

# Les évaluations d'impact sur la santé à **Genève** et l'utilisation de leurs résultats dans le **processus législatif**: l'exemple de l'**interdiction de fumer** dans les lieux publics

Par **Jean Simos**, directeur, Unité d'évaluation d'impact sur la santé, Université de Genève • jean.simos@unige.ch  
et **Nicola Cantoreggi**, conseiller scientifique, Unité d'évaluation d'impact sur la santé, Université de Genève • nicola.cantoreggi@unige.ch

Depuis 1991, le gouvernement du canton de Genève a décidé de faire de la stratégie de la Santé pour tous de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) la pierre angulaire de sa politique sanitaire. Il s'est ainsi ouvert à l'approche de la santé par ses déterminants, ce qui a été confirmé par sa volonté d'adhérer au réseau européen des Villes-Santé de l'OMS. En 1993, la publication des rapports *Bilan de santé des Genevois* et *Bilan de santé de l'environnement genevois* représentait un premier effort pour broser un « profil de santé » global du territoire genevois et de ses habitants. Ce tableau ciblait les problèmes de santé et de l'environnement à traiter de manière prioritaire selon des degrés divers. La lutte contre le tabagisme y figurait déjà comme l'une des priorités sanitaires<sup>1</sup>.

Cette réflexion d'ensemble trouva une première formalisation en tant qu'action cohérente et globale en 1998, à travers l'élaboration d'un programme de promotion de la santé intitulé « Planification sanitaire qualitative 1999-2002 », structuré autour de quatre priorités thématiques (accidents et handicaps, cancers, maladies transmissibles et santé mentale) et de deux axes transversaux (qualité de vie et inégalités sociales). Il a été suivi en 2003 par la mise en place d'un nouveau concept de prévention et de promotion de la santé explicitement centré sur les déterminants de la santé (quatre catégories pour la

classification des actions: maladies ou traumatismes et accidents spécifiques, comportements à risque, déterminants de la santé proprement dits, éléments du contexte).

C'est à la lumière de ce « terrain conceptuel » favorable, qu'il faut considérer l'émergence de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) en tant qu'outil innovant en matière de politiques publiques, sanitaires ou non, dans le canton de Genève.

## ■ LE TEMPS DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ EST-IL ARRIVÉ?<sup>2</sup>

Dès 2002, sous l'impulsion du Bureau régional de l'Europe de l'OMS, qui en a fait un des quatre principaux objectifs de la phase IV du programme Villes-Santé (2003-2008), l'EIS a été proposée en tant qu'instrument pouvant offrir aux décideurs locaux une trame systématique les aidant à prendre en compte la santé et le bien-être de la population dans l'élaboration d'une politique, d'un programme ou d'un projet. Le contexte morose des finances publiques et la pression conséquente à davantage se concentrer sur la dimension curative dans les prestations étatiques ont représenté des arguments importants pour la promotion d'un outil susceptible d'activer d'autres leviers à même d'influencer, à moindres coûts, la santé de la population genevoise.

De manière plus large, le processus d'élaboration d'une loi organique sur la santé, en gestation depuis juillet 2004, constituait une précieuse opportunité pour inscrire l'EIS dans la législation cantonale. En

<sup>1</sup> C'est un domaine dans lequel des moyens financiers et politiques importants ont été mobilisés, ce qui a fait de Genève un canton pionnier et cité en exemple dans le reste de la Suisse et a valu à son ministre de la Santé et à l'organisation non gouvernementale mandatée par l'État à ce sujet, le Centre d'information pour la prévention du tabagisme (CIPRET), des prix d'excellence décernés par l'OMS.

<sup>2</sup> Référence à l'article fondateur de Scott-Samuel (1996): « HIA. An Idea Whose Time Has Come ».

l'occurrence, Genève a été influencée par les options prises par le Québec qui, dans son article 54 de la Loi sur la santé publique de 2002, a donné à l'EIS une assise légale et une forte légitimité.

Dans ce contexte politico-administratif globalement encourageant, la mise en œuvre de l'EIS dans la période allant de juillet 2004 à avril 2006 a suivi une double voie : législative et expérimentale.

## ■ UN PROCESSUS LÉGISLATIF RICHE D'ENSEIGNEMENTS

Sur le plan législatif, les EIS ont été abordées dans les discussions et le travail préparatoire relatif à la nouvelle loi-cadre sur la santé. L'option retenue par le Département de la santé (ministère cantonal) a initialement privilégié un positionnement fort de l'outil, en proposant de soumettre à l'EIS tous les projets de loi susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé<sup>3</sup> : « Quand un projet législatif peut avoir une influence sur la santé, le Conseil d'État<sup>4</sup> l'accompagne d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé. »

Cette formulation a suscité de fortes réticences au sein de la Commission de la santé. Les députés des partis placés « à droite » de l'échiquier politique, majoritaires en commission comme dans le Parlement cantonal, craignaient que l'EIS ne devienne un nouveau frein administratif à l'activité économique. Ils faisaient naturellement le parallèle avec les études d'impact sur l'environnement (EIE), ces dernières, et surtout l'utilisation qui en avait été faite dans certains cas par des acteurs associatifs pour s'opposer à certains projets de construction, n'ayant pas toujours bonne presse dans les milieux économiques et auprès de leurs relais<sup>5</sup>.

Les divergences d'appréciation n'ont pas tardé à provoquer l'apparition du clivage classique « droite-gauche », les uns votant dans un premier temps la suppression pure et simple de l'alinéa introduisant

les EIS, les autres menaçant de refuser en bloc la loi sur la santé. Le conseiller d'État responsable de la santé et les représentants du Département de la santé se sont alors efforcés d'expliquer les différences fondamentales entre EIE et EIS, notamment dans la prise en compte des impacts positifs. Il est intéressant de souligner la différence sémantique entre EIE (étude) et EIS (évaluation), qui a bien servi l'argumentation du Département de la santé et de remarquer qu'en France une autre option a été retenue pour traduire *Health Impact Assessment* : étude d'impact sur la santé (voir Santé et développement durable et Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, 2006).

Finalement, la formulation retenue, à laquelle s'est ralliée la majorité des députés de la Commission, a maintenu l'introduction de la base légale, mais supprimé l'automatisme d'une EIS en cas d'impacts négatifs présumés. Une dernière tentative de certains députés de revenir à la formulation initiale lors du débat sur le projet de loi en séance plénière du Parlement n'a pas été couronnée de succès. Il est très instructif de prendre connaissance des arguments développés par les uns et par les autres à cette occasion. Par exemple, un des députés qui souhaite le retour à la formulation originelle plus contraignante fait remarquer que :

**Lorsqu'on s'occupe d'aménagement du territoire, maintenant on ne se pose plus les questions... Quand il y a un aménagement, des études d'impact sont réalisées dans de nombreux domaines, notamment au niveau environnemental. Eh bien, au niveau de la santé, nous pensons que c'est la moindre des choses de demander cela !**

Le président de la Commission de la santé défend sa position en argumentant ainsi :

**Il est utile que nous reprenions tranquillement cet amendement, puisque nous avons, en commission, discuté longuement de la formulation. Le sujet est donc important et mérite qu'on lui consacre un petit moment. En commission, une certaine majorité**

<sup>3</sup> Projet de loi 9328-A du 30 août 2005.

<sup>4</sup> Le Conseil d'État est le nom que porte le gouvernement cantonal en Suisse.

<sup>5</sup> Un tel cas a été à l'origine d'une initiative parlementaire fédérale pour limiter de manière draconienne le droit des associations habilitées à recourir en matière de protection de l'environnement. Le traitement de cette initiative par les Chambres fédérales était toujours en cours en février 2008.

a réfléchi aux conséquences pratiques de la formulation initiale et, au fond, s'est posée une quantité de questions sur les limites possibles. En effet, la santé étant définie d'une manière exhaustive, comment peut-on savoir si un projet de loi aura ou non une répercussion sur la santé, et à quel niveau? [...] En fait, tout peut avoir un impact sur la santé [...] [La formulation adoptée] donne au Conseil d'État la latitude de pouvoir définir si on doit aller plus loin ou non.

Un autre député de la majorité de la Commission surenchérit:

**Effectivement, la Commission a longuement débattu de cet objet, et je crois qu'elle l'a traité en toute confiance. Le débat a été long mais non passionné, c'est un débat rationnel. La Commission a décidé de ne pas entrer en matière sur cet aspect de la loi. Parce qu'il est possible d'imaginer que la multiplication d'études d'impact poursuive le but politique de freiner n'importe quel objet d'investissement dont on peut se douter qu'il aura un impact sur la santé...**

Finalement, le premier député précité avance un dernier argument par l'absurde afin de convaincre ses collègues de revenir à la formulation initiale, ce qu'il n'obtiendra pas:

**Si vous voulez lutter contre l'inflation législative, il faut supprimer cet article. Car inscrire dans une loi « le gouvernement peut faire quelque chose »... Il peut toujours le faire! Là, vous vous donnez un peu bonne conscience, vous dites: « S'il y a un impact sur la santé, le gouvernement "peut" faire une étude d'impact »... S'il a envie, n'est-ce pas?! Cet article ne sert à rien.**

Bien que ce député ait raison d'évoquer la liberté de mener des études sans base légale pour le gouvernement, il oublie dans son argumentation que ce n'est pas le cas de l'administration, notamment en période de fortes pressions budgétaires durant lesquelles il s'agit de faire des choix parmi les activités possibles. En effet, un critère fondamental utilisé alors pour savoir si une activité doit être entreprise, poursuivie ou abandonnée par l'administration est l'existence ou non d'une base légale. Ainsi, sans une mention explicite – même peu contraignante – dans la loi, il y a fort à parier que l'EIS n'aurait pu éventuellement être mise en œuvre à Genève que de façon ponctuelle et discontinue, voire anecdotique.

La formulation de l'article 4, alinéa 2 de la Loi sur la santé adoptée par le Parlement cantonal le 7 avril 2006 sera finalement la suivante: « Si un projet législatif

est susceptible d'engendrer des conséquences négatives sur la santé, le Conseil d'État peut décider de l'accompagner d'une évaluation de son impact potentiel sur la santé. »

Les modalités précises de mise en œuvre de l'EIS et son inscription dans le processus politico-administratif du canton de Genève devraient faire l'objet d'un règlement d'application qui serait approuvé par le Conseil d'État genevois au cours de l'année 2008.

À ce stade, les délibérations ayant mené à l'introduction des EIS appellent deux observations principales. La première a trait au caractère confus du concept de santé. La définition proposée dès 1946 par l'OMS, qui sert de référence en matière de promotion de la santé en général et de l'EIS en particulier, est loin d'être largement connue et comprise des acteurs politiques. Une divergence majeure, par ailleurs largement débattue lors des discussions sur la définition de la santé et reprise en préambule à la loi en question, porte sur la possibilité d'élargir à la sphère dite « sociale » la définition de santé. Ses détracteurs considèrent généralement que cela constitue une ouverture excessive à des considérations qui dépassent la dimension curative, jugée la plus importante, et autorise donc les acteurs de la santé à inclure dans leur sphère d'influence, un large éventail de domaines de l'action publique. La crainte d'un « impérialisme de la santé » (Kemmerling, 2001) amène alors une partie des acteurs politiques à refuser cette définition et à se méfier des outils, telle l'EIS, susceptibles de la matérialiser. C'est ce clivage qui est apparu clairement lors du débat parlementaire genevois dont des extraits ont été cités plus haut.

La deuxième observation, liée à la première, se rattache à la portée relativement restrictive des EIS, telle qu'elle a été souhaitée par le législateur. En l'état, la formulation de l'article de loi donne une base légale aux EIS uniquement sur des projets de loi et n'indique rien à propos des initiatives n'émanant pas du processus législatif. Néanmoins, par la limitation du champ d'action de l'EIS et conséquemment la réduction des objets soumis à l'analyse, elle est également susceptible de favoriser une meilleure adéquation entre la demande d'évaluation et les ressources disponibles pour la réaliser. Finalement, le futur règlement d'application susmentionné est susceptible de définir avec précision la sphère d'action de l'EIS.

Sur le plan expérimental, et sans attendre l'achèvement du processus parlementaire, l'EIS a fait l'objet d'une mise en œuvre à travers la réalisation d'études de cas. Ces dernières avaient pour objectif de tester les performances et la pertinence de l'outil sur des objets divers quant à leur nature (projet de développement territorial, projet de loi, projet pilote émanant d'une organisation non gouvernementale, campagne publique d'information) ou à leur thématique (aménagement du territoire, santé publique, environnement). Par là même, il s'agissait d'acquiescer des compétences et de consolider la légitimité de l'unité administrative chargée de la conduite de l'EIS. C'est dans ces expériences variées que s'inscrit l'EIS réalisée sur la problématique de la fumée dans les lieux publics.

### ■ DISSIPER « L'ÉCRAN DE FUMÉE » : LES ENJEUX DU DÉBAT SUR LA FUMÉE PASSIVE

Le débat sur les méfaits du tabac et sur l'opportunité d'une intervention vigoureuse par l'acteur public pour en réglementer la consommation dans certains lieux publics traverse toute la société. Au fédéral, la Confédération helvétique a jusqu'à présent peu légiféré en la matière, à l'exception de quelques dispositions faiblement contraignantes dans la Loi sur le travail<sup>6</sup>. La Suisse a signé en 2004 la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, mais ne l'a pas encore ratifiée. Compte tenu des modifications nécessaires

au cadre législatif existant, on estime que la ratification suisse ne pourra pas intervenir avant 2010.

C'est seulement à partir de 2006, sous la pression exercée par une multitude d'initiatives qui voyaient le jour à la fois aux échelons cantonal et international, que des propositions plus coercitives ont été avancées. Elles sont en cours de discussion au Parlement fédéral<sup>7</sup>. À l'inverse, en vertu de la grande autonomie dont ils disposent dans le système fédéral suisse, certains cantons se sont montrés plus actifs et plusieurs décisions de bannissement de la fumée dans les lieux publics sont déjà en vigueur, ou bien leur acceptation soumise au vote populaire<sup>8</sup> en 2008. Il faut mentionner toutefois que dans d'autres cantons, le refus d'adopter de telles mesures a été justifié par la nécessité d'attendre que la Confédération légifère au préalable.

À Genève, un premier projet de loi demandant une modification à la loi relative aux établissements publics<sup>9</sup> a été déposé au Parlement cantonal en avril 2005. Il préconisait l'interdiction de la fumée dans ces établissements (chambres d'hôtel non incluses) en autorisant la création d'espaces fumeurs, étanches et correctement ventilés. À quelques jours d'intervalle, un groupement de citoyens soutenus par des associations de lutte contre le tabac a lancé une initiative populaire<sup>10</sup> qui élargissait cette interdiction à l'intégralité des lieux publics (définis avec précision dans

<sup>6</sup> L'article 19 de l'ordonnance 3 relative à la Loi sur le travail stipule que : « L'employeur doit veiller, dans le cadre des possibilités d'exploitation, à ce que les travailleurs non fumeurs ne soient pas incommodés par la fumée d'autres personnes. »

<sup>7</sup> Chronologiquement, on peut d'abord signaler qu'un postulat demandant la possibilité d'édicter des directives contraignantes pour la protection des fumeurs a été accepté par le Conseil fédéral en septembre 2002. Une initiative parlementaire visant à compléter ce postulat par la possibilité d'introduire des modifications au droit existant a été déposée en octobre 2004 par vingt parlementaires représentatifs de l'ensemble de l'échiquier politique. Les commissions compétentes des Chambres fédérales ont décidé, en 2005, de lui donner suite et le Conseil fédéral (gouvernement) a rendu un premier rapport en mars 2006. À la suite de ces travaux, un projet de loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif a été présenté en juin 2007. Ce projet est actuellement en cours de traitement par les Chambres fédérales.

<sup>8</sup> Le système politique suisse se caractérise par son dispositif dit de « démocratie participative ». Ce dernier autorise, entre autres, tout citoyen à proposer une modification constitutionnelle à travers une initiative constitutionnelle. Pour ce faire, la loi exige que soit collecté un nombre minimal (variable selon les cantons et entre les niveaux cantonal et fédéral) de signatures dans un délai de temps limité. La validité de ces signatures (élimination de doublons, légalité des signatures selon les critères d'âge, de domicile et de nationalité) est ensuite vérifiée par la Chancellerie. En cas d'issue favorable, l'État se voit dans l'obligation de soumettre l'initiative au vote populaire en l'accompagnant éventuellement d'un contre-projet adopté par le Parlement, qui constitue un choix alternatif pour le citoyen. En outre, le Parlement peut décider d'élaborer un projet de loi qui, reprenant les objectifs de l'initiative, incite ses promoteurs à retirer cette dernière.

<sup>9</sup> Projet de loi 9517 du 4 avril 2005.

<sup>10</sup> Initiative 129, avril 2005.

la proposition) à travers l'ajout d'un article *ad hoc* dans la Constitution cantonale.

L'obligation légale de réunir 10 000 signatures dans un délai maximal de quatre mois a été remplie sans difficulté. En juillet 2005, environ 20 000 signatures ont été déposées auprès de la Chancellerie cantonale. Ce résultat n'est guère surprenant, au regard de l'opinion publique que les enquêtes révélaient très majoritairement favorable à une interdiction de fumer dans les lieux publics. Ainsi, en l'espace de quelques mois, une double sollicitation, l'une par voie parlementaire et l'autre par voie populaire, a obligé l'exécutif et le législateur à se positionner par rapport à des mesures conséquentes de lutte contre les méfaits de la fumée passive dans les espaces confinés publics.

Bien évidemment, la réussite de cette initiative n'a pas manqué de mobiliser ses opposants, dont l'argumentaire, tout en ne contestant pas la dimension sanitaire du problème, met en avant la défense de la valeur des libertés individuelle et commerciale qui seraient menacées par une législation trop restrictive et disproportionnée. Cet antagonisme, opposant fondamentalement le bien-être de la collectivité au bien-être de l'individu, et plus généralement le bien-être des uns au bien-être des autres, caractérisera le débat parlementaire mené depuis 2005 et donnera lieu à de nombreux rebondissements, avant que soit finalement prise la décision de soumettre l'initiative au vote populaire.

### ■ LE CHOIX DE L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ OU COMMENT SAISIR UNE « FENÊTRE D'OPPORTUNITÉ »

Sur le plan politico-administratif, le caractère sensible et controversé du dossier du tabagisme passif dans les lieux publics a incité le ministre cantonal de la Santé à déployer une stratégie d'anticipation : en l'absence d'une base légale en la matière, il a souhaité malgré tout utiliser les possibilités d'analyse offertes par l'EIS.

Dès avril 2005, parallèlement au dépôt du projet de loi et au lancement de l'initiative populaire, il a chargé son administration, et en particulier l'unité EIS de la Direction générale de la santé, d'organiser et de lancer la procédure d'évaluation. Attardons-nous un instant sur les motivations ayant présidé ce choix. Il apparaît

en effet clairement que la nature controversée de la thématique et la forte polarisation qu'elle suscite chez les parties prenantes ont incité le politique à retenir la faculté d'une aide à la décision à travers le recours à des experts. Cette option ne constitue pas une nouveauté en soi. Sur les thèmes dits de « société », l'expertise scientifique est fréquemment appelée en renfort en tant que source jugée à même de fournir une information impartiale et fondée sur les faits. Par contre, cela traduit *a priori* la perception de l'outil EIS par le décideur et le positionnement qu'il lui attribue au sein du système de production des connaissances.

La dimension participative de l'EIS, et la valeur ajoutée qu'elle est censée apporter, fortement mise en avant dans le référentiel anglo-saxon de l'EIS (Elliot, Williams, Rolfe, 2004), apparaît ici peu manifeste. À ce sujet, il est possible d'avancer que cette dimension est aussi fonction du type d'objet soumis à l'analyse, dont le traitement ne se prête pas à une implication large de la population, ou pour lequel l'utilisation des techniques participatives ne constitue pas la meilleure option (Parry et Wright, 2003). Pour autant, la dimension participative n'a pas été totalement absente, car elle a pris la forme d'une contribution de différents acteurs institutionnels au groupe de pilotage de l'EIS. Les critères de sélection retenus ont pris en compte les différents domaines concernés et les sensibilités en jeu. Le groupe de pilotage a ainsi réuni de hauts fonctionnaires appartenant aux départements de la santé, de l'économie et de la justice, des représentants de milieux favorables à des restrictions en matière de fumée et ceux des milieux de l'hôtellerie et de la restauration, globalement opposés à ce type de mesures.

Au final, on constate donc que le politico-administratif s'est appuyé sur un dispositif élargi de production de consensus, destiné à donner encore davantage de légitimité à l'expertise scientifique (Simos, 1990). Cette dernière a été fournie par une structure privée, contractualisée pour l'exécution de l'EIS, sous la supervision de l'Unité d'EIS de la Direction générale de la santé.

L'option d'anticipation retenue par le décideur politique et son administration a permis de produire une évaluation en phase avec le calendrier politique

de l'objet concerné. Cette condition, qui peut s'assimiler à une évidence au regard de la visée prospective et prédictive de l'outil EIS, n'en est pas moins significative dans un contexte où la mise en œuvre de l'EIS n'en est qu'à ses débuts et où les ressources allouées à son développement demeurent modestes. Dans cette optique, on peut considérer que, en attendant de disposer d'une base légale et fort de son rôle de pilotage du dossier au sein du gouvernement, le ministre de la Santé a saisi une «fenêtre d'opportunité» sur le plan du processus politico-législatif pour légitimer l'outil EIS parmi les outils de politique publique disponibles et en augmentant les chances d'influencer, de manière efficace, le processus de prise de décision.

### ■ L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ : QUELLE EFFICACITÉ DANS L'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE ?

La question de l'efficacité occupe une place centrale dans la réflexion sur l'opportunité et la pertinence d'introduire l'EIS parmi les outils d'évaluation prospective en matière de politiques publiques. La vaste étude européenne récemment réalisée à ce sujet (Wismar et autres, 2007) a proposé une classification matricielle de l'efficacité, combinant la prise en compte adéquate de la santé, de l'équité et de la communauté avec la modification de la prise de décision résultant des intrants/aspects de ces mêmes catégories. Il en résulte une déclinaison de l'efficacité en quatre catégories :

- Directe – Modification de la décision ou abandon d'un projet à la suite de l'EIS ;
- Opportuniste – La décision aurait été prise dans le même sens que les recommandations de l'EIS ;
- Générale – Explication des raisons pour ne pas suivre les recommandations de l'EIS : EIS concluant à des impacts sanitaires positifs ou négligeables, EIS ayant contribué à sensibiliser les décideurs ;

- Inexistante – EIS ignorée ou écartée.

Au regard de cette typologie, l'efficacité de l'EIS réalisée dans le canton de Genève pourrait être qualifiée de directe, car elle a joué un rôle à plusieurs étapes du processus législatif et même au-delà, lors de la prise de décision sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

La contribution de l'EIS à l'élaboration d'argumentaires divers est certainement la plus importante. Cette contribution est intervenue à des moments spécifiques du débat parlementaire, que nous qualifierons de «chassé-croisé» entre coalitions plaidantes opposées (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999, cités dans Turgeon et autres, 2005).

L'EIS a été utilisée pour construire l'argumentaire scientifique du rapport du gouvernement au Parlement en relation avec l'initiative populaire<sup>11</sup>. S'appuyant sur les éléments d'analyse développés dans l'EIS, le gouvernement a fait siens les objectifs de l'initiative, tout en demandant au Parlement de la refuser et de lui opposer un contre-projet qui aurait permis de tenir compte de certaines situations spécifiques. Il s'agit en particulier des locaux à caractère privatif situés dans des établissements publics (cellules des lieux de détention ou d'internement) ou privés mais ouverts au public (chambres individuelles des hôpitaux, cliniques et autres lieux de soins). Le gouvernement s'est par ailleurs prononcé favorablement sur la validité formelle de l'initiative et le Parlement a accepté cette proposition, en renvoyant l'objet, non sans avoir eu de vifs débats en Commission législative à propos des mesures envisagées. La Commission<sup>12</sup> s'est attachée pour l'essentiel à examiner la recevabilité juridique de l'initiative, en se référant à deux avis de droit déjà produits et à un troisième élaboré de manière ad hoc sur demande de la Commission elle-même.

Au-delà de l'obligation pour la Commission de trancher la question d'un point de vue légal, il est utile d'observer comment l'expertise juridique externe a servi de «terrain d'affrontement» entre regroupements

<sup>11</sup> Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la validité et la prise en considération de l'initiative populaire 129 «Fumée passive et santé» (IN 129-A) du 11 janvier 2006.

<sup>12</sup> Rapport de la Commission législative chargée d'étudier la validité de l'initiative populaire IN 129 «Fumée passive et santé» (IN 129-B) du 6 juin 2006.

politiques, rassemblant respectivement les acteurs opposés et favorables à une interdiction de fumer. Bien qu'il semble en partie suivre une opposition classique « gauche/droite » entre partis politiques, le clivage se caractérise aussi par un positionnement variable des partis se classant traditionnellement au centre de l'échiquier politique. La Commission s'est finalement décidée à reconnaître certains problèmes de compatibilité de l'initiative avec le droit supérieur, mais elle a accepté le principe d'une invalidation seulement partielle en proposant une version légèrement amendée.

Le débat final en session plénière<sup>13</sup> a fait explicitement ressortir ces fortes polarisations qui opposent idéologiquement les partis leaders des coalitions, les socialistes pour la gauche et les libéraux pour la droite. Les premiers, le problème sanitaire soulevé par l'initiative demeurant pour eux primordial, ont plaidé pour son acceptation, moyennant les adaptations juridiques suggérées par les experts, au nom de la nécessaire limitation par l'État, pour des questions d'intérêt public, de la liberté des individus, dont ferait partie la liberté de fumer. Les seconds ont défendu l'invalidation totale de l'initiative, au nom de la défense des principes de liberté individuelle et de responsabilité du citoyen, qui seraient restreints de manière excessive et contraignante par l'initiative. Au terme des débats, le Parlement, à une faible majorité, s'est prononcé pour une validation partielle de l'initiative, l'adoption de correctifs mineurs dans sa formulation et son renvoi en Commission de la santé, en vue de son traitement ultérieur.

Suivant ce renvoi en commission, l'*iter* parlementaire a connu une phase judiciaire à rebondissements, opposant à nouveau *grosso modo* les deux groupes parlementaires susmentionnés. Dénonçant l'accord du Parlement à la poursuite de l'examen du dossier, une partie du second groupe, à l'instigation de deux députés, a choisi de contester par voie judiciaire la recevabilité de l'initiative parlementaire en déposant un recours auprès du Tribunal fédéral, l'instance suprême en matière de droit pénal et administratif en Suisse. Le déplacement du débat au niveau judiciaire n'a pas eu un effet suspensif sur les travaux de la

Commission de la santé, mais a considérablement retardé la prise de décision du Parlement. En effet, alors que le renvoi en Commission de la santé est intervenu en juin 2006, c'est seulement en mars 2007, après que le Tribunal fédéral eut rendu sa décision, favorable à la recevabilité de l'initiative, que les débats ont pu se poursuivre en plénière.

Entre-temps, le gouvernement avait déposé son contre-projet<sup>14</sup> qui permettait de prendre en compte les situations spécifiques évoquées plus haut. Dans son argumentaire, il s'est une fois encore appuyé sur les conclusions de l'EIS. Même si en mai 2007, à la suite à la décision favorable du Tribunal fédéral et dans un souci de clarification du débat devant le peuple, le gouvernement a finalement décidé de retirer son contre-projet, les questionnements soulevés ont cependant fait l'objet d'un traitement conséquent lors des auditions auxquelles a procédé la Commission de la santé. Sur ce point, il est donc pertinent d'ajouter que l'EIS a servi de « catalyseur » pour traiter et améliorer les aspects les plus équivoques de l'initiative.

En septembre 2007, la Commission de la santé a déposé les conclusions de ses travaux devant le Parlement. De fait, l'acceptation de l'initiative par le Tribunal fédéral, le retrait consécutif du contre-projet du gouvernement et le traitement exhaustif de la problématique par la Commission de la santé ont laissé peu de marge de manœuvre aux parlementaires. Après des débats formels entre les deux groupes opposés, réitérant fondamentalement les arguments avancés lors des précédentes joutes, le Parlement a approuvé à une confortable majorité de recommander au peuple l'adoption de l'initiative populaire. À l'occasion du vote du 24 février 2008, le peuple souverain l'a acceptée par plus de 79% des votants.

Il convient enfin de noter que les possibles effets directs de l'EIS ne peuvent être appréciés dans leur intégralité dans la mesure où une série de recommandations émises ne pourra être mise en œuvre qu'ultérieurement. Elle comprend notamment les impacts négatifs potentiels de la nouvelle loi pour lesquels il serait opportun d'assurer une surveillance attentive: sur l'évolution réelle du chiffre d'affaires

<sup>13</sup> Mémorial du Grand Conseil, 56<sup>e</sup> législature – 1<sup>re</sup> année – Session 10 (juin 2006) – Séances 45 et 46 du 22 juin 2006.

<sup>14</sup> Projet de loi 9972 du 14 décembre 2006.

à partir d'un échantillon d'établissements, sur la capacité des instances habilitées à faire respecter la nouvelle réglementation (en particulier la police), sur le devenir du problème du bruit résultant du stationnement des fumeurs à l'extérieur des établissements.

### ■ LES EFFETS DE RICOCHET ET L'INTERNALISATION DU DÉBAT : LA FUMÉE PASSIVE DANS L'ADMINISTRATION PUBLIQUE

Le long et passionné débat sur la fumée passive que nous venons d'exposer n'a pas manqué de soulever des questionnements similaires au sein de l'administration cantonale genevoise. Dans un contexte où l'État se trouve fortement interpellé par une majeure partie de ses citoyens pour qu'il réglemente la question de la fumée passive dans un souci de protection de la santé du plus grand nombre, peut-il justifier de ne pas prendre les mêmes mesures au sein de sa propre administration ? Avec un personnel dépassant les 15 000 personnes, le corps enseignant non compris, l'État est de loin le premier employeur cantonal. Il est donc évident qu'il lui est imposé de se comporter de manière exemplaire. Cette alternative apparaît d'autant plus nécessaire que l'État a la charge de gérer des lieux publics ou des lieux privés ouverts au public pour lesquels des exceptions à l'interdiction générale de fumer avaient été réclamées avec beaucoup de véhémence lors du débat parlementaire.

En matière de fumée passive, le Canton de Genève a adopté, depuis 1996, une attitude proactive. À travers sa politique « L'État sans fumée, mais pas sans fumeur », il a souhaité inciter tous les services de l'administration à bannir la fumée de leurs locaux, de sorte qu'aucun employé de l'administration ne soit exposé à la fumée passive. Cette politique passe par l'application de mesures techniques (ventilation adéquate, cloisonnement, etc.) et organisationnelles (création d'espaces fumeurs et suppression des cendriers en dehors de ces espaces), la définition de critères d'aménagement pour les espaces fumeurs (distance raisonnable et nombre suffisant, signalisation claire et identifiable, bonne ventilation) et la réalisation d'actions sur le comportement (information, sensibilisation, règles écrites). Cette approche sur une base volontaire a eu

des résultats positifs et a indéniablement amélioré la situation, tout en montrant ses limites, singulièrement si on la compare avec la démarche de certaines institutions autonomes dépendant de l'État, tels les hôpitaux ou les universités, qui ont décidé de bannir complètement la fumée.

La question de franchir le pas vers des options plus restrictives a été posée en décembre 2006. Il est symptomatique de noter que les termes du débat sont semblables à ceux ayant nourri les discussions parlementaires. Si la « donne » scientifique sur les méfaits du tabac est encore une fois largement admise, les discussions portent principalement sur la possibilité d'une interdiction généralisée, eu égard au principe de proportionnalité (n'est-il pas envisageable de créer des espaces fumeurs *ad hoc*, étanches et suffisamment ventilés ?) et surtout aux pertes de productivité économique augurées. Par rapport au débat politico-législatif, ce dernier argument remplace celui d'une menace de diminution dramatique du chiffre d'affaires qui pèserait sur les propriétaires et les tenanciers d'établissements publics.

Dans le cas de l'administration publique, les données probantes et les consultations d'experts ayant confirmé l'impossibilité d'éliminer complètement le risque sanitaire lors de la création d'espaces fumeurs, l'essentiel des discussions s'est alors concentré sur la question de la productivité. Dans cette perspective, l'Unité d'EIS a été sollicitée pour apporter un éclairage scientifique. Sa légitimité acquise à l'occasion du pilotage de l'EIS sur la fumée passive et sa fonction officielle d'évaluation octroyée par le politique l'ont « naturellement » désignée comme l'intervenant le plus pertinent pour fournir une appréciation objective et équilibrée. Le principe d'autorité qui en a résulté a justifié l'utilisation de son analyse comme élément clef de la réponse aux craintes de pertes de productivité.

Cette expertise a conclu que l'interdiction de fumer dans l'administration publique se traduirait par un bénéfice financier net, plus ou moins grand selon les hypothèses retenues. Le gouvernement a été convaincu par les arguments présentés et l'interdiction de fumer dans tous les bâtiments de l'administration publique a été imposée à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2008.



## ■ L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ : DE L'EFFICACITÉ PONCTUELLE AUX DÉFIS DE L'INSTITUTIONNALISATION

L'interdiction de fumer dans les lieux publics constitue un exemple particulièrement intéressant sur la manière dont l'EIS peut être utilisée pour alimenter le débat politique et public et contribuer au façonnement des politiques publiques. L'efficacité manifeste de l'EIS concourt à en consolider l'assise en tant qu'outil pertinent d'évaluation prospective en matière de politiques publiques. Toutefois, il convient de ne pas sous-estimer le rôle des facteurs contextuels favorables à son efficacité, pas plus que les difficultés inhérentes à son éventuelle utilisation sur une base plus systématique et élargie par les acteurs politico-administratifs du canton de Genève.

En relation avec la dimension contextuelle, l'EIS réalisée a sans aucun doute bénéficié d'une configuration d'ensemble propice. En premier lieu, la relation causale scientifiquement bien établie, notamment entre les mesures préconisées par l'initiative populaire et les implications en termes de santé publique, a contribué à placer l'EIS dans un rôle de « résolveur de problèmes » (Putters, 2005) venant confirmer à l'aide d'une analyse solidement étayée le constat sur les méfaits du tabagisme passif, très largement accepté au-delà des clivages partisans. En second lieu, la nature « idéologique » du débat politique, focalisée dès lors sur le terrain des valeurs, a incité le gouvernement à faire appel au système expert comme source d'autorité pour la rédaction des argumentaires, confirmant du même coup la pertinence des contenus proposés par cette même EIS. Enfin, l'utilisation par le gouvernement de la fenêtre d'opportunité a permis à l'EIS d'être constamment en phase avec le processus décisionnel et d'augmenter ainsi ses chances de pouvoir l'influencer.

Or, une telle configuration d'ensemble relève davantage de l'exception que de la règle. Tout d'abord, nombre de politiques (par exemple du logement, de la jeunesse, des transports) se caractérisent par une grande complexité et par leur interdépendance avec d'autres politiques (Putters, 2005). Dans ce cas de figure, l'EIS intervient davantage pour souligner les options *a priori* les plus favorables à la santé et pour sensibiliser les décideurs aux déterminants de la santé. Son efficacité peut tout au plus être qualifiée de générale (Wismar

et autres, 2007) et n'est pas de nature à lui accorder une priorité particulière parmi les outils de politique publique. Ensuite, la possibilité de suivre correctement le tempo du processus décisionnel exige généralement un dispositif plus ferme et plus élaboré que la simple exploitation d'une occasion ponctuelle d'action, aussi habile soit-elle.

Cette exigence requiert que soient réunies certaines conditions, parmi lesquelles on peut citer à titre d'exemple :

- Pouvoir anticiper régulièrement les principaux enjeux ;
- Établir les modalités et éventuellement les priorités en matière d'évaluation ;
- Disposer d'un solide réseau de collaborations au sein de l'administration aussi bien pour l'identification des objets à évaluer que pour leur appui en phase d'analyse ;
- Réussir à mobiliser les ressources (humaines et financières) nécessaires au fonctionnement du dispositif d'évaluation. Plus fondamentalement, cette disposition soulève la question des modalités d'institutionnalisation de l'EIS.

À ce sujet, l'analyse critique de l'expérience québécoise en matière d'EIS (Turgeon et autres, 2005) a clairement souligné le caractère multidimensionnel, à la fois normatif et cognitif, institutionnel et politique, de la mise en œuvre d'une disposition légale contraignante et qui appelle un changement de la culture organisationnelle de l'administration publique.

Le défi du passage d'une logique administrative fonctionnant sur une base verticale et fortement cloisonnée à une logique horizontale, largement ouverte et participative, représente le principal défi à l'institutionnalisation réussie de l'EIS. La mise en perspective des expériences des collectivités locales suisses en la matière (Cantoreggi, 2006 ; Cantoreggi et autres, 2007), dont celle de Genève, a montré à l'évidence que ce changement « paradigmatique » exige que soient réunies un certain nombre de conditions.

Il apparaît tout d'abord que la culture de l'évaluation elle-même se doit d'être consolidée dans la mesure où l'évaluation est pour une bonne part perçue aujourd'hui au sein de la fonction publique comme

relevant du dispositif de sanction plutôt que de celui de l'amélioration continue. Des efforts permanents doivent être entrepris ensuite pour bâtir une définition commune et partagée de la santé, comme celle sur laquelle est fondée la méthodologie de l'EIS. Cette étape s'avère décisive pour lever l'ambiguïté latente quant aux intentions prétendument hégémoniques de la santé sur les autres politiques publiques. Dans le même ordre d'idées, le partage et la diffusion des connaissances sont préférables à la seule et systématique utilisation de l'expertise scientifique, à plus forte raison lorsqu'on prétend manier de l'information qui ne relève plus exclusivement d'une approche par les données probantes issues de la recherche épidémiologique et médicale (Banken, 2001). L'EIS doit enfin s'adapter à la multiplication des outils d'évaluation prospective, particulièrement en matière d'environnement et de développement durable, et expliciter sa spécificité et sa complémentarité par rapport à ces derniers.

Cette réflexion sur la culture organisationnelle ne peut être dissociée de celle sur la disponibilité des ressources, humaines et financières, nécessaires à la mise en œuvre de l'EIS. À ce propos, il faut souligner que les ressources disponibles ou mobilisables et le modèle général retenu pour l'élaboration de l'EIS sont interdépendants. À ce jour, les expériences suisses en matière d'EIS se caractérisent dans l'ensemble par

une disponibilité de ressources relativement limitée, qui n'assure qu'un modèle de mise en œuvre de l'EIS fondée d'une part sur la sélection d'objets ponctuels sur lesquels exécuter des évaluations et, d'autre part, sur la prédilection de l'approche d'évaluation rapide, moins exigeante en ressources et permettant de « découpler » le nombre d'évaluations.

Le glissement vers un modèle plus systématique de sélection et de traitement des objets (politique, programme ou projet) par l'EIS implique une redéfinition dans l'allocation des ressources, notamment si l'EIS a le statut d'exigence légale. L'EIS se trouve dès lors confrontée à la question de son efficacité. Sur ce point, les analyses coût-avantage réalisées à ce jour semblent suggérer que l'EIS rapporte plus qu'elle ne coûte (Atkinson et Cooke 2005; O'Reilly, 2006).

En conclusion, le défi qui attend le canton de Genève dans l'élaboration efficace de l'EIS réside dans la capacité à donner corps à son article de loi en tenant compte des contraintes liées à l'évolution de la culture organisationnelle et à l'allocation des ressources. Le règlement d'application de l'EIS, qui devrait voir le jour en 2008, précisera comment assumer cette tâche complexe. Les modalités de sa mise en œuvre détermineront la place et l'importance que l'EIS aura dans l'avenir parmi les outils d'élaboration des politiques publiques.

## BIBLIOGRAPHIE

- Atkinson, P. et A. Cooke (2005). « Developing a Framework to Assess Costs and Benefits of Health Impact Assessment », *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, n° 7-8, p. 791-798.
- Banken, R. (2001). « *Strategies for Institutionalizing HIA* », Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Cantoreggi, N. (2006). « HIA-approaches in two Cantons of the Romandie », *Health Policy Monitor*, <http://www.hpm.org/survey/ch/a7/2> (page consultée le 29 août 2007).
- Cantoreggi, N. et autres (2007). « HIA in Switzerland: Considerations Concerning the Experience of the Canton of Geneva, Jura and Ticino », *Italian Journal of Public Health*, vol. 4, n° 3, p. 169-175.
- Elliot, E., G. Williams et B. Rolfe (2004). « The Role of Lay Knowledge in HIA », dans J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (dir.), *Health Impact Assessment*, Oxford, Oxford University Press, p. 81-90.
- Kemm, J. (2001). « Health Impact Assessment: A Tool for Healthy Public Policy », *Health Promotion International*, vol. 16, n° 1, p. 79-85.
- O'Reilly, J. et autres (2006). *Cost-benefit Analysis of Health Impact Assessment*, York, York Health Economics Consortium.
- Parry, J. et J. Wright (2003). « Community Participation in Health Impact Assessments: Intuitively Appealing but Practically Difficult », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 6, p. 388.

Putters, K. (2005). «HIA, the Next Step: Defining Models and Roles», *Environmental Impact Assessment Review*, vol. 25, p. 693-701.

Santé et développement durable et Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones (2006). *Les études d'impact sur la santé dans les Villes-Santé*, Rennes, [brochure accessible en ligne], <http://www.s2d-ccvs.fr/> (page consultée le 30 mars 2008).

Scott-Samuel, A. (1996). «HIA. An Idea Whose Time Has Come», *British Medical Journal*, vol. 313, p. 183-184.

Simos, J. (1990). *Évaluer l'impact sur l'environnement*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes.

Turgeon, J. et autres (2005). «Politiques publiques et santé: les dilemmes de l'évaluation prospective», *Administration publique du Canada*, vol. 48, n° 3, p. 328-347.

Wismar, M. et autres (2007). *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and Limitations of Supporting Decision-making in Europe*, Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

## LOIS, PROJETS DE LOIS, ORDONNANCES, INITIATIVES, ACTES PARLEMENTAIRES

### République et canton de Genève

Initiative 129 «Fumée passive et santé» (IN 129) d'avril 2005.

Loi sur la santé (K 1 03) du 7 avril 2006.

Mémorial du Grand Conseil, 56<sup>e</sup> législature - 1<sup>re</sup> année - Session 10 (juin 2006) – Séances 45 et 46 du 22 juin 2006.

Projet de Loi «Lieux publics sans fumée», PL 9517, déposé le 4 avril 2005.

Projet de loi constitutionnelle (PL 9972) (A 2 00), déposé le 14 décembre 2006.

Rapport de la Commission de la santé chargée d'étudier le projet de loi sur la santé du Conseil d'État (K 1 03) (PL 9328-A), déposé le 30 août 2005.

Rapport du Conseil d'État au Grand Conseil sur la validité et la prise en considération de l'initiative populaire 129 «Fumée passive et santé» (IN 129-A) déposé le 11 janvier 2006.

Décision du Conseil d'État d'interdire la fumée à l'intérieur des locaux de l'administration cantonale, 10 décembre 2007.

### Confédération helvétique

Initiative parlementaire Gutzwiller, «Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif», 8 octobre 2004.

Rapport de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national sur l'Initiative parlementaire «Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif» et Projet de loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif, 1<sup>er</sup> juin 2007.

Avis du Conseil fédéral sur le rapport et le projet de loi précités, 22 août 2007.

Ordonnance 3, relative à la Loi sur le travail (Hygiène, OLT 3) du 18 août 1993, article 19.