globale de sa prise en compte par les politiques publiques. Il repose sur une conception du poids des effets de la qualité de l'air sur la santé (typiquement la mortalité anticipée) et du choc des chiffres de leur monétarisation, auxquels, soit disant, le décideur serait plus sensible. Il ne comprend aucune investigation des processus sociaux ou politiques, ne fait pas de recommandations dans le sens de la santé dans toutes les politiques et, en général, ne se préoccupe pas d'éventuels effets distributifs. À l'inverse, le modèle plus social met en œuvre un schéma de déterminants (un système en fait) et porte son attention sur l'ensemble des impacts potentiels sur la santé et le bien-être de populations touchées, par exemple, par un projet et leur distribution.

Si l'on porte le débat sur le plan épistémologique, l'EQIS pourrait être qualifié de modèle naturaliste qui met en œuvre des facteurs environnementaux pour calculer des impacts moyens sur des individus génériques, indépendamment de toute considération de processus sociaux. Pourtant, ces derniers sont à l'origine de l'exclusion ou de la ségrégation sociospatiale et d'une distribution socialement biaisée des bénéfices et des risques. C'est justement l'EIS, issue du CsG, qui tente de dépasser ce cadre, pour s'exprimer sur l'ensemble des conséquences potentielles d'une décision, dans son contexte spécifique, nécessitant aussi une étude des effets distributifs (c'est le sens de l'équité).

Si on se base sur les éléments de clarification ci-dessus, la manière d'aborder l'EIS par Cantoreggi et Simos nous semble ambivalente. Les auteurs ont appliqué une méthode, qu'ils qualifient eux-mêmes d'EQRS, tout en essayant de rentrer dans le cadre des EIS dans le sens du CsG. Certes, la manière de mener le processus tend vers l'EIS, mais pourquoi évaluer seulement l'application des bonnes méthodes (qui pourraient être contestées) et non le processus lui-même, pas seulement comme déroulement d'étapes, mais avec son jeu d'acteurs et sa portée en termes d'évolution de la prise en compte des enjeux de santé dans une politique publique locale ?

Dans notre esprit, il ne s'agit pas de réformer les méthodes, dans le sens de la production d'un nouveau manuel pratique, mais bien de repenser l'ensemble, en reconnaissant qu'il existe d'importantes zones grises, que nous appelons impensés, dans la compréhension de ce qui se passe au cours d'une EIS, comme théâtre d'un jeu social. De cette manière, nous attendons bien plus de ce que les auteurs évoquent succinctement (par exemple, le dispositif d'observation participante), sans fournir les indications pour en apprécier les apports, en particulier pour tout ce qui relève des postures et jeux de pouvoirs (comportant inévitablement des déséquilibres), que les praticiens des EIS doivent apprendre à affronter. L'EIS est un processus social et ne peut être réduite aux seules considérations de méthode scientifique. D'ailleurs, les auteurs citent une série d'exemples, mais qu'ils conçoivent comme « extérieurs » à l'EIS elle-même. Pourtant, l'appropriation de l'EIS par différentes catégories d'acteurs, y compris pour servir leurs intérêts, souligne encore le caractère politique de l'EIS, mais aussi sa pertinence. Les praticiens/opérateurs des EIS sont-ils vus comme des spectateurs de ces jeux de pouvoir (dans lesquels ils participent) ou doivent-ils parfois s'en servir, parfois les contenir ?

Notre commentaire s'adresse aussi, plus largement, à la communauté de la santé publique et, plus particulièrement, à ceux qui s'intéressent aux ISS. Comprendre comment la qualité environnementale, comme expérience physique et sociale, cognitive

et affective, peut devenir ou non bien-être, ne peut se limiter à quelques considérations relevant du déterminisme environnemental. Pour que l'aménagement de l'espace (le cadre de vie par exemple) devienne un bien-être vécu, il y a des mécanismes, d'ordre psychologique et social, des dimensions symboliques (fierté, identification), à côté d'autres, plus matérielles, qui ne peuvent rester dans une « boîte noire » masquée par des conceptions de rationalité ou d'accès aux « bonnes » informations. Le sujet de l'évaluation tombe à cheval entre disciplines et gagnerait à être problématisé et non traité de manière schématique, d'où une frustration, plus qu'un désaccord par rapport au traitement du sujet par Cantoreggi et Simos.

Références

1. Cantoreggi N, Simos J. L'efficacité de l'évaluation d'impact sur la santé : réflexions à partir du cas de l'aéroport de Genève. *Environ Risque Sante* 2018 ; 17 : 467-80.
2. Lalonde M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens – un document de travail*. Ottawa : Gouvernement du Canada, 1974.
3. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming healthcare. *Soc Sci Med* 1990 ; 31 (12) : 1347-63.
4. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO strategy paper for Europe*. Stockholm : Institute of Futures Studies, 1991.
5. Institute of Medicine. *The future of public health in the 21st century*. Washington D.C : The National Academies Press, 2002.
6. Barton H, Grant M. A health map for urban planners: towards a conceptual model for healthy sustainable settlements. *Built Environ* 2005 ; 31 : 339-55.
7. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. *La Santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour agir*. Québec : Gouvernement du Québec, 2012.
8. Commission des déterminants sociaux de la Santé. *Comblent le fossé en une génération – instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS, 2009.
9. Evans RG, Stoddart GL. Consuming Research. Producing Policy? *Am J Public Health* 2003 ; 93 : 371-9.
10. Dawid AP, Musio M, Fienberg SE. From statistical evidence to evidence of causality. *Bayesian Anal* 2016 ; 11 : 725-52.
11. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen : WHO, regional office for Europe, 2006.
12. Babish W, Bächman A, Basner M, et al. *Burden of disease from environmental noise. Quantification of healthy life years lost in Europe*. 2011. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf.
13. Babish W, Houthuijs D, Pershagen G, et al. Annoyance due to aircraft noise has increased over the years – results of the HYENA study. *Environ Int* 2009 ; 35 : 1169-76.
14. Kroesen M, Molin EJE, van Wee B. Policy, personal dispositions and the evaluation of aircraft noise. *J Environ Psychol* 2010 ; 31 (2) : 147-57.
15. Perret B. L'évaluation des politiques publiques. *Regards croisés sur l'économie* 2016 ; 1 : 45-57.
16. Parry JM, Kemm J. Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health* 2005 ; 119 : 1122-9.
17. Sen A. In : Alfred A, editor. *Development as freedom*. New York : Knopf, 1999.
18. Blondiau L, Fourniau J-L. Un bilan des recherches sur la participation du public en démocratie : beaucoup de bruit pour rien ? *Participations* 2011 ; 1 : 8-35.
19. Carrel M. Injonction participative ou empowerment ? Les enjeux de la participation en France. *Polit Soc* 2017 ; 3-4 : 79-89.
20. Jasanoff S. A new climate for society. *Theory Cult Soc* 2010 ; 27 : 233-53.
21. Combes B, Legendre A-L, Remvikos Y. Urbanisme et santé : quelle place pour les habitants des quartiers défavorisés dans la réduction des inégalités ? Retour d'expérience dans le cadre d'une EIS conduite en région parisienne.. *Environ Risque Sante* 2015 ; 14 (4) : 327-36.
22. Salomon D, Legout C. Comment qualifier les inquiétudes sanitaires des habitants de Champlan ? *Environ Risque Sante* 2008 ; 8 : 253-8.

23. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. *The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen : World health organization, 2007 (321p.).
24. Harris-Roxas B, Harris E. The impact and effectiveness of health impact assessment: a conceptual framework. *Environ Impact Assess Rev* 2013 ; 42 : 51-9.
25. Laporte A, Ginot L. La démarche d'évaluation d'impact sur la santé : un outil de réduction des inégalités ? *Bull Epidemiol Hebd* 2016 ; 16-17 : 313-9.
26. Sintomer Y.. Délibération et participation : affinité élective ou concepts en tension ? *Participations* 2011 ; 1 : 239-76.
27. Legendre AL, Combes B, Verstraeten J, Remvikos Y. Expérimentation d'une évaluation des impacts sur la santé comme vecteur d'apprentissage collectif des liens entre santé, développement durable et urbanisme. *Vertigo* 2017 ; 17 (1). doi: 10.4000/vertigo.18518
28. Harris-Roxas B, Haigh F, Travaglia J, Kemm L. Evaluating the impact of equity focused health impact assessment on health service planning: three case studies. *BMC Health Serv Res* 2014 ; 14 : 371-93.
29. Simos J. EIS vs. EIS. *Environ Risque Sante* 2015 ; 14 (4) : 350-3.
30. Ung A, Blanchard B, Gault G, et al. *Évaluation quantitative d'impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine en France : bilan des études locales et retours des parties prenantes*. Saint-Maurice : Santé Publique France, 2016.