



HAL
open science

Evaluation du déploiement de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé en Pays de la Loire.

Françoise Jabot, Julie Romagon, Guilhem Dardier, Anne-Flore Bué

► To cite this version:

Françoise Jabot, Julie Romagon, Guilhem Dardier, Anne-Flore Bué. Evaluation du déploiement de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé en Pays de la Loire.. [Rapport de recherche] Ecole des hautes études en santé publique. 2018. hal-01791068

HAL Id: hal-01791068

<https://ehesp.hal.science/hal-01791068>

Submitted on 14 May 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Evaluation du déploiement de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé en Pays de la Loire

**Rapport final
Février 2018**

**Françoise Jabot, Julie Romagon, Guilhem Dardier, Anne-Flore Bué
Ecole des hautes études en santé publique**

Réalisation de l'évaluation

L'évaluation du déploiement de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé en Pays de la Loire a été réalisée par l'EHESP.

Coordination scientifique : Françoise Jabot

Rédaction : Françoise Jabot, Guilhem Dardier, Anne-Flore Bué, Julie Romagon

Contribution : Chloé Jomier

Pour citer ce rapport

Jabot F., Romagon J., Dardier G., Bué AF., (2018) Evaluation du déploiement de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé en Pays de la Loire, Ecole des hautes études en santé publique, 140 pages.

Financement et pilotage

Ce travail a été financé et piloté par l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire.

Remerciements

L'équipe d'évaluation tient à remercier l'ensemble des personnes ayant pris part à cette démarche d'évaluation – tout particulièrement les membres du comité de pilotage et du comité technique – pour leur disponibilité et leur réactivité ainsi que pour la richesse de leurs analyses.

SYNTHESE

Contexte de l'évaluation

L'évaluation d'impact sur la santé est une démarche qui consiste à identifier, avant leur mise en œuvre, les conséquences potentielles de politiques ou de projets sur la santé des populations afin de proposer des mesures destinées à atténuer les impacts négatifs et renforcer les impacts positifs.

Consciente de l'importance des déterminants sociaux, environnementaux, économiques et culturels de la santé et du rôle des partenaires des autres secteurs que la santé, l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire s'est intéressée dès 2013 à la démarche EIS et a soutenu en 2016 le lancement de trois EIS. Fin 2016, elle décidait d'engager une évaluation de ces trois expériences.

Les finalités de cette évaluation sont multiples :

- déterminer les conditions favorables au déploiement des EIS dans la région ;
- disposer d'éléments de réflexion nécessaires pour pouvoir mieux informer les acteurs publics en dehors du champ de la santé, des conséquences possibles de leurs décisions sur la santé de la population ;
- proposer une stratégie de montée en charge des EIS dans la région avec un focus particulier sur la place et le rôle que doit occuper l'ARS en matière de déploiement de la démarche dans la région ;
- produire des recommandations stratégiques et opérationnelles pour la poursuite du déploiement.

Le champ de l'évaluation est circonscrit à l'analyse de la mise en œuvre de trois EIS.

- EIS portant sur l'intégration d'une maison de santé pluri professionnelle au sein du projet de renouvellement urbain du quartier de Bellevue à Nantes et Saint Herblain
- EIS du projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers
- EIS du programme d'actions de prévention des inondations (PAPI) de l'île de Noirmoutier.

Le questionnaire évaluatif

L'évaluation comporte trois questions évaluatives.

Quels sont les facteurs clés de réussite et d'échec d'une EIS en prenant en compte les différentes étapes de sa réalisation ?

La conduite des différentes EIS aura-t-elle permis d'influer sur les projets dans un sens favorable à la santé, y compris la réduction des inégalités de santé ?

Dans quelles conditions le déploiement des EIS est-il souhaitable dans la région ?

L'ARS des Pays de la Loire a assuré le pilotage de cette évaluation avec l'appui d'un comité de pilotage et d'un comité technique.

Méthode d'évaluation

L'analyse du questionnaire évaluatif a fait émerger les principaux axes de l'évaluation : processus de mise en œuvre des EIS, résultats des EIS, facteurs de réussite, rôle de l'ARS, propositions.

La stratégie d'évaluation a été basée sur le principe des études de cas comparées. Chaque EIS constitue un cas unique qui a été étudié en fonction de paramètres pertinents au regard des questions posées : contexte d'implantation, réalisation des étapes, modalités de travail, formes de participation des parties prenantes, suivi et pilotage, devenir des recommandations, apprentissages générés. L'analyse transversale des trois EIS a été réalisée afin de comparer le rôle du contexte dans leur déroulement, le processus de mise en œuvre à chaque étape, les modalités de gouvernance, ainsi que les changements introduits en termes d'évolution des projets, des représentations et des pratiques. Cette comparaison a permis de faire ressortir : les facteurs favorisant et limitant la mise en œuvre de la démarche EIS ; les éléments attestant de la plus-value de l'EIS pour les projets étudiés ; les facteurs de réussite, afin de mettre en exergue les conditions nécessaires préalables à la mise en œuvre d'une telle démarche.

Chacun des axes de questionnaire évaluatif a été examiné à partir de plusieurs sources d'information : documents relatifs à chaque EIS, discours des acteurs, participation à des réunions, observations de terrain, visite des sites. Les données recueillies auprès des acteurs l'ont été lors d'entretiens individuels et collectifs et à partir d'observations de réunions. Les entretiens ont été retranscrits puis codés au moyen du logiciel NVivo. Ces informations ont été croisées et confrontées aux données documentaires et comparées pour les trois territoires d'expérimentation. Au total, 40 personnes ont été rencontrées. Les résultats de l'évaluation ont été mis en perspective avec nos expériences d'autres EIS et la littérature internationale.

L'évaluation des résultats se heurte ici au manque de recul. Il est encore trop tôt pour objectiver la mise en œuvre des recommandations ainsi que les changements induits par l'EIS qui ne peuvent être à ce jour qu'esquissés dans la mesure où ces derniers surviennent dans une temporalité de moyen ou long terme.

Présentation des trois expériences

▪ **EIS de l'intégration d'une maison de santé pluri professionnelle au sein du projet de renouvellement urbain du quartier de Bellevue à Nantes et Saint Herblain**

Cette EIS porte sur l'intégration d'une Maison de Santé Pluri Professionnelle (MSPP) dans le Projet de Renouvellement Urbain (PRU) du quartier de Bellevue, implanté sur les communes de Nantes et Saint Herblain. Elle s'est déroulée sur une période de 9 mois (janvier 2016 - septembre 2016). A la suite d'un appel d'offres, le cabinet de conseil NovaScopia a été retenu pour réaliser cette évaluation.

L'EIS a été centrée sur le projet de la MSPP en tenant compte de son rayonnement dans le quartier Grand Bellevue. Aujourd'hui, l'étude est dans la phase de mise en œuvre des recommandations et d'organisation du suivi des préconisations.

C'est la première EIS initiée en Pays de la Loire.

▪ **EIS du projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers**

Cette EIS porte sur la conception et l'appropriation des espaces publics dans le cadre du Projet de Renouvellement Urbain du quartier. Elle s'est déroulée sur une période de 13 mois (février 2016 - mars 2017). A la suite d'un appel d'offres, le cabinet de conseil NovaScopia a été retenu pour réaliser cette évaluation.

Les espaces verts et espaces publics du quartier, les cheminements doux et les abords de certains équipements publics étaient les thèmes identifiés pour l'évaluation. Un suivi des recommandations a été mis en place et une réflexion est en cours sur la temporalité de mise en œuvre des recommandations et leur intégration dans le projet.

▪ **EIS du programme d'actions de prévention des inondations de l'île de Noirmoutier**

Cette EIS porte sur le Programme d'actions de prévention des inondations (PAPI) de l'île de Noirmoutier. Elle s'est déroulée sur une période de onze mois (avril 2016 - février 2017). C'est à la suite de l'appel à projets de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en 2015 que cette EIS a été proposée par l'Observatoire régional de santé (ORS) des Pays de la Loire à la Communauté de communes de l'île de Noirmoutier.

Elle a concerné tous les axes du PAPI et s'est focalisée principalement sur les effets du programme sur le sentiment de contrôle, le cadre de vie, les ressources économiques et le climat social sur les résidents permanents et saisonniers, avec une attention particulière sur les populations vulnérables (personnes à mobilité réduite, résidents des zones basses naturellement plus exposées aux submersions marines et personnes aux faibles revenus).

Les recommandations ont été transmises au bureau d'études qui accompagne la Communauté de communes dans l'élaboration de la stratégie locale de gestion des risques d'inondation (SLGRI), qui inspirera le prochain PAPI de l'île de Noirmoutier.

Analyse de la mise en œuvre des EIS

La gouvernance des EIS

La gouvernance a été étudiée sur les variables d'analyse suivantes : nature et fonctionnement des instances de gouvernance, place des habitants et modalités de participation citoyenne, régulation des relations entre les parties prenantes et gestion du processus.

L'organisation de la gouvernance a été adaptée au contexte, selon un schéma plus ou moins complexe. A Nantes, le schéma de gouvernance a été évolutif : le pilotage de l'EIS a d'abord été intégré au comité de pilotage du Projet Grand Bellevue puis un comité de pilotage propre à l'EIS a été créé. A Angers, deux instances ont été mises en place (comité de pilotage et comité technique). A Noirmoutier, la gouvernance de l'EIS a suivi un schéma plus simple avec un comité de pilotage, faisant office de comité technique et d'atelier de travail.

Les trois EIS ont toutes impliqué un large panel d'acteurs relevant de divers niveaux avec le souci d'accorder une réelle place aux habitants. La régulation des relations entre l'équipe d'évaluation, la collectivité pilote et les partenaires a été effectuée par plusieurs canaux, aussi bien formels (comités et réunions) qu'informels (échanges téléphoniques, mails).

Le déroulement de la démarche EIS

La mise en œuvre des EIS a été analysée sur la base d'un référentiel précis afin d'apprécier la façon dont le cadre méthodologique a été appliqué au regard de chaque situation.

Les trois EIS réalisées ont suivi la démarche séquentielle par étapes.

L'étape de sélection a été principalement consacrée à un travail de négociation entre les institutions afin de déterminer le projet le plus apte à expérimenter une EIS plus qu'à l'analyse préalable des enjeux et des impacts du projet retenu. Un tel constat recoupe les observations menées sur d'autres EIS conduites en France.

L'étape de cadrage a débuté avec l'arrivée des équipes évaluatrices. C'est une étape capitale qui pose les bases de la méthode utilisée pour l'évaluation des impacts (révision des orientations méthodologiques données dans les cahiers des charges, construction des outils d'analyse en vue de préparer la caractérisation des impacts). La délimitation du champ de travail a été difficile à réaliser et les hypothèses sur les conséquences du projet/programme sur la santé n'ont pas été toujours explicitées ; le recueil de la parole des citoyens, principalement pour les EIS portant sur les projets d'aménagement urbain, ayant précédé la construction de ce cadre d'analyse.

L'étape d'estimation des impacts. Dans les trois cas, des données de terrain ont été recueillies et confrontées à la littérature scientifique, ce qui constitue un point fort de ces évaluations. Les modes de recueil et les réflexions des différents groupes sont explicitement restitués mais le mode de caractérisation des impacts n'est pas toujours lisible, se confondant parfois, compte tenu du stade précoce du projet d'aménagement, avec la synthèse des propositions d'amélioration de ce projet. De fait, les points de vue des habitants sont majoritaires et insuffisamment contrebalancés avec des données objectives. De façon générale, la hiérarchisation des impacts et l'analyse globale du projet prenant en compte les interactions entre les impacts font défaut.

L'étape des recommandations. Dans les trois situations, les recommandations ont été débattues avec les divers groupes de travail et de pilotage. Elles sont généralement en cohérence avec les constats.

Compte tenu de l'échéance lointaine du projet dans deux situations, il a été difficile de produire des recommandations précises et véritablement reliées aux impacts.

L'étape de suivi. Bien que le suivi des recommandations n'ait généralement pas été anticipé au lancement de l'EIS, il est en cours de structuration (pilote, instance, tableau de bord) s'agissant des projets d'aménagement urbain.

L'application des principes de l'EIS

Lors du consensus de Göteborg (WHO, 1999), les experts se sont accordés sur un ensemble de principes et valeurs – éthiques et méthodologiques – qui permettent de définir l'EIS.

Les trois EIS se sont inscrites dans le cadre éthique de l'EIS. Les principes de démocratie et équité ont imprégné la démarche. Les autres principes (pluralité des données, globalité de l'analyse, utilisation éthique, développement durable) ont été diversement appliqués en fonction des situations.

Démocratie. La notion de participation peut revêtir différentes formes qui renvoient à des degrés divers d'implication. L'implication de la population a été un moyen de produire de la connaissance sur les impacts. Cependant, si on considère les outils de mesure de la participation¹, on constate que le niveau de participation est aujourd'hui à un stade intermédiaire, entre consultation et implication.

Equité. On relève dans les trois cas, une réelle préoccupation envers les publics les plus fragiles ou les plus défavorisés.

Développement durable. Compte tenu de la durée de réalisation des projets de renouvellement urbain, les impacts s'inscrivent dans le long terme. Les habitants se sont exprimés sur leur vécu, leurs conditions de vie dans le quartier et leur quotidien. De fait, l'estimation des impacts a été davantage centrée sur la situation actuelle, les acteurs ne se projetant pas dans une autre temporalité.

Utilisation éthique des données. On note dans les trois EIS le souci de produire des données de la façon la plus impartiale et rigoureuse possible. Compte tenu du stade précoce des projets d'aménagement urbain, le manque d'informations a pu être une difficulté.

Les facteurs facilitant ou bloquant la mise en œuvre

Dans la perspective d'identifier les conditions favorables au déploiement des EIS, les facteurs ayant pu faciliter ou entraver la mise en œuvre de la démarche ont été relevés, sur la base de nos observations, pour chacun des trois sites. Dans un second temps, l'analyse de ces facteurs a montré qu'ils étaient d'ordre politique, administratif, organisationnel, culturel et individuel et pouvaient être classés en trois catégories :

- dépendant du contexte : culture et organisation des institutions, volontarisme et historique politique local en matière de santé publique, ressources financières et humaines dédiées, inscription de l'EIS dans des outils d'accueil ;
- dépendant des acteurs : engagement des parties prenantes, capacités d'animation et qualités pédagogiques, capital culturel ;
- dépendant de la démarche elle-même : gouvernance, processus, méthode.

¹ Echelles d'Arnstein et de l'Institut du Nouveau Monde notamment, voir pages 46 et 47.

Les changements apportés par les EIS

Les quatre types de changement

Les changements apportés par une EIS ont été analysés à quatre niveaux : sur les projets, les acteurs, les organisations, les politiques.

Sur les projets/programme évalués. Dans les trois terrains, les recommandations issues de l'EIS ont été adoptées et validées lors des réunions du comité de pilotage avec une inscription (effective ou à venir) dans des plans ou documents en lien avec le projet évalué. Il est en revanche trop tôt pour observer, à ce stade, des modifications des projets en eux-mêmes.

Sur les organisations. On observe un certain alignement des représentations associées à la santé entre les élus et les techniciens de la collectivité. L'expérience de participation à l'EIS semble induire des évolutions de pratiques professionnelles et un rapprochement entre acteurs et institutions.

Sur les acteurs. On note une prise de conscience plus aigüe des conséquences des projets/programmes sur la santé. L'appropriation de la démarche EIS est perceptible dans les trois sites mais semble plus ou moins intense en fonction des catégories de parties prenantes. On relève un réel intérêt à appliquer cette démarche à d'autres projets mais, du point de vue des acteurs locaux, un accompagnement méthodologique reste nécessaire.

Sur les politiques. Les EIS ont eu quelques effets non-voulus mais directs sur le terrain et conduit à l'adoption de mesures techniques et stratégiques ou à la mise à l'agenda d'une problématique spécifique. De plus, dans un des trois sites, on relève le lancement d'une réflexion de la collectivité pilote sur la manière de reprendre les recommandations de l'EIS dans d'autres politiques locales. Une telle réflexion paraît moins avancée mais bien existante dans les deux autres sites.

Les leviers du changement

Les facteurs susceptibles d'avoir une influence sur la réussite ou l'échec de l'EIS, à savoir la production (ou non) de changement, sont multiples et cumulatifs.

Ils rejoignent pour la majorité d'entre eux, les facteurs identifiés dans la littérature :

- engagement des parties prenantes à différents niveaux ;
- soutien politique ;
- inscription de l'EIS dans des documents contractuels ou projets locaux ;
- approche par les déterminants de la santé ;
- équilibre entre rigueur et flexibilité de la démarche ;
- accompagnement méthodologique extérieur ;
- confrontation des données scientifiques aux données de terrain ;
- capacité de communication, d'animation des échanges et de conduite de projet de l'équipe évaluatrice (évaluateurs et référent collectivité) ;
- capacité à s'articuler aux autres démarches et travaux ;
- co-construction des recommandations ;
- anticipation du suivi.

Perspectives

La plus-value du point de vue des acteurs

De l'analyse croisée des entretiens conduits avec les personnes rencontrées au cours de cette évaluation, émerge un discours consensuel sur les apports de la démarche, qui pour autant, ne fait pas l'impasse sur certaines contraintes.

Les trois expériences initiées en région Pays de la Loire témoignent de l'intérêt porté à la démarche EIS dans la mesure où elle est un point de rencontre entre les préoccupations des institutions et des acteurs sur plusieurs points : faire des politiques plus favorables à la santé ; agir sur les racines des inégalités de santé ; inclure davantage les citoyens et habitants dans la décision publique ; renforcer l'intersectorialité. Parce qu'elle porte les valeurs d'équité et de démocratie et met des outils à la disposition des acteurs, l'EIS, est considérée comme une approche concrète et fédératrice pour répondre à ces préoccupations.

L'évaluation d'impact sur la santé progresse rapidement en France depuis les cinq dernières années et elle est majoritairement appliquée à des projets d'aménagement urbain. Les analyses d'EIS conduites dans différentes régions confirment les conclusions de la présente évaluation tant sur les points forts (meilleure compréhension des principes de la promotion de la santé, analyse plus approfondie des racines des inégalités sociales, intégration des citoyens, décloisonnement entre les services et institutions, etc.) que sur les difficultés (superposition des démarches, rôle des citoyens, compétition avec d'autres activités, mobilisation des acteurs jusqu'au terme du processus, maturité du projet).

Le contexte français est aujourd'hui favorable à la mise en œuvre de la démarche. En particulier, il existe plusieurs outils et instruments de planification qui, en raison de leur dimension intersectorielle, sont autant de supports et de leviers pour engager des EIS.

Des recommandations à l'intention de toutes les parties prenantes

Les recommandations sont à deux niveaux, certaines concernant la stratégie de l'ARS en matière d'EIS, les autres étant destinées à la communauté des praticiens engagés dans les EIS.

❖ A l'intention de l'ARS

La mise en œuvre des EIS, compte tenu des caractéristiques de la méthode, rénove les pratiques et constitue une innovation qui nécessite d'être accompagnée. L'ARS des Pays de la Loire s'est investie depuis déjà cinq ans dans le domaine des EIS, avec des actions de plaidoyer, de sensibilisation, de formation, de suivi et de soutien financier des premières EIS. Les enseignements de ces expériences témoignent de la plus-value apportée et orientent vers la poursuite de cet engagement. Cependant, le prolongement de l'engagement de l'ARS devra faire l'objet d'une stratégie globale précisant la politique de l'ARS, et notamment le(s) rôle(s) de l'ARS dans le déploiement des EIS et le cadre organisationnel de mise en œuvre de cette stratégie (pages 86 à 90).

Le travail de sensibilisation a permis de faire connaître les EIS aux collectivités. Aujourd'hui, le **plaidoyer** pourrait être développé auprès des autres secteurs de politiques publiques et à l'échelle d'autres territoires.

Les acteurs expriment un réel intérêt envers la démarche EIS mais aussi des attentes. L'ARS a un rôle à jouer en vue de garantir la **crédibilité de la démarche** quant à sa capacité à répondre à ces attentes : valider la pertinence de la démarche sur les propositions, veiller à la qualité des travaux et à l'utilité de la démarche.

La stratégie de **communication** initiée sur l'EIS mérite d'être poursuivie et développée en s'appuyant sur d'autres opportunités ou dans le cadre des réunions des instances de pilotage de l'ARS. En complément, un travail de capitalisation des travaux et de transfert des connaissances pourrait être mené en interne.

Bien que les collectivités expriment leur intérêt pour la démarche EIS, elles ne semblent actuellement pas en mesure d'assurer la réalisation d'une EIS de façon autonome ni l'intégralité du coût financier de l'étude. Les conditions de **l'implication financière** de l'ARS seraient à discuter entre deux options : déployer largement la démarche ou prioriser quelques thèmes ou territoires.

Le groupe interne à l'ARS créé en 2014 constitue la structure adéquate pour approfondir la réflexion, élaborer la stratégie et mettre en place une organisation transversale permettant d'impliquer davantage l'ensemble des services de l'ARS.

Mettre de la santé dans toutes les politiques est un objectif affiché dans le projet régional de santé et traduit, à travers les collaborations développées avec les collectivités notamment dans le domaine de l'urbanisme et son inscription dans les instruments de politiques partenariales. Une des missions prioritaires du groupe de travail transversal serait alors de cibler les secteurs et partenaires à associer de manière privilégiée au déploiement des EIS. Des structures de discussion avec les partenaires extérieurs et des canaux de mobilisation des acteurs locaux existent et il conviendrait de les exploiter afin de formaliser un cadre de discussion régulier et pérenne sur le développement des EIS et l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

❖ A l'intention de la communauté des praticiens engagés dans des EIS

Les recommandations portent sur la mise en œuvre de la démarche, en termes de processus et de méthode (pages 91 à 95).

Optimiser la gouvernance

Objectif : clarifier les missions des différents groupes, le statut et le rôle des parties prenantes (notamment des citoyens), les modalités de la participation, du suivi et pilotage des EIS.

Des recommandations pratiques sont formulées sur ces trois points (page 91).

Consolider la démarche à partir de repères méthodologiques

Objectif : renforcer la qualité des EIS en vue d'assurer la crédibilité du travail et par extension son utilisation

Il s'agit de conjuguer, d'un côté, le respect des principes de base et de l'autre, la flexibilité de la démarche.

- ➔ Garantir la pertinence des EIS : bonne analyse initiale du projet/programme et choix de la démarche la plus pertinente en matière d'urbanisme

- Expliciter les critères de choix des projets/programmes : impacts du projet, risque d'aggravation des inégalités, marges de manœuvre, enjeux du territoire, disponibilité des données.
- Renforcer l'outillage méthodologique à chaque étape : s'appuyer sur les principes de l'EIS en guise de repères méthodologiques et exploiter les outils propres à l'EIS aux différentes étapes de la démarche afin de remplir pleinement les objectifs de chaque étape et assurer la cohérence entre les étapes.
- Assurer l'utilité de l'EIS : identifier les fenêtres d'opportunité pour le projet, impliquer les parties prenantes tôt dans le processus, s'assurer de la « bonne » temporalité de l'EIS par rapport au projet, anticiper le suivi dès le lancement, hiérarchiser les recommandations et s'assurer de leur faisabilité, identifier un référent pour le suivi, faire une analyse globale avec retour vers le projet, enclencher un suivi des recommandations et une appropriation par les acteurs, restituer les résultats aux personnes ayant participé.

Table des matières

<u>I/ INTRODUCTION</u>	1
1. Le rappel sur la démarche EIS	1
2. L'évaluation du déploiement de la démarche EIS en Pays de la Loire	3
2.1 Le cadrage de l'évaluation.....	3
2.2 La gouvernance et le calendrier de l'évaluation	4
<u>II/ METHODE</u>	6
1. Retour sur les questions évaluatives	7
2. La stratégie d'évaluation	7
2.1. Phasage de la stratégie d'évaluation	8
2.2. Détail de la stratégie d'évaluation	8
2.2.1. Phase 1 : étude du processus de mise en œuvre de chaque EIS.....	8
2.2.2. Phase 2 : analyse des résultats de chaque EIS.....	9
2.2.3. Phase 3 : comparaison des 3 EIS.....	11
2.2.4. Phase 4 : élaboration de recommandations	11
2.3. Collecte et analyse des données.....	12
2.3.1. Collecte des données	12
2.3.2. Analyse des données.....	13
3. Les limites de l'évaluation	13
<u>III/ PRESENTATION SYNTHETIQUE DES TROIS EIS</u>	14
1. EIS de l'intégration d'une MSPP au sein du PGB à Nantes et Saint Herblain.....	15
2. EIS du projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers.....	17
3. EIS du programme d'actions de prévention des inondations de l'île de Noirmoutier.....	19
<u>IV/ ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE</u>	22
1. La gouvernance des EIS	23
1.1. Le concept de gouvernance	23
1.2. Les instances de gouvernance et leur fonctionnement.....	24
1.3. La place des habitants et la participation citoyenne	25
1.4. La gestion du processus et la régulation des relations.....	26

2.	La mise en œuvre des étapes de la démarche	27
2.1.	Etape 1 : sélection (ou analyse préalable)	27
2.2.	Etape 2 : cadrage de l'EIS	31
2.3.	Etape 3 : estimation des impacts	35
2.3.1.	Approche générale	35
2.3.2.	Recueil des données	36
2.3.3.	Revue de littérature.....	37
2.3.4.	Analyse des données et caractérisation des impacts.....	37
2.4.	Etape 4 : rapport et recommandations	39
2.5.	Etape 5 : suivi	42
3.	Les principes	44
3.1.	Rappel sur les principes	44
3.2.	Analyse de la démarche	46
4.	Les facteurs facilitant ou bloquant la mise en œuvre.....	50
4.1.	Facteurs liés au contexte de mise en œuvre	50
4.1.1.	Les dynamiques existantes	50
4.1.2.	La culture des institutions	51
4.1.3.	L'organisation des collectivités.....	51
4.1.4.	Les ressources.....	52
4.1.5.	L'existence d'instruments d'accueil	52
4.2.	Facteurs liés aux acteurs	54
4.2.1.	L'engagement des parties prenantes	54
4.2.2.	Le leadership et l'investissement des acteurs clés.....	54
4.2.3.	Le capital culturel.....	54
1.3	Facteurs liés à la méthode	57
1.3.1	Le processus.....	57
1.3.2	La méthode EIS	58
<u>V/ LES CHANGEMENTS APPORTES PAR LES EIS.....</u>		62
1.	Par type de changement	63
1.1.	Sur les projets.....	63
1.1.1.	Les recommandations	63

1.1.2.	L'organisation du suivi	65
1.2.	Sur les organisations	67
1.2.1.	Capacité à partager une culture santé avec les élus	67
1.2.2.	Evolution des pratiques professionnelles.....	67
1.2.3.	Capacité à fédérer les autres services	67
1.2.4.	Capacité à créer et/ou fédérer des partenariats.....	68
1.3.	Sur les acteurs	68
1.3.1.	Evolution des représentations.....	68
1.3.2.	Renforcement des capacités	68
1.3.3.	Appropriation de la démarche	69
1.4.	Sur les politiques publiques	71
1.4.1	Effets sur les inégalités sociales et territoriales de santé.....	71
1.4.2	Intégration de la santé dans les autres politiques	72
2.	Les leviers du changement imputables aux EIS.....	74
2.1.	Les facteurs de réussite	75
2.1.1.	Les facteurs de réussite liés à l'engagement des parties prenantes.....	75
2.1.2.	Les autres facteurs de réussite mentionnés.....	75
2.1.3.	Les facteurs de réussite propres au contexte de la présente évaluation	77
2.2.	Les facteurs d'échec.....	78
<u>VI/ LES PERSPECTIVES DE DEPLOIEMENT DE LA DEMARCHE EIS</u>		80
1.	Quelle est la plus-value de la démarche EIS ?	81
1.1.	Regards et points de vue d'acteurs sur la démarche EIS.....	81
1.2.	Regards sur les autres expériences conduites en France	84
2.	Des recommandations stratégiques.....	86
2.1.	Elaborer une stratégie de déploiement des EIS.....	86
2.2.	Mettre en place le cadre organisationnel de cette stratégie	89
2.2.1.	Le cadre organisationnel interne à l'ARS.....	89
2.2.2.	Le cadre organisationnel externe	90
3.	Des recommandations opérationnelles.....	91
3.1.	Optimiser la gouvernance des EIS.....	91
3.1.1.	Instances de gouvernance	91

3.1.2.	Fonctionnement et investissement des partenaires.....	91
3.1.3.	Rôle des citoyens	91
3.2.	Consolider la démarche à partir de repères méthodologiques.....	92
3.2.1.	S'assurer de la pertinence des EIS	92
3.2.2.	Expliciter les critères de choix du projet/programme.....	93
3.2.3.	Renforcer l'outillage méthodologique à chaque étape.....	94
3.2.4.	Assurer l'utilité de l'EIS	94

VII/ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....100

VIII/ ANNEXES104

Annexe 1.	Eléments de cadrage de l'évaluation – mars 2017.....	106
Annexe 2.	Composition du comité de pilotage	107
Annexe 3.	Composition du comité technique	108
Annexe 4.	Calendrier de l'évaluation	109
Annexe 5.	Référentiel d'évaluation	110
Annexe 6.	Liste des documents recueillis.....	115
Annexe 7.	Guide d'entretien	118
Annexe 8.	Liste des outils mobilisables dans le cadre d'une EIS.....	119
	Liste des encadrés.....	120
	Liste des tableaux	121
	Liste des sigles utilisés	122

I. CONTEXTE

1. Le rappel sur la démarche EIS

L'évaluation d'impact sur la santé est une démarche qui consiste à identifier, avant leur mise en œuvre, les conséquences potentielles de politiques ou de projets sur la santé des populations afin de proposer des mesures destinées à atténuer les impacts négatifs et renforcer les impacts positifs (JR Kemm, 2013). La santé est entendue dans une acception large incluant les notions de santé physique, bien-être et qualité de vie, en référence à la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946 mais aussi selon une vision dynamique et positive, à savoir comme une ressource de la vie permettant à l'individu de « réaliser ses aspirations, satisfaire ses besoins fondamentaux et s'adapter aux changements » (World Health Organization, 1986). Elle se construit dans les milieux de vie où les individus évoluent, grandissent, travaillent et vivent leur quotidien.

Parce qu'elle permet d'agir sur un ensemble de déterminants de la santé (qualité des milieux, logement, pratique d'activité physique, alimentation, accès aux services y compris de santé, etc.) sur lesquels les collectivités ont des moyens d'action, l'EIS est considérée une des voies possibles pour aider la prise de décision et construire des projets plus favorables à la santé (Kemm, 2013).

Largement répandue dans le monde international (Harris-Roxas et al., 2012), la pratique des EIS est émergente en France. Elle s'y développe rapidement depuis 2010, et on compte aujourd'hui une vingtaine d'EIS réalisées ou en cours, principalement sur des projets d'aménagement urbain (Jabot and Roué Le Gall, 2017).

La démarche EIS est structurée en plusieurs étapes (cf. encadré 1 ci-après) et répond à plusieurs principes. En effet, elle repose sur une approche globale de la santé, prend en considération plusieurs types et sources de données, se préoccupe des impacts chez les populations les plus vulnérables et s'appuie sur la participation de tous.

Encadré 1. Les étapes de la démarche EIS
Etape 1 - Sélection (ou analyse préalable du projet)
<p>Cette étape consiste à juger de l'utilité de la mise en œuvre ou non d'une EIS en identifiant si, d'une part, le projet est susceptible d'affecter la santé et le bien-être santé d'un ou plusieurs groupes de populations et si, d'autre part, des marges de manœuvre existent en vue d'y apporter des améliorations.</p> <ul style="list-style-type: none"> - repérer les enjeux du projet - estimer sommairement les impacts possibles les plus importants
Etape 2 - Cadrage
<p>Cette étape consiste à définir le périmètre de l'EIS et en planifier la mise en œuvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - clarifier les buts et objectifs de l'EIS - identifier les personnes affectées par le projet - délimiter le périmètre géographique et thématique de l'EIS ainsi que son cadre temporel - repérer les différents acteurs impliqués dans le projet et leurs modalités de participation - mobiliser les ressources nécessaires à la réalisation de l'EIS - établir les modalités de travail et le calendrier
Etape 3 – Estimation des impacts
<p>Cette étape consiste à estimer et analyser les impacts potentiels (positifs et négatifs) du projet et leur distribution au sein de la population identifiée à l'étape de cadrage.</p> <ul style="list-style-type: none"> - réaliser une revue de la littérature documentant les liens entre les thèmes concernés et la santé - élaborer les outils permettant de classer et organiser les impacts potentiels - identifier et collecter les données nécessaires à l'étude des impacts - caractériser et hiérarchiser les impacts positifs ou négatifs du projet sur la santé
Etape 4 - Recommandations et communication des résultats
<p>Cette étape consiste à organiser les conclusions, formuler et communiquer des recommandations aux décideurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - synthétiser les résultats - proposer des pistes d'amélioration ou d'ajustement à mettre en œuvre avant le début des travaux
Etape 5 – Suivi de la mise en œuvre des recommandations
<p>Cette étape consiste à assurer le suivi de la mise en œuvre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - élaborer un tableau de bord de suivi et un calendrier d'exécution - mettre en œuvre un cadre permettant le suivi de ces recommandations
Etape 6 – Evaluation de l'EIS
<p>Cette étape consiste à apprécier les retombées de l'EIS sur la décision, les représentations et pratiques. Elle est réalisée à distance de l'EIS.</p>

Source : EHESP, 2016 (d'après Bhatia et al., 2011 ; Birley, 2011 ; Harris et al., 2007 ; Kemm, 2013)

2. L'évaluation du déploiement de la démarche EIS en Pays de la Loire

Consciente de l'importance des déterminants sociaux, environnementaux, économiques et culturels de la santé et du rôle des partenaires des autres secteurs que la santé, l'Agence régionale de santé (ARS) des Pays de la Loire s'est intéressée dès 2013 à la démarche EIS et a mis en place un groupe interne animé par la direction de la santé publique, associant la direction de l'évaluation et les 5 délégations territoriales, afin de promouvoir le développement des EIS dans les domaines de l'urbanisme, l'aménagement du territoire et des transports (note de cadrage, groupe interne ARS Pays de la Loire, avril 2014). Une feuille de route a été élaborée.

En décembre 2014, une formation pluri disciplinaire et pluri institutionnelle a été réalisée afin de permettre une montée en compétence des acteurs sur ce sujet tout en travaillant à diffuser la culture de l'EIS en interne. Des collectivités territoriales se sont ensuite portées volontaires pour la conduite d'EIS dans le cadre de projets d'urbanisme, d'aménagement et de transport. Pour deux d'entre elles, des avenants aux contrats locaux de santé (CLS) ont été conclus afin d'organiser et de formaliser au mieux cette démarche impulsée par l'ARS. Une troisième a été retenue par l'INPES (aujourd'hui Santé Publique France) dans le cadre d'un appel à projet national.

Trois EIS ont été officiellement lancées au début de l'année 2016 avec le soutien financier de l'ARS.

Fin 2016, l'ARS décidait d'engager une évaluation des trois expériences afin de disposer d'éléments lui permettant de décider des conditions de déploiement de la démarche dans la perspective du second projet régional de santé (PRS) 2018-2022.

2.1 Le cadrage de l'évaluation

Les modalités du cadrage ont été définies dans le document de cadrage de l'évaluation (cf. annexe 1).

Les finalités de cette évaluation sont multiples :

- déterminer les conditions favorables au déploiement des EIS dans la région ;
- disposer d'éléments de réflexion nécessaires pour pouvoir mieux informer les acteurs publics en dehors du champ de la santé, des conséquences possibles de leurs décisions sur la santé de la population ;
- proposer une stratégie de montée en charge des EIS dans la région avec un focus particulier sur la place et le rôle que doit occuper l'ARS en matière de déploiement de la démarche dans la région ;
- produire des recommandations stratégiques et opérationnelles pour la poursuite du déploiement.

Objectifs

- déterminer les facteurs clés de réussite et d'échec d'une EIS en prenant en compte les différentes étapes de sa réalisation ;
- analyser l'influence favorable des EIS sur les projets en termes de prise en compte des enjeux de santé ;
- juger si les objectifs des EIS menées répondent bien à ceux du PRS et aboutissent à influencer les projets dans un sens favorable à la santé y compris en terme de réduction des inégalités de santé.

Ainsi, l'évaluation devra produire des recommandations opérationnelles portant sur le déploiement des EIS et la place de l'ARS dans le cadre de cette stratégie.

Le champ de l'évaluation est circonscrit à l'analyse de la mise en œuvre de trois EIS :

- EIS portant sur l'intégration d'une maison de santé pluri professionnelle au sein du projet de renouvellement urbain du quartier de Bellevue à Nantes et Saint Herblain
- EIS du projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers
- EIS du programme d'actions de prévention des inondations (PAPI) de l'île de Noirmoutier.

Le questionnaire évaluatif

L'évaluation comporte trois questions évaluatives qui interrogent respectivement le processus de mise en œuvre (Q1), les résultats en termes de changement induit par l'EIS (Q2) et les conditions à l'extension de la démarche avec un focus sur le rôle et la posture de l'ARS (Q3).

- (Q1) Quels sont les facteurs clés de réussite et d'échec d'une EIS en prenant en compte les différentes étapes de sa réalisation ?
- (Q2) La conduite des différentes EIS aura-t-elle permis d'influer sur les projets dans un sens favorable à la santé, y compris la réduction des inégalités de santé ?
- (Q3) Dans quelles conditions le déploiement des EIS est-il souhaitable dans la région ?

2.2 La gouvernance et le calendrier de l'évaluation

L'ARS des Pays de la Loire est commanditaire de l'évaluation dont le pilotage a été confié aux départements « Promotion de la santé Prévention » et « Evaluation des politiques de santé de l'ARS » avec l'appui de deux comités.

Le comité de pilotage est le comité décisionnel composé des décideurs et élus des institutions concernées (cf. annexe 2). Il est chargé de valider les orientations. Il s'est réuni à 2 reprises. La première réunion s'est tenue le 16 mai 2017 lors de la phase de lancement de

l'évaluation afin d'approuver les éléments de cadrage. La seconde réunion est prévue le 20 février 2018 pour la remise du rapport.

Le comité technique est composé des représentants des services techniques des trois collectivités et de l'ARS impliqués dans les EIS, de l'Institut Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé des Pays de la Loire et des opérateurs (NovaScopia, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire) qui ont réalisé les EIS (cf. annexe 3). C'est une instance de discussion venant en appui aux responsables de l'évaluation. Il a pour rôle d'éclairer les évaluateurs sur le contexte, de leur faciliter l'accès aux données et aux informateurs clés. Il s'est réuni à quatre reprises (5 mai 2017, 28 septembre 2017, 15 décembre 2017 et 1^{er} février 2018).

L'EHESP est l'équipe chargée de l'évaluation. Elle comprend cinq personnes de profil disciplinaire différent et porteuses de compétences complémentaires en évaluation, EIS, santé publique, environnement, sciences sociales et sciences politiques.

Le calendrier de l'évaluation. L'évaluation s'est déroulée de mars 2017 à fin-février 2018 (cf. annexe 4).

II. METHODE

La stratégie d'évaluation a été définie à partir d'une analyse du questionnement évaluatif, faisant émerger les principaux axes de l'évaluation : processus de mise en œuvre des EIS, résultats des EIS, facteurs de réussite, rôle de l'ARS, propositions.

1. Retour sur les questions évaluatives

Le questionnement évaluatif initial a été analysé et explicité.

Question 1 : *Quels sont les facteurs clés de réussite et d'échec d'une EIS en prenant en compte les différentes étapes de sa réalisation ?*

Cette question interroge d'une part, le résultat de l'EIS (réussite ou échec) et, d'autre part, les conditions permettant cette réussite ou cet échec (processus). Elle suppose d'analyser le déroulement séquencé de la démarche, d'en apprécier le résultat – après avoir défini ce qu'est une « EIS réussie » -, enfin d'identifier pour chaque situation les facteurs facilitant ou bloquant le déroulement de l'EIS.

Question 2. *La conduite des différentes EIS aura-t-elle permis d'influer sur les projets dans un sens favorable à la santé, y compris la réduction des inégalités de santé ?*

Il s'agit d'identifier la nature des changements introduits par les EIS. Cette question porte spécifiquement sur les résultats, la réduction des inégalités étant l'un d'entre eux.

Question 3. *Dans quelles conditions le déploiement des EIS est-il souhaitable dans la région ?*

Cette question ouvre sur des perspectives de recommandations en vue de l'extension de la démarche, en précisant le rôle de l'ARS. .

2. La stratégie d'évaluation

Elle est basée sur le principe des études de cas comparées. La méthode d'étude de cas est une stratégie de recherche adaptée à l'exploration d'un phénomène dans son contexte et à l'analyse des interactions de ce phénomène avec plusieurs éléments pertinents pour la recherche (Yin, 2009). Les cas sont les trois évaluations d'impact sur la santé.

Chaque EIS constitue un *cas unique* qui a été étudié en fonction de paramètres pertinents au regard des questions posées : contexte d'implantation, réalisation des étapes, modalités de travail, formes de participation des parties prenantes, suivi et pilotage, devenir des recommandations, apprentissages générés.

L'analyse transversale des trois EIS a été réalisée afin de comparer le rôle du contexte dans leur déroulement, le processus de mise en œuvre à chaque étape, les modalités de gouvernance, ainsi que les changements introduits en termes d'évolution des représentations et des pratiques du fait de l'EIS. Cette comparaison a permis de faire

ressortir, à partir du cumul des informations et des éléments récurrents, les facteurs favorisant et limitant la mise en œuvre de la démarche EIS ; les éléments attestant de la plus-value de l'EIS pour les projets étudiés ; les facteurs de réussite, en référence aux facteurs de réussite identifiés dans la littérature, afin de mettre en exergue les conditions nécessaires préalables à la mise en œuvre d'une telle démarche.

Ainsi, l'évaluation prévoit trois axes d'exploration :

- l'analyse de chaque EIS, étape par étape en confrontant les situations observées à la démarche EIS afin d'apprécier la mise en œuvre en contexte, l'appropriation de la démarche par les acteurs, les atouts et obstacles ;
- la nature des changements introduits par les EIS ;
- les conditions à l'extension de la démarche et le rôle de l'ARS.

Les résultats de l'évaluation sont mis en perspective avec nos expériences d'autres EIS et la littérature internationale.

2.1. Phasage de la stratégie d'évaluation

La stratégie d'évaluation est séquentielle, comme suit :

- **phase 1** : étude du processus de mise en œuvre de chaque EIS et identification des facteurs (atouts, obstacles) qui ont influencé la mise en œuvre ;
- **phase 2** : analyse des résultats de chaque EIS et identification des facteurs de réussite/échec ;
- **phase 3** : comparaison des 3 cas pour identifier les facteurs de réussite/échec communs ;
- **phase 4** : analyse du rôle de l'ARS dans les 3 EIS et identification des conditions nécessaires pour le lancement d'une EIS et à l'extension de la démarche.

2.2. Détail de la stratégie d'évaluation

2.2.1. Phase 1 : étude du processus de mise en œuvre de chaque EIS

Cette phase a été consacrée à l'examen approfondi de la mise en œuvre de chaque EIS (encadré 2) puis à l'identification des facteurs facilitant et/ou bloquant le déroulement de la démarche.

La démarche EIS se déroule en plusieurs étapes (cf. encadré 1, p.5) , chacune d'elles ayant un objectif, des tâches à réaliser et des attendus (Harris et al., 2007). Ainsi, il s'agira d'apprécier la façon dont les acteurs se sont emparés du cadre méthodologique, l'ont appliqué et adapté au contexte de chaque EIS. Les informations permettant de décrire le déroulement de la démarche ont été recensées puis confrontées aux standards et principes de l'EIS (Bhatia, R et al., 2014, World Health Organization, 1999). Bhatia et al. (2014) ont identifié les

caractéristiques minimales de l'EIS afin de permettre aux commanditaires d'apprécier le travail réalisé et aux évaluateurs d'analyser leur pratique. Leur document constitue une référence pour la communauté internationale.

Encadré 2. Cadre d'analyse de la démarche

Description de la mise en œuvre de chaque EIS, étape par étape [référentiel, partie 1]

- description des tâches à chaque étape
- réalisation de l'objectif de l'étape
- modalité de réalisation : animation et méthode
- production

Analyse de la mise en œuvre de chaque EIS au regard des principes EIS [référentiel, partie 2]

- analyse globale et systémique (Principe 1)
- nature des données utilisées (Principe 2)
- identification et analyse collective des enjeux et des impacts potentiels (Principe 3)
- mode de pilotage et/ou d'animation favorisant les débats (Principe 3)
- relations entre les différentes catégories d'acteurs (interactions formelles et informelles, communication) (Principe 3)
- prise en compte de l'équité (Principe 4)

Un référentiel spécifique a été élaboré à partir de ces travaux. Le référentiel global est présenté en annexe 5.

Les facteurs bloquant ou facilitant la mise en œuvre de la démarche ont été identifiés sur la base de l'analyse du matériau collecté, classés par catégories puis comparés aux facteurs retrouvés dans la littérature.

2.2.2. Phase 2 : analyse des résultats de chaque EIS

Il s'agit d'identifier les changements introduits du fait de la mise en œuvre d'une EIS et d'apprécier le résultat de l'EIS en termes de succès ou d'échec.

▪ Identification des changements introduits du fait de l'EIS

Les travaux de recherche développés depuis plus de trente ans sur l'utilisation de la connaissance et/ou de l'évaluation ont permis de montrer que la prise en compte des recommandations ne constitue pas la seule façon d'apprécier l'efficacité d'une évaluation (Blake and Ottoson, 2009 ; Henry and Mark, 2003; Weiss, 1998).

En effet, les changements peuvent être appréciés à plusieurs niveaux : a) concerner le projet, être repérables à court terme et en lien avec les recommandations de l'EIS ; b) concerner les pratiques institutionnelles ou professionnelles, à court ou moyen terme ; c) concerner les individus et se traduire dans l'évolution des représentations des acteurs ou de leurs capacités ; concerner les politiques de façon plus large. Ainsi, les changements

recherchés suite à la mise en œuvre de la démarche EIS concernant le projet/programme examiné, les représentations, les pratiques des acteurs et des institutions, les politiques, dans une temporalité de court, moyen ou long terme (cf. encadré 3).

Encadré 3. Les types de changements

Changements en lien avec le projet

- modification du projet/programme/politique du fait de l'application des recommandations
- adoption de décisions, mesures techniques ou stratégiques du fait de l'EIS
- intégration dans des instruments de planification, autres politiques etc.

Changements au niveau des institutions

- évolution des modalités d'intervention
- évolution des pratiques
- évolution des relations entre acteurs ayant participé à l'EIS
- partenariats plus étroits ou nouveaux partenariats

Changements au niveau des individus (décideurs, institutionnels, professionnels, citoyens)

- évolution des représentations (santé, équité...) [tous acteurs]
- prise de conscience des conséquences des mesures sur la santé [décideurs]
- renforcement des capacités (compétences, prise sur la décision...) [techniciens, citoyens]
- appropriation de la démarche EIS [techniciens]

Changements au niveau des politiques

- plus de santé dans les politiques
- prise en compte des racines des inégalités sociales de santé
- solutions pour réduire ou compenser les inégalités

Ce travail est le fruit d'une double approche. La première, exploratoire, a consisté en l'analyse du matériau recueilli afin d'identifier les changements. La seconde a eu pour objet de confronter les données à un référentiel évaluatif (critères d'appréciation et indicateurs du changement). La confrontation des deux a permis de faire émerger des catégories de transformations induites par l'EIS, par type de transformation et selon les acteurs concernés.

▪ **Apprécier le résultat de l'EIS en termes de succès ou d'échec**

Lors de la première réunion du comité technique, une discussion a eu lieu sur ce que constitue une EIS réussie et six critères ont été retenus (cf. encadré 4).

Encadré 4. Critères de réussite proposés par le comité technique

- C1 capacité à transformer le projet
- C2 capacité à fédérer les services
- C3 capacité à partager une culture santé avec les élus
- C4 évolution des pratiques professionnelles
- C5 capacité à mobiliser les habitants et à favoriser leur expression
- C6 capacité d'appropriation de la démarche par les acteurs et/ou institutions

La vision partagée sur la réussite d'une EIS rejoint les données de la littérature (Dannenberg, 2016). Certains critères sont consensuels (l'EIS informe et influence la décision), d'autres varient variables selon les auteurs (l'EIS influence la conception du projet, les partenariats, l'engagement des citoyens). Ainsi, le référentiel d'évaluation construit combine les critères de ces deux sources.

2.2.3. Phase 3 : comparaison des 3 EIS

Les effets générés par les 3 EIS ont été comparés afin d'apprécier si les EIS ont produit des effets de même nature ou, au contraire, différenciés selon le contexte, les acteurs et l'objet de l'EIS. Ensuite, les facteurs influençant la mise en œuvre des EIS relevés ont été comparés, relativement au contexte de chaque EIS puis confrontés avec ceux repérés dans la littérature afin de retenir les facteurs de réussite d'une EIS.

Il existe un continuum entre les facteurs influençant l'EIS (bloquants/facilitants), les facteurs de réussite (facteurs facilitants, communs aux 3 EIS et confirmés dans la littérature) et les conditions de réussite d'une EIS (conditions permettant le succès d'une EIS, sur lesquelles les institutions peuvent agir). C'est sur cette base qu'a été construite la réponse à la dernière question.

2.2.4. Phase 4 : élaboration de recommandations

Cette phase a été dédiée à la construction de recommandations en vue du déploiement de la démarche (mise en œuvre de la démarche, conditions de lancement et d'accompagnement, ressources dédiées) avec une focale particulière sur le rôle de l'ARS en termes de modalités d'appui et de soutien.

2.3. Collecte et analyse des données

2.3.1. Collecte des données

Chacun des axes de questionnement évaluatif a été examiné à partir de plusieurs sources d'information (cf. annexe 6) :

- documents disponibles relatant les événements propres ou en relation avec chaque EIS : compte rendus des réunions (réunions internes, comités de pilotage, comité technique, restitution etc.), notes intermédiaires, rapports EIS, courriers ;
- discours des acteurs : élus, institutionnels, professionnels, évaluateurs, représentants associatifs, habitants ;
- participation à des réunions ;
- observations de terrain ;
- visite des sites.

Les données recueillies auprès des acteurs l'ont été lors d'entretiens individuels et collectifs et à partir d'observations de réunions. Un guide d'entretien a été élaboré, permettant d'explorer l'ensemble des thèmes identifiés (annexe 7). Ce guide a été adapté pour chaque type d'acteurs.

Chaque entretien a duré en moyenne une heure et a été enregistré avec l'accord de la personne.

Au total, 36 entretiens individuels ont été réalisés et 40 personnes ont été rencontrées.

NOMBRE DE PERSONNES PAR SITE

EIS-1	12 personnes
EIS-2	13 personnes
EIS-3	9 personnes
Inter-EIS	6 personnes
Total	40 personnes

NOMBRE DE PERSONNES PAR CATEGORIE D'ACTEURS

Elus	5 personnes
Institutionnels	24 personnes
Dont ARS	7 personnes
Dont collectivités	14 personnes
Dont autres	3 personnes
Evaluateurs	7 personnes
Habitants	4 personnes
Total	40 personnes

2.3.2. Analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits puis codés au moyen du logiciel NVivo.

Les données recueillies pour chaque EIS ont été classées selon 8 items : contexte de mise en œuvre, gouvernance de l'EIS, principes de l'EIS, mise en œuvre de la démarche, réalisation des étapes de la démarche, changements observés, perspectives de déploiement, place de l'ARS.

Ces informations ont été croisées et confrontées aux données documentaires et comparées pour les 3 territoires d'expérimentation.

Pour chacune des questions, nous avons identifié des axes d'interprétation permettant d'analyser les informations et de répondre aux trois questions posées, au regard d'un ensemble de critères : capacité à mettre en œuvre la démarche EIS (Q1) ; capacité des EIS à influencer les projets dans un sens favorable à la santé, y compris la réduction des inégalités sociales de santé (Q2) ; influence du contexte sur le déroulement de l'EIS, y compris le rôle de l'ARS dans l'accompagnement de la démarche ; identification des conditions nécessaires au déploiement de la démarche (Q3).

Enfin, chaque EIS a fait l'objet de la rédaction d'une monographie synthétique permettant de restituer l'intégralité de la démarche.

3. Les limites de l'évaluation

La présente évaluation s'inscrit dans l'étape 6 de la démarche.

L'évaluation des EIS a vocation à s'intéresser à leur mise en œuvre (processus), à la façon dont elles ont réussi à influencer la décision ou le projet (résultats), mais aussi à produire des changements, introduire plus d'équité et de justice sociale (impact).

L'évaluation des résultats et *a fortiori* de l'impact se heurte ici au manque de recul. Il est encore trop tôt pour objectiver la mise en œuvre des recommandations. On ne peut que noter l'intention de cette prise en compte. Il en est de même sur les changements induits par l'EIS qui ne peuvent être à ce jour qu'esquissés dans la mesure où ces derniers surviennent dans une temporalité de moyen ou long terme.

III. PRESENTATION SYNTHETIQUE DES TROIS EIS

Les 3 expériences sont relatées dans l'ordre chronologique de leur initiation et pour simplifier leur appellation, nous désignerons de la façon suivante :

EIS-1. Intégration d'une maison de santé pluri professionnelle au sein du projet de renouvellement urbain du quartier de Bellevue à Nantes et Saint Herblain

EIS-2. Projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers

EIS-3. Programme d'actions de prévention des inondations de l'île de Noirmoutier

1. EIS de l'intégration d'une maison de santé pluri professionnelle au sein du projet de renouvellement urbain du quartier de Bellevue à Nantes et Saint Herblain

Cette EIS s'est déroulée de janvier à septembre 2016 et a été la première initiée sur le territoire des Pays de la Loire. Elle porte sur l'intégration d'une Maison de Santé Pluri Professionnelle (MSPP) dans le Projet de Renouvellement Urbain (PRU) du quartier de Bellevue, implanté sur les communes de Nantes et Saint Herblain.

Initié en 2012, le projet Grand Bellevue (PGB), qui bénéficie du Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain (NPNRU 2014-2024), a pour objectif de contribuer à l'amélioration et la mutation du quartier. Dans ce cadre, un des équipements prévus est une Maison de Santé Pluri Professionnelle (MSPP), inscrite dans le mandat municipal 2014-2020, ainsi portée par les élus. Cette MSPP, qui sera localisée dans le secteur des Lauriers, est un élément structurant de la stratégie de la ville de Nantes pour lutter contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé de façon générale, et pour répondre aux problématiques de santé identifiées dans le quartier.

▪ Contexte de lancement

Cette EIS était inscrite dans le cadre d'un avenant du contrat local de santé (CLS) liant l'ARS, la ville de Nantes, Nantes Métropole, la préfecture de la région de Pays de la Loire et la préfecture du département de Loire Atlantique. Elle faisait l'objet d'une action dans l'axe « santé environnement » de ce contrat. L'ARS a été incitatrice pour le lancement de la démarche.

La ville de Nantes est depuis longtemps engagée dans les questions de santé (Ville-Santé OMS depuis 20 ans, d'Ateliers Santé Ville, etc.) et développe des politiques de promotion de la santé et de la qualité de vie urbaine. Ce contexte favorable a permis d'initier la démarche sur le territoire des Pays de la Loire.

A la suite d'un appel d'offres de la ville de Nantes en octobre 2015, le cabinet de conseil NovaScopia, associant des compétences en matière d'urbanisme et de santé publique, a été retenu pour réaliser cette évaluation.

▪ **Mise en œuvre et pilotage de l'EIS**

Cette EIS associe la ville de Nantes, la ville de Saint Herblain, Nantes Métropole, et l'Agence Régionale de Santé. La Mission Santé Publique de la ville de Nantes est le porteur de la démarche.

L'instance destinée à assurer la gouvernance de cette évaluation d'impact sur la santé a été intégrée aux organes déjà en place pour le pilotage du Projet Grand Bellevue. Une présentation de la démarche EIS a eu lieu devant ce comité. A la fin de la démarche, une réunion spéciale s'est tenue avec un comité spécifique.

De plus, un comité technique *ad hoc* a été instauré pour l'évaluation. Composé de NovaScopia, de représentants de l'ARS et des collectivités, il s'est réuni à quatre reprises durant l'étude et a contribué à la définition et la mise en œuvre des différentes étapes de la démarche.

Le financement de cette étude a été entièrement pris en charge par l'ARS.

▪ **Déroulement de l'EIS**

L'évaluation s'est déroulée en suivant les différentes étapes : sélection, cadrage, analyse des impacts et élaboration des recommandations. Le cabinet de conseil est intervenu au moment de la phase de cadrage.

Cette phase de cadrage, initiée par la ville de Nantes et l'ARS et effectuée avec l'appui d'une stagiaire de l'EHESP formée à l'EIS, a été complétée et précisée avec l'arrivée de NovaScopia et la décision relative à la localisation de la MSPP.

Le périmètre de l'EIS a été défini avec deux abords :

- thématique : création d'un bâtiment de services (santé et autres services), structuration d'une coordination d'offres de santé et de prévention sur le grand quartier, articulation de cette MSPP avec la reconfiguration du quartier Grand Bellevue ;
- géographique : abords de l'équipement, rayonnement plus large de la MSPP au niveau du quartier, portage des actions de la MSPP sur d'autres sites.

Le travail de cette EIS s'est appuyé sur un groupe composé d'une quinzaine de participants associant professionnels, habitants du quartier et institutions impliquées (ARS, collectivités). Ce dernier, dénommé « atelier partenarial » s'est réuni à trois reprises.

Une revue de littérature et un recueil de données ont été effectués. La collecte a été réalisée au cours des ateliers préexistants « Croisement des Savoirs et Pratiques », ces derniers visant à mobiliser plus spécifiquement des habitants éloignés des dispositifs de santé et peu

présents dans les dispositifs de concertation, et lors de « l'atelier permanent » du Projet Grand Bellevue² lors d'une réunion dédiée à l'EIS.

Les recommandations ont été élaborées par NovaScopia et débattues dans un atelier transversal et dans l'atelier « croisement des savoirs et pratiques ».

▪ **Suites de l'EIS**

Le 8 Septembre 2016, le comité de pilotage du Projet Grand Bellevue, s'est réuni pour la remise du rapport final. Il est le garant du suivi des recommandations de l'EIS.

Aujourd'hui, l'étude est dans la phase de mise en œuvre des recommandations. Les recommandations ont été transmises fin 2016 par la mission santé publique aux directions concernées afin de recueillir leurs commentaires.

Une restitution aux parties prenantes et un comité technique de suivi ont eu lieu les 7 et 29 juin 2017. Le prestataire, présentait lors de la réunion de ce comité, les stratégies de suivi des préconisations (diffusion auprès des services techniques, etc.).

2. EIS du projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers

Cette EIS porte sur la conception et l'appropriation des espaces publics dans le cadre du Projet de Renouvellement Urbain du quartier Monplaisir à Angers, quartier classé prioritaire de la politique de la ville et bénéficiant ainsi du Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU) qui se terminera à l'horizon 2020-2025. Elle s'est déroulée sur une période de 13 mois : débutée en février 2016, elle a été clôturée en mars 2017 avec la remise du rapport au comité de pilotage.

▪ **Contexte de lancement**

Cette EIS s'inscrit dans une démarche incitatrice de l'ARS, qui, souhaitant poursuivre l'expérimentation de la démarche, a proposé de la financer et d'en faire une action du contrat local de santé. Le contexte était favorable au lancement de l'étude, la ville d'Angers étant volontaire et déjà sensibilisée aux questions de santé publique (Ville-Santé OMS depuis 10 ans, atelier santé ville créé en 2008). Suite à la contractualisation avec l'ARS, la collectivité a lancé un appel d'offre à la suite duquel le bureau d'étude NovaScopia a été retenu pour la réalisation de cette EIS. Ce dernier regroupe des compétences en matière de renouvellement urbain et de santé publique et il a sollicité, pour cette EIS, une consultante, spécialiste des politiques publiques sociales, médico-sociales et de santé.

² L'atelier permanent est le lieu d'échange et de réflexion du projet « Grand Bellevue », ouvert aux habitants et acteurs du territoire concernés par le devenir du secteur. Comptant plus d'une centaine de membres inscrits, l'atelier permanent se réunit plusieurs fois par an pour débattre de projets sectoriels ou thématiques concernant le PGB.

▪ **Mise en œuvre et pilotage de l'EIS**

L'EIS a associé la ville d'Angers, Angers Loire Métropole, l'ARS des Pays de la Loire, l'aménageur Anjou Loire Territoire, et la Direction Départementale des Territoires de Maine et Loire. Le portage de cette évaluation a été confié en première intention à la Direction de l'Aménagement de la Métropole (service mutualisé à l'échelle de l'agglomération) en collaboration avec la Direction Santé Publique de la ville. En octobre 2016, suite à un changement professionnel, la Direction Santé Publique de la ville d'Angers est devenue l'unique pilote du projet.

Deux instances ont été mises en place afin de mener cette étude. Un comité de pilotage, restreint et décisionnaire, regroupant l'ARS et la ville d'Angers (élus et techniciens) s'est réuni deux fois. Un comité technique, rassemblant l'équipe d'évaluation, l'ARS, différents services municipaux, l'aménageur et les bailleurs s'est réuni à quatre reprises au cours de la démarche.

Le financement de cette EIS a été entièrement pris en charge par l'ARS.

▪ **Déroulement de l'EIS**

L'EIS a suivi les quatre étapes de la démarche : sélection, cadrage, analyse/estimation des impacts, élaboration des recommandations. La phase de suivi est actuellement en cours. A la demande de la collectivité, une formation destinée aux acteurs de la collectivité a eu lieu en mai 2017.

La première étape de l'EIS a été réalisée en interne au sein de la ville, en collaboration avec l'Agence régionale de santé, à l'issue de laquelle le quartier Monplaisir a été retenu.

Au cours de la deuxième étape, un cahier des charges a été rédigé en vue d'un appel d'offres pour la réalisation de l'EIS. Les espaces verts et espaces publics du quartier, les cheminements doux et les abords de certains équipements publics présents ou futurs étaient les thèmes identifiés pour l'EIS. Ces trois thèmes ont été revus par la suite, après l'arrivée de NovaScopia. Un focus particulier a été proposé sur les éléments suivants :

- le trajet correspondant à un axe « Ouest / Est » central du quartier actuel, mais aussi du projet urbain (au niveau des espaces publics et lieux identifiables actuels et futurs) ;
- le trajet entre des équipements publics déjà existants (trajet des deux groupes scolaires Paul Valéry et Voltaire vers la médiathèque).

Le processus de travail de cette EIS a été concentré sur des « ateliers partenariaux » organisés à trois reprises. Ils ont regroupé une vingtaine de participants connaissant le quartier au titre d'habitant, en majorité seniors et résidents de longue date, ou en raison de leur activité professionnelle (représentants des services de la collectivité et d'autres acteurs institutionnels impliqués dans le quartier et acteurs associatifs, professionnels travaillant

dans le quartier). Ils ont travaillé à chacune des étapes de l'évaluation. D'autre part, une enquête de proximité a permis d'interroger 109 personnes avec l'appui d'un groupe d'étudiants de l'Institut de formation des cadres Infirmiers du centre hospitalier universitaire d'Angers, afin de recueillir la parole de personnes aux profils variés en termes d'âge, d'activité, de pratique, et de lieu de résidence. Une réunion associant le conseil citoyen et le conseil de quartier a été organisée dans le but de recueillir le point de vue des participants en vue de l'analyse et de la formulation de recommandations. Enfin, un temps d'échange avec l'atelier Ruelle et l'aménageur ALTER en charge du projet de renouvellement urbain a permis de présenter les premiers éléments d'analyse issus de l'atelier partenarial et de délimiter les éléments du projet urbain qui seraient présentés aux ateliers.

Enfin, une revue de la littérature et le profil de la population du quartier ont été effectués.

▪ **Suites de l'EIS**

Le 14 Mars 2017, le comité s'est réuni une quatrième fois pour la remise du rapport final et une discussion sur les préconisations. L'étude est actuellement dans la phase de mise en œuvre des recommandations et de suivi. Une restitution aux habitants a eu lieu le 6 juillet 2017.

Un suivi des recommandations, bien que non anticipé par la collectivité, a été mis en place par la Direction Santé Publique de la ville d'Angers. Une réunion sur les recommandations s'est tenue en novembre 2017 avec le pôle territorial « Aménagement » et le pôle territorial de Monplaisir, pour estimer la temporalité de mise en œuvre des recommandations et réfléchir à leur intégration dans le projet. Aujourd'hui, toutes les recommandations ont été intégrées dans le Plan Guide.

Une grille de suivi des recommandations, lesquelles ont été priorisées, est en cours de construction. Les indicateurs de suivi ont été proposés par NovaScopia.

3. EIS du programme d'actions de prévention des inondations de l'île de Noirmoutier

Cette EIS s'est déroulée sur l'île de Noirmoutier d'avril 2016 à février 2017, soit une durée totale de onze mois. Contrairement aux deux autres études, elle ne s'inscrit pas dans un projet de réaménagement urbain, mais se porte sur le Programme d'actions de prévention des inondations (PAPI) de l'île de Noirmoutier. Créés en 2003, les PAPI visent à « réduire les conséquences des inondations sur les territoires à travers une approche globale du risque, portée par un partenariat entre les services de l'Etat et les acteurs locaux » (Centre Européen de Prévention du Risque d'Inondation, 2017). Le PAPI de Noirmoutier, mis en œuvre par la Communauté de communes de l'île de Noirmoutier, fut le premier à être labellisé en France, en juillet 2011. Sa version actuellement en vigueur, la 2^{ème}, couvre la période 2013-2018.

▪ Contexte de lancement

Cette EIS relève de l'initiative de l'Observatoire régional de santé (ORS) des Pays de la Loire qui a saisi l'opportunité de l'appel à projets de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)³ pour initier une étude avec la Communauté de communes sur le PAPI de l'île de Noirmoutier. Le projet a été retenu en novembre 2015. L'équipe de l'ORS comprenait deux personnes, une ingénieure formée à l'EIS par le centre d'expertise et de formation de l'Université de Liverpool (IMPACT) et un sociologue spécialisé en promotion de la santé et environnement. De plus, l'ORS a bénéficié d'un appui méthodologique de la part d'une chargée d'études de l'ORS Île-de-France ayant une pratique de l'EIS.

▪ Mise en œuvre et pilotage de l'EIS

Un comité de pilotage a été créé, associant la Communauté de communes (élus et agents), le Conseil régional des Pays de la Loire, le Conseil départemental de la Vendée, l'ARS des Pays de la Loire, la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement des Pays de la Loire, la Direction départementale des territoires et de la mer de Vendée et deux associations installées sur l'île. Ce comité est distinct du comité de pilotage propre au PAPI de l'île de Noirmoutier, lequel est composé des représentants des financeurs, des maîtres d'ouvrages, des principaux partenaires techniques et de l'État. Le comité de pilotage de l'EIS s'est réuni à quatre reprises.

Cette EIS a été cofinancée par Santé Publique France, l'Agence régionale de santé, le Conseil régional des Pays de la Loire et la DREAL.

▪ Déroulement de l'EIS

Cette étude a suivi les quatre étapes de la démarche : sélection, cadrage, estimation des impacts et élaboration des recommandations.

Après la sélection du PAPI de l'île comme objet de l'EIS par l'ORS et la Communauté de communes de l'île de Noirmoutier, l'étape de cadrage visait à préciser les objectifs et le périmètre de l'EIS. Pour ce faire, l'équipe évaluatrice s'est attachée à définir les concepts de santé et de vulnérabilité puis à établir un premier modèle causal représentant les liens entre les axes du PAPI et les différents déterminants de la santé. Un document reprenant les principales conclusions de ce travail a été présenté et discuté en comité de pilotage. Les membres du comité de pilotage ont délimité cette EIS, en fonction :

- d'un périmètre géographique : l'ensemble du territoire d'intervention du PAPI i.e. toute l'île de Noirmoutier ;

³ Aujourd'hui devenu Santé Publique France, un établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la santé, créé par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016, et faisant partie de la Loi de Modernisation du Système de Santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

- d'un périmètre thématique : le PAPI dans sa globalité i.e. ses 6 axes et leurs effets sur le sentiment de contrôle, le cadre de vie, les ressources économiques et le climat social ;
- des populations concernées : les résidents permanents et saisonniers, avec une attention particulière portée aux populations vulnérables i.e. les personnes à mobilité réduite, les résidents des zones basses naturellement plus exposées aux submersions marines et les personnes aux faibles revenus.

L'étape d'estimation des impacts a été organisée en deux temps : une phase de recueil des données puis une phase d'analyse des données. L'équipe d'évaluation a réalisé 24 entretiens semi-directifs ainsi qu'un focus-group et a distribué un questionnaire auprès des élèves des deux collèges de l'île (86 réponses) afin de recueillir des données qualitatives sur les perceptions des habitants et des acteurs du territoire. En parallèle, une revue de la littérature scientifique et grise a été menée, ainsi qu'un profil du territoire (données environnementales) et de la population (données démographiques et de santé). Ces différentes données ont ensuite été croisées afin d'analyser les impacts du PAPI sur la santé. Cette analyse a été formalisée via un nouveau modèle logique présentant les différents liens entre les axes du PAPI et les quatre catégories de déterminants de la santé retenues.

Sur la base des impacts identifiés, des recommandations ont été élaborées. Ces recommandations ont été construites collectivement à l'occasion d'un atelier partenarial rassemblant les différents membres du comité de pilotage. Elles ont ensuite été reprises et précisées par l'équipe d'évaluation puis présentées, discutées et validées à l'occasion de la dernière réunion du comité de pilotage.

▪ **Suites de l'EIS**

Le rapport final d'évaluation a été envoyé par e-mail à l'ensemble des partenaires de l'EIS le 23 mai 2017. Il est accessible en ligne sur le site internet de l'ORS des Pays de la Loire depuis juin 2017. Cette EIS figure dans le PRSE 3 et a fait l'objet d'un bref retour d'expérience dans le cadre d'un texte publié en août 2017 par l'ORS des Pays de la Loire.

La phase de suivi de la mise en œuvre des recommandations n'a pas été prévue. Les recommandations seront instaurées en « fonction des moyens disponibles et de l'implication des différents acteurs du territoire » (Rapport final, Mai 2017). En revanche, elles ont été transmises, en tant « qu'éléments de diagnostic à prendre en compte », au bureau d'études qui accompagne la Communauté de communes dans l'élaboration de la stratégie locale de gestion des risques d'inondation (SLGRI), qui inspirera le prochain PAPI de l'île de Noirmoutier. Les différents plans communaux de sauvegarde (PCS) et documents d'information communaux sur les risques majeurs (DICRIM) de l'île de Noirmoutier sont également susceptibles de s'inspirer des principes portés par les recommandations de l'EIS.

IV. ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEMARCHE EIS DANS LES TROIS SITES

La mise en œuvre de la démarche est d'abord introduite avec la description des modalités de gouvernance (1.), ensuite sont successivement analysés, le séquençage de la démarche dans ses différentes étapes (2.) et la traduction des principes clés de l'EIS (3.).

1. La gouvernance des EIS

1.1. Le concept de gouvernance

La méthode d'analyse repose sur un processus itératif en plusieurs étapes. Pour chaque EIS, nous avons procédé à une lecture attentive de chaque entretien qui a été annoté et commenté de manière détaillée. Cette démarche a permis de souligner les idées et thématiques fortes qui en ressortent du point de vue de la gouvernance. Cette extraction de données a favorisé le croisement et la mise en lien avec celles issues des autres entretiens, puis avec la matière récoltée au sein des interviews menées pour les deux autres EIS. Plus précisément, il a été question de confronter les constats en identifiant leurs points de convergence et de divergence. Ce croisement des données a permis de faire émerger des thèmes constituant alors notre grille d'analyse. Ces derniers ont ensuite été mis en perspective avec le contexte et les éléments factuels propres à chaque EIS, ainsi qu'avec les éléments de caractérisation et de définition de la gouvernance identifiés dans la littérature.

La gouvernance, qui renvoie à une manière de gouverner, promeut un nouveau mode de gestion des affaires publiques édifié sur la participation, y compris de la société civile, aux réflexions et aux décisions qui les concernent (Lacroix et St-Arnaux, 2012). Elle implique la construction et l'exercice de nouvelles logiques de régulation, aussi bien des rapports sociaux, que des relations entre les professionnels, acteurs politiques, institutionnels et la société civile. En ce sens, elle « oblige à réfléchir à la coordination d'acteurs et d'organisations, qui sont simultanément autonomes et interdépendants » en vue de garantir un accès équitable à la santé d'une population définie, ou de la population en générale et pour « contribuer aux politiques intersectorielles de santé ». (Contandriopoulos, 2008) Notons que la participation et l'équité, valeurs fortes corrélées au concept de gouvernance, sont particulièrement promues par les EIS. La gouvernance renvoie également à la définition d'« un nouvel espace de régulation collective » (Contandriopoulos, 2008) au sein duquel se diffuse la responsabilité de l'ensemble des acteurs fédérés autour d'un but commun et où se mettent en place des démarches de négociation, de coopération. Ainsi, l'exercice partagé du pouvoir apparaît au cœur de la définition de la gouvernance.

Dans le cadre spécifique d'une EIS, il prend la forme d'un « processus de dialogue entre les parties prenantes afin de développer une compréhension et une imagination commune des effets possibles du projet sur la santé » (Elliot et Williams, 2008). En ce sens, la gouvernance repose également sur la mise en œuvre d'une dynamique partenariale. S'intéresser à la gouvernance nécessite donc de porter une attention particulière à la mise en œuvre des

différents mécanismes de prise en compte puis d'arbitrage des attentes et intérêts parfois antagonistes de l'ensemble des acteurs intégrés à ce « nouvel espace de régulation ». Autrement dit, cela revient d'abord à se focaliser sur les modalités de médiatisation des échanges puis à s'interroger sur les mécanismes de pondération et de répartition du pouvoir et de la parole entre les acteurs impliqués dans la gouvernance des EIS. La fonction de gestion est donc sous-jacente à celle de la gouvernance. Ainsi, les différents éléments de définition relatifs à la gouvernance nous ont conduits à être particulièrement attentifs aux modalités et processus de gestion et d'animation de la gouvernance des trois EIS. S'intéresser à la gouvernance impose donc d'accorder une importance particulière à ce qui anime, au sens de ce qui stimule le collectif (objectifs, intérêts) et à ceux qui l'animent, qui mobilisent, font vivre le collectif et communiquent auprès de celui-ci (rôle dans l'EIS, capital culturel, intérêt et enjeux professionnels et personnels).

En conséquence, le concept de gouvernance est rapporté, dans la présente étude, aux variables d'analyse suivantes : instances de gouvernance et leur fonctionnement, place des habitants et modalités de participation citoyenne, régulation des relations entre les parties prenantes et gestion du processus. Celles-ci sont abordées ci-dessous de manière synthétique et se retrouvent de manière transversale dans l'analyse des facteurs qui influencent le déroulement de l'EIS puis de réussite ou d'échec des EIS (notamment les facteurs liés aux acteurs et au processus) ainsi que dans l'étude des changements induits par les EIS (notamment les changements sur les acteurs et les organisations).

1.2. Les instances de gouvernance et leur fonctionnement

La gouvernance des EIS a été adaptée au contexte, selon un schéma plus ou moins complexe.

A Nantes, le schéma de gouvernance a été évolutif. Ainsi, le pilotage de l'EIS a dans un premier temps été intégré au comité de pilotage du Projet Grand Bellevue déjà existant, une intervention concernant la démarche EIS étant ainsi faite au sein de ce comité. Dans un second temps, un comité de pilotage propre à l'EIS a été créé. Il s'est réuni à une reprise, en fin de démarche (cf. tableau 1). De plus, un comité technique *ad hoc* a été instauré pour l'évaluation. Il a permis de contribuer au cadrage, de valider le cahier des charges, d'appuyer le travail de l'équipe d'évaluation (incluant la facilitation aux informations et aux données disponibles), d'identifier les parties prenantes potentiellement affectées, de suivre le développement de l'EIS, de valider le rapport d'évaluation et de négocier l'atténuation des impacts sur la santé. Animée par l'équipe d'évaluation, qui a également assuré la rédaction des relevés de décision, ce comité s'est donc principalement positionné en tant qu'instance de décision et de discussion des éléments présentés par l'équipe d'évaluation.

A Angers, on retrouve une gouvernance plus classique dite « bicéphale ». En effet, deux instances ont été mises en place afin de mener cette étude : un comité de pilotage, restreint et décisionnaire, regroupant l'ARS et la ville d'Angers (élus et techniciens) qui s'est réuni 2

fois et un comité technique pluri institutionnel. Animé par l'équipe d'évaluation, ce comité s'est positionné en tant qu'instance de décision et de discussion des éléments présentés par l'équipe d'évaluation mais aussi de préparation des réunions du comité de pilotage.

A Noirmoutier, la gouvernance de l'EIS a suivi un schéma plus simplifié. Ainsi, elle s'est organisée autour d'un comité de pilotage, pluri institutionnel et associant la société civile, créé pour l'occasion faisant également office de comité technique et d'atelier de travail. Préparées et animées par l'équipe d'évaluation, qui en a également rédigé les comptes rendus, les réunions de ce comité ont permis de définir les orientations générales de l'EIS, d'arbitrer les propositions de l'équipe évaluatrice et de valider chaque grande étape de la démarche, la décision en dernier ressort appartenant aux représentants de la collectivité pilote.

Tableau 1 Gouvernance et financement des EIS

EIS	EIS-1 (Nantes)	EIS-2 (Angers)	EIS-3 (Noirmoutier)
Gouvernance			
Comité de pilotage	Comité de pilotage du PGB 2 réunions	<i>Ad hoc</i> 2 réunions	<i>Ad hoc</i> 4 réunions
Comité technique	<i>Ad hoc</i> 3 réunions 1 réunion de lancement	<i>Ad hoc</i> 3 réunions	Pas de CoTech
Opérateur	NovaScopia	NovaScopia	ORS Pays de la Loire
Financement			
ARS	X	X	X
Autres partenaires			INPES DREAL Conseil régional

1.3. La place des habitants et la participation citoyenne

Les trois EIS ont toutes impliqué un large panel d'acteurs relevant de divers niveaux avec le souci d'accorder une réelle place aux habitants (repris au point 3. pp 44-49).

A Nantes et Angers, les habitants n'ont pas été associés aux instances de gouvernance de l'EIS. Toutefois, différents ateliers séparés et animés de manière interactive ont été mis en place afin de faciliter l'expression de la parole des habitants, y compris des personnes les plus éloignées des dispositifs habituels de concertation, et de croiser leurs discours avec ceux des professionnels et des techniciens de la collectivité. Dans ces ateliers, les habitants

ont alors pu formuler un avis et contribuer à la réflexion. Cependant, certains choix (lieu d'implantation de la MSPP) ont pu être faits en dehors du cadre de discussion avec la population.

A Noirmoutier, des responsables associatifs étaient présents au comité de pilotage, y assurant une représentation indirecte des habitants. Ils ont donc pu participer à la définition des choix méthodologiques pris par le comité de pilotage. Ils ont également été associés à un atelier de travail relatif à la construction des recommandations. Au-delà des instances de gouvernance, des habitants de l'île ont également été rencontrés dans le cadre du recueil des données de terrain. Les personnes interrogées ont donc pu faire part de leurs avis et expertise sur les sujets définis par l'équipe d'évaluation. Notons par ailleurs que le choix des personnes interrogées a été effectué, en partie, par les membres du comité de pilotage, ne répondant alors pas nécessairement à une logique de représentativité.

1.4. La gestion du processus et la régulation des relations

A Nantes, la régulation des relations entre l'équipe d'évaluation, la collectivité pilote et les partenaires, a été effectuée par plusieurs canaux, aussi bien formels qu'informels. Concernant les canaux formels, il s'agit principalement de temps d'échanges entre le commanditaire et les évaluateurs, animés par ces-derniers et comptabilisés dans leur temps de travail et dans leur cahier des charges. Un atelier partenarial composé d'une quinzaine de participants a également été mis en place pour travailler sur les grandes étapes de la démarche. Enfin, la constitution de l'association « MSP Nantes Ouest » a quant à elle facilité les échanges entre les acteurs locaux du quartier, les collectivités territoriales et l'ARS⁴. Concernant les canaux informels, il s'agit là des modalités d'échanges classiques (mail, téléphone, etc.).

A Angers, le travail mené lors de cette EIS a été partagé entre l'équipe d'évaluation et la direction santé publique de la ville. Etant porteur du projet, la ville s'est organisée pour travailler en collaboration avec le prestataire qui n'était pas sur place et préparer les réunions des comités d'instance. Les supports communiqués ont également été discutés en amont avec la ville.

A Noirmoutier, la régulation entre les principales parties prenantes apparaît plus informelle, notamment avec l'organisation d'échanges bilatéraux entre l'équipe d'évaluation et la communauté de communes de l'île de Noirmoutier et entre l'équipe d'évaluation et l'ARS. La DREAL, co-financeur et fortement impliquée dans la démarche, a également été amenée à échanger à plusieurs reprises avec les évaluateurs.

⁴ Issu du Rapport final de l'EIS de juillet 2016.

2. La mise en œuvre des étapes de la démarche

La mise en œuvre des EIS a été analysée sur la base du référentiel élaboré afin d’apprécier la façon dont le cadre méthodologique a été appliqué afin de répondre aux attentes et au contexte de chaque EIS. Un tableau détaillé avec l’ensemble des étapes est présenté en annexe (cf. annexe 5). Pour la lisibilité de l’analyse, le référentiel de chaque étape est mis en exergue de chaque sous-chapitre. Compte tenu du faible recul vis-à-vis des 3 EIS, nous avons principalement analysé la démarche⁵ à travers les 4 premières étapes et, de façon plus succincte, la 5^{ème} étape.

Dans cette partie, nous analysons la réalisation des activités propres à chaque étape, les autres aspects propres au respect des valeurs étant étudiés dans la partie suivante.

2.1. Etape 1 : sélection (ou analyse préalable)

L’étape de sélection a pour but de juger de la pertinence de l’EIS et de décider d’engager ou non cette démarche.

Tableau 2. Référentiel de l’étape de sélection

ETAPE 1 – Sélection (ou analyse préalable)		
Objectifs et tâches	Critères	Indicateurs
Juger de la pertinence d’une EIS - estimation des impacts et de la population affectée - appréciation de la possibilité de modifier le projet étudié - appréciation de la faisabilité	Clarification des enjeux du projet	Analyse du contexte réalisée Décideurs impliqués dans la réflexion
	Identification et clarification des enjeux et objectifs de l’EIS	Discussion des apports et conséquences de l’EIS
	Identification des différents déterminants de la santé potentiellement touchés	Utilisation d’une grille d’analyse
	Estimation rapide des impacts (probabilité, importance)	Impacts identifiés
	Estimation de la population potentiellement touchée Estimation du risque d’inégalités sociales ou territoriales	Population concernée identifiée Réflexion sur l’équité présente dans l’analyse
	Estimation des ressources (humaines, financières, compétences) nécessaires	Réflexion présente Financement existant
	Adéquation entre la durée de l’EIS et la réalisation du projet	Mise à l’agenda
	Possibilité de faire évoluer le projet	Marges de manœuvre identifiées
Décider du lancement de l’EIS	Transparence de la décision Temps de maturation	Etendue des parties prenantes concernées Durée de l’étape Explicitation dans le cahier des charges

⁵ Rappel des étapes dans l’encadré 1, p.7

Dans les trois situations, l'EIS était motivée, à l'instar de ce qui a pu être constaté dans d'autres régions, par la volonté d'expérimenter la démarche, autant pour tester les capacités de l'EIS à mettre plus de santé dans les projets que pour acquérir des compétences en réalisant une première expérience formatrice (Jabot et Roué Le Gall, 2017). Cette volonté étant latente depuis plusieurs mois voire des années, il est difficile de délimiter avec précision la durée de cette étape, et notamment d'en dater le début, celle-ci associant des actions de préparation devant faciliter la maturation du projet et un travail de « sélection » du projet sur lequel appliquer la méthode.

▪ **La maturation du projet d'EIS**

La maturation du projet d'EIS a été longue dans les trois cas (plusieurs mois à 2 ans), associant des actions de formation (session associant l'ARS, les collectivités de Nantes et Angers et l'ORS en décembre 2014), des actions de plaidoyer tant au sein des institutions (collectivités et ARS) qu'auprès de partenaires extérieurs, la recherche de financements et, pour l'EIS 1, le recrutement d'une étudiante stagiaire de l'EHESP pour aider à clarifier le projet. L'appel à projets de l'INPES, le démarrage des nouveaux programmes de rénovation urbaine ou le renouvellement des CLS ont été des opportunités et ont joué un rôle de starter. C'est également au cours de cette période que se sont formés à l'EIS les futurs évaluateurs⁶.

▪ **Le choix des objets des EIS**

Le choix de l'objet (projet/programme) sur lequel appliquer l'EIS a constitué l'objectif majeur de l'étape, celui-ci devant être consensuel et pertinent au regard de la méthode.

Les critères de choix de l'objet ont émergé au fil des rencontres et des échanges entre les acteurs. Pour les 3 projets, les critères relevés sont présentés ci-dessous.

- *la nature du projet/programme*, celui-ci devant être pertinent pour l'application d'une EIS

Les orientations de l'ARS visant à promouvoir les EIS dans trois domaines (projets d'urbanisme, d'aménagement du territoire et transports) et la reconnaissance des liens entre Urbanisme et Santé de la part des collectivités, ont joué en faveur du choix des PRU. L'implantation d'une MSPP dans le projet de renouvellement urbain à Nantes Saint Herblain (EIS-1) a été un argument majeur, celle-ci étant considérée comme un équipement structurant du NPRU ; elle était explicitement au centre de l'étude dans l'appel d'offres de juillet 2015. L'actualité et l'originalité du programme a conduit au choix du PAPI (EIS-3).

⁶ Formation à Liverpool pour l'ORS et à l'EHESP pour Novascopia.

- *les enjeux du projet, de façon à susciter l'intérêt de l'ensemble des parties prenantes et s'inscrire en cohérence avec l'EIS*

EIS-1. La MSPP était inscrite dans le mandat du maire en réponse aux problèmes d'accès aux soins constatés dans le territoire et jugée avec un potentiel de transformation du quartier.

EIS-2. Les questions de mixité sociale et les attentes fortes des habitants vis-à-vis de la rénovation du quartier de Monplaisir ont été à plusieurs reprises soulignées.

EIS-3. Les conséquences de l'introduction d'un nouvel instrument de prévention des risques d'inondation en lien avec le changement climatique, sur la population, tant sur leur perception du risque que sur la valorisation de leurs biens, étaient des éléments présents dans la réflexion.

Dans les trois situations, la question de la concertation avec les habitants sur ces projets/programme était sous-jacente.

- *le dimensionnement du projet, un équilibre étant à trouver entre la complexité du projet et la faisabilité de l'EIS*

Ce critère était présent pour les trois EIS.

- *les territoires d'application, de façon à développer une approche visant la réduction des inégalités sociales*

La préoccupation d'œuvrer en vue de la réduction des inégalités sociales, territoriales ou environnementales a orienté le regard sur des territoires qualifiés comme tels (QPV) ou générateurs de vulnérabilité pour les populations.

- *le stade d'avancement du projet/programme, afin de disposer de marges de manœuvre*

Le stade précoce du projet d'aménagement urbain était jugé essentiel afin d'agir sur le projet. S'agissant du PAPI, bien que ce programme soit validé, des ajustements des actions étaient considérés envisageables au regard de l'apport de connaissances sur les actions efficaces en matière de protection et d'adaptation des populations au changement climatique.

- *le terrain favorable, en raison d'une dynamique locale préexistante*

Pour les EIS-1 et EIS-2, l'existence de collectifs locaux, d'un atelier santé ville, de démarches communautaires ont pu constituer des arguments renforçant le choix de l'objet.

▪ **L'analyse des impacts du projet, objectif recherché de l'étape 1**

Les projets de renouvellement urbain (EIS-1 & EIS-2) ont été le fruit de discussions croisées et de débats entre les différentes parties prenantes (ARS et collectivités). Cependant, ces projets étant peu avancés à ce stade de ces échanges, il n'y a pas eu d'analyse préalable des impacts, faute de documents disponibles ; les plans guides étaient peu fournis et non arrêtés. Ce travail a pu être possible sur le PAPI, le document de programme étant finalisé et adopté (sans possibilité de le faire évoluer en tant que document) : un screening rapide du PAPI a été réalisé et des scénarios ont été proposés (EIS-3).

Dans les 3 cas, les enjeux des projets d'aménagement et du programme sont pluriels, de nature diverse (politiques, sociaux, économiques) mais leur analyse reste peu explicitée de façon formelle. Il en est de même des enjeux propres à l'EIS, la décision d'engager une EIS étant adoptée. Cependant, les enjeux des aménagements, du lieu d'implantation de la MSPP, du classement des zones à risque – et de leur acceptation par la population - sont en toile de fond et sous-jacentes dans les réflexions, faisant se rejoindre travail d'enquête de terrain et démarche de concertation des projets.

▪ **La clôture de l'étape 1**

Dans les 3 cas, l'option était prise dès le début de la réflexion, de confier l'EIS à un prestataire externe, formé à la démarche.

EIS-1 & EIS-2. Un appel d'offres a été réalisé en vue de recruter un opérateur. Le cahier des charges précisait la durée prévue de l'EIS, la réalisation des 4 étapes, le périmètre de l'étude, l'organisation de la gouvernance, ainsi que les orientations méthodologiques en termes de participation des citoyens à l'EIS, de variété de données à partir desquelles baser l'évaluation, de hiérarchisation des impacts. Une formation d'une demi-journée en fin de la démarche était prévue dans un cas (EIS 2).

EIS-3. Le lancement de l'EIS émanant d'une initiative de l'ORS, c'est le futur opérateur qui a rédigé le cahier des charges de l'EIS et soumis le projet en réponse à l'appel d'offre national de l'INPES. L'accompagnement de l'équipe évaluatrice aux différentes étapes de la démarche, par une personne ayant déjà réalisé une EIS, et l'appui d'équipes étrangères engagées dans des travaux de recherche sur la thématique spécifique de l'adaptation au changement climatique étaient inscrits d'emblée dans la proposition d'EIS.

Cette première étape a été conclue par le choix ou l'officialisation du prestataire chargé de l'EIS. Pour bon nombre d'acteurs, c'est l'acte qui marque le début de l'EIS.

Ainsi, la première étape de l'EIS a été principalement consacrée à un travail de négociation entre les institutions afin de déterminer le projet le plus apte à expérimenter une EIS. Les critères de choix ont émergé au fil des échanges. Dans les EIS-1 & EIS-2, le choix de l'objet a obéi à des critères similaires, conduisant aux projets de renouvellement urbain avec une focale géographique (EIS-2) et une approche hybride (EIS-1), comme en témoignent les libellés des EIS. La considération de la MSPP dans l'EIS-1 reste porteuse d'une ambiguïté résiduelle, étant pour les uns au centre de l'étude et, plus périphérique pour les autres. L'EIS-3 concerne, quant à elle, un programme dont la mise en œuvre est engagée, avec de faibles marges de manœuvre sur les orientations du programme en cours mais des réajustements possibles à travers sa mise en œuvre ou sur le futur PAPI.

2.2. Etape 2 : cadrage de l'EIS

L'étape de cadrage a pour but de délimiter l'étude et de planifier sa mise en œuvre. C'est une étape cruciale au cours de laquelle les acteurs vont s'accorder sur la vision du projet/programme étudié et faire des hypothèses sur la façon dont le projet/programme va agir sur la santé de la population concernée.

Les éléments de cadrage étaient pour partie inscrits dans les cahiers des charges des appels d'offres, s'agissant notamment du périmètre de l'étude et des populations les plus concernées.

Tableau 3. Référentiel de l'étape de cadrage

ETAPE 2 - Cadrage		
Objectifs et tâches	Critères	Indicateurs
Définir le périmètre de l'EIS (géographique et/ou thématique)	Explication des liens entre le projet et la santé de la population	Modèle causal élaboré Consensus sur le modèle et la vision de la santé Réflexion sur l'équité présente
	Identification des personnes affectées	Profil des populations réalisé
	Délimitation du périmètre (thématique, géographique)	Déterminants de santé retenus repérables Recours à une méthode ou outil Critères explicites
	Choix du type d'EIS à entreprendre	Argumentaire du choix présent
	Repérage des différents acteurs impliqués dans le projet	Parties prenantes identifiées
Organiser la gouvernance	Mise en place d'une organisation	Mise en place de groupes (CoPil, CoTech) Mission explicite des groupes Tenue des réunions : ordre du jour, modes d'animation, comptes rendus Débats et validation des choix méthodologiques Existence d'un suivi entre les réunions
	Répartition des responsabilités entre les parties prenantes	Modalités de participation lisibles
Planifier la mise en œuvre	Organisation des modalités de travail Adéquation des calendriers (EIS et projet)	Elaboration d'un retro-planning Mise à l'agenda de l'EIS dans la décision
	Mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation de l'EIS	Financement existant Temps et moyens affectés aux responsables EIS

▪ **La délimitation du périmètre**

La délimitation du périmètre a constitué la tâche principale de cette étape et a fait l'objet de débats au sein des comités. Dans les trois expériences, le périmètre a été revu afin de satisfaire les attentes des parties prenantes et/ou les impératifs de la méthode.

Le cadrage vise à circonscrire l'étude sur une partie du projet/programme en approfondissant l'analyse sommaire des impacts réalisée lors de la première étape. L'élaboration du modèle causal consiste à formaliser les hypothèses selon lesquelles le projet/programme à partir de ses éléments (ou composantes) va affecter les déterminants de la santé et *in fine*, la santé des populations. S'agissant d'un projet d'aménagement urbain,

la délimitation du périmètre de l'EIS est le fruit d'une double délimitation, à savoir la sélection des composantes du projet qui vont potentiellement affecter la santé des populations (ou la sélection des déterminants supposés les plus affectés) et les contours géographiques du territoire concerné par ces impacts.

Dans les EIS-1 & EIS-2, l'option retenue était de partir des points de vue des habitants et de faire un diagnostic du quartier et du projet.

EIS-1. Le cahier des charges (juillet 2015) indiquait que l'EIS « couvre l'intégration du projet de MSPP au sein du quartier » et précisait les éléments concernés (bâti, équipement, lieu d'implantation, projet de santé). La place d'un équipement de santé dans la réflexion a constitué une difficulté, avec des interrogations sur la focale de l'EIS (lieu d'implantation ? projet immobilier ? projet de santé ? équipement ? quartier ?) afin de s'inscrire dans une « évaluation d'impact sur la santé » qui, bien que portant sur un équipement de santé, dépasse ce seul équipement et ne soit pas l'évaluation du projet de santé de la MSPP. La délimitation du cadre de l'étude fait état de plusieurs périmètres : 3 périmètres thématiques au regard des 3 premières orientations du projet de santé et 3 périmètres géographiques⁷. Un compromis a finalement été trouvé, l'EIS déclarée ne portant pas sur la MSPP mais « *sur la déclinaison de la promotion de la santé de la MSPP*⁸ ». La finalité attendue de l'EIS sur l'évolution du projet de MSPP a évolué au fil du temps, celle-là n'étant plus décisive sur le choix du lieu d'implantation. Comme à Angers, l'identification des déterminants de santé a été inspirée du guide sur l'Urbanisme favorable à la santé (Roué Le Gall, 2016) conduisant à en retenir trois : mode de vie, structures sociales et économiques.

EIS-2. Le travail a débuté avec une balade urbaine au cours de laquelle les habitants ont formulé leurs points de vue. Par ailleurs, le cahier des charges indiquait trois thématiques (espaces verts, cheminements, abords des établissements recevant du public) et deux composantes spécifiques du projet (jardin Monplaisir et équipements sportifs) sur lesquelles focaliser l'analyse. Enfin, pour certains acteurs, l'EIS devait prendre en compte les problématiques du quartier telles que le bien-être des enfants, et donc inclure les équipements scolaires dans le périmètre. Ainsi, le périmètre retenu est le produit d'un consensus entre des préoccupations émanant d'acteurs et de secteurs différents. Par la suite, l'identification des déterminants de santé a été inspirée du guide sur l'Urbanisme favorable à la santé (Roué Le Gall, 2016) conduisant à retenir le cadre de vie, la construction et l'aménagement comme déterminants à explorer. La mise en hypothèses théorique étant reconstruite a posteriori pour la création de la matrice d'impact.

⁷ Evaluation des impacts sur la santé de l'intégration d'une MSPP dans le projet Grand Bellevue, Novascopia, rapport final, juillet 2016, p.22.

⁸ Extrait d'un entretien d'acteur

EIS-3. Celle-ci portant sur un programme, il y a eu débat sur le centrage initialement proposé sur une partie du programme (2 axes) et, à la demande du comité de pilotage, c'est la globalité du PAPI qui a été retenue. L'approche théorique initiale basée sur les effets du changement climatique a évolué et été relayée par une approche basée sur la perception du risque. Une revue de la littérature sur les notions de risque, vulnérabilité et résilience, les liens existants entre la problématique de la submersion marine, du réchauffement climatique et l'adoption de comportements de protection par les populations⁹ ainsi que des échanges avec des experts du domaine (Québec) ont été effectués afin de clarifier le sujet. Ensuite, un modèle causal a été élaboré pour illustrer les liens de causalité entre les axes et actions du PAPI et les déterminants de la santé. Enfin, quatre familles de déterminants ont été retenues sur lesquelles focaliser l'estimation des impacts.

▪ **Le profil des populations affectées par le projet**

Les populations affectées par le projet/programme ont été repérées concomitamment à la réflexion sur le périmètre.

EIS-1 & EIS-2. Le profil des populations a été repris des éléments inscrits dans les cahiers des charges. Les catégories de population considérées les plus concernées ont été identifiées plus tardivement, à l'étape suivante (EIS-1). Dans l'EIS-2, il a été approfondi avec des éléments issus de la balade urbaine.

EIS-3. Les profils du territoire et des populations ont été réalisés (cf. rapport).

Pour ces trois EIS, l'étape de cadrage est marquée par l'entrée en scène des équipes évaluatrices. C'est une étape capitale qui pose les bases de la méthode utilisée pour l'évaluation des impacts. Les orientations méthodologiques données dans les cahiers des charges y sont réévaluées et l'outillage méthodologique constitue une ressource indispensable pour garantir la cohérence dans l'enchaînement des étapes qui mènent à la caractérisation des impacts. Le principe de recueil de la parole des citoyens a imprimé la démarche, principalement pour les EIS portant sur les projets d'aménagement urbain, et a pu constituer une entrave à une mise à distance nécessaire à la construction d'un cadre d'analyse soutenu par la théorie.

⁹ Evaluation des impacts sur la santé du PAPI de l'île de Noirmoutier, ORS, avril 2017, p16

2.3. Etape 3 : estimation des impacts

L'étape 3 a pour but d'estimer et caractériser les impacts potentiels du projet/programme. C'est l'étape clé de la démarche.

Tableau 4. Référentiel de l'étape d'estimation des impacts

Etape 3 – Estimation des impacts		
Objectifs	Critères	Indicateurs
Estimer et caractériser les impacts potentiels - sens, importance, probabilité, plausibilité, étendue - distribution au sein de la population	Elaboration d'une matrice d'impact	Matrice d'impact existante Lien avec les déterminants repérable
	Pertinence des données nécessaires à la caractérisation des impacts	Sources de données Réalisation d'une revue de littérature <i>ad hoc</i> Nature des données pour renseigner la matrice
	Adéquation des méthodes de collecte avec la nature des données recherchées	Méthodes de collecte mobilisées (questionnaire, entretiens, focus groupe, observation, cartes...)
	Transparence de modalités d'analyse et d'interprétation des données	Analyse par type de recueil Matrice renseignée Analyse globale des impacts Hiérarchisation des impacts Réflexion sur l'équité présente

Cette étape d'estimation des impacts nécessite la construction d'une matrice (ou grille) d'impacts, l'identification des données nécessaires à la renseigner (données existantes ou données nouvelles), la caractérisation des impacts, une analyse globale tenant compte des interactions entre les impacts de sens identique ou opposé des différentes composantes du projet/programme et le classement des impacts au regard de leur importance.

2.3.1. Approche générale

Les 3 EIS ont adopté le principe d'intégration d'une variété de données et de croisement des regards et/ou disciplines. Cependant, on observe des approches différentes entre les EIS qui portent sur des projets d'aménagement urbain (EIS-1 & EIS-2)¹⁰ et celle (EIS-3) qui porte sur un programme et un thème particulier (risque d'inondation) nécessitant un travail préalable de clarification de la problématique (prévention du risque et effets sur la santé).

¹⁰ Par ailleurs, la réalisation des 2 EIS par le même prestataire est une autre raison expliquant la similarité retrouvée dans la mise en œuvre de la démarche.

EIS-1 & EIS-2. Ces EIS étaient, d'une part, inspirées, en raison de leur objet, de la réflexion conduite sur l'urbanisme favorable à la santé, traduite dans un guide fournissant un référentiel permettant d'apprécier les projets urbains, et, d'autre part, guidées par la volonté de mettre en œuvre une approche participative, clairement explicitée dans les cahiers de charges et inscrite dans les pratiques du bureau d'étude. La recherche des points de vue des acteurs, professionnels et habitants constitue le socle de la démarche.

EIS-3. La spécificité du PAPI de Noirmoutier a suscité la mobilisation de plusieurs disciplines (sociologie, environnement, santé publique) afin de clarifier et croiser les concepts de risque, de vulnérabilité et de santé et définir les modalités d'approche de ces notions ainsi que le recours à des experts de ce sujet très particulier et inédit en matière d'EIS.

2.3.2. Recueil des données

EIS-1 & EIS-2. Les données sont ici construites sur les perceptions et points de vue des acteurs, notamment des habitants, et les temps de recueil et d'analyse des données ne sont pas disjoints. Ces données sont de nature qualitative. Une architecture à plusieurs niveaux a été élaborée afin de recueillir et croiser ces points de vue.

EIS-1. Réflexion et recueil des données sont réalisés de façon concomitante au cours de réunions organisées avec différents groupes, chacun d'eux regroupant des acteurs différents¹¹. *L'atelier partenarial* réunissait une quinzaine de personnes (professionnels, habitants institutionnels) ; 3 réunions ont été tenues afin de recueillir les points de vue sur les effets de la MSPP sur les déterminants de santé et sur le quartier, au regard des trois priorités de santé de la MSPP, ces derniers étant exprimés en termes de recommandations¹². Les membres de *l'atelier permanent*, lieu d'échanges sur le PGB (une vingtaine de personnes) ont été mobilisés une fois afin de formuler des recommandations. Une *enquête en ligne* visant à recueillir leur position sur quelques propositions n'a recueilli que peu de réponses. La démarche « *croisement des savoirs et des pratiques* » conduite en parallèle dans le cadre du projet Grand Bellevue a été exploitée pour recueillir le point de vue des personnes les plus éloignées des parcours d'accès aux soins (trentaine de personnes), sur le projet MSPP (localisation et conditions d'attractivité) et son environnement. Enfin, un *atelier transversal* devait faire le lien entre les réflexions menées au cours de l'EIS et du PGB.

EIS-2. Le recueil de la parole des acteurs, et notamment des habitants, est le fil conducteur et inaugure la démarche avec l'organisation d'une visite du quartier. L'architecture du recueil des données est semblable à la précédente : des *ateliers partenariaux* (3 réunions avec une vingtaine de participants¹³) qui font office de comité

¹¹ A noter que le terme « atelier » désigne à la fois les réunions et les groupes de travail.

¹² Evaluation des impacts sur la santé de l'intégration d'une MSPP dans le projet Grand Bellevue, NovaScopia, rapport final, juillet, 2016, p 40.

¹³ Institutionnels, associatifs, professionnels et habitants.

technique ; des *ateliers de concertation* (1 réunion avec des habitants, 1 réunion avec un groupe de professionnels), des *ateliers mixtes* (2 réunions), un groupe associant le conseil citoyen et le conseil de quartier (1 réunion de « consultation »), une *enquête par questionnaire* (109 personnes) réalisée par des étudiants et en collaboration avec NovaScopia.

EIS-3. Les données sont issues du discours des acteurs (experts, habitants, professionnels) à partir d'*entretiens individuels*, d'une *enquête par questionnaire* auprès d'un échantillon de collégiens construit sur la base des propositions du comité de pilotage.

2.3.3. Revue de littérature

Dans les EIS-1 & EIS-2, la revue de littérature a été exploitée dans un second temps pour conforter, nuancer, éventuellement invalider les pistes de réflexion élaborées dans les ateliers de travail.

EIS-1. Le comité technique a identifié 6 thèmes à investiguer¹⁴ concernant les pratiques d'urbanisme sur la santé des populations, l'incidence de l'environnement bâti sur la qualité de vie des habitants, les comportements modifiables et les déterminants de la santé. Cette recherche a été faite après le recueil de données qualitatives pour soutenir les recommandations.

EIS-2. La revue de littérature a été construite selon 6 axes, à partir des propositions émises dans les différentes instances de travail et été élargie au fur et à mesure de l'avancée de l'EIS. Selon l'évaluateur, elle a été réalisée en même temps que le recueil des données qualitatives et de fait, exploitée de façon plus ciblée que précédemment. Elle est présentée en fin de rapport pour asseoir les recommandations¹⁵.

EIS-3. La revue de littérature a nourri le travail tout au long de la démarche : elle a permis de clarifier les concepts, d'argumenter les liens entre les axes du PAPI et les déterminants de la santé (construire le modèle causal) et d'interroger les données de terrain¹⁶.

2.3.4. Analyse des données et caractérisation des impacts

EIS-1. L'estimation des impacts porte sur trois éléments (bâtiment, bassin de rayonnement, territoire en réseau), désignés « périmètres géographiques ». Une grille d'estimation des impacts du projet MSPP (sur la base des documents initiaux) a été renseignée à partir des avis des habitants lors des ateliers de travail et de la revue de littérature. Les impacts ont été listés et expliqués mais ils n'ont pas été hiérarchisés. L'analyse globale du projet ne figure pas dans le rapport.

¹⁴ Rapport Novascopia, 2016, op cité, p.61.

¹⁵ Etude d'évaluation des impacts sur la santé du PRU de Monplaisir, Novascopia, février 2017, p.58.

¹⁶ Rapport ORS, 2017, *op. cit.*

EIS-2. L'équipe évaluatrice a fait le choix de prendre en compte, pour l'évaluation des impacts, les avis des habitants recueillis lors des différentes rencontres (atelier partenarial, atelier avec le Conseil citoyen, enquête de terrain réalisée par l'IFCS) et portant sur la version initiale du projet, la seule à leur avoir été présentée. De fait, l'estimation réalisée concerne une version du projet non actualisée et ne considère pas les documents récents produits par les aménageurs.

EIS-3. Les impacts sont décrits dans le tableau de synthèse des impacts mais ces derniers ne sont pas caractérisés, les évaluateurs considérant qu'ils ne disposaient pas d'éléments suffisants leur permettant de dépasser les hypothèses. L'extension jusqu'aux pathologies n'a pas été produite, pour les mêmes raisons et remplacée par un argumentaire sur la contribution du PAPI à la promotion de la santé. L'EIS a posé une série de difficultés : séparation entre effets directs et impacts, qualification et pondération des impacts, lien entre déterminants et santé, interrogation sur la potentielle neutralité du PAPI en termes d'impacts sur les déterminants de la santé. Selon l'équipe évaluatrice, un entretien final avec la population aurait utilement permis une mise en perspective et l'approfondissement de ces questions.

Dans les trois cas, des données de terrain ont été recueillies et confrontées à la littérature scientifique, ce qui constitue un point fort de ces évaluations.

Dans les EIS-1 & EIS-2, la démarche participative a été largement privilégiée et à l'origine d'un dispositif à plusieurs étapes et modalités de travail, entre « consultation » des habitants sur le projet et mobilisation de leur expertise d'usage pour « l'évaluation » des conséquences potentielles du projet. Les modes de recueil et les réflexions des différents groupes sont explicitement restitués mais le mode de caractérisation des impacts est peu lisible. Les points de vue des habitants sont majoritaires, basés sur une version non actualisée du projet et insuffisamment contrebalancés avec des données objectives (EIS-2).

Pour l'EIS-3, l'estimation des impacts sur la santé a été difficile, compte tenu d'une part, de la thématique et, d'autre part, de la temporalité de l'EIS, qui peut conduire à faire l'évaluation du programme lui-même.

Pour l'ensemble, l'analyse globale tenant compte des interactions entre les impacts et la hiérarchisation des impacts n'ont pas été réalisés.

Ces constats renvoient à la réflexion préalable sur le choix de l'objet et la temporalité de l'EIS au regard du projet/programme, celle-ci devant intervenir ni trop tôt - la disponibilité de documents pour travailler sur des projets étant requise pour les projets d'aménagement urbain, ni trop tard pour éviter le piège de l'évaluation ex post du programme considéré.

2.4. Etape 4 : rapport et recommandations

L'étape 4 est celle de la mise en forme des conclusions et des recommandations dans le rapport.

Tableau 5. Référentiel de l'étape de formulation des recommandations

Etape 4 – Rapport et recommandations		
Objectifs et tâches	Critères	Indicateurs
Organiser les conclusions	Qualité du rapport <ul style="list-style-type: none">- transparence de la méthode- lisibilité du rapport et des résultats- cohérence entre les constats et les recommandations	Présence dans le rapport d'évaluation <ul style="list-style-type: none">- résultats synthétiques- recommandations par niveaux- recommandations hiérarchisées- lien entre impacts et recommandations
Formuler des recommandations	Pertinence des recommandations	Recommandations réalistes et faisables Recommandations prenant en compte les inégalités
Communiquer avec les parties prenantes	Partage des constats et recommandations	Recommandations discutées collectivement Réunion de présentation du rapport final Restitution aux parties prenantes effectuée

▪ Le rapport

Les rapports finaux ont été remis à l'instance de décision de l'EIS, respectivement au comité de pilotage du PGB en septembre 2016 (EIS-1), au comité de suivi en mars 2017 (EIS-2) et envoyé par email en mai 2017 à l'ensemble des partenaires de l'EIS (EIS-3).

Les rapports des 3 EIS relatent le déroulement des étapes de la démarche. Les modalités de recueil d'information sont plus largement et précisément décrites que les modalités d'analyse et de caractérisation des impacts. De fait, il n'est pas toujours aisé de faire le lien avec le projet.

Plusieurs acteurs auraient souhaité disposer d'une courte synthèse.

▪ Les recommandations

Les recommandations ont été, dans les trois situations, débattues avec les groupes de travail, quelle qu'en soit la nature (comité technique, comité de pilotage, groupes de travail). Elles sont généralement en cohérence avec les constats et l'analyse des impacts.

Les commentaires des personnes rencontrées sont nuancés.

Pour certains acteurs, elles sont considérées trop générales ou inutiles quand elles énoncent des propositions déjà prises en compte ou parce qu'elles surviennent très tôt dans le processus d'aménagement.

« des préconisations assez générales qu'on prend de toute façon en compte lorsqu'on fait un projet d'aménagement (...) des cheminements les plus qualitatifs, des aires de jeux, des endroits où les habitants peuvent avoir des lieux de repos (...) c'est aussi parce qu'on était très en amont au niveau du projet que les préconisations, du coup, restent assez générales et pas aussi précises qu'elles auraient pu l'être à un stade de projet différent » (institutionnel)

Pour certains habitants, elles sont déconnectées des problèmes du quartier ; ils citent à cet égard, l'installation de bancs dans les espaces publics en regard des problèmes de chômage, délinquance ou insécurité.

« Les gamins qui ont jamais vu leurs parents travailler, ils gagnent de l'argent facile en faisant autre chose (...) on ne retrouvait pas les difficultés des gens (...) tout ça pour dire que c'est ça qu'est le cœur de quartier : c'est l'emploi, c'est la délinquance de tout genre, les incivilités bêtes et ridicules. On ouvre la vanne d'eau et ça coule pendant des heures, il n'y a personne pour venir fermer (...) enfin, pour schématiser, c'est pas des bancs qui vont résoudre les problèmes. » (Habitant)

Elles peuvent aussi être jugées contradictoires entre les attentes des habitants et celles des professionnels du quartier (EIS-1).

« Dans les préconisations, il y en a qui sont contradictoires aussi. (...) par exemple, une des préconisations qui était en lien avec l'urbain, c'était que la Maison de santé puisse intégrer un espace extérieur, un espace vert assez généreux, pour que notamment, quand les femmes viennent – puisque souvent ce sont plus les femmes qui viennent avec leurs enfants ou les enfants des autres, ou voilà – il puisse y avoir un endroit où les enfants jouent, y compris pour qu'elles, elles puissent avoir peut-être un moment de confidentialité (...) c'était pas toujours facile de trouver la parcelle dans le bon calendrier, avec un espace vert à côté (...) on a essayé de composer, (...) j'ai eu l'impression qu'on pouvait faire de cette Maison de santé un truc, très fourre-tout. ... ça pouvait être en contradiction avec ce que les professionnels de santé en attendent, or c'est quand même eux qui vont le payer le plus hein, parce que c'est quand même... je crois qu'ils sont plus de 70 % de la surface. Donc ce sont bien leur loyer qu'ils vont payer, donc à un moment il faut... il faut rééquilibrer aussi les demandes des attentes des uns et des autres » (institutionnel)

Pour d'autres, elles sont jugées pertinentes, concrètes et intéressantes dans la mesure où elles appuient des orientations et émanent d'une variété d'acteurs dont les habitants.

« Les préconisations qui ont été apportées à la fin de l'étude, alors il y en a qu'on connaît, qui sont banales et qui peut-être... peuvent être réalisées partout, mais il y a des choses qui sont, je trouve, adaptées vraiment à notre territoire (...) ça me donne d'autres pistes de travail pour exploiter au niveau du territoire » (institutionnel)

« C'est pour ça qu'à mon avis quand même on arrive à des recommandations qui à mon sens sont parfaitement équilibrées. C'est des recommandations qui vont dans le sens de l'intérêt général. C'est pas de recommandations qui vont dans le sens d'intérêt particuliers. C'est pas dans le sens de celui qui parle le plus fort quoi » (habitant)

▪ La communication et la restitution des travaux

La communication sur l'EIS en cours et en fin de processus diffère d'une situation à l'autre.

EIS-1. Une restitution large des résultats de l'EIS aux parties prenantes a eu lieu début juin 2017 suivie par la réunion du comité technique de suivi trois semaines plus tard afin d'engager le suivi des préconisations. Le rapport est quant à lui disponible dans sa version complète sur un réseau professionnel fermé (Réseau d'échanges en santé environnementale ou RESE). Un document de communication sur la MSPP et le courrier de réponse des élus aux préconisations de l'EIS sont également disponibles en ligne, sur nantesco.fr.

EIS-2. Le rapport n'est actuellement pas disponible pour le grand public sur un site Internet. Une restitution aux habitants et professionnels ayant participé à la démarche a eu lieu en juillet 2017, ainsi que plusieurs restitutions en interne auprès d'élus et services techniques qui n'étaient pas directement impliqués dans la démarche. Un article conjoint Ville - ARS a également été publié dans la newsletter du CLS.

EIS-3. Une plaquette expliquant l'EIS a été élaborée par l'ORS à l'intention des populations. Le rapport est accessible en ligne sur le site internet de l'ORS des Pays de la Loire depuis juin 2017. Une réflexion sur cette expérience figure dans un document sur les EIS publié en août 2017 sur le site de l'ORS des Pays de la Loire¹⁷. La restitution publique a été différée à Noirmoutier du fait de la démarche de concertation en cours sur la stratégie locale de gestion des risques d'inondation (SLGRI) afin de ne pas créer de confusion entre les deux démarches. En revanche, des temps d'information ont été organisés auprès de plusieurs instances décisionnaires (conseil communautaire, commission de la mer, comité de pilotage SLGRI et PAPI).

Les 3 expériences sont relatées dans le PRSE3 (axe 3) et ont été présentées aux journées du PRS en février 2017.

¹⁷ http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/2017_eis_outil_pdl.pdf

2.5. Etape 5 : suivi

L'étape 5 a pour but d'organiser le suivi de l'EIS et notamment de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations.

Tableau 6. Référentiel de l'étape de suivi

Etape 5 – Suivi des recommandations		
Objectifs	Critères	Indicateurs
Mettre en œuvre un cadre de suivi	Présence d'un dispositif de suivi	Responsable identifié pour le suivi Calendrier de suivi Réunions de suivi réalisées
Elaborer un tableau de bord de suivi et un calendrier d'exécution	Existence d'outils de suivi	Tableau de bord élaboré et renseigné

■ Prise en compte des recommandations

EIS 1. Les recommandations ont été transmises fin 2016 aux directions concernées par leur mise en œuvre en vue d'un avis à la mission Santé publique et le prestataire de l'EIS est chargé d'en assurer le suivi. La mise en œuvre des recommandations est jugée plus ou moins faisable selon les directions impliquées. Cela nécessitera de poursuivre la collaboration avec les habitants. Il a été souligné à plusieurs reprises que les urbanistes s'appuyaient sur ces recommandations pour présenter le PGB.

EIS 2. Une réunion sur les recommandations a eu lieu en novembre 2017 avec le pôle territorial Aménagement et le pôle territorial du quartier Monplaisir pour estimer la temporalité de mise en œuvre des recommandations et réfléchir à leur intégration dans le projet. Aujourd'hui, il semblerait que toutes les recommandations aient été intégrées dans le Plan Guide. Pour certains acteurs, certaines d'entre elles existaient déjà et il est difficile de distinguer ce qui émane de l'EIS de ce qui lui préexistait. Ces recommandations ont été données à l'aménageur afin de les traduire dans des fiches et les intégrer dans le cahier des charges. Une concertation avec les habitants serait prévue pour le choix des aménagements.

Une session de formation des acteurs de la collectivité a été organisée un mois après la remise du rapport final mais peu de personnes étaient présentes.

EIS 3. Les recommandations ont été transmises, en tant « qu'éléments de diagnostic à prendre en compte », au bureau d'études qui accompagne la Communauté de communes dans l'élaboration de la stratégie locale de gestion des risques d'inondation (SLGRI), destinée à inspirer le prochain PAPI de l'île de Noirmoutier. Les différents plans communaux de sauvegarde (PCS) et documents d'information communaux sur les risques majeurs (DICRIM) de l'île de Noirmoutier sont également susceptibles de s'inspirer des principes portés par les recommandations de l'EIS.

▪ Dispositif de suivi

De façon générale, la question du suivi des recommandations n'a pas été anticipée au lancement de l'EIS et ne figurait pas dans les cahiers des charges.

EIS-1. NovaScopia a été chargé d'assurer le suivi pendant 6 mois (indicateurs / degré atteinte des recommandations). Le comité technique de l'EIS s'est réuni le 29 juin 2017 pour faire un point sur le suivi de l'EIS. NovaScopia a présenté un référentiel et une matrice de suivi des recommandations, sur la base des propositions des services des collectivités.

EIS-2. La phase de suivi des recommandations, bien que non anticipée par la collectivité, a été mise en place par la Direction Santé Publique de la ville d'Angers. Une grille de suivi des recommandations est en cours de construction, suite aux propositions d'indicateurs de suivi des recommandations priorisées, faites par NovaScopia.

EIS-3. La phase de suivi de la mise en œuvre des recommandations n'a pas été prévue. Les recommandations seront instaurées en « fonction des moyens disponibles et de l'implication des différents acteurs du territoire »¹⁸. En revanche, il existe des indicateurs de suivi pour la SLGRI.

La mise en œuvre de la démarche EIS dans les trois sites

Les trois EIS réalisées ont suivi la démarche séquentielle par étapes.

La première étape est longue avant d'aboutir à la validation du projet d'EIS, concrétisé par une décision d'engagement sur un projet donné puis par la recherche d'un évaluateur. L'analyse préalable du projet retenu a été peu approfondie alors même que des orientations précises étaient données dans le cahier des charges.

La délimitation du champ de travail a été difficile à réaliser et cet aspect sera à travailler ultérieurement. L'objectif de l'EIS étant l'évaluation a priori des impacts, la formulation d'hypothèses sur les conséquences du projet/programme sur la santé mérite d'être explicitée.

Le recours à la littérature qui a été constant, est à exploiter dans ce sens.

Le mode de caractérisation des impacts n'est pas toujours lisible, se confondant parfois, compte tenu du stade précoce du projet, avec la synthèse des propositions d'amélioration de ce projet. Compte tenu de l'échéance lointaine du projet, il est difficile de produire des recommandations précises et véritablement reliées aux impacts.

Une réflexion sur les caractéristiques de l'objet est un préalable incontournable avant le lancement de l'EIS.

¹⁸ Rapport ORS, mai 2017, *op. cit.*

3. Les principes

3.1. Rappel sur les principes

Lors du consensus de Göteborg (WHO, 1999), les experts ont défini l'EIS à partir des traits et valeurs qui la caractérisent et se sont accordés sur un ensemble de principes et valeurs, éthiques et méthodologiques.

Le *principe de démocratie* affirme le droit des citoyens à participer à la formulation, à l'application et à l'évaluation des politiques.

Le *principe de justice sociale* énonce que l'EIS porte une attention particulière à la répartition des impacts au sein de la population en fonction des caractéristiques liées à l'âge, au genre, à l'origine ethnique ou aux conditions socio-économiques.

Le *principe de développement durable* met l'accent sur les impacts à long terme du projet. L'EIS trace les effets du projet en anticipant les effets possibles sur les générations à venir.

Le *principe d'utilisation éthique des données* énonce que l'EIS recourt aux disciplines scientifiques et méthodes pour une évaluation la plus complète possible et s'attache à une analyse impartiale des données ainsi qu'au respect des personnes.

Le *principe d'approche globale et systémique de la santé* postule que l'EIS considère la santé dans toutes ses dimensions en examinant les conséquences du projet sur la santé dans une acception large incluant le bien-être et la qualité de vie et s'intéresse aux effets du projet sur l'ensemble des facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui agissent sur la santé et selon une approche systémique.

Selon le *principe de multiplicité des données*, plusieurs formes d'expertise sont convoquées et tous types et sources de données sont pris en considération ; la connaissance issue de l'expertise d'usage étant considérée d'égale importance de celle issue de la connaissance scientifique.

Le référentiel ci-dessous reprend ces 6 principes.

Tableau 7. Référentiel d'évaluation des principes et valeurs EIS

Référentiel d'évaluation des principes EIS		
Valeurs	Critères	Indicateurs
Démocratie	Association des acteurs au processus de décision Légitimité et représentativité Empowerment Transparence	Nature des acteurs présents dans les comités Recrutement des acteurs Responsabilités confiées aux différents acteurs Méthodes favorisant la participation Compte-rendu des différentes réunions, ateliers, etc.
Justice sociale	Adoption des concepts d'équité et de justice sociale Préoccupation inscrite à chaque étape Prise en compte de la répartition des impacts différenciés selon les groupes sociaux	Profil des groupes prenant en compte les différenciations sociales Questionnement systématique sur la différenciation des effets selon les groupes Repérage des impacts en fonction de caractéristiques sociales
Utilisation éthique des données	Diversité des disciplines mobilisées Rigueur dans l'analyse des données Impartialité dans l'analyse Respect des personnes Usage éthique des données	Analyse rigoureuse : globale, par disciplines mobilisées, diversité des sources de données Pondération dans l'analyse finale Organisation du compromis (décideur et évaluateur) Règles de confidentialité respectées
Développement durable	Prise en compte de la temporalité à court, moyen et long terme Prise en compte de la flexibilité des comportements et usages Anticipation des effets possibles sur les générations à venir	Prise en compte des modifications prévisibles : changement climatique, économiques, préservation naturelle
Approche holistique et systémique de la santé	Regard sur état de santé d'une population et sur le bien-être et la qualité de vie Regard sur tous les déterminants Regard sur interactions entre déterminants	Déterminants observés (qui ne l'auraient pas été sans EIS) Outils utilisés (cartographie, matrice, OCR)
Multiplicité et mixité des données et sources	Diversité des données Considération égale des données selon leur nature et source Pertinence des données Crédibilité des données Utilisation rigoureuse, explicite, judicieuse des meilleures données	Type de données : scientifiques, professionnelles ou d'usage Nature des données : quantitatives et qualitatives Origine des données : littérature (revue de littérature, revues systématiques, littérature grise, rapport d'études, autres EIS), informations collectées auprès d'experts, de professionnels, de la population, entretiens, focus groupes, observation, etc.

3.2. Analyse de la démarche

Les trois EIS se sont inscrites dans le cadre éthique de l'EIS. Les deux derniers principes, d'ordre méthodologiques, ne sont pas repris ici dans la mesure où les aspects de méthode ont été abordés dans le chapitre précédent.

▪ Démocratie

L'approche des populations, notamment les plus éloignées des dispositifs et services, a été constante dans les trois EIS et au cœur de la démarche des EIS-1 & EIS-2.

Dans les EIS-1 & EIS-2, les dispositifs mis en place ont traduit le souci de diversifier les publics et de faciliter la parole en créant des groupes de travail séparés et avec des modes d'animation interactifs mais aussi de faciliter le croisement des discours. Il est à noter que cette démarche était possible dans la mesure où elle s'inscrivait dans le droit fil de la politique menée par les collectivités. Si, compte tenu des délais, il y a eu mobilisation de personnes *« déjà sensibilisées, investies, qui peuvent prendre la parole en public »*, ces dernières étant déjà souvent parties prenantes d'associations sur le terrain et d'une représentativité discutable, des initiatives ont été prises afin d'aller chercher les personnes plus lointaines, à l'aide des ressources locales.

Le principe de démocratie évoque la **« participation »** des personnes aux différents temps du processus. Ce terme a de multiples interprétations ; selon les personnes rencontrées, il fait référence à la consultation des personnes, à la concertation avec les personnes ou à la recherche d'informations auprès des personnes.

Plusieurs outils existent pour apprécier la participation des populations. L'échelle de Sherry Arnstein, élaborée en 1969, détaille les niveaux de la participation (tableau 8a).

Tableau 8a. Les niveaux de participation selon l'échelle d'Arnstein¹⁹

Niveaux	Qualification	Définition
Niveau 1	Manipulation	Ces niveaux supposent un public passif à qui on fournit des informations pouvant être partiales et partielles
Niveau 2	Education	
Niveau 3	Information	Le public est informé sur ce qui va se produire, sur ce qui est entrain de se produire et sur ce qui s'est déjà produit
Niveau 4	Consultation	Le public a la parole mais n'a aucun pouvoir dans la prise en compte de leur point de vue
Niveau 5	Implication	Les opinions du public ont quelques influences mais ce sont encore les détenteurs du pouvoir qui prennent les décisions
Niveau 6	Partenariat	Le public peut commencer à négocier avec les décideurs, incluant un accord sur les rôles, les responsabilités et les niveaux de contrôle
Niveau 7	Délégation de pouvoirs	Délégation partielle des pouvoirs
Niveau 8	Contrôle des citoyens	Délégation totale dans la prise de décision et de l'action

¹⁹ Source : <http://rhonealpes.centres-sociaux.fr/files/2013/04/echelle-dArnstein.pdf>

Le tableau 8b ci-dessous (Institut du Nouveau Monde, 2013) présente une autre classification, celle-ci en 5 niveaux de la participation.

Tableau 8b. Echelle de la participation publique

(Source : Institut du Nouveau Monde, Août 2013)

	1	2	3	4	5
Degré de participation	Information	Consultation	Discussion	Délibération	Collaboration
Description	Les participants s'informent au sujet des enjeux liés à un problème à résoudre, à un projet ou à une politique.	Les participants informent les décideurs de leurs opinions et de leurs points de vue.	Les participants échangent autour d'un enjeu et confrontent leurs idées et leurs points de vue.	Les participants formulent un avis sur une question précise.	Les participants participent eux-mêmes à la définition et à la construction du processus participatif et contribuent directement à la décision finale.

Considérée comme la « pierre angulaire de notre démocratie » (Jouve, 2005), la participation peut revêtir différentes formes comme le montrent ces échelles. Ces formes renvoient à des degrés divers d'implication des personnes, du niveau le plus bas qui correspond à une participation quasi nulle voire inexistante au niveau le plus haut où l'investissement des citoyens est majeur.

L'échelle d'Arnstein (1969) permet de classer les modes de participation en 3 catégories. En effet, Sherry Arnstein considère que la participation est effective à partir du niveau 6, quand s'ouvre un espace de négociation partenarial entre les pouvoirs publics et les citoyens ; la participation étant purement formelle aux niveaux 3, 4 et 5 et inexistante aux niveaux 1 et 2.

Dans les trois EIS réalisées, la population a la parole mais a-t-elle vraiment un pouvoir réel de décision ? La réponse reste nuancée.

Dans tous les cas, l'implication de la population a été, selon les évaluateurs et les commanditaires, un véritable moyen de produire de la connaissance sur les impacts.

Dans les ateliers (EIS-1&2), les habitants ont pu formuler un avis et contribuer à la réflexion. Si leur avis a pu être pris en considération, on observe que parfois, des choix (lieu d'implantation de la MSPP) ont pu être faits en dehors du cadre de discussion avec la population.

Une partie des recommandations auxquelles les habitants ont contribué, ont été intégrées dans les plans guides (EIS-2). Cependant, la mise en œuvre des recommandations ne se produisant que dans quelques années, il est actuellement difficile d'affirmer aujourd'hui que leur parole a été effectivement prise en compte.

Dans un cas (EIS-3), les habitants étaient intégrés dans un organe de décision, le comité de pilotage (lequel tenait lieu de comité technique) au sein duquel étaient discutées les options méthodologique aux différentes étapes.

Que l'on considère l'échelle d'Arnstein ou l'échelle de l'Institut du Monde, on constate que la participation est aujourd'hui en situation intermédiaire entre consultation/implication (niveaux 4-5 d'Arnstein ; niveaux 3-4 de l'échelle de l'Institut du Nouveau Monde) et collaboration partenariale avec les pouvoirs publics.

La communication est un élément indispensable à la réalisation d'une étude qui implique la participation des populations. Celle-ci a pu parfois être entravée en cours d'étude pour des questions de calendrier.

Enfin, dans les trois cas, il y a eu un réel débat sur les recommandations mais **la restitution** à l'ensemble des acteurs n'a pas toujours pu avoir lieu.

▪ **Equité et justice sociale**

On relève dans les trois cas, une réelle préoccupation envers les publics les plus fragiles ou les plus défavorisés.

Les EIS-1 & EIS-2 portent sur des projets dans des quartiers classés en politique de la ville, qui cumulent de nombreuses difficultés et dans lesquels la population est considérée « vulnérable » au regard des indicateurs de pauvreté, précarité et chômage. De fait, l'attention portée à ces publics est sous-jacente. La notion de vulnérabilité a été l'objet d'un travail de clarification récurrent et a guidé le choix des méthodes d'investigation (EIS-3).

Lors de l'étape de cadrage, des groupes vulnérables ont été identifiés. Les femmes exposées au contrôle social ont été considérées avec une attention particulière (EIS-2). Les populations plus vulnérables, à titre individuel, ont été identifiées selon plusieurs critères : état de santé (âge de l'individu, genre, capacité à se déplacer, etc.), sensibilité au risque et capacité à y répondre (prescriptions d'aménagement ou dégâts sur son habitation), statut (habitants de résidence principale ou saisonniers, professionnels, etc.) ; fragilité liée à la zone géographique (EIS-3).

Prenant en compte la notion d'équité, les parties prenantes ont eu la volonté d'aller « *chercher la parole un peu plus invisible des acteurs qui ont moins l'habitude de parler en public et du coup, plus éloignés des parcours de soins* ». Cependant, certains groupes n'ont pu être atteints.

« ... vu la temporalité de l'EIS, il est difficile de créer un lien de confiance avec des habitants qui sont éloignés des parcours de soins (...) donc on savait très bien qu'il y aurait toute une population qui ne viendrait pas dans ces ateliers ».

Les données qualitatives ont été essentielles afin de peaufiner le profil des populations et d'identifier les groupes défavorisés relativement à l'utilisation d'un équipement public ou vulnérables en raison du risque (mamans avec leurs enfants en poussette, adolescents, etc.).

L'identification des groupes de populations affectés était présente au cours de la phase

d'analyse ainsi que pour la construction des recommandations.

- **Développement durable**

Compte tenu de la durée de la réalisation des PRU, les impacts s'inscrivent dans le long terme. Les habitants se sont exprimés sur leur vécu, leurs conditions de vie dans le quartier et leur quotidien. Se projeter dans le long terme à partir d'une expérience actuelle pour envisager ces impacts et en l'absence d'un projet précis paraît alors difficile, le projet ayant vocation justement à générer des changements profonds dans le quartier et transformer leur lieu de vie à l'échéance de plusieurs années (2021).

De fait, l'estimation des impacts a été davantage centrée sur la situation actuelle, les acteurs ne se projetant pas dans une autre temporalité. Dans une des démarches, il a été fait une projection en termes de peuplement sur le quartier, afin d'émettre des hypothèses sur le profil des habitants dans 20 ans et faciliter les projections. Cependant, il est probable que le projet de réaménagement amène un peuplement différent.

- **Utilisation éthique des données**

Ce principe est analysé sous trois angles : rigueur de l'analyse, pondération des données, exigence contraire entre les parties prenantes. Les deux premiers renvoient à des aspects de méthode qui ont déjà été abordés (2.2). Le troisième est plus subtil à apprécier puisqu'il renvoie à des principes moraux qui peuvent être contradictoires.

Selon Kemm (2013), il y a une différence à marquer entre les exigences éthiques du décideur et celles de l'évaluateur. En effet, le premier a la responsabilité des conséquences de ses décisions, alors que le second a la responsabilité de la production de données la plus impartiale possible afin d'informer le décideur. La situation peut être délicate en cas d'asymétrie d'information entre les évaluateurs et la population si celle-ci ne peut disposer de certaines données sur le projet, du fait d'une communication officielle différée. Cette situation interroge également le bien-fondé de l'évaluation des impacts appliquée à un projet non actualisé.

L'application des principes dans les trois EIS

Les trois EIS se sont appuyées sur les principes de l'EIS avec une traduction variable. Les principes de démocratie et équité ont imprégné la démarche. Les autres principes (pluralité des données, globalité de l'analyse, utilisation éthique, développement durable) ont été diversement appliqués en fonction des situations.

4. Les facteurs facilitant ou bloquant la mise en œuvre

Dans la perspective d'identifier les conditions favorables au déploiement des EIS, les facteurs ayant pu faciliter ou entraver la mise en œuvre de la démarche ont été relevés, sur la base de nos observations, pour chacun de sites. Dans un second temps, ces facteurs ont été regroupés et analysés.

Cette analyse a montré qu'ils étaient d'ordre politique, administratif, organisationnel, culturel et individuel et pouvaient être classés en trois catégories, certains dépendant du contexte (géographique, institutionnel, politique), d'autres, des acteurs (appartenant à différentes catégories et impliqués à différents niveaux) ou encore de la démarche elle-même (gouvernance, processus, méthode,...).

Encadré 5. Liste des facteurs influençant le déroulement des EIS	
Facteurs liés au contexte	
1	dynamiques préexistantes
2	culture des institutions
3	organisation des collectivités
4	ressources dédiées
5	instruments d'accueil
Facteurs liés aux acteurs	
6	capital culturel
7	engagement des parties prenantes
8	leadership
Facteurs liés à la méthode	
9	processus de mise en œuvre des EIS : modalités de pilotage, rôle de l'équipe évaluatrice, représentation du rôle des citoyens
10	méthode : objet, périmètre, temporalité, outils, exploitation des données, recommandations

La présentation qui suit, relève d'une analyse transversale des trois EIS. Les spécificités de chaque EIS figurent dans les encadrés 6-7- 8.

4.1. Facteurs liés au contexte de mise en œuvre

4.1.1. Les dynamiques existantes

En matière de contexte, le principal point commun entre les trois EIS réside sans doute dans l'existence, au sein de leur territoire d'étude, de démarches concomitantes de concertation ou de participation citoyenne. Dans les trois cas, cela a pu infléchir le déploiement du dispositif de rencontre des populations dans le cadre de l'EIS (redondance avec d'autres réunions, moindre disponibilité des habitants et des professionnels) ou limiter les informations susceptibles d'y être présentées et discutées.

Au-delà des dispositifs concomitants, deux EIS (EIS-2 & EIS-3) semblent également avoir pâti de dispositifs mis en place par le passé au sein de leur territoire d'étude, qu'ils s'agissent de réunions publiques d'information, d'études académiques ou de démarches de concertation. De par leur déroulé même ou l'absence perçue de résultats, cette antériorité a en effet pu affecter négativement les relations entre la collectivité locale et une partie des habitants et ainsi diminuer leurs attentes vis-à-vis d'une démarche participative telle que l'EIS.

4.1.2. La culture des institutions

En matière de culture des institutions, deux cas-types se dégagent au sein des trois terrains d'étude.

Dans un premier cas, on est en présence de collectivités territoriales faisant preuve depuis plusieurs années d'un certain volontarisme politique en matière de santé et adhérentes au réseau français des Villes-Santé OMS (EIS-1 & EIS-2). Dotées d'un contrat local de santé (CLS), elles sont familières du champ de la santé et de ses acteurs, notamment l'ARS, même si cette interconnaissance peut se limiter à un cercle restreint d'acteurs évoluant au sein de ces institutions. Les EIS s'inscrivent alors en continuité avec l'histoire locale, tout en ayant leur propre facteur déclencheur (personne sensibilisée, opportunité de financement). Des différences existent toutefois entre les deux terrains répondant à ce premier cas-type. Ainsi, l'adéquation entre la temporalité de lancement et la maturité de l'institution et de ses partenaires (architectes, urbanistes, citoyens, etc.) semble plus importante sur un terrain (EIS-1) que dans l'autre (EIS-2). L'indisponibilité de certaines données de santé à l'échelle communale et infra-communale a alors pu freiner le bon déroulé de la démarche.

Dans le second cas (EIS-3), l'EIS a été introduite dans un paysage institutionnel moins familiarisé aux questions de santé publique dépassant le cadre de l'offre de soins (la collectivité, au titre de ses compétences, a créé deux maison de santé et une maison de garde) et sans passé notable avec les institutions du secteur ; elle a représenté une réelle opportunité pour la collectivité, opportunité construite par les évaluateurs, qui ont su se saisir d'un contexte institutionnel favorable et de possibilités de financements aux niveaux national et régional tout en donnant du sens à la démarche au niveau local.

4.1.3. L'organisation des collectivités

Sur le plan de l'organisation des collectivités, les trois terrains diffèrent, principalement en lien avec « l'effet taille ».

Ainsi, au sein de deux terrains d'étude sur trois (EIS-1 & EIS-2), on est en présence d'une collectivité territoriale (+100 000 habitants) dotée d'une direction ou mission de santé publique dédiée et porteuse. Si cette situation facilite l'engagement des parties prenantes tout au long de la démarche ainsi que son suivi, elle engendre également un risque de retrait du service porteur du projet évalué. Par ailleurs, on observe des délais de validation et un

mouvement des agents plus importants dans ces collectivités et susceptibles de ralentir le déroulement linéaire de l'étude.

Au sein du troisième terrain d'étude (EIS-3), la collectivité pilote est de petite taille et ne dispose pas de service de santé dédié, ce qui a pu amoindrir le portage et le suivi de l'EIS en son sein (un « pôle santé » existe toutefois au sein de la direction générale des services). Les circuits de validation y sont en revanche plus courts, les rapports élus/techniciens plus directs et la stabilité des équipes plus développée.

En parallèle, des facteurs propres à chaque EIS subsistent. Ainsi, quand une des deux démarches réalisées dans une grande collectivité a pu bénéficier d'une organisation interne favorable au décloisonnement (EIS-2), l'autre a dû s'accommoder des complexités organisationnelles et politiques liées à la superposition des échelons communaux et métropolitains au sein de son périmètre d'étude et du projet évalué (EIS-1).

4.1.4. Les ressources

En la matière, « l'effet taille » ne semble pas jouer, car les collectivités porteuses ne sont pas les financeurs ou les opérateurs de l'EIS. En revanche, l'obtention de financements relativement importants (>30/40k€), comme c'est le cas dans les trois terrains, et la capacité à mobiliser des financements multiples (EIS-3) sont des facteurs facilitants de la démarche car ils donnent des ressources aux évaluateurs pour conduire le recueil et l'analyse des données et peuvent renforcer l'implication des partenaires financeurs.

Sur le plan des ressources humaines, c'est la présence conjuguée de plusieurs personnes dédiées au sein de l'équipe d'évaluation, d'un référent identifié au sein de la collectivité pilote et d'un accompagnant au sein de l'ARS qui apparaît facilitatrice, *a fortiori* lorsqu'elles ont préalablement été formées à la méthode EIS. A l'inverse, le changement de référent de la collectivité en cours d'évaluation, comme ce fut le cas sur un terrain (EIS-2), peut ralentir le déroulé de la démarche.

4.1.5. L'existence d'instruments d'accueil

L'inscription des trois EIS dans le PRSE 3 et le PRS 2 (en cours d'écriture) apparaît facilitante dans la mesure où elle affiche la démarche comme étant une des priorités de l'agence.

L'inscription dans le CLS de la collectivité pilote, comme c'est le cas au sein de deux des trois terrains d'étude (EIS-1 & EIS-2), est également un atout car il permet d'une part, à l'ARS de travailler avec les collectivités sur la déclinaison opérationnelle et territorialisée des priorités régionales définies dans le PRSE et le PRS et, d'autre part, à la collectivité, de faire connaître la démarche EIS et d'y associer plus aisément les signataires du CLS. Au-delà de son aspect engageant, l'inscription de l'EIS dans le CLS donne donc de la visibilité partenariale à la démarche tout en conférant de la lisibilité à sa logique institutionnelle. Elle positionne

clairement la collectivité en commanditaire de l'EIS tout en légitimant la posture d'accompagnement de l'ARS.

Encadré 6. EIS de Nantes Saint Herblain : facteurs bloquant et/ou facilitant la démarche

Propres au contexte

- Culture des institutions
 - (+) statut de Ville-Santé OMS (ville de Nantes) et volontarisme historique sur les politiques de santé
 - (+) sensibilité de partenaires (espaces verts, architectes, urbanistes) sur les liens entre leurs activités et la santé
- Organisation des collectivités
 - (+) taille, mission santé publique porteuse de l'EIS
 - (-) projet Grand Bellevue sur deux communes, CLS ville-métropole
- Ressources dédiées
 - (+) financement ARS
 - (+) référents identifiés ARS et collectivité
- Inscription dans outils d'accueil
 - (+) EIS inscrite dans le PRSE 3
 - (+) EIS inscrite dans le CLS métropolitain
- Dynamique préexistante
 - (+/-) superposition / inscription dans d'autres démarches du PGB

Propres aux acteurs

- Capital culturel
 - (+) formation préalable à l'EIS pluri institutionnelle
 - (+) présence d'une stagiaire formée en EIS
 - (+) sensibilité préalable à la démarche EIS
 - (+) capacité à agir en transversalité (expérience du plan local santé-environnement par exemple)
- Engagement des parties prenantes
 - (+/-) implication différenciée des collectivités concernées
 - (+/-) suivi méthodologique par l'ARS mais difficultés de positionnement vis-à-vis de la collectivité pilote

Propres à la méthode

- Processus
 - (+/-) longueur d'élaboration du cahier des charges mais temps nécessaire pour la suite de la démarche
 - (-) évolution de la demande en cours d'EIS (localisation MSPP)
 - (-) absence de comité de pilotage propre à l'EIS
 - (+) approche facilitant les échanges entre catégories d'acteurs
 - (+) prise en compte de la parole des habitants
 - (+) format et conditions d'animation des ateliers
 - (+) implication précoce des urbanistes
 - (-) démarche consommatrice de temps et de ressources
- Méthode
 - (-) choix de l'objet
 - (-) notion de périmètre pour le cadrage
 - (+/-) temporalité de l'EIS (précocité mais marges de manœuvre)
 - (+) croisement de points de vue d'acteurs pluriels
 - (+) mobilisation de différents acteurs pour les recommandations
 - (-) absence de hiérarchisation des recommandations
 - (+) temps institutionnel de restitution et dispositif de suivi des recommandations

4.2. Facteurs liés aux acteurs

4.2.1. L'engagement des parties prenantes

En matière d'engagement, on retrouve un noyau dur impliqué sur les trois EIS, composé des évaluateurs, du technicien référent au sein de la collectivité et de l'ARS (binôme DT-siège). L'implication forte de ce triptyque financeur-commanditaire-opérateur est nécessairement facilitatrice.

Au-delà de ce noyau dur, l'engagement des parties prenantes est fluctuant d'une EIS à l'autre mais aussi au fil de la démarche, que ce soit pour les autres services techniques et les élus de la collectivité, pour les DT ou pour les partenaires institutionnels ponctuels comme la DDT(M) ou DREAL. Les trois facteurs, interdépendants, qui jouent sur leur engagement sont : leur expérience professionnelle et leur sensibilité personnelle, la capacité des porteurs de l'EIS à expliciter les bénéfices opérationnels qu'ils peuvent tirer de la démarche et le fait d'avoir été informé de la démarche et sensibilisé, voire associé, à celle-ci en amont, sur le choix et le périmètre de l'objet.

4.2.2. Le leadership et l'investissement des acteurs clés

La capacité d'animation des instances de gouvernance et de création d'espaces de discussion ainsi que les compétences en conduite de projet chez les évaluateurs et le technicien pilote de l'EIS ont été présentées comme facilitatrices de la démarche et de la mobilisation des services sur les terrains où elles se sont exprimées.

Les qualités pédagogiques des évaluateurs l'ont également été, afin de faciliter la sensibilisation des acteurs à l'EIS (principes, méthode, objectifs) et de faire évoluer leurs représentations associées à la santé.

Enfin, on relève un passage de relais ou une évolution de portage entre institutions dans une EIS sur trois (EIS-2) mais, si cela a pu ralentir l'EIS, cela n'a pas remis en cause le bon déroulé de la démarche, grâce notamment à l'adaptabilité et la réactivité du nouveau porteur ou du porteur restant.

4.2.3. Le capital culturel

De ce point de vue, les configurations que l'on retrouve dans les trois EIS sont relativement similaires.

Ainsi, on retrouve à chaque fois une équipe d'évaluation qui réalise sa première EIS mais préalablement formée à la démarche ainsi qu'une certaine complémentarité dans les profils de ses membres. Ce sont là deux facteurs aidant au bon déroulé de la démarche dans la mesure où celle-ci répond à un cadre méthodologique précis et à un principe d'interdisciplinarité et de croisement de données aussi bien quantitatives que qualitatives. On relève toutefois des différences dans la composition des équipes, les parcours

académiques et le type d'expertise menée en dehors des EIS justifiant la diversité d'approche dans la conduite de l'EIS, le type de données recueillies et le maniement des outils. Le recours à un accompagnement méthodologique extérieur ainsi qu'à un réseau de pairs (ORS) et des équipes de recherche spécialisées a aidé à surmonter des difficultés (EIS-3).

Par ailleurs, la connaissance de l'EIS, qu'il s'agisse d'une sensibilisation préalable voire d'une formation, par le référent de la collectivité (EIS-1 & EIS-2), a facilité le lancement et la mobilisation des partenaires ; être convaincu permet plus facilement d'être convaincant. Toutefois, un des trois terrains diffère ici des deux autres (EIS-3), puisque le référent EIS de la collectivité n'avait bénéficié d'aucune sensibilisation ou formation préalable à la démarche, celle-ci n'étant pas reliée à sa formation académique et à son parcours professionnel.

Enfin, on relève la présence d'une ou plusieurs personnes impliquées dans les projets évalués, qu'il s'agisse d'élus ou d'institutionnels de la collectivité pilote ou d'institutions partenaires, qui ont facilement adhéré à l'EIS, en raison d'un intérêt pour les questions de santé et le bien-être des populations ou pour le travail en intersectorialité ou en raison d'une expérience professionnelle antérieure. Ces personnes ont facilité la démarche en contribuant activement à sa mise en œuvre.

Encadré 7. EIS d'Angers : facteurs bloquant et/ou facilitant la démarche

Propres au contexte

- Culture des institutions
 - (+) statut de Ville-Santé OMS
 - (+/-) collaboration préexistante entre l'ARS et la ville mais limitée à un cercle restreint d'acteurs
 - (-) disponibilité limitée des données de santé à l'échelle infra communale
- Organisation des collectivités
 - (+) taille, direction santé publique porteuse de l'EIS
 - (+) rattachement du directeur du projet NPNRU à la direction solidarité-proximité
- Ressources_dédiées_
 - (+/-) financement ARS sans contrepartie de la collectivité
 - (+/-) référents identifiés ARS et collectivité mais changement du référent collectivité en cours d'EIS
- Inscription dans outils d'accueil
 - (+) EIS inscrite dans PRSE 3
 - (+) EIS inscrite dans le CLS de la ville d'Angers et dans le contrat de ville 2015-2020
- Dynamiques préexistantes
 - (+) ASV depuis 2008 dans le quartier Monplaisir et présence d'un « collectif Santé »
 - (-) multiplicité de travaux dans le quartier Monplaisir
 - (-) faible communication sur PRU au moment de l'EIS

Propres aux acteurs

- Capital culturel
 - (+) formation et/ou expérience préalable d'EIS pour la direction santé publique
 - (+) sensibilité préalable à la démarche EIS
 - (+) sensibilité préalable aux questions de santé et de bien-être
 - (+) expérience antérieure dans le domaine de la santé
- Leadership et investissement des acteurs clés
 - (+) capacité d'adaptation au changement de portage de l'EIS
- Engagement des parties prenantes
 - (+) engagement des porteurs/initiateurs
 - (-) implication modérée des agents des autres secteurs
 - (+) engagement croissant des élus au fil de la démarche
 - (+) implication ARS au niveau local
 - (+/-) suivi méthodologique par l'ARS mais difficulté de positionnement vis-à-vis de la collectivité pilote

Propres à la méthode

- Processus
 - (+) comité de pilotage propre à l'EIS
 - (-) insuffisance d'échanges lors des réunions du comité de pilotage
 - (+) co-pilotage Aménagement et Santé
 - (+/-) externalité des évaluateurs
 - (-) sensibilisation / formation *a posteriori*
 - (+) croisement habitants/professionnels dans les ateliers
 - (-) superposition des démarches EIS et études antérieures
 - (-) représentativité partielle des habitants interrogés et pas de représentation au sein du comité de pilotage
 - (-) décalage entre enjeux du quartier et de l'EIS et entre communication du PRU et de l'EIS
- Méthode
 - (-) disponibilité des documents de projet en raison du degré de maturité
 - (-) longueur de l'étape de cadrage
 - (+/-) consensus partiel sur le périmètre
 - (+) recommandations issues d'analyses croisées
 - (-) recommandations pas assez opérationnelles
 - (+/-) suivi des recommandations mis en place mais non anticipé

4.3. Facteurs liés à la méthode

4.3.1. Le processus

Les trois EIS se caractérisent par des schémas de gouvernance différents : deux terrains d'étude ont opté pour la création d'un comité de pilotage *ad hoc* (EIS-2 & EIS-3) tandis que les acteurs du troisième terrain d'étude (EIS-1) ont décidé de ne pas doter la démarche d'un comité de pilotage propre, préférant s'adosser au comité de pilotage du projet accompagné. Ce choix répondait initialement à une logique d'efficacité et de construction de liens entre l'EIS et le projet urbain. Toutefois, au fil de la démarche, le temps dédié à l'EIS au sein du comité de pilotage du projet urbain a été réduit voire supprimé. De plus, la situation a pu créer une confusion entre l'EIS et le projet accompagné. Ces différents éléments ont conduit à la mise en place d'une réunion du comité de pilotage spécifique pour l'EIS afin de clôturer la démarche. Dans les deux autres cas, la création d'un comité de pilotage *ad hoc* – accompagnée par la mise en place d'un comité technique (EIS-1) – a été perçue comme un signal positif pour la démarche, lui conférant visibilité et crédibilité tout en favorisant son portage politique et le maintien de temps d'échanges entre acteurs.

Au-delà de leur existence, les instances de gouvernance se caractérisent également par leur composition. On observe que la composition est relativement restreinte dans un cas (EIS-3) et plus large dans d'autres (EIS-1 & EIS-2) mais se voulant dans tous les cas représentative des différentes parties concernées par le projet évalué.

Enfin, l'animation des comités de pilotage, tâche tantôt dévolue aux évaluateurs, tantôt dévolue à la collectivité pilote, s'est révélée être un facteur facilitant dans un cas (EIS-3) mais source de débats dans d'autres (EIS-2), entre l'impératif de rendre compte des avancées de la démarche et la nécessité d'ouvrir le débat entre les membres du comité de pilotage. La diversité des points de vue des acteurs en la matière s'exprime par exemple sur la question des points d'avancement en début de comité de pilotage : quand certains y voient des rappels très utiles (EIS-3), d'autres les considèrent comme des éléments superflus (EIS-2).

Dans les trois terrains, les collectivités pilotes de l'EIS ont fait appel à des évaluateurs externes et non implantés dans le territoire d'étude ; situation qui présente l'avantage d'un regard extérieur sur l'institution et le territoire, mais des limites, dues à l'éloignement de terrain. Cela paraît notamment vrai dans la question du rapport aux habitants, où un évaluateur externe peut faciliter la parole des habitants et la médiation techniciens/citoyens mais être plus distant de certaines réalités du territoire (EIS-1 & EIS-2).

La temporalité et le niveau de sensibilisation des collectivités sont des facteurs importants. Ainsi, une sensibilisation trop tardive, soit en cours de démarche soit a posteriori, (EIS-2 & EIS-3), a limité la mobilisation des services, notamment en début de démarche.

Enfin, concernant la participation des citoyens à l'EIS, le principe même d'aller chercher la parole des habitants et de croiser des points de vue entre habitants, techniciens et professionnels est très apprécié car il est perçu comme novateur et permettant de faire des recommandations pertinentes, et ce, dans les trois cas. Mais l'application de ce principe rencontre des problèmes de mise en œuvre : redondance avec d'autres démarches passées ou concomitantes (EIS-2 & EIS-3), problème de disponibilité des personnes (EIS-3), manque de locaux adéquats ou du temps suffisant, insuffisante représentativité des habitants présents (EIS-2 & EIS-3). De manière générale, c'est un processus perçu comme stimulant et productif mais consommateur de temps et d'énergie alors que l'EIS n'est souvent qu'à la périphérie des missions des agents des collectivités.

4.3.2. La méthode EIS

Afin d'étudier les facteurs facilitant et/ou bloquant liés à la méthode EIS, il paraît opportun d'adopter une approche étape par étape. Cette partie rejoint l'analyse présentée au point 2.

Durant l'étape 1, celle de la sélection de l'objet de l'EIS, trois paramètres semblent déterminants :

- nature de l'objet : renouvellement urbain pour les EIS-1 & EIS-2 ;
- capacité de documentation des projets : peu de documents disponibles et projets mouvants dans deux terrains (EIS-1 & EIS-2), projet plus stable et documenté dans un autre terrain (EIS-3) ;
- temporalité : très en amont, voire trop en amont dans deux cas (EIS-1 & EIS-2), d'où des problèmes quant à la projection opérationnelle de l'étude et la matière à évaluer ; en aval (EIS-3), ce qui limite considérablement les marges de manœuvre de l'EIS sur le plan évalué mais les conditions de cette EIS ont permis de réorienter les recommandations vers un document à venir et ont ainsi donné du sens à la démarche, ce qui facilite l'investissement des acteurs.

Durant l'étape 2 de cadrage, la lecture du projet au regard de ses effets potentiels sur les différents déterminants de la santé, d'une part, et la lisibilité du périmètre de l'EIS, d'autre part, sont les deux principaux facteurs facilitant la poursuite de la démarche. Par exemple, l'étude du projet au regard de ses effets potentiels sur les différents déterminants de la santé – via la construction du modèle causal – facilite l'adoption d'une acception large du terme « santé » par les acteurs impliqués dans l'EIS et leur compréhension des liens entre l'objet de l'EIS et la santé. Leur perception de la pertinence de l'EIS s'en trouve alors augmentée, ce qui peut faciliter leur acceptation voire leur implication dans la démarche (EIS-3). La notion de périmètre a constitué une difficulté.

Durant l'étape 3, dédiée à l'estimation des impacts, c'est la confrontation des données de terrain avec les données probantes de la littérature qui a été particulièrement appréciée et jugée comme facilitante, tant en termes d'acceptation des recommandations que de gains

en opérationnalité. C'est notamment vrai quand les évaluateurs ont privilégié des allers-retours nombreux entre la littérature scientifique et le terrain, afin de démêler des données parfois contradictoires (EIS-3). Sur ce même terrain, la disponibilité d'outils adaptés aux besoins a, quant à elle, ralenti la représentation graphique et synthétique des résultats de l'estimation des impacts (matrice des impacts), nécessitant la production, sans perte de lisibilité, d'un nouvel outil par l'équipe évaluatrice.

Durant l'étape 4, au-delà de la méthode de construction des recommandations, c'est surtout leur manque d'opérationnalité (EIS-1) et leur manque de caractérisation ou de précision (EIS-1 & EIS-2) qui sont identifiés en tant que facteurs bloquant leur mise en œuvre dans différents terrains.

Enfin, concernant l'étape 5, celle du suivi de l'EIS, le principal facteur facilitant est la capacité de la collectivité pilote à anticiper le suivi et à le traduire de manière opérationnelle (mise en place d'une instance de suivi, création d'un tableau de bord pour assurer l'outillage méthodologique du suivi et identification de son pilote).

Encadré 8. EIS de Noirmoutier : facteurs bloquant et/ou facilitant la démarche

Propres au contexte

- Culture des institutions
 - (-) peu d'expérience de la gestion des questions de santé
- Organisation des collectivités
 - (-) absence de service santé
 - (+) circuits de validation courts
 - (+) relative stabilité des équipes
- Ressources dédiées
 - (+) cofinancements et soutien INPES
 - (+) référents identifiés dans l'ARS et la collectivité et arrivée d'une nouvelle personne (CC)
- Inscription dans outils d'accueil
 - (-) pas d'accord cadre entre la collectivité et l'ARS (type CLS)
 - (+) inscription dans le PRSE 3
- Dynamique préexistante
 - (-) concomitance avec d'autres démarches (SLGRI, ateliers citoyens)
 - (-) réunions publiques du PAPI et du Plan de prévention des risques littoraux (PPRL)

Propres aux acteurs

- Capital culturel
 - (-) moindre sensibilisation des acteurs locaux à l'EIS
 - (+) connaissance préexistante du territoire
 - (+) sensibilité aux questions de bien-être des populations en lien avec la notion de risque
 - (+) expérience professionnelle des démarches évaluation/audit
- Leadership et investissement des responsables
 - (+) animation des Comités de pilotage
 - (+) organisation facilitant le travail du Comité de pilotage
- Engagement des parties prenantes
 - (+/-) implication limitée, mais croissante, au-delà du service porteur
 - (+) soutien politique
 - (+) engagement de la DREAL et suivi méthodologique par l'ARS

Propres à la méthode

- Processus
 - (-) initiation de l'EIS extérieure à la collectivité
 - (+) comité de pilotage ad hoc et représentatif
 - (+) accompagnement méthodologique externe
 - (+) présence des citoyens dans le comité de pilotage
 - (+/-) recueil de données diversifié mais incomplet
 - (-/+) temporalité de l'EIS (ex post) mais opportunité de la future SLGRI
- Méthode
 - (-) particularité de l'objet
 - (+) calendrier favorisant la mobilisation des acteurs
 - (+) approche par les déterminants de santé facilitante
 - (+/-) temps d'appropriation et d'adaptation des outils existants
 - (+) confrontation données de la littérature et données de terrain crédibilisant la démarche
 - (+) co-construction des recommandations en comité de pilotage et ateliers de travail
 - (-) absence de suivi formalisé des recommandations

V. LES CHANGEMENTS APPORTES PAR LES EIS

1. Par type de changement

Les changements sont appréciés ici à plusieurs niveaux et repérables dans des temporalités de court, moyen ou long terme : au niveau du projet, à court terme et en lien avec les recommandations de l'EIS (1.1) ; au niveau des organisations et de leurs pratiques institutionnelles, à court ou moyen terme (1.2) ; au niveau des individus (1.3) ; au niveau des politiques publiques de façon plus large (1.4.).

1.1. Sur les projets

Les changements apportés par une EIS sur le projet évalué concernent aussi bien les questions d'adoption, de diffusion, de devenir et de prise en compte de ses recommandations (1.1.1.) que l'organisation de son suivi (1.1.2.). Dans la mesure du possible, nous avons essayé d'identifier les mécanismes du changement.

1.1.1. Les recommandations

▪ Adoption et validation des recommandations

Dans les trois terrains, les recommandations issues de l'EIS ont été adoptées et validées lors des réunions du comité de pilotage. Le temps dévolu à leur présentation ainsi que le niveau de discussion par les membres du comité de pilotage ont pu, en revanche, légèrement différer d'une EIS à l'autre.

Par ailleurs, un retour sur la documentation de projet et une analyse lexicale sommaire des entretiens permettent de mettre en exergue l'adhésion partielle des acteurs interrogés aux recommandations, et ce, dans les trois terrains. En effet, deux phénomènes semblent coexister : d'une part, les différentes parties prenantes d'une même EIS peuvent avoir une perception différenciée de la pertinence des recommandations, certains acceptant les recommandations en l'état, quand d'autres ne se reconnaissent pas nécessairement dans leur formulation et leur hiérarchisation ou pointent leur décalage avec les enjeux du territoire ou leur caractère redondant avec d'autres études ou des réalités de terrain déjà connues ; d'autre part, un même acteur peut avoir un avis ambivalent sur les recommandations, combinant dans son discours un regard critique sur le manque d'opérationnalité ou de précision de certaines propositions prises de manière individuelle à un regard plus positif sur la dimension pédagogique et la cohérence de ces recommandations lorsqu'elles sont envisagées de manière globale. Dans les deux cas, les champs lexicaux associés aux recommandations sont très diversifiés, ceux de l'acceptation et de l'utilité côtoyant ceux du scepticisme et de la banalisation.

▪ **Communication et diffusion des recommandations**

La communication de ces recommandations auprès des parties prenantes à l'EIS et du grand public varie d'un terrain à l'autre.

Sur un premier terrain, la collectivité pilote de l'EIS a opté pour une restitution large des résultats de l'étude via un séminaire dédié, une publication en ligne d'un document de restitution signé par des élus locaux et une publication en ligne du rapport, dans sa version complète, sur le Réseau d'échanges en santé environnementale (EIS-1).

Sur un deuxième terrain, les résultats ont été restitués à l'ensemble des parties prenantes de la démarche (EIS-2) et à des élus et services de la collectivité non directement impliqués dans l'EIS. En revanche, le rapport final d'évaluation n'est, à ce jour, pas disponible en ligne.

Enfin, sur le troisième terrain (EIS-3), la restitution des résultats de l'EIS a été restreinte aux membres du comité de pilotage, mais le rapport est disponible en ligne pour le grand public et plusieurs temps d'information institutionnels ont été organisés en complément (information en conseil communautaire, en commission mer et au comité de pilotage de la SLGRI). Il est à noter que la publication en ligne du rapport a été assurée par l'équipe évaluatrice.

▪ **Prise en compte des recommandations**

Dans les trois terrains, on relève une inscription – effective ou à venir – des recommandations dans des plans ou documents en lien avec le projet évalué. Il est en revanche plus difficile d'observer, à ce stade, des modifications des projets en eux-mêmes. Cela s'explique par la nécessité de (re)traduction opérationnelle des recommandations (EIS-2), le long calendrier de mise en œuvre du projet (EIS-1 & EIS-2) ou la temporalité tardive de l'EIS (EIS-3).

La prise en compte des recommandations issues des trois démarches peut alors être qualifiée d'indirecte, de différée et de filtrée.

- Indirecte car elle ne s'effectue pas via l'intégration brute et complète des recommandations dans le projet. Elle se fait plutôt via l'intégration des recommandations, en tant « qu'éléments de diagnostic » ou « éléments à prendre en compte » (EIS-1 & EIS-2), à des documents et cahier des charges d'études opérationnelles qui contribueront à la finalisation du projet.
- Différée car elle ne s'appliquera qu'à partir de l'élaboration de ces documents et au fur-et-à-mesure de la conception puis de l'opérationnalisation du projet, ce qui peut varier entre 1 et 4 à 5 ans selon les terrains.
- Filtrée car elle passe par de nombreux acteurs, qu'il s'agisse de bureaux d'études (EIS-1 & EIS-3), de directions et services techniques des collectivités (EIS-1 & EIS-2) ou des professionnels en charge du projet (EIS-1 & EIS-2 & EIS-3).

Au-delà du projet évalué, notons que, dans un terrain (EIS-3), les recommandations sont également prises en compte dans la conception d'une stratégie locale, laquelle guidera à son tour l'élaboration de plusieurs instruments d'action publique à l'échelle du territoire. Par ailleurs, il y a eu une tentative d'intégration des recommandations de l'EIS à un instrument d'action publique au niveau national mais cette tentative s'est révélée infructueuse, du fait d'un calendrier défavorable et de la mobilisation limitée des acteurs (EIS-3).

1.1.2. L'organisation du suivi

Tout comme la communication des recommandations, l'organisation du suivi varie fortement d'un terrain à l'autre, et selon un gradient similaire.

Ainsi, il y a une corrélation entre l'ampleur de la diffusion des conclusions de l'EIS sur un terrain donné et le niveau d'organisation du suivi sur ce même terrain. Un premier terrain se caractérise donc par un niveau d'organisation du suivi élevé (EIS-1). Concrètement, cela se traduit par la mise en place d'un comité de suivi, d'un outil dédié et d'un responsable explicitement identifié. Sur le deuxième terrain, on observe la mise en place progressive mais non-anticipée d'un comité de suivi et d'un outil dédié, des indicateurs ayant déjà été fournis par les évaluateurs dans le cadre de leur rapport final (EIS-2). On parlera d'un niveau d'organisation du suivi intermédiaire. Enfin, le troisième terrain ne prévoit pas de cadre ou de moyens relatifs au suivi de la mise en œuvre des recommandations de l'EIS (EIS-3).

Encadré 9. Les changements perceptibles suite à l'EIS réalisée à Nantes Saint Herblain

Changements au niveau du projet

- (+) Adoption et validation des recommandations lors des réunions du comité de pilotage
- (+) Discussion des recommandations lors des réunions du comité de pilotage
- (+/-) Adhésion partielle des acteurs aux recommandations
- (+) Restitution large des résultats et recommandations de l'EIS *via* un séminaire de restitution
- (+) Publication en ligne du rapport et d'une synthèse *via* différents canaux
- (+) Apport de connaissances sur le futur lieu d'implantation de la MSPP
- (+) Prise en compte des recommandations de l'EIS dans la conception de la MSPP, *via* leur transmission au programmiste et leur intégration dans les études sur l'équipement et son environnement
- (+) Mise en place d'un comité de suivi et d'un outil de suivi avec un responsable clairement identifié

Changements au niveau des institutions

- (+) Alignement des représentations associées à la santé entre élus et techniciens
- (+) Evolution de certaines relations entre acteurs ayant participé à l'EIS, *via* l'interconnaissance des actions et logiques de l'autre
- (+) Acquisition de réflexes en matière de collaboration avec des partenaires pour la collectivité pilote et découverte de nouvelles méthodes de travail avec les habitants pour l'ARS
- (+/-) Curiosité et intérêt exprimés par plusieurs services mais pas toujours de répercussions sur leurs activités
- (-) Sensibilisation à la démarche différenciée entre les collectivités concernées

Changements au niveau des individus

- (+/-) Evolution des représentations associées au terme « santé », voire alignement des vocabulaires des différentes sphères professionnelles mais effets limités au premier cercle des participants à l'EIS
- (+) Progression de la vision qu'ont certains acteurs, notamment les professionnels de santé, de leur rôle en matière de santé publique
- (+) Gain de sens pour les citoyens impliqués et conciliation de certaines de leurs attentes avec celles des professionnels de santé quant à la future MSPP
- (+/-) Sensibilisation de nombreux acteurs à l'EIS et compréhension de ses finalités et de ses principes mais conservation d'une distance avec l'objet et sa mise en œuvre
- (+) Souhait de se projeter dans une autre EIS

Changements au niveau des politiques

- (+) Réflexion menée par la collectivité quant à la réutilisation des recommandations de l'EIS dans d'autres politiques locales (déplacement, aménagement, etc.)
- (+) Rédaction d'un document, signé par 3 élus, à destination des habitants sur les grands enjeux santé du PGB et les engagements pris par la collectivité en la matière
- (+) Présentation de l'équité et de la justice sociale comme principes éthiques de l'EIS et définition sommaire
- (+) Prise en compte systématique du type de publics affectés dans l'analyse des impacts et recueil de parole des populations les plus vulnérables
- (-) Recommandations non-ciblées selon les populations affectées

1.2. Sur les organisations

Les changements apportés par une EIS sur les organisations investies dans la démarche peuvent aussi bien concerner les cultures et pratiques professionnelles (1.2.1. et 1.2.2.) que les partenariats tissés (1.2.3. et 1.2.4).

1.2.1. Capacité à partager une culture santé avec les élus

On relève, principalement dans deux sites (EIS-1 & EIS-3), un certain alignement des représentations associées à la santé entre les élus et les techniciens de la collectivité pilote de l'EIS. Par exemple, dans l'un de ces deux sites, le personnel politique et technique impliqué dans l'EIS utilise les mêmes champs lexicaux – à savoir ceux de « l'équilibre », du « bien-être » et de « l'anxiété » – pour parler de la santé et ses déterminants à l'issue de la démarche.

1.2.2. Evolution des pratiques professionnelles

Dans les trois sites, les techniciens de la collectivité pilote de l'EIS, mais aussi certains partenaires associés à la démarche, déclarent une évolution positive dans leurs pratiques et modalités d'intervention sur le terrain, notamment en matière de conduite d'ateliers de concertation et d'intégration accrue de la parole des habitants dans les processus d'élaboration des politiques publiques (EIS-2 & EIS-3).

1.2.3. Capacité à fédérer les autres services

Dans les trois terrains, les techniciens référents de l'EIS au sein de la collectivité pilote font part de l'intérêt et de la curiosité pour la démarche de la part de certaines directions et services techniques de leur collectivité. Pour autant, ce niveau d'intérêt, ainsi que sa traduction opérationnelle, paraissent être corrélés à la culture professionnelle préalable des acteurs et des organisations.

Ainsi, dans un site (EIS-1), la démarche semble prometteuse en matière de rassemblement d'acteurs, avec la mise en place prochaine d'un séminaire réunissant la collectivité et des aménageurs locaux autour du thème de l'urbanisme favorable à la santé.

A un niveau intermédiaire, là où on note un investissement préalable en matière de santé (EIS-2), la démarche aurait permis à certains services techniques et acteurs de l'aménagement de mieux comprendre les effets de leurs actions en matière de santé mais elle ne les a pas encore mis en action de manière autonome. Concrètement, l'EIS a fourni des schémas cognitifs mais cela nécessite encore du temps et un travail de plaidoyer avant que cela ne se traduise en procédures routinisées (prise en compte systématique des déterminants de la santé dans leur travail, identification des leviers sur lesquels agir, mise en œuvre d'actions).

Enfin, dans le site moins impliqué sur les questions de santé (EIS-3), on n'observe pas de dynamiques interservices s'inscrivant dans la continuité de la démarche EIS.

Il paraît alors possible d'attribuer à la démarche EIS, une capacité de capitalisation d'une dynamique collaborative préexistante plutôt qu'une capacité de génération d'une dynamique fédératrice propre.

1.2.4. Capacité à créer et/ou fédérer des partenariats

Les changements associés à l'EIS en matière de partenariat ne sont pas perceptibles à ce stade. Toutefois, dans deux terrains, des partenaires attribuent à l'EIS une évolution positive de certaines relations entre acteurs ayant participé à la démarche, via l'interconnaissance des actions et logiques de l'autre et via des échanges autour d'un objet – la santé – se voulant plus neutre et moins investi politiquement que les objets d'échanges habituels (EIS-1 & EIS-3). Dans le troisième terrain (EIS-2), l'EIS aurait permis le rapprochement entre la délégation territoriale de l'ARS et certains élus locaux, rapprochement qui se traduira par le lancement d'une nouvelle EIS dans le département concerné.

1.3. Sur les acteurs

Les changements apportés par une EIS sur les acteurs engagés dans la démarche peuvent aussi bien concerner leurs représentations de la santé (1.3.1.) que leur capacité à mener ou influencer un projet (1.3.2.). Le positionnement des différents acteurs vis-à-vis de l'objet EIS peut aussi en être visé (1.3.3.).

1.3.1. Evolution des représentations

On observe une évolution des représentations associées à la santé et une conscientisation des conséquences possibles de ses propres actions sur la santé. Cette évolution, qui est notamment facilitée par l'approche holistique des déterminants de la santé, est observable dans les trois terrains, mais elle se limite au premier cercle des participants à l'EIS. De plus, si l'acceptation large du terme « santé » paraît largement intégrée au sein de ce premier cercle d'acteurs, les notions d'équité et de vulnérabilité, elles, ont été plus difficiles à aborder et moins déconstruites durant la démarche EIS.

1.3.2. Renforcement des capacités

▪ **Techniciens**

Bien qu'il soit à ce stade difficile d'appréhender les changements induits par l'EIS sur les capacités des techniciens, deux éléments saillants ressortent tout de même de l'analyse.

D'une part, concernant les techniciens référents de l'EIS au sein de la collectivité pilote, leur implication dans la démarche aurait renforcé leur connaissance du cadre méthodologique et des techniques d'animation propres à cette démarche.

D'autre part, concernant les autres techniciens de la collectivité pilote et de ses partenaires, la participation à la démarche aurait engendré une plus grande facilité à se positionner vis-à-vis des citoyens lors d'ateliers participatifs et à percevoir sa parole comme légitime, et éprouvé leur capacité à transposer les recommandations d'une telle étude à d'autres interventions.

▪ Citoyens

Ce travail ne permet pas de juger des effets de l'EIS sur le renforcement de la capacité d'agir des citoyens. Relevons simplement que, dans un site (EIS-1), l'EIS a peut-être donné du sens au projet évalué et permis de concilier leurs attentes avec celles des professionnels du quartier.

1.3.3. Appropriation de la démarche

L'appropriation de la démarche est perceptible dans les trois sites mais semble plus ou moins intense en fonction des catégories de parties prenantes.

Ainsi, on relève une compréhension des finalités des EIS et de ses principes chez les membres des équipes évaluatrices, les binômes élu-technicien référents des trois EIS et quelques partenaires institutionnels mais, de manière globale, l'EIS apparaît comme un objet qui reste extérieur aux acteurs et à leurs pratiques quotidiennes. L'analyse lexicale des pronoms personnels et possessifs utilisés par les différents acteurs pour faire référence à l'EIS et ses recommandations n'est d'ailleurs que peu concluante car, si les équipes évaluatrices des trois terrains et les techniciens référents de deux terrains (EIS-1 & EIS-2) utilisent principalement la première personne du singulier et pluriel pour évoquer la démarche, tous les autres acteurs alternent les « nous », « on » et « nôtre » avec les « eux », « ils » et « leur ».

Cela témoigne d'une sensibilisation voire d'une adhésion à l'EIS pour le premier cercle d'acteurs impliqués dans le processus mais ne permet pas de conclure à une réelle appropriation de la démarche par l'ensemble de ses parties prenantes.

En parallèle, on relève un réel intérêt à appliquer cette démarche à d'autres projets d'aménagement urbain, qu'il s'agisse des personnes issues des collectivités porteuses ou de l'ARS. Pour autant, un accompagnement méthodologique reste encore considéré nécessaire.

Encadré 10. Les changements perceptibles suite à l'EIS réalisée à Angers

Changements au niveau du projet

- (+) Adoption et validation des recommandations en réunion de comité de pilotage
- (+) Discussion des recommandations en réunion de comité de pilotage
- (+/-) Adhésion partielle des acteurs aux recommandations
- (+) Restitution des résultats et recommandations aux membres du comité de pilotage et participants à l'EIS
- (-) Absence de publication du rapport à ce jour
- (+) Prise en compte des recommandations dans le plan guide
- (+/-) Mise en place progressive mais non-anticipée d'un comité de suivi et d'un outil de suivi
- (+) Identification explicite du responsable du suivi de l'EIS

Changements au niveau des institutions

- (+) Augmentation du nombre d'élus présents aux réunions du comité de pilotage et variété des thèmes discutés
- (+/-) Formation *a posteriori* sur les EIS : meilleure vision prospective et globale de la santé pour les professionnels par rapport à leurs projets mais formation trop tardive
- (+) Légitimation de la posture du technicien en atelier participatif et facilitation de ses rapports aux habitants
- (+) Curiosité et intérêt exprimés par plusieurs services mais pas encore de répercussions sur leurs activités
- (+) Rapprochement entre ARS et élus locaux

Changements au niveau des individus

- (+/-) Evolution des représentations de la « santé » et prise de conscience des liens entre santé/bien-être et aménagement mais limitée au premier cercle des participants à l'EIS et non-encore traduite de manière opérationnelle
- (+) Transposition de certaines recommandations à d'autres interventions d'un acteur local
- (+/-) Sensibilisation de nombreux acteurs à l'EIS et compréhension de ses finalités et de ses principes
- (+) Capacité et souhait de se projeter dans une autre EIS

Changements au niveau des politiques

- (+) Priorisation politique de la réhabilitation des équipements scolaires
- (+) Equité et justice sociale reconnus comme principes éthiques de l'EIS
- (+/-) Prise en compte systématique de publics vulnérables dans l'analyse des impacts mais pas de lien avec le profil des populations
- (+) Production de plusieurs recommandations explicitement ciblées selon les groupes vulnérables dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé

1.4. Sur les politiques publiques

L'EIS vise à faire des politiques/projets/programmes plus favorables à la santé et à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Par ailleurs, elle est considérée comme un instrument efficace pour intégrer la santé dans les autres politiques (Organisation mondiale de la santé, 2010). Dans cette partie, nous essayerons d'apprécier dans quelle mesure les trois EIS ouvrent la voie dans cette direction.

1.4.1 Effets sur les inégalités sociales et territoriales de santé

S'il est difficile d'estimer les effets sur les inégalités, l'analyse du processus de mise en œuvre des EIS témoigne de la considération accordée au principe d'équité dans la démarche.

On observe deux types d'approche de la question des inégalités sociales et territoriales de santé.

La première peut être qualifiée d'**académique**, en raison d'une définition précise et circonscrite des concepts d'équité et de vulnérabilité, de la présentation des apports de la littérature scientifique sur le sujet, de la présence d'une étude approfondie des profils du territoire et de sa population et d'une analyse différenciée de certains impacts. En revanche, les données recueillies auprès des habitants documentent insuffisamment cet aspect ; si les recommandations sont ciblées selon les publics concernés, elles n'ont que peu de prise sur la réduction des inégalités sociales de santé. La préoccupation est constante tout au long de l'étude mais l'incarnation dans le travail de terrain a été plus difficile (EIS-3).

La seconde est plus **participative**. La problématique des inégalités est moins étayée sur les concepts et dans les profils du territoire (celui-ci n'ayant pas toujours été réalisé) et principalement abordée à travers le recueil des données de terrain, l'analyse des impacts et dans certaines recommandations. Les conclusions de l'étude en matière d'inégalités sociales de santé sont principalement basées sur des éléments de terrain et des recommandations ciblées sont proposées (EIS-1 & EIS-2).

Concernant les inégalités territoriales de santé, notons que, dans deux cas sur trois (EIS-1 & EIS-2), la localisation de l'EIS dans un « quartier politique de la ville », dans lequel vivent des publics *a priori* vulnérables, explique probablement que la réflexion ne soit pas reprise. Dans le troisième cas (EIS-3), un profil fin du territoire et de sa population a été réalisé mais, au regard de leur relative homogénéité, il n'y a pas eu d'analyse différenciée des impacts selon des secteurs ou caractéristiques géographiques définies. Toutefois, certains impacts ne concernent, *de facto*, qu'une partie du périmètre d'étude.

1.4.2 Intégration de la santé dans les autres politiques

Les EIS ont eu quelques effets non-voulus mais directs sur le terrain (mise en place, par exemple, d'une action de sensibilisation de publics scolaires qui fait suite à la démarche participative initiée dans le cadre de l'EIS-3) et ont conduit à l'adoption de quelques mesures techniques ou stratégiques, en lien notamment avec le choix de localisation d'équipements publics ou la mise à l'agenda d'une problématique spécifique (priorisation politique de la réhabilitation des équipements scolaires initiée par les remontées de terrain recueillies suite à l'EIS-2).

De plus, dans un des trois sites (EIS-1), on relève le lancement d'une réflexion de la collectivité pilote sur la manière de reprendre les recommandations de l'EIS dans d'autres politiques locales (déplacement, aménagement, etc.). Dans ce même site, une réponse publique des élus locaux aux conclusions de l'EIS présente la stratégie de prise en compte de ses recommandations par les directions municipales et métropolitaines dans les années à venir, avec des engagements, des limites et des mises en lien avec d'autres politiques existantes ou envisagées. Une telle réflexion paraît moins avancée mais bien existante dans les deux autres sites (EIS-2 & EIS-3).

Depuis la déclaration d'Adélaïde en 2010, quelques pays ont développé un cadre de mise en œuvre de la stratégie de « la Santé dans toutes les politiques » (Kickbusch et al., 2010) afin de suivre les avancées de l'intégration de la santé dans les autres secteurs. Les travaux d'évaluation de ces initiatives sont encore rares et souvent centrés sur les approches et défis méthodologiques de cet exercice. Ils insistent toutefois sur le temps nécessaire à la mise en place de mécanismes permettant de faire converger la santé vers les autres buts des autres secteurs et faire émerger des projets collaboratifs (Baum et al., 2014). Ainsi, les constats rapportés dans ce travail mériteraient d'être consolidés avec une étude à plus long terme.

Encadré 11. Les changements perceptibles suite à l'EIS réalisée à Noirmoutier

Changements au niveau du projet

- (+) Adoption et validation des recommandations lors des réunions du comité de pilotage
- (+) Discussion des recommandations lors des réunions du comité de pilotage
- (+/-) Adhésion partielle des acteurs aux recommandations
- (+/-) Absence de restitution publique des résultats de l'EIS mais restitution aux membres de son CoPil et information en conseil communautaire, en commission mer et en comité de pilotage SLGRI
- (+/-) Publication en ligne du rapport et d'un bref retour d'expérience par les évaluateurs. Pas de mise en ligne ou de diffusion du rapport par la collectivité pilote
- (+) Intégration des recommandations dans la SLGRI et le futur PAPI via transmission des recommandations au bureau d'études concerné
- (-) Absence de mise en place d'un dispositif de suivi

Changements au niveau des institutions

- (+) Alignement des représentations associées à la santé entre élus et techniciens
- (+) Evolution de certaines relations entre acteurs ayant participé à l'EIS, *via* l'interconnaissance de leurs actions et logiques respectives (cf. actions des associations du territoire représentées au comité de pilotage)
- (+) Réflexion sur les modes de relation avec les habitants, sur le ciblage des populations vulnérables

Changements au niveau des individus

- (+/-) Evolution des représentations associées au terme « santé » et prise de conscience des liens entre santé/bien-être et aménagement mais limitée au premier cercle des participants à l'EIS
- (+/-) Sensibilisation de nombreux acteurs à l'EIS et compréhension de ses finalités et de ses principes mais distance avec l'objet et sa mise en œuvre
- (+) Souhait de se projeter dans une autre EIS

Changements au niveau des politiques

- (+) Mise en place d'une action de sensibilisation des publics scolaires dans la continuité de l'EIS
- (+) Initiation d'une réflexion au sein de la collectivité quant à l'intégration de la santé dans d'autres projets locaux (aménagement d'aires touristiques, aménagements de voies cyclables, etc.)
- (+) Présentation de l'équité et de la justice sociale comme principes éthiques de l'EIS
- (+) Définition précise et contextualisée de la vulnérabilité et des publics auxquels elle renvoie
- (+/-) Prise en compte des publics affectés par certains impacts mais peu de parole des populations les plus vulnérables (i.e. PMR et ménages à faible revenu) dans les données de terrain
- (+/-) Recommandations ciblées selon les populations affectées mais pas de travail spécifique sur les inégalités sociales de santé
- (+/-) Réalisation d'un profil fin du territoire et de sa population mais pas d'analyse différenciée et systématique des impacts selon des secteurs géographiques définis

2. Les leviers du changement imputables aux EIS

La réussite des EIS est conditionnée par le déroulement du processus de mise en œuvre et nous avons mis en évidence que certains éléments propres au contexte, aux acteurs ou à l'EIS elle-même, avaient pu constituer un frein (facteur négatif) ou un atout (facteur positif) au déroulement de la démarche dans chacun des sites.

Dans un deuxième temps, nous avons confronté la présence de ces facteurs (positifs ou négatifs) sur le déroulement de la démarche, aux changements observés également dans chacun des sites afin d'identifier ceux qui avaient une influence²⁰ perceptible sur la réussite ou l'échec de l'EIS, à savoir la production (ou non) de changement.

Enfin, nous avons confronté ces résultats à la littérature scientifique sur l'efficacité des EIS dont les principaux résultats figurent dans l'encadré 12 ci-dessous.

Encadré 12. Les facteurs de réussite des EIS mentionnés dans la littérature

Les publications dans ce domaine, qu'il s'agisse d'études de cas ou de revues systématiques, attestent de la diversité des points de vue s'agissant de la définition d'une « EIS réussie » (Dannenbergh, 2016). Par ailleurs, ils ne mentionnent pas tous exactement les mêmes facteurs de succès (Ahmad et al., 2008 ; Davenport et al., 2006 ; Haigh et al., 2015).

Parmi les facteurs de réussite relevés dans la littérature, certains semblent indiscutables :

- engagement des parties prenantes
- opportunité de l'EIS

D'autres facteurs ne figurent pas avec le même poids dans toutes les études mais sont mentionnés dans la majorité d'entre elles, ces facteurs agissant de façon cumulative :

- soutien des décideurs
- leadership bien identifié et proactif
- pluralité d'approches dont le recours aux données probantes
- faisabilité et clarté des recommandations
- compétence et intégration des « bonnes personnes » dans l'équipe évaluatrice
- intégration de l'EIS dans des structures existantes et contexte favorable
- communication adaptée
- flexibilité de la démarche
- existence d'un cadre favorisant la pratique

²⁰ L'influence a été définie par Kirhart comme la « capacité ou (le) pouvoir des personnes et choses de produire des effets sur les autres par des moyens non tangibles ou indirects » (Kirkhart, 2000).

Nous présentons nos constats selon la grille de lecture proposée dans l'encadré 12 pour les facteurs de réussite (2.1.). Ensuite, nous évoquerons les facteurs d'échec dans la mesure où ils constituent des freins au changement (2.2).

2.1. Les facteurs de réussite

2.1.1. Les facteurs de réussite liés à l'engagement des parties prenantes

Implication dans la démarche EIS des futurs destinataires de ses recommandations : facilite leur compréhension et leur acceptation et donc favorise et accélère leur mise en œuvre.

Sensibilisation précoce et associant services et directions : augmente les probabilités de mise en œuvre des recommandations et favorise l'ancrage des principes de l'EIS dans toute la collectivité ainsi que les possibilités de transfert de l'EIS à d'autres projets ou politiques.

Cofinancements ARS - autres partenaires : favorise l'engagement de plusieurs partenaires dans la démarche dans la mesure où ils en sont les financeurs et l'établissement d'un partenariat entre eux ; augmente les probabilités d'avoir un financement d'un montant total suffisant pour assurer une phase de recueil et d'analyse des données répondant aux standards de qualité de la démarche.

Suivi méthodologique et engagement de l'ARS tout au long de la démarche : *a fortiori* s'il s'agit de la première EIS pour les évaluateurs, cela permet de répondre aux standards de qualité qui assurent la crédibilité et la légitimité de la démarche. Ces deux facteurs permettent, à leur tour, le déploiement des effets de l'EIS sur les projets (utilisation des recommandations) et les organisations (adhésion à ses principes et objectifs). En outre, l'implication de l'ARS en amont, sur le choix de l'objet par exemple, et en aval de la démarche, sur la conception et la formulation de certaines recommandations, peuvent faciliter le bon déroulé de l'EIS et la prise en compte des recommandations.

Participation des habitants via des ateliers mêlant professionnels, techniciens et habitants : associée à des évolutions des pratiques et postures professionnelles, l'alignement de représentations ainsi que la production de certaines recommandations opérationnelles (mais pas pour toutes les recommandations et n'assure pas l'adhésion de tous les acteurs).

2.1.2. Les autres facteurs de réussite mentionnés

Volontarisme en santé publique : le soutien politique favorise le portage politique et la légitimité de l'étude, donc l'investissement des élus et des techniciens de la collectivité pilote, qui est nécessaire pour que s'opère l'alignement de leurs représentations associées à la santé et leur compréhension des principes EIS, mais aussi leur investissement dans la mise en œuvre et le suivi des recommandations.

Capacité de communication, d'animation des échanges et de conduite de projet des évaluateurs et du technicien référent : détermine fortement la capacité de l'EIS à fédérer les différents services de la collectivité pilote autour de la démarche et à bâtir ou renforcer des partenariats avec des partenaires extérieurs.

Qualité pédagogique des évaluateurs et du binôme élu/technicien référent : détermine fortement la capacité de l'EIS à produire de l'intérêt pour la démarche et de la compréhension de ses finalités chez les acteurs impliqués.

Complémentarité des profils au sein de l'équipe d'évaluation : la complémentarité, notamment d'approches quantitatives et qualitatives, permet de s'accorder aux principes méthodologiques et éthiques de la démarche (participation citoyenne, approche systémique de la santé, croisement des données probantes de la littérature et des données de terrain) qui assurent la crédibilité et la légitimité de la démarche. Ces deux facteurs favorisent les effets de la démarche sur les projets (utilisation de ses recommandations) et les organisations (adhésion à ses principes et objectifs).

Confrontation des données probantes de la littérature et des données de terrain : assoie la légitimité de l'étude et donc facilite son utilisation.

Recommandations co-construites, opérationnelles et hiérarchisées : trois conditions nécessaires (mais non-suffisantes) à la compréhension et l'acceptation des recommandations par les différents acteurs concernés, ce qui augmente la probabilité de mise en œuvre de leur part, et à un suivi efficace, car le caractère opérationnel facilite la construction d'indicateurs et la hiérarchisation peut orienter leur phasage.

Inscription de l'EIS dans des documents contractuels ou projets locaux : apporte des gains en visibilité et lisibilité pour l'EIS (liens avec le CLS, le PRS et le PRSE par exemple) et engage les partenaires ; permet de faire plus facilement le lien avec d'autres actions ou dispositifs de santé publique ce qui ancre les recommandations de l'EIS dans les dynamiques territoriales, les rend plus pertinentes donc mieux acceptées, plus opérationnelles donc mieux mises en œuvre.

Identification préalable des documents de destination des recommandations de l'EIS : cela donne du sens à la démarche (et donc favorise l'investissement des partenaires dans la démarche) et facilite la prise en compte de ses recommandations. Toutefois, si le document en question est très instable et trop imprécis ou peu avancé au moment de l'EIS, cela peut remettre en cause son caractère bénéfique pour l'EIS.

Association de la rigueur et de la souplesse en matière méthodologique : le respect sur les étapes de la démarche et l'appropriation des outils existants, à savoir leur adaptation au contexte, sont un gage de qualité du processus et assoient la légitimité de l'EIS, et *a fortiori*, son utilisation.

2.1.3. Les facteurs de réussite propres au contexte de la présente évaluation

Lecture du projet au regard de ses effets potentiels sur les déterminants de la santé : facilite la compréhension de l'EIS et de ses finalités ; élargit l'acceptation du terme santé chez certains partenaires de l'EIS et favorise l'alignement des représentations entre acteurs ; rend plus concret, les liens entre la santé, le projet évalué et le travail quotidien des différents partenaires et donc légitime leur mobilisation dans le cadre de l'EIS.

Dispositif de suivi anticipé avec un outil dédié et un porteur identifié : facilite et accélère la prise en compte puis la mise en œuvre des recommandations (et donc les changements sur le projet évalué) et représente une opportunité d'inclure de nouveaux partenaires dans la démarche et de fait, d'élargir les effets de l'EIS sur les organisations en matière de partenariats et de travail transversal.

Accompagnement méthodologique extérieur : *a fortiori* s'il s'agit de la première EIS pour les évaluateurs, cela permet de répondre aux standards de qualité qui assurent la crédibilité et la légitimité de la démarche. Ces deux facteurs permettent, à leur tour, le déploiement des effets de l'EIS sur les projets (utilisation de ses recommandations) et les organisations (adhésion à ses principes et objectifs).

Création d'un comité de pilotage dédié à l'EIS : assoie le portage politique de l'étude et sa visibilité auprès des partenaires et garantit du temps pour la présentation et la discussion, préalable nécessaire pour obtenir des changements sur les organisations (partage d'une culture santé, renforcement de partenariats et de liens avec d'autres politiques publiques) ainsi que pour aboutir à des recommandations co-construites et acceptées par les acteurs, ce qui facilite leur prise en compte et leur mise en œuvre.

Service santé dédié et porteur de l'EIS : facilite et routinise l'étape de suivi, gage de mise en œuvre des recommandations. Augmente également la probabilité d'avoir des personnes adhérant à une approche holistique de la santé et basée sur les déterminants de la santé. Le portage de l'EIS par le service santé de la collectivité peut toutefois engendrer le retrait du service porteur du projet évalué, pourtant destinataire privilégié des recommandations de l'EIS.

Capacité à s'inscrire dans des démarches de concertation concomitantes : gains en efficacité (moindre coût humain et organisationnel et possibilité de rejoindre rapidement et plus facilement des personnes) et en efficience (moindre coûts financier) pour la démarche. Attention, toutefois, à ne pas nourrir la confusion entre la démarche EIS et le projet qu'elle évalue et à ne pas noyer l'EIS dans un agenda de concertation plus large.

2.2. Les facteurs d'échec

Multiplicité de démarches participatives passées redondantes, sans utilité perçue par certains acteurs et/ou associées à des problèmes dans leur déroulement : peuvent limiter les attentes préalables de certains acteurs et leur implication dans l'EIS.

Lancement de l'EIS très en amont de la phase opérationnelle du projet : non-disponibilité des documents nécessaires à l'évaluation et/ou impossibilité de communiquer en toute transparence ; difficulté de mobiliser les citoyens et les services techniques à un horizon aussi lointain ; risque accru de produire des recommandations peu opérationnelles ou peu adaptées au projet.

Absence de temps de sensibilisation ou sensibilisation tardive des services techniques de la collectivité pilote : agit au niveau des individus, en réduisant leur possibilité de s'approprier la démarche et de faire évoluer leurs représentations de la santé, et au niveau des organisations, en y limitant ou retardant l'émergence de dynamiques de travail transversal.

Difficultés d'appréhension de la notion de périmètre en vue du cadrage : crée une perte de temps au niveau de l'étape de cadrage puis du recueil des données de terrain ; superposition de périmètres rendant l'approche peu lisible avec des conséquences pour le recueil des données auprès des habitants (difficulté à circonscrire les débats au strict périmètre de l'EIS) et la production des recommandations (conception de recommandations jugées opérationnelles et pertinentes). Cela peut fragiliser l'adhésion des acteurs aux recommandations et donc leur mise en œuvre ainsi que leur compréhension de la démarche EIS.

Des résultats concordants avec la littérature internationale

Les travaux internationaux évaluant l'efficacité des EIS concluent que la majorité des EIS produit des transformations sur le projet ou programme concerné, sauf quand le décideur n'est pas réceptif ou que la décision est trop complexe. Les EIS accroissent également la prise de conscience des conséquences des interventions sur la santé, améliorent la collaboration entre les parties prenantes et font évoluer les représentations et les pratiques. Les effets sur la réduction des inégalités restent difficiles à documenter. Comme nous l'avons mentionné plus haut, il est encore tôt pour documenter de façon approfondie les changements. Cependant, les premiers constats présentés dans ce travail vont dans le sens des données de la littérature.

Les travaux conduits dans plusieurs pays (Canada, Irlande, Pays-Bas, Nouvelle Zélande, Suède) attestent du rôle majeur du secteur de la santé dans le plaidoyer en faveur des EIS, de l'influence du contexte administratif dans le développement de la pratique, au regard notamment de la place accordée à la promotion de la santé et du contexte politique, au regard des responsabilités dévolues aux différents échelons, et de la nécessité de faciliter les processus d'apprentissage selon la pédagogie « apprendre en faisant » avec un accompagnement adapté.

Les analyses de la pratique réalisées quelques années après l'initiation des EIS mettent en exergue plusieurs points, qui rejoignent nos constats, sur la réalisation des étapes de la démarche, l'identification des impacts et la question de l'équité. Leurs conclusions vont dans le sens du renforcement de la qualité de la démarche au regard des standards, en particulier : analyse initiale lors de la première étape (clarification des buts de l'EIS, analyse préalable du projet), de la mise en œuvre d'une communication adaptée, de la lisibilité de la méthode et du rapport.

La pratique des EIS en France est assez comparable à la situation des autres pays à leurs débuts et l'expérience française peut tirer bénéfice des acquis des autres pays, d'autant qu'aujourd'hui le contexte est favorable avec de nombreux atouts.

VI. LES PERSPECTIVES DE DEPLOIEMENT DE LA DEMARCHE EIS

La présente évaluation a pour but de tirer des enseignements des trois expériences afin de permettre à l'ARS des Pays de la Loire de décider des conditions de déploiement de la démarche et de son rôle dans le développement des EIS.

Après avoir discuté de la plus-value de la démarche, à partir de l'expérience vécue par les acteurs en région Pays de la Loire et des autres expériences conduites en France (1), nous formulerons des propositions à deux niveaux, certaines concernant la stratégie de l'ARS en matière d'EIS (2), les autres – plus opérationnelles – étant destinées à la communauté des praticiens engagés dans les EIS (3).

1. Quelle est la plus-value de la démarche EIS ?

1.1. Regards et points de vue d'acteurs sur la démarche EIS

De l'analyse croisée des entretiens conduits avec les personnes rencontrées au cours de cette évaluation, émerge un discours consensuel sur les apports de la démarche qui, pour autant, ne fait pas l'impasse sur certaines contraintes. Dans cette partie, nous mettons en exergue les points de vue les plus illustratifs émanant des décideurs (dont des élus) et des acteurs institutionnels particulièrement impliqués.

- **Une démarche au carrefour des préoccupations des institutions**

Les trois expériences initiées en région Pays de la Loire témoignent de l'intérêt porté à la démarche EIS dans la mesure où elle est un point de rencontre entre les préoccupations des institutions et des acteurs sur plusieurs points : faire des politiques plus favorables à la santé ; agir sur les racines des inégalités de santé ; inclure davantage les citoyens et habitants dans la décision publique ; renforcer l'intersectorialité. Parce qu'elle porte les valeurs d'équité et de démocratie et met des outils à la disposition des acteurs, l'EIS est considérée comme une approche concrète et fédératrice pour répondre à ces préoccupations.

« Un des points forts (...) c'est d'aller chercher la population la plus éloignée avec différents ateliers. Je pense que c'est vraiment quelque chose sur lequel il faut travailler de façon beaucoup plus offensive (...) il faut le mettre comme une exigence dans les études d'impact santé pour tel ou tel équipement. Vraiment, c'est le passage incontournable, c'est-à-dire, aller chercher les populations les plus éloignées de ce service public qui va être installé ou construit. Et je pense que ça a été vraiment quelque chose de très satisfaisant (...) Si on réussit ça, vraiment on donnera du sens et du corps à la fois à l'étude d'impact santé, mais surtout à la construction de réponses concrètes sur la réduction des inégalités qu'elles soient de santé ou sociale ou territoriale. » (décideur)

- **L'opportunité de faire évoluer la notion de santé et d'introduire de nouvelles approches ...**

La mise en œuvre de la démarche EIS donne l'occasion aux acteurs d'importer de nouveaux outils (modèle causal, matrice d'impact) pour poser un regard différencié, plus global et collectif sur les politiques publiques, ainsi que des méthodes qui renouvellent les approches d'animation et/ou d'analyse (ateliers, cartographies, observation directe sur site). Aborder les politiques ou les programmes au prisme des déterminants de la santé introduit une réflexion plus large qui relie les questions sociales, environnementales et d'aménagement. Le recours aux données probantes préconisé par la méthode assure une crédibilité à la démarche.

« C'était vraiment intéressant et assez pédagogique (...) le fait de se dire que la santé, c'est vraiment multiforme. Il y a ces fameux déterminants, je pense que les deux trois graphiques, assez illustratifs, ça leur a permis de bien comprendre ce qu'on recouvrait dans cette notion de santé (...) ça nous permet d'avoir un autre regard, une autre manière de lire les choses (...) la santé, c'est pas que du binaire, je suis en bonne forme, en vie ou pas en vie, mais c'est les liens sociaux, l'impact sur la capacité de faire, la capacité d'agir. » (institutionnel)

« ...la vérification du ressenti terrain versus la biblio et les ressources nationales ou internationales qui peuvent exister, j'ai apprécié le travail de croisement ... » (institutionnel)

- **... notamment en matière de politiques d'aménagement urbain**

Le domaine de l'urbanisme est un domaine d'application particulièrement prisé pour un ensemble de raisons. Premièrement, il concerne de nombreux secteurs (logement, environnement, transport...) et permet d'interroger tous les déterminants de la santé. Deuxièmement, il relève de la responsabilité des collectivités (ville et métropole) qui, pour certaines d'entre elles, œuvrent à l'amélioration de la santé et participent au réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Troisièmement, il est propice à une action conjointe entre deux institutions (collectivités et ARS) qui entretiennent, depuis de nombreuses années, des collaborations en matière de santé, collaborations formalisées à travers différents outils tels que les ateliers santé ville, les contrats de ville, ou les contrats locaux de santé. L'EIS est un pas de plus dans ce rapprochement.

Cependant, les politiques urbaines se traduisent dans de multiples actions et projets sur lesquels les habitants sont invités à se prononcer. Les motifs sont nombreux, qu'il s'agisse de procédures de consultation ou concertation formelles ou d'initiatives propres à une collectivité. L'inclusion des citoyens dans le travail d'EIS se rajoute à ces sollicitations. Les attentes à leur égard leur paraissent souvent identiques : exprimer leur avis ou leurs attentes sur un projet. Or l'EIS n'est pas une procédure de « consultation » mais bien un travail de recherche-action dans lequel les citoyens sont partie prenante et dont l'aboutissement (prise en compte des recommandations et transformation du projet/programme) ne sera que peu perceptible à court terme. La rencontre avec les citoyens dans l'optique de l'EIS peut être considérée redondante et faisant courir le risque

de brouiller le message et démobiliser, voire rendre inopérantes de nouvelles consultations. A l'opposé, elle peut être perçue comme une approche efficace pour repositionner le citoyen au cœur des politiques.

« ça apporte des clés d'entrée différentes (...) Ça a ouvert une porte dans la nécessité qu'on a nous, puissance publique et les services déconcentrés de l'État, de mieux placer l'habitant et le citoyen dans toutes ces articulations » (décideur)

▪ **Une démarche qui renforce le partenariat**

« L'ARS a une responsabilité sur l'organisation des soins. La ville n'a pas de responsabilité au niveau de la compétence santé directe sauf qu'elle a une préoccupation sur la bonne santé et le bien-être de sa population qui est un élément indispensable de la cohésion sociale de sa ville (...) On a besoin de croiser notre regard et croiser nos décisions et ce que l'on voit comme perspectives pour le territoire, chacun avec son entrée, chacun avec ses exigences, chacun avec ses moyens (...) Il est indispensable que le partenariat qui a été créé autour de la mise en place de cette EIS puisse continuer. » (décideur)

« Les études d'impact sur la santé doivent être effectivement partenariales en fonction de l'objet de l'étude, de l'impact de l'étude, des compétences qui sont interpellées et des collectivités ou autres secteurs qui peuvent apporter des réponses concrètes à l'attente pour améliorer l'état de santé. Si pour un équipement sportif par exemple, des partenaires privés sont à l'intérieur, il faut que les partenaires privés soient à l'intérieur. Je pense que ce partenariat, il est important. » (décideur)

« On a besoin à la fois d'être toujours pertinent et innovant dans les partenaires que nous sommes amenés à mettre autour de la table pour travailler collectivement sur, justement à la fois ces pratiques, notre regard sur l'impact que peut avoir telle ou telle infrastructure sur la santé des citoyens et croiser ces différents regards, ces différentes exigences, ces différents besoins et les citoyens étant au cœur de cette problématique-là et de cet échange-là et de cette construction-là. » (décideur)

▪ **Une expérience intéressante mais dont la reconduction est soumise à conditions**

Si la démarche est unanimement valorisée et appropriable par les acteurs et institutions – dont les pratiques étaient déjà en adéquation avec ses principes – elle est considérée exigeante en termes de méthode, de temps et de mobilisation de ressources humaines, lesquelles aujourd'hui demeurent contraintes. De fait, elle rentre en compétition avec d'autres activités, inscrites celles-ci dans les missions de l'institution. Enfin, les compétences sont toujours en construction et un accompagnement s'avère encore nécessaire.

« Je ne suis pas sûre qu'on soit en mesure de porter cette exigence-là et cette technicité-là dans le temps, je veux dire, technicité professionnelle si, disponibilité si. Mais, dans le temps les contraintes portées sur notre personnel me semblent être... Et donc avoir quelqu'un d'extérieur, avec son regard extérieur y compris son point de vue, est un plus, même si nous avons été vraiment très actifs dans l'étude d'impact santé. » (décideur)

Pour ces raisons, la reconduction de la démarche est incertaine et ne peut être envisagée de manière systématique, nécessitant une analyse préalable de la pertinence d'engager la démarche.

« Est-ce qu'il faut une ligne santé directement, est-ce qu'il faut une étude sur la santé ? C'est peut-être, pas forcément de cette manière aussi marquée qu'il faut le dire. Il n'empêche que, quand on a un projet en réflexion et un projet d'aménagement avec de la vie dedans, il y a forcément l'aspect bien-être, bien-vivre, bien s'intégrer qui s'inclut et c'est forcément pour des raisons de santé et d'équilibre. Sachant que pour moi, l'équilibre d'une personne c'est sa santé. » (décideur)

« La nature du projet me semble être aussi particulièrement importante, on ne peut pas lancer des études d'impact santé pour tout et n'importe quoi. Il faut vraiment que ce soit un projet très transversal avec des impacts élargis, pas simplement des impacts santé, soin, mais bien les impacts sur ce qui interpelle des déterminants de santé les plus vastes possible, et le plus de compétences possibles. Il y a un vrai enjeu derrière cela, je pense et il y a vraiment un plus lorsque toute cette pertinence-là, ce croisement-là se fait. » (décideur)

« Oui, l'étude d'impact sur la santé peut être d'une grande utilité pour l'amélioration des conditions de vie de notre population, la réduction des inégalités de santé oui. Mais, on ne peut pas le faire par différentes petites entrées, parce qu'au bout du bout, ce ne serait pas forcément pertinent (...) Quand je vois le nombre de directions de la ville et de la métropole qui ont participé à nourrir ce que en tant qu'élus on devait donner comme élément positif ou négatif de cette étude d'impact santé, je suis assez stupéfaite. C'est pour ça qu'étude d'impact santé et projet, il faut qu'on soit particulièrement attentif sur la raison d'être de l'EIS. » (décideur)

« Il faut pas de copier-coller. Il faut justement que dans les EIS, on se réinterroge à chaque fois sur la raison d'être de cette étude. Pourquoi ? Pour quoi faire ? Pour répondre à quoi et quels sont les partenaires pertinents (...) Parce que les enjeux sont pas les mêmes, les priorités sont pas les mêmes, même si ça fait partie bien évidemment de la réduction des inégalités, ça c'est la finalité. » (décideur)

1.2. Regards sur les autres expériences conduites en France

L'évaluation d'impact sur la santé progresse rapidement en France depuis les cinq dernières années et elle est majoritairement appliquée à des projets d'aménagement urbain. Les travaux menés antérieurement sur des EIS conduites dans différentes régions (Jabot et Roué Le Gall, 2017 ; Laporte et Ginot, 2016 ; Roué-Le Gall and Jabot, 2017) confirment les conclusions de cette évaluation tant sur les points forts (meilleure compréhension des principes de la promotion de la santé, analyse plus approfondie des racines des inégalités sociales, intégration des citoyens, décloisonnement entre les services et institutions, etc.) que sur les difficultés (superposition des démarches, rôle des citoyens, compétition avec d'autres activités, mobilisation des acteurs jusqu'au terme du processus, etc.).

Si la volonté de reconduction et d'extension de la démarche, en raison des retours d'expérience positifs, est manifeste, la question des conditions de réalisation reste posée. Dans les expériences françaises, on relève une diversité de configurations entre acteurs dans la réalisation et le pilotage des EIS. Les collectivités et l'ARS sont généralement présentes, l'EIS étant soit copilotée soit plutôt portée par l'une ou l'autre de ces institutions, avec des instances de gouvernance plus ou moins resserrées (Jabot et Roué Le Gall, 2017).

Le recours à un prestataire externe est la situation la plus fréquente et la répartition des tâches entre collectivité commanditaire, ARS et équipe évaluatrice varie d'une situation à l'autre, entre délégation ou partage des travaux avec l'équipe évaluatrice (EHESP, 2017²¹).

Plus rarement²², l'EIS est réalisée totalement en interne. En région Aquitaine, l'EIS a été conduite par une équipe associant la collectivité, l'ARS et les organismes partenaires (ORS, IREPS, Institut de santé publique, d'épidémiologie et de Développement de Bordeaux, agence d'urbanisme). Cette collaboration intersectorielle est jugée comme une réussite en termes de dynamique et d'appropriation de l'EIS par les acteurs (Rivadeneira et al, 2017) mais elle a été très consommatrice de temps. Forte de cette expérience, l'ARS Nouvelle Aquitaine prévoit de déployer la démarche EIS dans la région, poursuit des actions de plaidoyer et de formation/sensibilisation des acteurs avec le concours de l'IRESP, développe des outils et réfléchit à des modalités de mise en œuvre compatibles avec les ressources locales.

Il n'existe pas de schéma idéal, chaque configuration étant un compromis entre les ressources disponibles et les contraintes locales. Néanmoins, l'investissement des institutions à l'initiative des travaux est incontournable.

Le contexte français est aujourd'hui favorable à la mise en œuvre de la démarche. En particulier, il existe plusieurs outils et instruments de planification (projet régional de santé, projet régional santé environnement, contrats locaux de santé etc.) qui sont autant de supports et de leviers pour engager des EIS en raison de leur dimension intersectorielle.

²¹ Journée d'échanges de pratique en EIS organisée en juillet 2017 à l'EHESP entre six équipes partenaires de l'EHESP originaires de régions différentes (Alsace, Bretagne, Haut de France, Nouvelle Aquitaine Pays de la Loire)

²² A cet égard, l'expérience conduite en région Aquitaine reste une exception.

2. Des recommandations stratégiques

La mise en œuvre des EIS, compte tenu des caractéristiques de la méthode, rénove les pratiques et constitue une innovation qui, comme toute innovation, gagne à être accompagnée.

Les recommandations abordées dans ce chapitre portent sur la stratégie de déploiement des EIS (2.1.) et le cadre organisationnel à mettre en place pour la soutenir (2.2.).

2.1. Elaborer une stratégie de déploiement des EIS

L'ARS des Pays de la Loire s'est investie depuis déjà cinq ans dans le domaine des EIS, avec des actions de plaidoyer, de sensibilisation, de formation, de suivi et de soutien financier des premières EIS. Les enseignements de ces expériences témoignent de la plus-value apportée et orientent vers la poursuite de cet engagement. Cependant, le prolongement de l'engagement de l'ARS devait faire l'objet d'une stratégie globale précisant la politique de l'ARS dans ce domaine : des EIS, pourquoi ? Pour quoi faire ? Dans quels domaines ? Avec qui ? Avec quels moyens (humains, financiers) ? Et avec quel rôle ?

Ceci nous conduit à envisager les différents rôles de l'ARS en vue du déploiement des EIS en Pays de la Loire.

- **Plaidoyer en faveur des EIS**

Le travail de sensibilisation engagé depuis 2013 et les actions de communication ont permis de faire connaître les EIS aux collectivités, porteurs de projets potentiels, notamment aux élus locaux. Certaines délégations territoriales sont présentes aux côtés des collectivités désireuses de s'engager dans ce travail ; le domaine de l'urbanisme étant privilégié. Aujourd'hui, le plaidoyer serait plus à développer auprès des autres secteurs de politiques publiques et à l'échelle d'autres territoires, villes de moyenne importance ou territoires ruraux.

L'EIS n'est pas réservée au champ de l'urbanisme et d'autres outils existent dans ce domaine pour contribuer à des projets plus favorables à la santé. A l'étranger, des EIS ont été appliquées dans de nombreux domaines. En France, les expériences sont plus rares. On peut néanmoins citer les travaux réalisés sur les projets financés par les fonds FEDER en région PACA²³, les transports en Ile de France²⁴, les maisons relais en Picardie²⁵ et un travail

²³ Jabot F. Roué Le Gall A. L'évaluation d'impact sur la santé de trois projets urbains intégrés. Rapport réalisé à la demande de la Préfecture de la région PACA, juin 2013, 108 p.

²⁴ Laporte A et Dubreuil M. (sous la dir.). Évaluation des impacts sur la santé de projets transport à Plaine Commune (93). Paris : Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France, Observatoire régional de la santé (ORS) Île-de-France, rapport final, mai 2014.

²⁵ Lorenzo P. Évaluation de la circulaire DGAS---SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais, ARS et IREPS, juin 2015, 61 pages.

récemment initié sur un projet de Café pour les habitants dans une petite commune rurale en Bretagne²⁶.

L'application de l'EIS à d'autres secteurs de politiques publiques pourrait être promue par l'ARS, auprès de ses partenaires du secteur social avec qui elle partage des priorités de santé ou des interfaces thématiques (logement, insertion...) ou des partenaires des programmes intersectoriels (éducation nationale, travail, environnement). Si les collectivités interrogées n'évoquent pas spontanément ces autres domaines d'application, certaines seraient prêtes à l'envisager.

▪ **Accompagnement à la mise en œuvre de l'EIS**

L'importance de la présence de l'ARS dans les EIS réalisées a été soulignée. Ainsi, l'ARS a un rôle à jouer aux différentes étapes de la démarche auprès des porteurs :

- aider une collectivité ou une institution désireuse de mener une EIS à réaliser l'analyse préalable du projet/programme/politique tel que préconisée dans l'étape de « sélection » afin de déterminer la pertinence du projet d'EIS (enjeux du projet/programme, plus-value de l'EIS, temporalité, fenêtre d'opportunité) ;
- accompagner la collectivité ou l'institution dans la préparation de l'EIS : choix d'externalisation, construction du cahier des charges, avis sur le choix de l'opérateur ;
- participer aux instances de gouvernance : contribution aux travaux et à la réflexion sur la méthode aux différentes étapes, apport de connaissance et mise en perspective avec les autres expériences conduites dans la région ;
- faciliter la mise à disposition des données utiles à l'établissement du profil des populations et à l'estimation des impacts (notamment en matière de démographie médicale et de santé environnementale) avec la mise en relation des évaluateurs avec les services concernés et les acteurs-ressources extérieurs (par exemple les professionnels et établissements de santé du périmètre d'étude).

▪ **Soutien logistique et financier**

Bien que les collectivités expriment leur intérêt pour la démarche EIS, elles ne semblent actuellement pas en mesure d'assurer la réalisation d'une EIS de façon autonome ni l'intégralité du coût financier de l'étude.

En effet, la démarche EIS exige la mobilisation, ponctuelle ou continue, de ressources humaines importantes. Or, les collectivités ont des missions auxquelles elles doivent réglementairement répondre voire faire face à de nouvelles tâches, ce qui ne permet pas

²⁶ IREPS Bretagne. EIS du Café des habitants, en cours.

toujours d'envisager l'affectation de personnel à cette activité nouvelle. Et ce d'autant plus pour des petites collectivités. Pour cette raison, le recours à un opérateur extérieur leur semble indispensable, de même qu'un soutien financier extérieur. Le développement de nouvelles EIS va de pair avec la poursuite d'un apport financier de la part de l'ARS.

Les conditions de l'implication financière de l'ARS amènent une réflexion dans trois directions :

- faire un choix entre deux options : déployer la démarche dans plusieurs directions afin de diffuser la méthode et les principes de l'EIS au bénéfice d'une culture de promotion de la santé ou privilégier le développement de l'EIS dans un nombre limité de domaines et de territoires. La première option conduit à promouvoir des EIS plus cadrées sur des durées plus courtes et moins approfondies. La seconde conduit à prioriser des thèmes et/ou territoires eu regard des priorités définies.
- inciter les collectivités territoriales et/ ou les institutions à rechercher des cofinancements auprès d'institutions nationales et régionales (ADEME, ANRU, Santé Publique France, DREAL, Conseil régional, ANAH, etc.)
- financer des EIS pour lesquelles une contrepartie des collectivités ou des institutions est assurée afin d'assurer leur engagement et la pérennisation de la démarche.

▪ **Garant de la démarche**

Les acteurs expriment un réel intérêt envers la démarche EIS mais aussi des attentes. L'ARS a un rôle à jouer en vue de garantir la crédibilité de la démarche quant à sa capacité à répondre à ces attentes : valider la pertinence de la démarche sur les propositions, veiller à la qualité des travaux et l'utilité de la démarche.

- aider les collectivités à l'analyse initiale (cf. recommandations opérationnelles)
- promouvoir la mise en place de formations impliquant les acteurs concernés
- mettre en place un groupe d'analyse de pratiques au niveau régional²⁷
- s'assurer de la prise en compte des recommandations de l'EIS, par exemple de leur intégration dans les documents de contractualisation et de planification à l'échelle locale ou régionale (CLS, PRS, PRSE) afin de faciliter leur mise en œuvre et leur suivi
- développer un cadre stratégique en vue de la santé dans toutes les politiques

▪ **Valorisation, diffusion, capitalisation de la démarche**

L'ARS a valorisé les travaux réalisés dans le cadre des journées du PRS. Cette stratégie de communication mérite d'être poursuivie et développée en s'appuyant sur d'autres opportunités ou dans le cadre des réunions des instances de pilotage de l'ARS telles que la

²⁷ A l'instar de ce qui existe dans quelques pays où un groupe de pairs porte un regard distancié sur la pratique à différentes étapes, ce qui permet d'accroître la qualité et facilite l'appropriation par tous.

commission de coordination des politiques publiques (CCCP) ou la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA).

En complément, un travail de capitalisation des travaux et de transfert des connaissances pourrait être mené en interne. En effet, l'EIS peut produire des changements sur les organisations et les acteurs impliqués dans la démarche qui renvoient à des pratiques professionnelles génériques, et sont donc applicables à d'autres démarches : identification des différents publics à cibler dans le cadre de son action et des canaux ou personnes-ressources pour les atteindre ; apprentissage de méthodes d'animation des temps de participation citoyenne et d'intégration de la parole des habitants dans les processus d'élaboration des politiques publiques ; intégration d'un réflexe de questionnement sur les effets systémiques de ses actions. De plus, ces connaissances peuvent également être mobilisées comme autant d'éléments de plaidoyer en faveur de l'EIS auprès de partenaires extérieurs.

2.2. Mettre en place le cadre organisationnel de cette stratégie

2.2.1. Le cadre organisationnel interne à l'ARS

▪ **Un groupe transversal porteur de la politique EIS de l'ARS**

Les actions développées dans le champ de l'EIS relèvent de la direction de la santé publique, et plus particulièrement du service de promotion de la santé. Un groupe interne associant les délégations territoriales et la direction de l'évaluation a été mis en place en 2014. Ce groupe constitue une structure adéquate pour approfondir la réflexion, élaborer la stratégie et mettre en place une organisation transversale permettant d'impliquer davantage l'ensemble des services de l'ARS.

- élargir la composition du groupe de travail EIS
- réviser les missions de ce groupe (au-delà des thèmes urbanisme et transports)
- définir des modalités de fonctionnement
- actualiser la feuille de route
- approfondir la réflexion relative aux instruments d'accueil de l'EIS

▪ **Le champ d'application de l'EIS**

Mettre de la santé dans toutes les politiques est un objectif affiché dans le projet régional de santé et traduit à travers les collaborations développées avec les collectivités notamment dans le domaine de l'urbanisme, à travers l'inscription dans les instruments de politiques partenariales (PRSE 3 et CLS). Une des missions prioritaires du groupe de travail transversal serait alors de cibler les secteurs et partenaires à associer de manière privilégiée au déploiement des EIS.

- identifier des thèmes / priorités des PRS, programmes intersectoriels et les domaines à investir
- identifier les territoires ruraux et les territoires défavorisés sur le plan des indicateurs sanitaires et sociaux pour lesquels la mise en œuvre d'EIS serait pertinente (critères, arguments)

2.2.2. Le cadre organisationnel externe

Des structures de discussion avec les partenaires extérieurs et des canaux de mobilisation des acteurs locaux existent et pourraient être le support d'un cadre de discussion régulier et pérenne sur le développement des EIS et l'intégration de la santé dans toutes les politiques.

- formaliser un cadre de discussion avec les partenaires externes en s'appuyant sur les structures existantes : CCPP, CRSA, comités de pilotage des CLS, PRSE 3, PRS, etc.
- formaliser les supports et canaux de plaidoyer et de mobilisation des acteurs locaux en fonction des thèmes et des territoires préalablement ciblés (intervention ou diffusion de documents de plaidoyer en congrès et séminaires de travail d'associations d'élus locaux type Association des maires ruraux de France ou Association des départements de France, articles dans des journaux d'élus locaux et de techniciens type La Gazette des communes, La Gazette santé-social ou Le Moniteur, intégration de formations dans le catalogue de CNFPT et des centres de gestion, rencontre d'acteurs locaux pouvant faire office de « médiateurs » avec les collectivités locales type agences d'urbanisme ou association agréée pour la surveillance de la qualité de l'air, etc.).

3. Des recommandations opérationnelles

Les recommandations portent sur la mise en œuvre de la démarche, en termes de processus, à travers la gouvernance (3.1.) et, en termes de méthode de l'EIS (3.2.).

3.1. Optimiser la gouvernance des EIS

Objectifs : clarifier les missions des différents groupes (décision, pilotage, recueil d'informations, analyse...), le statut et le rôle des parties prenantes (notamment des citoyens / habitants), les modalités de la participation, du suivi et du pilotage des EIS.

3.1.1. Instances de gouvernance

- privilégier des instances *ad hoc* mais l'adaptation en fonction des situations est parfois nécessaire
- donner une lettre de mission aux membres du comité technique
- mettre en place des groupes de travail spécifiques si besoin

3.1.2. Fonctionnement et investissement des partenaires

- rédiger des comptes rendus pour la traçabilité de la décision
- faire des retours d'information réguliers aux acteurs impliqués
- prévoir une communication externe sur l'avancée des travaux
- sensibiliser le plus tôt possible les services techniques, directions et élus de la collectivité pilote aux objectifs, moyens et méthodes de la démarche EIS
- associer le plus tôt possible les futurs destinataires des recommandations à la démarche
- assurer un suivi méthodologique de l'ARS tout au long de la démarche et prévoir un accompagnement méthodologique extérieur si nécessaire (première EIS notamment)

3.1.3. Rôle des citoyens

- assurer la représentation des acteurs locaux aux instances de pilotage et leur association aux temps de décision
- recenser les différentes démarches menées auprès des habitants afin de capitaliser les résultats, éviter les doublons et en tirer des enseignements sur la conduite du processus
- s'attacher à rencontrer un panel représentatif des différents groupes présents dans le quartier, au regard du profil du territoire et des populations établies en début de démarche (âge, sexe, localisation du logement, ressources économiques, etc.)

- s'appuyer sur les structures locales du quartier (associations, écoles, clubs, etc.) et les temps de rencontre préexistants avec les habitants, dans un souci d'efficacité et d'ancrage de l'EIS dans son territoire d'étude
- diversifier les modalités de recueil de données auprès des habitants - en privilégiant notamment les ateliers de travail mêlant habitants, techniciens et professionnels - afin de faciliter leur participation et d'être plus complet dans le type de données recueillies

3.2. Consolider la démarche à partir de repères méthodologiques

Objectif : renforcer la qualité des EIS en vue d'assurer la crédibilité du travail et par extension, son utilisation

Il s'agit de conjuguer, d'un côté, le respect des principes de base et de l'autre, la flexibilité de la démarche.

3.2.1. S'assurer de la pertinence des EIS

Objectifs : assurer une bonne analyse initiale du projet/programme et opter pour la démarche la plus pertinente en matière d'urbanisme

- **Approfondir le projet d'EIS**

- distinguer plaidoyer, sélection d'un projet et analyse préalable
- analyser le contenu et les enjeux du projet/programme candidat à EIS
- identifier les impacts potentiels du projet/programme candidat à EIS
- développer une réflexion approfondie sur l'objet : thématique, stade de mise en œuvre, temporalité de l'EIS au regard de l'état d'avancement du projet/programme
- identifier les phases clés de la décision et les fenêtres d'opportunité
- s'assurer de la disponibilité des informations nécessaires à l'estimation des impacts : documents du projet (plan guide), littérature, rencontres avec les acteurs clés...
- redéfinir le contenu du cahier des charges de l'appel d'offres pour une externalisation de l'EIS (éléments fixés et marges de manœuvre)
- prévoir un accompagnement méthodologique externe

- **Aider les partenaires à choisir la démarche la plus pertinente en matière d'urbanisme**

La démarche EIS suscite actuellement un réel intérêt de la part des villes pour les raisons déjà citées (mobilisation des acteurs, approches des habitants, réflexion santé). Cependant, de principe, l'EIS est centrée sur l'évaluation des impacts, ce qui implique la disponibilité de matériau d'étude et la mise en œuvre d'une méthode exigeante en temps de travail. Dans

certain cas, le projet n'est pas suffisamment avancé pour qu'une évaluation des impacts soit possible et solide. Ainsi, nous préconisons de **réserver l'EIS à des situations où celle-ci est réellement possible et, le cas échéant, de proposer à la place un travail plus adapté, type accompagnement de projet**. Certaines collectivités²⁸ ont fait le choix d'un accompagnement à la conception du projet en construisant leur propre référentiel au regard des priorités de la politique urbaine et du projet d'aménagement (Lemaire et al, 2017).

Cette recommandation figure dans les recommandations du rapport du Haut conseil de la santé publique (publication en 2018).

Le tableau ci-dessous propose quelques critères discriminant les deux démarches (co-construction du projet et évaluation des impacts sur la santé : objectifs (construire ou évaluer), temporalité ; méthode ; rôle des habitants (recueil des points de vue et attentes versus contribution à l'évaluation...

Tableau 9. Critères de choix d'une démarche pertinente pour des projets urbains favorables à la santé

Distinction	Accompagnement d'un projet urbain	Evaluation d'impact sur la santé
Finalités	Faire des projets favorables à la santé	Faire des projets favorables à la santé
Objectifs	Accompagner la conception	Evaluer le projet d'aménagement
Temporalité	En amont du projet – tôt dans le processus	En aval (avant mise en oeuvre – plus tard dans le processus
Focus	Centré sur l'aménagement	Centré sur les impacts
Référentiel	Cadre conceptuel UFS (guide EHESP...)	Standards EIS (Göteborg, Bhatia)
Equipe éval	Posture d'accompagnateur	Posture d'évaluateur
Outils	Construits <i>ad hoc</i>	Grille d'analyse préalable Modèle causal Matrice des impacts

3.2.2. Expliciter les critères de choix du projet/programme

L'étape de « sélection » dans les EIS réalisées en France est principalement centrée sur le choix du projet/programme candidat à l'EIS. Les critères de choix du projet/programme retenu méritent d'être explicités et transparents. L'ARS Nouvelle Aquitaine a construit une grille de sélection des projets. L'outil construit pourrait être exploité à cette étape ou inspirer la conception d'un outil propre. Par ailleurs, cette étape doit également permettre de réaliser l'analyse préalable du projet (3.2.1.).

- réaliser le **choix du projet** sur la base d'une grille de sélection à partir de **critères explicites** : impacts du projet, risque d'aggravation des inégalités, marges de manœuvre, enjeux du territoire, disponibilité des données.

²⁸ Commune de Miramas en région Provence Alpes Côte d'Azur

3.2.3. Renforcer l'outillage méthodologique à chaque étape

Objectifs : s'appuyer sur les principes de l'EIS en guise de repères méthodologiques ; exploiter les outils propres à l'EIS aux différentes étapes de la démarche afin de remplir pleinement les objectifs de chaque étape et d'assurer la cohérence entre les étapes.

▪ Utilisation et appropriation des outils de l'EIS

Il existe des outils spécifiques (grille d'analyse préalable, modèle causal, matrice d'impact) disponibles qui peuvent être utilisés et/ou adaptés à la situation. L'utilisation d'outils permet une prise de recul vis-à-vis des données et introduit de la transparence dans l'analyse. L'outil renseigné est la production de chaque étape et assure la cohérence avec la suivante. Le tableau en annexe 8 recense les différents outils mobilisables, et généralement accessibles, dans le cadre d'une EIS.

- E1 : grille d'analyse préalable du projet
- E2 : modèle causal du projet ou mise en hypothèses théorique des liens entre les composantes du projet et santé, via les déterminants ; matrice de cadrage (critères) pour définir le périmètre de l'EIS
- E3 : matrice des impacts
- E4 : tableau de caractérisation et hiérarchisation des recommandations
- E5 : tableau de suivi des recommandations

▪ Principes méthodologiques de l'EIS comme guides

- délimiter le cadrage de l'EIS sur la base d'un travail méthodologique
- confronter les données de la littérature et les données de terrain (mixité des données)
- trianguler les données
- analyser les interactions entre les impacts (analyse globale)
- caractériser et hiérarchiser les impacts en préalable aux recommandations

3.2.4. Assurer l'utilité de l'EIS

- identifier les fenêtres d'opportunité pour le projet dès le lancement
- impliquer les parties prenantes tôt dans le processus
- s'assurer de la « bonne » temporalité de l'EIS
- anticiper le suivi dès le lancement (intégration dans le cahier des charges)
- hiérarchiser les recommandations et s'assurer de leur faisabilité
- identifier un référent pour le suivi

- faire une analyse globale avec retour vers le projet
- enclencher un suivi des recommandations et une appropriation par les acteurs
- restituer les résultats aux personnes ayant participé

TABLEAU RECAPITUTALIF DES RECOMMANDATIONS

Recommandations stratégiques	
RS 1	Elaborer une stratégie de déploiement des EIS
RS 1.1	Promouvoir l'EIS à d'autres secteurs de politiques publiques que l'urbanisme et auprès des partenaires des programmes intersectoriels
RS 1.2	Aider une collectivité ou une institution désireuse de mener une EIS à réaliser l'analyse préalable du projet/programme/politique afin de déterminer la pertinence du projet d'EIS
RS 1.3	Accompagner la collectivité ou l'institution dans la préparation de l'EIS : choix d'externalisation, construction du cahier des charges, avis sur le choix de l'opérateur
RS 1.4	Participer aux instances de gouvernance : contribution à la réflexion sur la méthode, apport de connaissance et mise en perspective avec les autres expériences régionales
RS 1.5	Faciliter la mise à disposition de données utiles à l'établissement du profil des populations et à l'estimation des impacts ainsi que la mise en relation des évaluateurs avec les services concernés et les acteurs-ressources extérieurs
RS 1.6	Faire un choix entre deux options : déployer la démarche dans plusieurs directions afin de diffuser la méthode et les principes de l'EIS au bénéfice d'une culture de promotion de la santé ou privilégier le développement de l'EIS dans un nombre limité de domaines et de territoires
RS 1.7	Inciter les collectivités territoriales et/ ou les institutions à rechercher des cofinancements
RS 1.8	Financer des EIS pour lesquelles une contrepartie des collectivités ou institutions est assurée afin de garantir leur engagement et la pérennisation de la démarche
RS .1.9	Promouvoir la mise en place de formations impliquant les acteurs concernés
RS 1.10	Mettre en place un groupe d'analyse de pratiques au niveau régional

RS 1.11	S'assurer du lien entre les recommandations de l'EIS et les documents de contractualisation et de planification à l'échelle locale ou régionale afin de faciliter leur mise en œuvre et leur suivi
RS 1.12	Développer un cadre stratégique en vue de la santé dans toutes les politiques
RS 1.13	Formaliser les supports et canaux de plaidoyer et de mobilisation des acteurs locaux en fonction des thèmes et des territoires préalablement ciblés
RS 1.14	Formaliser un cadre de discussion avec les partenaires externes en s'appuyant sur les structures existantes
RS 1.15	Identifier les territoires ruraux et les territoires défavorisés sur le plan des indicateurs sanitaires et sociaux pour lesquels la mise en œuvre d'EIS serait pertinente (critères, arguments)
RS 1.16	Identifier des thèmes / priorités des PRS, programmes intersectoriels et les domaines à investir
RS 2	Elaborer le cadre organisationnel de cette stratégie
RS 2.1	Elargir la composition du groupe de travail EIS
RS 2.2	Réviser les missions de ce groupe (> urbanisme et transports), définir ses modalités de fonctionnement et actualiser la feuille de route
RS 2.3	Approfondir la réflexion relative aux instruments d'accueil de l'EIS

Recommandations opérationnelles		Destinataires		
RO 1	Optimiser la gouvernance des EIS	Financier	Porteur	Opérateur
RO 1.1	Privilégier des instances <i>ad hoc</i> mais adaptation en fonction des situations		X	
RO 1.2	Donner une lettre de mission aux membres du comité technique actif		X	X
RO 1.3	Mettre en place des groupes de travail spécifiques si besoin		X	X
RO 1.4	Rédiger des comptes rendus pour la traçabilité de la décision		X	X
RO 1.5	Faire des retours d'information réguliers			X
RO 1.6	Prévoir une communication externe sur l'avancée des travaux		X	
RO 1.7	Sensibiliser le plus tôt possible les services, directions et élus de la collectivité pilote aux objectifs, moyens et méthodes de l'EIS		X	X
RO 1.8	Associer le plus tôt possible à la démarche les futurs destinataires des recommandations		X	X
RO 1.9	Assurer un suivi méthodologique de l'ARS tout au long de la démarche et prévoir un accompagnement méthodologique extérieur si nécessaire (première EIS pour les opérateurs et les porteurs de la démarche notamment)	X		
RO 1.10	Assurer la représentation des acteurs locaux aux instances de pilotage et leur association aux temps de décision		X	X
RO 1.11	Mener un travail de compilation des différentes démarches menées auprès des habitants par le passé afin d'éviter les doublons dans les questions et de ne pas répéter les mêmes erreurs mais aussi de pouvoir capitaliser sur leurs résultats			X
RO 1.12	S'attacher à rencontrer un panel représentatif des différents groupes sur le quartier, au regard du profil du territoire et des populations établi en début de démarche (âge, sexe, localisation du logement, ressources économiques, etc.)			X
RO 1.13	S'appuyer sur les structures locales du quartier (associations, écoles, clubs, etc.) et leur temps de rencontre préexistants avec les habitants, dans un souci d'efficacité et d'ancrage de l'EIS dans son territoire d'étude			X

RO 1.14	Diversifier les modalités de recueil de données auprès des habitants – en privilégiant notamment les ateliers de travail mêlant habitants, techniciens et professionnels – afin de faciliter leur participation et être complet dans le type de données retenues			X
RO 2	Consolider la démarche à partir de repères méthodologiques	Financeur	Porteur	Opérateur
RO 2.1	S'assurer de la pertinence des EIS <ul style="list-style-type: none"> - approfondir le projet d'EIS - aider les partenaires à choisir la démarche la plus pertinente en matière d'urbanisme 	X	X	
RO 2.2	Expliciter les critères de choix du projet/programme <ul style="list-style-type: none"> - réaliser le choix du projet sur la base d'une grille de sélection 	X	X	
RO 2.3	Renforcer l'outillage méthodologique à chaque étape <ul style="list-style-type: none"> - utiliser et s'appropriier les outils de l'EIS - délimiter le cadrage de l'EIS sur la base d'un travail méthodologique - confronter les données de la littérature et les données de terrain (mixité données) - trianguler les données - faire une analyse globale des impacts (analyse globale) - caractériser les impacts en préalable aux recommandations 			X
RO 2.4	Assurer l'utilité de l'EIS <ul style="list-style-type: none"> - identifier les fenêtres d'opportunité pour le projet dès le lancement - faire une analyse globale avec retour vers le projet - hiérarchiser les recommandations et s'assurer de leur faisabilité - restituer les résultats aux personnes ayant participé et plus largement - anticiper le suivi dès le lancement (intégration dans le cahier des charges) - identifier un référent pour le suivi 		X	X

VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bhatia, R, Farhang L, Heller J, et al. (2014) Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment, Version 3.
- Blake SC and Ottoson JM (2009) Knowledge utilization: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation* 2009(124): 21–34.
- Centre Européen de Prévention du Risque d’Inondation (2017) Les PAPI. Available from: <http://www.cepri.net/les-papi.html> (accessed 18 July 2017).
- Contandriopoulos, A-P. (2008) La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique* 2(20),191.
- Dannenberg AL (2016) Effectiveness of Health Impact Assessments: A Synthesis of Data From Five Impact Evaluation Reports. *Preventing Chronic Disease* 13. Available from: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2016/15_0559.htm (accessed 3 November 2017).
- Elliott E and Williams G (2008) Developing a Public Sociology: From Lay Knowledge to Civic Intelligence in Health Impact Assessment. *Journal of Applied Social Science* 2(2): 14–28. DOI: 10.1177/193672440800200203.
- Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L (2007) *Health impact assessment: a practical guide*. Liverpool: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation. Available from: http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2012/05/Health_Impact_Assessment_A_Practical_Guide.pdf (accessed 10 January 2018).
- Harris-Roxas B, Viliani F, Bond A, et al. (2012) Health impact assessment: the state of the art. *Impact Assessment and Project Appraisal* 30(1): 43–52.
- Henry GT and Mark MM (2003) Beyond Use: Understanding Evaluation’s Influence on Attitudes and Actions. *American Journal of Evaluation* 24(3): 293–314.
- Jabot F and Roué Le Gall A (2017) Quelle plus-value de la démarche d’évaluation d’impact sur la santé pour les politiques urbaines ? *Lien social et Politiques* (78): 112–131.
- Kemm JR (2013) *Health impact assessment past achievement, current understanding, and future progress*. Oxford: Oxford University Press. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=678303> (accessed 1 September 2015).
- Lacroix, I.,& St-Arnaud, P-O. (2012) La gouvernance: tenter une définition. *Cahiers de recherche en politique appliquée* 4(3).

- 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. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_6.html
- Lemaire, Nina, Anne Roué Le Gall, Sarah Vernier, et Cécile Chaussignand. 2017. « Applying the Healthy Urban Planning Concept in a Redevelopment Project ». Poster présenté à 14th International conference on Urban Health: Health Equity, the new urban agenda and sustainable development goals, Coimbra, Portugal, septembre 28.
- Parry JM and Kemm JR (2005) Criteria for use in the evaluation of health impact assessments. *Public Health (Elsevier)* 119(12): 1122–1129.
- Quigley RJ and Taylor LC (2004) Evaluating health impact assessment. *Public Health* 118(8): 544–552.
- Rivadeneira A, Tamarit J., Haumont I., Garnier C., Clément B., Romagon J., Wiehn A. Évaluation d'impact sur la santé d'un projet d'aménagement urbain à la ville de Bruges : résultats et leçons apprises, colloque ADELFSFSP, Amiens, 4-6 octobre 2017.
- Roué-Le Gall A and Jabot F (2017) Health impact assessment on urban development projects in France: finding pathways to fit practice to context. *Global Health Promotion* 24(2): 25–34. DOI: 10.1177/1757975916675577.
- Roué Le Gall A, Le Gall J, Potelon J-L, Cuzin Y. Guide EHESP/DGS Agir pour un urbanisme favorable à la santé: concepts et outils. EHESP/DGS, décembre 2014.
- Weiss CH (1998) Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? *American Journal of Evaluation* 19(1): 21–33.
- World Health Organization (1986) Charte d'Ottawa. *WHO*.
- World Health Organization (1999) Health impact assessment: main concepts and suggested approach, Gothenburg Consensus Paper, Bruxelles.
- Yin RK (2009) *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE.

VIII. ANNEXES

Liste des annexes

- Annexe 1** Eléments de cadrage de l'évaluation – mars 2017
- Annexe 2** Composition du comité de pilotage
- Annexe 3** Composition du comité technique
- Annexe 4** Calendrier de l'évaluation
- Annexe 5** Référentiel d'évaluation
- Annexe 6** Liste des documents recueillis
- Annexe 7** Guide d'entretien
- Annexe 8** Liste des outils mobilisables dans le cadre d'une EIS

Contexte et enjeux

En tant que levier d'actions pour des politiques en faveur de la santé, l'ARS des Pays de la Loire a souhaité développer les démarches d'évaluation d'impact sur la santé de politiques publiques (EIS) dans la région. Pour ce faire, elle a accompagné des collectivités territoriales volontaires pour la conduite d'EIS dans le cadre de projets d'urbanisme ou d'aménagements ou en réponse à un appel à projet national (cas de Noirmoutier).

Trois projets sont ainsi concernés :

- L'intégration d'une maison de santé pluri professionnelle dans le projet de renouvellement urbain du quartier de Bellevue à Nantes et Saint Herblain ;
- La conception et l'appropriation des espaces publics dans le cadre du renouvellement urbain du quartier Montplaisir à Angers ;
- Le plan d'actions de prévention des inondations (PAPI) d'île de Noirmoutier.

Ces EIS se sont déroulées sur l'année 2016, voire début 2017.

A ce stade, l'ARS souhaite capitaliser ces expériences et prendre le temps de l'évaluation, avec les acteurs impliqués, afin de définir une stratégie pour le déploiement de cette méthode dans la région.

Pour ce faire, l'ARS s'appuie sur une évaluation qui sera conduite par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) de Rennes.

Objectifs de l'évaluation

- **déterminer les facteurs clés de réussite et d'échec d'une EIS en prenant en compte les différentes étapes de sa réalisation**

Il s'agira de juger si les objectifs des EIS menées répondent bien à ceux du PRS et aboutissent à influencer les projets dans un sens favorable à la santé y compris en terme de réduction des inégalités de santé.

- **proposer une stratégie de montée en charge des EIS dans la région**

Il s'agira de déterminer avec les acteurs ayant appliqué la démarche, les conditions favorables au déploiement des EIS afin d'en envisager le déploiement dans la région. Un focus particulier doit concerner la place et le rôle que doit occuper l'ARS en matière de déploiement de la démarche dans la région.

Annexe 2. Composition du comité de pilotage

COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE	
ARS (Siège)	Christophe DUVAUX (Directeur général adjoint, chargé de la prévention et protection de la santé) - pilotage
ARS (DT)	Marie-Hélène NEYROLLES (Déléguee territoriale 44) Laurence BROWAEYS (Déléguee territoriale 49) Etienne LE MAIGAT (Déléguee territoriale 85)
ELUS DES COLLECTIVITES IMPLIQUEES	Maire de Nantes ou son représentant Maire de Saint Herblain ou son représentant Maire d'Angers ou son représentant, Président de la communauté de communes de l'île de Noirmoutier ou son représentant

Annexe 3. Composition du comité technique

COMPOSITION DU COMITE TECHNIQUE	
ARS PAYS DE LA LOIRE	Daniel RIVIERE et/ou Gwénaëlle HIVERT et/ou Aurélie POTA (Département promotion de la santé et prévention) Catherine OGE (Département évaluation des politiques de santé) Corinne LECLUSE (Délégation territoriale 44) Patrick PEIGNER (Délégation territoriale 49) Jean-Marc DI GUARDIA ou Vanessa LOUIS (Délégation territoriale 85)
COLLECTIVITES - SERVICES TECHNIQUES	Gérard BOUSSIN, <i>Médecin territorial, Direction Environnement Santé Publique</i> , ou Nathalie GARNIER, <i>Responsable Education et Promotion de la Santé, Ville d'Angers</i> Céline HEMERY, <i>Responsable du pôle Santé des populations au sein de la Direction de la Santé Publique</i> et/ou Fabrice GUYARD, <i>Chargé de projets santé environnementale, Mission Santé Publique, Ville de Nantes</i> Clément RATAUD, <i>Directeur du pôle environnement, Communauté de communes de l'île de Noirmoutier</i>
BUREAU D'ETUDES PORTEURS DES EIS	Clara GALLAND et/ou Anne TALLEC (ORS) Patrick BERRY (Pberry Consultants) Lionel RABILLOUD et/ou Yann MOISAN (Novascopia)
EHESP	Françoise JABOT – responsable de projet Julie ROMAGON et/ou Guilhem DARDIER et/ou Anne ROUE LE GALL Anne-Flore BUE, stagiaire
IREPS	Arnaud GOULLIART, Directeur général de l'IREPS Pays de la Loire

Annexe 4. Calendrier de l'évaluation

	2017											2018	
	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Dec.	Janv.	Fev.	
Couverture de la convention	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Actions													
1/ Lancement de la démarche													
Recension des documents	X	X											
Finalisation du protocole	X	X											
Visite des sites		X	X										
Rencontre des acteurs		X	X										
2/ Collecte et analyse des données													
Premier temps de collecte des données			X	X	X	X							
Analyse documentaire			X	X	X	X							
Deuxième temps de collecte de données							X	X					
Analyse transversale							X	X	X	X			
3/ Rapport et recommandations													
Rédaction du rapport et des recommandations										X	X	X	
Rendu du rapport final												X	
Restitution et discussion des recommandations												X	
Réunions du comité technique			N°1				N°2			N°3		N°4	
Réunions comité de pilotage			N°1									N°2	

Annexe 5. Référentiel d'évaluation

Valeurs	Critères	Indicateurs
Démocratie	Association des acteurs au processus de décision Légitimité et représentativité Empowerment Transparence	Nature des acteurs présents dans les comités Recrutement des acteurs Responsabilités confiées aux différents acteurs Méthodes favorisant la participation Compte-rendu des différentes réunions, ateliers, etc.
Justice sociale	Adoption des concepts d'équité et de justice sociale Préoccupation inscrite à chaque étape Prise en compte de la répartition des impacts différenciés selon les groupes sociaux	Profil des groupes prenant en compte les différenciations sociales Questionnement systématique sur la différenciation des effets selon les groupes Repérage des impacts en fonction de caractéristiques sociales
Utilisation éthique des données	Diversité des disciplines mobilisées Rigueur dans l'analyse des données Impartialité dans l'analyse Respect des personnes Usage éthique des données	Analyse rigoureuse : globale, par disciplines mobilisées, diversité des sources de données Pondération dans l'analyse finale Organisation du compromis (décideur et évaluateur) Règles de confidentialité respectées
Développement durable	Prise en compte de la temporalité à court, moyen et long terme Prise en compte de la flexibilité des comportements et usages Anticipation des effets possibles sur les générations à venir	Prise en compte des modifications prévisibles : changement climatique, économiques, préservation naturelle
Approche holistique et systémique de la santé	Regard sur état de santé d'une population et sur le bien-être et la qualité de vie Regard sur tous les déterminants Regard sur interactions entre déterminants	Déterminants observés (qui ne l'auraient pas été sans EIS) Outils utilisés (cartographie, matrice, OCR)
Multiplicité et mixité des données et sources	Diversité des données Considération égale des données selon leur nature et source Pertinence des données Crédibilité des données Utilisation rigoureuse, explicite, judicieuse des meilleures données	Type de données : scientifiques, professionnelles ou d'usage Nature des données : quantitatives et qualitatives Origine des données : littérature (revue de littérature, revues systématiques, littérature grise, rapport d'études, autres EIS), informations collectées auprès d'experts, de professionnels, de la population, entretiens, focus groupes, observation, etc.

ETAPE 1 - Sélection		
Objectifs	Critères	Indicateurs
Juger de la pertinence d'une EIS - estimation des impacts et la population affectée - appréciation de la possibilité de modifier le projet étudié - appréciation de la faisabilité	Clarification des enjeux du projet	Analyse du contexte réalisée (enjeux explicités) Décideurs impliqués dans la réflexion
	Identification et clarification des enjeux et objectifs de l'EIS	Discussion des apports et conséquences de l'EIS
	Identification des différents déterminants de la santé potentiellement touchés	Utilisation d'une grille d'analyse
	Estimation rapide de la survenue des impacts (probabilité, importance)	Impacts identifiés
	Estimation de la population potentiellement touchée Estimation du risque d'inégalités sociales ou territoriales	Population concernée identifiée Réflexion sur l'équité présente dans l'analyse
	Estimation des ressources (humaines, financières, compétences) nécessaires	Réflexion présente Financement existant
	Adéquation entre la durée de l'EIS et la réalisation du projet	Mise à l'agenda
Décider du lancement de l'EIS	Possibilité de faire évoluer le projet	Marges de manœuvre identifiées
	Transparence de la décision Temps de maturation	Etendue des parties prenantes concernées Durée de l'étape Explicitation dans le cahier des charges

ETAPE 2 - Cadrage		
Objectifs	Critères	Indicateurs
Définir le périmètre de l'EIS (géographique et/ou thématique)	Explication des liens entre le projet et la santé de la population	Elaboration du modèle causal Consensus sur le modèle et la vision santé Réflexion sur l'équité présente
	Identification des personnes affectées par le projet	Profil des populations réalisé
	Délimitation du périmètre (thématique, géographique)	Déterminants de santé retenus repérables Recours à une méthode ou un outil Critères explicites
	Choix du type d'EIS à entreprendre	Argumentaire du choix présent
	Repérage des différents acteurs impliqués dans le projet	Parties prenantes identifiées
Organiser la gouvernance	Mise en place d'une organisation	Mise en place de groupes (CoPil, CoTech) Mission explicite des groupes Tenue des réunions : ordre du jour, modes d'animation, compte-rendu Débats et validation des choix méthodologiques Existence d'un suivi entre les réunions
	Répartition des responsabilités entre les parties prenantes	Modalités de participation lisibles
Planifier la mise en œuvre	Organisation des modalités de travail Adéquation des calendriers (EIS et projet)	Elaboration d'un retro-planning Mise à l'agenda de l'EIS dans la décision
	Mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation de l'EIS	Financement existant Temps et moyens affectés aux responsables EIS

Etape 3 – Estimation des impacts		
Objectifs	Critères	Indicateurs
Estimer et caractériser les impacts potentiels - sens, importance, probabilité, plausibilité, étendue - distribution au sein de la population	Elaboration d'une matrice d'impact	Matrice d'impact existante Lien avec les déterminants repérable
	Pertinence des données nécessaires à la caractérisation des impacts	Sources de données Réalisation d'une revue de littérature <i>ad hoc</i> Nature des données pour renseigner la matrice
	Adéquation des méthodes de collecte avec la nature des données recherchées	Méthodes de collecte mobilisées : questionnaire, entretiens, focus groupe, observation, cartes
	Transparence de modalités d'analyse et d'interprétation des données	Analyse par type de recueil Matrice renseignée Analyse globale des impacts Hiérarchisation des impacts Réflexion sur l'équité présente

Etape 4 – Rapport et recommandations		
Objectifs	Critères	Indicateurs
Organiser les conclusions Formuler des recommandations	Qualité du rapport <ul style="list-style-type: none"> - transparence de la méthode - lisibilité du rapport et des résultats - cohérence entre les constats et les recommandations 	Présence dans le rapport d'évaluation <ul style="list-style-type: none"> - résultats synthétiques - recommandations par niveaux - recommandations hiérarchisées - lien entre impacts et recommandations
	Pertinence des recommandations	Recommandations réalistes et faisables Recommandations prenant en compte les inégalités
Communiquer avec les parties prenantes	Partage des constats et recommandations	Recommandations discutées collectivement Réunion de présentation du rapport final Restitution aux parties prenantes effectuée

Etape 5 – Suivi des recommandations		
Objectifs	Critères	Indicateurs
Mettre en œuvre un cadre permettant le suivi de ces recommandations	Présence d'un dispositif de suivi	Responsable identifié pour le suivi Calendrier de suivi Réunions de suivi réalisées
Elaborer un tableau de bord de suivi et un calendrier d'exécution	Existence d'outils de suivi	Tableau de bord élaboré et renseigné

Annexe 6. Liste des documents recueillis

Angers

Document	Date	Recueil : ✓ (oui) X (non)
Projet et cartes RU Monplaisir		✓
Cahier des charges de l'EIS	15/07/2015	✓
Documents CoPil	1 ^{er} : 09/03/2016	✓ (PPT)
	2 ^{ème} : 14/03/2017	✓ (PPT et notes)
Documents CoTech	1 ^{er} : 09/02/2016	✓ (PPT et notes)
	2 ^{ème} : 05/01/2017	✓ (PPT et notes)
	3 ^{ème} : 03/02/2017	✓ (PPT et notes)
Note à l'issue des phases 1 et 2	Septembre 2016	✓
Rapport final EIS	Février 2017	✓
Synthèse des recommandations	Février 2017	✓
Ateliers thématiques habitants et professionnels	23/06/2016	X
	30/06/2016	X
	22/09/2016	X
Consultation groupe mixte conseil citoyen/conseil de quartier	13/12/2016	X
Enquête en ligne	Juin 2016	X

Nantes

Document	Date	Recueil : ✓ (oui) X (non)
Projet Grand Bellevue	Décembre 2014	✓
Mémoire étudiante EHESP	Novembre 2015	✓
Réunion ARS / Ville de Nantes	16/01/2014	✓
Cahier des charges de l'EIS	Juillet 2015	✓
Note de lancement	11/04/2016	✓
Documents CoPil PGB	28/04/2016	X
Documents CoPil EIS	08/09/2016	✓ (PPT et CR)
Documents CoTech	1 ^{er} : 02/02/2016	✓ (PPT et CR)
	2 ^{ème} : 31/05/2016	X
	3 ^{ème} : 27/06/2016	X
Documents ateliers partenariaux	1 ^{er} : 07/03/2016	✓ (PPT)
	2 ^{ème} : 22/03/2016	X
	3 ^{ème} : 18/04/2016	✓ (PPT)
Documents atelier transversal	31/05/2016	X
Documents atelier permanent	21/04/2016	X
Rapport final EIS	Juillet 2016	✓
Note de synthèse	Septembre 2016	✓
Evaluation des recommandations	23/11/2016	✓
Outil de suivi et d'instruction des recommandations	Décembre 2016	✓

Noirmoutier

Document	Date	Recueil : ✓ (oui) X (non)
PAPI complet	Décembre 2012	✓
Plaquette de présentation PAPI	2012	✓
Fiche de description projet EIS		✓
Cahier des charges de l'EIS		X
Document de sélection	Mars 2016	✓
Document de cadrage	Mai 2016	✓
Présentation EIS au CoPil PAPI	12/02/2016	✓ (PPT)
Documents CoPil/CoTech EIS	1 ^{er} : 08/04/2016	✓ (CR)
	2 ^{ème} : 17/05/2016	✓ (PPT et CR)
	3 ^{ème} : 21/10/2016	✓ (PPT et CR)
Documents atelier d'élaboration des recommandations	15/12/2016	✓ (PPT)
Rapport final EIS	Avril 2017	✓

Transversal

Document	Date	Recueil : ✓ (oui) X (non)
Premiers enseignements sur deux démarches d'EIS	28/11/2016	✓ (PPT)
Notes sur les EIS à l'occasion des rencontres du PRS	02/02/2017	✓
Documents réunion de travail ARS-EHESP	14/03/2017	✓ (PPT et CR)

Annexe 7. Guide d'entretien

Parcours professionnel de l'acteur

- Parcours de formation et professionnel
- Intérêt pour les questions de santé et bien-être
- Evolution de la vision de la santé au long du parcours

Contexte de l'EIS

- Découverte des EIS : connaissance préalable EIS, intérêt pour la démarche, formation
- Niveau de connaissance du projet et des problématiques locales
- Implication dans le projet : attentes, investissement (temps, missions, responsabilités personnelles)
- Relations avec les institutions partenaires

Gouvernance de l'EIS

- Instances mises en place : composition, missions, place des habitants
- Fonctionnement des instances : rôles et responsabilités des parties prenantes, nature du pilotage, répartition entre ARS et collectivités
- Organisation générale : méthode de travail, modes d'animation et de communication, existence ou non d'un accompagnement

Déroulement de la démarche

Objectifs, méthode et activités à chaque étape

- Etape 1 (sélection) : motivations de lancement, contexte local, explicitation des finalités et enjeux EIS, acteurs présents, critères de sélection présents, identification des impacts réalisées, outils utilisés, réflexion sur l'équité
- Etape 2 (cadrage) : modalités de cadrage, outils utilisés, profil de la population et du territoire, réflexion sur l'équité
- Etape 3 (estimation des impacts) : données recherchées, sources, modes de recueil, modalité d'estimation, acteurs présents, outils utilisés, analyse globale ou séparée des impacts, hiérarchisation des impacts, réflexion sur l'équité
- Etape 4 (recommandations) : acteurs présents, mode de production, outils utilisés, réflexion sur l'équité
- Etape 5 (suivi) : dispositif en place, responsable identifié, devenir des recommandations

La plus-value de l'EIS

- Devenir de l'EIS : EIS en cours, reproduction de l'exercice
- Apports de la démarche à titre individuel, collectif, institutionnel, politique
- Avantages et limites
- Facteurs ayant pu influencer la démarche

Attentes envers l'évaluation

Annexe 8. Liste des outils mobilisables dans le cadre d'une EIS

Outil	Etape concernée	Statut	Créateur(s) de l'outil et lien internet
Grille de sélection et d'analyse préalable du projet	E1 (sélection)	Disponible	EHESP ou IREPS Aquitaine ou CCNPPS
Modèle de cahier des charges pour l'opérateur	E1 (sélection)	Disponible	IREPS Aquitaine
Grille d'analyse des réponses à un appel d'offre	E1 (sélection)	A diffuser	EHESP
Modèle causal	E2 (cadrage)	Disponible	EHESP
Matrice de cadrage	E2 (cadrage)	A diffuser	EHESP
Outils de gestion de projet : rétroplanning, schéma de gouvernance, budget prévisionnel, etc.	E2 (cadrage)	Disponible	Différentes institutions
Matrice des impacts	E3 (estimation)	Disponible	Différentes institutions
Bases bibliographiques thématiques	E3 (estimation)	A développer	/
Outils de recueil de données : grille d'entretien, grille d'observation, questionnaire, etc.	E3 (estimation)	Disponible	Différentes institutions
Outil de hiérarchisation des impacts	E3 (estimation)	A diffuser	Bordeaux Métropole
Tableau de caractérisation et hiérarchisation des recommandations	E4 (recommandations)	A développer	/
Tableau de suivi des recommandations	E5 (suivi)	A diffuser	Différents opérateurs

Liste des encadrés

- Encadré 1** Etapes de la démarche EIS
- Encadré 2** Cadre d'analyse de la démarche
- Encadré 3** Types de changement
- Encadré 4** Critères de réussite d'une EIS
- Encadré 5** Liste des facteurs bloquant et/ou facilitant les EIS
- Encadré 6** EIS de Nantes SH : facteurs bloquant et/ou facilitant la démarche
- Encadré 7** EIS d'Angers : facteurs bloquant et/ou facilitant la démarche
- Encadré 8** EIS de Noirmoutier : facteurs bloquant et/ou facilitant la démarche
- Encadré 9** EIS de Nantes SH : changements induits par l'EIS
- Encadré 10** EIS d'Angers : changements induits par l'EIS
- Encadré 11** EIS de Noirmoutier : changements induits par l'EIS
- Encadré 12** Facteurs de réussite des EIS mentionnés dans la littérature

Liste des tableaux

Tableau 1	Gouvernance des 3 EIS
Tableau 2	Référentiel de l'étape de sélection
Tableau 3	Référentiel de l'étape de cadrage
Tableau 4	Référentiel de l'étape d'estimation des impacts
Tableau 5	Référentiel de l'étape de formulation des recommandations
Tableau 6	Référentiel de l'étape de suivi
Tableau 7	Référentiel de l'étape d'évaluation
Tableau 8a	Les niveaux de participation selon l'échelle d'Arnstein
Tableau 8b	Echelle de la participation publique
Tableau 9	Critères de choix d'une démarche pertinente en vue de développer l'UFS

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence régionale de santé

CCPP : Commission de coordination des politiques publiques

CLS : Contrat local de santé

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

DDT(M) : Direction départementale des territoires (et de la mer)

DT : Direction territoriale (de l'ARS)

DICRIM : Document d'information communal sur les risques majeurs

DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EIS : Evaluation d'impact sur la santé

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

MSPP : Maison de santé pluri professionnelle

NPNRU : Nouveau programme national de renouvellement urbain

ORS : Observatoire régional de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAPI : Plan d'actions de prévention des inondations

PCS : Plan communal de sauvegarde

PGB : Projet Grand Bellevue

PMR : Personne à mobilité réduite

PPRL : Plan de prévention des risques littoraux

PRS : Projet régional de santé

PRSE : Plan régional santé-environnement

PRU : Projet de renouvellement urbain

SLGRI : Stratégie locale de gestion des risques d'inondation

Financier et pilote



Evaluateur

