



- Les Cas de Terrain de Pratiques en Santé

Décider comment mener une évaluation d'impact sur la santé pour qu'elle pèse vraiment sur la décision

Un cas décisionnel pour concevoir une démarche d'EIS réaliste et influente à moyens contraints, à partir de l'analyse de Boswell, Cairney et Hirono (Handbook of Health Impact Assessment, 2026).

L'ATELIER EN BREF	
Objectif —	Décider de la stratégie d'une évaluation d'impact sur la santé (EIS) à moyens contraints, pour maximiser son influence réelle sur une décision d'aménagement.
Public —	Coordination de contrat local de santé (CLS), chargés de mission santé/prévention, services urbanisme et mobilité, élus locaux, animateurs de démarches intersectorielles.
Durée —	1 h 30 à 2 h en atelier.
Production attendue —	Une décision argumentée : format d'EIS retenu, partenaires prioritaires, indicateurs d'influence et un message-clé en FALC destiné aux élus.

1. Le contexte territorial

La **communauté de communes Vère-et-Coteaux** (28 500 habitants, territoire péri-urbain) est engagée depuis trois ans dans un contrat local de santé (CLS) signé avec l'Agence régionale de santé. Elle prépare la transformation d'une ancienne friche ferroviaire de 6 hectares, en cœur de bourg, en un éco-quartier — « les Ateliers » — mêlant logements, commerces et espaces publics.

La coordinatrice du CLS, **Léa Fontaine**, souhaite qu'une EIS accompagne le projet pour peser sur les choix d'aménagement (mobilités actives, qualité de l'air, accès aux espaces verts, mixité). Mais plusieurs élus gardent le souvenir d'une EIS conduite deux ans plus tôt sur un projet de contournement routier : un rapport épais, techniquement solide, « qui n'a rien changé » à la décision finale. Le service urbanisme, lui, redoute « une contrainte de plus ».

Ce cas — territoire, structures et personnes — est **entièrement fictif**. En revanche, tous les constats mobilisés en section 3 sont **réels et proviennent de la source citée**. S'agissant d'un essai d'analyse des politiques publiques, ces constats sont de nature *structurelle et non statistique* : la source n'avance pas de chiffres épidémiologiques, aucun n'est donc inventé ici.

2. L'élément déclencheur

Le CLS vient d'obtenir un **crédit fléché de 11 000 €** et la coordinatrice peut consacrer **15 jours-agent** au projet sur les six prochains mois. Or le cahier des charges de l'éco-quartier sera arbitré en comité de pilotage dans **cinq mois**. L'enveloppe et le temps disponibles ne permettent pas de tout faire : le collectif doit trancher *maintenant* la manière de conduire cette EIS — sous peine de reproduire le « rapport qui ne change rien ».

3. Ce que dit l'analyse (données de cadrage)

À remettre aux participants avant l'atelier. La source n'est pas une enquête de terrain mais une analyse des politiques publiques : les repères ci-dessous sont des constats structurels, réels et paginés, sur les raisons pour lesquelles les EIS peinent à influencer la décision.

Un écart persistant entre le discours et la pratique

- Les gouvernements affichent un soutien massif au principe « la santé dans toutes les politiques » (HiAP) et à l'EIS censée

le mettre en œuvre, mais peu démontrent une transformation réelle des pratiques de décision. p. 46

- Cet écart entre soutien rhétorique et mise en œuvre est documenté même dans des contextes réputés exemplaires (Norvège, Australie-Méridionale). p. 46-47
- Les EIS se sont professionnalisées (formations, réseaux, standards méthodologiques), mais leur effet direct sur la décision publique reste « inégal » et peu documenté. p. 47

Où et comment les EIS s'emploient

- Les EIS se multiplient surtout à l'échelon local et municipal, sur des projets d'urbanisme, de transport et d'aménagement — précisément le champ de l'éco-quartier. p. 47
- À ce niveau, leur impact décisionnel direct est rare et mal documenté. p. 47-48
- Les obstacles (image d'« impérialisme sanitaire », charge bureaucratique, absence de mandat légal, oppositions d'intérêts) ne sont pas propres à la santé : ils sont communs à toutes les démarches transversales de « mainstreaming ». p. 48-49

Trois raisons structurelles à l'écart ambition / résultats — et ce que les auteurs proposent

- Un manque de clarté au moment des arbitrages, une incongruence avec les logiques de court terme des décideurs, et le coût politique élevé des réformes redistributives. p. 51-52
- Recadrer l'objectif de l'EIS : viser un « intrant » (input) diffus au processus politique — influence sur le cadrage et la composition des tables de décision — plutôt qu'un « résultat » (output) décisionnel visible. p. 53
- L'EIS conduite en mode itératif, avec un investissement continu dans la relation et le partage de ressources, produit des résultats plus prometteurs que l'EIS pensée comme intervention isolée « one-shot ». p. 53-54

Source : John Boswell, Paul Cairney & Katie Hirono, « Does Health Impact Assessment struggle to have an impact? », chapitre 3 (p. 44-54), in *Handbook of Health Impact Assessment*, Edward Elgar Publishing, mai 2026.

4. La décision à prendre

Question centrale

Comment concevoir cette EIS — avec 11 000 € et 15 jours-agent, sur cinq mois — pour qu'elle influence réellement le projet d'éco-quartier, sachant que la plupart des EIS produisent peu d'effet décisionnel immédiat ?

La réponse évidente — « produire une EIS complète et rigoureuse, puis remettre le rapport aux élus » — ne suffit pas. C'est précisément ce format isolé que l'analyse décrit comme le plus exposé à la marginalisation : un rapport technique, aussi solide soit-il, se heurte aux silos, aux arbitrages de court terme et à l'absence de mandat. Le collectif doit donc arbitrer entre l'exhaustivité et l'influence.

5. Contraintes et ressources

Contraintes.

- Budget de 11 000 € et 15 jours-agent, fenêtre de décision de cinq mois : impossible de couvrir tous les déterminants en profondeur.
- Mémoire du précédent rapport « inutile » : capital de confiance à reconstruire auprès des élus et du service urbanisme.
- Silos administratifs : urbanisme, mobilité et santé ont leurs propres règles, réseaux et croyances établies — une caractéristique du système, non un simple dysfonctionnement.

- Flou de vocabulaire : l'EIS est souvent confondue avec l'étude d'impact environnemental réglementaire, ce qui brouille les attentes.
- Biais de participation : les habitants les moins mobilisés risquent d'être absents du diagnostic si le canal et le lieu ne vont pas à leur rencontre.

Ressources mobilisables.

- Canaux locaux : instances du CLS, conseil de développement, maisons France Services, tissu associatif de quartier, services urbanisme et mobilité, promoteur.
- Ressources nationales et méthodologiques : chapitre méthodologique du même Handbook (« A walk through the steps of Health Impact Assessment »), référentiels francophones d'EIS et réseaux de pairs, rapport « Dessiner la santé publique de demain » (2025).

6. Trois scénarios contrastés

Ces trois scénarios ne sont pas exclusifs : ils peuvent être combinés ou séquencés selon l'enveloppe et le calendrier.

Scénario	Principe	Atout	Limite
A — EIS complète (universelle)	Couvrir l'ensemble des déterminants du projet et remettre un rapport technique aux décideurs.	Rigueur, exhaustivité, comparabilité.	Risque du « rapport qui ne change rien » ; coûteux pour l'enveloppe ; facilement marginalisé.
B — EIS ciblée (aller-vers)	Concentrer l'EIS sur 2-3 déterminants à fort levier et aller au contact des services qui tiennent la décision (urbanisme, mobilité).	Influence sur le cadrage, en amont des arbitrages.	Couverture partielle ; dépend fortement de la qualité des relations nouées.
C — EIS-processus (outillage des relais)	Démarche plus légère mais itérative, qui outille durablement services, élus et habitants-relais à une méthode partagée.	Influence cumulative, légitimité politique, appropriation.	Effets différés, peu visibles à court terme ; exige une continuité d'investissement.

7. Questions de travail

1. À partir des repères de la section 3, formuler en une phrase pourquoi une EIS « complète mais isolée » risque de ne pas influencer la décision. p. 47, 53-54
2. Identifier les 2 à 3 déterminants de santé du projet (qualité de l'air, mobilités actives, accès aux espaces verts, mixité/logement...) sur lesquels concentrer l'EIS, et justifier le choix par les leviers de décision réellement mobilisables.
3. Désigner les services et acteurs non-santé (urbanisme, mobilité, promoteur, élus) à associer dès le cadrage — et non en fin de parcours — et préciser comment aller à leur rencontre.
4. Choisir un scénario dominant (A, B ou C) ou une combinaison, et l'argumenter au regard des 11 000 € et des 15 jours-agent disponibles.
5. Définir trois indicateurs d'influence de type « intrant » plutôt que « résultat » : par exemple la présence de la santé à l'ordre du jour du COPIL, l'élargissement des acteurs autour de la table, la reprise d'une recommandation dans le cahier des charges. p. 52-53
6. Rédiger un message-clé en FALC (facile à lire et à comprendre) destiné aux élus, expliquant en langage simple ce qu'une EIS peut faire et ce qu'elle ne peut pas faire.
7. Anticiper l'objection « encore une contrainte de plus » et préparer une réponse qui traite les silos comme une caractéristique normale à naviguer, non comme un dysfonctionnement à corriger. p. 50-51

8. Repères pour l'animation

Clés d'analyse pour l'animateur

- Le point aveugle central : attendre un « résultat décisionnel » visible et immédiat est le piège. La source invite à viser une influence diffuse et cumulative (un intrant au processus). p. 52-53
- Cibler par lieu et par levier plutôt que par étiquette : viser les moments d'arbitrage (le COPIL, le cahier des charges) et les services, pas un « public à risque ».
- Veiller aux publics les moins outillés : sans un choix de lieu et de canal adaptés, la participation ne mobilise que les habitants déjà les mieux insérés.
- Traiter les silos comme une caractéristique du système à naviguer (règles sectorielles, réseaux fermés, croyances établies), non comme une faute à réparer. p. 50-51
- Valoriser les effets indirects (déplacement de l'agenda, élargissement du débat) pour justifier la poursuite de la démarche, même sans impact mesurable immédiat. p. 47, 52-53

9. Pour aller plus loin

- Boswell J., Cairney P. & Hirono K., « Does Health Impact Assessment struggle to have an impact? », chap. 3 (p. 44-54), in *Handbook of Health Impact Assessment*, Edward Elgar Publishing, 2026 (source du cas).
- « A walk through the steps of Health Impact Assessment », chapitre méthodologique du même Handbook — complément outillant, à mobiliser pour la mise en œuvre concrète.
- Lamprecht N. et al., « Prospects and Perspectives of Health Impact Assessment: A Systematic Review of the Peer-Reviewed Literature (2007-2023) », *Public Health Reviews*, avril 2024.
- « Dessiner la santé publique de demain », rapport, vie-publique.fr, 2025.
- Article de référence — Pratiques en Santé, « L'évaluation d'impact sur la santé peine-t-elle à avoir un impact ? », 3 juillet 2026.

Cas fictif construit à des fins pédagogiques par Pratiques en Santé à partir de données réelles issues de Boswell, Cairney & Hirono, Handbook of Health Impact Assessment (Edward Elgar, 2026). Reproduction et adaptation autorisées pour un usage de formation, avec mention de la source.