ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

Laura Parvu
Mélanie Villeval

SCIENCES PO TOULOUSE

IFERISS
Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société

INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN FRANCE

- En France, malgré une espérance de vie très élevée en moyenne, le niveau **d'inégalités sociales de santé (ISS) reste parmi les plus élevés d'Europe** de l'ouest (Mackenbach et al. 2008) et n'ont aucune tendance à diminuer

- A 35 ans, un **homme cadre supérieur a une espérance de vie de 47 ans; un ouvrier de 41 ans** (Insee Première 2011)

- Les ISS sont des différences dans l'état de santé entre les groupes sociaux qui sont la conséquence d'une **distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé** = elles sont **socialement construites et évitables**

- Aujourd'hui les ISS sont mieux décrites et mises à l'agenda politique (Plans cancer, objectif des Agences Régionales de Santé, Stratégie Nationale de Santé…) mais on **manque encore de connaissances sur les moyens de les réduire**

CAUSES DES ISS

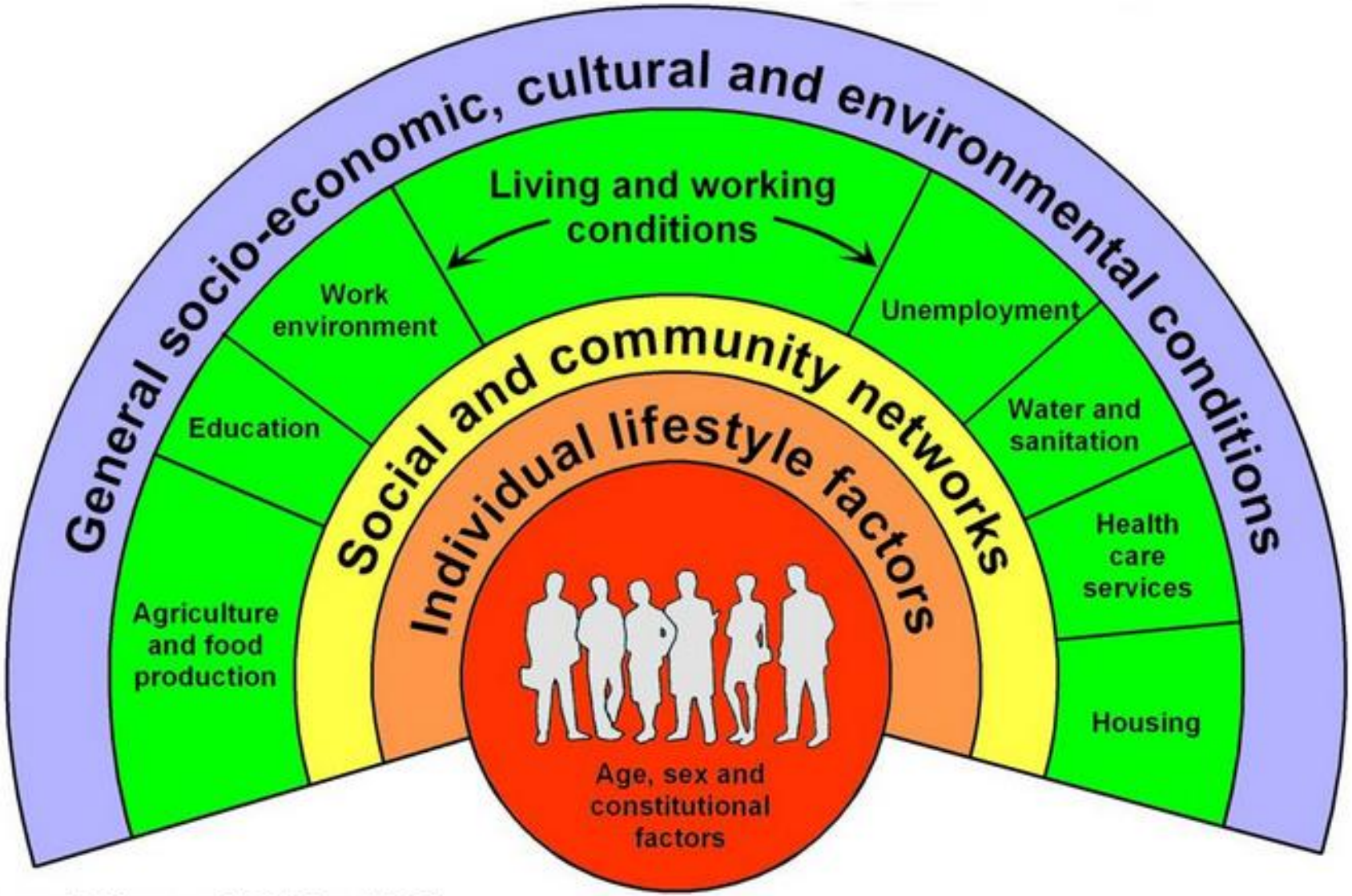
- Les ISS trouvent leurs racines dans une multiplicité de **déterminants de santé** inter-reliés :

- dans les comportements individuels
- dans le système de santé

- dans les **conditions de vie et de travail**, et les conditions **macro-économiques, environnementales et culturelles** (Whitehead , J Epidemiol Community Health 2007;61)

- Ces causalités agissent dès la vie intra-utérine et **s'enchainent tout au long de la vie**

LES DETERMINANTS DE LA SANTE



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

En modifiant ces déterminants, la plupart des politiques et projets **en dehors du système de santé** ont des impacts sur la santé et sur les inégalités de santé, mais ils sont le plus souvent **non prévus**

Ex. : logement, transports, éducation, politiques sociales, économiques

QUELLES INTERVENTIONS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ ET RÉDUIRE LES ISS ?

RENFORCER LES INDIVIDUS

ex. *Education pour la santé, information, renforcement des compétences psychosociales*

AMELIORER LES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL

Amélioration de la santé au travail, de l'accès aux soins et aux prestations sociales, amélioration du logement, etc.

Catégories d'actions pour réduire les ISS selon M. Whitehead (*JECH*, 2007)

RENFORCER LES COMMUNAUTES

ex. *Renforcement de la cohésion et du support social, empowerment collectif*

PROMOUVOIR DES MACRO-POLITIQUES FAVORABLES A LA SANTE

Impacter les politiques macro-économiques, culturelles, environnementales, etc.

IMPORTANCE D'ARTICULER LES NIVEAUX D'ACTION SUR LA CHAÎNE DE CAUSALITES

QUELLES INTERVENTIONS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ ET RÉDUIRE LES ISS ?

- La plupart des interventions visant à améliorer la santé des populations et réduire les ISS ciblent le **système de santé** et les déterminants proximaux (**modification des comportements individuels**)

- Peu d'interventions ciblent les **déterminants sociaux de la santé**

→ Plaidoyer politique

→ **Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS) = moyen d'agir sur ces déterminants, en introduisant une préoccupation pour la santé et l'équité en santé dans les décisions relevant de toutes les autres politiques**

QU'EST CE QUE L'EVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ ?

- Ensemble de procédures, méthodes et outils, qui visent à **évaluer les effets positifs et négatifs** potentiels d'un **projet**, d'un **programme** ou d'une **politique sur la santé**, ainsi que **la distribution de ces effets au sein de la population**
(Consensus de Göteborg, OMS Bureau régional pour l'Europe, 1999)

- Pour **produire des recommandations envers les décideurs** afin d'augmenter les effets positifs et de diminuer les effets négatifs du projet ou de la politique

- L'objectif est aussi de **sensibiliser les décideurs** à l'influence de leurs décisions, de manière plus générale, sur la santé (Mindell et al. 2008)

- Introduire une **préoccupation** pour la santé de manière **transversale** dans les autres politiques, plutôt que de penser la santé comme « impérialisme » ou « valeur suprême »

GRANDS PRINCIPES DE L'EIS

- L'objectif de **maximiser les effets positifs** et **diminuer les effets négatifs d'une proposition sur la santé** (relevant le plus souvent **d'autres secteurs que celui de la santé**)
- Une **approche globale** de la santé
- La **multidisciplinarité** et l'**intersectorialité**
- Le focus sur les **inégalités de santé**
- L'utilisation de « données probantes » de nature **qualitative et quantitative**
- La **transparence** du processus et des rapports

Mindell et al. 2003

VALEURS CENTRALES DE L'EIS

- **Démocratie** : participation des populations potentiellement impactées par la proposition; place égale accordée à l'ensemble des parties-prenantes
- **Equité** : prise en compte de la distribution des impacts au sein de la population
- **Durabilité** : prise en compte des effets indirects et à long terme
- **Aspect éthique des « données probantes »** : fondée sur des méthodes scientifiques

Diallo, Plateforme EIS, 2010

PARTIES PRENANTES DE L'EIS

La démarche d'EIS associe au sein d'un comité de pilotage :

- **Décideurs** politiques / promoteurs de projet
- **Populations** potentiellement touchées par le projet évalué
- **Experts** de la santé et d'autres disciplines

→La place et l'implication de chacun de ces acteurs **varient cependant selon les EIS** (décideurs plus ou moins impliqués dans les groupes de travail, participation variées des citoyens, etc.)

→ **Mise en débat et négociations** autour des questions de santé : sortir d'une vision biomédicale de la santé

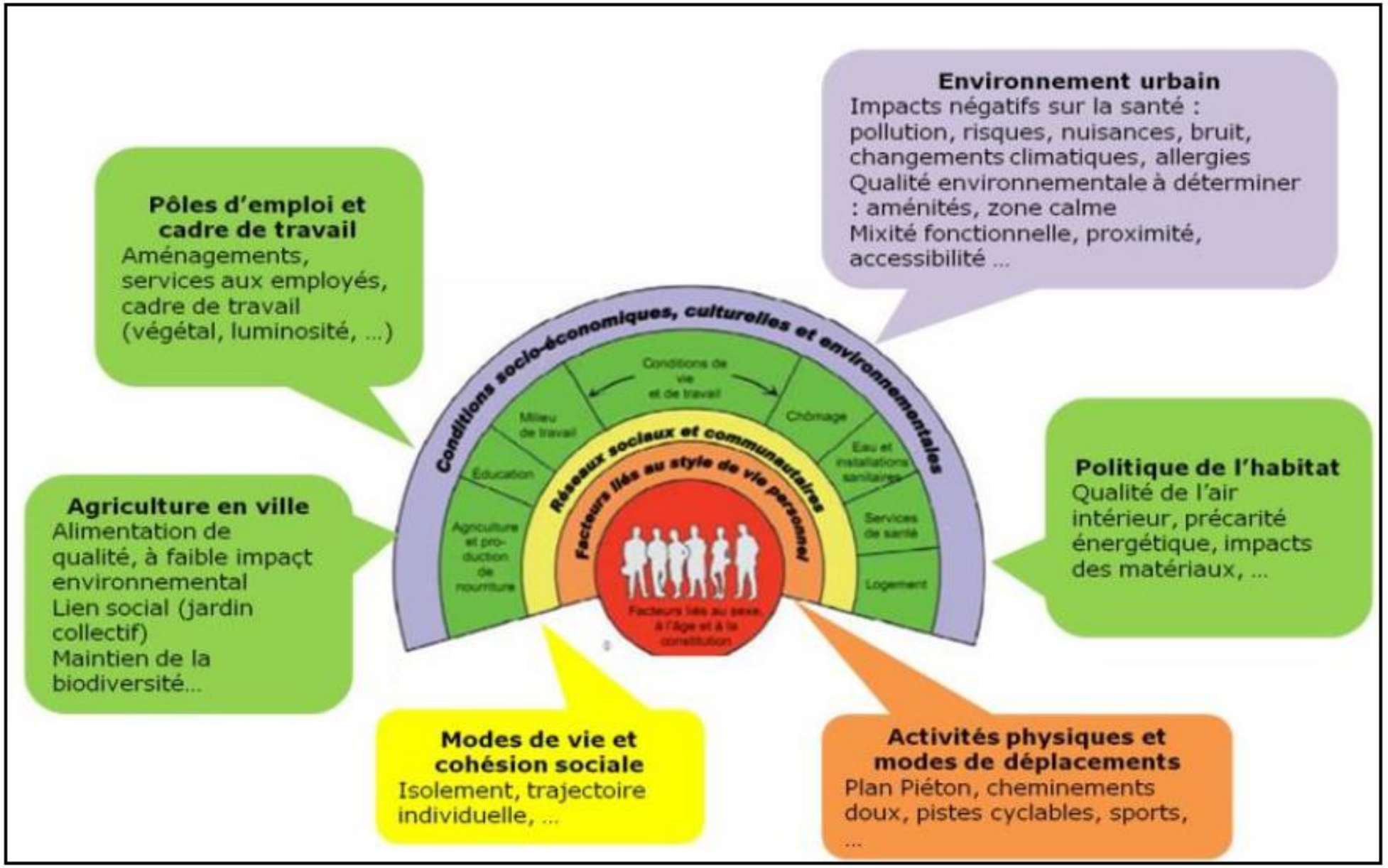
UNE PRATIQUE QUI SE DEVELOPPE EN FRANCE

- Développée depuis plusieurs années dans certains pays (Royaume-Uni, Québec, Suisse, Thaïlande, Australie, Etats-Unis, etc.)

- Institutionnalisées et obligatoires au Québec et en Thaïlande ou en Slovaquie par exemple, mais la plupart des EIS dans le monde sont **menées hors d'un cadre réglementaire** (Harris-Roxas et al., 2012)

- Se développe actuellement en France, où les expériences se multiplient depuis peu, surtout dans le domaine de l'urbanisme (Roué Le Gall et Jabot 2017)

URBANISME ET ISS : QUELS LIENS ?



D'après Whitehead et Dahlgren in Les liens entre Ville et santé (Bruyez, 2014)

URBANISME ET ISS : QUELS LIENS ?

- Par exemple :

- le risque **d'Accident Vasculaire Cérébral** (AVC) chez les personnes de plus de 65 ans augmente de manière dose-dépendante avec le **bruit** (Sorensen 2011).

- la présence d'**espaces verts** est associée avec une **réduction de la mortalité** et une **meilleure santé mentale,** et participerait à la construction **de liens sociaux entre voisins** et au **sentiment d'appartenance à la communauté** (INSPQ 2017).

- Or, il existe une **relation forte entre défaveur environnementale** (notamment bruit, qualité de l'air, qualité de l'eau, pollution des sols, élimination des déchets) et **défaveur sociale** (ex. étude ORS et IAU-ÎdF 2016)

- De plus, même lorsque les personnes de milieux sociaux plus défavorisés vivent dans des territoires moins exposés à des facteurs de risque, **les conséquences sanitaires de cette exposition sont plus marquées** que pour les personnes de milieux plus favorisés (Deguen et Zmirou-Navier 2010).

UNE PRATIQUE QUI SE FORMALISE MAIS RESTE FLEXIBLE

- Diversité des pratiques selon :

  - les **ressources humaines et financières**
  - le **temps** à disposition
  - les **données/informations** disponibles ou pouvant être recueillies
  - les **compétences** disponibles

Diallo, Plateforme EIS, 2010

- 4 grands types d'EIS :

  - « **Mandatée** » : règlementaire, pour limiter les impacts négatifs
  - « **Aide à la décision** » : entreprise de façon volontaire par l'organisation qui met en œuvre la politique, le programme ou le projet pour améliorer la décision
  - « **Plaidoyer** » : entreprise par une autre organisation qui plaide pour la prise en compte de la santé dans la politique, le programme ou le projet
  - « **Conduite par la communauté** » : pour s'attaquer aux préoccupations de la communauté en termes de santé, fondée sur la participation

Harris-Roxas, 2010

TYPES D'EIS

Caractéristiques des EIS	
Niveau de la proposition évaluée	Politique
	Programme
	Projet
Temporalité par rapport à la proposition évaluée	Prospective
	Contemporaine
	(Rétrospective)
Profondeur de l'analyse	Desktop
	Rapide
	Complète

TEMPORALITÉ PAR RAPPORT À LA PROPOSITION ÉVALUÉE

Prospective (a priori, ex-ante) : avant la finalisation et l'implémentation du projet. Souvent considérée comme la forme d'EIS la plus efficace pour modifier ou réorienter une proposition

Concomitante : au cours de l'implémentation du projet. Permet d'influencer le projet au cours de sa progression

Rétrospective : après la fin du projet. Peut contribuer à informer une nouvelle proposition dans le futur. Cette forme d'EIS est remise en cause

PROFONDEUR DE L'ANALYSE

EIS « **desktop** » : à partir de données existantes, réalisée en quelques jours

EIS **rapide** : utilise des informations existantes ou facilement accessibles sur le terrain, réalisée en quelques semaines

EIS **complète** : recherches plus approfondies sur le terrain, réalisée en plusieurs mois

Joffe et al., Occup environ med 2005; 62

ETAPES DE L'EIS

Il existe aujourd'hui un consensus sur 5 grandes étapes :

1. **DEPISTAGE (*screening*)** : déterminer si la proposition doit faire l'objet d'une EIS et quels déterminants de santé pourraient être impactés

2. **CADRAGE (*scoping*)** : déterminer le type de ressources et l'ampleur de l'EIS

3. **ANALYSE (*appraisal*)** : étape de l'évaluation des impacts. Revues de littérature +/- données de terrain qualitatives et quantitatives

4. **RECOMMANDATIONS** : communication de l'analyse aux décideurs et recommandations

5. **EVALUATION** : effets sur la proposition (modifications, ajustements, directement liés aux recommandations) et effets indirects liés à l'effet du processus d'EIS sur les décideurs (sensibilisation)

1. DEPISTAGE

Déterminer si la proposition **doit faire l'objet d'une EIS** et quels **déterminants de santé pourraient être impactés**

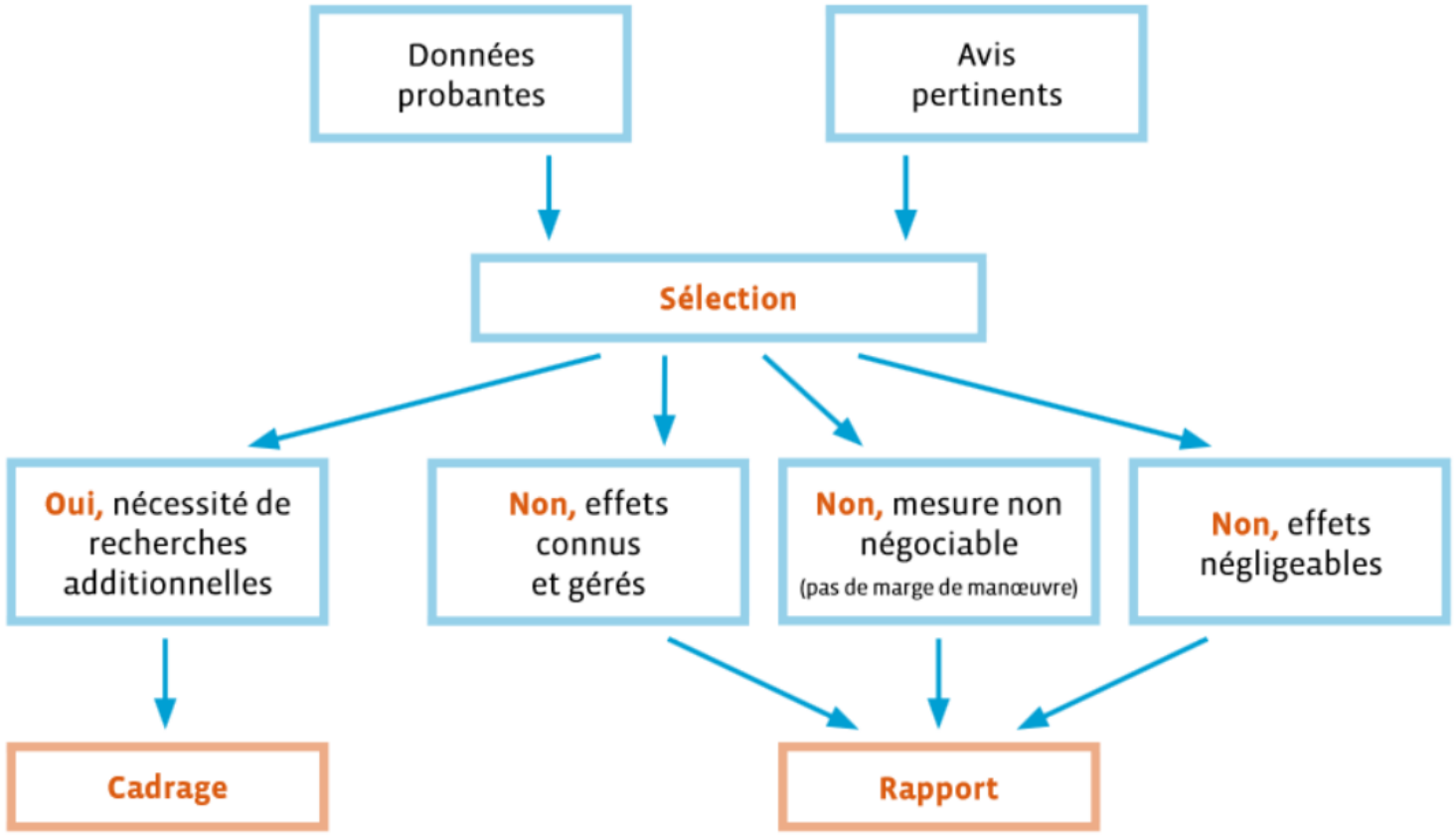
- **Systématique et rapide**
- Repose sur un **outil valide, adapté localement**
- Le processus d'EIS **peut être stoppé à ce stade**

→ La décision repose sur des critères **techniques** (déterminants, taille de la population touchée, types d'impacts, etc., disponibilité des ressources pour mettre en œuvre une EIS)

… et politiques (possibilité effective de modifier la proposition, marge de manœuvre, relations entre parties-prenantes, priorités concurrentes, etc.)

Phase de dépistage

Figure 5: Les possibles résultats de la phase de sélection et leurs exploitations dans une démarche EIS (Ison E., 2000) [Traduction et adaptation par les soins de la plateforme EIS]



Source : Guide EIS

Plateforme EIS : www.impactsante.ch

2. CADRAGE

Cadrage des **ressources nécessaires** et de l'**ampleur** de l'EIS

- **Analyse de la proposition** : contexte, **populations impactées**, décideurs et acteurs de la mise en œuvre, et **déterminants de santé potentiellement impactés**

- Définitions des **parties prenantes** (mise en place du comité de pilotage, équipe d'évaluation, ..) et des modalités de gestion

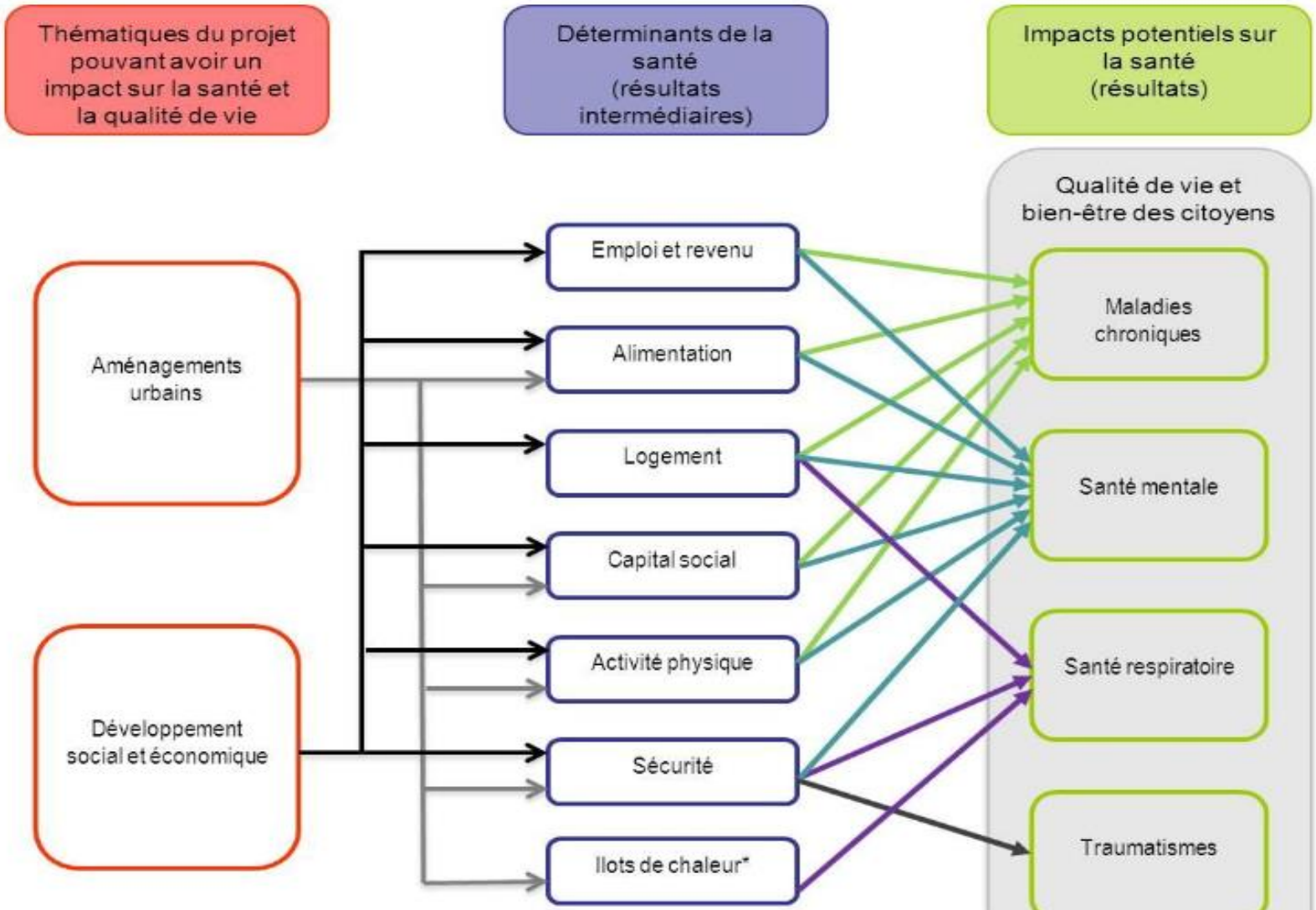
- **Objectifs** de l'EIS

- **Périmètre et ressources** nécessaires (zone géographique, temporalité, etc.)

- **Méthodes** (qualitatives, quantitatives, processus de participation, etc.)

Exemple d'un modèle logique utilisé pour le cadrage d'une EIS

Figure 2 : Modèle logique



*Le terme "ilots de chaleur" a été utilisé puisque, même s'ils ne sont pas un déterminant de la santé, ils sont la conséquence de l'aménagement urbain.

Source : EIS Beloeil - Scénario de revitalisation du cœur de Beloeil

www.santemonteregie.qc.ca

3. ANALYSE DES IMPACTS

❖ **Recueil de données** à partir :

- de **données issues de la littérature** dans les différents domaines concernés

- de la **collecte de données** de terrain qualitatives / quantitatives (questionnaires, entretiens, focus groupes)

❖ **Analyse des impacts** :

-Grilles d'analyse, modèles logiques

-Modélisation

-Négociations et construction de consensus (Delphi, etc.)

→ **Complémentarité des approches** qualitatives et quantitatives

→ Caractérisation et priorisation des impacts positifs et négatifs sur la santé et la **distribution de ces impacts** (nature, ampleur, probabilité, populations touchées, etc.)

Exemple d'une grille utilisée pour l'analyse approfondie des impacts

Opération n:	**Impacts potentiels sur la santé identifiés**							**Probabilité** (certaine, probable, possible)			**Source d'information** (littérature, bénéficiaires, opérateurs, professionnels, institutionnels)	**Populations** (femmes, hommes, enfants, vulnérables)				Effets potentiel sur le IS* *(inégalités sociales, environnementales et territoriales)		
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	cert.	prob.	pos.		♀	♂	E	V	aggravation -1	neutre n	réduction +1
Individus																		
Habitudes de vie et comportements																		
Nutrition, alimentation																		
Activité physique																		
Consommation de substances psychoactives (tabac, drogue...																		
Prise de risque (pratique sportive, conduite de véhicules, comportement au travail, sens du défi...)																		
Conditions de vie/caracteristiques socio-économique																		
Sécurité alimentaire																		
Sécurité du logement																		
Emploi																		
Revenu individuel																		
Compétences personnelles et sociales																		
Niveau d'instruction																		
Confiance en soi, estime de soi																		
Sentiment de sécurité																		
Sentiment de contrôle, empowerment																		
Autonomie																		
Compétences sociales																		
Compétences parentales																		
Résilience																		
Connaissance, développement cognitif																		

Source :
EIS PUI PACA
Plateforme R-bus
www.rbus-eis.org

Déterminants de santé		Impact santé		Part de pop concernée	Intensité	Probabilité	Impact(s) différentiel(s) sur Des sous-groupes de population	Données probantes
		Sens	Effets sur la santé					
B. Sûreté	Sécurité (Accidents)	+	(CT-LT) Réduction des incapacités et des décès	0 – 20 %	Fort	Probable	- Piétons, deux-roues - VP	★★★
	Incivilités	+/-	(CT) Bien-être physique et psychologique, diminution du stress	40 – 60 %	Moyen	Possible		★★
	Sentiment de sécurité	+	(CT) Bien-être physique et psychologique Baisse de l'anxiété liée au transport	40 – 60 %	Moyen	Possible		★★
C. Activité physique	Report modal de VP à TC	+	(CT-LT) Réduction des risques de surpoids et obésité	0 – 20 %	Moyen	Probable		★★★
	Aménagement des espaces publics (mobilités actives)	+	(CT-LT) Réduction des risques de surpoids et obésité, diabète, des risques cardiovasculaires et de certains cancers, amélioration du bien-être psychologique	0 – 20 %	Fort	Probable		★★★
D. Capital social et culturel	Relations familiales	+	(CT-LT) Bien-être physique et psychologique	40 – 60 %	Moyen	Probable	- Actifs (déplacements domicile/travail)	★★
	Réseau social	+	(CT-LT) Réduction de la mortalité, meilleur rétablissement après un problème de santé, meilleure santé mentale	40 – 60 %	Fort	Possible		★★★

Source :
EIS Plaine Commune
www.ors-idf.org

4. RECOMMANDATIONS

Communication de l'analyse aux décideurs et **recommandations pour réduire les effets négatifs et améliorer les effets positifs** de la proposition

- **Prise en compte du contexte de décision** est nécessaire : recommandations doivent être **réalistes et précises**

- Les décideurs peuvent faire pleinement partie de tout le processus d'EIS et ainsi réaliser des **ajustements de la proposition au fur et à mesure**

A. Caractéristiques des transports

Recommandations P : recommandations prioritaires	**Autres déterminants de la santé impactés**	**Populations concernées**	**Proposition travaillée avec la population (O/N)**	**Proposition rencontrée dans d'autres contextes**	**Coût de la mesure**	**Principaux constats et résultats :** **Impact potentiel + (↗)** **Impact potentiel – (↘)**
COÛT DES TRANSPORTS ↘						
P Faire évoluer une logique de « tarification sociale » (basée sur le seul statut des individus – loi SRU) vers une logique de « tarification solidaire » (loi sur le RSA) par la prise en compte progressive des conditions de revenus (critères de revenus ou critères combinant statuts et revenus). Institutions concernées : **STIF** **SGP / RATP / SNCF** **Plaine Commune**	Sécurité Capital social et culturel Accès : emploi, éducation, services, etc.	Populations les plus défavorisées au plan socio-économique	N	Dunkerque (1994) Brest (2006) Strasbourg (2010)	A évaluer	↘ La politique de tarification doit concilier trois objectifs, parfois antagonistes : couvrir les coûts de production du service, favoriser une politique de report modal et de fidélisation des usagers et, enfin, garantir le droit aux transports pour tous. Les recettes tarifaires couvrent environ 20 % des besoins. ↗ La tarification sociale est une obligation légale sur le territoire national encadrée par : - la loi SRU (2000) : son article 123 réaffirme le droit au transport et impose la mise en place d'une réduction d'au moins 50 % pour les personnes dont les ressources sont inférieures ou égales à la CMUC - la loi généralisant le RSA (2008) : supprime certains statuts (RMI et API) et invite les collectivités territoriales (article 13) à considérer les ressources rapportées à la composition du foyer. ↗ Sur les 290 autorités organisatrices de transport urbain du territoire national, 23 réseaux ont fait le choix de la gratuité totale (GART, 2012). ↗ Un bénéfice direct de la gratuité est la disparition des coûts de la billettique. La diminution des barrières sociales et l'apaisement des tensions pourraient constituer des bénéfices indirects de la gratuité de transports vécus comme des « espaces publics ».
P Réviser, ajuster, simplifier les démarches pour accéder à la tarification sociale ou solidaire en fonction du dispositif retenu. Utiliser le levier des TIC pour développer des outils informatiques communs avec les organismes sociaux. Institutions concernées : **STIF** **SGP / RATP / SNCF** **Plaine Commune**			O	Communauté Urbaine du Mans – Plateforme internet	€	

Source :
EIS Plaine Commune
www.ors-idf.org

5. SUIVI ET EVALUATION

→ Suivi des **effets des recommandations** : modifications concrètes de la proposition ou choix cohérents avec les propositions

→ Evaluation du **processus** de l'EIS lui-même

- Approches **qualitatives ou quantitatives**
- Définir les **acteurs** et modalités de ce suivi (peut faire partie des recommandations)
- Souvent **peu réalisé en pratique**

Exemples d'EIS menées à des échelons différents

Type	Pays	Echelon	Cible	Porteur	Thème	Investissement Temps Ressources	Obligation Institutionnalisation
Rapide	USA 2010-2011	Régional	*Politique* Environnement (Déchets)	Comité de La Crosse (Wisconsin) & Municipalités	Politique uniforme d'incinération à l'air libre	6 mois Financement d'un éducateur de santé	-
	Pays de Galles 2009	Local	*Plan* Planification Urbaine	Municipalité de Blaenau Gwent	Stratégie de Plan Local de Développement de Blaenau Gwent	Une demi-journée d'atelier Rapport rédigé en 2010.	Reconnaissance institutionnelle
Intermédiaire	Lituanie 2004	Local	*Projet* Planification Urbaine/ Transport	Centre de santé publique de la région de Klaipeda	Reconstruction des chemins de fer dans le port maritime de Klaipeda	Coût de 4 600 euros 3 semaines Faible participation	Obligation d'EIS introduite en 2004 cadre de la planification du développement économique
	Finlande 2004-2005	Local	*Plan* Planification Logement	Municipalité de Muurame	Plan de logement et services pour les personnes en besoin	Plusieurs mois Plusieurs sessions Participation	Pas d'obligation légale
Approfondie	Belgique 2001	Régional	*Projet* Transport	Bruxelles	Trafic aérien de l'aéroport de Bruxelles	Plusieurs mois Coût de 25 000 euros	Pas d'obligation légale
	Pays de Galles 2000	Local	*Plan* Emploi	Municipalité de Caerphilly (communauté de Rhymney)	Stratégie de renouvellement urbain au travers de l'économie et du logement	Coût de 33 000 euros Participation	Mise en œuvre dans le même temps qu'une Évaluation des Impacts Sociaux

Source : ORS Île-de-France

D'après Dubreuil et Prisse 2014

EIS ET EQUITE EN SANTE

- La préoccupation pour l'équité en santé est centrale dans l'EIS = pas uniquement impacts sur la santé en moyenne mais **impacts différentiels selon les groupes de population**

- Démarche d'EIS elle-même peut viser **l'*empowerment*** des populations vulnérables

- Mais en pratique **la dimension d'équité n'est pas suffisamment prise en compte dans les EIS** (Harris-Roxas et al. 2011)

DEUX TYPES DE DÉMARCHE PERMETTANT DE PRENDRE EN COMPTE PLUS EFFICACEMENT L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

- Renforcement de la prise en compte de l'équité de façon systématique **à toutes les étapes de l'EIS** (« *Equity-focused health impact assessment* » (Simpson *et al*. 2005)

- Evaluations d'impact centrées uniquement sur l'équité en santé = **Evaluations d'Impact sur l'Equité en matière de Santé (EIES)**

→ Prise en compte spécifique des impacts potentiels d'une proposition sur l'équité en santé, sans considérer les impacts sur la santé de manière plus globale

ENJEUX ET QUESTIONS DE RECHERCHE SOULEVEES

ENJEUX LIÉS À LA PARTICIPATION DES POPULATIONS

La participation des populations potentiellement touchées par la politique ou le projet est centrale dans l'EIS

Elle s'exerce de différentes manières : consultation, *empowerment*, initiation de l'EIS par la population (« *Community-led HIA* » (Harris-Roxas et al. 2011)

→ En plus de la difficulté de faire réellement participer les populations concernées (au-delà d'une simple consultation), de nombreuses questions se posent :

Qui participe ? Qui sont les représentants des populations ?

Quelles dynamiques de collaboration dans les comités de pilotage et d'évaluation ?

Adéquation entre construction d'une participation authentique et EIS compatible avec le temps politique ?

Risque de perpétuer les différences de pouvoir entre experts et non experts ?

Limites des organisations publiques à organiser cette participation aujourd'hui ?

MODÉLISATION DES IMPACTS DE POLITIQUES SUR LA SANTÉ

Enjeux méthodologiques liés à la quantification des impacts lorsque pertinente : pour l'épidémiologie, intérêt de développer des modèles mesurant les impacts de politiques publiques sur la santé:

- Prospectifs
- A partir de données individuelles
- Reflétant l'enchaînement des causes des ISS « tout au long de la vie »
- Incluant les déterminants sociaux de la santé

→ Comment prédire et modéliser l'impact potentiel sur la santé et sur les inégalités de santé de politiques publiques touchant des déterminants de santé ?

→Quelle intégration des approches qualitatives et quantitatives ?

→ La quantification des impact pourrait-elle participer à la promotion de l'EIS auprès des décideurs ?

ÉVALUATION, TRANSPARENCE ET TRANSFÉRABILITÉ DES EIS

- Importance de la **publication des rapports et de la transparence du processus** pour le suivi et l'évaluation de l'EIS, mais aussi dans une perspective de transférabilité et d'apprentissage continu.

  -> Rôle des bureaux d'étude ou opérateurs privés ?

- Questionnement sur la distinction entre ce qui est **transférable** à partir d'une EIS et ce qui relève du **contexte particulier** dans lequel elle a été menée.

ENJEUX POLITIQUES

- Complexité d'une démarche **associant experts et décideurs, aux intérêts, enjeux, temporalités, langages, etc. différents**

- **Faible place accordée aux questions de santé publique et de prévention** dans le débat politique français (Buton, Pierru 2012)

- Contexte caractérisé par un **état fort et cloisonné**, mais tendance à la désectorialisation et à l'augmentation de la transversalité de l'action publique (ex Agendas 21) **=> favorable à l'émergence de l'EIS ?**

Quels acteurs susceptibles de mettre en œuvre de telles démarches?
Quelle perception de l'EIS par les décideurs et quels leviers de promotion de l'outil auprès d'eux?
Quels rôles pour chacun de ces acteurs?
Quelle faisabilité et quel développement possible de l'EIS en France ?
Quelle place accordée à l'équité en santé?
Quels liens et quelle intégration avec les EIE?
etc.
Quels freins et leviers aux collaborations experts/ décideurs/ population?

Quel développement et institutionnalisation possibles de l’EIS dans le contexte français ?

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Phase 1

- **Septembre/octobre 2014**
- Découverte du projet et travail de recherches bibliographiques sur l'EIS en France et dans le monde

Phase 2

- **Octobre 2014**
- Choix des territoires à traiter et validation par l'IFERISS

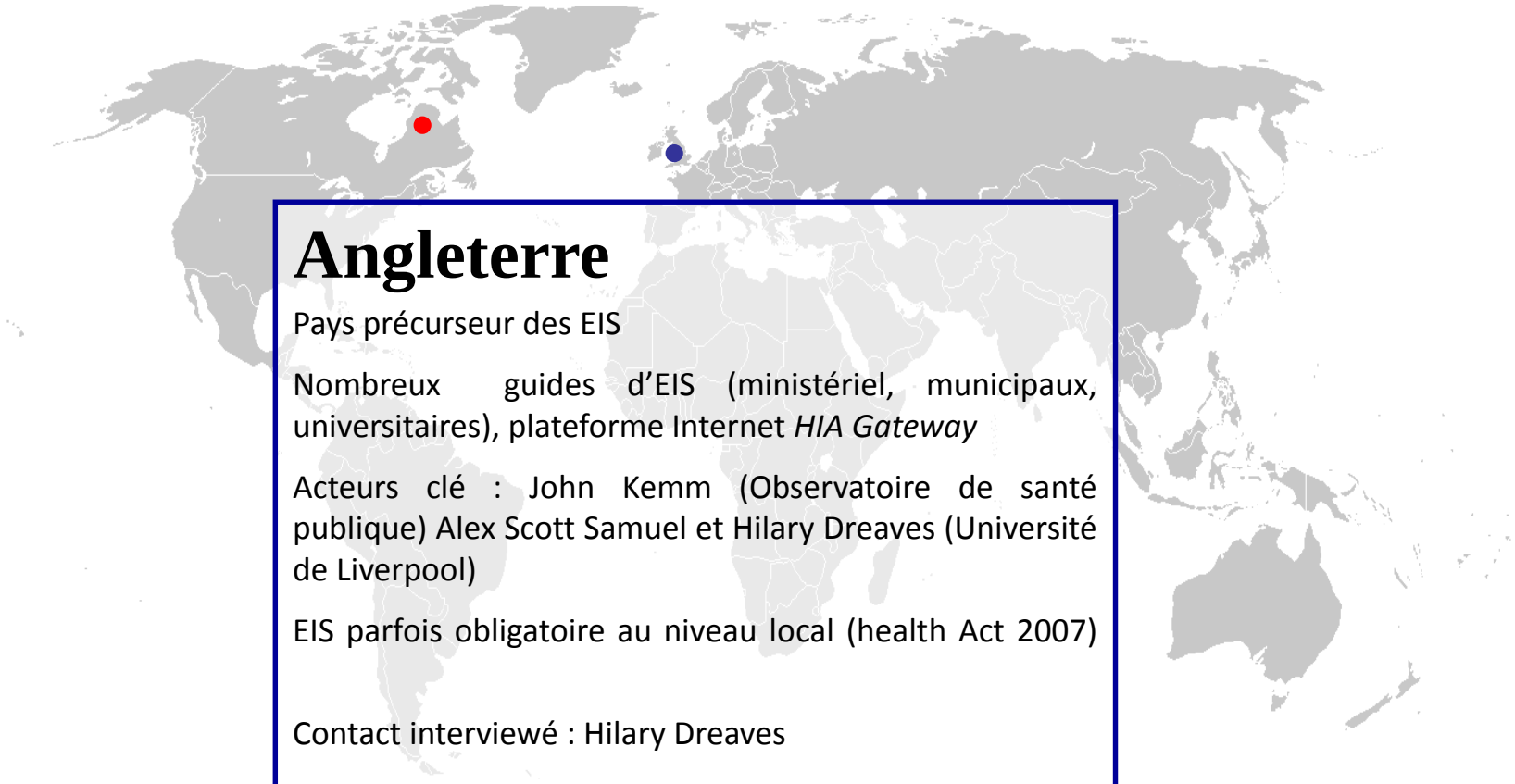
Phase 3

- **Novembre 2014/février 2015**
- Travail de terrain - enquête auprès des acteurs

Phase 4

- **Février/fin avril 2015**
- Analyse, synthèse et formulation des préconisations Restitution sous forme d'un rapport et d'une présentation orale à l'IFERISS

EIS à l’étranger



Angleterre

Pays précurseur des EIS

Nombreux guides d'EIS (ministériel, municipaux, universitaires), plateforme Internet *HIA Gateway*

Acteurs clé : John Kemm (Observatoire de santé publique) Alex Scott Samuel et Hilary Dreaves (Université de Liverpool)

EIS parfois obligatoire au niveau local (health Act 2007)

Contact interviewé : Hilary Dreaves

EIS en France

ÎLE DE FRANCE

Très forte densité de population, une activité économique importante et de nombreux projets d'aménagement et de rénovation urbaine sur un territoire qui connaît de fortes inégalités sociales de santé

Concentration d'acteurs nationaux en santé publique influents (INPES, DGS, SGMAS…) et des services déconcentrés, forces de projets innovants en santé (DRJSCS, ARS et ORS)

EIS de Plaine Commune sur 3 projets de transports en commun (2013-2014) :

Projet de transport en commun : La Tangentielle Nord, le Tramway T8 Sud et la Gare Saint-Denis Pleyel

Mise à l'agenda

- **L'ARS Ile-de-France** a souhaité expérimenter et promouvoir cette démarche dans le cadre de sa mission de réduction des inégalités sociales en santé.

Points clefs de la mise en œuvre

- **Un suivi méthodologique** et une formation de tous les acteurs parties prenantes à la méthode IMPACT pour réaliser l'EIS
- **Une participation citoyenne** de grande envergure
- **Un CoPIL** regroupant des **structures partenaires variées** et **des décideurs**

Résultats , réception et perspecties

- **Une communication** importante pour valoriser l'EIS et ses résultats
- **Une réception positive des résultats,** mais pas de changements majeurs dans les projets étudiés
- Une **formation à l'EIS** possible de la part de l'ARS pour les collectivités intéressées

ÎLE DE FRANCE

EIS de Nanterre sur le projet « Cœur de quartier » (2014-2015) :
Projet de réhabilitation urbaine autour de la gare Nanterre Université : construction de logements, offre de services, bureaux, commerces de proximité

Mise à l'agenda

- **Une collectivité** sensibilisée aux enjeux de santé publique et souhaitant monter en compétences.
- **Une direction de la santé organisée** et des données probantes accessibles.
- **L'université de Versailles Saint-Quentin** comme partenaire et coordinateur de l'EIS.

Points clefs de la mise en œuvre

- **Une technique de participation citoyenne novatrice,** centrée sur des populations peu politisées
- **Une démarche d'évaluation intersectorielle** permetant une sensibilisation des différents services aux inégalités sociales en santé et d'équité des politiques publiques
- **Des difficultés** à impliquer durablement les **élus dans le CoPIL**

Résultats , réception et perspectives

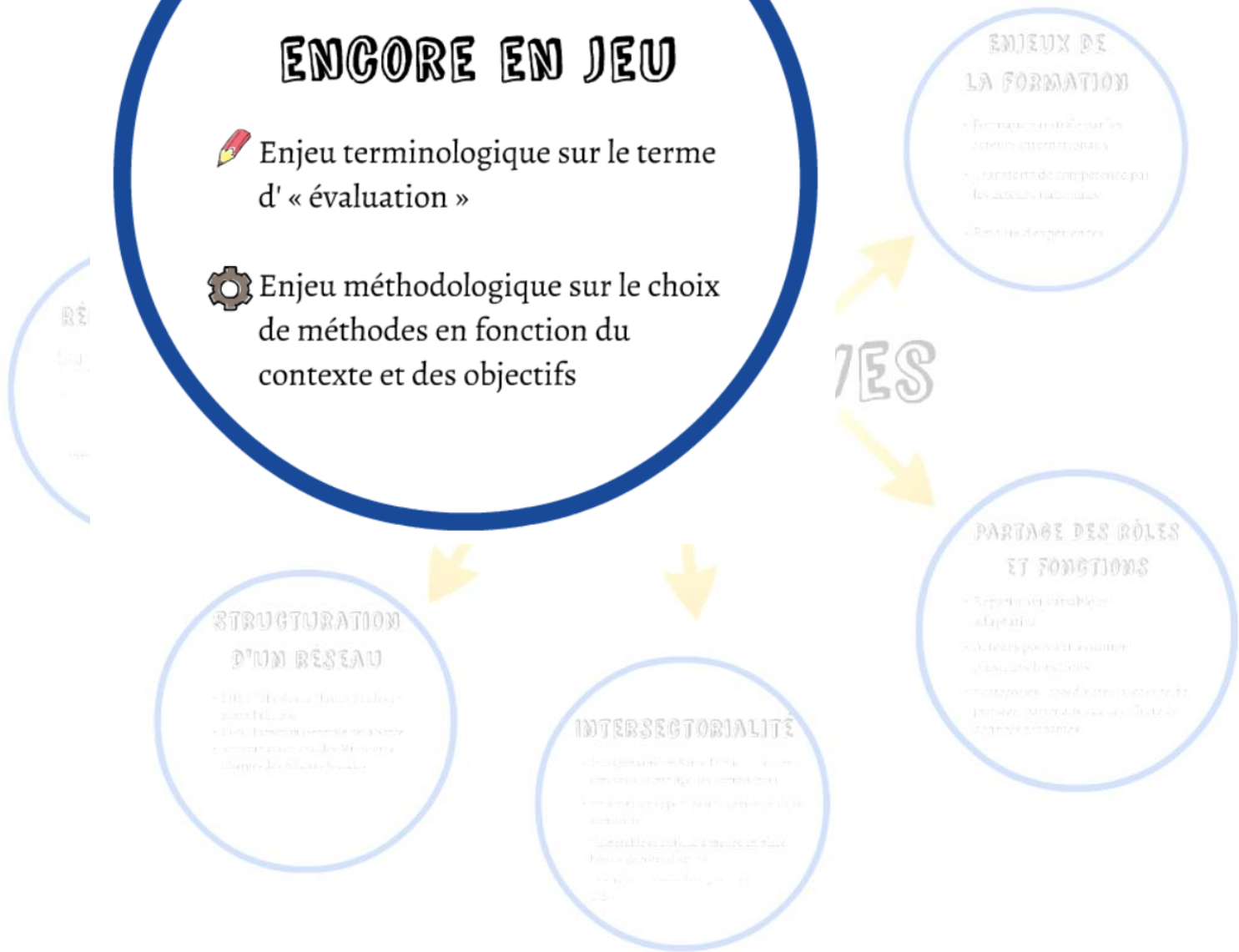
- Une **évaluation critique** du projet.
- Une **communication** finalement **réduite** autour de la démarche (restitution de fin de projet récente).
- Une **réception des résultats mitigée par les élus,** mais une **volonté de reconduire la démarche de la part des services techiques.**

PERSPECTIVES
QUEL PROJET POLITIQUE?
Des finalités variées
• Un outil d'aide à la décision
Intérêt principal : résultats ou démarche?
• Une démarche novatrice
Intersectorialité, acculturation aux problématiques de santé
UNE DÉFINITION ENCORE EN JEU
Enjeu terminologique sur le terme d' « évaluation »
Enjeu méthodologique sur le choix de méthodes en fonction du contexte et des objectifs
ENJEUX DE LA FORMATION
• Formation initiale par les acteurs internationaux
• Transferts de compétence par les acteurs nationaux
• Retours d'expériences
RÉGLEMENTATION
Débat sur la réglementation :
Intégrer les EIS dans les EIE : une fusion complexe
PARTAGE DES RÔLES ET FONCTIONS
• Répartition variable et adaptative
• Acteurs pouvant assumer plusieurs fonctions
• 3 catégories : coordinateurs, comité de pilotage, partenaires de la collecte de données probantes
STRUCTURATION D'UN RÉSEAU
• EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
• DGS : Direction Générale de la Santé
• Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales
INTERSECTORIALITÉ
• Indispensable en Santé Publique : action concertée et partage des compétences
• Peut être un apport ou une condition de la démarche
• Vulnérable et difficile à mettre en place : besoin de formalisation
• Des avancées possibles grâce au CIS

UNE DÉFINITION ENCORE EN JEU

Enjeu terminologique sur le terme d' « évaluation »

Enjeu méthodologique sur le choix de méthodes en fonction du contexte et des objectifs



QUEL PROJET POLITIQUE?

Des finalités variées

- **Un outil d'aide à la décision**

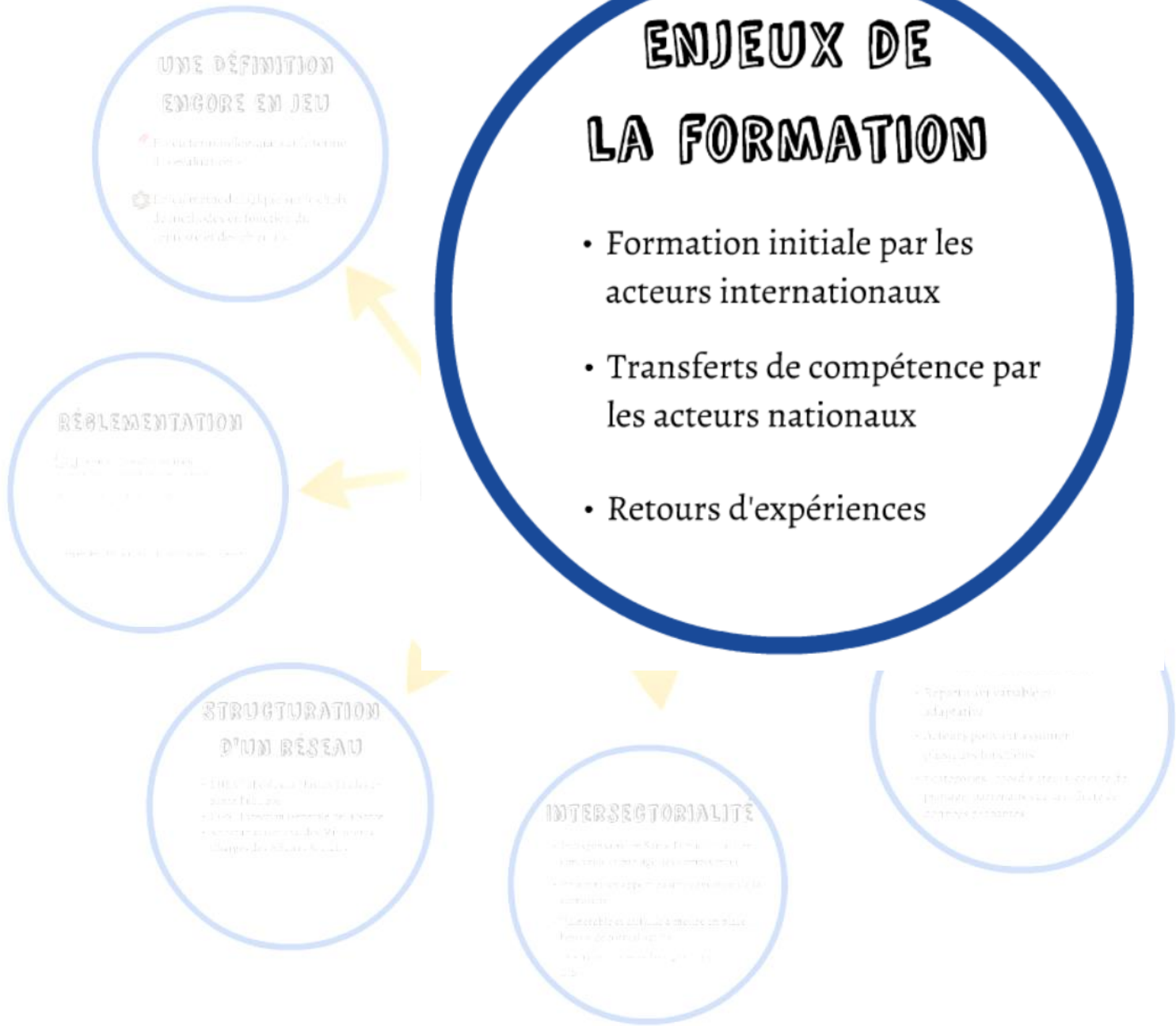
Intérêt principal : résultats ou démarche?

- **Une démarche novatrice**

Intersectorialité, acculturation aux problématiques de santé

ENJEUX DE LA FORMATION

- Formation initiale par les acteurs internationaux
- Transferts de compétence par les acteurs nationaux
- Retours d'expériences



QUEL PROJET POLITIQUE?
UNE DÉFINITION ENCORE EN JEU
ENJEUX DE LA FORMATION
RÉGLEMENTATION
STRUCTURATIO D'UN RÉSEAU
PARTAGE DES RÔLES ET FONCTIONS
• Répartition variable et adaptative
• Acteurs pouvant assumer plusieurs fonctions
• 3 catégories : coordinateurs, comité de pilotage, partenaires de la collecte de données probantes

UNE DÉFINITION ENCORE EN JEU
QUEL PROJET POLITIQUE?
ENJEUX DE LA FORMATION
PARTAGE DES RÔLES ET FONCTIONS
INTERSECTORIALITÉ
• Indispensable en Santé Publique : action concertée et partage des compétences
• Peut être un apport ou une condition de la démarche
• Vulnérable et difficile à mettre en place : besoin de formalisation
• Des avancées possibles grâce au CIS

STRUCTURATION D'UN RÉSEAU

- EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
- DGS : Direction Générale de la Santé
- Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales

RÉGLEMENTATION

Débat sur la réglementation :

- A court terme : réticence généralisée des acteurs à une réglementation
- A moyen terme : des désaccords quant à la pertinence de celle-ci

Intégrer les EIS dans les EIE : une fusion complexe