

Journée d'échanges sur les Evaluations d'Impact sur la Santé (EIS)

29 janvier 2015

Sommaire

Ouverture de la journée	3
François BOURDILLON Directeur général par intérim de l'INPES	
Laurent CHAMBAUD Directeur, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)	
Viviane BAYAD Responsable du pôle de compétences Santé, Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), INSET de Nancy	
Éléments introductifs : Déterminants de la santé, évaluations d'impacts sur la santé	6
Manuela CHEVIOT INPES	
Françoise JABOT Enseignant-chercheur, EHESP	
La pratique en France, illustration n°1 : Projet de réaménagement de la friche Saint-Sauveur, Ville de Lille	8
Benoît MARC Chargé de mission en Urbanisme et Santé, Agence régionale de santé (ARS), Nord-Pas-de-Calais	
Delphine FORESTIER Ingénierie chargée de mission Risques sanitaires, Ville de Lille	
Cécile JUDEAUX Chargée de mission Environnement, SPL Eurailille	
Temps d'échanges	14

**La pratique en France, illustration n°2 : Projet de transports en commun sur
Plaine Commune, Communauté d'agglomération de Seine-Saint-Denis** 15

Anne LAPORTE

Responsable de la cellule ingénierie et appui méthodologique, ARS, Ile-de-France

Temps d'échanges 20

**La pratique en France, illustration n°3 : Projet de réaménagement d'un quartier
de la Ville de Nantes** 21

Gwenaëlle HIVERT

Ingénieur sanitaire, ARS, Pays de la Loire

Dr Patricia SARAUX-SALAUN

Médecin-directeur, Ville de Nantes

Jérôme LE JELOUX

Département du développement urbain Nantes Métropole

Temps d'échanges autour des trois illustrations 25

Mise en perspectives 27

Anne Roué LE GALL

Enseignant-chercheur, EHESP

Faouzia PERRIN

Médecin directeur, direction santé publique de la ville de Grenoble

Raphaël GLABI

Directeur adjoint de la santé publique, ARS, Rhône-Alpes

Temps d'échanges 30

Ouverture de la journée

François BOURDILLON

Directeur général par intérim de l'INPES

La démarche d'EIS, issue des pays anglo-saxons, est nouvelle en France. Il importe que nous nous inspirions également des expériences européennes menées en la matière. De même, le Québec dispose d'une expérience notable dans ce domaine.

Les EIS constituent un outil important de promotion de la santé. En effet, elles interpellent l'intersectorialité des champs sanitaires et non sanitaires, la santé ne devant pas en effet être réduite au seul champ sanitaire. Elles sont aussi un outil de réduction des inégalités de santé, qui sont problématiques en France. En témoigne le gradient marqué entre les différentes catégories socioprofessionnelles, des plus aisées aux moins favorisées. En outre, elles contribuent à démocratiser la gestion des problématiques de santé, puisqu'elles impliquent l'ouverture d'un dialogue entre parties prenantes, disciplines et professions.

Comme l'indiquent les expériences étrangères d'EIS, différentes politiques publiques impactent la santé, comme des projets d'urbanisme, de logement ou de transport. C'est pourquoi, les Québécois traitent de « *la santé dans toutes les politiques* ». En France, les EIS doivent encore faire la preuve de leur efficacité, mais elles constituent d'ores et déjà un biais permettant de modifier le regard que nous portons sur les politiques d'aménagement du territoire.

De plus, elles conduisent à reconnaître que des politiques non sanitaires ont parfois plus d'impact sur la santé que des politiques sanitaires. Par exemple, le gynécologue-obstétricien Adolphe Pinard avait compris que les femmes enceintes se reposant pendant leur grossesse risquaient moins de donner naissance à un enfant prématuré. La disposition législative instaurant le congé maternité, une mesure non sanitaire, avait ensuite découlé de cette prise de conscience.

A l'avenir, les EIS permettront de mettre davantage en valeur les conséquences sanitaires de politiques variées.

Enfin, les EIS impliquent la mise en œuvre de savoirs spécifiques et ne relèvent ni du simple bon sens, ni d'une organisation pluridisciplinaire. Un certain nombre de méthodes et d'expertises doit être mobilisé. Par conséquent, nous devons désormais nous former aux EIS, en vue de construire ensemble des projets d'aménagement du territoire prenant en compte la dimension sanitaire. Cependant, il convient d'éviter que des EIS ne deviennent problématiques politiquement en bloquant des projets financés de façon significative. Elles doivent avant tout permettre d'évaluer des projets par le prisme de la santé et de les modifier à la marge si nécessaire.

Je porterai une attention particulière aux travaux menés au cours de la journée, puisque le rapport que je remettrai à la ministre de la Santé à la fin du mois de mars comprendra un chapitre consacré aux EIS.

Laurent CHAMBAUD

Directeur, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

Pour la première fois en France, une réunion portant sur les EIS associe nos trois structures : l'INPES, l'EHESP et le CNFPT. Des universitaires et des représentants des collectivités territoriales sont aussi présents. Il serait souhaitable que d'autres réunions de ce type aient lieu.

Les EIS sont un outil d'aide à la décision. Elles mettent en valeur les aspects sanitaires des choix politiques, quel que soit le niveau auquel ils sont effectués. Néanmoins, il conviendra de se demander si les EIS représentent une mode ou si elles constituent un outil susceptible de s'inscrire dans une dynamique générale en faveur de la prise en

compte des déterminants de santé. De plus, il importe d'identifier l'impact des EIS et leurs limites, d'une part, et les autres outils, d'autre part. Par exemple, nous sommes de plus en plus capables de travailler au profit d'un environnement et d'un urbanisme favorables à la santé en dehors des EIS. Un guide méthodologique a d'ailleurs été rédigé sur le sujet. De même, nous devons travailler sur les inégalités de santé, étant entendu que l'EIS n'est pas le seul outil disponible à cette fin.

Les exemples présentés montreront la dynamique des EIS en France : des équipes travaillent sur des EIS et les demandes en la matière se multiplient. Nous vivons un tournant dans le domaine des EIS. C'est pourquoi il nous faut tout autant présenter les résultats des expériences en cours que traiter les demandes. La démarche devra comporter trois étapes.

Premièrement, il faut instruire les demandes. Nous devons donc être capables de les faire préciser, en sensibilisant les acteurs principaux de ces demandes, à savoir les ARS et les collectivités territoriales. Les modalités de cette sensibilisation devront être détaillées, afin de favoriser l'opérationnalisation des demandes.

Deuxièmement, nous devons mettre en place les conditions d'un accompagnement de qualité. A cette fin, le rôle des ARS et des collectivités territoriales mais aussi celui de l'INPES et de la future unique agence de santé publique devront être précisés. La question de l'outillage et du niveau auquel il doit être mis en œuvre pour mener à bien l'accompagnement doit être posée.

Troisièmement, il importe de développer la formation et la recherche afin que de nombreuses personnes soient capables de garantir la méthodologie des EIS. Cette dernière comprend à la fois une démarche et des valeurs : l'éthique, la participation des personnes, le développement durable, l'inclusion des personnes vulnérables, etc. La recherche est aussi essentielle pour opérationnaliser les outils des EIS et clarifier la place que doivent occuper celles-ci dans les politiques publiques. Je souhaite à ce propos que l'EHESP apporte des réponses, en collaboration avec d'autres équipes universitaires et dans le cadre d'un réseau.

Enfin, au niveau local, il n'est pas nécessaire d'élaborer un nouveau cadre permettant de conduire une EIS. En effet, les contrats locaux de santé constituent un cadre satisfaisant car ils offrent des lieux de discussion entre les collectivités territoriales et les ARS.

Au moment même où la loi de Santé est en discussion, je suis persuadé que l'ampleur des capacités des contrats locaux de santé ne doit pas être restreinte, ces derniers commençant à s'implanter dans le paysage local. Quelles que soient les décisions prises, l'EIS devra être abordée au cours des discussions menées entre les ARS et les collectivités territoriales. Pour sa part, l'EHESP souhaite accompagner la démarche.

Viviane BAYAD

Responsable du pôle de compétences Santé, Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) - INSET de Nancy

Le CNFPT, établissement public et autonome, a pour mission principale d'accompagner les agents territoriaux dont les 74 000 professionnels de santé qui concourent activement aux actions locales de santé publique. Pour cela, il met en place de nombreux programmes de formation permettant aux professionnels de développer les compétences nécessaires pour leur cœur de métier, mais visant aussi à permettre l'appréhension des politiques publiques nécessaires pour participer, par exemple, aux démarches locales coordonnées de santé.

A cette fin, le CNFPT exerce une activité de veille et de prospective. Ces travaux nous montrent qu'il est essentiel, afin d'être en adéquation avec la réalité du terrain, de privilégier des formations pluridisciplinaires impliquant des partenaires d'horizons différents. Ainsi, si le CNFPT est organisé en pôles de compétences thématiques correspondant aux grands champs de compétences des collectivités territoriales, à savoir

la santé, l'urbanisme, l'action éducative, le travail social, l'habitat, etc., nous devons travailler de manière décloisonnée pour offrir des formations transverses dépassant les formats habituels. Dans le champ de la santé, il est également indispensable de soutenir l'articulation entre les enjeux de « santé bien-être » et la mise en œuvre des différentes politiques publiques locales qui, si elles sont non sanitaires, impactent les conditions de vie, autrement dit les déterminants socio-environnementaux. La démarche d'Evaluation d'Impact sur la Santé est une méthode qui s'inscrit totalement dans cette préoccupation.

L'organisation de cette journée fait suite à d'autres colloques et formations poursuivant ces mêmes objectifs : Développer l'intersectorialité et le partenariat pour favoriser une construction cohérente de démarches territoriales favorables à la santé et luttant contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Aussi je me réjouis de cette journée de travail construite à trois : l'INPES, l'EHESP et le CNFPT permettant d'accueillir des acteurs de la fonction publique territoriale, de l'Etat, du monde associatif, des universitaires, des urbanistes et des professionnels de santé.

Éléments introductifs : Déterminants de la santé, évaluations d'impacts sur la santé

Manuela CHEVIOT

INPES

Il importe de partager les valeurs communes sous-tendant les EIS et de préciser le cadre dans lequel elles s'inscrivent. En effet, les EIS revêtent des significations variées en fonction des institutions par lesquelles elles sont conduites.

Françoise JABOT

Enseignant-chercheur, EHESP

Voir le diaporama

Depuis quelques années, la démarche des EIS se déploie progressivement en France. Dès 2010, une réflexion avait été initiée, notamment à la suite d'un séminaire national organisé par la Direction générale de la Santé, le Centre d'analyse stratégique et la Société française d'évaluation et relayé par un discours de la ministre de la Santé. A partir de l'année 2011, plusieurs travaux ont été engagés, principalement sur des politiques d'aménagement urbain. Aujourd'hui, une volonté de partage et de capitalisation des expériences en vue de construire une expertise commune, est manifeste, ce dont témoigne cette journée de séminaire.

Selon le consensus de Göteborg de 1999, l'EIS est une « combinaison de procédures, de méthodes et d'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 au sein de la population ». Les effets sur la santé d'une politique sont donc analysés avant sa mise en œuvre, une attention particulière étant accordée aux inégalités de santé que celle-ci pourrait induire ou majorer.

La santé est vue dans son acception large, incluant les notions de bien-être et de qualité de vie, conformément à la définition de l'OMS. Cependant, la santé n'est pas considérée comme un état, mais bien comme une ressource à gérer et qui traduit la capacité à s'adapter à l'environnement et aux événements de la vie. Elle suppose des conditions préalables permettant la satisfaction des besoins primaires et fondamentaux. Enfin, elle est le produit d'interactions entre un ensemble de facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Le modèle de Dahlgren et Whitehead présente les déterminants de la santé en plusieurs strates et structure la réflexion pour l'EIS en intégrant la préoccupation des inégalités de santé. Si les politiques de santé déterminent l'offre de service en santé, les autres politiques publiques ont une influence sur tous les autres déterminants de santé.

La démarche EIS s'inscrit dans une double filiation : les démarches réglementaires de protection de l'environnement et l'approche de promotion de la santé. Elle s'est particulièrement développée au cours des années 1990, ses bases pratiques ayant été déterminées par le consensus de Göteborg. Le réseau des Villes-Santé de l'OMS l'a également inscrite dans son programme 2004-2008, tandis que les décideurs se sont engagés en faveur de l'intersectorialité à travers la Déclaration d'Adélaïde en 2010.

Les EIS ont pour objet des politiques variées, qu'elles soient sectorielles ou globales. Par exemple, une politique urbaine et de transport peut être étudiée quant à ses effets non seulement sur la sécurité ou la pollution mais aussi en relation avec les aménagements qui transforment le cadre de vie des habitants. Est-ce que les infrastructures routières génèrent des nuisances sonores pour les populations riveraines, une transformation de l'habitat ou de l'esthétique du cadre de vie, créent une fracture entre les différents quartiers ou préservent une continuité entre les différents espaces urbains, favorisent ou non les déplacements actifs ?

La démarche d'EIS est structurée autour de plusieurs étapes. Premièrement, l'étape de sélection consiste à décider d'engager ou non une EIS. L'EIS ne doit être entreprise qu'à condition de pouvoir modifier la politique ou le programme. Deuxièmement, il convient de définir les modalités de l'EIS, son périmètre géographique, le profil des populations affectées par le projet, les acteurs à impliquer dans la démarche, ainsi que son calendrier. La troisième étape consiste à estimer et mesurer les impacts positifs et négatifs du projet et leur répartition dans les groupes de population. A ce stade, une cartographie des effets du projet est dressée afin d'explicitier les chaînes de causalité entre la réalisation du projet et ses effets sur la qualité de vie des populations. Quatrièmement, il s'agit de proposer des solutions permettant de minimiser les effets négatifs et de maximiser les effets positifs. Cinquièmement, il convient d'assurer le suivi des recommandations formulées et l'évaluation de l'EIS.

La démarche d'EIS repose sur plusieurs principes et valeurs : une approche globale de la santé, puisqu'elle implique de passer en revue l'ensemble des déterminants de la santé ; une attention particulière sur la distribution des effets parmi les groupes plus vulnérables ; l'implication des citoyens dans la démarche ; le développement durable ; l'utilisation éthique des données probantes.

Il faut distinguer l'EIS qui s'intéresse aux impacts potentiels sur la santé des politiques hors du champ de la santé, de l'évaluation de l'impact des politiques de santé, qui analyse l'ensemble des résultats produits a posteriori par ces politiques.

La démarche EIS est prospective, flexible selon les contextes, pluridisciplinaire, participative, étayée à la fois sur des données probantes et les points de vue des acteurs et citoyens. C'est un réel levier pour introduire la santé dans toutes les politiques et promouvoir l'intersectorialité. Aujourd'hui en France, quelques questions doivent encore être débattues, s'agissant de l'articulation avec d'autres démarches et de ses conditions de mise en œuvre.

La pratique en France, illustration n°1 : Projet de réaménagement de la friche Saint-Sauveur, Ville de Lille

Voir diaporama

Benoît MARC

Chargé de mission en Urbanisme et Santé, Agence régionale de santé (ARS), Nord-Pas-de-Calais

Delphine FORESTIER

Ingénieur chargée de mission Risques sanitaires, Ville de Lille

Cécile JUDEAUX

Chargée de mission Environnement, SPL Euralille

Benoît MARC, Chargé de mission en Urbanisme et Santé, Agence régionale de santé (ARS), Nord-Pas-de-Calais

L'EIS du projet d'aménagement de la friche de Saint-Sauveur est née de plusieurs opportunités. Le projet initial concerne l'ancienne gare de fret de Saint-Sauveur actuellement en friches et mesurant 24 hectares, ainsi que la zone Euralille.

Les ARS peuvent mener deux actions dans le champ de l'urbanisme :

- par la voie réglementaire, elles rendent des avis sanitaires sur les projets ;
- dans le cadre de la promotion et de la prévention en santé, elles peuvent mener des EIS.

En effet, le champ sanitaire tient de l'individu et de son état de santé physique et psychologique, mais n'inclut pas son contexte social et environnemental. Au sein des ARS, les deux types d'actions relèvent généralement de deux services distincts, ayant des approches et des compétences différentes.

Le Plan Régional Santé Environnement 2 (PRSE2) du Nord-Pas-de-Calais constitue le point de départ de l'EIS du projet d'aménagement de la friche de Saint-Sauveur. Outil principal de prévention et de promotion de la santé dans la région, il a été construit conjointement par l'ARS, le Conseil régional et la DREAL. Le projet s'inscrit particulièrement dans le cadre de la fiche n°8 du PRSE2, intitulée « La ville durable pour tous ». Celle-ci ne détaillant pas les mesures à prendre, des projets globaux, portant notamment sur la pollution de l'air en milieu urbain, pouvaient s'en réclamer.

Le contexte a également favorisé le lancement du projet. En effet, la population de la région est très dense, essentiellement urbaine et affectée par un grand réseau autoroutier. La région compte aussi des dizaines de milliers d'hectares de friches.

A la fin de l'année 2012, la Ville de Lille a répondu à l'appel à projet décrit dans la fiche n°8 en présentant un projet positionné sur les quartiers Saint-Sauveur et Euralille. Ce dernier poursuit des objectifs de réhabilitation, d'aide à la décision, d'exemplarité et d'expérimentation de la démarche Santé-Urbanisme. En 2013, des initiatives ont aussi été engagées. L'ARS a enregistré un accroissement exceptionnel des demandes d'avis sanitaires sur des projets urbains, tandis que la DGS a affirmé son rôle dans la promotion de l'urbanisme favorable à la santé. De même, l'ARS a participé à la rédaction du Guide « Agir pour un urbanisme favorable à la santé ». Quant à l'Observatoire régional de la santé du Nord-Pas-de-Calais, il a publié un rapport sur l'EIS et ses perspectives dans la région.

Plusieurs paramètres du projet de la Ville de Lille traduisaient un besoin pouvant être satisfait par une EIS. Mon prédécesseur a alors convaincu la Ville de Lille de les intégrer dans une approche plus globale d'EIS. Par ce biais, l'ARS visait à intégrer la notion de santé dans un projet d'urbanisme, à affirmer sa compétence en matière d'urbanisme et de santé par rapport à la DREAL et à faire de l'EIS un outil reproductible sur d'autres projets.

L'ARS a principalement participé au projet à travers un financement s'élevant à 100 000 euros. L'ARS a également contribué à légitimer la démarche entreprise par la Ville de Lille pour intégrer la notion de santé dans son projet d'urbanisme. Elle participe aux réunions techniques et formule parfois des propositions d'amélioration, mais n'apporte pas d'assistance technique. En effet, *via* le financement, la ville de Lille doit pouvoir faire appel à des compétences externes dans le cadre de conventions.

L'année 2014 a également été motrice. En effet, la Conférence Régionale Santé Environnement consacrée à l'urbanisme et la santé a été organisée par la DREAL, tandis qu'une EIS sur les pollutions atmosphériques a été lancée dans plusieurs secteurs urbanisés de la région

De plus, nous travaillons avec des partenaires techniques très compétents, en particulier l'ORS, l'EHESP et l'aménageur, cabinet d'architectes danois. Ce dernier, déjà familier de la démarche d'EIS, est étroitement associé à la maîtrise d'œuvre du projet. Cependant, des problèmes de communication se posent, les différents acteurs utilisant des termes variés pour désigner des notions identiques. En outre, les appels à projet lancés par l'ARS ne durent qu'un an, alors que les projets entrant dans le cadre des PRSE sont souvent menés sur des durées plus longues.

Enfin, la démarche d'EIS engagée concrètement depuis le mois de juin 2014 va voir son premier comité de pilotage officiel se réunir relativement tardivement (à la mi-mars 2015) ceci étant du notamment à l'agenda des élections d'avril 2014 et aux modifications de délégation qui s'en sont suivies.

Delphine FORESTIER, Ingénieur chargée de mission Risques sanitaires, Ville de Lille

L'intérêt de la Ville de Lille pour le lien entre urbanisme et santé repose sur divers constats notamment la croissance exponentielle de la population urbaine mondiale. Ainsi, l'urbanité affecte le cadre de vie et le bien-être d'un nombre croissant d'individus. 80 % de l'état de santé sont influencés par des facteurs environnementaux et socio-économiques. De plus, un mauvais état de santé représente un coût pour la collectivité. Par conséquent, la santé ne doit pas être considérée comme une dépense, mais comme un investissement. Or, au sein du service des Risques urbains rattaché au pôle Qualité et Développement de la Ville, les principes sous-tendant l'EIS sont relativement nouveaux.

De plus, la Ville de Lille est située dans une région globalement défavorisée sur le plan sanitaire et souffrant de fortes inégalités de santé. Sur le plan environnemental, le contexte est également problématique. Par exemple, la qualité de l'air pose problème, le trafic routier affectant la région lilloise impacte les concentrations de dioxyde d'azote et de PM10. En effet, la Ville de Lille est ceinturée par de grands axes routiers. Les transports routier et ferroviaire entraînent aussi des nuisances sonores importantes. Les données sanitaires concernant la pollution atmosphérique constituent des éléments de preuve nous permettant d'échanger avec les élus et nos collègues qui travaillent sur l'aménagement.

De même, nous nous intéressons à l'adaptation au changement climatique, la construction de la ville tenant compte des générations futures. Or, d'ici la fin du siècle, les épisodes caniculaires seront de plus en plus fréquents et intenses, la Ville de Lille n'étant pour l'instant pas adaptée pour supporter de fortes chaleurs.

Sur la base de tous ces éléments, la Ville de Lille s'investit depuis plusieurs années dans des actions en faveur de la santé environnementale, mais de façon non intégrée. Par conséquent, il a été décidé de mettre en place une démarche globale intégrant les différents facteurs, de la tester et d'en faire une méthode applicable à tous les grands

projets d'aménagement. Le lancement du PRSE2 du Nord-Pas-de-Calais coïncidait avec celui du projet d'aménagement de la friche Saint-Sauveur.

Le projet relatif à la Santé environnementale dans l'aménagement urbain a été élaboré par la Ville de Lille en partenariat avec la Communauté urbaine de Lille, qui le cofinance et le copilote également. L'approche pluridisciplinaire permet de prendre en compte les enjeux de santé environnement.

Cécile JUDEAUX, Chargée de mission Environnement, SPL Euralille

La SPL Euralille est l'aménageur du projet sur la friche Saint-Sauveur pour le compte de la Métropole européenne de Lille et la Ville de Lille. La friche Saint-Sauveur est située à proximité du centre-ville de Lille et des gares Lille-Flandres et Lille-Europe. La gare de marchandises de Saint-Sauveur a été en activité de 1865 à 2003, puis est devenue une friche urbaine, localisée entre des quartiers aux profils socio-économiques variés.

Les ambitions du projet ont été déterminées dans le cadre du cahier des charges urbain et au regard des études techniques menées en amont. Des ateliers organisés en collaboration avec les services techniques de la Ville et de la Communauté urbaine ont aussi permis de définir des objectifs en accord avec les politiques portées par les collectivités territoriales. Le projet ambitionne de faire de la friche Saint-Sauveur un quartier de centre-ville habité, incluant 200 000 m² de logements, soit 2 500 logements, mais aussi un espace dédié aux activités économiques. Il vise également à favoriser le développement de la Ville, de la connaissance et de la culture et à construire une polarité commerciale. L'espace public représentera son infrastructure centrale.

Les premières étapes du projet ont été effectuées :

- les études préalables caractérisant l'état initial de la friche en 2012 ;
- l'élaboration du cahier des charges de la maîtrise d'œuvre urbaine conduisant à la sélection d'une équipe en 2013 (Cette dernière est composée de l'agence d'architecture danoise Gehl, d'architectes-urbanistes lillois et différents bureaux d'études) ;
- l'élaboration du plan-guide et l'étude d'impact du projet de 2014 à aujourd'hui.

Les études préalables ont participé à la définition des objectifs du projet visant à faire du quartier Saint-Sauveur un quartier exemplaire sur les thématiques de santé environnement, de sobriété énergétique, de mobilité durable, de biodiversité, etc.

Le calendrier prévisionnel planifie la création de la ZAC à la mi-2015. Les premiers aménagements et la commercialisation des premiers lots devraient intervenir au cours des années 2016-2017 pour une livraison des premières opérations en 2019 et 2020. La programmation prévisionnelle concernant 300 000 m², le phasage s'étend sur une quinzaine d'années jusque l'année 2030.

Le projet est structuré autour d'un espace public central reliant les récents quartiers d'Euralille 2 et de Porte de Valenciennes à ceux du centre-ville et de Saint-Michel. Une polarité métropolitaine, composée de programmes d'équipements publics et tertiaires, sera installée sur la partie Nord, tandis que la partie Sud sera davantage résidentielle, traversée par des espaces publics où la présence de la voiture sera fortement limitée. Le projet vise aussi à garantir les continuités écologiques *via* le développement d'une « vague verte » traversant le quartier.

Enfin, l'ambition principale de l'équipe de maîtrise d'œuvre urbaine consiste à travailler d'abord sur la vie, l'espace puis les bâtiments. Le plan d'aménagement est donc avant tout pensé en termes d'usages et de vie quotidienne.

Delphine FORESTIER

Deux éléments nous ont amenés à choisir la méthodologie de l'EIS. Premièrement, la friche Saint-Sauveur est un site à construire complètement, notre marge de manœuvre

étant conséquemment importante. Deuxièmement, nous étions initialement à la recherche d'un outil permettant d'intégrer les différentes composantes santé environnementales.

Après avoir soumis notre projet à l'ARS, nous avons pris connaissance du rapport de l'ORS sur l'opportunité des EIS dans la région Nord-Pas-de-Calais. Nous nous sommes alors familiarisés avec la méthodologie des EIS. Nous avons pu intégrer les préoccupations de santé dans le cahier des charges avant que ne s'engage le dialogue compétitif pour le choix de la maîtrise d'œuvre urbaine des mois d'avril à octobre 2013. Dans ce cadre, nous avons rencontré les équipes en compétition et discuté de leur compréhension des enjeux de bien-être et de santé environnementale.

Notre projet ayant été validé par l'ARS au mois de mai 2013, nous avons ensuite réfléchi plus précisément à la démarche à mettre en œuvre et travaillé avec l'ARS sur les modalités d'intégration de l'EIS dans le projet. A cette fin, nous avons mené un travail considérable d'argumentation auprès des élus, de nos collègues urbanistes, de l'aménageur et de nos collègues de la Communauté urbaine, afin de les sensibiliser à la démarche. Quant à la sélection de l'équipe de maîtrise d'œuvre, elle nous a satisfaits, puisque l'agence Gehl présentait la plus grande sensibilité sur les questions de santé.

Par ailleurs, j'ai suivi une formation organisée par l'ARS Ile-de-France et l'INPES et consacrée aux méthodes de l'EIS. A cette occasion, j'ai pu rencontrer des personnes ayant déjà conduit des EIS et ainsi initié des partenariats scientifiques dans le cadre de notre EIS. Cette dernière n'a d'ailleurs été lancée concrètement qu'au mois de juin 2014.

Plusieurs avantages de l'EIS nous ont convaincus d'initier une démarche de ce type. L'EIS est une étude systématique de l'ensemble des déterminants de santé, au-delà des seules problématiques de la qualité des milieux et de leurs impacts sur la santé. De plus, l'EIS permet de favoriser les impacts positifs du projet, puisqu'elle ne porte pas uniquement sur les risques générés par le projet. Elle vise à réduire les inégalités, or le quartier Saint-Sauveur se situe à l'intersection entre des quartiers favorisés et moins favorisés de la Ville de Lille. Par conséquent, l'EIS permet de valoriser les ambitions du projet et de promouvoir un travail transversal et pluridisciplinaire.

En outre, l'EIS prend en compte les usagers et les habitants, conformément à notre ambition de placer l'humain au cœur du projet. La démarche étant volontaire, la méthodologie est flexible et n'est soumise à aucune obligation réglementaire. Enfin, la démarche étant encore peu répandue en France, nous l'avons présentée aux décideurs comme un processus pilote pouvant être jugé de façon indulgente.

Cependant, nous rencontrons des difficultés tenant à :

- la multiplicité des acteurs, dont les cultures professionnelles diffèrent et sont parfois très éloignées du domaine de la santé ;
- une méconnaissance de la démarche, parfois considérée comme une contrainte supplémentaire ;
- la difficile appréhension de la plus-value apportée par la démarche d'EIS ;
- la phase de consultation des différents acteurs locaux, tantôt regardée comme un frein supplémentaire ;

C'est pourquoi, il nous a fallu argumenter en faveur de l'EIS et faire preuve de pédagogie. Plusieurs leviers nous y ont aidés :

- le partenariat financier conclu avec l'ARS et constituant le facteur initiateur (En effet, les élus n'auraient peut-être pas accepté de lancer la démarche en son absence.) ;
- la formation que j'ai pu suivre et qui m'a permis d'être une force de conviction plus efficace ;
- la mise en place de partenariats scientifiques avec l'ORS-Nord-Pas-de-Calais, qui porte l'évaluation, et l'EHESP, qui nous appuie sur le plan méthodologique ;

- la diffusion du guide « Pour un urbanisme favorable à la santé », permettant de cadrer les objectifs d'un projet poursuivant cet objectif ;
- la philosophie de l'équipe d'architectes retenue, plaçant la dimension humaine au cœur du projet et concordant avec les valeurs de la démarche d'EIS.

La démarche étant à peine initiée, je ne dispose d'aucun résultat. En 2014, nous avons véritablement lancé l'EIS, de même que les partenariats scientifiques. La démarche pourra cependant être affinée tout au long du projet. Il est d'ailleurs complexe d'évaluer un projet qui n'est pas intégralement élaboré. De même, les grandes lignes du projet urbain sont en cours de définition. Une étude d'impact environnementale sera également réalisée.

Du mois de juin 2014 au mois de juin 2015, trois étapes devront être mises en œuvre :

- l'établissement par l'ORS de l'état des connaissances sur les liens existants entre indicateurs de santé et politiques d'aménagement ;
- l'élaboration de la grille d'évaluation des impacts et la conduite des premières étapes d'évaluation ;
- la formulation de premières recommandations et de pistes de suites à donner à l'EIS.

La démarche est organisée autour de plusieurs instances :

- le groupe d'évaluateurs est composé du service des Risques urbains de la Ville de Lille, de l'ORS et de l'EHESP ;
- le Comité technique regroupe le groupe d'évaluateurs, des représentants de la direction Urbanisme et de la direction Aménagement de la Ville et de la Métropole européenne de Lille, l'aménageur et l'équipe de maîtrise d'œuvre urbaine en fonction de l'ordre du jour, d'autres services pouvant y être associés selon les sujets abordés. L'ARS est également conviée à ces réunions ;
- le Comité de pilotage inclut les membres du Comité technique, les élus et l'ARS.

Ce dernier a été mis en place tardivement, la structuration de la démarche ayant pris du temps. De plus, les élections du mois d'avril 2014 ont modifié l'équipe municipale. Conséquemment, le nouvel élu responsable de la délégation a dû s'approprier la démarche en cours. En tant que médecin, il est très sensible aux questions de santé publique. Le Comité de pilotage programmé au mois de mars devra valider les actions entreprises jusqu'à présent et la suite que nous souhaitons donner à l'EIS, ainsi que mobiliser les autres élus en raison de la transversalité de la démarche.

Par ailleurs, le calendrier des actions est le suivant :

- lancement des premières réunions et cadrage de l'EIS au mois de juin 2014 ;
- collecte de données démographiques et socio-économiques propres à la Ville de Lille et à la Métropole européenne de Lille au cours de l'été 2014 ;
- élaboration du modèle logique permettant d'identifier les déterminants de santé intéressants à partir du mois d'octobre 2014 ;
- constitution de la grille d'identification des impacts à partir du mois de novembre 2014 ;
- début de l'évaluation sur la base du plan-guide à partir du mois de février 2015 ;
- formulation de propositions quant à la suite à donner à l'EIS à la fin du mois de mars 2015.

Enfin, à partir du mois de mai 2015, nous bénéficierons de l'aide d'étudiants du master Santé publique et aménagement territoire de l'Université de Rennes.

Cécile JUDEAUX

Notre retour d'expérience sur la démarche d'EIS est aujourd'hui relativement limité en raison de son caractère récent. Cependant, on peut d'ores et déjà identifier certains points

sur lesquels il nous paraît important d'accorder une attention particulière, afin d'optimiser la démarche.

Premièrement, il convient d'identifier convenablement les temps-clés d'intervention dans l'EIS. Pour le projet Saint Sauveur, ces derniers sont au nombre de trois :

- l'étape de définition des grandes orientations de l'aménagement à travers le plan-guide ;
- l'étape de conception des espaces publics ;
- l'étape d'élaboration des cahiers de prescription.

Deuxièmement, il est nécessaire d'accorder une importance particulière à la traduction opérationnelle de l'évaluation. En effet, l'EIS doit déboucher sur des recommandations permettant d'optimiser le projet.

L'interface avec la maîtrise d'œuvre urbaine doit à ce titre être facilitée.

Troisièmement, il importe que des acteurs variés qui ne témoignent pas de la même sensibilité à l'égard des enjeux de santé puissent s'approprier l'outil.

Enfin, l'EIS peut constituer un outil de suivi surpassant certaines démarches réglementaires et permettant de garantir le respect de ses ambitions tout au long du projet.

L'intégration de la démarche d'EIS dans le projet d'aménagement de la friche Saint-Sauveur est essentiellement expérimentale. L'approche est donc flexible et peut s'adapter en fonction de l'avancée du projet, ce qui constitue un avantage dans la mise en œuvre de cette démarche.

Delphine FORESTIER

Nous avons d'ores et déjà identifié les bénéfices de la démarche d'EIS :

- elle favorise la transversalité ;
- elle améliore notre connaissance du périmètre d'intervention des acteurs investis ;
- elle permet de promouvoir la santé, tous les acteurs du projet découvrant qu'ils sont aussi des acteurs du domaine de la santé.

En outre, nous souhaitons que la démarche d'EIS apporte un regard original sur les différentes problématiques, nous permettant de disposer d'une vision plus globale du projet et de formuler des solutions intéressantes. Toutefois, elle doit encore faire ses preuves.

Temps d'échanges

Le temps d'échanges a permis de soulever plusieurs questions :

- le moment opportun pour lancer une EIS ;
- l'association des Elus et des ARS à la démarche ;
- l'articulation de la démarche EIS avec d'autres démarches comme l'Agenda 21 ;
- l'intégration d'une démarche EIS dans le cadre des CLS.

Il ressort que :

- une EIS peut être lancée tant qu'il est encore possible de proposer des modifications à un plan/programme/projet. Cependant, plus la démarche est initiée de façon anticipée, plus les leviers d'actions sont efficaces ;

- s'agissant de la collaboration avec les Elus et les ARS, elle peut se faire en les associant aux comités de pilotage des EIS. Des séances de sensibilisation peuvent aussi faciliter leur adhésion et participation. Les commanditaires d'une EIS peuvent d'ailleurs dans certains cas être des Elus (ex d'une commune située à proximité de Montpellier). A ce titre, les CLS sont un cadre pertinent de mise en place.

- l'articulation de la démarche d'EIS avec d'autres types de démarches est relativement aisée ; cependant, l'EIS permet d'aller plus loin que ces dernières par la prise en compte d'indicateurs plus larges et plus globaux.

La pratique en France, illustration n°2 : Projet de transports en commun sur Plaine Commune, Communauté d'agglomération de Seine-Saint-Denis

Voir diaporama

Anne LAPORTE

Responsable de la cellule ingénierie et appui méthodologique, ARS, Ile-de-France

Le projet a été financé par l'INPES de façon importante et mené en collaboration avec l'ORS Ile-de-France, en particulier avec Muriel DUBREUIL.

I) L'EIS Transport Plaine Commune

1. Contexte et objet de l'EIS

La Communauté d'agglomération de Plaine Commune située en Seine-Saint-Denis, au nord de Paris, compte 400 000 habitants, dont de nombreux jeunes et migrants. Elle regroupe plusieurs des villes les plus défavorisées de la région Ile-de-France. Son territoire est très contrasté, puisque, en dépit des inégalités sociales dont il souffre, il se caractérise par de nombreuses créations d'emplois. Il est également l'un des 17 pôles de développement du Grand Paris et a été identifié comme « Territoire de la culture et de la création ».

Au sein du territoire, le réseau de transports est très déficitaire. Cependant, sa densification est prévue dans le cadre de la Métropole du Grand Paris à travers une quarantaine de projets de transports : création de nouvelles lignes, prolongement de ligne, etc. Le Comité de pilotage en finalement a sélectionné trois :

- la rocade Tangentielle Nord, qui désenclave le territoire en reliant le territoire d'est en ouest sans passer par Paris ;
- la ligne 8 du tramway, desserte de proximité permettant de désenclaver l'habitat social en le reliant au centre-ville ;
- la gare Saint-Denis-Pleyel, l'une des plus importantes du Grand Paris Express.

Dans le cadre du projet, nous avons étudié les transports en commun, mais pas le fret et les trafics routier et aérien. Le périmètre de l'étude inclut à la fois les habitants et les visiteurs, de nombreuses personnes se rendant sur la Plaine Saint-Denis pour y travailler. De plus, nous avons choisi trois villes dans lesquelles engager une démarche de participation citoyenne : Villetaneuse et Stains, concernées par la Tangentielle Nord, et deux quartiers de la Ville de Saint-Denis, celui de Franc-Moisin pour la ligne de tramway et celui de Pleyel pour la gare Saint-Denis-Pleyel.

2. Emergence du projet

Le projet a bénéficié d'un contexte favorable sur le plan politique. En effet, le directeur général de l'ARS d'Ile-de-France entend développer la santé dans toutes les politiques. Il n'est d'ailleurs pas anodin que Laurent Chambaud ait été le premier directeur de la Santé publique de l'ARS d'Ile-de-France, celui-ci ayant fortement porté les problématiques de promotion de la santé et la démarche d'EIS. Par conséquent, l'EIS est inscrite dans le PRS (Plan régional de santé), de même que l'urbanisme et l'environnement qui constituent d'importants déterminants de santé et générateurs d'inégalités sociales.

De même, le PRSE2 (projet régional santé environnement 2) comprend une fiche consacrée à la réduction des inégalités environnementales dans laquelle s'inscrit cette première EIS. En outre, la région Ile-de-France étant très inégalitaire, la lutte en faveur de la réduction des inégalités sociales se veut structurante pour toutes les actions menées dans la région.

Les contrats locaux de santé ont constitué les premières occasions d'expérimentation de l'EIS. Dès 2012, nous avons pu inscrire dans les contrats locaux de santé de trois collectivités des études de faisabilité d'EIS portant sur des politiques éducatives, de rénovation urbaine d'habitat dégradé et de logement. Le retour d'expérience nous a permis d'éviter de reproduire certaines erreurs. Enfin, l'EIS est inscrite dans le contrat de développement territorial de la Communauté d'agglomération de Plaine Commune.

3. Concrétisation du projet

L'ARS a souhaité appliquer l'EIS à une politique de transport, déterminant de santé assez peu étudié. A cette fin, elle a sollicité la Communauté d'agglomération de Plaine Commune, bien que celle-ci ne détienne pas de compétence en matière de santé. La collectivité avait déjà pleinement conscience des problèmes de transport que rencontraient les habitants et de leurs éventuels impacts sur leur santé.

L'INPES a également été un partenaire important dans la concrétisation du projet. En effet, elle menait déjà une démarche en faveur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités de santé. Elle nous a donc accordé un financement. Par ailleurs, l'observation de l'élaboration d'une EIS lui semblait intéressante, afin de produire des outils méthodologiques destinés aux ARS et aux acteurs locaux et d'acquérir une compétence en matière d'EIS. Dans le cadre du projet, des formations ont d'ailleurs été dispensées à différents types de public par le consortium anglais Impact, qui a également accompagné cette EIS sur le plan méthodologique.

Deux instances essentielles ont été créées :

- un Comité de pilotage qui regroupait le président et le directeur général des Services de la Communauté d'agglomération de Plaine Commune, la délégation territoriale du département de Seine-Saint-Denis, les transporteurs (SNCF et RATP), la Société du Grand Paris, le STIF (Société de Transports d'Ile de France), des représentants de la société civile et un observateur de l'INPES. Un expert d'Impact y facilitait les débats.

- une équipe d'évaluation qui était codirigée par l'ORS et l'ARS. Elle comprenait un chargé d'étude de l'ORS et deux chargés d'étude de l'Institut d'aménagement et d'urbanisme et, pour leur expertise en matière de participation citoyenne, la directrice du centre de ressource en politique de la ville du département de Seine-Saint-Denis, Profession Banlieue, le responsable de la participation citoyenne au sein de la Communauté d'agglomération de Plaine Commune, une chargée d'étude du CEREMA experte en participation citoyenne et des référents des villes dans le domaine de la politique de la ville. L'équipe a profité à plusieurs reprises de sessions de formation dispensées par l'expert du consortium Impact.

4. Qui a fait quoi ?

L'équipe d'évaluation avait pour rôle de proposer le cadrage et la méthodologie de l'EIS au Comité de pilotage. Elle entretenait des relations fréquentes avec ce dernier à travers la présentation des résultats intermédiaires et le rendu des recommandations et du rapport final. Quant au Comité de pilotage, il visait à faciliter l'accès à l'information nécessaire à l'EIS et était chargé d'approuver le cadrage de l'EIS et le document final.

Pour sa part, l'ARS a piloté l'EIS. Elle a présidé les réunions du Comité de pilotage et assuré le secrétariat et la logistique de l'EIS. La Communauté d'agglomération de Plaine Commune a invité ses partenaires, transporteurs et associations, à participer au Comité de pilotage, et a participé à la logistique de la participation citoyenne. Dans ce cadre, ont eu

lieu deux réunions de co-construction des recommandations et de restitution finale du rapport impliquant les habitants.

En outre, l'ORS et l'ARS ont mené le travail d'évaluation, incluant le recueil des données, l'analyse, la formulation des recommandations et la rédaction du rapport d'évaluation.

Avec les trois villes choisies, nous avons travaillé sur les groupes de population à solliciter. Nous souhaitons faire appel à des populations défavorisées n'ayant pas accès à la parole publique et rencontrant des difficultés en matière de transport. Des associations nous ont ensuite aidés à rencontrer les personnes.

Parmi les actions de l'EIS, les recommandations occupent une place fondamentale. Leur formulation a pris du temps, d'autant plus qu'elles ont fait l'objet de navettes entre les parties prenantes. De même, nous avons souhaité fournir un travail spécifique sur la participation citoyenne dans le cadre de cette EIS. Le territoire bénéficiant de la politique de la ville, la démocratie participative y avait déjà été largement expérimentée.

Conformément aux préconisations du rapport Bacqué- Mechmache de 2013, la participation des habitants a consisté à co-construire les recommandations et à créer la possibilité d'interpeller les élus et les transporteurs au moment de la restitution finale des recommandations.

II) Calendrier et moyens

La démarche a débuté en 2012 avec la sollicitation de la Communauté d'agglomération de Plaine Commune, la rencontre de membres de l'INPES et le lancement de notre collaboration avec le consortium Impact. L'EIS a réellement été lancée au mois de mars 2013 au moment de la première réunion du Comité de pilotage. Au cours de la quatrième réunions de ce dernier, nous avons formulé les recommandations. Puis, nous avons à nouveau rencontré chacune des parties prenantes, afin d'ajuster ces dernières. Le rapport pré-final a été édité au mois de septembre 2014.

Le financement de l'INPES s'est élevé à 100 000 euros, dont 70 000 consacrés à l'EIS et 30 000 à la formation des différents publics. La seule participation d'Impact a entraîné des coûts de transport et des prestations de traduction. Si nous n'avions pas recouru aux services d'Impact, le coût de la démarche n'aurait probablement pas dépassé 50 000 euros.

Cependant, les chargés d'étude exerçant au sein d'autres institutions ont également dû être financés. L'édition du rapport doit aussi être comptabilisée parmi les coûts externes de la démarche. Enfin, les deux évaluateurs et le développeur de projet ont fourni une quantité de travail importante tout au long de la démarche.

III) Retour d'expérience

1. Les difficultés

Réunir l'ensemble des parties prenantes a représenté l'étape la plus difficile. En particulier, le STIF, l'organisme de régulation des transports dans la région Ile-de-France, venait de finaliser l'étude d'évaluation environnementale de son Plan de Déplacement Urbain. C'est pourquoi notre démarche ne lui paraissait pas apporter de valeur ajoutée spécifique. Après avoir accepté de participer, ses représentants ont finalement été convaincus de l'utilité de la démarche.

Pour que les membres du Comité de pilotage puissent adhérer à la démarche, il importe de les former, afin de favoriser le partage d'une culture commune en matière d'EIS et de définition large de la santé. L'enjeu était d'autant plus important que notre démarche apparaissait concurrente de celles se réclamant du développement durable et inscrites

dans des stratégies de type Agenda 21. Il s'est avéré nécessaire de montrer que l'EIS allait au-delà de l'évaluation de l'impact environnemental.

En outre, nous avons dû faire accepter le périmètre de l'EIS aux membres du Comité de pilotage. La Communauté d'agglomération et les élus souhaitaient initialement que nous évaluions l'impact des transports sur la santé des habitants. Or nous n'avons sélectionné que trois projets parmi la quarantaine de projets prévus. Toutefois, conduire une EIS sur trois projets constitue déjà un travail considérable.

Le Comité de pilotage était censé faciliter l'obtention d'informations essentielles pour l'EIS, celle-ci étant basée sur le recueil et l'analyse de données disponibles. Pour autant, certaines informations ne nous ont jamais été communiquées. Les résultats n'en ont heureusement pas été affectés.

Par ailleurs, la mise en place de la participation citoyenne peut entrer en compétition avec d'autres démarches de démocratie locale. La Communauté d'agglomération de Plaine Commune et les villes qui la composent ont une longue expérience de la participation citoyenne. Ainsi, des représentants d'une des trois villes se sont montrés réticents, craignant que nous ne mettions en péril la relation qu'ils entretenaient avec les habitants. En effet, les démarches de participation citoyenne présentent traditionnellement de nombreux écueils, notamment celui de l'absence de prise en compte des remarques formulées par les habitants. Le cadre méthodologique de la participation citoyenne que nous avons construit a permis d'explicitier et de rassurer sur notre démarche.

Enfin, l'analyse des trois projets a représenté un travail conséquent, bien que l'étude de la littérature portant sur les liens entre transport et santé, phase importante de l'EIS, leur ait été commune. Les trois projets se trouvaient d'ailleurs à des stades d'avancement complètement différents. Alors que les études préalables nécessaires à la création de la ligne de tramway étaient lancées, peu de documents étaient disponibles concernant la gare Saint-Denis-Pleyel. Quant à la Tangentielle Nord, elle faisait déjà l'objet de travaux. Toutefois, les trois projets étaient extrêmement significatifs au regard des enjeux rencontrés par la Communauté d'agglomération de Plaine Commune.

2. Les succès

Parmi les succès, l'adhésion des parties prenantes à la démarche a été particulièrement manifeste lors de la dernière réunion du Comité de pilotage. Ses membres souhaitaient d'ailleurs au moins partiellement prendre en compte les recommandations issues de l'EIS. La Société du Grand Paris a par exemple exprimé l'intention de les intégrer au cahier des charges de l'ensemble des gares.

De même, la participation citoyenne a fonctionné de façon satisfaisante. Les habitants se sont engagés au point d'interpeller les représentants des pouvoirs publics lors de la réunion finale.

La santé semble être davantage prise en compte dans les nouveaux projets. Par exemple, la Communauté d'agglomération de Plaine Commune nous a sollicités pour participer à la révision de son Plan local de déplacement. Nous entretenons également des relations désormais durables avec les transporteurs.

En outre, le directeur général de la Communauté d'agglomération de Plaine Commune a fourni un témoignage très intéressant :

« Aujourd'hui, après avoir lu les conclusions de l'EIS, l'exercice se révèle passionnant et porteur de perspectives. Je soulignerai trois points.

- *D'abord, l'engagement de tous les acteurs (aménageurs, transporteurs, employeurs, représentants des habitants et salariés) : après quelques réunions à appréhender la démarche, à découvrir ensemble que la santé n'est pas uniquement l'affaire des professionnels du secteur, à surmonter les réticences, chacun a essayé de jouer le jeu*

et d'apprivoiser ces questions de santé publique à côté desquelles nous passons trop souvent.

- *De ce point de vue, la pédagogie, l'écoute et l'attention de l'équipe menant l'EIS et des scientifiques britanniques nous accompagnant ont été décisives.*
- *L'alliance parfois complexe, mais ici très ajustée, entre une logique de politique publique et des données scientifiques par essence étrangères à cette politique. Dans l'EIS, on ne croise pas seulement des champs de politique, mais aussi des sources de savoir et des exigences différentes. Il n'est pas rare que ces exigences et ces savoirs se heurtent. Ici, ils se sont enrichis les uns les autres. »*

Pour sa part, l'ARS a pu vérifier le succès de la démarche. Grâce à ce travail, l'ARS dispose d'une expertise méthodologique dans le domaine des EIS. L'EIS ayant été réussie, nous pouvons poursuivre notre plaidoyer en faveur de la démarche et de la prise en compte des déterminants de santé, favoriser les échanges intersectoriels et agir contre les inégalités sociales de santé.

Le rapport de l'EIS est téléchargeable sur les sites de l'ARS et de l'ORS.

Temps d'échanges

Durant ce temps d'échanges, le constat a été fait que l'EIS est une démarche qui favorise le travail intersectoriel et interdisciplinaire. Cependant, au-delà de ces aspects, la prise en compte des recommandations est un enjeu majeur qui traduit l'utilité de la démarche. Cela nécessite la mise en place d'un suivi des recommandations.

De plus, il importe aussi qu'après avoir soutenu une EIS, les institutionnels (notamment ARS) aient la volonté d'étendre et de poursuivre la démarche afin de la conforter comme un axe stratégique de développement des projets.

La pratique en France, illustration n°3 : Projet de réaménagement d'un quartier de la Ville de Nantes

Voir diaporama

Gwenaëlle HIVERT

Ingénieur sanitaire, ARS, Pays de la Loire

Dr Patricia SARAUX-SALAUN

Médecin-directeur, Ville de Nantes

Jérôme LE JELOUX

Pôle aménagement urbain, Nantes Métropole

Gwenaëlle HIVERT, Ingénieur sanitaire, ARS, Pays de la Loire

L'implication de l'ARS Pays de la Loire part d'une volonté de la direction de porter la notion de santé globale, témoigner de l'importance des déterminants de santé et ainsi faire reconnaître l'impact des autres politiques sur la santé, afin que ces dernières en intègrent les enjeux. La démarche d'EIS a donc été initiée par l'ARS Pays de la Loire dans une optique de promotion de la santé.

Les aspects de l'EIS qui intéressent particulièrement l'ARS sont :

- le caractère pluridisciplinaire et volontaire de la démarche
- Elle représente une occasion de fédérer les acteurs autour de l'enjeu santé sur des projets dont l'objet même n'est pas la santé.
- Enfin, nous souhaitons valoriser la dimension participative, à savoir le fait que la voix des usagers a autant de poids que l'expertise.

Au sein de l'ARS, un groupe de travail consacré à l'urbanisme a identifié différents enjeux de santé sur lesquels l'ARS est susceptible de rendre un avis, notamment le vieillissement de la population, le maintien à domicile, la lutte contre l'isolement, l'accès au soin, l'accueil des professionnels de santé et les dynamiques de territoire, la prévention et le lien social. Ce travail a joué dans la décision de la Direction d'initier une EIS, et de les orienter prioritairement sur des projets d'urbanisme.

La décision d'expérimenter l'EIS sur des projets d'urbanisme, d'aménagement du territoire ou de transports a donc été prise en Comité de direction à la fin de l'année 2013. Un petit groupe d'agents a été formé au sein de l'ARS, chargé d'initier la démarche et d'examiner les modalités de son déploiement. La démarche de l'EIS étant proche de celle de l'étude d'impact en santé environnementale, des ingénieurs sont généralement sollicités pour y participer. Cependant, nous avons souhaité garantir la pluridisciplinarité de la démarche. C'est pourquoi des professionnels de l'animation du territoire, de la promotion de la santé et d'évaluation des politiques de santé participent au groupe de travail.

Des temps de formation ont d'abord été prévus, afin que les membres du groupe s'approprient l'EIS, qu'ils puissent transmettre la démarche à d'autres professionnels et rechercher des partenariats au sein des collectivités territoriales. Une personne du groupe a notamment participé à la formation dispensée par le cabinet Impact. De plus, à l'occasion

du colloque « Paysages, urbanisme et santé » organisé au mois de novembre 2014, les différentes cultures professionnelles ont pu être croisées. Françoise JABOT et Anne ROUE LE GALL ont pour leur part accepté de délocaliser une formation EIS sur 2 jours à Nantes, à laquelle plusieurs personnes de l'ARS, de collectivités et de l'ORS ont pu participer.

Par ailleurs, un travail de mobilisation des partenaires locaux a aussi dû être mené en vue d'associer d'autres expertises au projet. A travers les partenariats, nous visons à expérimenter la démarche et à nous l'approprier. Deux collectivités ont accepté de participer. L'EIS a donc été inscrite dans les contrats locaux de santé des deux villes par le biais d'un avenant.

L'évaluation fera l'objet d'une vigilance particulière, afin que nous puissions tirer les enseignements de la démarche et la diffuser vers d'autres collectivités.

Dr Patricia SARAUX-SALAUN, Médecin-directeur, Ville de Nantes

Initier une EIS prend du temps, implique le partage d'une culture commune et la présence de personnes moteurs, tant au niveau politique que technique. Or la Ville de Nantes a profité d'une dynamique favorable. Un Plan local de Santé environnementale incluant la santé urbaine et impliquant plusieurs services de la Ville et de la Métropole a été signé en 2012. De même, la santé urbaine, a fait l'objet d'une sensibilisation considérable. Des programmes de renouvellement urbain ont également été adoptés. Parallèlement, un Observatoire infra-communal de la Santé des habitants a mis en exergue l'existence d'inégalités sociales et territoriales de santé dans la ville.

Notre envie de lancer la démarche d'EIS a rencontré celle de l'ARS, avec laquelle nous travaillons de façon satisfaisante. Le Plan Santé environnementale est inscrit depuis l'année 2014 dans le contrat local de santé. Il bénéficie de l'engagement de nos partenaires et fédère les institutions.

En outre, nous sommes parvenus à sensibiliser les services d'urbanisme, à la faveur de la rédaction de la Charte d'aménagement et de gestion de l'espace public. Les problématiques de santé y étant implicitement évoquées, nous y avons intégré un volet Santé. De surcroît, nous avons expérimenté les « Diagnostics en marchant » sur le volet santé. Les habitants et les professionnels au sein des quartiers se sont ainsi exprimés sur la santé et sur les éléments l'affectant positivement ou négativement. Dans ce cadre, nous avons créé un guide méthodologique et créé un document destiné aux habitants. Le rôle des adjoints a également été essentiel dans la progression de la démarche, les élus nous ayant attentivement suivi.

Plusieurs moments ont été propices à l'évocation des notions au cœur de la démarche d'EIS auprès de nos partenaires. Un atelier métropolitain a eu lieu en présence de tous les acteurs politiques, à l'occasion duquel Jean Simos est venu de Genève nous présenter son expérience de l'EIS. De même, la nomination de Nantes comme capitale verte de l'Europe en 2013 nous a aidés à expliciter la santé environnementale.

Par ailleurs, le périmètre de l'EIS incluait le renouvellement urbain, mais il convenait d'identifier le projet qui en ferait l'objet. L'un des objectifs principaux du service étant de réduire les inégalités de santé, nous nous sommes intéressés à nos quartiers. Au sein de ces derniers, nous déplorons un taux d'obésité plus important qu'ailleurs, notamment chez les enfants, une surmortalité des hommes avant 65 ans pour cause de cancer du poumon ou de pratiques à risque (alcoolisme, sédentarité, etc.), etc.

Les indicateurs sociaux et de mortalité du quartier de Bellevue, situé entre deux villes, étaient mauvais. De plus, un projet global de rénovation y avait débuté, devait durer vingt ans et incluait des projets de courte durée, de trois à six ans, et de moyenne durée, allant jusqu'à quinze ans.

Parallèlement, la problématique des déserts médicaux nous a interrogés sur la manière de redynamiser les quartiers, les rendre attractifs, et d'y allier la santé globale et le

soin. Un projet de maison pluri-professionnelle s'est donc greffé au projet de renouvellement urbain, afin d'y intégrer un axe Santé. Les attentes politiques en la matière sont donc devenues significatives. Le projet de rénovation n'ayant pas encore débuté, la démarche d'EIS pouvait être lancée.

Jérôme LE JELOUX, Département du développement urbain, Nantes Métropole

Un certain nombre d'interventions urbaines contribuent à favoriser la santé mais sans qu'elles soient formulées ainsi en termes d'objectifs : les déplacements doux pour un meilleur partage de la voirie, le développement des jardins familiaux, l'effort de mixité sociale etc... La santé est à l'Homme ce que le paysage est au territoire : une approche pour coaliser un certain nombre de politiques publiques et susciter les hybridations.

L'urbanisme favorable à la santé sonne comme un retour aux sources. La notion d'urbanisme est née au XIX^{ème} siècle avec le plan Cerdà d'extension de Barcelone. Ce dernier visait à concevoir une nouvelle partie de la ville vivable et pratique, au contraire de son centre historique surchargé et propice aux épidémies. La densité était alors associée à la mort. De ce point de vue, il est intéressant de constater le retour aujourd'hui du lien entre urbanisme et santé alors que la ville compacte est érigée en aiguillon de l'urbanisme contemporain. Ce retour a valeur d'avertissement : est-on bien sur que le modèle de la ville compacte tel qu'il est conçu favorise la santé? Comment arrimer plus explicitement l'urbanisme à l'objectif de qualité de la vie ?

La définition large de la santé (ce n'est pas seulement l'absence de maladie mais un état de complet bien-être physique et psychologique) appelle la fondation d'une écologie du bonheur citoyen mobilisant de nouvelles disciplines de la psychologie environnementale ou de la physiologie de la perception. Des recherches intéressantes sont menées sur les rapports affectifs à la ville et la formation des émotions. Les acteurs du champ socio-culturel ont beaucoup à apporter en termes de mobilisation des habitants, de création d'une vie de quartier. Tout cela pour contrebalancer la rationalité technique encore très présente en urbanisme. La Cité est faite d'imaginaires, de sensible, de rapports sociaux.

Le lien entre urbanisme et santé représente aussi une opportunité pour réintroduire l'échelle humaine de laquelle se sont éloignés les courants fonctionnalistes et modernistes. Les distances et les bâtiments se sont rallongés, l'Homme a gardé la même taille. L'idée d'urbanisme comme attention à l'autre et reconnaissance de ses besoins doit imprégner nos pratiques quotidiennes. En 2013, nous avons par exemple réalisé un diagnostic sensible du paysage dans un quartier nantais, en demandant aux habitants de décrire les raisons de leur attachement au paysage et les actions à mener pour l'améliorer. Ils ont été amenés à réaliser un reportage photographique, consigner leurs impressions dans des carnets de déambulation, se projeter en groupes de créativité. L'un d'eux a photographié le seul banc du quartier, la froideur du béton, posé négligemment sur le bord d'un boulevard et donnant l'image d'une ville peu accueillante ne favorisant pas le séjour sur l'espace public. Ce travail a permis de définir ce qui se rapproche d'un projet d'urbanisme citoyen. Des propositions très diversifiées en sont ressorties, la collectivité s'est engagée en réponse, plusieurs réalisations ont déjà vu le jour (itinéraire patrimonial, modification du PLU, amélioration d'espaces publics)

La conception de l'urbanisme comme favorable à la santé présente également l'opportunité d'aborder différemment l'objectif de densification. La densification est trop présentée comme un impératif pour lutter contre l'étalement urbain, créant un grand malentendu avec les habitants qui ne s'y projettent absolument pas. Elle n'est pas désirée car associée au confinement, au bétonnage, aux problèmes relationnels. Les urbanistes doivent adopter un discours différent : centré sur la ville heureuse, l'opportunité de vivre avec les autres, tous les bénéfices de disposer d'une offre de services dans la proximité... ce qui nous rapproche de l'urbanisme favorable à la santé. Un urbanisme qui prend soin de l'individu sans désertir ce qui fait communauté. Comment concevoir les espaces en premier lieu en fonction de la vie qu'on souhaite collectivement y installer? Comment proposer une approche plus immersive en termes d'ambiance (confort acoustique,

commodités agrémentant un parcours, perspectives visuelles, rapport entre la surface d'un espace et l'échelle humaine...).

On peut souhaiter que les EIS portent mal leur nom. En effet, l'évaluation est associée à l'idée de contrôle et de performance. L'impact est associé en aménagement aux études d'impact réglementaires. Le terme santé reste en première approche cantonné au domaine médical. Il convient certainement d'éviter de réduire l'urbanisme favorable à la santé au respect d'un certain nombre de critères. La normativité a parfois pour cause dommageable de substituer l'obligation de résultats à l'obligation de moyens. Or l'approche santé d'un territoire semble valoir beaucoup pour la démarche elle-même.

Enfin, la connaissance des indicateurs de santé peut constituer un nouvel outil de management territorial stratégique dans l'objectif de réduire les inégalités de santé. Comment ne pas seulement veiller à réduire l'impact santé d'un projet mais faire en sorte que les projets eux-mêmes procèdent de la lecture santé d'un territoire? De ce point de vue, la santé peut s'imposer comme un axe de politique publique important dans les quartiers prioritaires au titre de la politique de la ville.

Gwenaëlle HIVERT

Initialement, je craignais l'accueil que réserveraient les urbanistes à l'EIS. En effet, ces derniers auraient pu considérer que nous leur imposions une méthode. Au contraire, les participants à la formation se sont montrés enthousiastes, notamment à la perspective d'approches pluriprofessionnelles.

Par ailleurs, un facteur favorisant pour les deux projets d'EIS programmés dans la région, est le soutien financier de l'ARS.

Dr Patricia SARAUX-SALAUN

Nous sommes également parvenus à intégrer les problématiques de santé en dehors de notre démarche d'EIS, notamment dans un projet d'aménagement de barres d'immeubles, et ce de façon concertée. Par exemple, le parcours-santé a fait l'objet d'une réflexion particulière en collaboration avec les habitants. Une culture du travail collectif s'est développée et a permis de convaincre les différents services de la plus-value de la démarche.

En outre, le terme d'EIS pose effectivement problème. Dans notre région, il nous est aussi difficile de trouver des opérateurs capables de conduire l'EIS. Nous tentons actuellement de doter les opérateurs des compétences nécessaires, la proximité de la Ville de Rennes nous y aidant, mais il importe aussi de développer une connaissance locale en la matière. Nous avons sollicité sans succès l'ORS et les IREPS, mais le processus suit son cours.

Cependant, la dynamique nantaise en matière de participation citoyenne est très importante. Le terreau nécessaire à la conduite d'une EIS est donc présent.

Gwenaëlle HIVERT

De plus, nous souhaitons poursuivre cette dynamique dans le cadre du futur Plan régional Santé-Environnement. En effet, l'EIS représente une des démarches permettant de progresser en matière d'urbanisme favorable à la santé. Il conviendra d'identifier des projets-pilotes pouvant faire l'objet d'EIS, mais aussi de concevoir des documents d'urbanisme s'appuyant sur le guide « Un urbanisme favorable à la santé » de l'EHESP.

Dr Patricia SARAUX-SALAUN

Le projet d'EIS en cours à Nantes est centré sur une maison pluri-professionnelle de santé multi-site sur un bassin de vie en renouvellement urbain, permettant d'impliquer les acteurs libéraux du soin dans le champ de la santé urbaine.

Temps d'échanges autour des trois illustrations

Plusieurs sujets ont été évoqués durant ce temps :

- Articulation de la démarche EIS avec d'autres démarches :

L'EIS doit favoriser l'articulation et la cohérence avec d'autres types d'outils comme les Plans Santé environnement, les CLS...et ne pas engendrer de la complexité.

L'articulation avec l'évaluation d'impact sur l'environnement (EIE)

L'évaluation d'impact sur l'environnement est une des voies intéressantes à suivre pour faciliter l'implantation des EIS en France. Cependant, l'élargissement que suscite la démarche EIS à certains déterminants non interrogés dans une EIE nécessite des questionnements et une réorganisation de certains services des ARS en charge de les mener.

En Angleterre par exemple, une étude d'impact environnemental est systématiquement menée sur les projets et celle-ci s'accompagne parfois d'une EIS. Cette dernière peut prendre la forme d'un chapitre au sein de l'étude d'impact environnemental.

- Adaptation de l'EIS

L'EIS doit être adaptée à la population concernée par les projets, notamment lorsqu'il s'agit de projets d'urbanisation, entre autres par la prise en compte de la culture locale. A ce titre, l'implication des habitants au plus tôt constitue un rempart contre une éventuelle normalisation/standardisation des schémas ou projets proposés par la suite.

- La différence entre EIS et autres évaluations

La nature des indicateurs de l'EIS

La prise en compte des indicateurs quantitatifs et qualitatifs est un impératif de l'EIS à la différence d'autres démarches basées sur des indicateurs quantitatifs uniquement.

La prise en compte des ISS

La plus-value de l'EIS réside dans la prise en compte des inégalités de santé et de l'équité.

La distinction avec les évaluations des politiques publiques en santé

Les échelles des EIS et des évaluations des politiques publiques en santé sont complètement différentes. Alors que l'EIS s'inscrit au niveau micro, son objectif étant de maximiser les effets positifs et réduire les effets négatifs d'un projet sur la santé, l'évaluation des politiques publiques se situe à un niveau beaucoup plus large.

L'évaluation d'une politique publique en santé consiste à examiner ses effets réels. En revanche, l'EIS consiste à analyser les effets de politiques ne portant pas directement sur la santé. La démarche d'EIS est donc prospective et non rétrospective.

L'opportunité des EIS

L'implantation des EIS en France doit bénéficier de la mise en place récente de deux outils : le comité interministériel de la santé (18 juin 2014) visant à introduire les préoccupations de santé dans toutes les politiques publiques et la loi HPST qui témoigne de la préoccupation du législateur de mettre en place des comités de coordination des politiques publiques en matière de prévention au niveau régional et qui réunissent les principaux décideurs publics, tous domaines d'intervention confondus.

- Les thèmes concernés par l'EIS

En France, la démarche d'EIS connaît un engouement particulier dans le champ de l'urbanisme car elle peut facilement y être appliquée. Cependant, la France commence à peine à expérimenter ce type de démarche. Des exemples développés sur d'autres types de Politiques Publiques devraient voir le jour dans les années à venir. A l'international, des EIS ont été conduites sur différentes politiques. Par exemple, les Japonais se concentrent davantage sur le champ de la santé-travail. En Suisse, des EIS ont été menées sur des sujets divers, tels que, la loi interdisant la consommation de tabac dans les lieux publics, ou l'implantation d'éoliennes.

- Le retour d'expériences d'EIS

Les retours d'expérience ne doivent pas se limiter à vérifier la prise en compte des recommandations formulées car quelquefois, cela peut se révéler décevant. L'effet d'une EIS sur la santé d'une population est difficilement appréciable. Le processus enclenché par la démarche en termes de mise en œuvre d'intersectorialité et de fédération des différents secteurs est un éléments tout aussi important.

- La sensibilisation des Elus

L'un des arguments permettant de sensibiliser les Elus de l'intérêt de mener des EIS réside dans la perspective d'améliorer l'attractivité de leur ville.

Mise en perspectives

Anne ROUE LE GALL

Enseignant-chercheur, EHESP

Faouzia PERRIN

Médecin directeur, direction santé publique de la ville de Grenoble

Raphaël GLABI

Directeur adjoint de la santé publique, ARS, Rhône-Alpes

Anne ROUE LE GALL, Enseignant-chercheur, EHESP

L'EHESP a pour missions principales la recherche, l'enseignement et l'expertise. Notre intérêt pour la démarche d'EIS a émergé à travers les questions de l'interdisciplinarité et de la définition élargie de la santé. De plus, nous avons étudié le potentiel de la démarche en tant qu'outil de promotion de la santé et de diminution des inégalités de santé.

Dans le contexte français, il s'agissait d'examiner la manière dont les outils existants s'articulaient les uns avec les autres. En effet, il existe un large panel d'outils dans les champs de l'urbanisme, de la santé publique et de l'environnement, afin de prendre en compte la santé. Au niveau local, le Réseau Bretagne Urbanisme et Santé (RBUS) a été créé à Rennes, associant différents acteurs intéressés par la question de la santé dans toutes les politiques.

Nos missions d'expertise consistent notamment à développer les outils méthodologiques nécessaires. A l'EHESP, deux départements (Santé-Environnement-Travail et Sciences humaines et sociales) s'intéressent plus spécifiquement à ces questions. Nous tentons de croiser les compétences de chaque département en vue d'élaborer des outils et d'aider les différentes institutions désirant initier une EIS. Un axe de promotion de la santé émerge également au sein de l'EHESP.

Par conséquent, nous sommes en mesure de proposer des formations. Dès 2011, un Master spécialisé, Santé-Environnement-Enjeux pour le territoire et l'entreprise, incluait un module portant sur l'EIS. Désormais, nous offrons des modules de formation continue et nous intégrons de plus en plus dans les formations existantes une introduction aux EIS. Un parcours visant au développement des compétences en matière d'EIS ouvrira au mois d'avril 2015, il donnera lieu à un diplôme d'établissement. De surcroît, nous collaborons étroitement avec l'INPES et le CNFPT, afin de répondre à l'engouement suscité par l'EIS. Nous entretenons également des liens avec nos collègues étrangers.

Par ailleurs, impulser la mise en œuvre d'une l'EIS implique à la fois de saisir différentes opportunités et de disposer de documents cadres orientant la démarche, comme le PRSE ou les contrats locaux de santé. De plus, il importe de croire en la démarche et d'apprendre à communiquer avec l'ensemble des partenaires, l'interdisciplinarité n'étant pas simple à mettre en œuvre.

Enfin, il convient d'articuler l'approche réglementaire que représente l'évaluation d'impact sur l'environnement et l'approche volontaire qu'est l'EIS. Cependant, les acteurs locaux ne doivent pas hésiter à se lancer dans une démarche expérimentale. Il serait d'ailleurs nécessaire de mettre en place une communauté nationale autour de l'EIS, permettant aux acteurs d'échanger régulièrement. Une telle démarche contribuera à structurer les expériences en matière d'EIS et à en comprendre les limites. Quoi qu'il en soit, il est fondamental de définir l'objectif de toute EIS, tous les déterminants de santé ne pouvant être explorés. A cet égard, les questions pertinentes doivent être correctement posées en amont.

Faouzia PERRIN, Médecin directeur, direction santé publique de la ville de Grenoble

En tant que Ville-Santé du réseau de l'OMS, la Ville de Grenoble travaille sur la promotion de la santé, l'EIS étant l'un des outils adéquats en la matière.

Lorsqu'il a introduit la journée, Laurent Chambaud a souligné les aspects essentiels de l'EIS. Premièrement, l'EIS constitue un outil d'aide à la décision. Cependant, s'agit-il de la décision politique ou technique ? La réponse ne me semble pas évidente, comme en ont notamment témoigné les remarques sur la place des élus. Il conviendra d'être plus précis sur ce point.

Deuxièmement, l'EIS permet d'introduire les enjeux de santé dans divers projets, mais d'autres outils de promotion de la santé existent. Il faut être vigilant sur les critères de choix de cet outil.

Troisièmement, Laurent Chambaud a milité pour le contrat local de santé comme cadre de l'EIS. Toutefois, des interrogations fondamentales se posent pour les collectivités locales en raison de la réforme territoriale. En effet, les collectivités locales ne sont pas des construits immuables, *a fortiori* en ce qui traite de leurs relations avec l'Etat. Ce cadre relationnel doit également faire l'objet d'une vigilance constante.

Quatrièmement, l'EIS ne relève pas seulement d'une méthodologie, mais aussi de valeurs. La démarche permet de diffuser les valeurs de promotion de la santé, ce dont ont témoigné les différentes interventions. Elle favorise aussi le travail collaboratif sur le sujet. En outre, elle présente l'avantage d'être flexible et adaptable en fonction des opportunités.

Cinquièmement, l'ambiguïté du terme « évaluation » n'est pas un détail, mais est fondamentale. En effet, les collectivités sont aux prises avec un contexte budgétaire très contraint dans lequel l'impératif d'évaluation est fort. Les montants évoqués m'ont d'ailleurs surpris. Alors que des services sanitaires sont confrontés à des difficultés extrêmes pour des raisons budgétaires, l'EIS n'est pas budgétairement anodine.

Enfin, il est vrai que l'urbanisme a découlé de préoccupations d'hygiène et de salubrité publiques. Le retour vers la santé peut désormais être perçu comme une opportunité ou une contrainte pour révolutionner l'urbanisme.

Françoise JABOT

Il est possible de mener des EIS plus ou moins approfondies qui auront donc des coûts variables. Actuellement, la démarche étant nouvelle, elle nécessite un accompagnement plus étroit, ce qui génère un coût.

Raphaël GLABI, Directeur adjoint de la santé publique, ARS, Rhône-Alpes

Le lancement d'une EIS implique trois prérequis fondamentaux devant faire consensus au sein des équipes portant la démarche.

- Une approche de la santé en termes de déterminants doit être promue, davantage qu'une approche centrée sur le système de santé. En effet, ce dernier n'a qu'un impact modeste sur l'état de santé d'une population.
- Les conséquences d'une décision publique sur la santé doivent être mises en exergue, les politiques actuelles n'intégrant que marginalement les enjeux de santé.
- La démarche d'EIS doit être considérée comme un outil favorisant l'équité et la réduction des inégalités de santé, ces dernières découlant au moins partiellement d'inégalités engendrées par des politiques publiques.

En outre, quatre freins à la démarche d'EIS peuvent être identifiés :

- une vision restrictive de la santé et de ses déterminants ;

- une appréhension de l'EIS par les élus comme une insupportable incursion et un ralentissement de la prise de décision politique ;
- des compétences relativement limitées en matière d'EIS, notamment méthodologiques ;
- des financements insuffisants, notamment dans un contexte de faible marge de manœuvre des collectivités et de l'ARS dans le domaine de la promotion de la santé.

En revanche, quatre leviers existent :

- l'essor progressif de la démarche d'EIS, notamment à travers la prise en compte de la santé dans les politiques publiques et l'accompagnement méthodologique offert par les ARS ;
- la vision partagée des équipes quant aux objectifs des EIS, devant cependant faire l'objet d'un travail d'explication auprès des élus ;
- l'appui sur les structures-ressources régionales, afin de s'approprier les outils et la méthodologie de l'EIS ;
- la fixation de l'EIS sur l'agenda politique à la faveur de la politique de la ville et des contrats locaux de santé dans les villes qui n'en sont pas encore dotées.

Enfin, en région Rhône-Alpes, nous avons particulièrement prêté attention aux éléments suivants :

- initier et préparer le terrain de l'EIS avec les responsables Santé des collectivités ;
- favoriser la montée en compétence des acteurs, à travers le recours à des experts, par exemple ;
- sensibiliser les élus, conformément à l'axe inscrit dans notre PRSE2 ;
- expérimenter, l'ARS se devant d'être moteur dans la démarche, afin d'initier un effet d'entraînement favorable aux EIS.

Temps d'échanges

Le dernier temps d'échanges a conclu la journée avec les remarques suivantes :

- L'un des enjeux de l'EIS réside dans la sensibilisation des acteurs intervenant dans les autres domaines et champ d'intervention hors santé ;
- L'EIS est un encouragement aux Elus à maintenir la compétence en matière santé au niveau des collectivités locales ;
- L'EIS promeut la pluridisciplinarité, la transversalité et la participation citoyenne.
- L'EIS permettra à d'autres politiques publiques de limiter leurs conséquences sur la santé des populations et donc de limiter les dépenses de santé ;

Une session spécifique sur les EIS aura lieu lors des Journées de la prévention organisées par l'INPES en juin 2015.