



Journée de réflexion

L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

Actes du colloque du 20 juin 2013

Hôtel de Région, à Toulouse.

« Tel l'effet papillon, tout vote, toute décision, toute action politique a des conséquences multiples. Le regard et l'analyse sont essentiellement tournés vers les conséquences financières et budgétaires, et bien évidemment vers l'emploi. Ce sont des réflexions nécessaires.

Mais il en est d'autres tout aussi essentielles pour la vie quotidienne actuelle et future de chacune et chacun. Ainsi toute décision qui concerne par exemple l'emploi, l'urbanisme, le logement ou les transports a des conséquences directes ou indirectes sur l'environnement ou la santé.

C'est cet aspect sanitaire, celui des conséquences de l'ensemble des politiques territoriales sur la santé que l'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) peut mettre en valeur. C'est dire toute l'importance de ce colloque pour les institutions, les élu-es et l'ensemble de la population. »

François Simon

« Les travaux de recherche ont montré qu'au-delà du système de soins, la santé était liée à de nombreux déterminants sociaux et économiques, habitat, transport, aménagement du territoire...

Améliorer l'état de santé et réduire les inégalités sociales de santé impliquent donc de considérer les effets sur la santé de toutes les politiques.

Ce colloque exprime la volonté d'un travail partenarial entre chercheurs, responsables et élus des collectivités territoriales, afin de mettre la santé en débat. »

Thierry Lang

Sommaire

Ouverture du colloque	5
Intervenants	5
Table ronde.....	5
Questions soulevées et idées clés du colloque.....	6
Introduction	7
Pourquoi ce colloque sur l'évaluation d'impact en santé ?	
Pourquoi avec la Région Midi-Pyrénées ?.....	7
Pour la promotion d'autres leviers d'action dans l'évolution de la santé en France et de lutte contre les inégalités sociales de santé.....	8
L'EIS : objectifs et principes généraux.....	12
Cadrage général de l'EIS	12
Qu'est ce que l'EIS ?.....	12
Pourquoi faire une EIS ?	12
Quel est l'intérêt pour la population ?	13
Quel modèle de la santé ?	13
Que sont ces impacts ?.....	14
Quelles valeurs sous-jacentes à la démarche ?	14
A quel moment d'un projet peut-on faire une EIS ?.....	14
Et plus concrètement ?	15
Les 5 étapes d'une évaluation d'impacts	15
Les différents types d'évaluations d'impacts	17
Débat avec la salle.....	17
L'EIS et la promotion de la santé	19
Quelles conceptions de la santé ?.....	19
La promotion de la santé : appuis conceptuels	20
La promotion de la santé : 5 niveaux d'intervention	20
La promotion de la santé et l'EIS : valeurs et principes méthodologiques de consensus	21
L'expérience suisse	23
Le contexte suisse.....	23
La situation des EIS en Suisse.....	23
Le contexte plus spécifique du canton de Genève.....	25
Le projet d'agglomération appelé franco-val de Genevois	25
Les aspects institutionnels	28
Débat avec la salle.....	30
L'EIS : contributions des acteurs régionaux	33

Le point de vue d'un élu en charge de la santé	33
Des interactions.....	34
Du principe de précaution.....	34
Savoir prendre le temps.....	35
Débat avec la salle.....	36
L'expérience en cours de la Mairie de Toulouse	37
Eléments de contexte	38
Démarche d'EIS appliquée à un Espace Petite Enfance de Borderouge – Trois Cocus	38
Les objectifs de cette démarche d'EIS.....	38
Les choix méthodologiques et les ressources mobilisées.....	39
Chronologie de la démarche et faits marquants	40
Où en sommes-nous aujourd'hui ?.....	41
Débat avec la salle.....	42
L'avis du CESER : promotion d'une approche globale, intersectorielle	44
Présentation du CESER.....	44
La commission 4 « Affaires sociales et culturelles ».....	45
De la dépendance liée à l'âge, une question de société	45
Préconisations.....	46
Table ronde	48
Allocution de clôture	54
Remerciements	54
Références bibliographiques	55

Ouverture du colloque

Thierry Lang, Directeur de l'IFERISS, professeur Université Toulouse III et CHU Toulouse. Epidémiologiste. Responsable de l'équipe « Inégalités Sociales de Santé, cancer et maladies chroniques » de l'unité 1027 – INSERM – UPS. Membre du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

François Simon, Vice-président du Conseil Régional Midi-Pyrénées en charge de la santé et des solidarités.

Intervenants

Anne Laporte, Epidémiologiste au Pôle Prévention et Promotion de la Santé à l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France. Formée à l'outil d'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) à l'Université de Liverpool.

« Cadrage général de l'EIS – définitions »

Laurence Birelichie, Directrice générale de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Midi-Pyrénées (IREPS).

« L'EIS et promotion de la santé »

Nicolas Cantoreggi, Géographe formé à l'outil d'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) à l'Université de Liverpool, membre du Groupe de recherche en Environnement et Santé (GRES), Institut des Sciences de l'environnement de l'Université de Genève.

« Promotion de l'EIS du point de vue institutionnel et international »

Ivan Theis, Médecin de santé publique. Responsable du service Promotion de la santé au sein de la direction Hygiène et Santé de la ville de Toulouse.

« La Mairie de Toulouse »

Pierre-Jean Gracia, Membre du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESER) de Midi-Pyrénées, rapporteur de l'avis du CESER sur le Plan Régional de Santé (PRS). Président de la Mutualité Française Midi-Pyrénées.

« Le CESER »

Table ronde

Julien Weisbein, Maître de conférences et coordinateur du parcours « Risques, science, Environnement, Santé » à l'Institut d'Études Politiques de Toulouse. Directeur du Laboratoire des Sciences Sociales du Politique (LASSP), Toulouse I.

Alexandra Auclair, Chargée de mission en promotion de la santé, Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES).

Nadine Haschar-Noé, Maître de conférences UFR STAPS, Université Paul Sabatier, Toulouse III. Responsable du Département Management du Sport, et du Master II « Sport et Territoires ». Membre du laboratoire de recherches PRISSMH-SOI « Sports, Organisations, Identités ».

Questions soulevées

- Qu'entend-on par évaluation des impacts sur la santé ? Qu'entend-on par « impacts » ?
- Quel est le modèle de la santé sous-jacent ?
- Quelles sont les thématiques traitées ? Appartiennent-elles strictement au secteur sanitaire ? Le développement du transport collectif peut-il par exemple entrer dans cette démarche ?
- A quel moment d'un projet peut-on faire une EIS ?
- Quelle est la méthodologie ?
- Quelles sont les ressources et les compétences adéquates ?
- Quelle est la durée d'une EIS ?
- Que peut apporter l'université dans cette démarche ?
- Comment quantifier les coûts de l'inaction ?
- EIS : évaluation des risques ?
- L'EIS est-elle applicable à une structure déjà existante ?
- Qui prend l'initiative de mettre en place une évaluation d'impacts en santé ?
- Quels sont les intérêts pour les décideurs de se lancer dans une EIS ? Et pour la population ?
- Comment est-elle « institutionnalisable » ?
- Quels sont les instruments de l'action publique sur lesquels peut prendre appui l'EIS ?
- Quid des collectivités territoriales qui n'ont pas de compétences légales directes dans le champ sanitaire ?

Idées clés du colloque

- L'EIS prend racine dans une vision de la santé plus large que celle fondée exclusivement sur le système de soins. Le modèle de la santé est socio-environnemental.
- L'EIS représente un levier d'action sur l'évolution de la santé des populations *via* les déterminants sociaux de la santé.
- L'outil EIS peut être appliqué sur les politiques publiques hors du domaine de la santé, celles-ci ayant de potentiels impacts sur la santé et sur les ISS.
- Tout ce que fait une collectivité, dans toute prise de décision, a un retentissement sur la santé : l'EIS permet une prise de hauteur.
- L'EIS s'ancre dans les mêmes valeurs et principes méthodologiques que la promotion de la santé : démocratie participative, justice sociale, réduction des ISS, développement durable.
- La méthodologie est souple et flexible et l'EIS peut être ultrarapide (une semaine), rapide (entre 3 et 6 mois) ou compréhensive (ou complètes) (jusqu'à deux ans).
- L'utilisation de l'outil EIS repose sur une base volontaire et n'a une base légale que dans un certain nombre de pays.
- L'EIS réclame une certaine collaboration intersectorielle, une transversalité interservices pour constituer un langage commun.
- Les données sur lesquelles s'appuie l'analyse réalisée au cours d'une EIS comprennent une triangulation entre une revue de la littérature scientifique, la consultation d'experts dans le domaine ou non de la santé et des groupes de la population, et les données de la littérature.
- L'EIS a avant tout une vocation prospective et doit davantage être utilisée en amont du projet.
- Les politiques environnementales et le « *gender mainstreaming* » sont des réalités de l'action publique sur lesquelles peut s'appuyer l'EIS pour se déployer.

François SIMON :

Ce colloque est pour moi l'aboutissement d'un travail fait avec l'IFERISS. J'espère que cela sera le commencement d'une aventure. Je tiens à remercier cet organisme par l'intermédiaire de Thierry LANG qui est à mes côtés pour être venu nous proposer ce colloque et de nous y associer. Je tiens également à excuser le président de la région Martin MALVY qui initialement devait être parmi nous, mais qui n'a pas pu se libérer dans la contrainte du temps. Tout à l'heure, j'interviendrai en tant qu'élus régional pour poser un peu l'œil d'un élu par rapport à l'EIS. Je propose que nous démarrions et je donne immédiatement la parole à Thierry LANG.

Thierry LANG :

Bonjour à toutes et à tous, merci d'avoir réservé une après-midi de votre temps pour participer à ce colloque qui, effectivement comme le disait François SIMON, est probablement le début d'une aventure.

Introduction : Pourquoi ce colloque sur l'Evaluation d'Impact sur la Santé ? Pourquoi avec la Région Midi-Pyrénées ?

Il me semble que cela est pour réfléchir ensemble autrement à la santé et peut-être que cela est ambitieux, mais le but pourrait être d'initier un débat public sur la santé de manière un peu différente.

Aujourd'hui, si nous regardons le débat sur la santé tel qu'il se déroule en France, aussi bien dans les médias que dans les projets politiques, il y a trois éléments qui dominent la réflexion. Le premier point est une idée rassurante, qui est l'élévation continue de l'espérance de vie qui est parmi les plus élevées du monde, notamment chez les femmes. Le second élément de réflexion est une évolution démographique marquée par un vieillissement de la population en lien avec le premier point, avec les préoccupations que vous connaissez tous concernant le vieillissement de la population, la demande de soins et les conséquences sur la dépendance. La troisième préoccupation, qui occupe beaucoup les médias, est le financement de ce système de santé qui alourdit par les deux premiers éléments que nous venons d'aborder, l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que les progrès techniques, le vieillissement démographique. Voici le débat tel qu'il se situe.

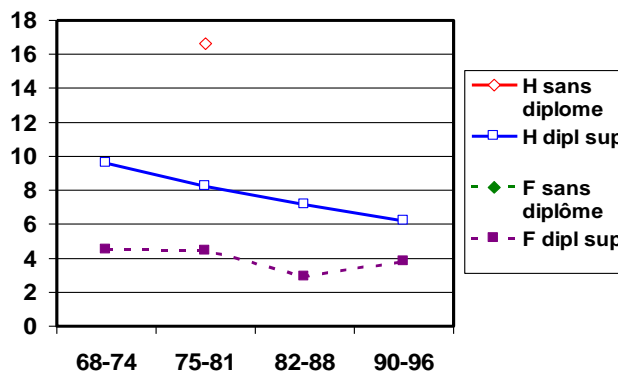
Finalement, nous discutons assez peu de santé et beaucoup de systèmes de soins. Le colloque de cet après-midi est peut-être une manière de décaler cette réflexion autour de deux points qui sont très peu débattus en France et qui pourtant sont bien documentés. Le premier élément est que l'évolution satisfaisante de l'état de santé de la population et que les tendances très positives que nous observons n'ont pas profité à tous. Le second élément est que le système de soins, y compris dans ses aspects préventifs, est loin d'être le seul levier d'action dans l'évolution de la santé en France.

Pour la promotion d'autres leviers d'action dans l'évolution de la santé en France, et de lutte contre les inégalités sociales de santé

Dans un premier temps je vais vous montrer quelques diapositives pour « brosser le paysage » des inégalités.

Voici l'image rassurante que nous pourrions avoir de l'évolution de la mortalité au cours du temps dans notre pays avec une courbe qui baisse progressivement avec les années. En bleu, ce serait les hommes et en bas les femmes. Cela baisse un peu moins rapidement, mais il s'agit déjà d'une espérance de vie plus élevée.

Figure 3
Mortalité dans une période de 7 ans (%), hommes et femmes âgés de 55-64 ans au début de la période



Mais si je vous montre le graphique dans sa totalité, vous voyez que ce que je vous ai montré de très rassurant, qui est la courbe en bleu, est celle qui concerne les hommes qui ont un diplôme supérieur. Si nous regardons les hommes qui n'en ont pas, il s'agit de la courbe en rouge, vous voyez que nous avons une quasi-stabilité de la mortalité avec les années. Vous avez une amélioration parmi les plus favorisés correspondant à une baisse très, très minime en bas de l'échelle sociale, vous avez un creusement des écarts. Nous avons une dimension qui est bien documentée, qui amène une réflexion.

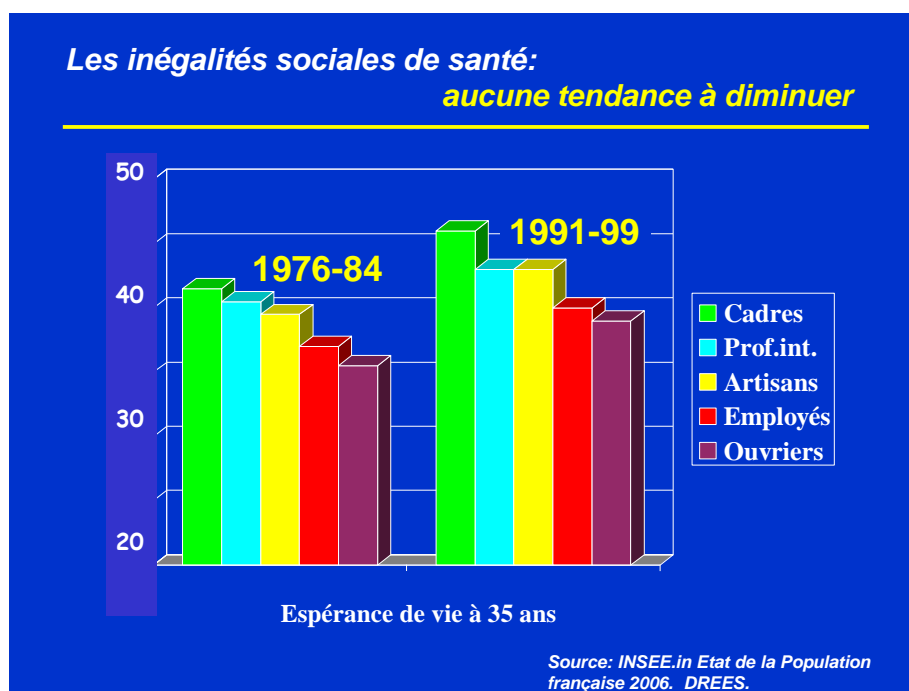
Ces inégalités sociales de mortalité suivent un gradient, ceci pour les différencier des problèmes de précarité d'exclusion, qui est le gradient social de mortalité. Cela veut dire que toute catégorie sociale a une espérance de vie légèrement inférieure à la catégorie sociale qui est immédiatement supérieure et un peu supérieure à la catégorie sociale immédiatement inférieure. Ceci tout au long de la hiérarchie sociale dans notre pays. Il ne s'agit pas d'une notion binaire avec des exclus d'un côté vivant en précarité et des populations incluses. Cela concerne l'ensemble de la population. La réflexion sur les déterminants de santé est en ce sens difficile.

Vous connaissez sans doute tous les chiffres. Pour les hommes, nous avons une différence de 6 ans d'espérance de vie entre des ouvriers et des cadres à 35 ans. À cet âge, un cadre peut espérer vivre 47 ans et un ouvrier 41 ans. Vous voyez que chez les femmes, la différence est de trois ans. Bien sûr, il y a l'espérance de vie, mais il y a aussi l'espérance de vie en bonne santé et sans incapacité, il faut pouvoir vivre confortablement. Si nous prenons les chiffres, nous voyons qu'il y a une double peine. Non seulement nous avons vu que l'espérance de vie en bas de l'échelle sociale était plus courte, mais les inégalités concernent également l'incapacité. À 35 ans, un ouvrier peut espérer vivre 24 ans sans incapacité alors qu'un cadre peut espérer vivre 34 ans.

Si nous faisons un petit exercice et que nous fixons l'âge de la retraite à 60 ans, nous nous apercevons qu'un ouvrier, statistiquement bien sûr, n'atteindra pas la retraite sans incapacités. Alors qu'un cadre qui prendra sa retraite au même âge bénéficiera en moyenne bien entendu de neuf ans de retraite sans incapacités. Vous voyez que cette espérance de vie en bonne santé sans incapacité décuple les inégalités.

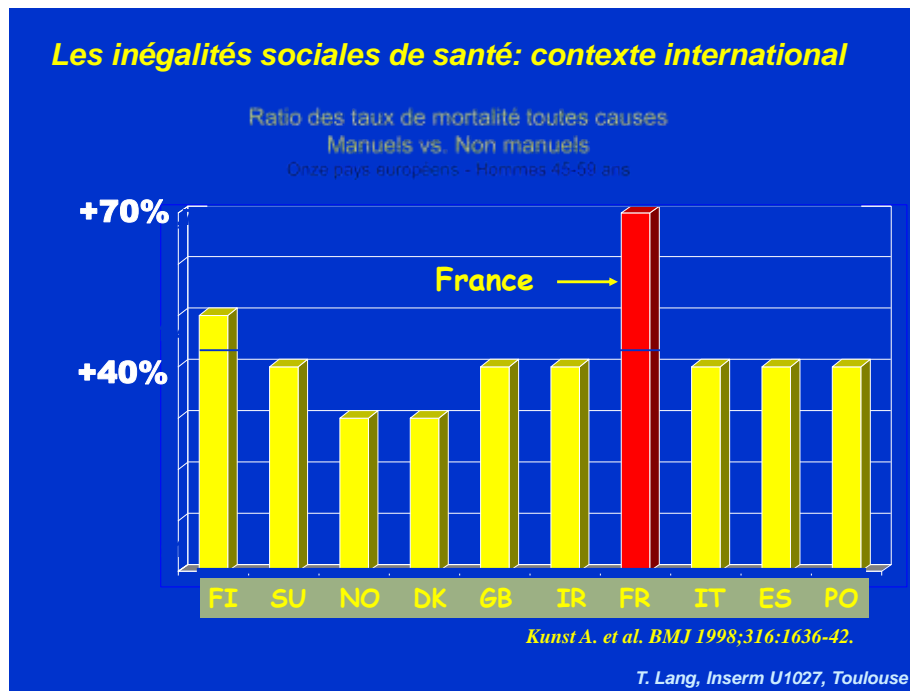
Dans notre pays, ces inégalités s'améliorent-elles avec le temps ?

Nous pourrions le penser puisque finalement, il y a une amélioration de la vie en bonne santé, ce n'est pourtant pas le cas en réalité. Vous avez ici les données à 20 ans d'intervalle.



Vous avez les deux gradients entre 1976, 1984, et puis les années 1990. L'espérance de vie a augmenté, mais le gradient reste le même et les écarts ont augmenté. Si nous ne faisons rien, ce qui a été le cas dans notre pays jusqu'à il y a très peu de temps, ce phénomène d'amélioration sera toujours à constater, mais tout comme ce creusement des inégalités sociales de santé.

Le dernier point n'est peut-être pas tellement connu. Il s'agit de la surmortalité des travailleurs manuels comparés aux travailleurs non manuels en Europe occidentale. Comme vous le savez, nous avons en France un système d'assurance maladie et de soins. Finalement, concernant les inégalités sociales de santé, nous sommes probablement dans la moyenne. Ici, vous avez la surmortalité des travailleurs manuels comparée aux travailleurs non manuels. Vous voyez que dans l'ensemble des pays occidentaux, la surmortalité est de + 40% pour les travailleurs manuels.



Puis, il y a un pays en rouge qui se distingue, dans lequel la surmortalité est de + 70%. D'habitude, je demande à l'assistance quel est ce pays et on me répond régulièrement le Portugal, l'Italie, la Suède, l'Espagne. En fait, il s'agit de la France. Nous sommes dans un pays où curieusement, nous avons à la fois un niveau très élevé d'inégalités sociales de santé correspondant à une conscience de ces inégalités qui est faible. Cela concerne la mortalité. Si je vous avais montré la même courbe sur la santé perçue, il y a très peu d'inégalités en France. Nous considérons que la santé est bien répartie. Nous avons un système qui, d'une certaine façon, est très rassurant. Mais les chiffres sont là, nous devons faire face à un niveau élevé d'inégalités.

Si vous avez été attentifs, vous avez vu que ma diapositive précédente avait une bonne dizaine d'années. Avec les années, cela ne s'est pas amélioré. Ici, nous avons de nouveau la position de la France en Europe. Vous voyez qu'il y a un certain nombre de pays dans lesquels la situation est encore plus inégalitaire qu'en France, il s'agit des pays de l'Est. La seule différence avec la diapositive précédente est l'élargissement de l'Europe à des pays dans lesquels les inégalités sont particulièrement élevées. Pour l'Europe occidentale, la France reste dans le peloton de tête des inégalités.

Quels sont les leviers ?

Nous allons voir qu'il y a trois grands types de déterminants. Les explications dites biomédicales représentent le système de soins et de prévention médicalisé dont nous n'allons pas parler aujourd'hui. Nous pensons qu'il accueille de façon égale quelle que soit la catégorie sociale. Le second point porte sur les comportements. Il s'agit des comportements alimentaires, le tabac et la consommation d'alcool. Cela participe aux inégalités sociales de santé. Ces comportements ne sont pas individuels, ils sont parfaitement sociaux. Nous mangeons, nous buvons comme notre milieu social et culturel. Le troisième élément qui motive ce colloque concerne les déterminants socio-économiques de la santé sur lesquels il y a eu un rapport en 2008 de l'OMS qui a attiré l'attention sur ces éléments. Sachant que les deux premiers, aussi bien les comportements que les explications biomédicales expliquent moins de 50% des différences d'état de santé entre

deux groupes. Ces déterminants socio-économiques de la santé, qui sont à la fois matériels ou psychosociaux, sont des facteurs extrêmement puissants.

Évidemment, nous allons retrouver ces facteurs dans la vie quotidienne, c'est-à-dire dans les transports, l'habitat, les logements, les conditions de travail, l'aménagement urbain, l'exposition au bruit. Je donne simplement un exemple qui sera peut-être rediscuté. Nous voyons tout de suite que l'aménagement urbain est essentiel à la santé. Si nous prenons la dépendance, une ville dans laquelle il y a des toilettes et des bancs pour s'asseoir réduit la dépendance des personnes âgées, tout simplement. Autrement dit, nous avons cet ensemble de déterminants sociaux qui sont très importants pour la santé.

Pouvons-nous imaginer que nous puissions avoir des politiques de santé qui aient l'amélioration de la santé comme but ?

Probablement pas. Nous ne pouvons pas imaginer que la santé soit une valeur impérialiste qui guide l'ensemble des politiques. Il y a d'autres raisons pour installer des transports et des bancs dans les rues. En revanche, nous sentons bien que toutes ces politiques publiques et ces réglementations vont avoir un impact sur la santé. L'objet du colloque est de réfléchir à la possibilité d'avoir des études d'impacts de l'ensemble des politiques hors du domaine de la santé, sur la santé et sur les inégalités sociales de santé.

Il ne s'agit pas d'une idée totalement nouvelle. Nous remercions nos collègues de Suisse et d'autres régions françaises, voire des collègues toulousains de nous montrer qu'il y a déjà eu des expériences d'évaluations d'impacts en santé. Elle est dans la loi au Québec, il s'agit de l'article 54. Toute réglementation ou tout aménagement doit faire l'objet d'une étude d'impact sur la santé. Aujourd'hui, le lancement de cette réflexion en est vraiment à son début en France. Il y a très peu de spécialistes. Nous avons la chance d'avoir Anne LAPORTE qui est l'une des rares spécialistes du domaine en France. Il s'agit d'une première expérience qui débute. Je remercie vivement tous les orateurs d'avoir fait le déplacement et de venir partager leurs expériences avec nous.

Avant de laisser la parole à Anne LAPORTE, je voudrais excuser le professeur **Bertrand MONTUBERT** qui préside l'Université Toulouse III. Il devait être là il est souffrant. J'excuse également nos collègues de l'ARS, l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, qui ont téléphoné ce matin en disant qu'ils étaient pris par une alerte sanitaire urgente liée aux inondations dans la région. Nous comprenons bien le fait qu'il y ait des urgences présentes par rapport au colloque. Merci à vous tous et je passe la parole à **Anne LAPORTE**.

L'EIS : objectifs et principes généraux

Cadrage général de l'EIS

Anne LAPORTE :

Bonjour. Je vais vous présenter quelques éléments d'introduction à l'EIS et je répondrai ensuite à vos questions. Le premier point en préambule était : « Dans quoi s'inscrit l'EIS ? ». Je pense que le poster à l'entrée avec les phrases de François SIMON est mieux écrit que ce texte. Je ne vais donc pas insister là-dessus. Comme l'a dit Thierry LANG, la plupart des projets non sanitaires ont des impacts auxquels nous n'avons pas pensé sur la santé, l'environnement, la société, etc. C'est donc bien dans ce cadre que nous allons développer l'EIS. Je vais vous présenter un certain nombre de définitions, quels sont les impacts, les valeurs de l'EIS et ce qu'est-ce en fait de faire une EIS ?

Qu'est ce que l'EIS ?

L'Évaluation d'Impacts en Santé va être le fait d'évaluer des projets, des programmes ou des politiques avant qu'ils ne soient réalisés. Nous allons essayer de prédire des impacts sur la santé de ces projets, nous allons tenter d'en estimer la sévérité, la probabilité, si ce sont des impacts positifs ou négatifs, s'ils sont directs ou indirects. Nous allons également estimer la distribution de ces impacts dans les différents groupes de la population dans un objectif de réduction des inégalités de santé. Ensuite, nous allons faire des recommandations pour tenter de maximiser les impacts positifs et d'atténuer les impacts négatifs. Enfin, tout cela pour influencer les décideurs pour qu'ils prennent en compte les impacts de leur projet sur les enjeux de santé. Cela pour résumer rapidement ce que nous faisons dans une EIS.

La définition officielle de l'EIS est la suivante : il s'agit d'un ensemble de procédures, de méthodes et d'outils qui vise à identifier généralement avant la mise en place du projet les impacts positifs ou négatifs d'une politique ou d'un programme et la distribution de ces impacts dans les différentes strates sociales. Il s'agit d'une définition issue du consensus de Göteborg de 1999.

Pourquoi faire une EIS ?

Vous avez vu que nous avons différents acteurs, dont les décideurs. Quel est l'intérêt pour ces derniers de se lancer dans une EIS ? D'une part, en analysant le projet, nous allons éventuellement proposer des modifications et donc modifier le processus de décision. Cela peut être un intérêt pour choisir entre différents scénarios.

Par ailleurs, cette analyse va permettre de prendre en compte un certain nombre d'impacts sociaux, sur l'environnement, sur le développement durable et territorial. Cela représente aussi

un intérêt pour le décideur. Par ailleurs, nous pouvons penser que cela va augmenter sa popularité vis-à-vis des citoyens, car nous sommes dans un processus très participatif où ces derniers vont donner leur avis sur le projet. Nous sommes aussi dans le cadre d'un processus de consultation neutre des citoyens. À ce titre-là, c'est intéressant.

Quel est l'intérêt pour la population ?

Pour la communauté, cela peut avoir un effet bénéfique localement sur le développement économique. Évidemment, cela peut apporter un bénéfice social, car il peut y avoir des recommandations sur l'amélioration du marché de l'emploi par exemple. Par ailleurs, cela devrait à terme contribuer à améliorer la santé des citoyens. Pour la démocratie locale, c'est intéressant puisque les citoyens vont participer et vont donner leur avis sur les projets. De plus, pour les personnes qui vont donner leur avis, nous pouvons considérer que nous avons une forme d'apprentissage de la démocratie participative. Les personnes vont ensuite pouvoir se saisir de ces connaissances pour continuer à mieux maîtriser les projets que nous leur proposons et à donner leur avis.

Concernant l'intérêt pour le secteur de la santé, il est très important de pouvoir travailler avec différents acteurs d'autres politiques publiques, puis de pouvoir faire comprendre l'intérêt de réfléchir à l'impact sur la santé et de sensibiliser aux déterminants socio-économiques. En sachant que même si les recommandations qui seront produites ne seront finalement que très peu prises en compte par les décideurs, il y aura au moins quelque chose de positif par la sensibilisation de tout un groupe de personnes aux déterminants de la santé. Évidemment, cela favorise les échanges intersectoriels et la confiance mutuelle. Puis surtout, nous sommes quand même dans un objectif de réduction des inégalités de santé.

Quel modèle de la santé ?

Je ne vais pas insister puisque Thierry LANG vous l'a déjà un peu défini. Nous sommes dans un modèle socio-environnemental de la santé. C'est-à-dire que nous nous intéressons uniquement à la santé physique et mentale des personnes. Nous allons également bien prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé qui ont été décrits. À part les caractéristiques individuelles sur lesquelles nous ne pouvons pas tellement agir, vous voyez que tout cela est influencé par le milieu de vie, familial, scolaire, etc., par l'organisation des systèmes locaux, l'éducation, l'accès aux services sociaux et par la société dans laquelle nous vivons. Il s'agit de déterminants de la santé. C'est bien par rapport à l'ensemble de ces déterminants que nous allons essayer d'estimer ces impacts.

Que sont ces impacts ?

Ce sont tous les effets positifs, négatifs, directs ou indirects d'un projet sur la santé et sur le bien-être de la population. Concernant les effets directs, nous pouvons penser à la pollution qui peut résulter d'un projet dans les milieux de vie, soit au niveau de l'eau, de l'alimentation, etc. Nous avons également un certain nombre d'impacts indirects qui portent sur les déterminants de santé qui peuvent impacter le marché de l'emploi, l'éducation et l'accès à un certain nombre de services. Ce sont tous les impacts que nous allons essayer de déterminer. Par ailleurs, ils peuvent être soit immédiats, soit à moyen ou à long terme. Nous allons donc aussi nous intéresser à ces derniers.

Quelles valeurs sous-jacentes à la démarche ?

Cette démarche s'appuie sur un certain nombre de valeurs. La première est la démocratie. C'est-à-dire que nous allons demander aux personnes et aux populations concernées leur avis sur le projet. La seconde valeur est l'équité. Nous allons nous intéresser aux impacts sur l'ensemble de la population mais aussi aux groupes vulnérables de façon à ce que les personnes qui sont les plus éloignées puissent accéder au bénéfice de ces projets. Concernant le développement durable, nous allons nous intéresser aux effets à court et à long terme du projet sur l'environnement, la société, etc. Nous allons également utiliser de façon éthique les preuves scientifiques. Nous allons utiliser beaucoup de données dans l'EIS qui sont déjà produites. L'idée est de ne pas prendre les données qui nous intéressent, mais bien l'ensemble des données et de pouvoir expliquer clairement avec beaucoup de transparence pourquoi nous les prenons dans le cadre de l'analyse des effets.

A quel moment d'un projet peut-on faire une EIS ?

En général, dans la planification d'un projet, dans quelque domaine que ce soit, il y a une première phase d'évaluation des besoins. Puis, un projet va être élaboré. C'est au moment où ce projet est élaboré que nous pouvons faire une EIS. La première phase de l'EIS est la sélection. Il s'agit de voir si ce projet mérite que nous fassions une évaluation d'impact en santé. Cela n'est pas obligatoire parce qu'éventuellement, les impacts ne sont pas si importants que cela ou que nous avons déjà fait des évaluations pour lesquelles nous avons déjà les résultats. Nous allons quand même d'abord regarder si nous devons mener cette évaluation.

Ensuite, nous réalisons l'évaluation d'impact en santé proprement dite et le projet pourra éventuellement être révisé grâce aux recommandations que nous allons faire. Puis, le projet est mis en œuvre et sera évalué. Vous voyez bien que l'EIS n'est pas une évaluation des besoins, ce n'est pas le suivi ou le monitoring d'un projet ou encore son évaluation ex post. Nous nous situons à un autre endroit du cycle de vie d'un projet ou programme. Il ne faut pas qu'il y ait de confusion avec ces différentes évaluations.

Et plus concrètement ?

L'EIS est un ensemble de procédures et de méthodes pour analyser les impacts. En fait, dans une EIS, nous avons deux groupes importants. Le premier groupe est le Comité de Pilotage qui assure la gouvernance de l'EIS, qui est un comité décisionnaire réduit. Ce dernier a un rôle très important, car il va valider le cahier des charges de l'évaluation ainsi que le rapport de l'évaluation. C'est dans ce groupe que vont se négocier l'atténuation des impacts soit le fait que les recommandations seront prises en compte. Le second groupe correspond à l'équipe d'évaluation qui va réaliser toutes les phases de l'évaluation et donc produire le rapport d'évaluation avec les recommandations. Ceci est le modèle orthodoxe de l'EIS. Ce n'est pas toujours exactement comme cela.

Le Comité de Pilotage inclut toutes les parties prenantes, c'est-à-dire les promoteurs des projets, le secteur de la santé, la collectivité et puis les citoyens sous différentes formes de représentation. Il peut s'agir d'une association de défense de l'environnement, d'une association d'usagers des transports, car nous allons analyser un projet de transport et/ou une représentation de la société civile. En tous les cas, toutes les parties prenantes sont dans ce Comité de Pilotage. Cela est extrêmement important, car dans une EIS, nous avons besoin de travailler sur l'ensemble des données existantes autour d'un projet et les membres du comité sont les garants de l'accès aux données, pas toujours faciles à obtenir.

Par exemple, nous sommes en train de faire une EIS sur un projet de transport. Il y a beaucoup d'institutions comme la RATP, la SNCF et la société du Grand Paris qui ont une multitude de données. Toutefois, il n'est pas toujours évident d'y avoir accès. Ces personnes sont dans le Comité de pilotage et facilitent l'accès aux données. Évidemment, le comité va valider le rapport d'évaluation et va discuter de la prise en compte des recommandations.

L'équipe d'évaluation est coordonnée par un évaluateur principal. Il s'agit d'une personne formée à l'évaluation d'impacts en santé. Elle va constituer (ou non) une équipe pluridisciplinaire pour mettre en œuvre les différentes phases de cette évaluation. Il s'agit de bien décrire la population, d'analyser le projet et les impacts puis d'organiser toute la participation avec la population. C'est cette équipe qui établit des recommandations et qui va livrer son rapport d'évaluation au Comité de Pilotage.

Les 5 étapes d'une évaluation d'impacts

La première est la sélection. Nous avons un projet. Une fois que les promoteurs ou la collectivité ont la volonté de faire une évaluation d'impact en santé, il faut quand même vérifier si c'est vraiment utile. Cela est quand même assez lourd, nous ne pouvons pas nous engager dans une EIS comme cela. Une fois que nous pensons poursuivre la démarche, nous passons à la seconde phase. Il s'agit du cadrage de l'évaluation. Il faut savoir quelle population est prise en compte dans cette évaluation, sur quel champ géographique, sur quelle période de temps elle va être menée et surtout, savoir quels sont les groupes vulnérables qui vont particulièrement nous intéresser par rapport à ce projet.

Nous passons ensuite à la partie analyse. Nous avons trois grandes sources de données. Nous avons la revue de la littérature scientifique qui va éventuellement nous permettre de dégager les impacts déjà montrés scientifiquement entre un projet, une action et la santé. Ensuite, nous

allons consulter des experts qui peuvent être du domaine ou de la santé. Nous allons prendre en compte leur avis concernant l'impact de ce projet sur la santé. Par ailleurs, nous allons interroger des groupes de la population et notamment des groupes vulnérables pour avoir leur avis sur ces impacts. En sachant que nous sommes dans un dispositif très participatif. L'idée est que nous allons placer l'avis des habitants au même niveau que celui des experts. Avec toutes ces données, nous allons procéder à une triangulation pour décider finalement du sens, de la sévérité et probabilité des impacts.

Concernant ces impacts sanitaires, à la fois sur la santé ou sur les déterminants de santé, nous allons tenter de déterminer s'ils sont positifs ou négatifs, s'ils sont calculables, si nous pouvons les mesurer, s'ils sont estimables ou si cela est simplement qualitatif. Nous allons également essayer de déterminer la probabilité des impacts et à quel moment ils vont se produire. Nous allons essayer de faire cette analyse des impacts sur chaque catégorie de déterminant.

Après, il faudra prioriser ces derniers (différentes méthodes existent) de façon à obtenir un consensus. Je souhaite rappeler que le public et les experts n'ont jamais la même perception des risques. Cela est assez connu. L'idée est d'arriver à se mettre d'accord sur les impacts que nous allons retenir.

Ensuite, nous avons la phase de recommandations. Ces dernières doivent être « smart », autrement dit spécifiques, mesurables dans un temps précis, acceptables et réalistes. Elles doivent être basées sur des preuves, en sachant que celles que nous aurons devront être très argumentées par rapport aux données que nous aurons analysées. En fait, il y a deux grandes options. D'une part, il faudra essayer d'améliorer les impacts positifs que nous avons identifiés sur le projet et d'autre part, nous devons savoir quelles sont les options pour réduire les impacts négatifs.

Passons au suivi et à l'évaluation. L'efficacité d'une évaluation d'impacts n'est pas analysée en termes d'impact de la santé. L'EIS est un processus d'aide à la décision. Il s'agit donc plutôt de savoir comment cette évaluation d'impact a pu influencer le projet et si les recommandations ont été correctement prises en compte dans l'amendement du projet.

Une étude européenne a été réalisée entre 2004 et 2007 dans 19 pays pour analyser quelle avait été l'efficacité de ces évaluations d'impact. Il y a eu des exemples dans beaucoup de pays sur tous types de secteurs comme le transport, l'alimentation, l'agriculture et les politiques fiscales et à différents niveaux, local, départemental, régional, national et international. Ils ont pu montrer une efficacité dans la prise en compte de ces recommandations pour la majorité des projets. Ce qu'il ressort de cette étude est que le développement de l'EIS est très inégal dans l'ensemble des pays et que la majorité de ces évaluations d'impact sont rapides.

Les différents types d'évaluations d'impacts

Nous notons trois types d'évaluations d'impacts. En effet, elles peuvent être ultrarapides. C'est-à-dire qu'en une semaine, nous prenons uniquement des données qui existent et nous décidons

des impacts sans consultation de la population. Il y a ce que nous appelons les EIS rapides/intermédiaires. Il s'agit de la grande majorité des EIS qui durent entre trois et six mois, voire neuf mois où nous allons également utiliser uniquement des données disponibles, mise à part la consultation de la population, c'est-à-dire des entretiens ou des focus groupes, mais il ne s'agit pas de mettre en place une nouvelle enquête. Puis nous avons des évaluations d'impacts que nous appelons compréhensives ou complètes. Elles peuvent durer jusqu'à deux ans et nous allons mettre en place une enquête pour évaluer des impacts. Il faut aussi savoir qu'une évaluation d'impacts n'a presque jamais empêché un projet de se réaliser. Il est vraiment exceptionnel que cela puisse arrêter un projet, quel qu'il soit.

Je vous remercie et répondrai à vos questions si vous en avez.

Débat avec la salle

Thierry LANG :

Merci Anne. Pour l'ARS Ile de France, tu développes actuellement une évaluation d'impacts en santé. Si des personnes dans la salle souhaitent avoir des précisions à ce sujet, elles peuvent s'adresser à toi.

Monique DURIEUX :

Bonjour. Je suis adjointe au Maire à la santé pour la ville de Toulouse. Vous avez parlé de la région parisienne ainsi que des transports. Je voulais savoir si c'est autour du développement du transport collectif que vous menez une évaluation d'impacts en santé. Je pense que cela serait intéressant pour avoir des choix de transports collectifs et pour appuyer un certain nombre d'éléments autour de ces choix. Nous pouvons être accusés par certains citoyens d'être un peu dans l'arbitraire lorsque nous choisissons tel mode de transport. Les travaux amènent souvent une importante inquiétude autour des populations. En tant qu'aide à la décision, y compris comme démocratie locale, cela est intéressant, car il est assez difficile de faire participer les citoyens et de voir à longue échéance ce qu'apporte tel ou tel projet. Souvent, dans l'immédiat, les projets apportent tout d'abord des désagréments liés aux travaux. À Toulouse, nous savons que cela est vrai.

Anne LAPORTE :

Effectivement, nous faisons une évaluation d'impacts concernant des projets de transport sur un territoire de la Seine Saint-Denis. Il s'agit d'une zone qui était très déficitaire en termes de transport et dans laquelle il y a une densification des projets, notamment du fait du Grand Paris. La Communauté d'Agglomération de Plaine Commune, territoire rassemblant neuf communes, a décidé avec l'ARS de se lancer dans une évaluation d'impacts. Il y avait 30 projets de transport en commun dans cette zone, entre les tracés, les gares et deux ou trois voies pour voitures.

Dans un premier temps, nous avons opéré une priorisation à partir de critères qui avaient été fournis par le Comité de Pilotage. Nous avons finalement choisi trois types de transport, ce qui est déjà assez important. Il s'agit d'un tram-train qui va désenclaver des communes du nord qui

n'avaient pas de desserte banlieue-banlieue et qui sont obligées de passer par Paris. Il s'agit également d'une gare du Grand Paris qui va être un pôle de centralité dans ce territoire ainsi qu'un tramway qui va plutôt être une desserte de proximité, également pour désenclaver des quartiers qui sont un peu isolés.

Ces trois types de transport n'en sont pas au même stade d'avancement. Il faut savoir que pour les transports, il faut quand même 10 ou 15 ans avant que nous ayons le tracé, etc. Il y a eu des consultations de la population qui ont déjà pu modifier ce type de transport. L'apport de l'EIS va être d'abord de se focaliser sur l'impact santé, les déterminants de santé, ce qui n'était pas le cas auparavant. D'autre part, ce sera d'aller chercher la parole des personnes les plus isolées par rapport à ces questions de transport, donc de ces fameux groupes vulnérables, pour prendre en compte leur avis et leurs besoins. Ainsi, des recommandations seront faites. Les projets doivent être définis, nous ne pouvons pas faire une EIS sur un projet qui n'existe pas encore. Concernant les transports, nous n'allons pas modifier les tracés qui sont pensés depuis 15 ans. Nous allons faire des recommandations plutôt autour de ces projets pour améliorer un certain nombre de choses concernant les déterminants de santé et l'accessibilité. Nous pouvons également avoir un impact sur l'aménagement des gares.

Pascale MOREAU :

Bonjour, je suis secrétaire générale du Cancéropole Grand Sud-Ouest. Qui prend l'initiative de mettre en place une évaluation d'impacts en santé ? Est-ce au niveau des élus, des agences régionales ou éventuellement au niveau d'un promoteur concernant un projet particulier ?

Anne LAPORTE :

A priori, il n'y a pas de règles. Cela est nouveau et mis en avant dans le cadre du programme régional de santé de l'agence. Nous travaillons avec cette Communauté d'Agglomération Plaine Commune qui est un territoire à la fois très défavorisé, mais en même temps très dynamique, toujours un peu en avance. Dans la mesure où les projets de transport impactaient vraiment la santé de la population des territoires, la décision a d'abord été prise entre la Communauté d'Agglomération et l'ARS. Ensuite, nous avons demandé aux transporteurs s'ils étaient d'accord pour participer à cela et ils ont accepté. Pour le moment, il y a du travail à faire pour que cela parte des promoteurs des projets, car il faudrait qu'ils aient cette culture de l'impact en santé de leurs projets. Cela peut partir d'une communauté, d'une ARS ou autre. En fait, il n'y a pas de règles.

Thierry LANG :

Nous allons passer la parole à **Laurence BIRELICHIE** qui dirige l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé Midi-Pyrénées. Cette dernière va sans doute développer l'idée que l'évaluation d'impact en santé est une manière de développer la promotion de la santé. Il s'agit d'un terme qui n'est pas forcément toujours bien compris. Elle va donc nous expliquer cela.

L'EIS et la promotion de la santé

Laurence Birelichie :

Mesdames et Messieurs, je suis très honorée d'être parmi vous aujourd'hui. Eu égard à la question qui m'est posée, je souhaiterai apporter un éclairage au niveau des questionnements qu'elle a suscité pour moi et chez moi et éclairer les liens que pouvaient déjà avoir pour l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé de Midi-Pyrénées, les interrogations qui se font jour en son sein vis-à-vis de la Promotion de la santé et celles relatives à l'Évaluation d'Impact sur la Santé.

J'envisagerai davantage dans mon propos des apports qui traitent des concepts et des méthodes. Étant donné que le temps est assez limité, les illustrations seront consécutives au travers des différentes expériences dont il va être question autour des tables rondes. Je propose de traiter avec vous un certain nombre de repères et de principes conceptuels. Ils ont certes déjà été posés, mais il me semble intéressant de revenir sur la question de la santé, de la promotion de la santé et en quoi, méthodologiquement, celle des évaluations d'impact sur la santé peut abonder celle relative au champ de la promotion de la santé.

Quelles conceptions de la santé ?

En effet, à mon sens, parler de promotion de la santé c'est déjà s'interroger sur les différentes représentations qui concernent celle de la santé, elles-mêmes encore aujourd'hui en cours d'élaboration et sont tiraillées entre un certain nombre de représentations, voire de définitions. La première conception définit la santé comme l'absence de pathologies, de maladies ou de handicaps. Globalement, à ce niveau d'approche, la définition est plutôt sur un versus négatif et traduit une conception normée de la santé et qui est essentiellement déterminée par l'état de la connaissance médicale du moment, biologique et physiologique du corps humain. À l'extrême, nous pourrions dire que globalement, une personne peut se déclarer ou se sentir en santé et avoir des indicateurs épidémiologiques qui soient en dehors de la norme (ou inversement).

La seconde conception ou définition de la santé concerne le fait de l'envisager aussi comme une affaire de subjectivité. Cela renvoie à la définition dont chacun a connaissance. Il s'agit de celle de l'Organisation Mondiale de la Santé, qui est dans le préambule de sa constitution, la santé y est définie comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste donc pas seulement à une absence de maladie ou d'infirmité. En l'occurrence, nous sommes dans une définition positive de la santé à partir du moment où nous la qualifions. Elle est également traduite par une notion qui est moins normée ou qui peut être différemment normée à partir du moment où le bien-être dans ses dimensions physiques, mentales et sociales introduit d'autres déterminants que ceux qui étaient définis dans la conception précédente. Le bien-être introduit donc la notion de subjectivité. Qui mieux que la personne est en capacité d'exprimer cette notion de bien-être?

La troisième conception concernant la santé est celle qui est relative à la capacité d'adaptation des personnes ou des populations qui, au-delà de l'idée d'équilibre relatif à un état de complet bien-être que l'OMS définit, considère que la santé n'est pas tant un état d'équilibre, mais qu'il s'agit de la capacité d'une personne à s'adapter aux situations ou aux agressions qu'elle subit d'un environnement sans prélèvements sur ses capacités vitales.

Il me semblait important de revenir sur cela. Ces trois conceptions de la santé coexistent encore dans les représentations sociales contemporaines.

La promotion de la santé : appuis conceptuels

La promotion de la santé s'appuie plus particulièrement sur la dernière conception de la santé qui la définit comme étant la capacité d'adaptation. Dès lors, elle relève du développement et du renforcement des compétences psychosociales des individus et des publics afin d'être en capacité de s'adapter aux éléments contextuels.

En 1978, lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata, il a été affirmé que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé. C'est ce pourquoi, il m'apparaissait important de reprendre ces définitions pour confirmer la nécessité de tenir compte d'un ensemble de déterminants de santé qui ne sont pas simplement sanitaires, mais qui concernent aussi un environnement à la fois économique et social. Il s'agit d'une reconnaissance officielle de l'importance des déterminants de santé. Ils ont été introduits, mais je tenais historiquement à les resituer dans l'évolution des représentations, même si je crois que ces trois représentations continuent à coexister aujourd'hui. Selon moi, il n'est pas inintéressant de se réinterroger sur la question de savoir de quoi nous parlons lorsque nous abordons le sujet de la santé.

Nous sommes en voie d'abandonner un modèle qui serait très exclusivement biomédical et qui pourrait laisser imaginer que les progrès de l'espérance de vie en santé seraient principalement dus à l'éventuelle performance du système santé et, en son sein, du système de soins. Bien évidemment, il est hors de question de penser que ces progrès ne soient pas indispensables. Pour autant, ce que nous pouvons considérer à travers ce qui vient d'être évoqué c'est qu'ils ne sont pas suffisants. En prenant en compte cette question des déterminants de santé, nous mettons à jour des interactions complexes entre des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui se combinent pour produire des effets plus ou moins connus, identifiés et plus ou moins positifs, voire négatifs, sur la santé de la population. Dès lors, nous pouvons nous accorder aujourd'hui à partir de ce point sur le fait que la santé est multifactorielle et qu'un ensemble de déterminants sont à prendre en considération tant ils impactent la santé : l'éducation, l'environnement, l'économie, le transport, etc.

La promotion de la santé : 5 niveaux d'intervention

Mon propos ici est d'envisager la place de la promotion de la santé. Je référerai à la Charte d'Ottawa de 1986 qui a déterminé de multiples stratégies, en l'occurrence à cinq niveaux d'intervention. L'acquisition d'aptitudes individuelles, c'est à proprement parlé le champ de l'éducation pour la santé, le renforcement de l'action communautaire des publics ou des populations à l'échelle de territoires ou de communautés de vie, de la création d'environnements favorables au sens à la fois écologique, environnemental et sociétal, l'élaboration de politiques

favorables à la santé, au sens politique publique du terme, ainsi que la réorientation des services de santé. Cette référence de 1986 reste un cadre visant à penser les problèmes dans leur complexité, il ne s'agit pas d'un modèle devant être appliqué en totalité de manière systématique.

Pour revenir à la charte d'Ottawa, hormis les cinq niveaux d'intervention, il est évoqué dans son préambule qu'en matière de santé, les conditions et les ressources préalables sont la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. La charte contient la recommandation d'élaborer une politique publique saine, mais surtout contient deux finalités, relativement à la question de l'évaluation des impacts sur la santé. En effet, la promotion de la santé inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs et pas exclusivement de ceux de la santé au sens sanitaire du terme, en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard. Autrement dit, même si je ne fais pas partie d'un certain domaine, dans le cadre de mes prérogatives, je dois tenir compte sur l'ensemble des déterminants de santé que la décision politique que je vais prendre va agir et va donc avoir un impact sur la santé de la population.

Outre les effets directs d'une politique dans le domaine qu'elle vise spécialement, ce qui est important dans le cadre des préoccupations que nous sommes en train de considérer c'est de s'interroger sur les effets des politiques publiques sur la santé. Il s'agit de savoir quels effets cette politique produit sur la santé, quelle que soit la nature de la politique publique en matière d'environnement, d'aménagement du territoire, d'emploi et de logement. Voici la première notion. La seconde notion également évoquée dans le préambule va de manière consécutive être la déclinaison de la première. Il est de la responsabilité des porteurs des politiques publiques de penser qu'ils ont effectivement une action et un impact sur la question de la santé de la population selon l'acception que nous venons de déterminer.

Ainsi, à ce stade, la question de l'interministérialité est posée. Le Ministère de la Santé n'est pas le seul à avoir la responsabilité des questions d'impacts sur la santé de la population. Cette notion notamment d'interministérialité peut parfois être délicate dans sa mise en œuvre ou dans encore les capacités d'action dans ce cadre.

La promotion de la santé et l'EIS : valeurs et principes méthodologiques de consensus

Nous notons un certain nombre de valeurs et de principes méthodologiques en matière de promotion de la santé. Je me dois maintenant de me demander ce que les EIS apportent de plus ou de manière différente à la promotion de la santé et qu'est-ce que cela interroge au regard de la promotion de la santé. Je m'exprime au titre de la représentation de la promotion de la santé que nous partageons et exerçons au sein de l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) de Midi-Pyrénées. Je ferai référence à quatre principes de consensus :

La démocratie avec pour point fort le fait que la population a le droit de participer à une démarche transparente dans la formulation des politiques, dans leur application, mais aussi dans leur évaluation. Il est ici question du fait que les politiques concernent directement les citoyens en référence aux valeurs et questions méthodologiques qui sont promues en promotion de la santé. Cela a également été décrit dans le cadre des précédentes interventions relatives aux

ISS et notamment dans la méthodologie des EIS, à travers la démarche participative, la co-construction, « l'empowerment » et le développement des compétences psychosociales. Ce premier point me fait dire qu'au fond, la promotion de la santé qui déjà s'intéressait à ces questions se trouve renforcée, nourrie et enrichie de cette démarche des EIS. Certes, elle n'est peut-être pas encore très développée en France, mais elle est en voie de l'être. Aujourd'hui, j'appelle de mes vœux que ce sera l'occasion de promouvoir ces démarches.

Le second principe est celui de la justice sociale. Les évaluations d'impacts sur la santé ne doivent pas se limiter à la recherche de l'impact global d'une politique sur la santé de la population dans son ensemble. Il faut aussi examiner comment cet impact joue spécifiquement en fonction des caractéristiques des populations, selon leur âge, leur sexe, leur ethnie et leur catégorie socio-économique. Nous observons ici l'idée que les EIS nous permettent un affinement de l'évaluation des impacts sur la santé qui ne porte plus sur la population générique et globale, mais sur la santé de diverses sous-catégories de populations qui doivent être prises en compte. Nous rejoignons ici l'une des questions qui a été abordée tout à l'heure, qui est celle de la réduction des inégalités sociales de santé.

Le troisième principe concerne le développement durable dans la mesure où l'évaluation doit également mesurer les impacts à long terme et non pas simplement au prisme du programme concerné.

Le quatrième principe porte sur l'aspect éthique des données probantes. Effectivement, à travers les évaluations d'impact de santé, il est question de disposer de ces données. L'utilisation de données quantitatives et qualitatives doit être rigoureuse et fondée sur des disciplines et méthodes scientifiques, ce que les EIS, à travers ce qui vient d'être présenté, peuvent permettre d'atteindre.

En guise de conclusion et de perspectives, il m'apparaît que les EIS peuvent continuer à nourrir le changement dans l'évolution nos représentations sociales et collectives de la santé et de la promotion de la santé. Elles sont à mon sens à l'interface entre la promotion de la santé et l'aide à la décision concernant les articulations et entre les différentes politiques publiques. Madame, vous avez posé la question des ARS, de l'État et des collectivités locales. Je souhaite que ce soit l'occasion en France de développer ces démarches, les moyens de la promotion de la santé et des évaluations d'impacts sur la santé.

Aujourd'hui, l'enjeu est de valoriser la démarche au sein de la collectivité et de promouvoir d'autres démarches à l'attention d'autres collectivités locales. Je vous remercie de votre attention.

L'expérience suisse

Nicola Cantoreggi :

Merci de m'accueillir ici pour vous relater très modestement l'expérience Suisse. Pour une fois, il ne sera pas question de banques et de paradis fiscaux. La présentation prévoit trois temps. On m'a indiqué qu'il y avait un certain nombre de décideurs, d'élus et d'acteurs politiques. Ce sont des éléments que nous retrouverons dans le cadre de la présentation, il s'agit d'aspects qui ont plutôt attiré au cadre légal institutionnel. À quelles conditions et dans quel contexte l'EIS s'est-elle déployée ? Des études de cas ont pu être réalisées. Nous en viendrons ensuite à un projet concret qui est un projet d'agglomération franco-genevois, donc à cheval entre la France et la Suisse. Il s'agit d'un important projet d'agglomération du territoire. C'est l'une des autres facettes de l'EIS. Nous avons une souplesse et une flexibilité méthodologique assez large pour organiser l'évaluation. J'aimerais ensuite terminer sur quelques points qui ont attiré à la promotion de la mise en œuvre de l'EIS du point de vue de l'institutionnalisation, sur les implications. Nous parcourrons quelques diapositives concernant deux ou trois questions qui se posent aujourd'hui au niveau international autour de l'institutionnalisation. Autrement dit, il s'agit de savoir comment rendre pérenne, possible et durable le travail sur les EIS.

Le contexte suisse

Nous sommes un petit pays, une communauté nationale avec quatre langues. Nous avons une grande diversité de population. Notre particularité est que nous avons un système fédéral. De ce fait, les compétences en santé sont extrêmement décentralisées. Nous pouvons parler de 27 systèmes de santé, ce qui évidemment peut compliquer les choses pour travailler sur certaines problématiques. Pour tout ce qui a trait à l'organisation, aux structures et à la gestion des équipements, le niveau de compétence est le niveau cantonal, qui peut être équivalent aux départements français. Il s'agit d'un élément qu'il faut saisir, puisque toute discussion en matière de santé peut avoir lieu aux deux niveaux. Nous pouvons avoir un certain nombre de délégations de compétences, mais il est vrai que les cantons gardent une large autonomie en la matière par rapport à certaines décisions, en particulier les EIS.

La situation des EIS en Suisse

D'un côté, nous avons ce qui se fait à l'échelon fédéral et de l'autre côté, ce qui a été entrepris au niveau des cantons. Au niveau fédéral, la donne est relativement pauvre. Il faut malheureusement le constater. Il y a un certain nombre de documents internationaux qui ont été adoptés. Nous avons une politique multisectorielle de la santé au niveau national qui reprend les grandes lignes de la santé de l'OMS. Cette politique a fait l'objet de lignes directrices en 2005 qui ont intégré les EIS en 2006 en tant que dimension complémentaire de l'évaluation de la durabilité.

Il y a donc deux éléments à retenir. Nous avons un cadre de lignes directrices, mais qui finalement ne pèse pas beaucoup dans la mise aux normes et dans la prise de décision. Ensuite, nous avons plutôt une tendance à intégrer ces EIS avec d'autres évaluations de la durabilité, du développement durable. Nous y reviendrons par la suite lorsque nous discuterons des dimensions institutionnelles.

Passons au second temps qui est récent. L'année passée, lors d'un projet de loi au niveau de la confédération pour la promotion de la santé, il y avait un article spécifiquement consacré aux EIS, sur le fait d'appliquer la politique fédérale. Cela aurait permis d'introduire l'outil au niveau de l'échelon supérieur. Cela n'a malheureusement pas été le cas. L'article a été rejeté dans les travaux parlementaires et la loi dans son ensemble n'a pas été adoptée par notre Parlement. Au niveau national, nous nous retrouvons maintenant sans loi de prévention et de promotion de la santé, malgré la nécessité reconnue par tous les acteurs. Évidemment, il y a une perte de cette possibilité d'introduire les EIS. Mais ce n'est pas pour autant que la cause est perdue. En effet, l'échelon cantonal et inter cantonal s'est montré beaucoup plus actif avec une introduction de cela dans les différents cantons. Cela date du début des années 2000. L'outil a été introduit de manière assez différente. Parfois à travers une loi ou un article de loi, parfois avec des expériences pilotes.

Cette grande autonomie autorise les gouvernements locaux à avoir beaucoup de libertés sur la manière d'introduire l'outil. Ensuite cela a pris la forme d'une coopération intercantonale. Nous avons une plateforme depuis 2005. Nous avons eu une première conférence nationale qui malheureusement n'a pas eu de suite. Malgré ce lancement relativement précoce, le dossier a quand même de la peine à avancer. Ensuite, nous avons eu un soutien financier au niveau de cette plateforme pour diffuser l'outil au niveau de tous les cantons. Un travail intercantonal correspondrait pour vous à un travail interdépartemental ou au niveau d'une région par exemple avec le soutien d'une fondation de droit public et qui finance la promotion de la santé. Il s'agit d'un projet pilote où il était question de diffuser l'outil et les bonnes pratiques puis de multiplier les expériences. C'est vraiment à cet échelon intercantonal et cantonal que les EIS ont pu éclore. Voici d'où viennent toutes les principales expériences que nous avons en la matière. Cette plateforme est aujourd'hui constituée en association. Le but est qu'elle puisse fonctionner et s'autofinancer pour promouvoir l'outil au niveau national. C'est une démarche qui selon notre approche est plutôt par le bas, donc « bottom-up ».

Je ne vais pas commenter toutes les réalisations en matière d'évaluation. Je soulignerai seulement la grande diversité des thématiques qui ont été traitées. Tout d'abord, une grande majorité de projets est en dehors du secteur sanitaire, ce qui est, je pense, l'une des principales qualités de l'outil. Ensuite, il y a une grande diversité de situations. Nous avons eu des projets qui avaient trait à l'aménagement du territoire. Ensuite, il y a des problématiques plutôt sociales, le transport est un domaine important d'évaluation sur lequel nous avons travaillé. Puis nous notons une pratique plus rapide sur des EIS sur toute une série d'objets très divers et variés au gré des circonstances et des opportunités. Il est vrai que globalement, dans le contexte suisse, nous avons beaucoup fonctionné dans une logique d'opportunité, mais dans le bon sens du terme. C'est-à-dire que des opportunités ont été saisies pour tester l'outil et pour l'appliquer à des politiques ou à des projets divers.

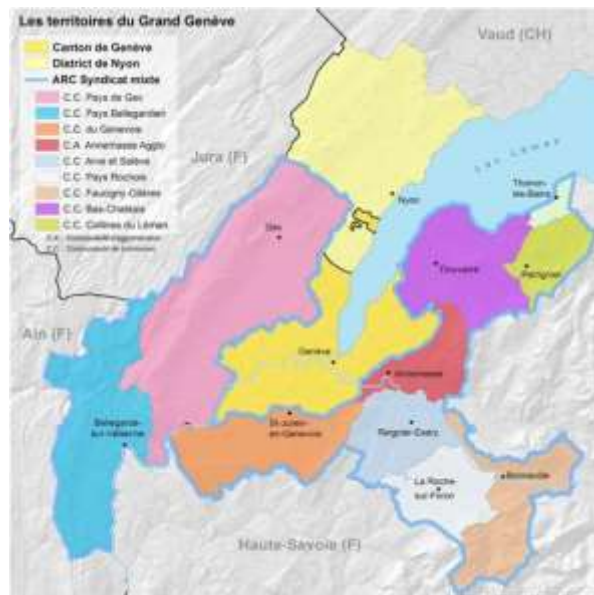
Il s'agit du diaporama général, donc nous voyons une grande richesse et une importante diversité d'expérience qui se poursuivent dans des conditions qui ne sont pas toujours faciles pour les évaluateurs du fait des ressources financières qui ne sont pas nécessairement disponibles.

Le contexte plus spécifique du canton de Genève

Le contexte institutionnel est important à comprendre pour voir comment nous pouvons trouver des portes d'entrée pour ancrer l'outil. Cela peut se faire de manières très différentes. Dans le cas de Genève, cela date de 2003, il y avait des situations budgétaires difficiles, donc nous avons noté des pressions sur le secteur de la santé pour une utilisation plus efficiente des moyens. Il s'agit de discours pas toujours agréables à entendre, mais qui ont poussé à réagir d'une certaine façon. Genève est aussi une ville pilote des réseaux ville santé de l'OMS, dont l'un des principaux axes dans sa phase quatre était justement l'évaluation des impacts sur la santé. Nous avons donc un incitatif fort pour aller de l'avant à ce niveau. Puis il y avait une loi sur la santé qui était en préparation. Nous avons l'influence de la loi québécoise qui avait un article consacré à l'EIS. Cela a donc été une opportunité pour l'introduire dans cette loi qui a été votée il y a maintenant sept ans. Nous avons vraiment l'aspect légal. Par contre, l'article n'a pas de vocation contraignante. Il s'agit d'une base volontaire, le gouvernement peut décider de... il s'agit d'un aspect important, nous le verrons dans la dernière partie concernant les aspects institutionnels. La base légale peut être très utile, mais n'est pas toujours nécessaire. Il est vrai que cela donne une assise plus forte à l'outil EIS. Voici pour ce qui est du contexte institutionnel.

Le projet d'agglomération appelé franco-val de Genevois, du nom des cantons et des collectivités publiques

Vous voyez ci-dessous sur la carte, le canton de Genève et les collectivités françaises, avec un certain nombre de communautés de communes.



Il s'agit d'un espace économique très important qui s'inscrit dans un certain nombre de projets majeurs, que ce soit du côté français ou du côté suisse. Pour nous, il s'agit d'un projet d'agglomération qui a une politique fédérale. C'est un espace qui comprend 208 communes, ce qui est assez important. Nous notons environ 900 000 habitants et 400 000 emplois sur une

surface de 2 000 kilomètres carrés. Il s'agit d'un moteur économique de la région, aussi bien côté français que côté Suisse.

Ce projet s'est mis en place dès 2007 autour d'un certain nombre d'enjeux très importants. Nous avons environ 50 000 personnes qui passent chaque jour la frontière française pour venir travailler en Suisse. Nous avons une problématique aiguë de logement du fait de l'hyperdéveloppement de Genève comme pôle économique avec une problématique du logement qui est très aiguë et qui fait que les populations partent fréquemment habiter en France voisine. Nous avons ce déséquilibre de répartition entre les habitants et les emplois. Nous avons également une problématique de transport. Nous notons une croissance continue des transports individuels motorisés. Il y a donc un certain nombre de défis que ce projet d'agglomération a essayé de relever. Nous avons été sollicités par rapport à ce projet pour réaliser une évaluation d'impacts sur la santé.

Par rapport à ce qui a été dit précédemment, nous avons une commande politique claire, elle venait du ministre de la Santé d'entente avec le ministre de l'Environnement. Ils ont sollicité l'unité compétente pour réaliser l'évaluation.

La dynamique s'est faite de cette manière, mais avec un cadre qui avait un certain nombre de contraintes liées au fait qu'en parallèle, nous avons sur ce projet une évaluation environnementale qui devait être réalisée. Nous avons donc été priés de nous mettre en coordination avec l'environnement. Ce sont un peu les aléas des évaluations au quotidien. Souvent, nous ne choisissons pas l'option qui nous paraît être la meilleure, mais nous sommes évidemment obligés de composer. Il faut donc appliquer cette réflexion à cette vision d'une agglomération. Autrement dit, il faut plus de pôles économiques diffusés sur le territoire et moins d'étalement urbain ainsi qu'une trame verte maintenue. L'idée est de pouvoir accueillir davantage d'habitants et plus d'emplois, mais de manière plus cohérente que ce qui se fait actuellement.

L'EIS a été appelée à évaluer deux scénarios de référence qui étaient modélisés sur les horizons 2020 et 2030. Nous avons un scénario tendance. Que va-t-il se passer sur ce territoire si nous n'intervenons pas ? Les tendances se poursuivent. Le second scénario est dit de projet d'agglomération avec deux phasages. Il s'agissait dans une première phase d'évaluer ce qu'il se passait avec l'intégration des schémas territoriaux disparates ou d'abord élaborés sur différents territoires français ou suisses pour aboutir en 2030 à ce scénario multipolaire. Nous avons donc travaillé sur ces deux scénarios en suivant un fil conducteur comprenant quatre thématiques majeures qui se sont dégagées. Elles étaient aussi posées comme cadre pour les collègues de l'environnement.

Le premier axe était l'amélioration de la qualité des systèmes de transport, donc ce qui concerne toute la problématique mobilité et santé. Nous avons utilisé une approche quantitative en la matière en estimant les coûts de la sédentarité. Nous en verrons les résultats par la suite au regard des opportunités de développement des placements. Le second axe était la problématique de la densification urbaine. Pouvons-nous faire de la mixité fonctionnelle ? Que va apporter ce projet en termes de mixité fonctionnelle ? Il s'agit de l'idée d'arriver à un certain nombre d'indices plus favorables en fonction des attributions des différents secteurs de l'agglomération. Sur ce même volet, la question des espaces publics a été plutôt appréciée d'un point de vue qualitatif autour de la problématique du maintien de l'entretien du paysage et des

espaces publics habitables et partageables. Le troisième axe porte sur la sécurité routière. Nous avons parlé des transports et de l'évolution des accidents par rapport à l'évolution des modes de transport. Le dernier axe concerne la problématique environnementale, la santé, la pollution de l'air et les nuisances sonores dues au trafic routier.

Nous avons travaillé de manière plutôt quantitative au sein d'un système qui était davantage un système expert. Nous avons une commande précise avec des échanges, mais nous étions plutôt dans une logique de partage entre experts et non dans une dynamique spécifiquement participative. Cela dit, la dimension participative était inhérente au projet d'agglomération. En effet, ce dernier a fait l'objet d'un certain nombre de démarches participatives de validation, mais ne concernant pas spécifiquement notre volet santé.

Les résultats portent sur du quantitatif. Nous avons ici des estimations de coûts directs engendrés ou évités selon les options.

Ce qui se dégage de cet axe de mobilité et de santé est que nous avons un différentiel substantiel quel que soit l'horizon en termes de coûts qui peuvent être engendrés ou évités par la mise en œuvre du scénario du projet d'agglomération. Il s'agit d'un argument plutôt favorable à la mise en œuvre du projet, avec des coûts évités du fait d'une sédentarité moindre. Évidemment, je vous passe le détail du calcul technique concernant la problématique de la sédentarité. Nous avons fait la même chose concernant la problématique du bruit et de la pollution de l'air. Le tableau est moins intéressant dans le sens où le différentiel est moins marquant pour une raison évidente. Nous sommes dans une tendance à la motorisation individuelle qui ne peut pas être stoppée du jour au lendemain. Le scénario projet d'agglomération qui prévoit un développement massif des transports publics ne peut que limiter un certain nombre de coûts sanitaires. Mais évidemment, il ne peut pas les éliminer.

Voici en quoi se traduit cette évaluation. À l'attention des politiques, il y a des éléments de synthèse qui sont très parlants. Les rapports peuvent être relativement volumineux. Pour certains éléments, ce sont les monnaies sonnantes et trébuchantes qui parlent. Lorsque nous disons que le scénario de projet d'agglomération permettra de faire des économies d'environ 55 millions d'euros par an à l'horizon 2020 et de 100 millions d'euros à l'horizon 2030, cela est évidemment un élément important dans le dialogue avec le politique par rapport à des choix qui peuvent être opérés.

Maintenant, nous avons un projet de grande envergure. Comme cela été dit, nous arrivons rarement, presque jamais à stopper les projets. Nous pouvons les infléchir ou appuyer des options qui sont prises. Sur ce point, la notion de l'efficacité de l'EIS est un élément important. Madame LAPORTE a évoqué cette recherche européenne. Je l'ai reprise dans la matrice qui a été proposée, car nous sommes sur l'un des points sensibles de l'outil. Que faisons-nous de toutes ces recommandations et de tous ces rapports qui sont produits ? Finissent-ils dans un tiroir ? Arrivons-nous à en faire quelque chose ?

Sans que je puisse vous donner la part des projets classables dans chaque cas, il apparaît que fondamentalement, nous avons quatre cas de figure. Nous avons le cas de figure idéal où nous parvenons à être réellement efficaces. Nous parvenons à modifier la décision, à la reporter et parfois, nous pouvons parvenir à l'abandon du projet. Ce sont toutefois des cas assez rares, mais ils existent. Nous avons des situations plus larges d'efficacité générale. Des recommandations sont produites et sont plus ou moins prises en compte, mais cela oblige en tout cas le décideur à

pour le moins s'expliquer s'il ne prend pas cela en compte. Ensuite, cela contribue certainement au travail de prise de conscience d'un certain nombre d'enjeux auprès des décideurs. Cela a une utilité certaine. Je classerai plutôt l'exemple que je vous ai donné dans cette catégorie. Ensuite, nous avons des efficacités dites d'opportunité. Apparemment, l'étude européenne ne l'a pas relevé, mais il s'agit d'un cas qui pourrait se présenter où un EIS serait commandité. Car nous nous disons que de toute façon, il va conclure dans le sens que nous souhaitons. Cela n'a pas une utilité extrême, il s'agit d'une configuration qui peut exister. Le dernier cas de figure où il est tout simplement ignoré et écarté, il n'est pas pris en compte.

L'efficacité est un élément important. Je pense qu'actuellement, tous les pays qui ont travaillé sur l'outil butent sur cette notion. Il est important de dire que cela reste un outil d'aide à la décision. Ce sont les décideurs qui prennent la décision in fine et non les techniciens ou la procédure.

Les aspects institutionnels

L'EIS s'inscrit dans un contexte international qui a vu foisonner les expériences, les initiatives, les inscriptions légales et législatives depuis les années 1997-2000. Nous parlons de plus en plus de santé humaine et non pas spécifiquement en termes d'évaluation d'impacts. Dans différents projets, le protocole de Kiev concerne l'évaluation environnementale, nous parlons du volet santé. Nous voyons donc la thématique progresser. Aujourd'hui en particulier, nous voyons monter la thématique au sein du débat international sur la santé dans toutes les politiques, ce qui pourrait faire de l'EIS un outil privilégié pour matérialiser cette idée. Il s'agit d'un premier élément.

L'autre élément important concerne certainement ce qu'il se passe aujourd'hui au niveau de l'Union européenne. Nous avons un certain nombre de décisions de la part de la commission qui sont soumises à évaluation. La commission est dans une logique d'intégration des outils et propose donc une évaluation d'impact intégrée dans laquelle nous avons la santé. C'est un peu dans ce contexte que se pose le débat sur l'institutionnalisation et sur ses défis. Nous notons un certain nombre d'enjeux autour de cela. Ici, je vous ai proposé une définition récente de l'OMS autour de ce que nous entendrions de l'institutionnalisation pour l'EIS. Il s'agit vraiment de cette idée de pouvoir l'intégrer de manière systématique dans le processus de prise de décision et que nous puissions créer une demande constante afin de pouvoir l'utiliser. Peu de réalités ont réussi à l'institutionnaliser. Le Québec a essayé cet usage de routine, mais ce sont des processus relativement lourds et pas toujours faciles à mettre en place. Cela peut toutefois être un enjeu important pour donner une pérennité à l'outil.

Autour de cela, il y a deux questions que je voulais aborder avec vous. La première idée est celle du caractère plus ou moins obligatoire ou de la base volontaire de l'outil. Il s'agit d'une question qui se pose. Souvent, les collectivités qui démarrent le font évidemment sur base volontaire. Si nous devons en amont poser un cadre légal et voter une loi, cela n'est pas gagné d'avance. Par contre, nous pouvons nous poser la question de savoir si cela donne suffisamment de force à l'outil. Nous voyons qu'un certain nombre de pays ont une base légale. Pouvons-nous considérer que sans base légale contraignante, nous pouvons réellement aller de l'avant et ancrer l'outil ? Je pense que globalement, nous constatons que nous pouvons avoir de l'efficacité concernant une action sur une base volontaire, mais il faut un certain nombre de conditions. Nous devons au

moins avoir des documents de politique générale qui ancrent l'outil et qui l'imposent comme une pratique politicoadministrative. Nous devons avoir des standards méthodologiques, nous devons pouvoir valider des méthodologies qui sont appliquées. Nous parlons dans certains pays de logique de certification, des évaluateurs comme dans d'autres domaines.

Évidemment, cela paraît banal, mais le soutien politique fort est central dans les expériences volontaires. Nous avons observé cela dans un certain nombre de réalités où il n'y avait pas de base légale. La majorité a changé et l'outil est tombé à l'eau. L'exemple le plus célèbre est la Colombie-Britannique au Canada. Il s'agissait d'un pays précurseur en 1998. L'EIS a disparu pendant 12 ans jusqu'au changement de majorité.

Évidemment, nous notons la problématique des ressources et des compétences adéquates. Il y a de la formation sur le tas, mais comme dans toutes les pratiques je dirais, d'évaluation prospective il faut des compétences et des ressources régulières allouées à cela. Voici le premier point.

Le second point concerne l'intégration des outils. Cela est important. Lorsque nous nous lançons, nous venons avec un nouvel outil et on va nous dire « Encore un. Comment allons-nous payer cette évaluation supplémentaire ? Nous avons l'évaluation environnementale, sur la réglementation et toutes sortes d'évaluations. Faut-il procéder de manière autonome ? » Nous avons tout d'abord le constat d'une diversité des fonds d'intégration de santé dans l'environnement, dans l'intérêt total, dans la durabilité, etc. Vous trouvez tout ce que vous voulez. Nous avons donc une très grande diversité de situations pour faire vivre l'évaluation sur le volet santé. Cela est une chance. Nous avons constaté dans certains pays que l'alternative à une approche intégrée n'était pas du tout l'évaluation sur la santé. Ce sont des choses qui doivent être mises dans la balance. A contrario, cela pose la question des compétences évaluatives en santé, ce que nous avons malheureusement aussi constaté. Lorsque l'évaluation sur les problématiques de santé est portée par des professionnels qui ne sont pas du secteur de la santé, elle est souvent insuffisante, lacunaire. De ce fait, la prise en compte finale n'est pas très positive.

Finalement, il y a aussi la question des ressources et des conflits à considérer. La question de l'intégration naît évidemment de ce discours sur l'efficacité, sur l'usage efficace du peu de ressources disponibles. Mais le mot intégrer veut aussi dire d'une certaine manière le fait de collaborer avec les acteurs des autres types d'évaluations sectorielles. Cela va évidemment de pair avec une pratique autonome qui, dans un contexte de ressources plutôt rares, nous mettrait en compétition. Il s'agit aussi de paramètres qui doivent rentrer en ligne de compte.

Au final, au niveau de la prise de décision, il y a également un aspect qui est à considérer. Il s'agit du peu de temps des décideurs. Si nous devons prendre une décision, nous devons lire les conclusions mêmes synthétiques de cette évaluation. Cela complique singulièrement la tâche. Nous pouvons admettre que des démarches plus intégrées peuvent de nouveau faciliter cette prise de décision qui, au final, peut bénéficier à la santé. Peut-être pas autant que nous le souhaiterions, mais cela serait tout de même pris en compte ad minima. Je vous remercie.

Débat avec la salle :

Thierry LANG :

Nous avons bien compris qu'il s'agissait d'un outil en construction avec des questions sur l'institutionnalisation progressive. Tu es universitaire, donc que viens faire l'université dans cette démarche ?

Nicolas CANTOREGGI :

Je suis un universitaire au parcours un peu particulier. Notre groupe de recherche universitaire était auparavant l'unité d'évaluation d'impacts sur la santé au canton de Genève. Avant, nous étions donc fonctionnaires et évaluateurs. Nous pilotions des évaluations. Puis le cours des choses a voulu que nous nous retrouvions à l'université. Donc aujourd'hui, nous travaillons potentiellement comme prestataires de services, en tout cas pour le canton s'il veut bien nous solliciter par rapport à la réalisation de pilotage d'évaluation. Ceci est un premier élément.

Cela dit, le monde académique a, je pense, des choses à apporter. Évidemment, il peut apporter de l'expertise, qui est certainement sollicitée dans le cadre des évaluations, nous pouvons le voir dans l'exécution pratique.

Mais je pense que plus largement, il y a un rôle de réflexion sur la pratique de l'évaluation. Nous pouvons le constater sur les travaux que font nos collègues anglo-saxons en la matière. Il est vrai que nous sommes dans un domaine un peu d'entre-deux. Il s'agit d'un monde de praticiens, mais où il y a un certain nombre d'académiciens. Il faut arriver à jouer sur les deux tableaux. Cela est très intéressant. Évidemment, comme tout domaine je dirais de l'évaluation prospective, nous avons un travail académique classique de recherche. Ce sont des sujets un peu particuliers. C'est aussi la raison pour laquelle l'enseignement académique est difficile à trouver. Souvent, il est donné par des praticiens, par des bureaux d'études et pas nécessairement par des académiciens.

Julien WEISBEIN :

J'aurais éventuellement une question commentaire ainsi qu'une mise en perspective de ces expériences suisses avec les faibles ou non-expériences françaises. Cela est autour de ce que je pourrais appeler les résistances sectorielles. Visiblement, les EIS obligent des secteurs d'actions publiques assez hétérogènes à fonctionner ensemble en termes de compétences, d'acteurs, etc. Finalement, la félicité de l'expérience suisse n'est-elle pas due aussi à un système politique très fédéralisé, voire même à un pays très pilarisé ? Dans ma discipline qui est la science politique, il y a des sociétés que nous appelons pilarisées, qui ont plusieurs confessions, plusieurs langues, plusieurs cultures et qui ont l'habitude de négocier, d'être dans cet entre-deux comme vous le disiez.

Finalement, est-ce que ce ne sont pas des systèmes où nous avons l'habitude de penser par-delà les frontières sectorielles, par-delà les frontières linguistiques ? Du coup, cela me ramène à la France qui est au contraire un pays extrêmement cloisonné. L'action publique est en effet très différenciée selon le secteur, les acteurs, etc.

Je souhaitais vous montrer que l'EIS est sur des politiques très fortes et constitutives puisque cela porte sur des schémas d'aménagement et de distribution des compétences. Est-ce justement grâce à cette culture politique, linguistique, etc. ? C'est sur ce point que j'aurais souhaité avoir votre commentaire.

Nicolas CANTOREGGI :

Merci. En tant que praticien, de premier abord, j'ai plutôt le sentiment inverse que nous avons une grande difficulté à la collaboration intersectorielle. Mais pour quelqu'un qui porte un regard externe, il y a probablement un bout de vérité là-dedans. Quoique nous nous plaignions de la difficulté du travail intersectoriel qui est une difficulté réelle, il y a effectivement une pratique intersectorielle au travail qui est peut-être un peu plus enracinée. Nous avons également des réalités de politiques administratives qui sont plus petites. De ce fait, il y a une plus forte proximité qui facilite évidemment les collaborations. Il est vrai que Genève est une petite réalité à l'échelon français, mais elle est déjà relativement importante au niveau de l'échelon suisse. Nous nous rendons compte qu'entre cantons, nous n'avons pas du tout les mêmes mécaniques dans le fonctionnement entre institutions.

Malgré tout, le cas genevois est assez proche du cas français pour des raisons de proximité comparé à d'autres réalités où nous avons des cantons de 70 000 habitants et où grossièrement, le fonctionnaire lambda va toquer à la porte du ministre. Nous avons donc une proximité, ce qui facilite évidemment le travail.

Dans la pratique, nous rencontrons des résistances, cela est clair. Il y a un double niveau. Notons tout d'abord l'établissement d'un langage commun. Concernant la promotion de la santé, il a bien été détaillé ce qu'était la santé. Lorsque vous parlez des aménagistes, nous allons vous dire « Oui, ce sont les équipements, les hôpitaux ». Donc il faut passer ce premier stade très infrastructurel pour constituer un socle de connaissances, un langage commun. Ensuite, nous pouvons rentrer en dialogue. Là aussi, nous avons des compétences, mais qui sont parfois menacées. Nous avons précédemment collaboré avec des collègues de l'environnement. Typiquement, il y a parfois une perception de conflits de compétences alors que nous pouvons traiter d'objets communs, mais pas du tout de la même manière.

Prenez l'exemple de la pollution de l'air. L'évaluation environnementale s'intéressera au respect ou au non-respect des seuils légaux. Ces derniers sont respectés, nous sommes en ordre, nous faisons en sorte que le projet soit ramené à l'intérieur de ce cadre-là. Pour nous, nous sommes dans une logique de gradients. Ce n'est pas parce que nous respectons des seuils légaux qu'il n'y a pas d'expositions, etc. Nous sommes dans la logique d'optimisation. Si nous parlons de transport, il n'y a pas que la pollution pour nous, il y a également les problématiques de la mobilité, de l'activité physique, etc. Les problématiques se déclinent donc de manières différentes. Il faut arriver à mettre ces choses à plat pour parvenir à collaborer. Effectivement, nous y parvenons à la fin. Nous avons rencontré cette difficulté dans tous les pays. Il faut casser cette logique pour pouvoir fonctionner correctement.

Thierry LANG :

Effectivement, il s'agit d'un point difficile.

Baptiste DUHEN :

Bonjour. Je suis étudiant à l'IEP de Toulouse en deuxième année de master. J'ai trouvé votre intervention très intéressante. Moi-même, je m'interroge sur ces questions depuis quelques

temps. J'aurais voulu savoir comment vous vous y prenez, sans trop rentrer dans le détail, pour réussir à quantifier les coûts de l'inaction ?

Nicolas CANTOREGGI :

En l'occurrence, sur ces analyses de travaux quantitatifs, nous avons des études nationales. Dans notre pratique, nous travaillons avec un point quantitatif, mais nous n'avons pas pour ambition d'en faire une utilisation extrême. L'idée est d'arriver à faire des estimations, des ordres de grandeur et c'est toujours dans cette logique que nous menons nos réflexions.

Donc en l'occurrence, nous avons des bases nationales, des études qui avaient été réalisées. Nous avons procédé par extrapolation linéaire en croisant la donnée nationale avec ce qu'étaient les projections du transfert modal du transport motorisé vers le transport individuel, par exemple.

De manière très schématique, nous n'avons pas introduit une construction technique, mais il est vrai que dans la palette des outils, nous pouvons faire de l'évaluation des risques classique, telle que vous la connaissez dans le travail de l'EIS, étant entendu que cette dernière ne peut pas se réduire à de l'évaluation des risques. Je pense qu'à ce sujet, il y a eu en France quelques malentendus. C'est-à-dire que nous avons appelé l'EIS l'évaluation des risques. Comme nous avons pu le constater, cela dépasse largement ce cadre-là, même si l'évaluation des risques peut être une composante de processus d'évaluation si cela est important. Pour nous qui sommes en bout de chaîne, nous avons besoin de données de morbidité et de mortalité.

L'EIS : contributions des acteurs régionaux

Le point de vue d'un élu en charge de la santé

François SIMON :

Quel passage de relais après cette question concernant l'attitude des politiques en France. Mais je pense que cela correspond bien à ce que je veux vous dire et qui n'est pas toujours forcément aimable pour les politiques, je m'en excuse déjà auprès de celles qui sont présentes.

Tout d'abord, je suis encore plus heureux de ce que j'ai dit tout au début de la réunion, que ce colloque ait lieu ici en région Midi-Pyrénées. J'y suis d'autant plus heureux parce que depuis tout à l'heure, je suis encore plus persuadé que l'EIS est un outil qu'il faut intégrer dans les politiques territoriales et dans la politique en général. Le moins que l'on puisse dire, c'est que cela est embryonnaire, voire inexistant actuellement, du moins dans la pratique que je peux avoir. Je pense que j'ai beaucoup appris et que je ne peux que remercier madame LAPORTE et monsieur CANTOREGGI qui ont donné de la substance et du concret sur la façon dont cela peut se mettre en place au-delà simplement des conceptions virtuelles. Je pense que cela est très important.

Il est vrai que cela n'est pas dans la culture politique française et merci pour votre question, car je pense qu'elle est essentielle. La question qui serait presque ma conclusion de tout à l'heure à la fin de ce colloque est « Comment allons-nous faire ? ».

Pour reprendre ce qu'a dit Thierry LANG tout au début et qui me paraît être très important, cela est démontré, nous le voyons, nous ne sommes pas égaux devant la santé selon que nous soyons cadres ou ouvriers. Nous le savons, mais où se cache notre état de santé ? Comment évolue-t-il ? Ce n'est pas seulement par une inégalité du domaine de l'inné et une inégalité biologique, génétique à la naissance, mais bien évidemment aussi par l'acquis. Celui de notre vie au quotidien, de la naissance à la mort dans tous nos gestes et dans tout notre environnement.

En tant que vice-président à la région Midi-Pyrénées chargé des solidarités, je le comprends. Si j'affirme d'autant plus cette notion de permanence de l'influence de tout ce qui nous entoure, c'est parce que ma fonction, dans cette institution, est transversale. Je pense que cette transversalité est un élément essentiel qui manque actuellement dans nos institutions parce que nous sommes dans des cloisonnements. Ce que fait l'un n'intéresse pas forcément l'autre, les conséquences de l'un ne s'appuient pas sur l'analyse de l'autre.

Je le comprends d'autant mieux que certains ici me connaissent, dans une autre vie parallèle, mais pas totalement, un peu disjointe, je suis médecin généraliste. Là aussi, je perçois au quotidien toutes ces interactions qui font une vie et qui agissent sur la santé. Dans cette patientèle dont je m'occupe, il est facile de voir que nous ne sommes pas égaux devant la vie et que cela influence forcément notre état de santé.

Des interactions...

Je crois qu'interaction est le mot juste. C'est un mot que les politiques devraient prendre et se saisir. Parce qu'une personne ne peut être appréhendée que dans sa globalité et que tout ce qui

fait sa vie interagit sur elle, sur sa santé et bien évidemment sur sa vie. Or, tout en étant très attentif au respect des choix individuels et à la liberté d'être et d'agir selon sa propre pensée, il est clair et évident que les choix de la société, des collectivités, de l'état, les choix politiques interagissent complètement sur la vie des personnes.

Dans le petit mot que j'avais écrit pour présenter ce colloque, j'avais parlé de l'effet papillon. En réfléchissant, je crois que cela est juste. Lorsque nous prenons une décision dans cette enceinte, peut-être ne réfléchissons-nous pas suffisamment sur ce que cela va induire un peu plus loin, voire très loin. Tout vote, toute décision et toute action politique entraînent des conséquences multiples. Toutes décisions sur l'emploi, la formation, l'aménagement du territoire, l'urbanisme, le logement et les transports ont des conséquences directes sur l'environnement et sur la santé des personnes. Il se trouve que cela fait partie des domaines de compétences de la région ainsi que des décisions politiques.

Tout à l'heure, j'ai beaucoup aimé ce petit exemple où l'on supprime les bancs publics pour éviter que des personnes s'y installent. Mais en faisant cela, nous déséquilibrons la vie des personnes âgées qui ne peuvent plus s'y installer. Il s'agit de l'effet papillon.

Ce ne sont pas des exemples qui manquent actuellement dans notre société, en plein débat sur la transition énergétique, sur les pollutions, les dérèglements climatiques, l'augmentation des cancers, les effets des pesticides sur les agriculteurs et sur l'inquiétude qui monte concernant l'utilisation des perturbateurs endocriniens.

Plus douloureusement, c'est un dossier que je connais bien, il y a l'échec patent de notre société avec le désastre de l'amiante. En voulant agir sur une meilleure isolation sur le bâtiment et sur les logements en mettant en place un processus industriel non évalué, nous avons abouti à une catastrophe sanitaire où là aussi, l'inégalité sociale est criante. Parce que les plus malades de l'amiante sont ceux qui y travaillaient, ceux qui ont été logés dans des logements où on faisait de l'amiante, car c'était moins cher.

Je le dis aujourd'hui avec force, il s'agit probablement du risque qui nous attend avec la prolifération industrielle et commerciale des nanotechnologies dans notre vie courante, des produits de beauté, des pneumatiques en passant par nos vêtements, alors que nous savons déjà que ces fibres et que ces nanotechnologies ont la même taille que les fibres d'amiante et qu'aux mêmes attitudes, nous aurons les mêmes conséquences.

Du principe de précaution

Actuellement, nous politiques, nous ne prenons pas la responsabilité de faire attention à cela. Il s'agit du principe de précaution. Pour nos générations futures, nous sommes en train de créer un scandale de l'amiante et cela est du domaine des politiques.

Cette interaction dont je parle concerne bien l'ensemble des collectivités. Je rajouterai même que ces dernières auraient intérêt à interagir entre elles et à mener des politiques qui soient complémentaires.

Aujourd'hui, le regard et l'analyse sont essentiellement tournés vers les conséquences financières et budgétaires et bien évidemment sur l'emploi. Ce sont des réflexions nécessaires. Il ne faut pas les oublier. Mais il en est d'autres toutes aussi, essentielles pour la vie quotidienne de chacune et de chacun. Nous commençons toutefois à appréhender ces interactions et cette vision globalisée de nos décisions dans certains domaines. Ainsi, dans le cadre de mes fonctions à la région, je suis amené à travailler sur les clauses des coconditionnalités au sens large, sur les conditions environnementales, sur les critères d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap et sur les clauses sociales d'insertion. Mais sur la santé, il n'y a rien ou pas grand-chose, alors que nous percevons à quel point tout choix entraîne également des conséquences sanitaires et sociales.

C'est cet aspect sanitaire, celui des conséquences de l'ensemble des politiques territoriales sur la santé, j'en suis convaincu, que l'EIS doit nous permettre d'appréhender. Il faut que les collectivités s'en saisissent. Pour ma part, j'engagerai ma région à intégrer cette réflexion et cette analyse dans tous les stades de sa politique de façon transversale dans toutes ses compétences. J'ai bien apprécié ce que vous avez dit tout à l'heure, madame. Réfléchir systématiquement. Faut-il ou ne faut-il pas que l'EIS soit intégrée dans un projet ? Le mettre dans le cadre de quelque chose qui est déjà existant ? Ne pas forcément le faire de façon systématique, mais ne jamais oublier d'y penser.

Je rapproche également dans ma réflexion le sens de ce colloque à une utilisation bien plus intelligente et certainement beaucoup plus pertinente du principe de précaution que nous avons voulu mettre dans la Constitution. Lorsque cela est mal utilisé, nous avons peut-être un moyen de l'utiliser de manière tout à fait pertinente. Aussi, pour ne pas être bien long, je vous propose, si vous en êtes d'accord, de demander à ce que vous puissiez venir présenter à l'Association des Régions de France, à l'ARF, à l'ensemble des responsables de la santé des différentes régions de France cette notion d'EIS. Puis de nous proposer, comme vous l'avez fait ici dans cette enceinte, comment nous pouvons avancer ensemble, comment nous pouvons aller plus loin dans nos réflexions, dans nos choix et dans nos actions.

Savoir prendre le temps

Je voudrais terminer avec une dernière réflexion. Certaines et certains m'objecteront ou vous objecteront que dans ce monde de la concurrence et de la compétitivité, introduire cette évaluation d'impact sur la santé créera de nouvelles contraintes contraires à l'intérêt de l'économie, de nouveaux obstacles et de nouvelles pertes de temps. Je suis justement certain qu'il est parfois préférable de savoir prendre le temps d'être intelligents. Il est parfois coûteux sur le plan humain, sanitaire et financier de devoir par la suite compenser et réparer des dégradations de santé parce que nous n'avons pas su anticiper.

Cela se heurte également à des systèmes coutumiers en France qui sont terribles. C'est que les budgets de l'un n'appartiennent pas aux budgets de l'autre. Le coût de la santé ne rentre pas dans le calcul du coût économique ou du coût industriel.

Effectivement, de par ce que vous proposez, cette fongibilité des coûts, des risques et des analyses doit enfin pouvoir se mettre en place.

Merci. Dans ce colloque, nous parlons d'êtres humains et non pas de forces de travail, d'usagers et de consommateurs. Pour cela, je vous en remercie.

Débat avec la salle :

Yves PAUBERT :

Bonjour, je suis médecin généraliste en Ariège. Je représente ici l'Union Régionale des Professions de Santé, autrement dit les médecins libéraux de la région. Je vais être un peu provocateur au début de mon intervention en faisant état de ma surprise. C'est-à-dire que je découvre que ce concept d'évaluation d'impact pour la santé n'existait pas en France si j'ai tout compris. Nous avons donc construit depuis des millénaires des routes, des ponts, des cathédrales et plein de choses sans faire ces études d'impacts. Je dirais quand même que l'espérance de vie a augmenté petit à petit, donc il doit bien y avoir quelque chose. Mais il s'agit d'une anecdote.

Le véritable intérêt que je vois de ce concept est surtout le fait de développer cette culture de la santé auprès des décideurs et des élus. C'est-à-dire de leur rappeler que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais qu'il s'agit des différentes définitions qui ont été données. Je vois l'intérêt de cet outil comme étant fondamental pour développer cette culture.

J'ai entendu des choses intéressantes, en particulier le développement de ce concept dans tous les projets que je vais appeler constructifs. Nous avons vu les projets sur Genève ou autres. Dans nos campagnes, nous voyons d'autres choses. J'appellerai cela des projets destructifs. J'aimerais bien que nous nous posions la question de savoir quel est l'impact pour la santé lorsque les décideurs décident de fermer une école, une ligne ferroviaire, un service public ou même lorsqu'une usine ferme et que des emplois disparaissent. Cet impact est bien évidemment énorme. Lorsque François SIMON a parlé de la problématique de la fongibilité des budgets, c'est un peu cela. C'est-à-dire qu'à un moment donné, il y a des décisions brutales qui sont prises et qui auront de graves impacts sur la santé des personnes. Nous le voyons dans nos cabinets, tu l'as dit François. Cela n'est pas pris en compte, ce qui est dommage.

François SIMON :

Il s'agit davantage d'un complément à ce que je viens de dire que d'une question. Je partage exactement ce que tu dis. Par rapport à ce que vous disiez, monsieur, tout à l'heure, nous pouvons faire des économies de coûts sur la santé en nous y prenant bien. Nous pouvons également essayer de calculer aujourd'hui ce que le manque ou l'absence totale de réflexions impose en coûts. Si nous ajoutons l'un plus l'autre, je pense qu'à ce moment-là, sur une logique purement économique, je ne parle même pas humaine, nous nous rendrions compte d'effectivement, nous aurions tout intérêt à penser dans la globalité.

Nicolas CANTOREGGI :

Je donne juste un complément. Vous apportez des éléments très importants. Sur ce dernier point, la difficulté que je vois est que malheureusement, le temps du décideur n'est pas celui des

impacts sur la santé. Les législatures sont trop courtes pour voir certains impacts se produire. Nous avons ici l'une des principales difficultés, tout en partageant intégralement ce que vous avez dit. L'autre est en relation avec la question des fongibilités. Certains collègues anglo-saxons ont souligné la difficulté de venir entre guillemets marcher sur les platebandes des autres. Quelqu'un a parlé en particulier d'impérialisme de la santé qui oblige à avancer à pas feutrés pour éviter que l'outil soit perçu comme une menace ou comme voulant voir de la santé dans toutes les politiques, ce qui est bien la réalité des choses. Mais je pense que la problématique ne doit pas être amenée directement de cette manière, car elle risque de braquer les décideurs en début de processus.

François SIMON :

Ce que vous dites ne concerne pas le sujet de ce colloque. Mais je pense qu'un jour, la notion du temps devrait tout de même être explorée. Je ne vois pas pourquoi il faudrait aller toujours plus vite, se décider toujours plus rapidement et risquer d'engendrer toujours plus d'erreurs. Donc je pense que la notion du temps est quelque chose qui mériterait d'être vu.

Je reste toujours sur la notion du temps. Aujourd'hui, en tout cas dans ce que je connais c'est-à-dire la France, le temps de la décision est celui des élus et du politique. Autrement dit, c'est un système de court terme. Je ne l'ai pas dit, car je ne l'avais pas préparé, mais dans ce que j'ai entendu cet après-midi, je crois qu'il y a une notion qui est essentielle, qui est celle de la démocratie et du travail avec les citoyens. C'est-à-dire qu'à partir du moment où les projets, quand ils seront évalués par l'EIS, ils seront évalués non seulement par les politiques, par les techniciens et les experts, mais y compris par les personnes qui vont vivre par la suite ces projets, je pense qu'à ce moment-là, la notion du temps et celle du temps de la décision peuvent être totalement différentes.

Je suis là en Midi-Pyrénées. J'ai en tête une multitude de projets sur le développement de notre agglomération toulousaine dans les vingt ans qui viennent. Je ne suis pas souvent compris, mais je suis souvent de ceux qui disent que nous pouvons attendre six mois de plus avant de nous décider. Car tout compte fait, ce que nous voulons construire est pour 2050.

L'expérience en cours de la Mairie de Toulouse

Ivan THEIS :

Mesdames et messieurs, bonjour. Notre contribution en tant que ville et en tant que professionnel de santé, seront beaucoup plus modestes. Elles vont surtout s'appliquer à une expérience que nous sommes en train de mener, à Toulouse sur un établissement de petite enfance.

Dans cet exposé,, je ne pourrais évidemment pas présenter l'ensemble de la démarche et expérience de terrain. Mais je vais essayer d'insister sur ce qui me paraît être les points forts, les points marquants du processus que nous avons mené. Puis dans un second temps, j'essaierai d'apporter quelques éléments de conclusion à cette étape.

Éléments de contexte

Concernant le contexte international de l'EIS, tout a été dit donc je ne reviens pas dessus. Au niveau national, le peu d'expérience en la matière a été évoqué. A cette échelle, l'incitation du réseau des villes santé de l'OMS en direction des collectivités, pour s'impliquer en matière d'EIS est un premier facteur non négligeable : et la ville de Toulouse est membre de ce réseau.

Mais surtout, à Toulouse, je crois que nous disposons, depuis quelques années, d'un cadre favorable avec une politique volontariste de promotion de la santé qui a été mise en place sous l'impulsion et la conduite de Madame DURIEUX ainsi que de Madame Valérie CICCHELERO, directrice au service hygiène et santé à travers un cadre double. Celui des ateliers santé ville dans le cadre de la politique de la ville sur les quartiers prioritaires d'une part, et du plan municipal de santé d'autre part.

Cinq priorités ont été définies en 2010 dans le cadre d'un processus de diagnostic territorial et de santé. Nous y avons noté l'émergence d'une préoccupation, d'ailleurs largement inspirée par les membres de la conférence citoyenne réunis à cette occasion : il s'agit du fait de mieux prendre en compte la santé dans les politiques municipales. Nous avons traduit cette attente, notamment par le fait d'essayer de mieux apprécier les impacts de la politique municipale en matière de santé. Il s'agit de l'objectif 5 du plan municipal de santé. Je pense qu'il s'agit d'un élément important de la genèse de l'expérience que je vous rapporte aujourd'hui.

Démarche d'EIS appliquée à un Espace Petite Enfance de Borderouge – Trois Cocus

Cet espace comprend trois entités : un multiaccueil, c'est-à-dire une crèche et une halte-garderie ; une crèche familiale avec des assistantes maternelles qui sont salariées de la ville ; ainsi qu'une structure originale qui s'appelle lieu d'accueil enfants-parents. Ce lieu, très ouvert, apporte un soutien à la parentalité, à travers de l'animation et de l'accompagnement. Vous voyez quelques éléments concernant le nombre d'enfants accueillis et le nombre de salariés de la structure.

Les objectifs de cette démarche d'EIS

Tels que nous les avons construits, ils consistent d'abord à s'assurer que les bénéfices de santé apportés par cette structure à ses usagers, les enfants, mais également les parents, voire les professionnels, sont conformes aux objectifs municipaux. Pour bien comprendre les enjeux, je pense qu'il faut prendre le temps d'explicitier les objectifs municipaux en matière de Petite Enfance, dans un contexte de forte poussée démographique à Toulouse. En effet, nous accueillons dans cette ville plus de 5 000 habitants supplémentaires par an en moyenne. Ce qui a effectivement poussé les élus municipaux à prendre un certain nombre d'orientations fortes, notamment le programme des « 1 000 places » pour essayer de faire face.

Je crois que ces objectifs municipaux ne se résument pas à cette augmentation de places, car il inclure aussi de pouvoir offrir aux enfants et aux parents un cadre propice et bénéfique au développement des premiers et à l'insertion des seconds. Il s'agit d'un élément fort de cette politique de la petite enfance.

Le second objectif de cette démarche d'EIS a été de capitaliser, en particulier pour la direction de la petite enfance, sur les bonnes pratiques. Enfin cette démarche s'inscrit aussi dans les objectifs du plan municipal : le but est de montrer l'intérêt des EIS dans les processus d'aide à la décision municipale et de voir comment elle pourra y participer. Enfin, en tant que professionnels, il s'agit aussi d'acquérir des compétences et de la pratique dans ce domaine, qui, je vous l'avoue, en début de processus, étaient extrêmement limitées.

Je ne reviens pas sur la définition de la santé et sur ses déterminants. La carte de santé proposée par les Québécois est celle sur laquelle nous nous sommes appuyés. Il me semble que c'est également celle qui a inspiré l'ensemble de nos travaux et qui inspire toujours l'ensemble de nos actions dans le cadre du plan municipal de santé et des ateliers santé villes.

Les choix méthodologiques et les ressources mobilisées

Dans cette démarche d'EIS, ils ont été faits assez rapidement, pour ne pas dire en amont. Comme il a déjà été dit, nous avons fait le choix d'une EIS dite rapide sur une structure existante. Différentes actions ou activités ont été mises en place. Une recherche bibliographique et de littérature grise a été réalisée : par exemple concernant la littérature grise, la collecte de documents d'orientation de la politique de petite enfance, de rapports d'activités et de projets d'établissement. Une observation sur le terrain a été conduite par une stagiaire de master en santé publique qui nous a permis de démarrer concrètement cette démarche d'EIS. Puis nous avons mené une démarche participative : je tiens à noter que chaque étape a été conduite en étroite liaison et a été validée avec nos collègues de la direction de petite enfance ainsi qu'avec des collègues de terrain.

Concernant les ressources mobilisées, la démarche a été menée sur moyens propres, sans budget spécifique. Nous sommes sur une démarche à caractère modeste. Nous avons eu un appui de l'école des hautes études de santé publique de Rennes à travers l'étudiante de master. Ils ont apporté un appui concret sur le plan méthodologique, l'école de santé étant par ailleurs intéressée et impliquée dans ce type de démarche. Puis je l'ai déjà mentionné à travers l'aspect participatif, nous avons constitué un groupe de pilotage, réunissant service communal santé et direction de petite enfance. Sur le terrain, nous nous sommes appuyés sur un noyau très opérationnel « mixte » qui a conduit l'ensemble de la démarche et à chaque étape.

Chronologie de la démarche et faits marquants

Nous avons suivi les étapes dans l'ordre classique telles qu'elles ont été définies au niveau international. Avec comme première étape, ce que nous avons appelé la sélection de l'espace petite enfance : le choix de cette structure peut être qualifié d'opportunité, car, dans notre volonté d'expérimenter, nous avons débuté par un appel à candidatures en direction des autres secteurs de l'action municipale. Et la première direction à répondre a été celle de la petite enfance.

Pour autant, à cette étape, nous ne nous sommes pas contentés de cette réponse. Nous avons défini et étayé ce choix. En particulier, je crois que je l'ai évoqué, il est largement étayé par ce contexte de poussée démographique et de réponse à la Ville, pour laquelle l'espace petite enfance de Borderouge est un exemple caractéristique. Car, d'une part, il est à la charnière du quartier Borderouge dont la population a plus que doublée en dix ans et d'autre part, il est à la charnière du quartier des Izards, qui est en rénovation urbaine et depuis longtemps en politique de la ville. Il s'agit donc d'une structure implantée dans un environnement à double enjeu. Ce choix a aussi été étayé par le fait que c'est une structure de taille appréhendable sur laquelle nous avons pensé pouvoir travailler.

La seconde étape a été celle dite de cadrage et d'évaluation sommaire. Cette étape est également très importante puisqu'elle nous a permis, à l'aide d'un outil appelé de catégorisation des résultats, qui vient de nos collègues suisses, de « classer » les données collectées dans la littérature et l'observation de terrain. Cela nous a permis d'identifier et de répertorier les effets théoriques de santé de cette structure sur ces publics. Nous avons embrassé l'ensemble des publics que j'évoquais tout à l'heure aussi bien enfants que parents, voire professionnels. À travers cet outil, nous avons eu ainsi la possibilité d'identifier les déterminants de santé qui étaient en jeu, environ une quarantaine d'identifiés à cette étape.

La troisième étape a été celle des analyses. Nous avons identifié quatre effets théoriques que nous avons étudiés et analysés pour les trois premiers sommairement, pour le quatrième de manière plus approfondie. Quelle était cette analyse sommaire ? Il s'agissait dans un premier temps, à travers des grilles d'analyses construites pour la démarche, d'essayer d'identifier les déterminants en jeu et leurs effets positifs, négatifs ou neutres sur la santé, puis la possibilité ou non d'agir sur ces effets, surtout bien sûr quand ils étaient jugés négatifs. À l'issue de quoi, à travers ces grilles que nous avons appliquées sur chacun des effets, nous avons pu petit à petit rédiger des argumentaires et des synthèses, suivis de recommandations.

En ce qui concerne le quatrième effet qui avait pour titre « L'EPE, l'Espace Petite Enfance renforce le vivre ensemble dans les quartiers de Borderouge - 3 Cocus », nous manquions un peu d'éléments de littérature et de données au sens large. Il a donc été décidé d'approfondir cette question. Le « vivre ensemble » est un slogan politique avant tout, repris de manière forte par l'équipe municipale en place. Nous l'avons défini par deux grands concepts qui ont une définition sociologique. Il s'agit d'une part du lien social et d'autre part de la mixité sociale. Nous pourrions considérer qu'il y a d'autres aspects, mais il nous a semblé qu'approfondir ces deux domaines, nous permettrait d'en dire un peu plus sur les effets en la matière de cette structure.

Cette analyse a été conduite à travers un recueil de données qui s'est fait sous forme d'entretiens semi-directifs. Nous avons rencontré une trentaine de personnes : des parents, des professionnels, y compris des assistantes maternelles, mais également des partenaires extérieurs, des partenaires de la petite enfance, également des élus ou responsables de

politiques sociales locales et du développement local en l'occurrence. Un panel large comprenant aussi des représentants associatifs. Les données collectées ont fait ensuite l'objet d'un processus identique d'analyse à l'aide de grilles, puis la rédaction d'argumentaires et de recommandations.

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Nous en sommes à une étape où le rapport d'évaluation a été rédigé. J'ai rédigé ce rapport en étroite liaison avec nos collègues de la petite enfance. Ce rapport doit ensuite être remis à nos commanditaires, en l'occurrence à Madame DURIEUX, mais également à Madame JARDIN, conseillère municipale responsable du secteur petite enfance, et à nos directions respectives, et entre autres à Valérie. L'idée est maintenant de voir ce qui sera retenu dans ce rapport, de quelle manière et quelles seront les recommandations. Le suivi reste ensuite à définir sur le fond comme sur la forme.

En matière de conclusion, la première question que nous sommes en droit de nous poser est de savoir si nous avons atteint nos objectifs. Sur un premier plan, qui est celui de l'adéquation entre les objectifs politiques et les effets de santé, cette évaluation rapide apporte un jugement favorable sur les quatre effets de santé considérés avec des recommandations qui sont plus souvent limitées à des adaptations pour une raison assez évidente, s'agissant d'une structure existante.

Une limite à noter cependant : cette approche d'EIS rapide est restée macro. Parfois cela a pu entretenir d'éventuelles frustrations, mais je pense que ce n'était pas du tout l'objectif d'aller dans un audit détaillé de la structure ou à plus forte raison des pratiques professionnelles.

Passons au second point qui concerne l'aspect méthodologie, processus et démarche. J'identifie d'une part des intérêts et d'autre part un certain nombre de limites. Les intérêts ont déjà été commentés ici, je n'approfondirais pas plus cela. Il s'agit d'une approche globale à partir des déterminants de santé en jeu et de leurs effets. C'est une démarche rigoureuse, mais parfaitement adaptable, participative et centrée sur les publics. Nous avons constamment mis les publics au centre des questions à travers l'approche des déterminants. Cela permet d'identifier les caractéristiques des publics et leur vulnérabilité. Je pense que l'idée est bien d'avoir une approche de ces vulnérabilités. Cela permet également d'identifier les limites.

En ce qui concerne cette expérience, j'ai déjà dit qu'il s'agissait d'une démarche qui s'appliquait à une structure déjà existante, donc moins propice à une évaluation d'impacts sur la santé, car elle est peu adaptable. C'est une démarche qui demande également des ressources. Je dois signaler que nous sommes engagés pour une évaluation rapide depuis 14 mois... Je vous remercie de votre attention.

Nicolas CANTOREGGI :

Merci pour cet exposé très intéressant. Les conclusions vont-elles dans l'esprit d'élaborer un espace de même type sur d'autres portions du territoire avec cette même organisation ou pas ? Avons-nous ou pas une visée prospective par rapport à ces types de structures que nous souhaiterions mettre en place ailleurs ? D'un point de vue strictement technique, concernant ce que vous avez fait, vous en êtes au début et cela est très bien. Mais l'EIS a avant tout une vocation prospective. Il s'agit de l'évaluation classique de projet. Il faudrait faire attention à ce que l'EIS ne soit pas systématiquement utilisée au terme de projets, mais principalement en amont. Je vois un très grand intérêt à pouvoir repartir sur la base de vos conclusions pour imaginer comment nous pourrions planifier sur la base de ces enseignements des espaces similaires. Cela dans une logique qui permettrait par exemple de partir sur une analyse prospective en explorant par exemple les dimensions que vous n'avez pas eu la possibilité d'explorer.

Ivan THEIS :

Il s'agit d'une question à laquelle je ne peux pas apporter de réponse aujourd'hui de manière concrète. Nous espérons que ce travail renforcera et profitera aux prochains projets. Mais aujourd'hui, le processus n'étant pas achevé, il est difficile de dire cela. Je pense qu'en la matière, la parole est déjà aux élus, aux décideurs.

Nadine HASCHAR-NOE :

J'avais un peu la même remarque que Nicolas CANTOREGGI. Dans la présentation de cette expérience avec toutes les difficultés que nous connaissons, il me semble que nous sommes plus sur l'évaluation d'un programme à dimension participative et qui pourrait éventuellement alimenter une réflexion prospective pour l'implantation d'un autre espace petite enfance. Il me semble qu'il y a une ambiguïté entre EIS et évaluation de programme. Ma remarque va un peu dans le même sens que celle de Nicolas.

Ivan THEIS :

Il me semble qu'en matière de méthodes, nous n'avons pas du tout pris la même démarche que nous suivons habituellement dans une évaluation de programme. Le fait de poser d'abord la question d'approche globale à travers des déterminants de santé en jeu est une manière complètement différente de ce qu'il se passe normalement dans les programmes de santé publique. Je renvoie là peut-être à des notions parfois un peu techniques, à des évaluations de politiques publiques et de programmes de santé plus particulièrement. Mais de ce que j'en connais aujourd'hui, il me semble que l'approche est fondamentalement différente.

Il y a une seconde chose qui est totalement différente. C'est que concernant les programmes de santé publique, nous ne cherchons pas forcément à être très participatifs dans les temps d'évaluation. Cela peut se faire, mais il ne s'agit pas d'un aspect prépondérant. Encore une fois, cela se fait sur une structure déjà existante. De ce fait, nous pouvons apparenter les conclusions à une évaluation de programme. Mais pour ce que j'en connais, je pense que la démarche est très distincte.

Valérie-Anne LEROY :

Je suis directrice de recherche INSERM à Bordeaux. Merci beaucoup pour cette expérience très intéressante. Je me pose également une question sur la méthode qui est peut-être en lien avec les questions précédentes. Nous nous demandons quelle est la population ou le groupe de comparaison que vous avez ou que vous pensez utiliser pour pouvoir évaluer l'impact dans cet espace petite enfance ? Aviez-vous des hypothèses ? Vous l'avez un peu expliqué sur le choix de Borderouge, mais quels étaient les autres espaces de petite enfance, structures d'accueil de la petite enfance ou non-accueil de la petite enfance que vous pourriez ou que vous allez utiliser dans la comparaison pour pouvoir évaluer votre programme ?

Ivan THEIS :

Concernant cette question, il n'y a pas à proprement parler de population de comparaison. Ce que nous avons mobilisé est la confrontation entre les données pouvant être recueillies en particulier sur le terrain, les caractéristiques des enfants et celles de parents. Nous avons également mobilisé les données de littérature et en particulier un certain nombre d'études qui avaient soit déjà été menées en matière d'évaluation, soit par exemple une étude que nous avons beaucoup mobilisée dans cette approche qui reste macro. Il s'agit du rapport de l'Inspection Générale sur le rapport entre les politiques petites enfances et la lutte contre les inégalités sociales de santé. Je pense à ceci, car il s'agit d'un travail qui nous a paru être intéressant à mobiliser concernant cela.

Il n'y a pas à proprement parler un travail de comparaison d'une population x par rapport à une autre dans ce travail. On est plus sur le croisement de données pour apporter un jugement dans un travail qui croise également les regards des participants. Je pense que c'est plus sous cet angle-là et de cette manière-là que les choses se sont faites.

Monique DURIEUX :

Je voudrais juste faire un commentaire. Je me réjouis de ce travail qui a été mené avec le service communal d'hygiène et de santé. Mais je souhaite illustrer deux points de ce que nous avons essayé pendant ce mandat dans la politique municipale et en particulier dans la politique de santé publique. Cette expérience illustre le travail transversal des différents services de la ville. Si François SIMON parlait tout à l'heure de la nécessité du travail transversal des différentes institutions, il faut bien savoir que dans nos institutions, il est aussi parfois difficile de faire travailler les services les uns avec les autres. Je pense que la santé est vraiment l'un des moyens transversaux qui doivent traverser l'ensemble de la politique publique de la mairie ou d'autres institutions. Cela doit aussi traverser au niveau technique, puisque ces questions d'évaluation des impacts en santé peuvent se travailler dans tous les services. Je parle du service des sports, de l'éducation et de la petite enfance.

Cette évaluation des impacts sur la santé a maintenant été possible, car nous avons entrepris un travail transversal avec un certain nombre de services en amont dans le plan municipal de santé, certes, mais également dans le cadre de ce que chacun met dans ces questions de santé publique dans un certain nombre de services. Il ne s'agit pas d'une petite affaire, surtout que les services de santé sont souvent assez petits en nombre. Nous avons besoin de beaucoup de services de santé et de matière grise.

Il est vrai qu'il s'agit aussi d'une mutation que nous devons faire à l'intérieur de ces services et que nous avons ici entreprise. Je remercie pour cela la directrice du service ainsi que monsieur

TILLY. C'est l'ensemble des collaborateurs qui s'attèle à ce travail de matière grise qui n'est pas facile.

Sur la question de la politique de la petite enfance, je ne répondrais pas à la place de ma collègue, mais nous savons que nous avons une politique de petite enfance. Nous l'avons décidée et nous souhaitons la continuer. La question concerne aussi le fait que cette politique de petite enfance soit dans le sens de construire des solidarités et du vivre ensemble. Nous savons bien que la garde des enfants et le fait d'avoir une offre sur une ville sont importants. Mais encore faut-il aussi apporter du qualitatif dans l'offre, mais pas au travers des pratiques professionnelles seulement, également au travers de l'insertion de ces établissements et de ces modes de garde dans la vie de la cité. À travers l'évaluation des impacts sur la santé, ces questions du vivre-ensemble et de quel impact social ces établissements ont dans les quartiers, je pense que ce sont des choses qui pourront nous permettre d'évoluer et de travailler à ce que ces établissements soient ouverts sur la société.

Nous pourrions de la même manière travailler autour de l'école et du périscolaire. Je pense que tout cela renforce les politiques de solidarité et qu'en même temps, cela renforce aussi la lutte contre les inégalités sociales. Car à travers des pratiques ouvertes de petites structures de petite enfance ou d'autres structures municipales, nous pouvons travailler ensemble, promotion de la santé et lutte contre les inégalités sociales de santé. Je pense que cela est important. Il s'agit de moyens à mettre en mouvement.

L'avis du CESER : promotion d'une approche globale, intersectorielle

Pierre-Jean GRACIA :

Bonjour à tous. Je ne sais pas si je vais donner l'avis du CESER sur l'évaluation d'impact sur la santé. Je vais malgré tout vous livrer une réflexion globale. Ce que j'ai entendu des premiers interlocuteurs concerne la nécessité de mobiliser l'ensemble des acteurs autour de cette réflexion. Je me situerai plus dans le cadre d'une approche globale au travers d'une réflexion que nous avons eue sur la dépendance, plus que sur la réalité de l'évaluation de l'impact sur la santé.

Présentation du CESER

Le Conseil Economique Social Environnemental est la seconde Assemblée de la Région. Il a une mission consultative. Comme son nom l'indique, il existe un Conseil Economique Social Environnemental Régional dans chaque région. C'est une institution de démocratie participative qui joue un rôle d'intermédiaire entre citoyens et élus. Passons à sa composition. Quatre collègues sont répartis au travers de différentes commissions. Lorsque nous regardons la composition, nous voyons que nous avons des entreprises d'activités professionnelles et nous allons nous retrouver avec des chefs d'entreprises puis avec un certain nombre d'acteurs économiques importants. Nous allons également nous retrouver avec des organisations syndicales, des

représentants de la vie collective et associative, puis avec ce que nous appelons des personnalités qualifiées nommées par le Préfet qui permettent d'enrichir l'ensemble de nos réflexions.

Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que par nature, comme le dit notre Président Jean-Louis CHAUZY, nous sommes riches de notre diversité. Chaque fois que nous avons une réflexion sur un problème, vous comprenez qu'il n'est pas toujours évident de mettre tout le monde d'accord entre des organisations patronales et des organisations syndicales puis différents types d'acteurs. Mais nous essayons malgré tout de dégager un consensus sur l'ensemble de nos réflexions.

L'organisation se fait entre différentes commissions. Nous avons évoqué tout à l'heure l'approche globale. Les Commissions sont sectorielles, ce qui entraînent certains cloisonnements. Il s'agit de la difficulté qui a été relevée par plusieurs interlocuteurs. C'est-à-dire que nous avons tendance à cloisonner un certain nombre de problématiques au travers d'un seul tuyau avec un effet transversal qui a du mal à se faire jour au travers de l'ensemble des réflexions. Les débats que nous faisons se mènent autour des différentes commissions.

La commission 4 « Affaires sociales et culturelles »

Ces dernières années, elle a eu un certain nombre de réflexions sur des thématiques autour de la santé et parfois autour de la culture. Mais ce que nous avons recueilli pour vous est essentiellement tout ce qui tourne autour de la santé. J'attire votre attention sur le fait qu'il y avait aussi une réflexion sur l'habitat, j'y reviendrais tout à l'heure.

Ce que nous pouvons remarquer, c'est que nos réflexions peuvent parfois souffrir d'un certain cloisonnement. J'entendais tout à l'heure le docteur PAUBERT parler de l'Ariège. Nous avons la chance d'avoir dans notre assemblée tant des personnes de Nogaro, de Figeac, de Millau, de Moissac ou pourquoi pas du Couserans, car il faut aujourd'hui faire référence à l'Ariège. Cela veut dire que dans l'ensemble des réflexions, nous intégrons aussi l'ensemble de nos territoires.

De la dépendance liée à l'âge, une question de société

Je vais faire une loupe particulière. Yvan THEIS a parlé de la petite enfance. La loupe sera une réflexion et non un cas particulier d'évaluation d'impacts sur la santé. Il s'agit d'une réflexion globale qui a été faite par le CESER sur la dépendance. Je vais me cantonner sur certains points particuliers. Le contenu étant exhaustif, chacun peut le découvrir sur notre site du CESER Midi-Pyrénées.

Quelques points qui ont été abordés recoupent un peu des problématiques qui ont été évoquées tout à l'heure, à savoir les personnes âgées dépendantes, les aidants familiaux professionnels, les structures et institutions puis le financement de la dépendance. Vous comprendrez bien que lorsque nous évoquons notamment le quatrième point, l'ensemble des institutions n'a pas pu se

mettre d'accord à ce sujet. Il s'agit donc de quelque chose qui est resté de côté. Nous attendrons la prochaine loi sur la dépendance pour voir si le gouvernement arrivera à résoudre le problème.

Nous avons défendu l'idée par l'ensemble des acteurs et des citoyens que la dépendance concernait bien sûr chacun d'entre nous. Il s'agit donc bien d'une question philosophique et éthique. Tant au niveau individuel et collectif, la façon dont une société traite ses personnes âgées donne à lire quelque chose de cette société, notamment concernant son niveau d'évolution. Il s'agit d'un sujet aux multiples facettes, tant sociales que médicales. Le sujet est délicat, car il nous renvoie à notre propre finitude. Dès lors, prendre en charge la dépendance relève d'un choix de société.

Vous avez sous les yeux les thèmes abordés. Pour chacune de ces parties, le CESER a fait un certain nombre de préconisations en lien avec les différents acteurs. Je me contenterai d'aborder quelques points particuliers.

Il y a une approche peut-être un peu plus globale et en la matière qui doit certainement être prise en compte par l'ensemble des acteurs. Des choses ont été relevées tout à l'heure, notamment concernant les déterminants sociaux. Nous avons effectivement relevé que nous étions bien sur un parcours social et que cela devait ouvrir à un certain nombre de réponses politiques, qu'elles soient collectives, préventives ou correctives des inégalités. C'est en ce sens que nous voulions vous faire ce témoignage. Il est bien entendu important de trouver des solutions adaptées puisque c'est la façon que nous avons de retarder l'apparition de la dépendance et bien sûr son aggravation. Bien entendu, la dépendance n'est pas seulement un état individuel et biologique, résultat d'un parcours social. Nous la relierons aux inégalités sociales.

Préconisations

Parmi les préconisations que nous avons faites dans cet Avis, j'insisterai sur deux points en particulier, car ils nous paraissent être intéressants, notamment pour l'ensemble des acteurs. Il s'agissait de tout ce qui était prévention de la dépendance et de l'adaptation des logements et des espaces publics. Nous arrivions, au travers de ces deux préconisations, à intégrer l'ensemble des acteurs et notamment certains acteurs économiques, puisque nous avons en notre sein des fédérations immobilières. Nous avons également des fédérations de bâtiment et de travaux publics toujours concernées par la commande publique et qui doivent être intégrées dans la réflexion d'approche globale qu'ont évoquée un certain nombre d'acteurs.

Sur le premier point, le CESER indiquait que la prévention est essentielle. Elle doit être l'une des composantes des politiques de santé publique. Nous notons trois préconisations principales. D'une part, il y a tout ce qui est en lien avec le plus jeune âge, cela a été évoqué tout à l'heure concernant les déterminants d'inégalités de santé. Notons également l'adossement aux EHPAD. Il s'agit d'un lien avec une organisation. Pour ceux qui étaient hier en réunion, nous avons vu qu'il s'agissait de quelque chose qui allait se mettre en œuvre au travers des équipes territoriales. Bien entendu, il y a la nécessité de mettre en place des expériences pilotes dans un terme de dépistage de la dépendance dans chaque chef-lieu du département. Je crois que sur ces points, nous avons un certain nombre d'avancées.

Un autre point concerne l'adaptation aux logements. Vous savez que les études montrent que la plupart des personnes âgées souhaitent vivre à leur domicile. Il y avait une nécessité pour répondre à ce vœu d'avoir à la fois des espaces publics, cela a été évoqué tout à l'heure au travers des bancs, mais aussi pourquoi pas des toilettes, puis bien entendu de pouvoir préserver des logements adaptés à la perte d'autonomie. Nous avons ajouté un point particulier qui est très intéressant d'un point de vue économique. Il s'agit de tout ce qui concerne le rôle de la domotique et des techniques d'information et de communication en lien avec les gérontotechnologies. Nous avons un exemple particulier en Midi-Pyrénées. Il s'agit de la Maison Intelligente sur Blagnac qui doit pouvoir à un moment donné être porteuse d'un développement économique sur ces technologies.

En ce qui concerne les aspects architecturaux et les bâtiments, il y a aussi une réflexion à avoir. Sachant que nous avons deux antagonismes qui se posent. D'une part la nécessité d'adapter les logements aux personnes âgées et aux personnes en situation de perte d'autonomie. Mais en même temps, la difficulté à partir du moment où tous les bâtiments sont sous cette accessibilité est d'avoir des coûts économiques et de logement qui sont moindres.

Le fait d'adapter les espaces publics a été évoqué tout à l'heure à plusieurs reprises, notamment sur les documents d'urbanisme. Bien entendu, lorsque nous évoquons cela au niveau du maillage territorial et notamment dans les zones rurales, nous sommes obligés d'évoquer l'offre de soins. Le docteur PAUBERT connaît bien les problématiques en Ariège. Se pose ici parfois la question du transport des personnes âgées, puisqu'elles n'ont plus les moyens d'avoir un médecin de proximité. Il y a donc une nécessité de trouver des moyens et de les amener sur le lieu de l'offre de soins.

Passons à un point qui avait été relevé en termes de préconisations. Il s'agit du fait de favoriser tout ce qui était liens intergénérationnels et de donner une place sociale aux personnes âgées pour faire reculer l'entrée dans la dépendance. Nous sommes dans le bien-vivre, dans le lien social et dans la nécessité d'avoir des projets innovants en la matière. Un projet qui nous avait intéressés concernait tous les phénomènes qui interviennent sur ceux de cohabitation intergénérationnelle ou entre personnes âgées.

Je terminerai sur un point particulier. Au-delà de l'Avis sur la dépendance où le CESER est intervenu notamment concernant l'Avis sur l'accès aux soins de qualité, c'est un avis qui date maintenant. Il a été réactualisé lorsque nous sommes intervenus sur l'Avis concernant le Projet Régional de Santé. Il est bien évident que l'analyse des inégalités sociales renvoie à un certain nombre de points de différentes natures, qu'ils soient culturels, sociaux ou économiques, d'emploi et de travail, de conditions de cadre de vie, de styles et de modes et vie, puis parfois de croyances et de cultures.

En conclusion, j'indiquerai au professeur LANG que nous devons être missionnaires vis-à-vis des acteurs économiques et sociaux. Car ce que j'ai entendu ici est très éloigné des préoccupations internes à l'ensemble des acteurs. De la même manière que François SIMON vous faisait une invitation auprès du Conseil Régional, j'ose espérer que très rapidement, le CESER s'emparera d'un tel sujet et que vous viendrez effectivement nous présenter les évaluations d'impacts sur la santé. Je vous remercie de l'invitation.

Thierry LANG :

Merci, il s'agit de la seconde invitation, la première émanant de François SIMON que nous acceptons, tout comme la vôtre. Nous sommes beaucoup de missionnaires dans la salle. J'ai la charge de vous annoncer une codécision entre le Conseil Régional Midi-Pyrénées et la Communauté des Chercheurs.

Table ronde

Julien WEISBEIN :

Je voudrais intervenir sur quelques points avec mes compétences qui sont celles d'un sociologue de l'action publique et pas nécessairement d'un spécialiste de ces questions d'évaluation de l'impact sur la santé. Ce qui m'a semblé particulièrement pertinent et intéressant dans tout ce que j'ai entendu jusqu'à présent est le caractère très problématique de cette EIS, mais problématique au sens où cela pose des problèmes. Cela ne veut pas dire que ce n'est pas un problème. Bien au contraire, cela soulève des problèmes et des enjeux. De mon point de vue, ce qui est le plus probant est l'idée qu'autour de l'EIS, des mondes sociaux qui ne sont pas toujours très accordés et qui ne se connaissent pas toujours vont devoir fonctionner ensemble. Pour un sociologue, ce sont souvent des choses que nous avons assez peu de chance d'observer.

Je qualifierai trois transversalités à construire et qui sont assez problématiques. Il s'agit tout d'abord de celle sur les administrations. C'est-à-dire que nous voyons la pluralité des espaces sectoriels concernés, politique du logement, des transports et de la petite enfance. Nous balayons presque tout le spectre de l'action publique, nous pouvons même nous demander quelle est la politique publique qui serait potentiellement en dehors du champ de l'EIS. Je pense que nous pouvons répondre qu'il n'y en a aucune. Il s'agit déjà d'un défi très redoutable.

Le second défi est qu'au-delà de ces secteurs d'action publique, il y a des personnes qui ont des professions. La difficulté est de faire fonctionner ensemble des personnes qui n'ont pas du tout les mêmes compétences et les mêmes savoir-faire, qui n'entendent pas les choses de la même manière, notamment concernant la santé. Il s'agit également d'un défi assez redoutable, c'est ce que nous appelons l'inter-professionnalité. Autrement dit, il s'agit du fait de réussir à dégager des compétences communes et des définitions autour desquelles les acteurs peuvent se regrouper.

Le troisième niveau de complexité concerne la question de la démocratie ouverte. Il s'agit de l'idée d'une démocratie moins délégitime, qui passe moins par les élus, qui est beaucoup plus participative et qui se joue dans les dispositifs ouverts. C'est une sérieuse difficulté. Cela est très mis en place ici à Toulouse, mais cela pose de vraies questions, cela nécessite des ressources et des volontés.

Pour toutes ces raisons, il me semble que l'EIS est très problématique, mais vraiment au sens noble. À partir de cela, que pouvons-nous prendre comme éléments de comparaison ou comme points d'appui pour donner de la certitude à ces dispositifs très flous et incertains du point de

vue de la France ? Grâce à Nicolas, nous savons que ce sont des choses qui sont beaucoup mieux faites et beaucoup plus routinisées ailleurs.

Il me semble qu'il y a deux enjeux similaires et deux types de dispositifs assez proches de l'EIS et qui nous permettent éventuellement d'avoir des points de comparaison. Il s'agit tout d'abord évidemment des politiques environnementales avec un outil quotidien et routinier qui est l'évaluation d'impact. Beaucoup de politiques d'aménagement, dès qu'elles touchent à une dimension environnementale, doivent s'accompagner en amont d'un impact, « Impact Assessment ». Ce sont des choses qui sont très documentées, cela est dans la loi Grenelle Deux. Il y a donc vraiment des choses qui se passent et à partir desquelles l'EIS peut prendre appui.

Mais il y a aussi un second instrument, le « gender mainstreaming », qui nous vient cette fois-ci plus de Bruxelles et qui est une réalité dans l'action publique. Il s'agit de l'idée que la lutte contre les discriminations sexuelles doit être placée à la base de toute politique européenne. C'est-à-dire que toute décision de Bruxelles doit commencer à s'interroger sur sa contribution à l'amélioration des conditions de chance entre les hommes et les femmes. Nous sommes sur des processus assez similaires. C'est le fait de trouver des instruments, des méthodes de calcul et de définition que nous allons mettre dans la matrice, à la source des politiques sectorielles. Du point de vue de ma discipline, nous avons des travaux et des enquêtes qui ont été faits et qui montrent que cela n'est pas facile, mais que c'est possible. Cela peut se faire grâce à des collaborations d'acteurs, grâce surtout aussi à des acteurs un peu souples, c'est-à-dire qui ont la capacité de se décentrer, d'être dans un univers précis et de déplacer dans un autre. Voici ce que je voulais apporter à la réflexion collective.

Thierry LANG :

Merci Julien. Madame AUCLAIR, vous représentez l'INPES. Nous vous avons demandé de venir, car cet organisme manifestait un certain intérêt pour l'évaluation d'impacts en santé. Voici la question que nous avons à vous poser : quelle est la position de cette agence nationale ? Quel est son intérêt et son projet en la matière ?

Alexandra AUCLAIR :

Effectivement, l'INPES s'intéresse aux évaluations d'impact sur la santé depuis quelque temps. Cela est très récent. Il est vrai qu'au niveau de la France, nous sommes en retard, nous l'avons dit. Nos collègues québécois nous tannent depuis des années pour que nous nous lancions. Nous avons donc commencé, il y avait déjà des initiatives qui étaient engagées en France. Nous avons donc tenté de recenser les acteurs qui souhaitaient s'engager là-dedans.

Nous nous intéressons aux EIS dans la mesure où nous sommes un acteur national de la promotion de la santé et que nous sommes censés fournir de l'expertise et des ressources dans ce domaine pour outiller les acteurs de la santé publique. Il était donc important de nous y intéresser, d'autant plus que pour nous, les EIS représentent également un apprentissage dans notre domaine. Souvent, nous disons aux collectivités « Vous êtes au niveau très local, c'est vous qui êtes à l'échelon le plus pertinent pour agir sur les inégalités sociales de santé ». Nous nous « lavons un peu les mains » sur ce que nous pouvons faire au niveau des différents déterminants environnementaux et sociaux de la santé. Il est vrai qu'à l'INPES, nous sommes connus pour nos actions de communication avec beaucoup d'injonctions au niveau individuel, « Mangez, bougez », etc. Les acteurs de l'éducation pour la santé font beaucoup d'interventions de terrain pour

promouvoir auprès des jeunes ou auprès des publics scolaires des bonnes habitudes alimentaires ou des comportements sains.

Par contre, pour être vraiment inscrits dans la Charte d'Ottawa qui vous a été présentée tout à l'heure, nous sommes un peu mauvais. C'est-à-dire que pour travailler sur les déterminants sociaux et environnementaux, nous ne sommes pas toujours très outillés, nous ne savons pas trop comment nous y prendre et comment développer l'intersectorialité.

Pour nous, l'EIS est vraiment pour une fois une démarche et un outil opérationnel qui permet concrètement et sur un territoire donné d'observer les déterminants en jeu par rapport à un projet, par rapport à des groupes de population et de pouvoir définir localement ce type de chose. Il s'agit également de l'apprentissage d'une réflexion, mais qui est commune avec tous les acteurs qui peuvent être engagés dans des évaluations d'impacts sur la santé, comme vous l'avez dit, sur la démocratie participative. Nous savons tous que nous devons le faire. Nous sommes censés le faire, mais nous nous appuyons sur des associations et sur des groupements déjà institués qui ne sont pas forcément représentatifs des habitants. Nous avons énormément de difficultés à accéder à la parole des publics les plus vulnérables. Je pense que l'EIS est aussi l'occasion de discuter entre différents acteurs sur les méthodologies qui permettent de le faire. Voici un peu notre intérêt là-dedans.

Concrètement, pour le moment, nous faisons un travail de repérage à l'INPES sur différentes initiatives. Nous essayons également de faire du « benchmarking » pour voir comment se sont développées les EIS chez nos voisins et dans les autres pays. Puis nous soutenons une initiative, celle qu'Anne LAPORTE vous a présentée concernant le projet expérimental d'EIS à Plaine Commune. Nous faisons un travail d'observation pour voir comment cela s'implémente. Nous comptons évaluer l'EIS pour voir comment elle s'implémente, pour voir ce que cela va changer dans les pratiques et pour voir s'il n'y a pas des éléments à partir de cette EIS particulière qui pourraient servir pour d'autres expériences de ce type.

Thierry LANG :

Merci pour cette analyse aussi franche des possibilités et de la situation de l'INPES. S'il n'y a pas de questions, nous avons demandé son point de vue à Nadine HASCHAR-NOE, qui est spécialiste en sociologie des politiques publiques et qui a travaillé sur la région, concernant la façon dont les collectivités territoriales pourraient s'emparer de l'EIS et des différentes difficultés.

Nadine HASCHAR-NOE :

Ma première remarque est que les collectivités territoriales ont peu de compétences. Si nous prenons le terme de compétences en santé, au sens juridique du terme, elles sont entre guillemets relativement modestes. Mais pourtant, les collectivités agissent. Alors il s'agit de savoir comment, sur le terrain, se rencontrent finalement une loi nationale de santé publique, la prise en compte des inégalités sociales et territoriales de santé et les politiques menées par les collectivités locales.

Nous travaillons par exemple en ce moment sur un terrain de recherche qui illustre parfaitement cette tension entre santé publique, inégalités sociales et territoriales de santé, et collectivités locales : il s'agit d'un programme soutenu par l'ANR et l'ARS Midi-Pyrénées qui porte sur le contrat local de santé du Pays des Pyrénées cathares. Nous nous apercevons que sur

le terrain, existe une véritable tension entre, d'une part, les organes déconcentrés de l'État, dont les ARS, qui font de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé un objectif central et, d'autre part, des acteurs locaux, qui se demandent bien comment ils peuvent agir avec aussi peu de compétences « légales » et parfois de ressources. Nous avons donc une tension entre une réalité que les élus locaux rencontrent très fréquemment compte tenu de leur proximité avec leurs « administrés », et qui sont sollicités pour agir contre les inégalités territoriales de santé (accès aux soins, politiques préventives, services aux populations, désertification médicale...). Cela nécessite donc que se coordonnent des niveaux d'actions différents, afin de travailler « ensemble » sur un même « territoire », coordination complexe car elle fait se superposer plusieurs périmètres d'action (communes, intercommunalités, cantons et départements, mais aussi bassins de santé de l'ARS, schémas d'organisation de soins...) aux compétences à géométrie variable.

Ma deuxième remarque est que, malgré tout, un certain nombre de communes, de départements ou plus rarement de régions s'aperçoivent finalement qu'elles disposent de leviers d'action pour agir indirectement sur la santé, *via* les différentes politiques qu'elles mettent en œuvre : politiques de transport, d'éducation, de protection environnementale, d'urbanisme, sportive, sociale, etc. Ici, c'est plutôt la question de l'intersectorialité qui est posée, la santé pouvant être une préoccupation transversale à différentes politiques publiques. Enfin, pour ajouter à la complexité, d'autres tensions s'expriment entre une politique de santé publique centrée sur les soins et assurée par des professionnels de santé et des politiques préventives qui, dans les communes ou départements, s'articulent avec des politiques sociales et font appel à d'autres acteurs professionnels de proximité qui ne relèvent pas du domaine de la santé : travailleurs sociaux, éducateurs sportifs, aidants familiaux, entreprises des services à domicile, associations militantes, etc.

Ce travail de coordination interniveaux, intersectoriel et interprofessionnel rend très particulièrement complexe la question de l'évaluation des effets des politiques publiques sur la réduction des inégalités sociales et territoriales visés par ces EIS et par ces démarches d'évaluation, qu'elles constituent des évaluations de programmes mis en œuvre ou des évaluations prospectives. Il me semble que c'est au niveau local que ces tensions sont le plus exacerbées, car c'est directement et en proximité, voire en immédiateté dans les cas d'urgence que s'exprime la demande auprès des élus.

Les collectivités agissent donc, mais en essayant de résoudre des problèmes qui deviennent très complexes au fur et à mesure que l'on s'enfonce « au cœur du local ». C'est-à-dire que nous nous rapprochons des citoyens, des électeurs, des consommateurs, des usagers, des patients et autres, quels que soient les noms que nous leur donnons.

Thierry LANG :

Nous approchons de la fin du colloque. Y a-t-il une intervention en rapport avec les dernières prises de parole ?

Valérie CICCHELERO :

Je suis directrice du service communal santé de Toulouse. Il s'agit d'une collectivité particulière, car elle est importante en termes de taille et de ressources. Une collectivité locale a bien des compétences en termes de santé. C'est-à-dire que quand on s'occupe d'écoles et de petite

enfance, nous avons une opportunité et un levier extraordinaires pour agir dans le sens favorable à la santé. Je voulais dire cela, même s'il n'y a pas de service santé spécifique, ce qui est la majorité des cas.

Ma deuxième remarque concerne un sujet que nous n'avons pas vraiment abordé. Nous avons parlé d'évaluations d'impact rapides. Je n'ai pas du tout trouvé cela rapide. C'est-à-dire que s'il y a beaucoup de moyens à mobiliser, j'aimerais bien peut-être que nous mobilisions sur notre expérience le temps qu'Ivan Theis a passé, la mobilisation des autres services, etc... Vous parliez de ressources, pour le coup, pour mettre en œuvre une telle démarche, il faut vraiment des ressources conséquentes. Alors à un moment donné, il faut choisir entre l'action et la mesure de l'action. Ne pouvons-nous pas trouver une organisation ou bien déléguer, etc... ?

Je pose clairement la question des moyens nécessaires pour mettre en place cette démarche, en dehors de la démarche intellectuelle qui demande de la pédagogie et du travail quotidien. C'est ce que nous faisons. Mais pour vraiment s'impliquer dans cela, je pense qu'il faut des moyens.

Nadine HASCHAR-NOE :

Lorsque j'évoquais les compétences, je parlais de compétences légales. Si nous comparons le système de santé français à celui de la Suisse, le premier est particulièrement centralisé. Il s'agit quand même d'une position de leadership de l'Etat sur la question de la santé. Ce qui ne veut pas dire que les collectivités ne s'emparent pas de ces questions et qu'elles ne sont pas légitimes à le faire. Mais je parlais de compétences légales. Si nous comparons cela aux cantons suisses, nous sommes très loin d'une décentralisation du système de santé et d'une action sanitaire « au plus près » des populations et des territoires d'action.

François SIMON :

Par rapport à ce que vous venez de dire, je souhaiterais également réagir. Par exemple, la région n'a effectivement pas de grandes compétences légales, tel que vous le dites, dans le domaine de la santé. Ce qui ne l'empêche pas d'y travailler sur un certain nombre de dossiers comme l'aménagement du territoire, la désertification, l'aide aux maisons pluridisciplinaires ou dans les formations sanitaires et sociales, puisque nous sommes dans le domaine de la compétence.

Mais je suis en peu en décalage par rapport à votre intervention, car ce qui m'importait beaucoup dans l'EIS, c'était de voir que dans tout ce que fait une collectivité, dans toute décision qui est prise, il y a un retentissement sur la santé. Bien entendu, si nous avons plus de compétences sur la santé et dans la réforme territoriale, cela me convient. Mais mon sujet est de voir que dans tout ce que nous prenons comme décisions par rapport à l'urbanisme, aux logements, aux transports, à l'emploi, aux formations et autres, cela a nécessairement un retentissement sur la santé de nos « administrés », si je prends ce terme que je n'aime pas.

Ce qui me paraît être très intéressant comme levier est que l'EIS permet d'avoir une vision tout de même un peu en hauteur de ce que nous faisons. Nous nous apercevons qu'un certain nombre de projets qui sont remis en cause par des citoyens dans l'ensemble du territoire français sont souvent reliés à des impacts que les personnes, à tort ou à raison, ne souhaitent pas subir. Je trouve que l'EIS est tout de même un outil qui nous permet d'avoir une vision un peu plus en hauteur et un peu plus intelligente sur ce que cela va entraîner en termes d'impact sanitaire dans les années qui viennent, ce qui ne se fait pas, en tout cas dans mon pays.

Ce qui est important concernant les EIS est cette vision de hauteur sur ce que cela va donner à l'avenir. Il y a une seconde notion qui est que ce devenir doit être discuté avec les personnes. Si j'ai retenu dans l'EIS toute cette démarche d'évaluation, j'ai également retenu que par rapport à ces concepts de principe de précaution, de démocratie participative, d'évaluations d'impacts et autres, il y a un creuset qui regroupe à peu près tout. Ce qui devrait sans doute être un modèle de réflexions communes sur la société que nous voulons demain. C'est cela qui me plaît dans ce projet.

Nadine HASCHAR-NOE :

Je suis d'accord avec Monsieur SIMON. Justement, il me semble que dans les travaux que j'ai menés, c'est la proximité des élus locaux qui leur permet d'essayer de jouer sur les inégalités sociales de santé, en prenant en compte ce que vous venez de dire. Il s'agit de l'idée qu'il n'y a pas que la politique de santé qui peut agir sur les déterminants sociaux et sur les inégalités sociales et territoriales de santé. Mais cela n'est pas fait, car il n'y a pas toujours cette prise de conscience des impacts sur la santé des politiques sectorielles. La santé est aussi souvent ramenée, y compris dans les collectivités territoriales que j'ai étudiées, soit à des problématiques d'accessibilité aux soins, soit à des problématiques de prévention dont on connaît leur relative inefficacité pour réduire les inégalités sociales de santé.

Julien WEISBEIN :

Je voudrais mettre un peu d'espoir dans toutes nos discussions. Il me semble que l'EIS est tout de même une pratique qui existe déjà en France et qui est faite par des individus qui sont de simples citoyens, à travers ce que nous appellerions l'épidémiologie populaire. C'est-à-dire que face à un projet d'aménagement dans le cadre d'une enquête publique ou d'un débat public au sens de la CNDP, nous observons de plus en plus d'associations de citoyens ou de collectifs de riverains qui font une sorte d'EIS un peu frustré bien entendu, car il n'y a pas de statistiques, ni de protocoles expérimentaux et toute la sanction de la science, mais qui se rapprochent de cela. Ils essaient de voir quels impacts l'implantation par exemple d'un centre de retraitement des déchets pourraient avoir sur leur santé.

Je pense qu'il s'agit d'un levier que nous pouvons saisir, que nous avons eu tendance en France à qualifier de NIMBI, « Not In My Back Yard », alors qu'au contraire, c'est peut-être par ce biais-là que des acteurs pourraient s'entendre sur des EIS. À la fois les professionnels de l'épidémiologie, ceux qui savent faire de vraies enquêtes avec tous les canons de scientificité et en même temps l'appui des citoyens. Nous observons vraiment ce besoin, cette pratique de plus en plus forte d'EIS non spécialisées, je ne sais pas comment je les appellerai. Donc cela est possible.

Thierry LANG :

Je vous remercie tous d'avoir participé à ce colloque. Je vais redonner la parole à François SIMON, au nom de Martin MALVY. Merci encore à tous d'avoir répondu présent.

Allocution de clôture

François SIMON :

Je regrette que Martin MALVY n'ait pas pu venir. Je pense que c'est le genre de discussion et de débat qu'il apprécie tout particulièrement. Pour conclure, je voudrais dire que l'EIS est aujourd'hui rentrée dans la région. J'espère qu'elle va y rester longtemps. Je réitère, au nom de Martin MALVY le fait que la région Midi-Pyrénées propose à l'ARF, à l'Association des Régions de France, de vous recevoir pour que la même discussion que celle que nous avons eue aujourd'hui puisse avoir lieu dans la Commission Santé de l'ARF.

J'espère donc que nous pourrons continuer à travailler ensemble, que ce soit ici dans la région Midi-Pyrénées et au-delà par rapport à ces éléments, qui me paraissent être tout de même des évaluations qui correspondent à l'attente des personnes. Aujourd'hui, elles doivent être un outil supplémentaire dans ce que doivent mettre en place les politiques. Car dans la démocratie, tout progresse, mais la vie politique aussi. Il s'agit peut-être d'un outil pour permettre de faire avancer la vie politique.

Remerciements

L'organisation de ce colloque a bénéficié du soutien du Conseil Régional de Midi-Pyrénées. Il a été rendu possible grâce aux financements de l'Institut National du cancer (InCA), convention de recherche n°2011-09, de l'Agence Nationale de la Recherche, décision d'aide n°ANR 11 INEG 003 01, et de l'Agence Régionale de Santé de Midi-Pyrénées, accordés dans le cadre du programme AAPRISS « Apprendre et Agir pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé ».

Références bibliographiques

L'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS)

Généralités

S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes Santé francophones. (2005). *Étude de l'impact sur la santé : principaux concepts et méthodes proposées. Consensus de Göterberg*. (Traduction de: European Centre for Health Policy. (1999). *Health impact assessment: Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper*. Brussels: WHO Regional Office for Europe). Disponible en ligne: <http://www.ssents.uvsq.fr/IMG/pdf/gothenburgpaperfr.pdf>

Guide d'introduction à l'Évaluation d'Impact sur la Santé en Suisse. Plateforme Suisse sur l'Évaluation d'Impact sur la Santé (Plateforme EIS) avec le soutien de Promotion Santé Suisse, 2010. Disponible en ligne : www.impactsante.ch

Saint-Pierre, Louise. *Qu'est-ce que l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS)?* Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2009. Disponible en ligne : http://www.ccnpps.ca/100/Publications.ccnpps?id_article=49

WHO. « Health Impact Assessment. Glossary of terms used ». *World Health Organization*. Disponible en ligne : <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index.html>

EIS et politiques publiques

« Les politiques publiques et l'évaluation d'impact sur la santé ». *Télescope - Revue d'analyse comparée en administration publique* 14, n° 2 (Printemps-été 2008). Disponible en ligne : http://www.telescope.enap.ca/Telescope/22/Index_des_numeros.enap

Simos, Jean. « Évaluation d'impact sur la santé pour réduire les inégalités : l'exemple de Genève ». In *Réduire les inégalités sociales en santé*, 148-157. Saint-Denis: Institut National d'Éducation et de Promotion de la Santé, 2010. Disponible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes Santé francophones. *Les études d'impact sur la santé dans les villes-santé*. (2006). Disponible en ligne : http://www.ands.dz/jms2010/docutile/brochure_eis.pdf

Valentini, Hélène, et Louise Saint-Pierre. « L'évaluation d'impact de la santé, une démarche structurée pour instaurer de la santé dans toutes les politiques ». *Santé Publique* Vol. 24, no 6 (2013): 479-482. Disponible en ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2012-6-page-479.htm>

EIS et inégalités sociales de santé

Harris-Roxas, Ben, Sarah Simson, et Liz Harris. *Equity-Focused Health Impact Assessment: A literature review*. Sydney: Centre for Health Equity Training Research and Evaluation (CHETRE) on behalf of the Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), 2004.

Saint-Pierre, Louise. ÉIS et les Inégalités. Série sur l'ÉIS. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2010. Disponible en ligne : http://www.ccnpps.ca/100/Publications.ccnpps?id_article=42

Saint-Pierre, Louise, Line Jobin, et Caroline Druet. « L'évaluation d'impact sur la santé : un outil de lutte contre les inégalités ». In *Réduire les inégalités sociales en santé*, 136-147. Saint-Denis: Institut National d'Éducation et de Promotion de la Santé, 2010. Disponible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Sites internet :

- Plateforme EIS (Suisse) : <http://www.impactsante.ch/spip/>

- Site du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (Québec) : http://www.ccnpps.ca/13/evaluation_d%27impact_sur_la_sante.ccnpps

- Site du Ministère de la santé et des soins de longue durée (Ontario) sur l'Évaluation d'Impact sur l'Équité en matière de Santé (EIES) : <http://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/tool.aspx>

Les inégalités sociales de santé (ISS)

ISS et déterminants de la santé

Leclerc, Annette, Monique Kaminski, et Thierry Lang. *Inégaux face à la santé. Du constat à l'action*. Paris: La Découverte, 2008.

OMS Europe. *Les déterminants sociaux de la santé: les faits - Deuxième édition*. Copenhagen: Organisation mondiale de la santé. Bureau régional de l'Europe, 2004. <http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts>.

Vigneron, Emmanuel. *Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès*. Issy les Moulineaux: Elsevier Masson, 2011.

Réduction des ISS

Basset, Bernard. *Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé*. Saint-Denis: Institut National d'Éducation et de Promotion de la Santé, 2009. Disponible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblé le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 2008. Disponible en ligne : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html

HCSP. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris: Haut Conseil de la santé publique, décembre 2009. Disponible en ligne :

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf

Moleux, Marguerite, Françoise Schaetzel, et Claire Scotton. *Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action*. Inspection Générale des Affaires Sociales, mai 2011.

Disponible en ligne : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000580/0000.pdf>

Potvin, Louise, Marie-Josée Moquet, et Catherine M. Jones. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Dossiers Santé en action. Saint-Denis: Institut National d'Éducation et de Promotion de la Santé, 2010. Disponible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>

Sites internet :

- La Lentille ISS (site belge de la Fondation Roi Baudoin permettant aux porteurs de projet d'évaluer s'ils prennent effectivement en compte les ISS) : <http://www.inegalitesdesante.be/>

- Thématique « Qu'est-ce qui détermine notre état de santé » de l'Institut National d'Éducation et de Promotion de la Santé (INPES) :

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

- Tribune sur les ISS du Réseau Francophone International pour la Promotion de la Santé (REFIPS) : <http://www.tribuneiss.com/>

Les présentations des intervenants sont disponibles sur demande : aapriss@iferiss.org