



Master 2
Pilotage des Politiques et Actions en Santé Publique

Promotion : 2016-2017

Démarche d'Évaluation d'impact sur la santé :
Réflexion sur l'évaluation d'une pratique récente dans la
région des Pays de la Loire

ANNE-FLORE BUÉ
Septembre 2017

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, sans lesquelles sa construction n'aurait été possible.

Je tiens tout d'abord à exprimer une double reconnaissance envers Madame Françoise Jabot, enseignant-chercheur à l'École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes, spécialiste des politiques de santé et de l'évaluation. En tant que maître de stage et directrice de mémoire, Mme Jabot m'a très vite intégré dans son équipe. Elle a su me conseiller et m'accompagner dans mon travail.

Je remercie également l'ensemble du Département des Sciences Humaines et Sociales de l'EHESP de m'avoir accueillie durant mon stage de Master 2, particulièrement Julie Romagon et Guilhem Dardier pour leur collaboration et leur expertise sur les Évaluations d'impact sur la santé. Nos échanges ont été riches et fertiles.

Merci à Mr Arnaud Campéon, enseignant-chercheur à l'EHESP, responsable du master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique (PPASP) que je poursuis, pour ses conseils méthodologiques et son temps.

Merci à l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire pour la confiance accordée à l'équipe évaluatrice de l'EHESP dont je fais partie, dans la réalisation de cette évaluation.

J'adresse également de sincères remerciements aux personnes ayant pris part à cette démarche ; les collectivités, les institutions (régionale et départementales), les acteurs locaux et les associations.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à mes proches : ma famille et mon conjoint qui m'ont aidée et encouragée dans la réalisation de ce stage et de ce travail. Ce mémoire est l'aboutissement d'un challenge commencé il y a 2 ans ; merci de m'avoir permis de reprendre mes études ; merci pour votre soutien, votre patience et votre confiance.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Problématique	4
Méthodologie	5
Organisation du mémoire	12
PARTIE 1 : L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ	13
1.1. Définition	14
1.1.1. Une Évaluation.....	14
1.1.2. ... D'Impact.....	15
1.1.3. ... Sur la Santé	15
1.2. Les principes fondateurs et fondamentaux	17
1.2.1. Principes basés sur les valeurs.....	17
1.2.1.1. La démocratie	17
1.2.1.2. L'équité, la justice sociale	17
1.2.1.3. L'utilisation éthique des données	18
1.2.1.4. Le développement durable.....	18
1.2.2. Principes basés sur la méthode	18
1.2.2.1. Une approche holistique et systémique de la santé.....	18
1.2.2.2. Une démarche prédictive et prospective.....	18
1.2.2.3. Une multiplicité et mixité des données et des sources	19
1.2.2.4. Une démarche structurée en plusieurs étapes.....	19
1.3. Les étapes de la démarche	20
1.3.1. L'étape de sélection.....	21
1.3.1.1. Définition	21
1.3.1.2. Modalités de mise en œuvre	21
1.3.2. L'étape de cadrage.....	21
1.3.2.1. Définition	21
1.3.2.2. Modalités de mise en œuvre	22
1.3.3. L'étape d'analyse	22
1.3.3.1. Définition	22
1.3.3.2. Modalités de mise en œuvre	22
1.3.4. L'étape de l'élaboration des recommandations	23
1.3.4.1. Définition	23
1.3.4.2. Modalités de mise en œuvre	23
1.3.5. L'étape de suivi	23
1.3.5.1. Définition	23
1.3.5.2. Modalités de mise en œuvre	23
1.3.6. L'étape d'évaluation	24
1.3.6.1. Définition	24
1.3.6.2. Modalités de mise en œuvre	24
1.4. Les différents types d'Évaluation d'impact sur la santé	25
1.4.1. Selon la durée et la profondeur.....	25
1.4.2. Selon la nature de la participation.....	26
PARTIE 2 : L'ÉVALUATION DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE	27
2.1. Contexte	27
2.1.1. L'émergence nationale de l'évaluation	27
2.1.2. Le contexte de lancement des Évaluations d'impact sur la santé en Pays de la Loire.....	28
2.2. Présentation des trois Évaluations d'impact sur la santé	30

2.2.1. Évaluation d'impact sur la santé de Nantes et Saint Herblain.....	30
2.2.2. Évaluation d'impact sur la santé d'Angers.....	32
2.2.3. Évaluation d'impact sur la santé de l'île de Noirmoutier	34
2.3. L'évaluation des trois Évaluations d'impact sur la santé : cadre théorique	36
2.3.1. La commande d'évaluation des trois Évaluations d'impact sur la santé	36
2.3.1.1. La finalité de l'évaluation	36
2.3.1.2. Les objectifs et effets attendus	36
2.3.1.3. Le questionnement évaluatif	37
2.3.2. Le dispositif d'évaluation	37
2.3.2.1. La gouvernance	37
2.3.2.2. Le choix d'un évaluateur externe.....	38
2.3.3. La méthode d'évaluation	39
2.3.3.1. La stratégie d'évaluation.....	39
2.3.3.2. Le phasage	39
PARTIE 3 : ANALYSE DES TROIS ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ DANS LES PAYS DE	
LA LOIRE.....	41
3.1. Analyse du processus : le référentiel par étape	42
3.1.1. L'étape de sélection.....	42
3.1.2. L'étape de cadrage	43
3.1.3. L'étape d'estimation des impacts.....	44
3.1.4. L'étape de l'élaboration des recommandations	46
3.2. Analyse des valeurs fondatrices : le référentiel par principe	48
3.2.1. Le principe de démocratie	48
3.2.1.1. La participation	48
3.2.1.2. La communication.....	51
3.2.2. Le principe d'équité	53
3.2.2.1. L'équité dans la phase de sélection	53
3.2.2.2. L'équité dans la phase de cadrage	54
3.2.2.3. L'équité dans la phase d'analyse ou d'estimation des impacts	55
3.2.2.4. L'équité dans la phase d'élaboration des recommandations	55
3.2.3. Le principe de l'utilisation éthique des données	55
3.2.3.1. Une analyse rigoureuse.....	56
3.2.3.2. Une pondération dans l'analyse	59
3.2.3.3. Des exigences contraires.....	59
3.2.4. Le principe de développement durable.....	60
3.2.4.1 La priorisation des impacts	61
3.2.4.2. La vision à long terme	61
3.2.4.3. Le suivi des recommandations.....	62
CONCLUSION.....	63
BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES.....	71

LISTE DES SIGLES UTILISÉS

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

CLS : Contrat local de santé

DGS : Direction générale de la santé

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

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EIE : Évaluation d'impact environnemental

EIS : Évaluation d'impact sur la santé

HIA : Health Impact Assessment

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

MSPP : Maison de santé pluri professionnelle

NPNRU : Nouveau programme national de renouvellement urbain

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAPI : Programme d'actions de prévention des inondations

PGB : Projet Grand Bellevue

PRS : Programme régional de santé

PRU : Projet de renouvellement urbain

SFE : Société française d'évaluation

UFS : Urbanisme favorable à la santé

INTRODUCTION

En 1946, l'Organisation mondiale de la santé a défini dans sa constitution, la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Elle est sous la responsabilité des gouvernements qui doivent ainsi en assurer la protection (Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946).

Cependant, il faudra attendre les années 70 pour que de nouvelles réflexions nationales et internationales émergent, et que certains événements, concepts et principes permettent d'alimenter une vision plus holistique de la santé. Le rapport Lalonde fut un des premiers documents à remettre en cause la représentation purement sanitaire de celle-ci. Ainsi, elle peut être influencée et déterminée par différents éléments, autres que les soins, tels que les facteurs environnementaux, sociaux et comportementaux (Marc Lalonde 1974). La Charte d'Ottawa (1986), document fondateur dans le domaine de la promotion de la santé, faisant suite la déclaration d'Alma Ata affirmant la santé pour tous (1978), bouleverse également cette conception en « déterritorialisant la santé hors du système de santé vers l'arène sociale et le marché » (Kickbusch, 2006). Le rôle majeur des déterminants sociaux sur l'état de santé est alors reconnu, impliquant, de fait, la contribution des autres politiques publiques à son amélioration, et l'élaboration d'une politique publique saine en créant des milieux favorables. La déclaration d'Adélaïde, en 2010, va venir insister sur cette volonté d'intégrer de la santé dans toutes les politiques.

En parallèle, la mise en place du réseau des Villes-Santé OMS (1987) et le concept d'Urbanisme favorable à la santé (EHESP (École des Hautes Études en Santé Publique) et al. 2014) sont les témoins de la volonté de penser la ville comme un lieu promoteur de santé et encouragent à des choix d'aménagement et de planification.

L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) émane de cette réflexion globale sur les facteurs qui influencent notre santé et notre qualité de vie. Considérée par l'OMS comme un outil opérationnel pour la mise en œuvre du concept de la santé dans toutes les politiques (OMS, 2010), elle s'inscrit de façon incontournable dans la sphère de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités sociales et de santé.

Regroupés sous l'égide de l'OMS en 1999, des experts de l'Évaluation d'impact sur la santé s'accordent sur une interprétation et un cadre communs des éléments essentiels et fondamentaux de celle-ci (Consensus de Göteborg, 1999). Ils établissent un consensus portant d'une part sur ses valeurs de référence ; la démocratie, la justice sociale, le développement durable et l'aspect éthique des données probantes, et d'autre part sur les étapes que la démarche doit comporter ; la sélection (ou dépistage), le cadrage, l'analyse (ou estimation des impacts), l'élaboration des recommandations, et le

suivi/évaluation. L'Évaluation d'impact sur la santé est ainsi décrite comme une « Combinaison de procédures, méthodes et outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peut être jugé quant à ses effets potentiels sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population ». (OMS, consensus de Göteborg, 1999). L'International Association for Impact Assessment a complété cette définition en 2006 en y intégrant la mission d'identifier « les actions appropriées pour gérer ces effets ».

Considérée comme un outil d'aide à la décision, elle favorise la prise de conscience des décideurs, ainsi que des acteurs des autres secteurs, des répercussions que leurs actions pourraient avoir sur la santé et la qualité de vie des populations, en s'appuyant sur une vision holistique de la santé prenant en compte tous ses déterminants. L'Évaluation d'impact sur la santé ne se limite pas aux effets globaux, mais apporte une attention particulière à la répartition de ceux-ci au sein de la population, en fonction de caractéristiques de sexe, d'âge, d'origine ethnique ou de conditions socio-économiques. Elle a pour but de proposer des solutions pour minimiser les risques et maximiser les bénéfices de la mesure en termes de Santé Publique, avec un ciblage particulier envers les populations vulnérables ou en difficulté. L'Évaluation d'impact sur la santé se caractérise également par sa diversité de domaines d'application. Elle peut s'adapter à tous les échelons gouvernementaux (international, national et local), à tous les secteurs (logement, transport, éducation), et se porter tant sur un programme, un projet, un plan ou une politique. Enfin, l'Évaluation d'impact sur la santé possède une vision prospective, c'est-à-dire qu'elle cherche à identifier des effets inattendus et non-recherchés d'une proposition (n'ayant pas pour objectifs principaux d'agir sur la santé) avant sa mise en place, afin d'avoir la possibilité d'influencer celle-ci en faveur de la santé (Rennes Métropole, S2D, et ARS Bretagne 2011 ; Harris et al. 2007 ; Diallo 2010 ; Kemm, Parry, et Palmer 2004)

La démarche d'Évaluation d'impact sur la santé connaît depuis ces trente dernières années un développement mondial significatif (Valentini et Saint-Pierre 2013), mais inégal. L'Angleterre, la Suisse, le Québec, la Finlande ont été des précurseurs de la démarche (Tollec et al. 2013). En France, elle est plus récente et résulte d'une conjoncture favorable à la mise en œuvre de la pratique. En effet, les années 2000 ont été marquées par un investissement croissant dans les politiques de Santé Publique, se matérialisant par exemple, par la mise en place d'actions de lutte contre les exclusions et les inégalités sociales de santé, et en 2009, par la création des Agences régionales de santé (ARS), afin de conduire des politiques favorables à la santé au sein de l'échelon régional. En 2010, se tenait le premier séminaire national « Évaluation d'impact sur la santé : méthodes diverses d'analyse », organisé par la Direction générale de la santé (DGS), le Centre d'analyse stratégique et la Société française d'évaluation (SFE). Il rappelle les fondements de l'Évaluation d'impact sur la santé et incite à l'intégration de l'outil dans les pratiques. Promue en France au niveau national par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (INPES 2015), c'est en 2011 que la première

Évaluation d'impact sur la santé portant sur le projet d'aménagement de la halte ferroviaire de Pontchaillou se déroule, à Rennes (Tollec et al. 2013). Par la suite, on observe une augmentation significative du nombre d'expérimentations de la démarche. À ce jour, une vingtaine d'Évaluation d'impact sur la santé peuvent être recensées sur tout le territoire français (Collectif 2017; Jabot 2016). Elles se développent à une échelle essentiellement locale, et ne concernent pas de projet au niveau national (Valentini et Saint-Pierre 2013).

Devant la multiplication de cette pratique d'Évaluation d'impact sur la santé, des questionnements émergent quant aux conditions de déploiement. Et c'est ainsi que, de façon novatrice, l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire se positionne. Grâce à ses actions de levier en faveur de la santé, elle s'est engagée, dès 2014, envers la promotion de l'outil d'Évaluation d'impact sur la santé et le développement de celui-ci sur son territoire. Pour réaliser ce projet, elle a accompagné en 2016, financièrement notamment, trois collectivités territoriales volontaires pour la conduite d'Évaluations d'impact sur la santé dans le cadre de projets d'urbanisme ou d'aménagement, ou en réponse à un appel à projet national ;

- L'intégration d'une Maison de santé pluri professionnelle (MSPP) dans le Projet de renouvellement urbain (PRU) du quartier de Bellevue à Nantes et Saint-Herblain,
- La conception et l'appropriation des espaces publics dans le cadre du Projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers,
- Le Programme d'actions de prévention des inondations (PAPI) de l'île de Noirmoutier.

Aujourd'hui, ces trois Évaluations d'impact sur la santé sont à leur étape de suivi, et l'ARS a la volonté de capitaliser ces trois expériences afin d'en tirer des enseignements dans la perspective d'une montée en charge de la pratique dans la région. En déterminant les conditions favorables à ce déploiement, par l'identification des facteurs clés de réussite et d'échec de chaque Évaluation d'impact sur la santé et leur influence sur les projets, l'ARS saura se positionner sur la place et le rôle qu'elle doit occuper pour ce déploiement.

De plus, cette évaluation s'inscrit dans la perspective du Programme régional de santé 2 en cours d'écriture, et permettra de développer des arguments de plaidoyer en faveur du développement de politiques plus favorables à la santé.

PROBLÉMATIQUE

Cette évaluation des trois Évaluations d'impact sur la santé, commanditée par l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire pose le cadre de ce mémoire puisqu'il s'inscrit dans la réflexion globale.

Après avoir examiné les trois expériences, il est remarqué que chacune possède des contextes singuliers. En effet, à chaque démarche, les populations sont différentes et possèdent leurs particularités, les domaines interrogés sont variés, les acteurs sont multiples, etc.

Cependant, malgré cette diversité existant dans la pratique, les démarches ont été menées jusqu'à leur terme, aboutissant chacune à un rapport écrit. Mais peut-on dire, pour autant, que ces Évaluations d'impact sur la santé sont de qualité ?

Aujourd'hui, cette volonté d'évaluer les pratiques est nouvelle en France, alors qu'elle est une préoccupation déjà étudiée à l'international. En effet, les standards permettant de juger de la qualité des pratiques sont nombreux (Fredsgaard, Cave, et Bond 2009 ; Bhatia et al. 2014). Ils mettent en évidence des critères devant être présents de façon indispensable lors de la réalisation d'une Évaluation d'impact sur la santé. Parmi eux, le respect du déroulement en étape et l'intégration des valeurs issues du consensus de Göteborg (la démocratie, l'équité, le développement durable, et l'utilisation éthique des données) sont des principes méthodologiques et éthiques que l'on retrouve systématiquement. Ils permettent de définir une Évaluation d'impact sur la santé et d'en apprécier sa qualité, tant dans le processus que dans les valeurs qu'elle porte. En effet, l'analyse de la qualité de l'Évaluation d'impact sur la santé est un aspect important afin de s'assurer que celle-ci réponde bien aux exigences méthodologiques et éthiques de la pratique (Barton et al. 2015).

Le travail présenté ici essaiera donc de comprendre comment ces valeurs se retrouvent et prennent place dans le processus de mise en œuvre de chaque Évaluation d'impact sur la santé ? Comment le cadre méthodologique d'une pratique découpée en étapes permet d'amener à des recommandations justes et pertinentes afin de limiter les impacts négatifs et de renforcer les effets positifs d'une action sur la santé des populations ? Comment l'intégration des valeurs permet d'opérer une démarche visant l'amélioration de la santé des habitants ?

Et ainsi, comment, à travers les premiers résultats et analyses de l'évaluation, les trois Évaluations d'impact sur la santé répondent-elles aux principes fondateurs de qualité ?

MÉTHODOLOGIE

CADRE DE TRAVAIL

Afin d'entreprendre cette évaluation globale du déploiement de la démarche d'Évaluations d'impact sur la santé, l'Agence régionale de santé (ARS) a sollicité l'expertise, en termes d'évaluation, de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes. Une convention a été signée et j'ai été recrutée par Mme Françoise Jabot, désignée comme responsable technique, afin de collaborer avec elle et Julie Romagon (chargée d'étude) sur cette commande dans le cadre de mon stage de Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique de l'EHESP.

Une stratégie d'évaluation a ainsi été proposée à l'ARS (Convention EHESP/ARS). Définie à partir d'une analyse du questionnement évaluatif, celle-ci est basée sur le principe des études de cas comparatives. 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 celui-ci avec plusieurs éléments pertinents pour la recherche (Yin, 2009). Ainsi, elle consiste en une analyse transversale des trois Évaluations d'impact sur la santé, 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'Évaluation d'impact sur la santé.

Des instances de gouvernance ont été mises en place par l'ARS afin de suivre au mieux cette évaluation et de valider les orientations prises ; un comité technique (considéré comme un groupe de travail) et un comité de pilotage (décisionnaire). Chacune s'étant réunie une fois (respectivement les 05 et 16 mai 2017), le lancement de cette étude, et surtout la décision et l'accord de pouvoir repartir interroger les parties prenantes des différentes Évaluations d'impact sur la santé, afin de collecter les données, se sont effectués à ces occasions.

Cette mission se divise en 5 phases, et se clôturera en janvier 2018 par la rédaction d'un rapport (conclusion et propositions) et d'un temps de restitution dans les territoires concernés aux côtés de l'ARS. Cette démarche se prolongeant au-delà de mon stage, ce mémoire ne pourra donc pas répondre à l'ensemble des réflexions et questionnements de l'ARS. Cependant, le phasage de l'évaluation est conçu sur un mode itératif, chaque étape produisant des informations nouvelles afin de valider les informations obtenues lors des phases précédentes. La première étape s'étant déroulée entre mars et avril 2017, elle a permis d'apporter les éléments utiles à une description détaillée du contexte dans lequel les Évaluations d'impact sur la santé ont été réalisées. La deuxième phase, dans laquelle nous nous situons actuellement, a permis l'étude des EIS dans leur contexte. Elle a été centrée sur le recueil des données, par des entretiens individuels et collectifs des acteurs.

C'est sur la base de ces informations recueillies que s'élaborera mon analyse afin de répondre à la problématique citée plus haut. En effet, les éléments récoltés dans les phases 1 et 2 de cette évaluation pourront fournir une première interprétation qui rentrera dans le cadre de la phase 3 dévolue à l'analyse comparative des trois Évaluations d'impact sur la santé.

La première partie de mon stage s'est concentré sur la mobilisation de la littérature afin de comprendre au mieux les concepts et la méthodologie des Évaluations d'impact sur la santé. Mme Jabot m'a également conviée à participer à d'autres projets en cours et j'ai suivi une formation de 1 semaine au sein de l'école (EHESP).

En parallèle, l'avancée dans la mission d'évaluation de l'ARS a permis de pouvoir établir trois ébauches de monographies reprenant le contexte, la gouvernance, la mise en œuvre par étape, et la plus-value de chaque Évaluation d'impact sur la santé. De plus, la création/construction de deux référentiels à utiliser comme instrument, ou grille de lecture, a pu contribuer à apporter un socle à l'analyse de l'ensemble des données récoltées.

Celles-ci sont de nature diverses. En effet, elles résultent de la collaboration des parties prenantes de chaque Évaluation d'impact sur la santé (opérateurs, institutions, collectivités, sociétés civiles, etc.) dans le déploiement de cette démarche. Ainsi, nous avons pu obtenir des documents écrits, comme les notes de cadrage, les rapports finaux, les fiches descriptives, les notes, les compte rendus des différents temps d'échange et de concertation, etc. Une visite de chaque terrain a également été organisée, afin de se projeter dans les différents quartiers et lieux évalués par les Évaluations d'impact sur la santé. Et notre présence à d'autres temps d'échange, accordée par les porteurs des différentes évaluations, a également pu contribuer à étoffer l'analyse, tels que des temps de restitution aux habitants, ou notre présence à des comités techniques internes aux Évaluations d'impact sur la santé. De plus, des entretiens semi-directifs, individuels ou collectifs, ont été réalisés. Les personnes sollicitées ont été choisies du fait de leur implication dans l'une ou l'autre des Évaluations d'impact sur la santé ; leur nom étant apparu dans les compte rendus de réunion (présence/absence), sur des rapports, ou à l'aide de l'ARS qui a pu suivre chaque démarche durant son déroulement, afin de permettre de toucher tout le monde et d'avoir le retour d'expérience le plus fourni possible. Ainsi, une première vague d'entretiens s'est effectuée jusqu'à mi-juillet, la trêve estivale nous ayant obligés à repousser certains d'entre eux au mois de septembre. Au total, 23 interviews ont été réalisés et enregistrés, individuellement, en binôme ou trinôme, ou par téléphone (à 4 reprises) auprès d'acteurs des trois Évaluations d'impact sur la santé des Pays de la Loire (consentement oral pour l'autorisation d'enregistrer). En septembre, 12 sont déjà programmés. Pour chaque démarche, nous avons souhaité rencontré l'équipe évaluatrice, les membres de l'Agence régionale de santé et les collectivités – ville/métropole/communauté de communes (services techniques et élus). Ensuite, selon la spécificité de l'évaluation réalisée et l'implication de chacun, nous avons pu rencontrer (ou nous allons) le Conseil

régional, départemental, la Direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement (DREAL) des Pays de la Loire, les aménageurs, la direction du Projet régional de santé à l'ARS, etc. Ces entretiens ont été réalisés en présentiel (à Nantes ou à Angers), en déplacement spécifique ou à l'occasion de comité technique ou de pilotage réunissant les acteurs des 3 évaluations, ou par téléphone. Avec une durée moyenne de 1 heure, ils se sont tous correctement déroulés, à l'aide de 2 guides d'entretien que j'ai réalisés ; un premier dédié aux opérateurs (évaluateurs) des Évaluations d'impact sur la santé, et un second pour les autres acteurs. Chaque entretien étant unique du fait du poste occupé par la personne interrogée, le guide a été largement modulé et adapté.

Afin de pouvoir respecter le calendrier imposé par l'ARS et devant le nombre important d'entretiens réalisés, un cabinet extérieur et spécialisé a été missionné pour effectuer 20 heures de retranscription qui nous seront rendus à la fin du mois d'août. Ainsi, à ce jour, 10 entretiens ont été retranscrits par nous et une analyse par un logiciel d'analyse qualitative de données (NVivo®) est en cours. Ce logiciel a nécessité une formation à Paris à laquelle je n'ai pas pu assister. Cependant, Julie Romagon, alors formée, m'a dédié un temps afin de pouvoir l'utiliser au mieux.

Au final, notre sollicitation à obtenir des entretiens fut bien comprise par les parties prenantes des trois Évaluations d'impact sur la santé, ces derniers répondant majoritairement positivement et rapidement à notre requête, malgré le fait que le comité de pilotage se soit tenu tardivement afin de donner son accord sur les personnes à interroger. Cependant, il est vraisemblable qu'avec le début de la période estivale, les personnes en charge de l'Évaluation d'impact sur la santé de l'île de Noirmoutier soient préoccupées par d'autres priorités. Les entretiens avec celles-ci se dérouleront alors en septembre. La compréhension et l'analyse spécifique de cette Évaluation d'impact sur la santé, pour ce mémoire, se concentrera sur les documents fournis par eux (rapport, comptes rendus, etc.), ainsi que les entretiens passés avec les opérateurs l'ayant réalisée.

CADRE D'ANALYSE

Les données de la littérature sont nombreuses concernant la notion de qualité dans les Évaluations d'impact sur la santé. Des experts tels que Rajiv Bhatia (2014) ou Mette Winge Fredsgaard, Ben Cave, Alan Bond (2009), etc. ont listé des points essentiels qui doivent être retrouvés dans chaque démarche. En effet, il existe une diversité considérable de manières de réaliser une telle évaluation, puisque son champ d'action est large ; l'Évaluation d'impact sur la santé peut porter sur une politique, un plan, un programme, et sur des domaines différents. Cependant, les critères définis par ces guides sont destinés à pouvoir considérer et juger de la qualité, ainsi que de veiller au respect de la « bonne pratique ».

Une Évaluation d'impact sur la santé de qualité se définit, alors, par son aboutissement, mais aussi par la présence plusieurs critères se référant tant au processus, qu'aux résultats de celle-ci. Ces éléments

permettent également de la distinguer des autres pratiques utilisées pour évaluer et éclairer les décisions. Ces notions sont inspirées et se sont alignées sur les valeurs et concepts décrits dans le document du Consensus de Göteborg (1999).

C'est en s'appuyant sur ces guides d'évaluation des standards de qualité de la pratique des Évaluations d'impact sur la santé qu'un référentiel a été créé, adapté à la situation des démarches réalisées dans les Pays de la Loire. C'est un outil qui va permettre de juger de la qualité de chaque Évaluation d'impact sur la santé. En effet, sa construction a permis de mettre en avant des critères au regard desquels les trois pratiques vont être appréciées. Ces critères ont été repérés par la littérature scientifique et sont considérés comme essentiels dans l'analyse de la qualité, puisque ce sont ces notions que l'on s'attend à trouver dans une démarche de qualité. Ils se basent sur deux éléments ; le respect et l'intégration des principes basés sur les valeurs (démocratie, équité, utilisation éthique des données, et développement durable), et le séquençage de la pratique en étape (sélection, cadrage, estimation des impacts, et recommandation).

Des indicateurs correspondants à chaque critère ont ensuite été développés. Ils permettent de repérer ce que l'on doit regarder pour évaluer le degré de maîtrise d'un critère. Ils ont été adaptés au contexte des trois Évaluations d'impact sur la santé et retenus pour leur opérationnalité.

Voici donc le référentiel des principes basés sur les valeurs, ainsi que celui reprenant le séquençage par étapes, construit par l'EHESP :

REFERENTIEL (principes basés sur les valeurs)	CRITERES	INDICATEURS
Démocratie	<ul style="list-style-type: none"> . Droit des citoyens à participer à la formulation, l'analyse, l'application et l'évaluation des Politiques Publiques . Association des acteurs au processus et à la prise de décision . Empowerment . Transparence des résultats, du processus 	<ul style="list-style-type: none"> . Présence et participation des citoyens ? (Décideurs, responsables, populations affectées, associations et groupes de pression mobilisés, évaluateur) . Parties prenantes identifiées, conviées, impliquées ? (Sous quelle forme ?) . Légitimité et représentativité . Rapports et éléments disponibles (documents/restitution)

Equité / Justice sociale	<ul style="list-style-type: none"> . Repérage des impacts affectant certains groupes de population en fonction de ses caractéristiques (âge, genre, origines ethniques, conditions socio-éco) . Répartition des impacts au sein de ces populations . Compréhension du concept : équité versus égalité / ISS versus précarité 	<ul style="list-style-type: none"> . Présence du souci d'équité à chaque étape de l'EIS . Questionnement systématique sur la différenciation des effets selon les groupes
Utilisation éthique des données	<ul style="list-style-type: none"> . Utilisation des disciplines scientifiques et méthodes d'évaluation les plus complètes . Impartialité 	<ul style="list-style-type: none"> . Analyse rigoureuse . Pondération dans l'analyse finale . Organisation du compromis (décideur et évaluateur)
Développement durable	<ul style="list-style-type: none"> . Vision à long terme . Effets évolutifs dans le temps (effets + pour population actuelle mais - pour les futures) . Flexibilité des comportements et usages 	<ul style="list-style-type: none"> . Vision repérable dans le rapport . Prise en compte des modifications prévisibles : changement climatique, économiques, préservation naturelle)

REFERENTIEL (étapes)	CRITERES	INDICATEURS
Etape 1 : SELECTION	Identification et clarification des enjeux du projet	<ul style="list-style-type: none"> . Utilisation d'une grille de sélection/d'analyse . Identification des impacts . Identification de population concernée . Identification des déterminants potentiellement touchés . Participation à la décision d'une équipe multidisciplinaire (représentants du milieu décisionnel + population visée si possible)
	Identification et clarification des enjeux et objectifs de l'EIS	
	Estimation des liens potentiels entre le projet et la santé de la population (évaluation rapide des impacts)	
	Estimation de la probabilité et importance de survenue des impacts	
	Estimation des différents aspects de la santé qui peuvent être touchés (déterminants)	
	Estimation de la population touchée par le programme (Proportion importante ? Inégalement touchée ?)	
	Estimation du contexte (politique-administratif)	
	Estimation des compétences présentes	
	Présence d'une possibilité de financement	
	Adéquation entre la durée de l'EIS et la réalisation du projet	
	Possibilité de faire évoluer le projet	
Etape 2 : CADRAGE	Clarification des buts et objectifs de l'EIS	. Définition de la santé
	Identification des personnes affectées par le projet	. Déterminants de la santé retenus et pourquoi ?
	Délimitation du périmètre géographique de l'EIS	. Profil des populations
	Délimitation du cadre temporel de l'EIS	
	Choix du type d'EIS à entreprendre	

	Repérage des différents acteurs impliqués dans le projet et leurs modalités de participation (parties prenantes)	. Définition du périmètre . Utilisation d'un modèle logique ou causal
	Mobilisation des ressources nécessaires à la réalisation de l'EIS	. Organisation création Copil/Cotech
	Organisation des modalités de travail et le calendrier	. Réunion de concertation et de validation des choix méthodologiques . Elaboration d'un retro-planning (ou diagramme de Gant)
Etape 3 : ESTIMATION DES IMPACTS	Identification des données nécessaires à l'étude des impacts	. Réalisation d'une revue de la littérature (grise, scientifique, benchmark, etc.) . Réalisation du profil des population affectées par les impacts. . Réalisation d'entretiens, de focus groupe, etc. . Elaboration des outils permettant de regrouper, classer et organiser les impacts potentiels (utilisation d'une matrice d'impact ?) . Hiérarchisation des impacts . Analyse globale
	Collecte des données nécessaires à l'étude des impacts (caractéristiques du projet, profil des populations affectées, littérature scientifique, grise, entretiens, experts, etc.)	
	Analyse et interprétation des données issues de la littérature scientifique, grise, entretiens, experts, etc.	
	Caractérisation et hiérarchisation des impacts positifs ou négatifs du projet sur la santé : . Sens (positifs ou négatifs) . Intensité . Probabilité de survenue (possible, probable, certain) . Temporalité (court, moyen, long terme) . Etendue (géographique) . Population affectée (micro local, local, ou régional) . Equité (effet et répartition ISS) . Source (littérature, entretien, grise, expert)	
Etape 4 : RECOMMANDATIONS ET COMMUNICATION DES RÉSULTATS	Synthétisation des résultats	. Recommandations : niveau stratégique et opérationnel hiérarchisation pertinence ou lien entre estimation et recommandation facilement identifiable (recommandations liées aux résultats et constats) discutées collectivement . Elaboration d'un rapport écrit . Réunion de présentation du rapport final
	Proposition de pistes d'améliorations ou d'ajustements à mettre en œuvre avant le début des travaux	

Afin de fournir cette analyse et permettre l'évaluation de la qualité de ces trois Évaluations d'impact sur la santé, de nombreuses sources ont été mobilisées.

Puisque cette étude suit la chronologie de l'évaluation globale se terminant en janvier 2018, les données disponibles à ce jour ne sont pas complètes. Cependant, la dynamique et l'implication des acteurs des trois démarches ont permis de rassembler la presque totalité des documents relatifs à la mise en œuvre de celles-ci, et de nombreux entretiens ont déjà été réalisés.

- Les documents

Dès le lancement de l'évaluation, l'Agence régionale de santé a fourni à l'EHESP tous les documents en sa possession, concernant les trois Évaluations d'impact sur la santé ;

- Rapports d'évaluation finalisés ou projet de rapport
- Document de sélection
- Cahiers des charges
- Notes de cadrage
- Notes de synthèse
- Notes de lancement
- Notes personnelles
- Mémoire étudiant
- Synthèses des recommandations
- Synthèses des ateliers (partenariaux, d'élaboration des recommandations, etc.)
- Comptes rendus des instances (Comités de Pilotage ou Technique)
- Evaluation et instruction des recommandations
- Fiches de description des projets
- Power Point de présentation
- Etc.

Tous ces documents ont été lus et recensés afin de pouvoir se diriger vers les différents acteurs des démarches (opérateurs, collectivités, etc.) afin d'obtenir les compléments manquant. Le mode opératoire n'étant pas le même sur toutes ces Évaluations d'impact sur la santé, certains éléments n'ont pu être fournis, comme des comptes rendus de réunion d'instance.

- Les entretiens

Aujourd'hui, suite à une première vague, nous comptabilisons 23 entretiens auprès de divers acteurs. Ces personnes ont été sélectionnées pour leur implication dans une ou plusieurs Évaluations d'impact sur la santé. Elles ont été, soit désignées par l'Agence régionale de santé comme protagonistes à rencontrer, soit interpellées pour leur présence en instance de gouvernance (les comptes rendus possédant le nom des absents et présents), soit interrogées dans le cadre de leurs fonctions (se rapprochant de l'évaluation).

Au vu du temps imparti, seulement 5 entretiens ont pu être codés sur le logiciel NVivo®, qui serviront d'illustration à la réflexion sur la qualité des trois Évaluations d'impact sur la santé. Cependant, ces interviews sont primordiales puisqu'elles représentent les deux opérateurs et deux des trois porteurs des trois démarches (collectivités). De plus, ma présence à tous les entretiens est un atout afin d'obtenir une vision globale sur les démarches EIS accomplies.

- Les données de la littérature

La littérature grise va indéniablement être également exploitée, puisque les productions de l'Agence régionale de santé (ceux émanant des trois Évaluations d'impact sur la santé, le mémoire de Master

proposant un cadrage à la démarche de Nantes/St Herblain, etc.) sont, par définition, des « *documents produits à l'intention d'un public restreint, en dehors des circuits commerciaux de l'édition et de la diffusion, et en marge des dispositifs de contrôle bibliographique* » (L'association des professionnels de l'information et de la documentation, s. d.).

ORGANISATION DU MÉMOIRE

Ce mémoire débutera par une description approfondie de l'objet de cette étude ; l'Évaluation d'impact sur la santé. En effet, il convient de maîtriser les caractéristiques de cet outil, ses valeurs, ses principes, ses objectifs, et son déroulement par étape, afin de pouvoir produire une définition commune permettant de mettre en place une démarche d'évaluation.

Ce travail analysera ensuite en détails la commande de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire qui souhaite évaluer les conditions de déploiement des trois Évaluations d'impact sur la santé sur son territoire en rapprochant cette démarche à l'évaluation des politiques publiques.

Enfin, une dernière partie permettra d'étudier chaque Évaluation d'impact sur la santé d'une part sous l'angle de son séquençage en étapes, et d'autre part, sous l'angle des valeurs définies par le consensus de Göteborg, afin d'apprécier sa qualité, son appropriation et sa capacité à favoriser la prise en compte de la santé dans les politiques.

PARTIE 1 : L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une pratique en pleine croissance en France (Rennes Métropole, S2D, et ARS Bretagne 2011). Elle est issue de la communauté anglophone (Parvu et al. 2015) qui s'en est emparée dès les années 1980 dans un souci de préoccupation grandissante quant aux conséquences des politiques publiques sur la santé des populations. Elle possède une double filiation ; la Santé Environnementale qui, très règlementée, dispose déjà d'études d'impact environnemental ou sanitaire ; et la Santé Publique (Collectif et al. 2017 ; Jabot 2016).

Ainsi, à la croisée de plusieurs démarches, elle est définie comme un outil de la promotion de la santé (Dubreuil et Prisse 2014), qui permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, « les éléments d'une politique ou d'un projet qui pourraient avoir des effets sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein des différents groupes qui la composent » (INPES 2015).

Pour comprendre en détail ce qui sous-tend cette notion d'Évaluation d'impact sur la santé, il est important de pouvoir revenir sur la définition même des mots utilisés (Jabot 2016).

1.1. DEFINITION

1.1.1. UNE ÉVALUATION...

L'Évaluation d'impact sur la santé est tout d'abord une évaluation. Tantôt pratique, démarche, méthodologie ou discipline, l'évaluation est simplement définie comme « l'action de déterminer la valeur de quelque chose » par le dictionnaire du Larousse (Larousse 2016). Cependant, pour les auteurs, et acteurs de la pratique, selon son objet, sa finalité, ses enjeux, ses valeurs, sa temporalité, etc., elle revêt une définition différente.

Ainsi, selon Patton (1996), l'évaluation est « la collecte systématique de données au sujet des activités, des caractéristiques et des effets des programmes, afin de porter des jugements sur ces derniers, d'améliorer leur efficacité et/ou d'être en mesure de prendre des décisions plus éclairées au sujet des programmes futurs » (Jabot 2017). Contandriopoulos, en 2000, complète cette définition par le fait que l'évaluation produit des « informations scientifiquement valides et socialement légitimes » afin de permettre à toute personne de prendre position. Il rajoute également le fait que l'évaluation doit aboutir à des recommandations, ou des actions à mettre en œuvre en ayant pris en compte le jugement apporté (Jabot 2017). D'autres auteurs se sont également penchés sur la caractérisation de la pratique d'évaluation, et s'accordent alors à dire que l'évaluation entretient une relation étroite avec son contexte et qu'elle est associée à la formulation d'un jugement qui doit être construit avec justesse en mobilisant des méthodes appropriées (Jabot et al. 2014).

L'évaluation dans le domaine des politiques publiques est une pratique observée dès le XIXe siècle (Champagne et al. 2011). Elle était alors basée sur la mesure, suite à l'apparition des premières méthodes de la statistique et de l'épidémiologie. Elle fut ensuite descriptive, puis basée sur le jugement avec une volonté de rationaliser l'action publique. C'est d'ailleurs à cette période que la parution du décret du 22 janvier 1990 (*Décret no 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques*, s. d. ; Peyrefitte 1998) vient marquer officiellement le début de l'évaluation des politiques publiques en France en donnant une définition de celle-ci, tout en mettant en place un dispositif institutionnel (comité interministériel, conseil scientifique, etc.). Ainsi, en 1995, la Commission Européenne décrit la pratique comme étant une « analyse permettant de mettre à disposition des autorités et des citoyens des informations sur les résultats de l'action publique » (Jabot 2017). Ce courant, donnant légitimité aux experts laisse ensuite la place à une évaluation pluraliste et participative qui prend en compte le contexte et les parties-prenantes de la pratique. Elle se préoccupe désormais « de l'utilité, de la mise en œuvre, de l'efficacité et de l'efficience des mesures qui ont pour but d'améliorer le sort des membres de la société » (Kemm, Parry, et Palmer 2004). En 1999, la Société française d'évaluation (SFE) est créée afin de contribuer au développement de l'évaluation et de

promouvoir son utilisation dans les organisations publiques et privées, tout en respectant les principes qu'elle a initié dans sa charte, en 2006, afin de garantir une pratique éthique et de qualité, ainsi qu'une référence pour les acteurs intervenants dans ce domaine. En 2009, elle a commencé à se préoccuper de l'impact de certaines politiques sur le domaine de la santé (Turgeon et Jabot 2010), et en 2016, une présentation des Évaluations d'impact sur la santé a été proposée à l'ordre du jour d'une réunion de groupe SFE « évaluation en santé ».

1.1.2. ... D'IMPACT...

L'Évaluation d'impact sur la santé est ensuite caractérisée par sa volonté de pouvoir porter un jugement sur des impacts. Le terme impact est alors défini comme un « effet ou une influence produite par quelque chose, par quelqu'un ou par ses idées » (Larousse 2016).

Dans le contexte de l'évaluation, les impacts sont des « Effets à long terme, positifs et négatifs, primaires et secondaires, induits par une [intervention], directement ou non, intentionnellement ou non » (Organisation de coopération et de développement économiques et Comité d'aide au développement 2002). Il est nécessaire également de savoir que les impacts se situent au bout de la chaîne d'une logique d'action, les effets correspondent aux objectifs globaux ou finaux de l'intervention. En effet, les activités du projet ou du programme provoquent des effets immédiats sur la cible. Ces résultats vont engendrer des conséquences qui vont permettre d'aboutir aux impacts. De plus, ils sont qualifiés de primaires lorsque les bénéficiaires sont directement visés, ou secondaires quand ils s'apparaissent sur une cible qui n'était pas visée au départ. Enfin, une évaluation d'impact tient à considérer les effets escomptés, mais surtout les effets non voulus (effet levier, retombée, effet pervers, etc.) (Quadrant Conseil 2017).

Dans le cadre de l'Évaluation d'impact sur la santé, l'impact est défini comme une conséquence inattendue et non recherchée, favorable ou défavorable sur la santé des populations (Jabot 2016).

1.1.3. ... SUR LA SANTE

Dans l'Évaluation d'impact sur la santé, le concept de la santé est défini au sens large. C'est une vision positive qui inclut le bien-être et la qualité de vie. L'Organisation mondiale de la santé l'a d'ailleurs citée en 1946 comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Avec la charte d'Ottawa, en 1986, elle est perçue comme « une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ». Elle possède alors une perspective dynamique, elle est le fruit d'interactions entre l'individu et son milieu de vie.

Cette définition de la santé suggère qu'elle ne résulte pas seulement de la qualité du système de soins (Kemmer, Parry, et Palmer 2004). En effet, les services de santé ne jouent qu'un rôle partiel, voire minime sur la santé des populations, et il existe de nombreux facteurs qui l'influencent, de manière positive ou négative, que l'on désigne comme les déterminants de la santé. Ils peuvent être de nature individuels, socio-environnementaux et économiques et se cumuler, se combiner et interagir au cours de la vie d'une personne (Romagon 2016).

Parmi les nombreuses représentations schématiques de ces déterminants, celui de Dahlgren et Whitehead (illustration 1 ci-dessous) est le plus connu et le plus utilisé afin de mieux les comprendre.

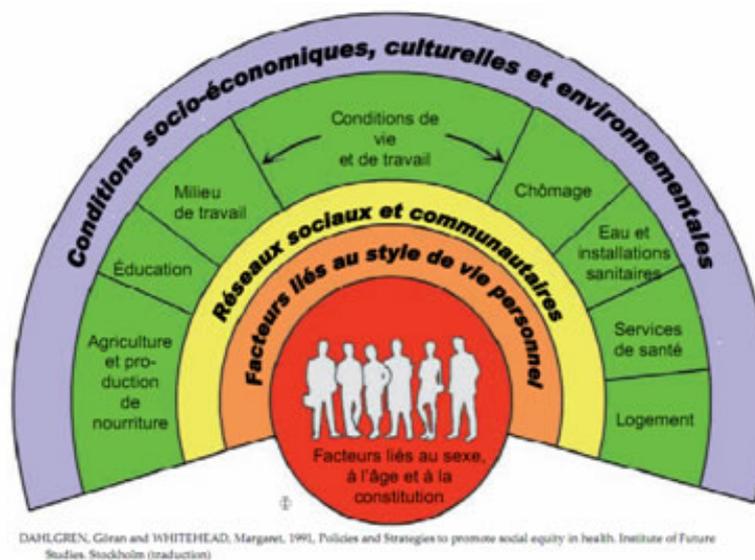


Illustration 1 : Modèle des déterminants de la santé de Dahlgren et Whitehead, 1991.

Source : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

Le premier niveau concerne l'individu, les facteurs liés au sexe, à l'âge et à la génétique.

Le second est lié aux comportements et aux styles de vie personnels.

Le troisième niveau correspond aux influences sociales et collectives.

Le quatrième niveau concerne les conditions de vie et de travail de la personne.

Le cinquième niveau tient compte de l'influence de la société dans laquelle l'individu naît, vit et grandit.

Ainsi, ce schéma démontre que tous les aspects de la vie d'une personne peuvent être des facteurs qui influencent sa santé. Ainsi, toutes les politiques qui concernent ces domaines jouent un rôle sur l'individu auquel elles s'appliquent (INPES 2015).

1.2. LES PRINCIPES FONDATEURS ET FONDAMENTAUX

Devant le développement rapide de la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé et les nombreuses manières de la produire, des experts se réunissent en 1999, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, afin d'obtenir un consensus sur les méthodes et les principes de la pratique. Ainsi, ce document récence les valeurs clés de la démarche afin de parvenir à une interprétation commune.

1.2.1. PRINCIPES BASES SUR LES VALEURS

La démarche d'Évaluation d'impact sur la santé, qui a pour but « d'aider les décideurs à maximiser les gains en termes de santé et à réduire les inégalités » (Wright, Parry, et Mathers 2005) se démarque des autres pratiques d'évaluation par l'inclusion de valeurs clés (OMS 1999 ; Diallo 2010 ; Bhatia et al. 2014), identifiées lors du Consensus de Göteborg et reprises par la plupart des guides méthodologiques (Valentini et Saint-Pierre 2013).

Ces principes fondamentaux sont la démocratie, l'équité, l'utilisation éthique des données et le développement durable (INPES 2014 ; Jabot et Roué Le Gall 2017).

1.2.1.1. La démocratie

Cette première valeur met en avant le droit des citoyens à participer à la formulation, l'analyse, l'application et l'évaluation des politiques publiques « qui influencent le cours de leur vie » (INPES 2015). Cela implique que les acteurs soient associés dans le processus et la prise de décision, qu'ils y participent. Elle encourage l'empowerment, c'est-à-dire le pouvoir d'agir des personnes qui peuvent alors donner leur avis, leur consentement, etc. De plus, l'INPES complète ce principe en y ajoutant une notion de transparence, faisant référence à une communication continue et une disponibilité des rapports et des éléments touchant à l'Évaluation d'impact sur la santé (résultats et processus), et la prise en compte du point de vue de la population au même titre que celui des experts scientifiques.

1.2.1.2. L'équité, la justice sociale

Cette notion fait référence au fait qu'une Évaluation d'impact sur la santé repère les effets potentiels d'un projet sur la santé de la population, mais surtout la distribution de ces effets à l'intérieur de la population. En effet, certains impacts affectent certains groupes de personnes en fonction de ses caractéristiques (âge, genre, origines ethniques, conditions socio-économiques). Elle porte également une attention particulière envers les populations vulnérables.

1.2.1.3. L'utilisation éthique des données

Cette troisième valeur issue du Consensus de Göteborg met en avant le fait que l'analyse doit être rigoureuse, nécessitant l'utilisation des disciplines scientifiques et des méthodes d'évaluation les plus complètes afin de récolter un nombre important et varié de données qualitatives et quantitatives. L'INPES insiste sur la notion de neutralité dans la collecte et le traitement des informations.

1.2.1.4. Le développement durable

Ce principe de développement durable signifie que l'Évaluation d'impact sur la santé a vocation d'identifier des effets avec une vision sur le court et le long terme. De plus, leur caractérisation doit tenir compte de leur évolution dans le temps. En effet, un impact considéré comme positif pour la population actuelle pourrait se transformer en conséquence négative pour la population de demain.

1.2.2. PRINCIPES BASES SUR LA METHODE

A la lecture du Consensus de Göteborg, d'autres principes fondamentaux apparaissent et poursuivent la caractérisation des Évaluations d'impact sur la santé. De même que pour les valeurs, ces appuis méthodologiques sont repris largement par les différents guides existants qui encouragent la bonne pratique de cette démarche (Jabot et Roué Le Gall 2017).

1.2.2.1. Une approche holistique et systémique de la santé

La démarche d'Évaluation d'impact sur la santé repose sur une approche globale de la santé. En effet, tout en se penchant sur l'état de santé de la population, notamment physique, elle élargit son champ et s'intéresse au bien-être et à la qualité de vie. De plus, c'est une approche qui va étudier les impacts d'un projet sous l'angle de tous les déterminants de la santé d'une population (individuels, sociaux, environnementaux, etc.), ainsi que les possibles interactions entre eux. L'Évaluation d'impact sur la santé initie également une démarche intersectorielle, puisqu'elle permet de travailler avec d'autres secteurs que la santé.

1.2.2.2. Une démarche prédictive et prospective

Un des intérêts de la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé se situe dans le fait qu'elle apporte une « prise de conscience des acteurs des autres secteurs quant aux répercussions de leurs activités sur la santé des populations » (INPES 2014). Outre le fait qu'elle responsabilise les décideurs, elle a un rôle de prédiction puisqu'elle essaie de déterminer des conséquences inattendues et non prévues au programme.

De plus, pour que cette dernière puisse être utile, elle doit être entreprise avant l'installation du programme, de la politique, ou du projet, dans la mesure où elle a pour but d'influencer la décision en faveur de la santé. Il faut pouvoir intervenir assez tôt dans le processus de réalisation afin de pouvoir disposer de suffisamment de marges de manœuvre et permettre « une prise en compte optimale des préoccupations de promotion de la santé dans celui-ci » (Diallo 2010).

1.2.2.3. Une multiplicité et mixité des données et des sources

Une Évaluation d'impact sur la santé se base sur une collecte étoffée de données variées. En effet, afin de permettre une meilleure évaluation possible des effets d'un programme sur une population, il faut pouvoir bénéficier de données de nature et d'origine différentes. Elles peuvent être à valeur quantitative ou qualitative, provenir de la sphère scientifique, professionnelle ou d'usage (profanes) et résulter de la littérature ou d'entretiens auprès des acteurs. De plus, le traitement de celles-ci doit être rigoureux, puisqu'il faut pouvoir les considérer de manière égale, sans en privilégier certaines.

1.2.2.4. Une démarche structurée en plusieurs étapes

Le séquençage de la démarche d'Évaluations d'impact sur la santé en phases est également un principe qui la caractérise. En effet, le cadre méthodologique mis en avant par la plupart des guides propose un modèle articulé en cinq, voire six étapes (la dernière étant parfois regroupée à la cinquième) ; la sélection (ou dépistage), le cadrage, l'analyse (ou estimation des impacts), les recommandations, le suivi et l'évaluation.

1.3. LES ETAPES DE LA DEMARCHE

L'Évaluation d'impact sur la santé est une démarche positive, dynamique et volontaire qui est structurée en étapes qui se succèdent. L'INPES a proposé un découpage en 5 étapes, comme l'illustre le schéma ci-dessous.

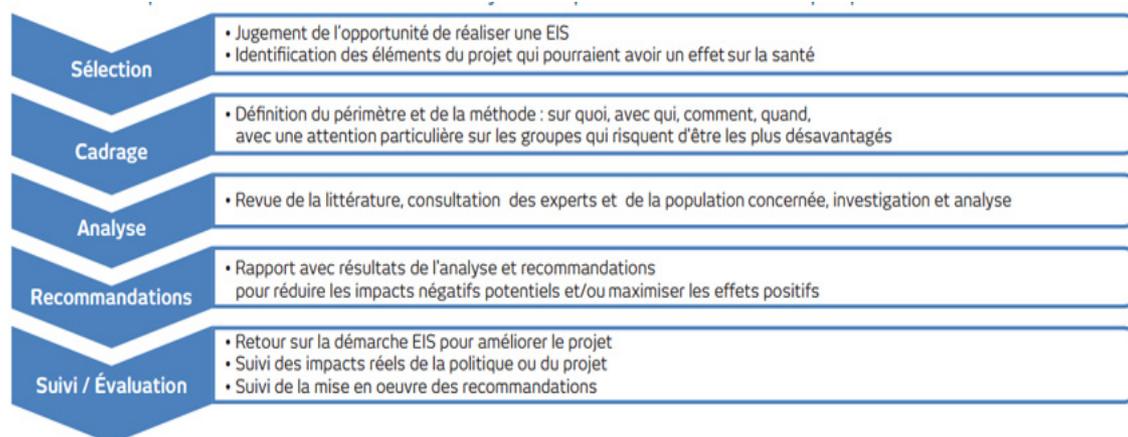


Illustration 2 : Les cinq étapes de l'EIS. L'Évaluation d'impact sur la santé est une démarche systématique articulée autour de 5 étapes, 2015.

Source : (INPES 2015)

Cependant, cette pratique s'accroissant de façon considérable dans les pays occidentaux depuis plusieurs années, on assiste à la création de nombreux guides méthodologiques qui ont tendance à différencier la dernière étape en 2 séquences distinctes ; suivi et évaluation. C'est donc sur ce modèle en 6 étapes que l'EHESP se base lors de l'élaboration d'Évaluation d'impact sur la santé, comme le montre l'illustration 3 ci-dessous.



Illustration 3 : Les six étapes de l'EIS.

Source : (Françoise Jabot 2016a)

Voici, pour chacune de ces étapes, sa définition et ses modalités de mise en œuvre (Kemmm, Parry, et Palmer 2004 ; Harris et al. 2007 ; Lauzière 2008 ; Diallo 2010 ; Tollec et al. 2013 ; Jabot et Roué Le Gall 2017).

1.3.1. L'ETAPE DE SELECTION

1.3.1.1. Définition

Cette première étape dans la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé est certainement la plus importante. Elle consiste à juger de l'utilité de la mise en œuvre ou non d'une étude comme celle-ci en identifiant d'une part, si la politique, le programme ou le projet est susceptible d'affecter la santé et le bien-être d'un ou de plusieurs groupes de populations, et d'autre part, de juger de la possibilité de modifier le projet étudié.

Cette étape de sélection peut porter à confusion, du fait de son appellation. En effet, elle n'a pas pour mission de sélectionner la mise en route d'une Évaluation d'impact sur la santé entre plusieurs choix d'Évaluations d'impact sur la santé différentes, mais elle sert à bien déterminer si une telle démarche peut être entreprise sur une mesure qui a déjà été choisie avant parmi d'autres.

L'étape de sélection permet d'identifier et de clarifier les enjeux de la mesure, ainsi que ceux de l'Évaluation d'impact sur la santé. Elle permet une estimation des liens potentiels entre le projet et la santé des populations. Elle apporte une évaluation rapide des impacts (leur probabilité et importance de survenue), en prenant en compte les différents aspects de la santé pouvant être touchés (déterminants de la santé). La population affectée par le projet est également considérée ; la proportion est-elle importante ? Est-elle inégalement touchée ? Enfin, cette étape de sélection a pour but de prendre conscience du contexte de mise en place de l'Évaluation d'impact sur la santé (politique et administratif), des compétences présentes et de la possibilité de financement.

1.3.1.2. Modalités de mise en œuvre

L'étape de sélection doit pouvoir rassembler une équipe multidisciplinaire afin de participer à la décision : des représentants du milieu décisionnel, des experts connaisseurs de la mesure concernée par l'EIS, des techniciens alertés sur celle-ci, et des représentants de la population concernée.

De plus, elle doit être suffisamment longue et permettre un temps suffisant à la réflexion.

Elle peut être guidée par l'utilisation d'outils méthodologiques comme la grille de sélection.

1.3.2. L'ETAPE DE CADRAGE

1.3.2.1. Définition

Cette deuxième étape dans la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé a pour but de définir son périmètre et planifier sa mise en œuvre. En effet, elle doit permettre de clarifier les buts et les objectifs d'une telle démarche en identifiant les personnes affectées par le projet, en délimitant son contour

géographique, ainsi que son cadre temporel, en repérant les différents acteurs impliqués (parties prenantes) et leur modalité de participation, et en mobilisant les ressources nécessaires à sa réalisation. Ainsi, le choix du type d'Évaluation d'impact sur la santé à entreprendre sera défini.

1.3.2.2. Modalités de mise en œuvre

C'est au cours de cette étape que sont organisées les modalités de travail et de calendrier ; la mise en place de comité de pilotage et comité technique, leur rôle et le rythme des rencontres, l'accord sur les définitions (santé, équité...) ainsi que le profil des populations et le choix des déterminants à étudier, les méthodes de recueil d'informations, le budget, etc.

Cette étape peut être appuyée méthodologiquement par des outils : la construction du cadre logique (ou modèle logique ou causal¹), l'élaboration d'un rétro planning (ou diagramme de Gantt²), etc.

1.3.3. L'ETAPE D'ANALYSE

1.3.3.1. Définition

Cette troisième étape est peut-être la plus lourde de la démarche de l'EIS. Elle consiste à estimer et analyser les impacts potentiels du projet, ainsi que leur distribution au sein de la population (identifiée lors de l'étape précédente de cadrage). Ainsi, il s'agit de pouvoir les caractériser et les hiérarchiser selon le sens (positifs ou négatifs), l'intensité, la probabilité de survenue (possible, probable, certain), la temporalité (court, moyen ou long terme), l'étendue (géographique), la population affectée (micro local, local ou régional), l'équité (répartition et effets sur les inégalités sociales de santé), et la source (littérature, entretiens, dires d'experts, etc.).

1.3.3.2. Modalités de mise en œuvre

Afin de réaliser cette étape, il est nécessaire de pouvoir la séparer en deux temps ; la collecte, et l'analyse des données.

Les données, nécessaires à l'étude des impacts et préalablement identifiées, se caractérisent par une mixité et une multiplicité des sources. En effet, elles proviennent d'une revue large de la littérature (grise, scientifique, benchmark, etc.), de l'élaboration d'un profil des populations affectées, ainsi que de la réalisation d'entretiens, de focus groupes, d'enquête par questionnaire, etc.

¹ Le modèle logique est une représentation graphique des relations entre les activités d'un programme et ses résultats (Jabot 2016)

² Tableau représentant visuellement l'état d'avancement des différentes activités (tâches) qui constituent un projet (<http://www.gantt.com/fr/>).

L'analyse de ces données permet alors de pouvoir décrire et de hiérarchiser les effets potentiels et peut être représentée sous forme de tableau ou de matrice d'impact.

1.3.4. L'ETAPE DE L'ELABORATION DES RECOMMANDATIONS

1.3.4.1. Définition

Une fois les impacts potentiels identifiés, caractérisés et pondérés, l'étape suivante consiste à formuler des recommandations. C'est ainsi, pouvoir proposer des « solutions pour réduire les effets négatifs et améliorer les effets positifs » des conséquences du projet (Diallo 2010). Ces propositions de piste d'amélioration ou d'ajustement doivent être réalistes, faisables et hiérarchisées, en intégrant des mesures en faveur de l'équité. De plus, le lien entre estimation et recommandation doit être facilement identifiable, c'est-à-dire que ces propositions doivent être liées aux résultats et constats.

1.3.4.2. Modalités de mise en œuvre

Ces recommandations sont discutées collectivement. Elles sont hiérarchisées et correspondent à différents niveaux (stratégique et opérationnel). Un rapport écrit est élaboré et présenté aux parties prenantes reprenant celles-ci.

1.3.5. L'ETAPE DE SUIVI

1.3.5.1. Définition

Cette étape permet d'accompagner la mise en œuvre des recommandations. En effet, elle consiste à suivre l'implantation du projet afin de s'assurer que les changements proposés ont bien été pris en compte.

1.3.5.2. Modalités de mise en œuvre

La démarche de suivi des recommandations peut inclure un monitoring (plan d'action et de suivi) de l'installation des mesures proposées. En effet, il peut être réalisé en reprenant les objectifs à court et long terme, les indicateurs de suivi, les ressources nécessaires pour le compléter, les modalités de suivi par les parties prenantes, etc. Cette étape appartient en général aux acteurs des Évaluations d'impact sur la santé.

1.3.6. L'ÉTAPE D'ÉVALUATION

1.3.6.1. Définition

Dans cette étape, il s'agit d'évaluer la démarche d'EIS. Elle peut se dérouler pendant son déroulement ou après son achèvement. Elle se traduit de différentes façons, selon les finalités : l'évaluation de résultats, l'évaluation de processus, ou l'évaluation de la qualité.

L'évaluation de résultats consiste à observer les conséquences de la démarche sur la proposition du projet initial, de mettre en avant les modifications et les ajustements directement liés aux recommandations. Cependant, sachant que la mise en place des projets ou des plans, d'aménagement notamment, sont longs, il paraît peu réaliste de pouvoir ainsi vérifier que les prédictions faites au cours de l'étape d'analyse aient été légitimées. De même, l'amélioration de la santé des populations est un enjeu de la démarche, mais ne pourra pas être justifiée par le seul fait de la prise en compte des recommandations. En effet, il est impossible d'attribuer le profit en santé de la population du seul fait de la pratique de l'Évaluation d'impact sur la santé, alors que d'autres interventions interfèrent sur les déterminants de la santé. Cependant, une évaluation de la compréhension des mécanismes d'actions qui influencent la santé peut s'avérer bénéfique.

L'évaluation de processus ne concerne pas les résultats que la démarche a initié, mais revient sur son déroulement. Elle permet de poser un jugement sur la manière dont s'est conduite l'Évaluation d'impact sur la santé ; son phasage en étapes successives, les relations entre les partenaires, leur participation, leur implication, etc.

L'analyse de la qualité est également un point important puisqu'elle permet d'identifier si l'EIS répond bien « aux exigences méthodologiques et éthiques de la pratique » (Jabot et Roué Le Gall 2017), en s'appuyant sur des standards définis par la littérature scientifique, comme par exemple les standards de Rajiv Bhatia (2014).

Cette sixième étape d'évaluation permet donc de faire un état des lieux de la démarche accomplie.

1.3.6.2. Modalités de mise en œuvre

L'évaluation peut se réaliser en interne ou en externe puisqu'elle est suffisamment indépendante de la démarche pour être réalisée par des personnes non impliquées dans celles-ci.

C'est une étape, documentée par la littérature étrangère. Cependant, en France, elle reste peu produite puisque la pratique des Évaluations d'impact sur la santé est émergente (Valentini et Saint-Pierre 2013).

Ces caractéristiques d'ordre éthique et méthodologiques font de l'EIS une pratique singulière (Jabot et Roué Le Gall 2017). Elle peut également être classée selon son mode de mise en œuvre.

1.4. LES DIFFERENTS TYPES D'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTE

Les Évaluations d'impact sur la santé peuvent se définir selon plusieurs critères qui détermineront la mise en œuvre de la démarche.

1.4.1. SELON LA DUREE ET LA PROFONDEUR

Il est courant de distinguer trois sortes d'Évaluation d'impact sur la santé (INPES 2015), se classant selon leur durée et leur profondeur. La manière de les réaliser est déterminée par certains facteurs tels que les ressources humaines et financières, les compétences à disposition, les données et informations, ainsi que le temps disponible et le calendrier du projet (Diallo 2010). Ainsi, il existe les Évaluations d'impact sur la santé rapides ou très rapides, intermédiaire et approfondie.

Il est tout à fait possible de mener une Évaluation d'impact sur la santé de qualité en peu de temps, ou avec des ressources limitées. Et selon le type retenu, le nombre de déterminants de la santé pris en considération et l'approfondissement de l'analyse seront variables.

- L'évaluation très rapide à rapide

L'Évaluation d'impact sur la santé très rapide s'effectue en quelques jours. Elle fournit un large aperçu des conséquences potentielles sur la santé ou se concentre sur 2 voire 3 impacts. Elle peut être utilisée lorsque le temps et les ressources sont limitées. C'est un exercice « hors terrain » basé sur la collecte et l'analyse de données accessibles préexistantes (revue de littérature scientifique).

L'Évaluation d'impact sur la santé rapide se déroule également en quelques jours, mais elle permet un aperçu plus détaillé des impacts potentiels sur la santé. Elle est utilisée lorsque le temps et les ressources sont limitées et peut faire appel à un évaluateur externe. Elle implique aussi une revue de littérature scientifique, auquel s'ajoute des entretiens avec des experts et des intervenants clés.

- L'évaluation intermédiaire

Cette Évaluation d'impact sur la santé dure entre 3 et 6 mois. Elle fournit une évaluation plus approfondie des impacts potentiels sur la santé avec une focale détaillée sur des impacts spécifiques (une dizaine). Elle nécessite beaucoup de temps et de ressources, impliquant généralement des évaluateurs externes. Elle est basée sur une revue de littérature, ainsi que sur la collecte de nouvelles données qualitatives auprès d'intervenants et d'informateurs clés.

- L'évaluation approfondie

L'Évaluation d'impact sur la santé approfondie se développe en 6 à 12 mois. Elle fournit une évaluation complète et poussée des impacts potentiels sur la santé. Elle nécessite beaucoup de temps et de ressources, faisant appel à un évaluateur externe la plupart du temps. Elle implique la collecte et l'analyse de données provenant de sources multiples (qualitatives et quantitatives).

1.4.2. SELON LA NATURE DE LA PARTICIPATION

Les Évaluations d'impact sur la santé ont comme composante essentielle de leur démarche, la participation des habitants. Elle se situe à deux niveaux ; une participation comprenant une implication des habitants sous différentes modalités dans les instances, et une participation où les habitants sont considérés comme une source de données (au même titre que la littérature). Ainsi, selon la nature de la participation des populations concernées par la mise en place du projet, programme ou plan, l'Évaluation d'impact sur la santé peut être classée en 4 catégories (Mahoney, Potter, et Marsh 2007; Jabot et Roué Le Gall 2017) :

- Non participative

Elle peuvent être non participatives, c'est-à-dire que les populations ne sont pas impliquées. L'Évaluation d'impact sur la santé se base alors sur une revue de littérature déjà existante. On retrouve ce type de démarche lorsqu'il y a des contraintes de temps ou une insuffisance de ressources.

- Consultative

Elles peuvent être consultatives. La population est alors interrogée et les données récoltées font partie de l'analyse.

- Participative

Elles peuvent être participatives. Les populations sont interrogées et intégrées dans le processus d'analyse de la démarche.

- À base communautaire

Enfin, elles peuvent être à base communautaire. Ces Évaluations d'impact sur la santé, rares, se déroulent sous l'impulsion de la population qui a alors le contrôle de la décision.

L'Évaluation d'impact sur la santé est donc une pratique régie par des valeurs et structurée en étapes. La durée, la profondeur ainsi que la nature de la participation sont également des facteurs qui permettent de la définir. Cependant, une grande diversité dans la pratique (Valentini et Saint-Pierre 2013) existe ; « la gamme des modèles d'Évaluation d'impact sur la santé et des guides s'est considérablement élargie au cours de la dernière décennie, de leurs fondements théoriques à leur mise en application ». C'est à partir de cet état des lieux que la question de la réalisation de cette sixième étape de la pratique, l'évaluation, se pose en France, et notamment dans les Pays de la Loire.

PARTIE 2 : L'ÉVALUATION DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE

2.1. CONTEXTE

2.1.1. L'ÉMERGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION

La France connaît, depuis les années 2010, un essor de la pratique d'Évaluation d'impact sur la santé qui commence à intéresser de plus en plus d'institutions. Ainsi, l'application de cette démarche au projet de la Halte ferroviaire de Pontchaillou à Rennes, constitue la première expérience aboutie de mise en œuvre d'EIS en France à un projet d'aménagement urbain (Tollec et al. 2013). Alors que cette pratique reste encore à un stade expérimental (Tollec et al. 2013), de nombreuses collectivités, Agences Régionales de Santé, ou organismes se sont emparés de cet outil. Il se « réalise plus aisément à l'échelon local » (Valentini et Saint-Pierre 2013) et possède plusieurs finalités. Il est à la fois un instrument de réduction des inégalités de santé (Laporte et Ginot 2016), celui de la promotion de la santé (Dubreuil et Prisse 2014), et un outil d'intégration des préoccupations de la santé dans toutes les politiques (Valentini et Saint-Pierre 2013).

Aujourd'hui, une vingtaine d'Évaluations d'impact sur la santé ont été réalisées ou sont en cours de réalisation sur le territoire français (Jabot 2016) et les acteurs de la démarche se retrouvent alors confrontés aux étapes 5 et 6 de la démarche (suivi et évaluation) qui sont des étapes peu documentées dans la littérature. En effet, alors que les phases de sélection, cadrage, estimation des impacts et élaboration des recommandations se définissent comme des périodes de travail d'expertise, mobilisant un nombre important de références et de guides méthodologiques, l'étape de suivi inscrit le travail dans une autre dimension, plus routinière et moins ponctuelle qui consiste en l'accompagnement de la mise en place des recommandations. Une Évaluation d'impact sur la santé est alors considérée par la communauté d'acteurs français comme étant terminée lorsque ce deuxième travail est engagé, après la remise du rapport.

La phase d'évaluation, quant à elle, également peu définie dans les guides, est une préoccupation très récente en France. En effet, alors que l'engouement devient national pour la pratique d'Évaluation d'impact sur la santé, restant cependant discrète et « intersectorielle entre le secteur de la santé et le secteur municipal » (Valentini et Saint Pierre, 2012), cette ultime étape commence à devenir une préoccupation des parties prenantes qui souhaitent revenir sur leur expérience. Ainsi, la journée de

discussion du 11 juillet 2017³, organisée par l'EHESP, afin de mettre en commun les expériences de plusieurs évaluations réalisées (ou encore en cours) en est la preuve. Des acteurs des Évaluations d'impact sur la santé de Strasbourg, Rennes, Bordeaux, Lille, etc., se sont retrouvés pour un temps de rencontre, de travail et de discussion. Ont été débattus plusieurs points dont la gouvernance, les étapes de sélection et d'estimation des impacts. La phase d'évaluation a été abordée comme un point important et primordial pour tous ceux engagés dans les Évaluations d'impact sur la santé. La question « *qu'est-ce que ça a donné ?* » a été longuement traitée.

2.1.2. LE CONTEXTE DE LANCEMENT DES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTE EN PAYS DE LA LOIRE

L'Agence régionale de santé des Pays de La Loire, créée en 2010 dans le cadre de la Loi réformant l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite Loi HPST) (Préfète de la Loire Atlantique 2015), est un établissement public à caractère administratif. C'est un service de l'État qui a pour missions de mettre en place la politique de santé dans la région et d'accompagner les modifications du système de santé. Ainsi, en concertation avec l'ensemble des professionnels et des citoyens, elle élabore un Projet régional de santé (PRS) pour une durée de 5 ans (2012-2016 pour le premier). Aujourd'hui, l'ARS des Pays de la Loire est en pleine construction de sa deuxième génération de PRS, prévu pour 2018-2022. Feuille de route de sa politique santé, il est l'expression des préoccupations de l'agence concernant la population sur son territoire.

Le développement rapide des Évaluations d'impact sur la santé en France a été un enjeu pour l'ARS car ses bénéficiaires au service de la santé des populations pourraient rentrer dans les attributions de l'institution. C'est ainsi que dès novembre 2013, elle s'est emparée de ce nouvel outil de promotion de la santé, sur décision d'un Comité thématique⁴. Début 2014, un groupe projet interne est créé. Animé par le Département promotion de la santé et prévention (DPSP) regroupant des agents représentants des cinq délégations territoriales, il est en lien étroit avec le Département évaluation des politiques de santé (EPS). Il agit sur différents leviers afin d'encourager le développement de la pratique des Évaluations d'impact sur la santé, et définit une stratégie de montée en charge de celles-ci (recherche de partenariats, formations, mobilisation des personnes ressources, actions de communication, etc.). Ainsi, fin 2014, l'ARS des Pays de la Loire voit une hausse des compétences en interne et associe à cette volonté des collectivités et des institutions possédant une plus forte sensibilité en Santé Publique. En effet, afin de potentialiser les implications dans la démarche, l'ARS a

³ Rencontre des praticiens en EIS. Atelier organisé le 11 juillet 2017 à l'EHESP, Rennes (Jabot et Roué Le Gall)

⁴ Fiche action n°13 de la feuille de route partenariale Prévention de la commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention [...] pour l'année 2014 (Note de cadrage – groupe interne ARS Pays de la Loire de promotion de l'Évaluation d'impact sur la santé, avril 2014).

recherché des collectivités volontaires, avec un fort empowerment de la population. « *Devant la dynamique nationale, il est nécessaire de faire émerger une compétence et de développer celles du local* » (Réunion ARS, mars 2017). C'est ainsi qu'au printemps 2015, les villes de Nantes et Angers ont signé un avenant à leur contrat Local de Santé en y intégrant une fiche action spécifique pour la mise en place d'une Évaluation d'impact sur la santé sur leur commune. De plus, dans cette intention de promotion de l'outil, l'ARS se porte comme financeur et les appels d'offre sont lancés durant l'été 2015. Ainsi, de 2016 à mars 2017, trois Évaluations d'impact sur la santé sont mises en œuvre sur le territoire ; Nantes/Saint Herblain, Angers et Noirmoutier.

Aujourd'hui se pose la question de l'évolution de cette démarche. En effet, l'ARS ayant demandé une mobilisation des acteurs régionaux afin de la déployer territorialement, il faut maintenant pouvoir revenir sur ces trois expériences afin de les capitaliser. C'est ainsi qu'un projet est lancé au sein de l'ARS ; évaluer désormais le déploiement de la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé.

2.2. PRÉSENTATION DES TROIS ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTE

À ce jour, la région des Pays de la Loire recense trois Évaluations d'impact sur la santé, terminées, les rapports ayant été remis, et s'organisant actuellement autour de la phase de suivi de mise en œuvre des recommandations.

Ces trois études singulières portent sur ;

- L'intégration d'une Maison de Santé Pluri Professionnelle (MSPP) dans le Projet de Renouvellement Urbain (PRU) du quartier de Bellevue à Nantes et Saint-Herblain,
- La conception et l'appropriation des espaces publics dans le cadre du Projet de Renouvellement Urbain du quartier Monplaisir à Angers,
- Le Programme d'actions de prévention des inondations (PAPI) de l'île de Noirmoutier.

Voici une présentation succincte de chacune des trois Évaluations d'impact sur la santé, inspirée des monographies réalisées au cours de l'étude.

2.2.1. ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTE DE NANTES ET SAINT HERBLAIN

Cette démarche a été la première initiée sur le territoire des Pays de la Loire. Débutée en janvier 2016, il s'agit d'une Évaluation d'impact sur la santé prospective intermédiaire d'une durée de 7 mois et demi, de la réunion de lancement à la remise du rapport. Elle 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. Cette évaluation a été réalisée par un prestataire externe ; un cabinet de conseil regroupant des compétences complémentaires en matière de renouvellement urbain et de Santé Publique, suite à un appel d'offre de la ville de Nantes en octobre 2015. Le financement de cette étude a été entièrement pris en charge par l'ARS.

Elle s'inscrit dans le cadre d'un avenant dans la contractualisation entre l'ARS, la ville de Nantes, Nantes Métropole, le préfet de la région de Pays de la Loire et le préfet de Loire Atlantique. En effet, elle fait l'objet d'une action dans l'axe « santé environnement » du Contrat local de santé (CLS). De plus, la ville de Nantes possède un fort engagement dans la santé (Ville Santé OMS depuis 20 ans, existence d'Ateliers santé ville ASV, etc.). Ses politiques sont depuis longtemps dans une démarche globale de promotion de la santé et de qualité de vie urbaine.

Ce contexte favorable a permis d'initier la démarche sur le territoire des Pays de la Loire.

L'objet d'étude de cette Évaluation d'impact sur la santé est 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. En effet, le projet Grand Bellevue, dit « PGB », est un projet initié en 2012, dans la continuité de « Bellevue demain », afin de poursuivre la mutation

du quartier. En effet, celui-ci bénéficie du Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU 2014-2024). De plus, l'implantation de cette Maison de santé pluri professionnelle (MSPP) est inscrite dans le mandat municipal 2014-2020, et ainsi, portée par les élus.

Les instances mises en place afin d'assurer la gouvernance de cette Évaluation d'impact sur la santé se sont adaptées aux organismes déjà en place. En effet, le pilotage de l'Évaluation d'impact sur la santé a été intégré au comité de pilotage du Projet Grand Bellevue déjà existant, ayant validé en 2014 le principe d'une telle étude sur le projet. Plutôt que de créer un comité de pilotage « EIS » dédié et créé à cette occasion, des interventions ont été réalisées, concernant la démarche au sein de ce comité (à deux reprises). De plus, un comité technique ad hoc, restreint et décisionnaire a été instauré pour l'évaluation. Incluant le prestataire, il s'est retrouvé à quatre reprises durant l'étude et 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 pouvant être impliquées dans l'étude, de suivre le développement de l'EIS, de valider le rapport d'évaluation et de négocier l'atténuation des impacts sur la santé.

L'évaluation s'est déroulée suivant le processus des différentes étapes ; sélection, cadrage, analyse des impacts et élaboration des recommandations. L'arrivée du cabinet de conseil se situe au moment de la phase de cadrage.

Le processus de travail de cette Évaluation d'impact sur la santé s'est appuyé sur la mise en place d'un atelier partenarial qui s'est réuni à trois reprises. Il s'est composé d'une quinzaine de participants associant professionnels, habitants du quartier et institutions impliquées (ARS, collectivités).

De plus, une revue de la littérature et un recueil de données ont été effectués. La collecte s'est réalisée auprès des ateliers préexistants « Croisement des savoirs et pratiques » visant à mobiliser plus spécifiquement des habitants éloignés de la parole publique et de la santé, et auprès de l'atelier permanent du Projet Grand Bellevue⁵ lors d'une réunion dédiée à l'Évaluation d'impact sur la santé.

Le 8 septembre 2016, le comité de pilotage du Projet Grand Bellevue, garant du suivi des recommandations de l'Évaluation d'impact sur la santé, s'est réuni et ce fut l'occasion de la remise du rapport final.

Aujourd'hui, l'étude en est à sa phase de mise en œuvre des recommandations. Une restitution aux parties prenantes et un comité technique de suivi se sont déroulés les 7 et 29 juin 2017. Ce dernier,

⁵ 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.

assuré par le prestataire, reprenait les stratégies de suivi des préconisations (diffusion auprès des services techniques, etc.).

2.2.2. ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTE D'ANGERS

Cette Évaluation d'impact sur la santé s'est déroulée sur la ville d'Angers, dans un quartier également politique de la ville, en plein renouvellement urbain. Débutée en février 2016, elle s'est clôturée en mars 2017 à l'occasion d'une dernière réunion avec la remise du rapport (étude sur 13 mois). C'est une démarche prospective intermédiaire qui associe 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. Puis en octobre 2016, suite à un changement professionnel, le portage s'est déplacé sur la ville seule, qui est devenu l'unique pilote du projet.

C'est également le même évaluateur externe qui a réalisé cette démarche, associé à une consultante free-lance, spécialiste des politiques publiques sociales, médico-sociales et de santé. Le cabinet de conseil, regroupant des compétences complémentaires en matière de renouvellement urbain et de Santé Publique a été retenu suite à un appel à projet de la ville début 2016, et le financement a été entièrement pris en charge par l'ARS.

Cette Évaluation d'impact sur la santé s'inscrit dans une démarche incitatrice de l'ARS qui a proposé d'en faire une action du Contrat local de santé par un avenant. Le déploiement de l'étude fut lancé dans un contexte favorable ; la ville d'Angers étant volontaire et déjà sensibilisée aux questions de Santé Publique (Ville Santé OMS depuis 10 ans, ASV créé en 2008, etc.).

L'objet de cette Évaluation d'impact sur la santé porte sur la conception et l'appropriation des espaces publics dans le cadre du Projet de Renouvellement Urbain du quartier Monplaisir à Angers. Cette zone a été définie comme un quartier prioritaire de la politique de la ville, bénéficiant ainsi du Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU) qui se terminera aux horizons 2020-2025. Cette évaluation s'est concentrée plus particulièrement sur la configuration des espaces verts, les abords des équipements publics ainsi que sur d'autres aspects du projet favorables ou défavorables à l'essor des mobilités douces (tels que la marche et le vélo).

Deux instances ont été mises en place afin de mener cette étude. Le comité de pilotage, restreint et décisionnaire, regroupe l'Agence régionale de santé et la ville d'Angers (élus et techniciens). Le comité technique est, lui, un groupe de travail et de discussion. Il rassemble le prestataire (cabinet de conseil), l'Agence régionale de santé, les acteurs municipaux (PRU, Pôle Territorial, Santé Publique, Parcs et

Jardins, Sport et Loisirs, Voirie, Déplacements, Éducation/Enfance, Évaluation des Politiques Publiques, etc.), l'aménageur, et les bailleurs. Il se sont réunis chacun à quatre reprises au cours de la démarche, afin de réajuster, confirmer, décider, etc.

L'Évaluation d'impact sur la santé s'est déroulée en quatre étapes ; la sélection, le cadrage, l'analyse/estimation des impacts, et l'élaboration des recommandations. La phase de suivi est actuellement en cours. De plus, sous l'impulsion de la collectivité, un volet « formation des acteurs » a été intégré à la démarche et s'est réalisé en mai 2017.

Le prestataire est intervenu dans l'étude dans sa phase de cadrage. En effet, la première étape de dépistage a été réalisée en interne au sein de la ville, en collaboration avec l'Agence régionale de santé. Le travail de cadrage a fait l'objet d'un cahier des charges, sur la base duquel le cabinet a répondu à l'appel à projet.

Le processus de travail de cette Évaluation d'impact sur la santé s'est 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 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 sur chacune des étapes de l'évaluation.

De plus, une revue de la littérature, un profil de la population du quartier, un benchmark, ainsi qu'un recueil de données ont été effectués. La collecte a été réalisée grâce à plusieurs dispositifs ; 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 appartenant à des profils variés en termes d'âge, d'activité, de pratique, de lieu de résidence. De plus, une consultation d'un groupe mixte et équilibré Conseil Citoyen/Conseil de Quartier a été organisé dans le but de recueillir leur point de vue en termes d'analyse et de recommandations. Enfin, un atelier d'échange a regroupé les acteurs de l'Évaluation d'impact sur la santé et la Maitrise d'œuvre en charge du Projet de renouvellement urbain afin de présenter aux urbanistes les premiers éléments d'analyse remontant de l'atelier partenarial et de délimiter quel état d'avancement et quels éléments du projet urbain seraient présentés aux ateliers. En effet, la temporalité de cette étude a dû s'adapter aux contraintes du planning du PRU, notamment le fait d'attendre la réunion publique de celui-ci (le 15 septembre 2016) avant de pouvoir communiquer avec les habitants des différents ateliers.

Le 14 mars 2017, le quatrième comité s'est réuni et ce fut l'occasion de la remise du rapport final et de discussions sur les préconisations. Aujourd'hui, l'étude en est à sa phase de mise en œuvre des recommandations et de suivi, à l'aide d'un tableau de bord qui intègre des indicateurs de suivi. Une restitution aux habitants s'est également déroulée le 6 juillet 2017.

2.2.3. ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTE DE L'ÎLE DE NOIRMOUTIER

Cette Évaluation d'impact sur la santé s'est déroulée sur l'Île de Noirmoutier. Elle comprend quatre communes regroupées en Communauté de Communes (Barbâtre, La Guérinière, L'Épine et Noirmoutier en l'Île). 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). Créés en 2003, ils 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). Celui de Noirmoutier, arrivé à sa 2^e génération et s'étalant sur la période de 2013 à 2018, fut le premier à être labellisé en France en juillet 2011.

Cette Évaluation d'impact sur la santé se décrit comme une démarche prospective intermédiaire qui aura duré 10-11 mois (d'avril 2016 à février 2017). À l'inverse des autres études, l'appel à projet qui a désigné, en 2015, l'Observatoire régionale de santé (ORS) Pays de la Loire comme opérateur de la démarche, ne provenait pas de la collectivité elle-même, mais de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)⁶ qui a souhaité proposer un financement afin de débiter une démarche d'Évaluation d'impact sur la santé. L'équipe de l'ORS, alors retenue, s'était concentrée sur l'Île de Noirmoutier et son PAPI, en proposant à la Communauté de Communes volontariste de porter l'étude. Cette équipe se compose de collaborateurs seniors dont une personne formée à la démarche par le centre d'expertise et de formation de l'Université de Liverpool (IMPACT) et d'un sociologue spécialisé dans les démarches participatives et les approches qualitatives. De plus, l'ORS a bénéficié d'un appui méthodologique de la part d'une chargée d'étude de l'ORS Île de France.

La gouvernance de cette Évaluation d'impact sur la santé s'est organisée autour d'un comité de pilotage unique et créé pour l'occasion, qui s'est réuni à quatre reprises et qui comprend ; la Communauté de Communes (commanditaire de l'évaluation) associant les élus et les agents, les collectivités territoriales (le Conseil Régional et le Conseil Départemental de la Vendée), les services de l'État (l'ARS, la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement - DREAL, et la Direction Départementale des Territoire et de la Mer – DDTM) et la société civile (deux associations installées sur l'île). Ce comité est à différencier de celui propre au Programme d'actions de prévention des inondations, instauré sur le territoire de l'Île de Noirmoutier, et composé des représentants des financeurs, des maîtres d'ouvrages, des principaux partenaires techniques et de

⁶ 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 de modernisation de notre système de santé 2016).

l'État. Cependant, évoluant en parallèle, ces deux instances regroupent des parties prenantes communes, mais chacun ayant son rôle défini.

Les ressources allouées à cette Évaluation d'impact sur la santé proviennent d'un co-financement remis par Santé Publique France, l'Agence régionale de santé, la région des Pays de la Loire et la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL).

Cette étude s'est déroulée suivant les guides méthodologiques, en quatre étapes ; la sélection, le cadrage, l'analyse/estimation des impacts, et l'élaboration des recommandations. L'équipe évaluatrice et la Communauté de Communes ont construit ensemble la démarche, dès le début, en partenariat. Cependant, à ce jour, la phase de suivi de la mise en œuvre des recommandations n'est pas prévue, et celles-ci seront instaurées en « fonction des moyens disponibles et de l'implication des différents acteurs du territoire » (Rapport final, mai 2017).

Le processus de travail de cette Évaluation d'impact sur la santé a été effectué à plusieurs niveaux. En effet, l'équipe évaluatrice a produit des travaux tout au long de la démarche, discutés et validés en instance de pilotage où des habitants résident. Ils ont porté sur le recueil des données qualitatives sur les perceptions des résidents et des acteurs (du territoire, institutionnels, sanitaires, etc.). Ainsi, l'ORS a organisé 23 entretiens semi-directifs, un focus groupe et a distribué un questionnaire auprès des élèves des deux collèges de l'île (86 réponses). De plus, une revue de la littérature a été construite, ainsi qu'un profil du territoire (données environnementales) et de la population (données démographiques et de santé). Des recommandations ont ainsi été élaborées avec l'ensemble des parties prenantes rassemblées au sein du comité de pilotage.

Aujourd'hui, l'Évaluation d'impact sur la santé est terminée, le rapport ayant été envoyé aux partenaires engagés dans la démarche.

2.3. L'ÉVALUATION DES TROIS ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTE : CADRE THEORIQUE

Afin de réaliser cette évaluation du déploiement de la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé sur le territoire des Pays de la Loire, l'Agence régionale de santé a procédé, dès novembre 2016, à l'élaboration d'un projet de cahier des charges, désignant l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) comme expert et conductrice de l'évaluation. Ce cahier des charges propose alors une stratégie d'évaluation, incluant la gouvernance et le cadre méthodologique (questions évaluatives, rétroplanning, etc.).

En février 2017, une convention est signée entre l'ARS et l'EHESP, marquant le lancement de l'évaluation pour une durée de 11 mois. Parallèlement à cet accord, une annexe scientifique a été élaborée, définissant le cadre théorique et méthodologique de l'évaluation. Ainsi, la commande de l'Agence régionale de santé est présentée ci-dessous dans sa globalité. Ce mémoire s'inscrit entièrement dans ce processus, puisqu'il s'étale sur la période de mars à septembre 2017.

2.3.1. LA COMMANDE D'ÉVALUATION DES TROIS ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTE

2.3.1.1. La finalité de l'évaluation

Pour l'Agence régionale de santé, cette évaluation permettra de déterminer avec les acteurs ayant appliqué la démarche, les conditions favorables au déploiement des Évaluations d'impact sur la santé sur la région.

Ainsi, elle pourra disposer d'éléments de réflexion nécessaires afin de mieux informer les acteurs publics qui agissent en dehors du champ de la santé, des conséquences possibles de leurs décisions sur la santé de la population. L'analyse des expériences menées dans les différentes Évaluations d'impact sur la santé (sur un projet d'urbanisme ou de prévention des risques) aura pour but de proposer une stratégie de montée en charge des Évaluations d'impact sur la santé dans la région.

2.3.1.2. Les objectifs et effets attendus

Cette évaluation a plusieurs objectifs ;

- Déterminer les facteurs clés de réussite et d'échec d'une Évaluation d'impact sur la santé en prenant en compte les différentes étapes de sa réalisation
- Apprécier l'influence des Évaluations d'impact sur la santé sur les projets en termes de prise en compte des enjeux de santé (sont-ils plus favorables à la santé ?) et de réduction des inégalités de santé

- Juger si les objectifs des Évaluations d'impact sur la santé menées répondent bien à ceux du Programme Régional de Santé
- Formuler des recommandations sur les conditions de déploiement de la démarche et des éléments de réflexion sur le rôle et la place de l'ARS

2.3.1.3. Le questionnement évaluatif

L'évaluation comporte des questions évaluatives qui doivent répondre aux « besoins des parties prenantes en cohérence avec les buts poursuivis de l'évaluation et le développement de l'intervention » (Jabot, Pommier, et Guével 2017).

Ainsi, trois questions ont été élaborées par l'Agence régionale de santé, interrogeant respectivement le processus de mise en œuvre (Q1), les résultats en termes de changement induit par l'Évaluation d'impact sur la santé (Q2) et les conditions d'extension de la démarche avec un focus sur le rôle et la posture de l'ARS.

(Q1) Quels sont les facteurs clés de réussite et d'échec d'une Évaluation d'impact sur la santé en prenant en compte les différentes étapes de sa réalisation ?

Cette question renvoie à la définition des critères et des conditions de réussite

Elle concerne ainsi les Évaluations d'impact sur la santé dans leur processus de mise en œuvre et leurs résultats.

(Q2) La conduite des différentes Évaluations d'impact sur la santé aura-t-elle permis d'influer sur les projets dans un sens favorable à la santé, y compris la réduction des inégalités de santé ?

Cette question renvoie à la capacité des Évaluations d'impact sur la santé à influencer les projets avec un focus sur les inégalités sociales de santé. Elle permet de faire la relation entre le processus et les résultats.

(Q3) Dans quelles conditions le déploiement des Évaluations d'impact sur la santé est-il souhaitable dans la région ?

Cette dernière question évaluative permet l'identification des conditions à l'extension de la démarche (gouvernance, engagement des partenaires, etc.) afin d'aboutir à des recommandations.

2.3.2. LE DISPOSITIF D'ÉVALUATION

2.3.2.1. La gouvernance

La Directrice Générale de l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire est la commanditaire de l'évaluation. Les responsables de celle-ci sont des agents de l'institution ; membres des départements évaluation et promotion de la santé - prévention.

Pour mener à bien la démarche, un comité de pilotage, ainsi qu'un comité technique ont été constitués.

Le comité de pilotage se situe à un niveau stratégique et décisionnaire, il valide des orientations, discute les résultats et les recommandations. Il est composé des décideurs de l'ARS, des responsables de l'évaluation, des élus des collectivités impliquées et de l'équipe évaluatrice (EHESP). Il s'est réuni une première fois le 16 mai 2017 afin d'approuver les éléments de cadrage et de lancer le début de la phase de collecte des données et le retour vers les parties prenantes des trois Évaluations d'impact sur la santé au moyen des entretiens. Une deuxième réunion est prévue en janvier 2018 pour la remise du rapport et la validation des recommandations.

Le comité technique est une instance de débat, venant en appui aux responsables de l'évaluation. C'est un lieu de discussion sur les aspects méthodologiques, les questions transversales, les constats, et les recommandations. Il est composé de membres de l'ARS (avec les responsables de l'évaluation), des services techniques des collectivités, des acteurs des bureaux d'études porteurs des trois Évaluations d'impact sur la santé, de membres de l'Institut régional d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) des Pays de la Loire, et de l'équipe évaluatrice (EHESP). Le comité s'est réuni une première fois le 5 mai 2017. Une deuxième réunion est prévue le 28 septembre 2017, et deux autres avant la fin de l'évaluation (novembre 2017 et janvier 2018).

2.3.2.2. Le choix d'un évaluateur externe

Afin de réaliser cette évaluation, l'Agence régionale de santé des Pays de la Loire a fait appel à l'expertise en évaluation de Françoise Jabot de l'EHESP et de son équipe. Elle a ainsi fait le choix de d'externaliser l'évaluation en dehors de l'institution. L'EHESP n'étant pas impliquée dans la mise en œuvre des Évaluations d'impact sur la santé, elle est également indépendante des collectivités responsables de celles-ci. Elle a ainsi pour objectif de formuler un jugement, en réponse aux questionnements de l'ARS, tout en ayant le recul et l'objectivité nécessaire. De plus, il est possible que l'ARS, étant un organisme public, elle ait demandé aux opérateurs (l'EHESP) de fournir des éléments d'évaluation afin de juger d'un renouvellement de financement (Jabot, Pommier, et Guével 2017).

Cependant, il sera nécessaire d'être vigilant quant au degré d'appropriation des résultats. En effet, une évaluation externe peut engendrer un moindre potentiel d'utilisation de ceux-ci.

Selon Laurie Stevahn (et al. 2005), les compétences essentielles à acquérir en tant qu'évaluateurs sont des aptitudes autant méthodologiques que personnelles et relationnelles, associées à une connaissance et une compréhension du contexte.

Ainsi, l'équipe de l'EHESP reste en étroite collaboration avec les responsables de l'évaluation de l'ARS. En effet, des points téléphoniques réguliers, des échanges de mail, etc., témoignent d'une co-

construction volontaire de l'évaluation, afin de potentialiser les ressources et permettre une évaluation réussie.

2.3.3. LA METHODE D'EVALUATION⁷

2.3.3.1. La stratégie d'évaluation

La stratégie d'évaluation, définie par l'annexe scientifique de la convention, est basée sur le principe des études de cas comparatives. Cette méthode est un procédé de recherche adapté à l'exploration d'un phénomène dans son contexte et à l'analyse des interactions de celui-ci avec plusieurs éléments pertinents pour la recherche (Yin 2013).

Étude de cas unique : chaque Évaluation d'impact sur la santé constitue un cas unique qui sera étudié en fonction de paramètres pertinents au regard des questions posées ; contexte d'implantation, réalisation des étapes, modalités de travail, formes de la participation des parties prenantes, suivi et pilotage, devenir des recommandations, apprentissages générés.

Étude comparative des cas : une analyse transversale des trois Évaluations d'impact sur la santé sera 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 la démarche.

2.3.3.2. Le phasage

La stratégie d'évaluation s'organise dans une progression en cinq phases. Conçue sur un mode itératif, chaque étape produisant des informations nouvelles quant au questionnement évaluatif tout en permettant d'affiner ou de réorienter celui-ci, ainsi que de valider les données obtenues lors des phases précédents.

Ainsi, la phase 1 doit permettre d'apporter des éléments utiles à une description détaillée du contexte dans lequel les Évaluations d'impact sur la santé ont été initiées. Elle constitue une base pour préciser des éléments méthodologiques.

La deuxième phase est dévolue à l'étude des Évaluations d'impact sur la santé dans leur contexte. Elle est centrée sur le recueil des données en vue de la production de monographies pour chacune.

La troisième phase est destinée à l'analyse comparative des trois Évaluations d'impact sur la santé.

Une quatrième phase est envisagée en vue de récolter de nouvelles données pour compléter l'analyse, notamment en vue de répondre à la question relative aux effets de l'Évaluation d'impact sur la santé.

⁷ Données issues de l'annexe scientifique de la convention signée entre l'ARS et l'EHESP.

La cinquième phase est consacrée à la rédaction du rapport (conclusion et propositions). Elle comprend également les temps de restitutions dans les territoires concernés aux côtés de l'Agence régionale de santé.

Aujourd'hui, nous sommes dans la phase 3 de cette évaluation. Le recueil des données qualitatives a été en partie réalisé avec les acteurs des trois Évaluations d'impact sur la santé. Partiellement retranscrits, le codage de ces entretiens, ainsi que des documents relatifs aux trois expériences a débuté grâce au logiciel NVivo®. En parallèle, l'écriture des monographies est en cours.

PARTIE 3 : ANALYSE DES TROIS ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ DANS LES PAYS DE LA LOIRE

Ce mémoire participe à cette réflexion du travail d'évaluation commandité par l'Agence régionale des Pays de la Loire. En effet, en essayant de répondre à la question « comment considérer une Évaluation d'impact sur la santé de qualité ? », ce travail d'analyse va traiter d'une part du processus de chaque pratique en revenant sur le séquençage en différentes étapes, et d'autre part, l'intégration des principes basés sur les valeurs au sein de chaque démarche. C'est ainsi un focus permettant de fournir des éléments de réponse à la première question évaluative portant sur les facteurs clés de réussite et d'échec de la démarche qui est présenté ci-dessous.

Cependant, la réflexion produite n'a pas la prétention de porter un jugement définitif puisque l'évaluation est encore en cours, mais essaiera de déterminer, comment, à travers les premiers résultats obtenus, les trois Évaluations d'impact sur la santé répondent aux standards de qualité retenus pour cette étude, sur la base du référentiel créé (cf. Cadre d'analyse p. 8 à 10).

De plus, les données ayant été jusqu'à présent récoltées et traitées ne sont pas représentatives de l'ensemble des avis et points de vue des diverses parties prenantes des trois démarches, puisque le travail est encore en cours (entretiens prévus en septembre 2017, codage non terminé, etc.).

3.1. ANALYSE DU PROCESSUS : LE REFERENTIEL PAR ETAPE

Cette analyse a été construite sur le référentiel élaboré et présenté dans l'introduction de ce mémoire (cf. p. 9 et 10). Grâce à lui, les 4 étapes de l'Évaluation d'impact sur la santé ont été étudiées en profondeur dans chacune des 3 démarches (Nantes/St Herblain, Angers et Noirmoutier). Découpée en critères, chaque phase a été analysée au moyen d'indicateurs permettant de mesurer si ce séquençage a été réalisé, et comment. Cette étude permettra également de juger comment les acteurs se sont emparés de ce cadre méthodologique et l'ont adapté au contexte de chaque Évaluation d'impact sur la santé. Un tableau détaillé reprenant ces éléments se situe en annexe (cf. Annexe 1).

3.1.1. L'ETAPE DE SELECTION

Pour cette première étape, des indicateurs tels que l'utilisation d'une grille de sélection ou d'analyse, une identification des impacts, de la population concernée, des déterminants potentiellement touchés et une participation à la décision d'une équipe multidisciplinaire, ont été étudiés afin de répondre à des critères permettant de mesurer l'étape de sélection.

Dans ces trois Évaluations d'impact sur la santé, celle-ci a pris des formes différentes en fonction des contextes de lancement des démarches. En effet, alors que ces démarches ont, toutes les trois, été réalisées par des prestataires extérieurs à la collectivité ou l'ARS, deux d'entre elles (Nantes/St Herblain et Angers) ont « recruté » leur opérateur alors que cette phase avait déjà été effectuée. En effet, l'appel d'offre lancé par les collectivités nécessitait d'avoir des informations précises sur le projet. Un travail en interne avait alors été accompli. Ces deux évaluations se ressemblent puisqu'elles ont d'une part, été réalisées par le même opérateur, recruté sur appel d'offre, par des collectivités fortement intéressées par la démarche, et d'autre part, car elles sont portées sur des quartiers prioritaires de la ville.

Dans la troisième Évaluation d'impact sur la santé (sur l'île de Noirmoutier), le processus s'est effectué à l'inverse ; l'opérateur, souhaitant se lancer dans la pratique, a recherché une collectivité intéressée par la démarche, puis a répondu à un appel d'offre national de l'INPES proposant des financements. C'est donc le prestataire qui a effectué ce travail, puisque la réponse nécessitait d'avoir effectué cette étape.

L'utilisation d'une grille de sélection n'a pas toujours été retrouvé, néanmoins, il en ressort que cette étape a été le fruit de discussions croisées, de débats, etc. entre les différentes parties prenantes, reprenant certainement les aspects de cette grille (examen rapide du projet, évaluation rapide des impacts, estimation du contexte avec les ressources, les compétences, le temps dédié, la possibilité de faire évoluer le projet, etc., ainsi que les déterminants potentiellement impactés).

De plus, dans les discours, pour deux Évaluations d'impact sur la santé, il est retrouvé que cette étape peut être confondue avec le fait de choisir de faire porter l'Évaluation d'impact sur la santé sur un projet plutôt qu'un autre, le terme « sélection » faisant référence à un choix au début de la démarche. Cependant, dans les rapports finaux, cette étape est décrite et correctement comprise au sens de « screening », d'identification du projet.

Le moment de réalisation de cette étape diffère également en fonction des évaluations. En effet, les démarches de partenariat, de discussion, etc. sont longues avant d'aboutir à un accord sur l'EIS, même si elles sont préexistantes (signature d'un CLS, ateliers santé-ville, relations personnelles, etc.). La mise sur le marché de l'offre et le choix du prestataire ont également été des facteurs de temps. Ainsi, cette étape de sélection a pu être réalisée jusqu'à 2 ans avant le lancement officiel de la démarche. Cela peut avoir contribué au fait que cette étape soit moins fournie en termes de données.

C'est ainsi une étape primordiale qui doit nécessiter du temps puisqu'elle permet d'asoir la décision avant de se lancer dans une démarche et sa réussite permet de faciliter les suivantes.

Ces trois Évaluations d'impact sur la santé ne semblent peut-être pas avoir répondu à tous les indicateurs permettant de valider cette étape. Néanmoins, elles ont été poursuivies.

3.1.2. L'ETAPE DE CADRAGE

Pour cette deuxième étape, des indicateurs tels que l'utilisation d'une définition large de la santé, une identification des déterminants de santé retenus, du périmètre, un profil de la population, l'utilisation d'un modèle logique ou causal, l'organisation de la méthode de travail (création d'instances, de planning) et son fonctionnement, ont été étudiés afin de répondre à des critères permettant de mesurer cette phase.

C'est également une étape charnière dans le processus de l'Évaluation d'impact sur la santé, puisque c'est au cours de celle-ci que les modalités de mise en œuvre de la démarche sont établies. Tout comme la phase de sélection, elle s'est adaptée au contexte de chaque EIS et a été l'objet de discussions et d'échanges, formalisant ensuite les choix conceptuels et méthodologiques

Pour deux des trois démarches (les mêmes que précédemment), cette étape de cadrage s'est inscrite dans les cahiers des charges dans la mesure où ceux-ci ont dû être écrits par les collectivités (en lien avec l'ARS) à l'occasion des appels d'offre. Ils retracent leurs attentes vis-à-vis de l'EIS programmée, afin que les « candidats » puissent proposer une réponse à la commande. L'organisation de travail (création des instances, le planning, etc.) ont été décidés à ce moment-là (en amont du lancement

officiel de l'évaluation). C'est ainsi après la sélection de l'opérateur et au cours des premières réunions de gouvernance que les choix ont été validés avec les autres parties prenantes.

Pour la troisième Évaluation d'impact sur la santé, le déroulement de cette étape a fait suite plus rapidement à la phase de sélection. Il n'est pas le résultat d'un cahier des charges, mais du travail des opérateurs qui ont proposé les choix méthodologiques en instance de gouvernance.

Cette étape de cadrage a ainsi mis en avant deux méthodes de travail ayant été influencées par l'implication des parties prenantes. En effet, les deux premières ont bénéficié d'un portage fort de la ville qui souhaitait effectuer cette démarche sur leur quartier. Tout en étant très présente, elle a délégué le travail à l'opérateur. La troisième EIS a été encouragée par celui-ci alors que la collectivité ne connaissait pas la pratique. Le travail a donc été mené et animé par eux.

Ces méthodes de travail ont également influencé l'organisation des instances de gouvernance. En effet, le choix a été fait d'inclure la population dans la troisième évaluation dans le comité de pilotage alors que les autres EIS n'ont pas eu cette intention. Cela vient peut-être du fait de l'interprétation différente du terme participation (cf. 3.2.1.1. plus bas).

Cette étape de cadrage implique de mettre en relation les liens de causalité entre les actions du programme ou du projet avec les déterminants de la santé potentiellement affectés par les impacts de ce même projet. Pour aider à concrétiser ces liens, un modèle causal peut-être réalisé. C'est ainsi que les opérateurs de l'EIS de Noirmoutier l'ont utilisé et expliqué lors des entretiens réalisés avec eux. Pour les autres EIS, cet outil est confondu avec la grille d'analyse des impacts et peu de renseignements permettent d'expliquer l'identification des déterminants de la santé choisis.

Tout comme la précédente, cette étape de cadrage est primordiale puisque c'est à partir d'elle que se dessine l'Évaluation d'impact sur la santé. Tout en découle : les modalités de travail, l'orientation des recherches, etc. Les indicateurs n'ont pas tous été validés pour les trois démarches selon le cadre de référence. Cependant, comme après l'étape de sélection, les EIS ont été poursuivies et sont entrées dans leur phase d'analyse.

3.1.3. L'ETAPE D'ESTIMATION DES IMPACTS

Cette troisième étape est le cœur de l'évaluation puisqu'elle permet, au moyen d'une analyse des données collectées, de faire les liens entre les actions du projet ou du programme et la santé des populations. Pour permettre de la juger, des indicateurs sont été définis concernant ses deux

principales étapes (collecte et analyse). Ainsi, les trois Évaluations d'impact sur la santé sont appréciées d'une part selon la réalisation d'une revue de littérature, d'un profil des populations affectées par les impacts et d'entretiens ou de focus groupe, et d'autre part, selon la globalité de l'analyse, l'élaboration d'outils permettant de regrouper, classer et d'organiser les impacts, et la hiérarchisation de ceux-ci.

Dans les trois Évaluations d'impact sur la santé étudiées, une revue de la littérature a été réalisée. Elle a reposé sur revue bibliographique nationale et internationale de données scientifiques, de littérature grise, benchmark, etc. L'orientation des recherches a découlé de la phase précédente qui avait pour but d'identifier les impacts potentiels. De plus, des réajustements ou des élargissements ont été opérés au fur et à mesure de l'avancée dans la démarche.

Le profil des populations a été complété par un profil du territoire sur l'île de Noirmoutier afin d'approfondir l'analyse. Pour les trois EIS, l'identification des groupes de personnes potentiellement affectées a permis d'affiner les recherches. En effet, ces profils ont été réalisés au commencement des démarches et n'ont pas fait l'objet d'investigations nouvelles particulières pour les EIS (données déjà existantes). Cependant, ils ont aidé à préciser spécifiquement les populations touchées par chaque programme ou projet afin de s'adapter au mieux au contexte de chaque démarche.

Le recueil des données qualitatives (entretiens, focus group, questionnaires, etc.) a été réalisé sur des temps différents selon les démarches. Dans le cas de la démarche de Nantes/St Herblain, les apports de la littérature ont été réalisés séparément du recueil des données qualitatives. Première expérience d'EIS pour les opérateurs de cette démarche, ils ont réorganisé la méthode de travail lors de la deuxième EIS (à Angers) afin de pouvoir élargir la revue de littérature et de l'adapter au mieux. Pour l'EIS de l'île de Noirmoutier, l'apport des données qualitatives, contrairement à la littérature a obligé les opérateurs à effectuer de nouvelles recherches.

Ainsi, l'articulation et la combinaison de toutes ces données a permis de réaliser une analyse globale en mettant l'accent sur l'importance des données émanant de la population. Cela a pris différentes formes puisque pour les EIS d'Angers et de Nantes/St Herblain, des ateliers de travail ont été organisés avec la population, alors que pour celle de l'île Noirmoutier, les habitants ont été directement intégrés dans l'instance de gouvernance de l'EIS.

Afin de réaliser cette analyse des effets sur la population, les trois Évaluations d'impact sur la santé ont utilisé un outil permettant de regrouper, de classer et d'organiser ceux-ci. Ainsi, une matrice d'impact ou « *grille de synthèse d'estimation des impacts* », a été réalisée, et se retrouve dans les rapports. Les impacts ont ainsi été caractérisés ; sens, intensité, probabilité de survenue, délai, étendue, population affectée, etc. Cependant, les impacts ne semblent pas y avoir été hiérarchisés (pour aucune), alors que dans la démarche de Nantes/St Herblain, l'avis des habitants avait été

demandé lors des ateliers de travail concernant « *leur capacité à les hiérarchiser par rapport aux enjeux actuels du quartier, et futurs* ».

Ainsi, cette troisième étape, la plus longue, a été réalisée dans chacune des trois Évaluations d'impact sur la santé. Les phases de collecte et d'analyse ont été respectées et présentent tous les indicateurs retenus dans le référentiel, hormis la hiérarchisation des impacts, peut-être confondue avec celle des recommandations.

3.1.4. L'ETAPE DE L'ELABORATION DES RECOMMANDATIONS

Cette dernière étape jugée dans ce mémoire concerne la synthétisation des résultats et l'élaboration de propositions de pistes d'amélioration ou d'ajustement. Les indicateurs retenus dans le référentiel portent sur les recommandations (leur niveau stratégique et opérationnel, leur hiérarchisation, leur pertinence, et leur discussion), l'élaboration d'un rapport écrit et sa présentation en réunion.

Dans les trois Évaluations d'impact sur la santé, un travail a été effectué afin d'élaborer les recommandations. Présentées et discutées collectivement lors des réunions d'instance, ces pistes d'amélioration ont été approuvées et inscrites dans les rapports.

Cependant, selon les EIS et leurs modalités de travail, cette phase s'est déroulée différemment. En effet à Nantes/St Herblain et Angers où il existe des ateliers faisant participer les habitants, ces recommandations ont été travaillées et débattues avant d'être présentées en instance de gouvernance. Sur l'île de Noirmoutier, le travail a été réalisé par l'opérateur en amont de la réunion du comité de pilotage où elles ont été présentées et validées.

Les opérateurs des trois EIS ont réussi à élaborer des pistes réalisables et « *concrètes* », respectant une hiérarchisation en termes de priorités, de population affectée et de temporalité. Cette classification n'est pas retrouvée entièrement dans les rapports, cependant, elle a bien été décrite lors des entretiens avec les opérateurs.

La remise des rapports s'est effectuée lors des derniers comités de pilotage des Évaluations d'impact sur la santé de Nantes/St Herblain et d'Angers. Il est possible que celui d'Angers soit encore au stade des dernières modifications. En ce qui concerne l'EIS de l'île de Noirmoutier, il a été envoyé par mail dans sa version finale aux partenaires de la démarche en mai 2017 et une version est consultable en ligne sur le site Internet « Santé Pays de la Loire⁸ ».

⁸ Site internet : <http://www.santepaysdelaloire.com/ors/articles/evaluation-dimpacts-sur-la-sante>

Ainsi, cette dernière étape étudiée clôture ce qui est considéré comme le travail d'expertise d'une Évaluation d'impact sur la santé. En effet, chacune des trois démarches a pu l'accomplir jusqu'à son terme.

Alors que les étapes étudiées n'ont pas systématiquement « respecté » tous les indicateurs découlant des critères du cadre de référence élaboré pour l'occasion, cet angle de vue n'est pas suffisant pour juger de la qualité de chaque Évaluation d'impact sur la santé. En effet, l'évaluation sous l'angle des principes méthodologiques et du séquençage par étape apparaît comme indispensable puisque c'est grâce à lui que la démarche se formalise, mais il est nécessaire de pouvoir les apprécier également à l'aide d'autres standards de qualité tels que les concepts éthiques.

De plus, le déroulement par étape permet de cadrer la démarche, mais il ne s'effectue pas sous un mode linéaire. Les évaluateurs ont souvent témoigné être passés d'une étape à une autre sans l'avoir complètement terminée sans que cela nuise au déroulement de l'étude.

Par ailleurs, un indicateur non renseigné dans le référentiel n'implique pas un échec ou une malfaçon dans le processus de la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé, mais peut impliquer éventuellement une perte de temps pour les étapes futures.

En conséquent, ces trois Évaluations d'impact sur la santé ont toutes été réalisées en suivant le séquençage par étape. C'est une méthodologie dans la démarche qui a été respectée, malgré les fortes disparités dans les contextes de chaque évaluation.

3.2. ANALYSE DES VALEURS FONDATRICES : LE REFERENTIEL PAR PRINCIPE

Cette analyse a été construite sur le référentiel élaboré et présenté dans l'introduction de ce mémoire. Grâce à lui, les quatre valeurs fondatrices de l'Évaluation d'impact sur la santé ont été recherchées dans chacune des trois démarches étudiées.

3.2.1. LE PRINCIPE DE DEMOCRATIE

La première valeur étudiée au travers de ces trois Évaluations d'impact sur la santé concerne la démocratie. Cette notion est suffisamment large et peut se diviser en 2 concepts ; la participation et la communication.

3.2.1.1. La participation

Le Consensus de Göteborg, en 1999, a défini la participation comme étant « *l'implication la population dans le processus de décision et la correction du déséquilibre démocratique entre le gouvernement et la société* » (Wright, Parry, et Mathers 2005).

Cette participation des populations connaît différents degrés d'implication, retrouvés dans la littérature. L'échelle la plus connue est celle de Sherry Arnstein, élaborée en 1969 (cf. Illustration 3), mais d'autres modèles existent également (cf. Illustration 4) :

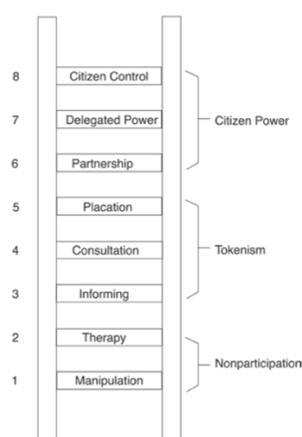


Illustration 3 : Huit barreaux sur l'échelle de la participation des citoyens (Eight rungs on the ladder of citizen participation)

Source : « *A Ladder Of Citizen Participation* » (Arnstein 1969, p. 283)

	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.

Illustration 4 : Tableau de l'échelle de la participation publique

Source : Institut du Nouveau Monde, août 2013 (« Les échelles de la participation publique » 2014).

Considérée comme la « pierre angulaire de notre démocratie » (Jouve 2005), la participation peut revêtir différentes formes comme le montrent ces échelles. Elles renvoient à des degrés d'implication des personnes. Ainsi, les plus bas niveaux de ces représentations correspondent à une participation quasi nulle voire inexistante. Au plus haut de l'échelle, elle correspond à un investissement entier des citoyens, dans sa forme la plus aboutie.

Alors que cette notion de participation dans la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé paraît intégrée et unanime pour les parties prenantes, puisque c'est justement elle qui la différencie des autres études, elle revêt divers formes et niveaux selon les trois Évaluations d'impact sur la santé du territoire de Pays de la Loire, engendrant des façons différentes d'initier la démarche. En effet, selon les personnes, les représentations de la notion sont autres. L'acceptabilité d'une telle démarche sera variée selon les parties prenantes présentes (freins de certaines collectivités) et ses attentes également. De plus, les dispositifs déjà mis en place avant l'initiation de la démarche peuvent également venir influencer les modes de participation.

Chacune des trois Évaluations d'impact sur la santé a impliqué les habitants dans le processus de mise en œuvre. En effet, ils ont été considérés comme des « des sujet actifs et porteurs d'une expertise (même profane) et de compétences spécifiques » (Hassenteufel 2011, p. 81). Ils sont alors situés sur l'échelle de l'illustration 4 à un niveau de « discussion », où les participants échangent autour d'un enjeu et confrontent leurs idées et leurs points de vue. Selon l'échelle de Sherry Arnstein, la participation des citoyens à ces évaluations peut se situer entre la conciliation où quelques habitants sont admis dans les organes de décision et peuvent avoir une influence sur la réalisation des projets (tel qu'à Noirmoutier), et le partenariat où la prise de décision se fait au travers d'une négociation entre les pouvoirs publics et les citoyens.

Ainsi, cette participation n'a pas seulement servi de « *concertation* », mais réellement de « *prise en considération des avis* » afin de s'en servir, témoignent les personnes interrogées.

Cependant, l'implication plus poussée de la population à Angers et à Nantes-St Herblain a été, selon les évaluateurs et les commanditaires, un véritable moyen de pouvoir produire de la connaissance sur les impacts possibles de la mesure (Villeval et al. 2016). Organisé sous forme d'ateliers, les habitants ont pu formuler un avis et travailler sur les questions soulevées par les Évaluations d'impact sur la santé. À l'inverse, à Noirmoutier, les habitants n'ont pas été impliqués de la même manière. En effet, une grande application de la notion de participation a été réalisée, mais les habitants interrogés lors des entretiens et des focus groupes n'ont pas construit le travail avec les évaluateurs. Cependant, ils étaient présents au comité de pilotage de l'Évaluation d'impact sur la santé, contrairement aux deux autres démarches, en visant à « augmenter la capacité d'agir des personnes en diminuant le déséquilibre démocratique entre les décideurs et la société » (Villeval et al. 2016). Leur présence dans cette instance de gouvernance a toutefois été discutée, peut-être du fait du manque d'habitude à collaborer ensemble.

De la même manière, la nature des personnes impliquées n'a pas été identique dans ces trois Évaluations d'impact sur la santé. En effet, la participation des populations vulnérables potentiellement affectées par la politique évaluée étant une valeur centrale de la démarche (Villeval et al. 2016), elle a été différenciée selon le contexte de chacune. En effet, la définition de « population vulnérable » a été adaptée au champ de l'évaluation (notion différente à Noirmoutier et à Angers par exemple), et même si on reconnaît que les opérateurs ont eu cette volonté de les atteindre, il en ressort que ce sont souvent les mêmes citoyens qui ont été impliqués, particulièrement ceux déjà « *investis, qui peuvent prendre la parole en public* ». Les démarches ont été réalisées par des opérateurs extérieurs et se sont déroulées sur des courtes périodes. Ce sont donc les citoyens les plus vite mobilisables qui ont été interrogés, déjà sensibilisés et souvent parties prenantes d'associations sur le terrain. Ils ne représentent pas de façon générale le quartier ou la ville. Cependant, des initiatives ont été prises afin « *d'aller chercher plus loin la parole des habitants [...] un peu plus invisible* », « *d'aller voir des gens qu'on avait pas forcément touché via les ateliers* », à partir de dispositifs existants ou créés pour l'occasion. Ainsi, à l'aide des ressources locales, des groupes de parole ont été investis, des questionnaires ont été distribués, une enquête de terrain a été réalisée, etc., afin de s'adapter au mieux aux populations concernées.

De plus, un point de vigilance a été soulevé par certaines personnes. On a retrouvé dans ces groupes de travail et dans les individus interrogés, des citoyens possédant des profils variés (habitants, professionnels, etc.). Ne possédant pas les mêmes attentes lorsqu'ils participent à une telle expérience, il a fallu donc s'adapter, nécessitant des compétences spécifiques en matière d'approche qualitative.

Ainsi, quelle que soit la nature de la participation des citoyens dans ces Évaluations d'impact sur la santé, elle leur donne « le sentiment que la santé et la prise de décision leur appartiennent et qu'ils interviennent personnellement dans la formulation des politiques » (Wright, Parry, et Mathers 2005). Cependant, les projets s'étalant sur des durées longues, voire très longues, il est impossible aujourd'hui d'être capable de montrer que la parole sera prise en compte, ce qui risque de démobiliser les participants sur d'autres études.

Mais cette notion a également eu un aspect salvateur dans l'exemple de l'Évaluation d'impact sur la santé de l'île de Noirmoutier. En effet, lors des entretiens avec la population, l'équipe évaluatrice s'est rendue compte que les données scientifiques recherchées dans la littérature n'allaient pas dans le sens des dires des habitants concernant les risques perçus d'inondation. Cette contradiction a permis ainsi de réorienter les axes de la démarche.

3.2.1.2. La communication

La communication est un élément indispensable à la réalisation d'une étude qui implique la participation des populations. En effet, comme en témoigne cet acteur de l'Évaluation d'impact sur la santé de la ville d'Angers, il faut établir « *une stratégie aussi en termes de communication et de mobilisation [...] quand on veut engager les gens sur une démarche d'Évaluation d'impact sur la santé* ». Le principe de démocratie dans la pratique fait également référence à la transparence et à l'accessibilité des documents concernant l'étude.

Ainsi, au cours de ces trois Évaluations d'impact sur la santé, cet aspect a été un élément fortement pris en compte. Elle a commencé dès l'engagement des parties prenantes dans cette étude afin de bien expliquer l'intérêt et le déroulement de celle-ci, comme l'explique cet acteur : « *sensibiliser à la démarche dans des réunions partenariales sur le quartier, pour expliquer qu'on allait faire une évaluation d'impact en santé, pour expliquer ce que c'était* ». À Noirmoutier, elle s'est organisée via Internet et un support papier ; « *nous, en ligne, sur notre site internet, on avait lancé... Enfin, on a indiqué qu'on travaillait sur le projet* » et « *on avait fait une petite plaquette quand on a commencé les entretiens, qu'on distribuait aux gens qu'on voyait, avec le déroulé... Les objectifs et le déroulé de l'étude. Et qui était aussi en ligne* ». La principale préoccupation de cette étape a été d'adapter les moyens aux personnes concernées, tout en essayant de les faire s'impliquer dans la démarche : « *dire que l'EIS, c'est pas seulement du débat dans une salle de réunion qu'elle soit dans le quartier. C'est aussi des déambulations sur le quartier, des échanges avec des habitants, le fait d'aller sur un marché. [...] que c'est pas seulement une étude de bureau* ».

La communication et la transparence dans ces Évaluations d'impact sur la santé a également été illustrée lors du retour aux parties prenantes. En effet, les démarches ayant été clôturées, la volonté de revenir vers les personnes qui ont participé s'est concrétisée sur deux des trois évaluations, afin de leur présenter les résultats et les recommandations abouties ; *« pour nous c'était absolument fondamental de faire un retour aux parties prenantes, à ceux qui avaient participé quand même à ce travail là »*. Ensuite, certains acteurs réfléchissent également à porter la communication à plus grande échelle afin de faire *« donner à voir à l'ensemble de la population »*. Ce travail est primordial afin d'assurer une entente entre les collectivités et ses habitants.

Cependant, seulement une Évaluation d'impact sur la santé propose le rapport à disposition des citoyens, en lecture libre. Pour les autres, il est surtout discuté de la pertinence de diffuser le rapport complet à une population non initiée à la démarche.

Ainsi, diverses méthodes ont été utilisées et la communication s'est étalée tout au long des démarches, hormis pour une où *« y'a pas eu plus de communication après dessus »*. Une communication mal faite peut-être un point de vigilance à avoir afin d'éviter le risque de non adhésion au projet, ainsi qu'un sentiment de rejet de la part des populations : *« c'est flou, c'est embrouillé, donc c'est que c'est pas clair, donc c'est qu'on nous cache quelque chose »* (témoignage d'un technicien d'une collectivité se mettant à la place d'un habitant ne recevant pas suffisamment d'éclaircissement concernant la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé). C'est alors un certain degré de confiance réciproque qui doit être installé, ce qui peut être compliqué dans la mesure où les évaluateurs sont des opérateurs extérieurs *« vu la temporalité de l'EIS, il est difficile de créer un lien de confiance avec des habitants »*. Il se peut également que la communication soit perturbée à cause d'une question de temporalité. En effet, dans le cas d'une des trois Évaluations d'impact sur la santé, l'avancée du projet sur lequel s'est implanté la démarche d'évaluation a obligé l'équipe EIS à différer la communication, comme l'explique cette personne ; *« on a été contraint au niveau calendaire, de la présentation du maire aux habitants, du projet du plan guide. Donc ça on a dû attendre, on a dû différer aussi les choses dans le temps à cause de ça »*.

Au regard du référentiel d'analyse (cf. p. 8 et 9), ce principe de démocratie est prépondérant dans chacune des trois Évaluations d'impact sur la santé étudiées, malgré le fait que celui-ci possède des interprétations différentes, induisant des mises en œuvre variées. En effet, il existe un certain degré de convergence entre les différentes façons de faire concernant cette notion, qui est justement approprié au contexte de leur mise en œuvre (Fredsgaard, Cave, et Bond 2009). Cependant, la notion de démocratie est acquise puisque, dans ces démarches, les citoyens possèdent le droit de participer

à la formulation, l'analyse, l'application et l'évaluation des politiques publiques ; que cette méthode favorise l'empowerment ; que les acteurs sont associés au processus et à la prise de décision ; et que la transparence est présente concernant les résultats et le processus.

3.2.2. LE PRINCIPE D'ÉQUITÉ

Le second principe, analysé au travers des trois Évaluations d'impact sur la santé est l'équité ou la justice sociale. Cette notion implique que la démarche porte une attention particulière à la répartition des impacts au sein de la population, en fonction de ses caractéristiques, notamment l'âge, le genre, les conditions socio-économiques, etc., en portant une attention particulière aux personnes vulnérables.

Ce concept a été intégré de manières différentes dans les démarches étudiées, puisque selon le contexte de mise en œuvre et l'appréciation de l'évaluateur, il s'est plus ou moins exprimé. En effet, des mécanismes explicites et implicites d'intégration de l'équité dans ces Évaluations d'impact sur la santé sont présents (Laporte et Ginot 2016).

Chacune des trois Évaluations d'impact sur la santé s'est basé sur des appuis, formalisant la démarche : guides méthodologiques, expériences d'autres pratiques déjà réalisées, Consensus de Göteborg, outils d'aide à la construction de l'analyse, etc. Ainsi, les parties prenantes ont été aiguillées dans la manière de pratiquer l'évaluation, afin qu'elle soit la plus adaptée au contexte, tout en étant suffisamment standardisée afin de répondre à la demande et aux valeurs de l'Évaluation d'impact sur la santé, notamment l'équité.

Cette notion est étudiée à travers les étapes de la démarche :

3.2.2.1. L'équité dans la phase de sélection

Cette notion a été installée, même implicitement, dès la phase de sélection des démarches. En effet, toutes font appel à une réflexion sur une définition large des déterminants socio-environnementaux de la santé et sur les populations principalement ciblées par la mesure en cours. Dans deux des démarches, l'intégration d'une telle évaluation a été opérée dans le cadre de programmes de réaménagement urbain, dans des quartiers prioritaires de la ville. Dans ces quartiers « *défavorisés, qui cumulent de nombreuses difficultés* », la préoccupation de la prise en compte de l'équité est déjà au centre de la démarche, puisque l'outil est utilisé sur une population déjà ciblée comme vulnérable par les indicateurs nationaux (pauvreté, précarité, chômage, etc.). Cependant, est-ce suffisant pour considérer que l'équité est prise en compte ?

3.2.2.2. L'équité dans la phase de cadrage

C'est dans la phase de cadrage que se dessine le profil attentif des habitants. Il permet alors de mettre en évidence les différents facteurs d'inégalités sociales, sanitaires et environnementales. Des groupes vulnérables ont ainsi été identifiés. Dans ces évaluations portées sur les PRU, par exemple, les femmes exposées au « *contrôle social* » sont vues comme des habitantes nécessitant une attention particulière. La troisième Évaluation d'impact sur la santé se différencie des deux autres puisque la définition même de la population sensible est singulière. En effet, les opérateurs se sont adaptés au contexte local et ont ainsi, caractérisé le terme vulnérable. N'étant pas situé directement dans une zone où il existe de fortes disparités socio-économiques, le profil des habitants et du territoire a poussé à considérer la fragilité de la population « *selon la personne* » ; son état de santé (âge de l'individu, genre, capacité à se déplacer, etc.), sa sensibilité au risque et sa capacité à y répondre (à faire face à des prescriptions d'aménagements ou suite à des dégâts sur son habitation), et son statut (habitants de résidence principale ou saisonniers, professionnels, etc.) ; ainsi que la fragilité « *liée à la zone géographique* » dans laquelle elle vit et pouvant l'affecter. Dans ce cas, c'est la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé qui s'est adaptée à la notion d'équité, qui n'était pas induite dans le plan lui-même. Cependant, une remarque peut être faite sur l'exclusion, décidée en instance de gouvernance, des personnes de passage, comme les touristes, qui représentent quand même une part non négligeable des personnes résidant sur le site, même temporairement, et potentiellement affectées en cas d'aléas, comme en témoigne cet acteur : « *y'a des différences, mais qui, pareil, finalement, on n'a pas vraiment pu creuser, qui sont plus des, des différences entre les populations... Les habitants [REDACTED] pour lesquels on a toutes les informations de l'INSEE, et puis les habitants secondaires, et les... Surtout les touristes, le gens qui sont plus de passage, pour lesquels on n'a pas d'information* ».

Les modalités de la participation citoyenne sont aussi définies dans cette phase de cadrage. Ainsi, elle a été organisée sous différentes formes dans le but de recueillir l'avis et les perceptions des gens (cf. 3.2.1.1. La participation). En intégrant la notion d'équité, les parties prenantes ont eu cette 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 pour différentes raisons (manque de temps, de données, de liens sur le terrain, etc.), comme le montrent certaines personnes impliquées dans les démarches : « *Nous, vu le, la temporalité de l'EIS, il est difficile de créer un lien de confiance avec des habitants qui sont éloignés des parcours de soins* », et : « *donc on savait très bien qu'il y aurait toute une population de [REDACTED] qui ne viendrait pas dans ces ateliers* ». L'apport de ces données qualitatives ont été essentielles afin de peaufiner le profil des populations et d'identifier d'autres groupes vulnérables quant à l'utilisation d'un équipement public

ou la sensibilité au risque (mamans avec leurs enfants en poussette, adolescents, etc.).

3.2.2.3. L'équité dans la phase d'analyse ou d'estimation des impacts

Au cours de la phase d'analyse, les principaux déterminants, pouvant être affectés par les projets, ont été discutés et étudiés. On les retrouve dans des modèles tels que des matrices d'impact, résultant de la mise en commun, d'un croisement de plusieurs sources de données telles que les documents du projet, la littérature, le profil des populations et la prise en compte de la parole des habitants. Cette matrice permet de faire ressortir les impacts, selon l'intensité, le périmètre touché, et surtout, les groupes de populations affectés. C'est ainsi un moyen important de pouvoir intégrer la notion d'équité, puisqu'il repère la répartition des effets des différents projets et plans. De plus, c'est une étude qui prend en compte et qui s'adapte aux personnes étudiées, puisque les déterminants varient en fonction de celles-ci.

3.2.2.4. L'équité dans la phase d'élaboration des recommandations

La phase d'élaboration des recommandations, dans ces trois Évaluations d'impact sur la santé s'est déroulée différemment selon les démarches, en faisant participer la population ou non. Ces préconisations sont cependant issues de tout le travail de recueil et d'analyse qui a été réalisé en amont, faisant ressortir ainsi le souci d'équité.

Ainsi, au regard du référentiel utilisé afin d'analyser ce concept d'équité (cf. p. 8 et 9), on s'aperçoit que cette valeur entre de façon transversale sur les différentes étapes du déroulement de la démarche d'EIS. De plus, les impacts ont été différenciés selon les caractéristiques des populations affectées et la notion de répartition de ceux-ci au sein de ces populations a été également effectuée.

Cependant, cette valeur est un concept subtil qui est encore inégalement intégré par les parties prenantes de ces trois EIS. Sa définition est flottante et elle reste « souvent une aspiration plutôt qu'une réalité » (Villeval et al. 2016). Dans deux des trois démarches, il existe même le sentiment que la prise en compte de l'équité se résume à la participation de la population à la démarche, alors que c'est une valeur primordiale qui peut être mobilisée pour réduire les inégalités (Laporte et Ginot 2016).

3.2.3. LE PRINCIPE DE L'UTILISATION ETHIQUE DES DONNEES

Ce principe d'utilisation éthique des données est la troisième valeur de référence citée dans le Consensus de Göteborg en 1999. Dans sa définition, il apparaît que l'utilisation des données

qualitatives et quantitatives doit être rigoureuse et fondée sur des disciplines et méthodes scientifiques afin d'obtenir une évaluation aussi complète que possible.

Dans la pratique, ce principe peut se voir sous trois angles que l'on retrouve dans le référentiel d'analyse des principes basés sur les valeurs (cf. p. 8 et 9) ; une analyse rigoureuse, une pondération des données et une exigence contraire entre les parties prenantes (ou une organisation du compromis entre décideur et évaluateur).

3.2.3.1. Une analyse rigoureuse

Dans chacune des trois Évaluations d'impact sur la santé, une analyse, proprement dite a été pratiquée dans l'étape d'estimation des impacts, afin de mettre en commun toutes les données recueillies sur le terrain et dans la littérature, et de qualifier les impacts que le projet ou le plan aura sur la population. Cependant, ce n'est pas le seul temps de travail de la démarche, et la rigueur prônée par ce principe doit se retrouver dans chacune des différentes étapes (sélection, cadrage, recommandation, et suivi également).

En effet, il est nécessaire d'avoir une expertise complète sur chacun des paramètres qui définissent le projet, afin d'être le plus global, tout en restant précis et concret (proche de la réalité). Pour cela, les acteurs des trois Évaluations d'impact sur la santé ont utilisé toute sorte de données.

Partant du principe que la démarche se caractérise par sa valeur de participation, le recueil de la parole des populations a été primordial et présent dans les trois évaluations. Ce recueil qualitatif s'est obtenu de diverses manières ; un questionnaire, une enquête sur le terrain, des observations, des visites du quartier, des ateliers de travail, de la concertation, etc. Sans chercher la représentation, il a permis de capter « *des avis et perception de la population* » en essayant de varier les sources.

Ensuite, en parallèle, il a fallu documenter. On retrouve cette recherche de littérature dans les trois Évaluations d'impact sur la santé, essentiellement de la part des opérateurs. Suivant le cours de leur déroulement, l'exploration a pris des formes variées. Nous retrouvons ainsi la littérature scientifique nationale et internationale afin, entre autres, de caractériser les déterminants et les rapports entre ceux-ci et les éléments du projet, comme en témoigne cet évaluateur ; « *le brassage des déterminants de santé, ça fait appel à des données qui sont publiées, qui relèvent d'énormément de disciplines* », avec des « *corpus théoriques qui sont relativement solides* ».

La méthode du « Benchmark » a également été utilisée par tous. Elle se traduit par une démarche d'observation et d'analyse des pratiques utilisées et des performances atteintes par d'autres. On la retrouve de façon écrite dans les rapports des évaluations ainsi que dans les entretiens ; « *on a beaucoup regardé les autres EIS françaises* », « *ce qui avait été fait à Pontchaillou, à Plaine Commune,*

et puis aussi à Villeurbanne, donc c'était les trois qu'on avait toujours sous le coude et qui nous permettait d'alimenter notre manière de faire ». Pour chacun des opérateurs, cette démarche d'Évaluation d'impact sur la santé a été la première expérience de ce type, ce qui peut expliquer leur volonté d'aller s'initier auprès d'experts de la pratique.

La littérature grise a également été sollicitée par les évaluateurs afin d'alimenter la démarche, comme les dossiers de projet d'aménagement, les cartographies, les plans, les documents des urbanistes, etc. Le profilage de la population et du territoire a aussi fait partie du recueil des données dans les trois Évaluations d'impact sur la santé.

Ces trois démarches semblent similaires par la nature des données recueillies. Cependant, les bibliographies se sont construites différemment. En effet, dans une des pratiques, les données recherchées ont été déduites et axées en fonction des propositions, issues des différentes instances de travail mobilisées. La revue de la littérature s'est ainsi progressivement élargie, au fur et à mesure du développement de l'étude, comme par exemple la prise en compte des déterminants de la santé qui n'avaient pas été retenus en première intention. Dans une autre Évaluation d'impact sur la santé, la « *revue de littérature a servi à alimenter les liens potentiels entre les actions qu'on retrouve dans le plan et les déterminants de la santé, ainsi que pour caractériser le lien entre ces déterminants et les impacts sur la santé* ». Il s'agit alors de méthodologies différentes dans les recherches ; le deuxième exemple ayant décidé de l'orientation des recherches dès la phase de cadrage en fonction des déterminants sélectionnés.

Une fois ces données recueillies, la phase d'analyse s'est déroulée dans le but de « *croiser le quanti et le quali, les données probantes et perçues* ». C'est un aspect qui a été soulevé et décrit comme « *difficile* » par les opérateurs des trois Évaluations d'impact sur la santé, d'autant plus que la réalité de terrain a pu, dans une des évaluations, « *déconstruire un certain nombre de choses qui sont publiées et scientifiquement valides* ». Alors que c'est un pilier fort de l'Évaluation d'impact sur la santé, la prise en compte des données perçues reste un point à approfondir, qui sera peut-être plus aisé à réaliser avec de l'expérience.

En effet, pour les parties prenantes, et surtout les opérateurs, de ces trois Évaluations d'impact sur la santé, ce fut la première expérience de mise en place de cette nouvelle pratique. Ainsi, afin de les réaliser, ils ont reçu une formation spécifique, délivrée par différents organismes (l'EHESP, l'université de Liverpool, une formation interne, etc.), leur offrant une boîte à outils. Cependant, le caractère flexible de la démarche, dépendant du contexte (Valentini et Saint-Pierre 2013), réclame une attention particulière pour chaque pratique réalisée (pas de possibilité de faire du « *copier-coller* »).

Afin d'aider les opérateurs à mieux prendre en compte ces données dans l'ensemble, et ainsi, garder une rigueur de travail, des guides méthodologiques ont également été développés à leur attention. Ils donnent des appuis stratégiques afin de dérouler la démarche. Ils présentent également des outils qui sont des dispositifs qui ont pu être utilisés par les évaluateurs des trois Évaluations d'impact sur la santé. Le modèle causal ou la cartographie des impacts, par exemple, a pris des formes différentes selon les démarches et son appropriation a suscité plus de réflexions dans certaines : « *On pose une hypothèse par extension que ça aura des impacts sur le taux de... le niveau d'anxiété des populations. Ça c'est sur les impacts. Mais du coup ça nous a fait mouliner les tableaux, les matrices etc. Mais nous il nous a paru important de mettre cette notion de causalité probante et d'hypothèse par extension* ». La matrice d'impact a quant à elle, été reprise et utilisée par tous. Ils ont su se l'approprier afin de l'adapter au contexte propre de leur Évaluation d'impact sur la santé.

Le passage de la théorie à la pratique n'a pas posé problème pour cet évaluateur ; « *tout ce qui concerne les aspects méthode-théories, je les ai appliquées presque de manière scolaire et je trouve que du coup... En tout cas, sur le processus, on a pas été mis en difficultés à la fois sur le respect du calendrier et nos relations avec nos différents interlocuteurs* ». À l'inverse, cet autre opérateur a peut-être eu plus de mal avec la mise en pratique ; « *j'ai trouvé que c'était vraiment difficile et je me suis dit "ouh là, on va jamais y arriver", et finalement, on a réussi à passer au-dessus* ».

De plus, plusieurs opérateurs ont fait appel à un soutien méthodologique afin de les aider, de les guider dans la mise en œuvre de la pratique. Cela a pu se traduire par une collaboration avec des personnes déjà expertes de la pratique, ou possédant des aptitudes particulières pour une discipline ou une approche (spécialiste en urbanisme, en recueil de données qualitatives, etc.). Ainsi, le travail en équipe pluridisciplinaire est un gage de pouvoir intégrer des compétences et des connaissances variées pour une meilleure réponse à la question des impacts potentiellement significatifs sur la santé (Bhatia et al. 2014).

Enfin, la notion de rigueur, dans le déroulement d'une Évaluation d'impact sur la santé pourrait aussi tenir au respect des étapes dans le déroulement de la pratique. En effet, comme en témoigne cet opérateur, ; « *le phasage qui peut paraître un peu parfois étriqué, structurant de l'EIS, en fait, il est contraignant à bon escient* ». Dans les trois démarches étudiées, ce processus méthodologique par étape est respecté. Cependant, il s'agit de pouvoir étudier le contenu de ces phases afin de déterminer si elles correspondent bien aux standards définis dans la littérature (cf. 3.1. Analyse du processus : le référentiel par principe).

3.2.3.2. Une pondération dans l'analyse

Le concept d'utilisation éthique des données peut également se définir par l'existence d'une pondération des données dans l'analyse. En effet, la participation des habitants à la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé permet de recueillir des « avis », des « craintes », des « perceptions », etc. Tout l'enjeu de ce principe de pondération est de pouvoir tenir compte de ces données en les intégrant dans le processus de l'analyse, au même titre que les autres données, telles que les apports scientifiques, qui pourraient, puisqu'elles sont prouvées, avoir plus de poids.

C'est une notion qui a été bien intégrée dans les trois démarches des Pays de la Loire, comme en témoigne cet acteur : « *c'est pas dans le sens de celui qui parle le plus fort* ».

Dans une des évaluations, les données perçues provenant du terrain n'ont pas été compatibles avec les données de la science. Ainsi, l'équipe évaluatrice a pu réajuster et repartir sur d'autres acquis scientifiques ; « *y'avait des choses qu'on avait en tête avec notre analyse de la littérature et finalement, c'est vraiment en se confrontant à la population que ça a évolué, qu'on s'est rendu compte que y'avait plein de choses qui, qui s'écroulaient* ».

Dans une autre évaluation, cette balance entre les données perçues et scientifiques a fait l'objet d'une remarque et d'un réajustement de la part de l'équipe d'évaluation. En effet, attaché à la valeur de démocratie et de participation (« *avait quand même un volet participatif très très fort* »), il a été noté, par une des parties prenantes, que cet apport essentiel des données du terrain n'avait pas été suffisamment bien reporté dans le rapport final ; « *on y retrouvait pas la matière en tout cas, et toute la richesse, qui nous semblait en tout cas de ce qui s'était passé dans les ateliers* ».

À l'inverse, dans une autre démarche, un choix méthodologique a été adopté, souhaitant porter plus d'attention aux données qualitatives. Cette évaluation a donc développé et analysé l'ensemble des données en ne prenant qu'une certaine partie des données issues des éléments fournis par l'aménageur, dans la mesure où ces documents n'étaient pas diffusables au public. L'Évaluation d'impact sur la santé possède une valeur principale de démocratie, plaçant au centre de la démarche la population. Cependant, dans ce cas-là, il n'existe plus de pondération.

3.2.3.3. Des exigences contraires

Une troisième approche découle de cette notion de l'utilisation éthique des données. Il s'agit de se concentrer sur la notion d'éthique. En effet, selon Kemm (2013), il y a une différence à marquer entre les exigences éthiques du décideur et celles de l'évaluateur. En effet, le décideur a la responsabilité des conséquences de ses décisions, alors que l'opérateur a la responsabilité la production de données la plus impartiale possible afin d'informer le décideur (Collectif 2017). On interroge donc la neutralité du responsable de l'évaluation, puisqu'il est missionné par le décideur afin de faire cette étude.

C'est une notion qu'il est difficile d'appréhender dans le cas de ces trois Évaluations d'impact sur la santé. En effet, n'ayant pas été présente au cœur du déroulement des études, il est relativement compliqué de percevoir une influence sur les résultats de la part du décideur, ou une orientation des recommandations profitable à certains. Lors des entretiens, il est apparu un respect déontologique du décideur de la part des évaluateurs ; ceux-ci étant considérés, à juste titre, comme leurs commanditaires et financeurs.

Dans deux des trois Évaluations d'impact sur la santé, la phase de sélection a été réalisée en amont, avant que l'évaluateur externe n'intervienne. Il a donc été recruté pour mener à bien cette demande, sans qu'il puisse approuver les choix qui avaient été faits. Tout en acceptant ce compromis, ces études se sont bien déroulées et sont arrivées à terme, sans avoir perçu une insistance particulière de la part de la collectivité. Les demandes ont été le fruit de débat comme en témoigne cet évaluateur : « *y'a eu des modifications [...] mais ils ont été débattus et respectés du coup* ».

La notion d'éthique peut aussi renvoyer au fait que certaines données ne soient pas divulguées à la population, alors qu'un travail a été débuté avec elle, quant aux transformations et au devenir de son quartier. En effet, dans une des évaluations, les opérateurs ont été contraints de devoir garder privées des informations concernant le projet d'aménagement en cours, en attendant la présentation officielle, 8 mois après le lancement de l'Évaluation d'impact sur la santé. De plus, des choix méthodologiques ont poussés les évaluateurs à considérer comme éléments à intégrer dans la démarche, uniquement des données présentées aux habitants, donc rendues publiques. Mais est-ce réellement pertinent dans la mesure où la démarche a pour but d'évaluer les impacts du projet dans sa globalité (et pas seulement les éléments de celui-ci partagés avec la population) ?

Ainsi, ce principe d'utilisation éthique des données, possède plusieurs aspects qui sont intégrés différemment dans les trois Évaluations d'impact sur la santé étudiées. L'analyse rigoureuse et la pondération des impacts renvoient à des notions méthodologiques que la plupart des démarches intègrent. Le concept d'éthique est, quant à lui, plus subtil à repérer et à apprécier puisqu'il renvoie à des principes moraux qui peuvent être contradictoires.

3.2.4. LE PRINCIPE DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Ce quatrième principe, issu du Consensus de Göteborg est peut-être le plus difficile à cerner et à intégrer dans une Évaluation d'impact sur la santé. En effet, se référant à sa vocation d'identifier les

effets du projet avec une vision sur le court, moyen et long terme, il ne se retrouve pas à toutes les étapes de la mise en œuvre de la démarche, contrairement aux autres principes.

Un impact étant déjà une conséquence inattendue et non recherchée, favorable ou défavorable sur la santé des populations, il s'agit alors de pouvoir mesurer celui-ci au regard de son évolution dans le temps. C'est un concept que certaines personnes ont du mal à comprendre « *je vois ça difficile à mesurer* ».

3.2.4.1 La priorisation des impacts

En pratique, les acteurs des trois Évaluations d'impact sur la santé se sont emparés de cette notion en intégrant un ordre de priorité pour les recommandations, défini alors par la notion de temporalité. Comme le cite ce monsieur, acteur de la ville : « *les hiérarchiser par rapport aux enjeux actuels du quartier, et futurs* ». En effet, la priorisation des impacts a été un critère permettant d'élaborer des préconisations « *phares* ». Et c'est ainsi, donner plus d'importance à certains effets, et soutenir plus vite des recommandations qui prendraient en compte la situation actuelle des habitants. Cela rejoint la préoccupation de cet autre acteur de la ville, pour qui la caractérisation des effets sur le court terme paraît plus important dans la mesure où la situation actuelle des habitants des quartiers est compliquée (difficultés sociales, destruction de logement, délocalisation, etc.) et que les recommandations devraient prioritairement se concentrer sur cela.

3.2.4.2. La vision à long terme

De plus, la démarche étant participative, elle a fait intervenir des habitants afin de parler de leur vécu, de leurs conditions de vie et de leur bien-être dans le quartier. C'est ainsi une photographie de l'instant, de leur quotidien dans celui-ci. Estimer les impacts à long terme paraît alors difficile à apprécier puisque le projet a lui-même vocation à transformer leur lieu de vie. En effet, ces démarches sont, pour deux d'entre elles, initiées lors d'un Projet de réaménagement urbain qui possède une durée de vie extrêmement longue et souhaitant des changements profonds sur le quartier. Ainsi, il est compliqué de « *se projeter à 2021, c'est dans trop longtemps* » et l'impact mesuré aujourd'hui sera sans doute différent d'ici là, du fait du projet.

Dans une des démarches, il a été fait une projection en termes de peuplement sur le quartier, afin d'émettre des hypothèses sur la ressemblance des habitants dans 20 ans. Cette initiative a permis de mieux se projeter. Cependant, les stratégies conduites par le projet de réaménagement vont amener un peuplement différent (« *accession à la propriété, nouveaux ménages, plus jeunes, avec des revenus*

plus élevés »⁹). Le profil de la population va changer d'ici 20 ans, ce qui pose la question de la pertinence de l'évaluation des impacts et des recommandations qui en découlent.

3.2.4.3. Le suivi des recommandations

La préoccupation pour les impacts, qu'ils soient sur le court, moyen ou long terme induit également une méthodologie spécifique afin de programmer le suivi des recommandations. C'est un thème abordé par l'ensemble des parties prenantes des trois Évaluations d'impact sur la santé, comme en témoigne cet acteur : « *c'est des vraies questions aussi en termes organisationnel aussi, qui se posent. Sur des projets qui durent des années* ». Il s'agit alors de mettre en place des dispositifs de suivi avec des indicateurs adaptés et d'impliquer les personnes sur de longues échéances.

Ainsi, ce principe de développement durable fait partie intégrante de la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé, puisque celle-ci a une vision prospective et prédictive. Elle favorise la prise de conscience des décideurs des répercussions que leurs actions pourraient avoir sur la santé des populations. C'est donc une projection dans le futur des effets que pourrait avoir le projet qui est mise en avant, ainsi que les moyens à mettre en œuvre afin de les réduire. L'application de ce principe ne traverse pas toutes les étapes des Évaluations d'impact sur la santé, mais est une préoccupation lors de l'estimation des impacts, de l'élaboration des recommandations, ainsi que lors du suivi, que ce soit de la part des opérateurs ou des autres parties prenantes des démarches. La vision à long terme, la prise en compte des effets évolutifs dans le temps et la flexibilité des comportements et des usages sont présents dans les discours des acteurs des trois Évaluations d'impact sur la santé, ainsi que dans les rapports et documents relatifs à celles-ci (cf. référentiel par principe p. 8 et 9).

Les valeurs étudiées au travers de ces démarches, considérées comme des critères de référence pour une pratique efficace, sont bien présentes, au regard du référentiel d'analyse construit pour l'occasion. Elles traversent les démarches, et les parties prenantes ont su se les approprier comme un cadre méthodologique à respecter. De plus, la diversité des environnements d'étude, ainsi que la pluridisciplinarité des profils des acteurs, les ont poussés à les adapter à leurs propres contextes.

⁹ Issu d'un rapport final d'une des trois Évaluations d'impact sur la santé.

CONCLUSION

L'évaluation du déploiement de la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé en Pays de la Loire, arrive dans un contexte de multiplication de la pratique sur le territoire français. Souhaitant instaurer plus de santé dans les politiques, cet outil, emprunté aux pays anglophones qui l'exploitait depuis de nombreuses années, a été promu par les instances régionales afin de permettre son déploiement au niveau local. Il est dans la continuité de dispositifs, tels que les Contrats Locaux de Santé, qui permettent d'une part de former des réflexions partenariales, des travaux en collaboration avec les collectivités, les élus, les services de l'État, etc., et d'autre part, d'apporter son aide à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. La vision holistique de la santé confère à l'EIS la possibilité d'évoluer dans tous les domaines (habitat, urbanisme, environnement, santé, etc.), puisque tous les déterminants sont considérés et étudiés. Elle est alors pensée comme un levier d'action pour la prise de conscience du rôle des autres politiques publiques. C'est une démarche qui souhaite également prendre en compte la parole des populations et l'intégrer dans le processus de décision, afin d'en d'orienter au mieux les choix possiblement favorables ou défavorables pour la santé. Véritable outil de promotion de la santé, l'Évaluation d'impact sur la santé a pour objectif de faire évoluer les projets vers plus de justice et de bien-être.

Assistées par la littérature qui propose de nombreux guides et soutien méthodologiques, on observe depuis quelques années, en France, une prise en main de cette pratique et de nouvelles compétences se développent. Ainsi, en Pays de la Loire, trois Évaluations d'impact sur la santé ont été réalisées en 2016, soutenues et aidées par l'Agence régionale de santé qui a souhaité s'emparer de ce levier pour diffuser le concept de politiques plus favorables à la santé.

Devant cette montée en charge, devenue une préoccupation également nationale, l'institution a décidé de lancer une évaluation de l'extension de la démarche. En revenant sur ces trois expériences, elle souhaite déterminer les facteurs clés de réussite et d'échec, afin de les capitaliser et d'envisager le déploiement sur la région.

Alors que les perspectives de cette commande dépassent, en termes de temps, le cadre de ce mémoire, une première piste de réflexion a été soulevée afin de rechercher et d'étudier les standards permettant à ces trois Évaluations d'impact sur la santé d'être jugées. Ainsi, malgré leur diversité, en raison de la particularité des populations, des domaines interrogés, des acteurs multiples, etc., ces évaluations ont toutes été guidées par des concepts et des valeurs qui la fondent, considérés également comme des critères de référence pour une démarche efficace et de qualité. C'est donc une

approche d'une part, basée sur le découpage en étape et d'autre part, sous l'angle des principes définis par le consensus de Göteborg en 1999 qu'elles ont été étudiées.

À l'image de la diversité de la pratique, chacune de ces trois évaluations se sont conçues selon les particularités de leur contexte. Ciblées sur des champs différents, les parties prenantes les ayant menées ont cependant su garder une trame méthodologique, à l'instar de leur élaboration en étapes successives, amenant à la construction de préconisations produites dans le but de soutenir la santé des populations. Ce découpage, réalisé dans chaque EIS, est nécessaire puisqu'il permet de formaliser la démarche, alors que les mises en œuvre sont dépendantes du contexte dans lequel elles se développent.

Les concepts éthiques étudiés dans les trois Évaluations d'impact sur la santé sont également influencés par les modalités de travail, internes à chacune. Ainsi, la démocratie est un principe prépondérant, malgré le fait qu'il possède des interprétations différentes, induisant des mises en œuvre et des méthodes de travail variées. La notion d'équité est un concept subtil qui est encore inégalement intégré par les parties prenantes. Cependant, l'angle de vue et la prise en compte des populations vulnérables dans ces études tendent au développement et à la diffusion de cette valeur. Le principe d'utilisation éthique des données renvoie d'une part à une analyse rigoureuse et une pondération des impacts que la plupart des démarches ont intégré, et d'autre part, au concept d'éthique, qui est plus subtil à apprécier puisqu'il renvoie à des principes moraux qui peuvent être contradictoires selon les personnes. Enfin, le principe de développement durable, ancré dans les trois EIS, a permis d'apprécier les impacts sur des temps différents (court, moyen ou long terme), en passant par une priorisation de ceux-ci, et renvoyant à l'organisation du suivi de la mise en œuvre des recommandations.

Les résultats de cette analyse ne sont pas suffisants et ne permettent pas de définir si chacune de ces trois Évaluations d'impact sur la santé sont de qualité. Cependant, l'opérationnalisation des concepts méthodologiques et éthiques, au cœur de chaque démarche est un atout dans le domaine de la promotion de la santé et une invitation à poursuivre la démarche sur le territoire français.

Ces trois Évaluations d'impact sur la santé réalisées sur les Pays de la Loire sont les premières expériences sur la région. Même si des dispositifs similaires ont déjà été réalisés, la mobilisation des compétences, des ressources humaines et financières, des partenariats, etc., pour ces démarches a été très forte. Soutenues par l'Agence régionale de santé, qui voit en elles une capacité à produire des projets plus favorables à la santé et un levier d'action dans la réduction des inégalités sociales et de santé, ces EIS doivent servir de modèle pour les futures démarches et permettre une plus forte assimilation des concepts qui la sous-tendent, à l'instar du principe d'équité.

Ainsi, afin de mieux prendre en compte et de pousser plus loin la réflexion sur ce concept dans les Évaluations d'impact sur la santé, plusieurs remarques ressortent de ces trois expériences.

Si l'équité est au cœur de la démarche, « certains auteurs relèvent une discordance entre la théorie et la pratique » (Laporte et Ginot 2016), contrairement au principe de participation qui est devenu une partie intégrante de la démarche. En effet, son application est induite et reconnue par tous comme une valeur ajoutée comparée aux autres démarches, et la littérature abonde d'articles le concernant. On a réellement su l'inoculer dans la démarche. L'équité est une notion plus subtile et dont on parle moins. Différente de l'inégalité, puisqu'elle se concentre sur le fait d'attribuer à chacun ce qui lui est dû (de rendre justice), l'iniquité n'apparaît pas sur l'agenda politique, contrairement aux inégalités sociales de santé ; article de la Loi de Santé Publique 2004 : article 2 alinéa 7 : « La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire » (LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique 2004).

C'est ainsi tout l'enjeu de pouvoir mettre en avant ce principe d'équité dans la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé, puisque la pratique est en pleine expansion en France, afin que ce concept se répande.

Tout d'abord, alors que les expériences d'EIS françaises augmentent, il serait intéressant de pouvoir utiliser les démarches d'évaluation d'impact qui ont été développées à l'étranger pour renforcer la prise en compte de l'équité à chaque étape de l'Évaluation d'impact sur la santé : l'« Equity Focused Health Impact Assessment », afin de prendre en compte les impacts sur les inégalités de santé de façon spécifique (Harris-Roxas et al. 2011 ; Povall et al. 2014).

Ensuite, sans forcément donner une méthodologie stricte, puisqu'elle ne sera pas forcément applicable au contexte dans lequel elle se déroule, des axes peuvent être discutés afin de mieux prendre en compte l'équité dans la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé.

Peut-on introduire de l'équité dans la participation ? dans les méthodes d'enquête ? Puisque la démarche a pour but de prendre en compte la parole des populations, peut-être serait-il envisageable de passer plus de temps avec ceux qui en ont le plus besoin, d'adapter les recueils de données (au moyen de traducteurs par exemple pour ceux qui ne parlent pas français).

Est-il possible d'instaurer une équité par déterminant ? Ce ne sont pas les mêmes déterminants qui sont affectés pour l'ensemble de la population, mais peut-être qu'une analyse plus importante des déterminants touchés par les populations les plus fragilisées est à envisager, afin de réduire les impacts potentiels ?

Est-il possible d'instaurer des recommandations différenciées ? Les recommandations proviennent de l'analyse des impacts, en tenant compte des avis et perceptions de la population, afin de limiter ceux-

ci, ou au contraire, les renforcer quand ils sont positifs. Peut-être que ces recommandations pourraient faire l'objet d'une priorisation plus importante selon les populations, notamment les plus vulnérables. Sans chercher à les stigmatiser, peut-être qu'il pourrait y avoir des recommandations spécifiques pour ces populations afin de réduire l'écart, et ainsi, augmenter leur qualité de vie.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

Barton H., Thompson S., Burgess S., Grant M., et Cave B. (2015), *The Routledge Handbook of Planning for Health and Well-Being: Shaping a Sustainable and Healthy Future*, Abingdon et New York, Routledge.

Champagne F., Contandriopoulos A.P., Hartz Z., et Brousselle A. (2011), *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, PU Montréal.

Collectif : Sherlaw W., Pommier J., Jabot F., Breton E. (2017), *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Rennes, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique EHESP, Le Gall J., Roué-Le Gall A., Potelon J.L., et Cuzin Y. (2014), *Agir pour un urbanisme favorable à la santé. Concepts et outils*, Rennes, Presses de l'EHESP.

Hassenteufel P. (2011), *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin.

Jabot F., et Roué Le Gall A. (2017), « Chapitre 19 : Evaluation d'impact sur la santé : un atout pour la promotion de la santé », in Sherlaw W., *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, 457-95.

Jabot F., Pommier J., et Guével M.R., (2017), « Chapitre 17 : Evaluation en promotion de la santé », in Sherlaw W., *La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone*, Presses de l'EHESP, 411-41.

Kemm J. (2013), *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*, Oxford, OUP Oxford.

Kemm J., Parry J., et Palmer S. (2004), « What is HIA? Introduction and overview », in Kemm J., *Health Impact Assessment*, Oxford University Press, 1-14.

Larousse (2016), *Le petit Larousse illustré*. Larousse.

Patton M.Q. (1996), *Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text*, London, New Delhi, SAGE Publications.

Yin R.K. (2013), *Case Study Research: Design and Methods*. SAGE Publications.

ARTICLES DE REVUES

Arnstein S. R. (1969), « A Ladder Of Citizen Participation », *Journal of the American Institute of Planners*, vol. 35, n°4, pp. 216-24.

Contandriopoulos A.P., Champagne F., Denis J.L., Avargues M.C. (2000), « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 48, n°6, pp. 517-39.

Dubreuil M., et Prisse N. (2014), « Les EIS: un outil de promotion de la santé », *Territoires, incubateurs de santé?*, Les Cahiers de l'IAU îdF, n° 170-171, pp. 180-183.

Harris-Roxas B.F., Harris P.J., Harris E., et Kemp L.A. (2011), « A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation », *International Journal for Equity in Health*, vol. 10.

Jabot F., Ridde V., Wone I., et Fond-Harmant L. (2014), « L'évaluation, une voie pour faire progresser la promotion de la santé en Afrique ? », *Santé Publique*, vol. S1, n°HS, pp. 21-34.

Jouve B. (2005), « La démocratie en métropoles : gouvernance, participation et citoyenneté, Abstract », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 2, pp. 317-37.

Laporte A., et Ginot L. (2016), « La démarche d'évaluation d'impact sur la santé : un outil de réduction des inégalités », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°16-17 (juin), 313-9.

Mahoney M.E., Potter J.L.L., et Marsh R.S. (2007), « Community participation in HIA: Discords in teleology and terminology », *Critical Public Health*, vol.17, n°3, pp. 229-41.

Peyrefitte M. (1998), « L'évaluation de processus d'une politique publique territoriale », *Politiques et management public*, vol. 16, n° 2, pp. 71-94.

Povall S.L., Haigh F.A., Abrahams D., et Scott-Samuel A. (2014), « Health Equity Impact Assessment », *Health Promotion International*, vol. 29, n°4, pp.621-33.

Stevahn L., King J.A., Ghere G., et Minnema J. (2005), « Establishing Essential Competencies for Program Evaluators », *American Journal of Evaluation*, vol. 26, n°1, pp. 43-59.

Tollec L., Roué le Gall A., Jourden A., Auffray F., Jabot F., Vidy A., Thébault P., Mordelet P., Potelon J.L., et Simos J. (2013), « L'Évaluation d'Impacts sur la Santé (EIS) : une démarche d'intégration des champs santé-environnement dans la voie du développement durable Application à un projet d'aménagement urbain : la halte ferroviaire de Pontchaillou à Rennes ». *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, vol. 4, n°2.

Turgeon J., et Jabot F. (2010), « Évaluer l'impact potentiel des politiques publiques sur la santé : les astres sont bien alignés ! » *Santé Publique*, vol. 22, n° 4, pp. 363-65.

Valentini H., et Saint-Pierre L. (2013), « L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques ». *Santé Publique*, vol. 24, n°6, pp. 479-82.

Villeval M., Bidault E., Lang T., Alias F., Almudever B., Birelichie L., Basson J.C., et al. (2016), « Evaluation d'impact Sur La Santé et Évaluation d'impact Sur l'équité En Santé : Éventail de Pratiques et Questions de Recherche ». *Global Health Promotion*, vol. 23, n°3, pp. 86-94.

Wright J, Parry J., et Mathers J. (2005), « Participation in Health Impact Assessment : objectives, methods and core values », *Bulletin of the World Health Organisation*, vol. 83, n° 1, pp. 58-63.

DOCUMENTS

Diallo T. (2010), « Guide d'introduction à l'Évaluation d'Impact sur la Santé en Suisse ». Plateforme Suisse sur l'Évaluation d'Impact sur la Santé (Plateforme EIS) avec le soutien de Promotion Santé

Fredsgaard M.W., Cave B., et Bond A. (2009), « A review package for Health Impact Assessment reports of development projects », Leeds, Ben Cave Associates Ltd.

Harris P.J., Harris-Roxas B.F., Harris E., et Kemp L.A. (2007), « Health Impact Assessment : a practical guide », Sydney, Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE), UNSW.

INPES (2015), « L'Évaluation d'Impacts sur la Santé : Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables », Saint-Denis, INPES.

Lalonde L. (1974), « Nouvelle perspective de la santé des canadiens », Ottawa, Gouvernement du Canada.

Lauzière J. (2008), « Health Impact Assessment (HIA) : Guides & Tools ». National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, Public Health Agency of Canada.

OMS (1999), « Consensus de Göteborg : Etude de l'impact sur la santé, principaux concepts et méthode proposée », Göteborg.

Parvu L., Andrieu G., Cales M., et Institut d'Études Politiques. (I.E.P.) (2015), « L'évaluation d'impact sur la santé (EIS). Analyse comparée de démarches territoriales et étrangères pour améliorer la santé et l'équité en santé : Étude réalisée par les élèves de 4^{ème} année du Master "Risques, Sciences, Environnement et Santé" de Sciences Po Toulouse. » Toulouse, Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société (IFERISS).

Rajiv B., Farhang L., Heller J., Lee M., Orenstein M., Richardson M., et Wernham A. (2014) « Minimum Elements and Practice Standards for Health Impact Assessment, version 3 », North American HIA Practice Standards Working Group.

Rennes Métropole, S2D, et ARS Bretagne (2011), « Les Évaluations d'Impact sur la Santé (EIS) : Une méthode simple et des outils pratiques. Agir pour la santé et le développement durable ». Rennes Métropole.

Romagon J. (2016), « L'évaluation d'impact en santé (EIS) comme un espace de production de savoirs : analyse du projet expérimental de l'EIS de la ZAC les Vergers du Tasta, Bruges », Bordeaux, Université de Bordeaux.

SITOGRAPHIE

Centre Européen de Prévention du Risque d'Inondation, « Les PAPI » [en ligne], 2017, [consulté le 15/06/2017]. Disponible sur <http://www.cepri.net/les-papi.html>.

INPES, « Evaluation d'Impact sur la Santé » [en ligne], Santé Publique France, 2014, [consulté le

02/06/2017]. Disponible sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation-impact-en-sante/default.asp>.

Institut du Nouveau Monde, « Les échelles de la participation publique » [en ligne], 2014, [consulté le 24/07/2017]. Disponible sur <http://inm.qc.ca/blog/les-echelles-de-la-participation-publique.html>.

L'association des professionnels de l'information et de la documentation, « Littérature grise : définition » [en ligne], ADBS, [consulté le 02/06/2017]. Disponible sur http://www.adbs.fr/litterature-grise-17647.htm?RH=OUTILS_VOC.

Organisation de coopération et de développement économiques, et Comité d'aide au développement, « Glossaire des principaux termes relatifs à l'évaluation et la gestion axée sur les résultats » [en ligne], 2002, [consulté le 25/07/2017]. Disponible sur <http://www.eval.fr/Documents/glossaire%20eval.pdf>.

Préfète de la Loire Atlantique, « Les services de l'Etat en Loire Atlantique : Santé », [en ligne], 2015, [consulté le 20/07/2017]. Disponible sur <http://www.loire-atlantique.gouv.fr/Services-de-l-Etat/Sante>.

Quadrant Conseil. 2017. « l'évaluation d'impact : qu'est-ce que c'est ? », [en ligne], 2017, [consulté le 01/06/2017]. Disponible sur [http://quadrant-conseil.fr/ressources/evaluation-impact.php#/.](http://quadrant-conseil.fr/ressources/evaluation-impact.php#/)

PRESENTATIONS

Jabot F. « L'évaluation d'impact sur la santé : introduction », diaporama présenté à UE 19 Evaluation des politiques et des programmes en santé publique ; Master PPASP - promotion 2016-2017, Rennes.

Jabot F. « Programmation et théorie d'action », diaporama présenté à UE 19 Evaluation des politiques et des programmes en santé publique ; Master PPASP - promotion 2016-2017, Rennes.

Jabot F. « L'évaluation en France : où en est-on aujourd'hui ? », diaporama.

DECRETS ET LOIS

Décret no 90-82 du 22 janvier 1990 relatif à l'évaluation des politiques publiques. s. d.

LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004. 2004-806.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016. 2016-41.

ANNEXES

Liste des annexes :

Annexe 1 : Tableau d'analyse : référentiel par étape

ANNEXE 1

Tableau d'analyse : référentiel par étape

EIS 1 : Nantes / St Herblain

EIS 2 : Angers

EIS 3 : Ile de Noirmoutier

Étape 1 : sélection

	EIS 1 Nantes/St Herblain	EIS 2 Angers	EIS 3 Ile de Noirmoutier
Utilisation d'une grille de sélection/d'analyse	<p>Utilisation d'une grille de sélection ?</p> <p>Étape réalisée en interne en 2015 au sein de la Mission Santé Publique ville de Nantes, en lien avec ARS</p> <p>Choix MSPP car dans le mandat du maire : localisation ds quartier prioritaire</p> <p>Mémoire d'Hanitra pour déblayer</p>	<p>Utilisation d'une grille de sélection ?</p> <p>Étape non formalisée, réalisée en interne en 2015 avec la ville d'Angers et ARS. "ARS qui est venue vers la collectivité dans le cadre du contrat local de santé. Qui a proposé que l'EIS soit une action du contrat local de santé, qui proposait le financement de cette évaluation"</p> <p>Choix localisation ; "Monplaisir en tout cas nous semblait le quartier peut-être le plus... le plus mur pour recevoir le projet"</p>	<p>Certainement utilisation d'une grille</p> <p>Document concernant l'étape de sélection ressemblant à la grille de sélection</p> <p>2 scénarios concernant le PAPI ds la globalité et le PAPI selon 2 axes</p>
<p>Identification des impacts</p> <p>Identification de population concernée</p> <p>Identification des déterminants potentiellement touchés</p>	<p>Impacts non identifiés</p> <p>Quartier prioritaire de la ville</p>	<p>Impacts non identifiés</p> <p>Quartier NPNRU</p>	<p>Impacts non identifiés</p> <p>Population concernée mise en évidence</p> <p>Déterminants affectés ciblés</p>

<p>Participation à la décision d'une équipe multidisciplinaire (représentants du milieu décisionnaire + population visée si possible)</p>	<p>Identification du projet : discussion croisée entre Nantes Métro, ville de Nantes, St Herblain et ARS</p> <p>Validation en décembre 2014 le principe de conduite d'une EIS sur l'intégration d'une MSP</p> <p>Janvier 2014 : projet EIS ARS/VdN</p> <p>Janvier 2016 lancement</p> <p>Pas la population</p>	<p>Direction aménagement (direction partagée) Angers Métropole</p> <p>ville d'Angers : direction santé publique (service prévention éducation promotion de la santé)</p> <p>Plus logique que au départ direction aménagement prenne le pilotage car EIS s'inscrit ds NPNRU (soutien direction santé publique)</p> <p>9 février 2016 ; cotech 1</p> <p>Pas la population</p>	<p>Décision de lancer EIS : président CC convaincu par ORS</p> <p>Président CC ayant validé le principe de travail EIS renvoyé vers le directeur du service environnement, en charge de la mise en œuvre du PAPI</p> <p>Présentation de l'EIS lors du copil du PAPI pour validation</p> <p>A ce stade, pas de participation de la population</p>
<p>Autre</p>	<p>Appel d'offre Novascopia a répondu</p> <p>Début en janvier 2016</p> <p>Terrain fertile (préoccupation santé forte dans la ville et la région)</p> <p>Mais pas de formalisation de cette étape de sélection</p>	<p>Appel d'offre Novascopia a répondu. A été retenu début 2016</p> <p>"Des choses qui faisaient qu'effectivement on était sur une dynamique qui était possible"</p> <p>Mais pas de formalisation de cette étape de sélection</p>	<p>Volonté de l'ARS de lancer des EIS sur la région, ORS sollicité</p> <p>ORS formé aux EIS recherche de collectivité partante</p> <p>réponse appel à projet de l'INPES</p> <p>lien perso avec Noirmoutier/ORS</p> <p>Document concernant la phase de sélection à disposition</p> <p>Fenêtre d'opportunité (nationale, régionale, locale, temporelle)</p>

Étape 2 : cadrage

	EIS 1	EIS 2	EIS 3
Définition de la santé	<p>Direction santé publique de la ville de Nantes le porteur de l'EIS</p> <p>Vision large de la santé</p> <p>Travail avec les membres des groupes partenariaux a savoir ce qu'est la santé</p>	<p>Direction de l'aménagement et direction de la santé publique porteurs, puis SP seulement</p> <p>Définition dans le cahier des charges et le rapport</p> <p>Discussion av conseiller municipal délégué à la santé ; la santé, pas que physique</p> <p>Aborder les habitants en parlant de bien être dans le quartier, pas de la santé au sens médical</p>	<p>Pas de connaissance dans la CC de l'EIS car pas de service de santé. Gros travail pédagogique pour expliquer la santé publique, les déterminants de la santé, etc.</p> <p>Définition dans le rapport</p>
Déterminants de la santé retenus et pourquoi ?	<p>Déjà réfléchi au moment de l'elaboration du cahier des charges.</p> <p>Novascopia a construit les déterminants en fonction des groupes de travail, des apports de la littérature, etc.</p> <p>Inspiré des travaux et outils issus du Guide «Agir pour un urbanisme favorable à la santé » de l'EHESP et des travaux issus du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Trois grandes familles de déterminants de santé explorées av accent sur ; mode de vie, structures sociales et économiques</p>	<p>Inspiré des travaux et outils issus du Guide «Agir pour un urbanisme favorable à la santé » de l'EHESP et des travaux issus du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Trois grandes familles de déterminants de santé explorées av accent sur ; cadre de vie, construction et aménagement</p>	<p>4 familles de déterminants pouvant être impactés par la mise en œuvre du PAPI</p>

<p>Profil des populations</p>	<p>Choix de la population : quartier prioritaire, av cumul de difficultés</p> <p>Mini profil dans le rapport pas de profil réalisé spécifiquement pour l'EIS, mais utilisation de données déjà existantes</p>	<p>Dans le cahier des charges (contexte du quartier, profil de la popu)</p> <p>Dans le rapport final (cadrage sur les populations concernées)</p>	<p>Accord av le copil : choix sur résidents permanents et saisonniers</p> <p>Pas les touristes (car différence saisonnalité et aléas submersion plsu souvent en hiver) + centrage sur population vulnérable par rapport au risque submersion marine : mobilité réduite, résident ds parties basses, et faible revenu pour subvenir aux prescriptions ou dommages)</p> <p>Profil du territoire et de l'état de santé effectué (données ORS)</p>
<p>Définition du périmètre</p>	<p>Périmètre déjà défini dans le cahier des charges au départ, localisation : l'EIS devait le définir</p> <p>3 périmètres thématiques 3 périmètres géographiques</p> <p>Puis choix extérieur de la localisation ds quartier des Lauriers de la MSP</p>	<p>Périmètre défini initialement dans le cahier des charges</p> <p>Périmètre précisé lors de débat ds cotech et copil</p>	<p>Périmètre décidé en copil : perspective globale du PAPI et pas seulement 1 ou 2 axes.</p> <p>Actions non encore mises en place ou pouvant être encore influencées par l'EIS</p>
<p>Utilisation d'un modèle logique ou causal</p>	<p>? (Confusion avec grille d'analyse des impacts)</p>	<p>? (Confusion avec grille d'analyse des impacts)</p> <p>Sorte de modèle causal dans l'étape d'analyse des impacts</p>	<p>Modèle logique réalisé pour illustrer les liens de causalité entre les axes du PAPI, les 4 familles de déterminants et les impacts sur la santé</p> <p>Comprendre les liens potentiels entre les actions du PAPI et les déterminants de la santé des hab de Noirmoutier</p>
<p>Organisation création Copil/Cotech</p>	<p>Organisé dans le cahier des charges</p> <p>Cotech créé pour l'EIS (restreint et décisionnaire)</p> <p>Pilotage intégré ds copil PGB</p>	<p>Organisé dans le cahier des charges</p> <p>Créés pour EIS : copil (gouvernance) cotech</p>	<p>Création d'une seule instance : copil (Copil EIS déjà existant)</p>

Réunion de concertation et de validation des choix méthodologiques	1 réunion de lancement 3 cotech 2 copil	Débats dans le cadre du cotech, puis copil, ont permis de confirmer la pertinence de faire porter l'EIS sur les thématiques déjà ciblées en amont de la mission Méthodologie de recueil d'information décidée en concertation entre Novascopia et ville Axes de recherche, issus des propositions émises dans les différentes instances de travail mobilisées pour l'EIS 3 cotech 2 copil	Echanges ds copil Document de cadrage formalisant les choix conceptuels et méthodologiques validé par copil 4 copil
Elaboration d'un rétro-planning (ou diagramme de Gantt)	Présence dans le cahier des charges	Certainement présent réunions copil et cotech programmées en avance Adaptabilité aux contraintes de temps qu'on avait, qui étaient extérieures à notre démarche mais dont il a fallu tenir compte sinon on aurait été complètement à côté du truc	Présenté lors des copil PAPI et copil EIS PAPI
Autre	Confusion entre étapes de sélection et cadrage Bcp d'éléments de l'étape de cadrage définis dans le cahier des charges écrit par la ville de Nantes en juillet 2015 (échanges av ARS) "Avec le cahier des charges aussi, ça nous a permis aussi de se replonger vraiment dans qu'est-ce qu'on attendait de l'EIS concrètement"	confusion entre étapes de sélection et cadrage Travail de cadrage a fait l'objet d'un cahier des charges bcp d'éléments de l'étape de cadrage définis dans le cahier des charges écrit par la ville (échanges av ARS)	Etape bien définie

Étape 3 : estimation des impacts

	EIS 1	EIS 2	EIS 3
Réalisation d'une revue de la littérature	<p>6 axes de recherche : conforter, nuancer, éventuellement invalider les pistes de réflexion élaborées dans ateliers de travail = revue de littérature faite en fonction du travail réalisé lors des ateliers de travail</p> <p>But : comprendre . Pratiques d'urbanisme sur la santé des populations . Incidence de l'environnement bâti sur la qualité de vie des habitants . Comportements modifiables et les déterminants de la santé.</p> <p>Benchmark réalisé (autres rapports EIS)</p> <p>Recherches faites séparément du recueil de données quali (une chose après l'autre)</p>	<p>Recueil de données quali en même temps que recherche données scientifiques et probantes ; meilleure analyse</p> <p>Littérature scientifique mobilisée sur des thématiques précises</p> <p>Analyse bibliographique s'est construite selon plusieurs axes de recherche, issus des propositions émises dans les différentes instances de travail mobilisées pour l'EIS. 6 axes de recherche ont été déterminés</p> <p>Revue bibliographique de la littérature scientifique internationale et nationale</p> <p>Revue de la littérature grise</p> <p>Benchmark sur des rapports d'EIS portant sur le même thème</p> <p>Elargissement de la revue de littérature au fur et à mesure du développement de l'EIS</p>	<p>Littérature scientifique internationale et nationale</p> <p>Littérature grise</p> <p>Thèmes spécifiques recherchés</p> <p>Benchmark sur les autres EIS réalisées</p>
Réalisation du profil des populations affectées par les impacts	<p>Identification de 4 groupes de personnes potentiellement affectées (choix fait lors des ateliers de travail)</p>	<p>Emergence de 4 catégories de population pouvant faire l'objet d'une analyse plus précise des effets différenciés en matière de santé (les professionnels et les usagers ne résidant pas dans le quartier, les femmes, les personnes âgées, les jeunes) choix de ces populations débattu en cotech et lors de l'atelier partenarial)</p>	<p>Données existantes : données de l'ORS</p>

Réalisation d'entretiens, de focus groupe, etc.	<p>Recueil de données et groupes de travail mélangés</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atelier partenariaux = groupe de travail (3 réunions) . Atelier permanent (1 réunion) . Atelier "croisement des savoirs et pratiques" (4 réunions groupe santé) . Atelier transversal (1 réunion) . Appel à contribution (nul) . Enquête vers membres atelier permanent (5 réponses) <p>Entretiens avec experts ? (cité ds le rapport, mais pas retrouvé)</p>	<p>Recueil de données quali en même temps que recherche données scientifiques et probantes ; meilleure analyse</p> <ul style="list-style-type: none"> . Atelier de travail (partenarial) (3 réunions) . Consultation groupe mixte conseil citoyen/conseil de quartier (1 réunion) . Enquête de proximité par questionnaire (av IFCS, 109 réponses) 	<ul style="list-style-type: none"> . Entretiens avec la population . Entretiens avec des experts . Entretiens avec des informateurs clés . Enquête par questionnaire auprès de collégiens <p>Entretiens semi-directifs (19 résidents et acteurs) focus groupe (transformé en semi-directifs car peu disponible) questionnaire auprès de collégiens de 3e et 4e de collèges de l'île</p>
Elaboration des outils permettant de regrouper, classer, organiser les impacts potentiels (utilisation d'une matrice d'impact ?)	"Grille de synthèse d'estimation des impacts" réalisée	Grille correspondant à l'évaluation par NovaScopia, à partir des éléments qualitatifs d'analyse recueillis (atelier partenarial, atelier avec le Conseil Citoyen, enquête de terrain réalisée par l'IFCS), et de l'analyse de la littérature scientifique mobilisée sur des thématiques précises.	<p>Outil proposé pour montrer analyse entre littérature et quali des liens entre PAPI et effets sur la santé : modèle logique chaîne de causalité</p> <p>Tableau de synthèse des impacts (dans le rapport) = matrice d'impact</p>
Hiérarchisation des impacts	<p>Avis demandé en atelier de travail aux habitants "leur capacité à les hiérarchiser par rapport aux enjeux actuels du quartier, et futurs"</p> <p>Dans grille d'estimation des impacts : pas de hiérarchisation</p>	<p>Dans grille d'estimation des impacts : pas de hiérarchisation</p> <p>Pas de hiérarchisation des impacts, mais directement des recommandations</p>	Pas de notion de hiérarchisation des impacts
Analyse globale	Faite en combinant les éléments de tous les ateliers et les données scientifiques	Analyser le lien entre les axes du NPNRU et la santé ou ses déterminants	<p>Croisement entre données existantes (profil popu, bibliographie) av données qualitatives nouvelles recueillies lors d'entretiens, etc.</p> <p>Quali important ++ car littérature contraire aux dires des habitants</p>

Étape 4 : recommandations

	EIS 1	EIS 2	EIS 3
<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Niveau stratégique et opérationnel . Hiérarchisation . Pertinence ou lien entre estimation et recommandation facilement identifiable (recommandations liées aux résultats et constats) . Discutées collectivement 	<ul style="list-style-type: none"> . Recommandations ont été pris en compte et validées par le comité de pilotage "reco concrètes" soucis de "comment les recommandations sont pouvoir s'intégrer dans la conception et dans le suivi" . Avis demandé en atelier de travail aux habitants avis demandé à l'aménageur = ensuite débattu en comité de pilotage . Lien existant A part les impacts sur environnement naturel (pas de reco pour la qualité de l'air, du bâti, etc.) . Formulées par opérateur . Présentées et débattues lors d'un atelier transversal, puis confrontées aux travaux de l'atelier des croisements et savoirs . Hiérarchisation discutée en comité, en groupe de travail, mais non retrouvé dans le rapport final hiérarchisation du suivi avec court moyen long terme 	<ul style="list-style-type: none"> . Copil : engager des débats, permis de discuter certaines recommandations, d'en écarter d'autres. D'avoir la prise en compte de l'ensemble des recommandations dans le futur PRU . Priorisation des recommandations en cotech avec des débats a priori, pas de participation de l'atelier de travail (partenarial) demande à l'atelier conseil citoyen/de quartier de formuler des reco . Lien existant 	<ul style="list-style-type: none"> . Hiérarchisation faite (ordre de priorité, d'échéance court moyen terme, de réalisable) av avis du copil (demande de participation) . Lien existant . Reco établies, discutées, validées (av copil et évaluateur)
Elaboration d'un rapport écrit	Oui "rapport final juillet 2016" + note de synthèse	Oui, mais pas dans sa version définitive	Oui
Réunion de présentation du rapport final	Dernier copil le 8 septembre 2016	Dernier copil le 14 mars 2017 : demande de modifications sur le rapport	Envoi du rapport par mail à tous les partenaires le 23 mai 2017 Diffusion sur internet à partir de juin 2017 santépaysdelaloire.com

BUÉ	ANNE-FLORE	20/09/2017
Master 2 Pilote des Politiques et Actions en Santé Publique		
Démarche d'Évaluation d'impact sur la santé : Réflexion sur l'évaluation d'une pratique récente dans la région des Pays de la Loire		
Promotion 2016-2017		
<p>Résumé :</p> <p>L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche innovante de santé publique. Décrite comme un outil d'aide à la prise de décision, elle identifie en amont les potentiels impacts sur la santé d'un projet, d'un programme, d'une politique, dans le but d'établir des recommandations permettant d'influencer la santé des populations.</p> <p>C'est une pratique en plein essor en France depuis 2011. La région des Pays de la Loire est particulièrement investie dans ce déploiement puisque trois EIS ont été réalisées sur le territoire pendant l'année 2016, soutenues et aidées par l'Agence régionale de santé, qui a souhaité s'emparer de ce levier pour développer le concept de politiques plus favorables à la santé.</p> <p>Elles s'appliquent à l'intégration d'une Maison de santé pluri professionnelle (MSPP) dans le Projet de renouvellement urbain (PRU) du quartier de Bellevue à Nantes et Saint-Herblain, la conception et l'appropriation des espaces publics dans le cadre du Projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers, et au Programme d'actions de prévention des inondations (PAPI) de l'île de Noirmoutier.</p> <p>Devant ces trois expériences aujourd'hui à leur étape de suivi, une volonté d'évaluation des démarches a été entreprise par l'ARS afin de déterminer les facteurs clés de réussite et d'échec, d'apprécier leur influence sur les projets et d'identifier les conditions de déploiement sur la région.</p> <p>Alors que les perspectives de cette commande dépassent, en termes de temps, le cadre de ce mémoire, une première piste de réflexion a été soulevée afin de rechercher et d'étudier les standards permettant à ces trois EIS d'être jugées. Ainsi, malgré leur diversité, en raison de la particularité des populations, des domaines interrogés, des acteurs multiples, etc., ces évaluations ont toutes été guidées par des concepts et des valeurs qui la fondent, considérés également comme des critères de référence pour une démarche efficace et de qualité. C'est donc une approche d'une part, basée sur le découpage en étape et d'autre part, sous l'angle des principes définis par le consensus de Göteborg en 1999 qu'elles ont été étudiées.</p> <p>Ainsi, cette réflexion a permis de mettre en exergue l'opérationnalisation de ces concepts méthodologiques et éthiques, au cœur de chaque démarche. C'est un atout dans le domaine de la promotion de la santé et une invitation à poursuivre la démarche sur le territoire français.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Évaluation d'impact sur la santé ; Pays de la Loire ; Évaluation du déploiement ; Standards ; Qualité ; Valeurs ; Étapes ; Démocratie ; Équité ; Utilisation éthique des données ; Développement durable ; Sélection ; Cadrage ; Estimation des impacts ; Recommandations</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		