



La santé et le bien-être

dans les quartiers
en renouvellement
urbain

*Outils et méthodes pour
des projets favorables à la santé*

Sommaire

Préambule page 6

Remerciements page 8

Introduction page 9

1

Partie 1 : **Sensibiliser les acteurs du renouvellement urbain aux enjeux de santé** page 11

2

Partie 2 : **Concevoir et mettre en œuvre des projets de renouvellement urbain favorables à la santé** page 33

3

Fiches projets

Fiche 1 : LILLE – Définir une stratégie urbaine d'ensemble favorable à la santé page 79

Fiche 2 : PIERREFITE-SUR-SEINE – Minimiser les nuisances environnementales le long d'infrastructures routières et ferroviaires page 82

Fiche 3 : PARIS – Caractériser la vulnérabilité du quartier pour offrir des réponses ciblées page 85

Fiche 4 : RENNES – Définir une méthode dynamique pour intégrer la santé page 89

Fiche 5 : NANTES – Développer une Maison de santé pluridisciplinaire pour le quartier page 92

Fiche 6 : NIORT – Penser des aménagements de pied d'immeuble favorables à la santé page 94

Fiche 7 : MIRAMAS – Encourager la prise en compte de la santé sur la durée page 98

Fiche 8 : PÉRIGUEUX – Accompagner le changement page 101

Conclusion page 105

Ressources bibliographiques page 106

Outils page 112

Annuaire page 118



Édito

Depuis quinze ans, l'ANRU est investie d'une mission : changer la vie des 5 millions d'habitants des quartiers français qui concentrent les difficultés sociales et urbaines les plus fortes.



ANRU accompagne des interventions décisives réalisées sur tout le territoire et qui vont se poursuivre ces prochaines années en générant, à travers le seul Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU), près de 40 milliards d'euros d'investissement : démolition de nombreux grands ensembles, reconstruction de logements à échelle humaine, création de centaines d'équipements scolaires, de crèches, de médiathèques ou encore de locaux d'activité, aménagement d'espaces publics de qualité... Beaucoup a été fait, mais beaucoup reste à faire pour réussir la transformation complète de ces territoires encore trop souvent stigmatisés.

C'est précisément pourquoi l'ANRU s'est donné l'ambition de stimuler l'innovation dans les 450 quartiers dont elle finance la transformation à travers le NPNRU. Le renouvellement urbain n'est pas l'occasion d'un simple rattrapage de ce qu'offrent les quartiers les plus attractifs des métropoles, il doit être saisi comme une véritable occasion de prendre un temps d'avance.

Les projets de rénovation urbaine offrent l'opportunité de tester des pratiques et des technologies inédites, placées au service des habitants, de l'amélioration de leur qualité de vie et de l'attractivité des territoires. Les solutions d'innovation doivent trouver en ces projets de nouveaux terrains d'expérimentation et en renforcer l'ambition.

Ces innovations ont vocation à être pensées et portées par les territoires. Les premiers enseignements dont dispose la communauté du renouvellement urbain en matière d'innovation émanent ainsi du terrain et les expertises mobilisées au niveau national ne sauraient se substituer aux retours d'expérience issus des initiatives menées localement.

C'est là le sens des groupes de travail thématiques mis en place dans le cadre du Club ANRU+, réseau des acteurs de l'innovation dans le renouvellement urbain. Ils constituent des espaces d'échanges autour de problématiques partagées et de pratiques bonnes ou moins bonnes, mais aussi d'identification collective de solutions opérationnelles pour concrétiser l'innovation et lever ses verrous. Les travaux de ces groupes ont vocation à éclairer les pratiques du renouvellement urbain de demain pour concrétiser, partout où l'envie émerge, des dynamiques d'innovation réellement vertueuses pour les quartiers et leurs habitants.

Les enjeux liés à la santé sont apparus dans de nombreux projets de renouvellement urbain ces dernières années, pour appuyer l'installation d'une maison de santé, accompagner le repositionnement de professionnels de santé à proximité d'une pharmacie, évaluer l'impact de la pollution sonore et atmosphérique, anticiper les conséquences des nuisances des chantiers, ou encore promouvoir des changements d'habitudes alimentaires autour des projets d'agriculture urbaine. Cette émergence a été



favorisée par les programmes d'innovation confiés à l'ANRU et par la méthode collaborative engagée avec plusieurs territoires engagés sur cette thématique. Elle rencontre des enjeux prioritaires au regard des inégalités de santé qui caractérisent nos quartiers et leurs habitants.

L'ANRU souhaitait donc appuyer et amplifier la prise en compte de ces problématiques, à travers un partenariat expérimental avec l'ARS Île-de-France ou encore l'installation d'un groupe de travail dédié dans le cadre du Club ANRU+. Mais la crise liée à la COVID-19 a rendu cette évidence encore plus visible, encore plus urgente, mettant en lumière l'impact accru sur les habitants des quartiers, plus exposés au risque, pour des questions d'emploi, de logement, de mode

de vie, mais aussi plus fragiles car plus concernés par des pathologies et moins accompagnés par l'offre de soins. C'est l'objet de ce guide d'illustrer des initiatives déjà riches et d'encourager avec nos partenaires leur développement dans les mois et années à venir.



**Olivier Klein, président de l'ANRU,
et Nicolas Grivel, directeur général**

Le mot de l'ARS Île de France

**Depuis 2017, l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et l'ANRU
sont partenaires, afin d'articuler le renouvellement urbain
avec les enjeux de santé.**

Plus souvent qu'on ne le pense, l'expérience des acteurs de terrain rejoint – de fait – les connaissances produites par la science. Les enjeux foisonnants posés par la construction de politiques de santé publique au sein des quartiers en renouvellement urbain en témoignent. D'autant plus si l'on analyse les secousses de la crise sanitaire que nous avons traversée. Nous avons pu mesurer, avec une violence inouïe, ce que des centaines de publications ont établi depuis des dizaines d'années : le logement, les espaces communs, l'enclavement, les transports, mais aussi le vivre-ensemble étaient parmi les grands déterminants de la santé des quartiers populaires. Nous avons mesuré quel était le prix payé par leurs habitants, frappés bien plus que d'autres par le diabète, le surpoids, les facteurs de comorbidité. Dans la détermination que nous devons avoir, rien ne sera plus comme avant : ce constat, qui restera comme une gifle pour chacun de nous, impose des renversements. Et d'abord une évidence : ce que nous appelons la promotion de la santé doit devenir la priorité partagée. À une analyse lucide des mécanismes sociaux et environnementaux « faisant santé », et souvent « défaisant santé », doit succéder une action plus concrète, plus déterminée, mais surtout de plus grande ampleur.

Le renouvellement urbain est une occasion unique de ce point de vue. À la condition d'une association rigoureuse des habitants, c'est un processus où l'on dispose du temps et des moyens nécessaires pour à la fois comprendre les mécanismes à l'œuvre dans les inégalités

de santé – qu'il s'agisse de l'intime des logements ou du collectif social et urbain – et infléchir ces mécanismes. J'en suis persuadé, on peut, pour de bon, modifier la trajectoire sanitaire des quartiers concernés.

Ce document prouve combien ce mouvement est déjà à l'œuvre et combien la collaboration entre l'ANRU, les collectivités locales et les Agences régionales de santé produit de vraies réussites. Et on sait par ailleurs que les démarches transformatrices, innovantes, qui s'élaborent dans l'intérêt des habitants les plus défavorisés, finissent toujours par bénéficier à l'ensemble de la société. En cela, ce carnet intéresse bien au-delà des quartiers eux-mêmes.

Alors, oui : en Île-de-France comme ailleurs, les ARS ont ces enjeux de transformation chevillés au cœur de leurs missions, mais surtout de leurs convictions et les orientations fixées dans le cadre du Ségur de la santé par le ministre Olivier Véran vont encore renforcer notre résolution. Nous sommes bien décidés à jouer notre rôle pour que le renouvellement urbain soit, aussi, une nouvelle façon de produire de la santé et donc une réponse à ce que nos concitoyens viennent de traverser.



Aurélien Rousseau



Préambule

Lancé en 2018 et copiloté avec l'ARS Île-de-France, le groupe de travail « Santé » du Club ANRU+ réunit les territoires qui portent des projets favorables à la santé dans les quartiers en renouvellement urbain, qu'ils bénéficient des fonds complémentaires des Programmes d'investissements d'avenir (PIA)¹ ou non.

Conformément à la méthodologie retenue pour la conduite des groupes de travail thématiques du Club ANRU+, ciblée sur l'identification collective des verrous à l'innovation et des solutions opérationnelles pour les lever, cinq séances de travail ont eu lieu entre décembre 2018 et octobre 2019.

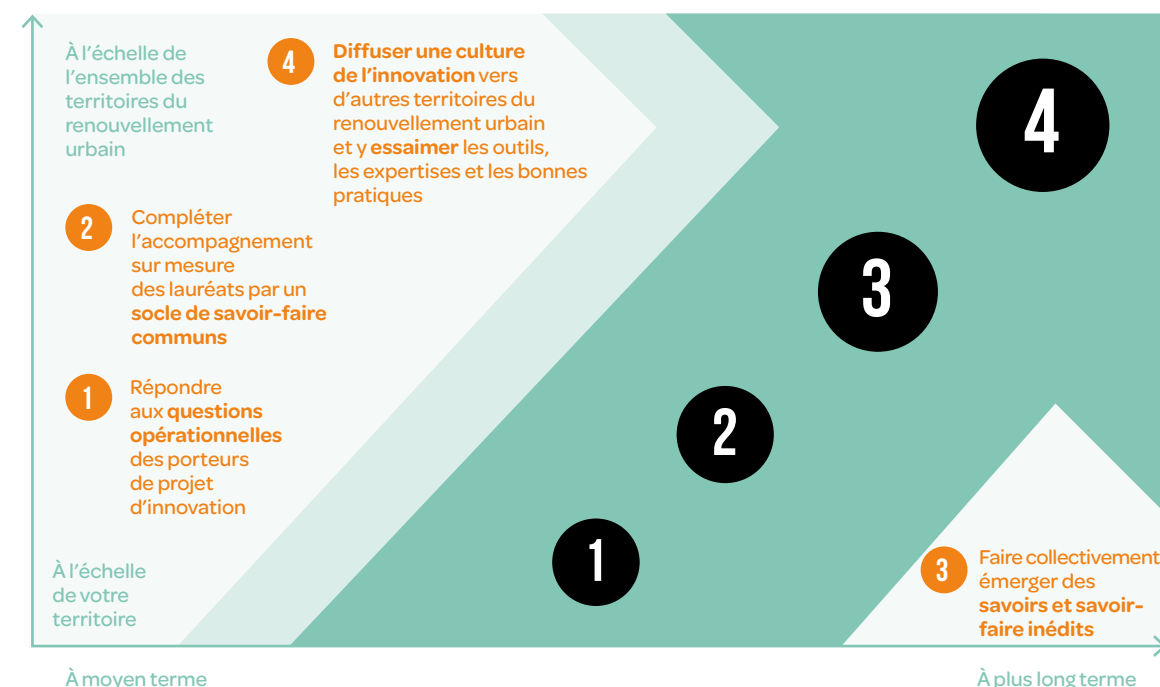
L'objectif était d'accompagner les porteurs de projet et maîtres d'ouvrage souhaitant favoriser la santé grâce au renouvellement urbain, de manière ciblée ou au travers d'une stratégie globale d'intervention, comme le projet d'innovation de Lille autour duquel le groupe de travail s'est structuré. La Ville de Lille s'est en effet donné pour objectif de transformer le quartier Concorde en « Quartier à santé positive » (voir p. 79). En mobilisant différents leviers favorables à la santé environnementale dans le cadre du projet de renouvellement urbain, cette démarche est apparue intéressante à soutenir par le Programme d'investissements d'avenir (PIA) « Ville durable et solidaire », au regard de ses potentiels en matière d'amélioration du cadre de vie et d'essaimage pour le NPNRU. En lien avec les études émergentes d'Urbanisme favorable à la santé (UFS)

menées dans les projets de renouvellement urbain (PRU) de Miramas et Pierrefitte-sur-Seine, la thématique de la santé a été ciblée par le Club ANRU+.

L'installation de ce groupe de travail a également fait suite à la mise en place d'un protocole de partenariat entre l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS Île-de-France) et l'ANRU en 2017, visant à mieux articuler le renouvellement urbain avec les enjeux de santé dans les quartiers prioritaires franciliens.

À la manière du projet de Lille, la feuille de route du groupe de travail s'est donné pour objectif de s'affranchir du cadre strict des Évaluations d'impact sur la santé (EIS) ou des référentiels généralistes en matière d'UFS pour construire une réponse favorable à la santé, adaptée au cadre du renouvellement urbain et des QPV. La crise sanitaire liée à la Covid-19 a mis en lumière la vulnérabilité plus forte des habitants des quartiers en matière de santé et la nécessité de se saisir urgemment de l'opportunité du renouvellement urbain pour répondre aux inégalités territoriales de santé. De fait, le NPNRU dispose d'une marge de manœuvre importante en la matière.

1. À la suite des appels à manifestation d'intérêt Ville durable et solidaire (VDS) en 2015, et Innover dans les quartiers en 2017, 34 porteurs de projets de renouvellement urbain d'intérêt national bénéficient des compléments financiers du Programme d'investissements d'avenir pour développer des actions innovantes au service des objectifs fondamentaux du NPNRU (mixité sociale et attractivité des quartiers).



L'ANRU soutient la santé à travers l'accès aux soins de proximité bien sûr, en cofinçant le développement de lieux d'accueil et d'équipements pour les professionnels de santé, mais pas seulement. Si l'on appréhende la santé à travers l'approche systémique de ses déterminants, le NPNRU se donne pour objectifs d'améliorer globalement le cadre de vie en soutenant des opérations qui visent autant l'excellence que la santé environnementale, mais aussi en soutenant les démarches d'accompagnement au changement (relogement, chantier). Grâce à ce carnet, l'objectif est de rendre plus systématique le recours aux différents mécanismes de soutien à la santé dans le renouvellement urbain.

Il a vocation à :

- sensibiliser les acteurs du renouvellement urbain aux besoins spécifiques des QPV en matière de santé et les encourager à aborder leurs opérations à travers le prisme encore trop peu mobilisé de la santé ;
- comprendre la différence entre une démarche d'EIS et les études visant un Urbanisme favorable à la santé et donner des repères parmi les nombreux référentiels d'UFS existants ;

- doter les acteurs de recommandations stratégiques et opérationnelles visant un Urbanisme favorable à la santé, adaptées au contexte spécifique du renouvellement urbain et à une intervention ciblée en QPV ;
- inspirer les porteurs de projet à partir d'exemples concrets et diversifiés.

Pour répondre à ces objectifs, le carnet s'organise en trois parties :

- Les enjeux de la prise en compte de la santé : pourquoi intégrer la santé dans les projets de renouvellement urbain ? (pp. 11 à 32)
- La prise en compte de la santé aux différentes phases du projet : diagnostic, programmation, conception, exécution du chantier, évaluation : comment favoriser la santé grâce au projet de renouvellement urbain et ainsi faire de ce projet un levier opérationnel pour une meilleure appréhension de la santé ? (pp. 33 à 78)
- Neuf fiches projets favorables à la santé (pp. 79 à 104)

Remerciements

À l'ensemble des collectivités et maîtrises d'ouvrage membres du groupe de travail :

Métropole Aix-Marseille-Provence – Ville de Miramas (13) – Ville de Rennes (35) – Ville d'Angers (49) – Métropole européenne de Lille (59) – Ville de Lille (59) – Est Métropole Habitat – Ville de Villeurbanne (69) – Ville de Paris (75) – Ville d'Épinay-sous-Sénart (91) – Ville de Pierrefitte-sur-Seine (93) – Établissement public territorial de Plaine Commune (93) – Ville de Saint-Denis (93) – Établissement public territorial Terres d'Envol (93) – Ville d'Alfortville (94) – Établissement public territorial Grand-Orly Seine Bièvre (94) – Préfecture du Val-de-Marne (94)

Aux services déconcentrés de l'État qui ont appuyé ces territoires dans leurs réflexions :

Direction départementale des Territoires du Nord (59) – Direction régionale et interdépartementale de l'Hébergement et du Logement (75)

Aux intervenants extérieurs et contributeurs :

Hélène Charrière (UPEC) – Leticia Cruz (EGIS) – Clément Deloly (EHESP) – Nicolas Notin (ARS Île-de-France) – Guillaume Meunier (Elioth/EGIS Concept) – Hanitra Rasolomampandra (ARS Île-de-France) – Julie Romagon (EHESP)

Aux cabinets de conseil CMI pour l'appui à l'animation du groupe de travail et INDDIGO/Novascopia pour la structuration et l'enrichissement de ses enseignements à travers la rédaction de ce livrable, à Clémence Bré et Hélène Chapet de l'ANCT, François Kellerhals Hosso de la Direction générale de l'aménagement du logement et de la nature, Ariane Roza de l'ADEME, Bastien Morvan de l'ARS Île-de-France pour leurs contributions



Introduction

Favoriser la santé dans les quartiers, une réponse aux objectifs du renouvellement urbain

L'objectif d'une stratégie de santé publique n'est pas de répondre aux problèmes une fois qu'ils sont là, mais bien de les prévenir. C'est tout l'intérêt de croiser santé et renouvellement urbain : faire de l'aménagement un axe de prévention en améliorant les conditions de vie des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la Ville (QPV).

Dès le PNRU, les retours d'expérience des collectivités mettent en avant des difficultés à s'y retrouver au milieu des référentiels, de plus en plus nombreux, en matière de projet urbain favorable à la santé. Les porteurs de projets tâtonnent, malgré une volonté croissante de favoriser la santé au travers des opérations de transformation urbaine et d'éviter les coûts de santé. Il est donc apparu indispensable d'améliorer la connaissance des dispositifs et d'outiller l'ensemble des acteurs du renouvellement urbain au travers d'un groupe de travail dédié.

Au-delà de l'acculturation aux outils existants, l'objectif a été plus largement de réfléchir aux moyens de limiter les impacts santé potentiellement négatifs des opérations. Celles-ci sont de fait susceptibles d'affecter tant les milieux de vie (le logement, le quartier, la ville) et leurs caractéristiques environnementales (en matière de bruit, de qualité de l'air, de densité végétale, etc.) que les modes de vie (qu'il s'agisse des pratiques sociales, alimentaires, sportives, médicales ou encore

de mobilité). Les transformations urbaines ont une incidence directe sur la santé des habitants des QPV qui impose de maîtriser cet impact ou, mieux, de la rendre bénéfique. La finalité de cette réflexion collective a donc été de maximiser les bénéfices pour la santé des habitants, grâce aux projets.

À ces différents titres, mais aussi parce que le dialogue entre santé et projet urbain reste encore expérimental, la question de la santé trouve sa place dans les groupes de travail ANRU+ et les Carnets de l'innovation de l'ANRU. Concevoir le renouvellement urbain à travers le prisme de la santé constitue une nouvelle approche pour satisfaire mieux les objectifs des programmes de l'ANRU : amélioration du cadre de vie, augmentation des performances environnementales et énergétiques du bâti, renforcement de la mixité sociale et attractivité des territoires. En ayant affecté plus durement les quartiers prioritaires, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a malheureusement donné un caractère d'urgence à cette ambition devenue nécessité.

Rétrospectivement, croiser aménagement urbain et santé n'a rien de nouveau. La pensée hygiéniste est même au fondement de l'urbanisme et au cœur des principes de la charte d'Athènes, qui tiennent lieu d'héritage à bon nombre de grands ensembles sur lesquels l'ANRU intervient. Néanmoins, il y a bien une rupture avec cette histoire-là, en ne cherchant pas ici à proposer des solutions inédites, mais à adapter

nos manières de refaire la ville, en prenant soin de répondre aux besoins locaux, notamment de santé. Il n'y a pas lieu de renforcer l'intensité urbaine en oubliant les enjeux de santé ni, à l'opposé, maîtriser toutes les nuisances environnementales, ce qui anesthésierait la vie urbaine. Comme souvent, les réponses urbaines les plus pertinentes se trouvent dans un compromis sur mesure.

Fiche thématique

1

Se sensibiliser aux enjeux de santé dans le renouvellement urbain



PARTIE 1 : SE SENSIBILISER AUX ENJEUX DE SANTÉ DANS LE RENOUVELLEMENT URBAIN

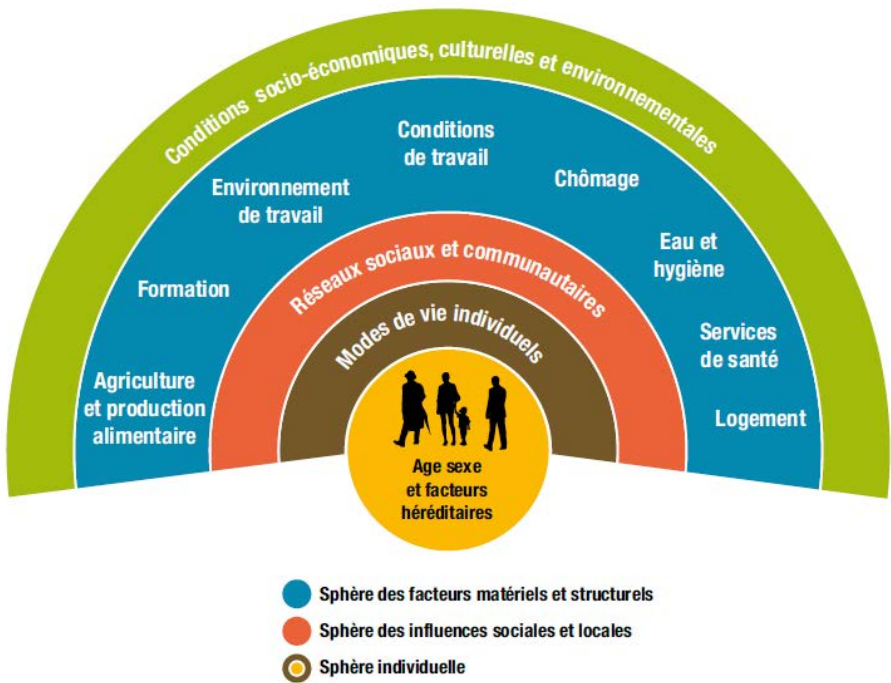
Pourquoi intégrer la santé dans les projets de renouvellement urbain ?

La notion de déterminants de santé invite à déplacer la focale centrée habituellement sur la question du soin pour l'orienter plus largement sur les interactions entre santé et aménagement urbain.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Selon la charte d'Ottawa (1986), première conférence

internationale pour la promotion de la santé, « pour parvenir à un [cet] état [...], l'individu ou le groupe doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé :

Les déterminants de santé



Source : Dahlgren et Whitehead (1991).

elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé. Son ambition est le bien-être complet de l'individu ».

L'état de santé d'une population n'est déterminé par le système de soins qu'à hauteur de 10 %, 20 % par la génétique et les 70 % restants dépendent étroitement des modes de vie et des paramètres socio-économiques et environnementaux qui les conditionnent¹.

L'état de santé des habitants d'un quartier est donc la conséquence de plusieurs déterminants, issus de facteurs biologiques, mais aussi comportementaux, environnementaux, ou qui sont liés à la qualité, l'accessibilité du système de santé ainsi qu'au recours des habitants à ce même système. Les travaux scientifiques et la parole des habitants nous le démontrent chaque jour un peu plus. Cet abord multidimensionnel nous rapproche sensiblement de la notion de qualité de vie. Elle interroge le rôle de l'environnement, notamment urbain, et invite à considérer les inégalités sociales et territoriales de santé, particulièrement visibles dans les QPV.

1 Des caractéristiques sanitaires plus défavorables en QPV

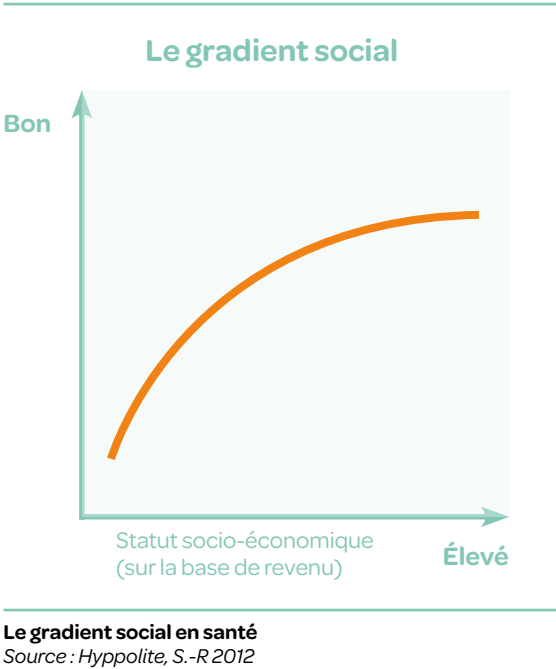
La question de la santé se pose avec une acuité particulière dans les QPV pour au moins quatre motifs principaux : la relation entre précarité socio-économique et fragilité de santé, la prépondérance des pathologies chroniques, l'exposition plus forte aux nuisances environnementales et l'accès restreint aux offres de soins.

UN LIEN ÉTROIT ENTRE PRÉCARITÉ SOCIALE ET ÉCONOMIQUE, ET VULNÉRABILITÉ DE SANTÉ

Les quartiers concernés par les opérations de renouvellement urbain sont caractérisés par une

1. Lalonde, 1974 ; Whitehead & Dahlgren, 1991.

2. La part des habitants des QPV sous le seuil de pauvreté s'élève à 44 %, contre 14,7 % en France métropolitaine (seuil de pauvreté fixé à 60 % du niveau de vie médian, soit 1026 € mensuels en 2016) – Rapport ONPV 2019, source : enquête santé protection sociale (ESPS, 2014).



concentration de populations socio-économiquement vulnérables et statistiquement en moins bonne santé que la moyenne nationale.

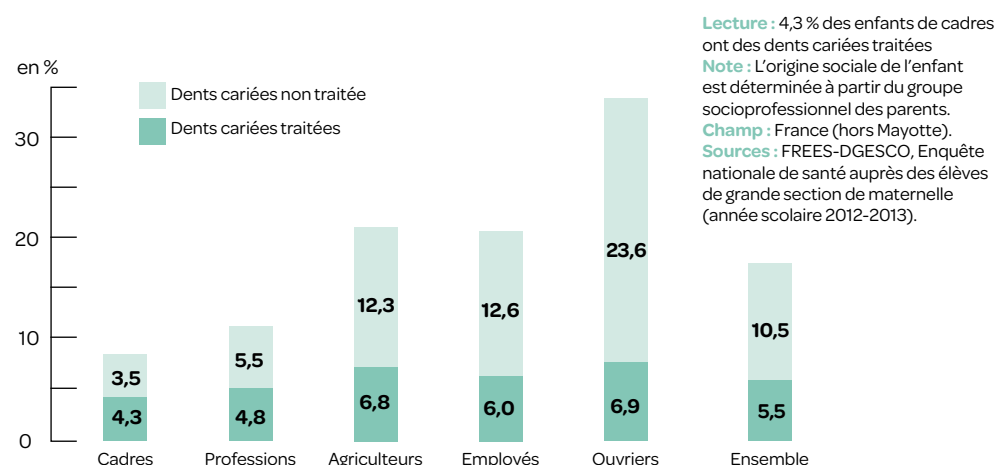
Pour rappel, le taux de pauvreté est trois fois supérieur en QPV par rapport à la moyenne métropolitaine² : la part des bénéficiaires de la CMU-C est quatre fois supérieure à la moyenne hexagonale et 11 % des habitants des QPV ne sont couverts par aucune complémentaire santé, privée ou CMU-C, contre 5 % dans les autres quartiers. Les inégalités sociales de santé font référence à la relation étroite qui existe entre la santé, le niveau de revenus et l'appartenance à un groupe social. Ces inégalités sont corrélées à la hiérarchie sociale (cf. schéma du gradient social, ci-dessus).

Le gradient social : un concept pour comprendre les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales et économiques se traduisent par des disparités d'état de santé entre groupes sociaux. Les différences de santé deviennent des inégalités sociales de santé³. Cela signifie qu'on trouve des corrélations entre des indicateurs de santé et des indicateurs de position sociale. Les indicateurs de position sociale les plus fréquemment

utilisés sont : le niveau de revenus, le niveau d'études, la profession exercée ou le fait d'avoir une profession ou d'être inactif. En matière d'indicateurs de santé, on retrouve généralement l'espérance de vie en bonne santé, la santé perçue, le fait d'adopter ou non des comportements favorables à la santé, les conditions d'accès aux services de santé.

Prévalence de dents cariées selon le groupe social des parents



Source : actes du séminaire du 12 septembre 2016 de la Société française de santé publique intitulé «Accompagnement à la parentalité et inégalités de santé» : <https://www.sfsp.fr/content-page/item/10262-actes-du-premier-seminaire-accompagnement-a-la-parentalite-et-inegalites-sociales-de-sante-poser-le-cadre>.

Pour bien comprendre ce qui relève des inégalités sociales de santé, il est nécessaire d'appréhender le concept de gradient social⁴. Selon ce concept, les inégalités de santé suivent la hiérarchie sociale, quels que soient les indicateurs de mesure de cette hiérarchie. Cela signifie que, si l'on veut réduire les inégalités sociales de santé, les interventions doivent toucher la population avec une intensité

proportionnelle au niveau de fragilité sociale des différents groupes sociaux. C'est ce que l'on qualifie d'universalisme proportionné⁵, qui suggère l'enjeu d'adaptation des interventions et des politiques locales à chaque catégorie de population en fonction de son niveau de besoin et du contexte des territoires, pour permettre une réelle égalité de traitement des personnes.

Ce lien entre situation sociale et santé s'exprime tout au long de l'échelle sociale et se transpose sur les territoires, eux-mêmes socialement marqués, comme le soulignent les travaux du géographe de la santé Emmanuel Vigneron, avec une illustration de l'indice comparatif de mortalité⁶ le long du RER B : en moins d'un quart d'heure de trajet de RER B (entre les stations Port-Royal et La Plaine Saint-Denis), le risque moyen de mourir une année donnée varie du simple au double. À noter que les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes, et elles ont eu tendance à s'accroître ces dernières années. Une autre étude territorialisée menée par l'Observatoire régional de la santé Grand Est a permis d'identifier une mortalité générale et prématurée nettement supérieure aux valeurs régionales (Rapport 2019 de l'Observatoire

national des quartiers prioritaires de la politique de la Ville). Dans l'ensemble des 32 QPV du Grand Est (pour lesquels les données de mortalité ont pu être collectées), on enregistre 1700 décès en moyenne par an (sur la période 2009-2015). Parmi ces décès, 45 % surviennent avant 75 ans, soit une proportion de décès prématurés supérieure à celle observée à l'échelle de l'ensemble de la région (34 %).

Après standardisation sur l'âge, l'ensemble des 32 QPV présente une mortalité générale supérieure de 64 % et une mortalité prématurée (avant 75 ans) supérieure de 67 % à celles de l'ensemble de la région. Notons que la région Grand Est présente déjà des surmortalités générales et prématurées par rapport à la France métropolitaine (respectivement + 8 % et + 6 %).

La Ville, la Vie, la Mort dans Paris et ses banlieues au long du RER B

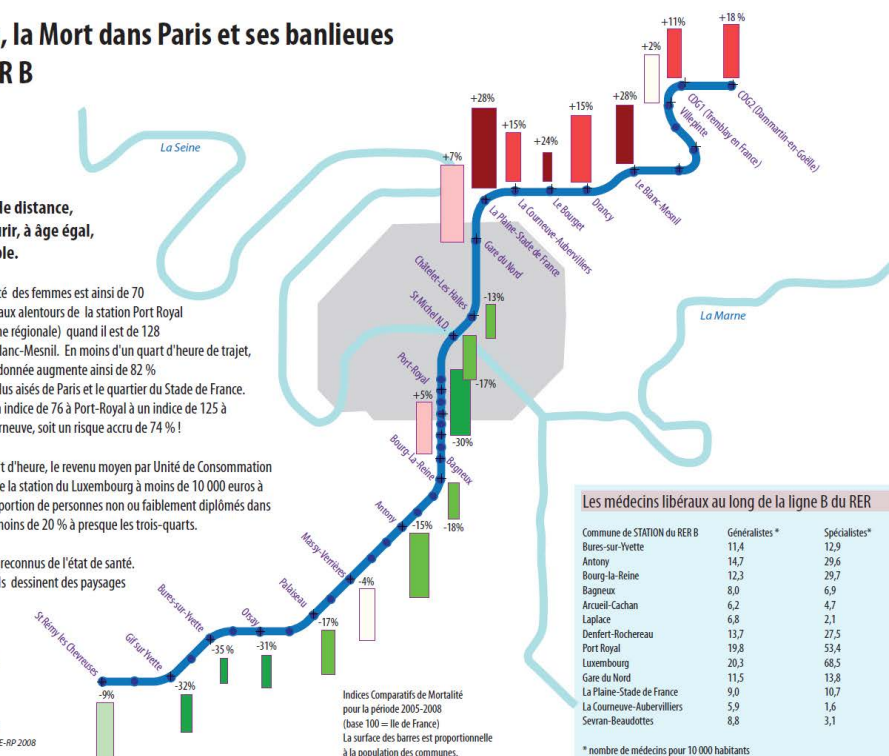
A quelques kilomètres de distance, le risque moyen de mourir, à âge égal, varie du simple au double.

L'indice Comparatif de mortalité des femmes est ainsi de 70 dans le VIème arrondissement aux alentours de la station Port Royal (-30 % par rapport à la moyenne régionale) quand il est de 128 à La Plaine Saint-Denis ou au Blanc-Mesnil. En moins d'un quart d'heure de trajet, le risque de mourir une année donnée augmente ainsi de 82 % entre les arrondissements les plus aisés de Paris et le quartier du Stade de France. Pour les hommes on passe d'un indice de 76 à Port-Royal à un indice de 125 à Saint-Denis et de 132 à La Courneuve, soit un risque accru de 74 % !

Dans le même temps d'un quart d'heure, le revenu moyen par Unité de Consommation passe de 37 000 euros autour de la station du Luxembourg à moins de 10 000 euros à La Courneuve tandis que la proportion de personnes non ou faiblement diplômées dans la population adulte passe de moins de 20 % à presque les trois-quarts.

Or, ce sont là des déterminants reconnus de l'état de santé. Par leur concentration même, ils dessinent des paysages socio-sanitaires tranchés que l'on ne soupçonne guère tandis que le RER B parcourt les 70 km de sa ligne.

© E.Vigneron/NFT 2010
 Source des données : INSERM SCB et INSEE-REP 2008
 Calculs et mise en forme : NFT 2010



Source : Emmanuel Vigneron, 2011.

6. Indice comparatif de mortalité : rapport entre le nombre de décès observés dans le territoire de référence (ici l'Île-de-France) et le nombre de décès attendus. Ce dernier chiffre est calculé en appliquant à la population du territoire les taux de mortalité nationaux par âge et par sexe. Lorsque l'indice est supérieur à 100, la mortalité du territoire considéré est supérieure à la moyenne, indépendamment de la structure par âge et par sexe de la zone en question.

3. De Koninck et collab., 2008.

4. <http://www.tribuneiss.com/>.

5. <https://agiritot.org/media/269254/aeUniversalisme-proportionne-youtube-final.pdf>.

DES PATHOLOGIES CHRONIQUES PLUS COURANTES

Dans les QPV, on constate une prévalence statistique importante de certaines pathologies chroniques telles que l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires ou encore les troubles dépressifs. Celles-ci sont étroitement liées aux modes de vie individuels, au manque d'activité physique et aux mauvaises habitudes alimentaires notamment en rapport avec une offre territoriale dégradée, mais aussi un climat résidentiel ou un sentiment de sécurité.

Les habitants des quartiers prioritaires déclarent souffrir plus fréquemment des quatre problèmes de santé suivants : le diabète (+ 7 points), l'asthme (+ 6 points), la dépression (+ 4 points) et l'hypertension artérielle (+ 3 points)⁷.

Une plus forte sédentarité

Il existe aujourd'hui une prise de conscience croissante des risques liés à la sédentarité dans le développement de ces pathologies. Elles sont favorisées ou renforcées par l'évolution générale des modes de vie mettant de moins en moins le corps à contribution : **l'usage de la voiture et l'abandon de la marche, les rythmes journaliers, le temps passé assis devant les écrans**, etc.

Dans les QPV, 31 % des habitants pratiquent au moins 10 minutes d'activité sportive dans la semaine contre 49 % des habitants des autres quartiers des unités urbaines englobantes⁸.

Le manque d'activité physique renforce ainsi la vulnérabilité des populations résidant dans les QPV et témoigne de l'enjeu du soutien aux pratiques sportives et aux mobilités actives dans le cadre du renouvellement urbain (voir les pistes opérationnelles pour y répondre p. X). Des éclairages spécifiques ont en effet mis en évidence la faible diversité des équipements sportifs et le sous-développement des pratiques sportives dans les quartiers⁹.

Julie Andraud

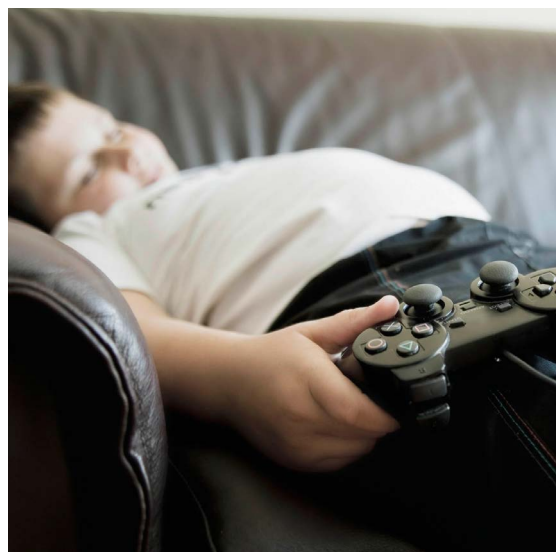
Ville | Grand Périgueux

Profession | Cheffe de projet Renouvellement urbain

Le projet | Projet de renouvellement urbain de Coulounieix-Chamiers



Avec l'expérience du confinement, la question du bien-vivre chez soi et avec les autres devient un véritable sujet de société. La crise sanitaire a exacerbé et révélé des situations sociales qui étaient mises de côté : montée en puissance des violences familiales et tensions dans l'espace public. Il y a un vrai enjeu d'accompagnement des publics pour lutter contre ces phénomènes.



© iStock

FOCUS

Activité physique, inactivité physique, sédentarité

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'activité physique comme étant « tous les mouvements corporels produits par la contraction des muscles squelettiques, laquelle entraîne une augmentation de la dépense énergétique ». Cette définition, assez large, regroupe à la fois l'exercice physique de la vie quotidienne, qu'il soit à la maison, au travail ou dans les transports, mais aussi les activités de loisirs et la pratique sportive.

L'inactivité physique est définie comme un niveau insuffisant d'activité physique d'intensité modérée à élevée correspondant à un niveau d'activité physique inférieur à un seuil recommandé en dessous duquel les individus sont considérés comme insuffisamment actifs.

Recommandations de l'OMS :

— Pour les enfants et adolescents : au moins

60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue.

— Pour les adultes âgés de 18 à 64 ans : 30 min/j en intensité modérée à élevée, au minimum cinq fois par semaine.

— Pour les personnes âgées de 65 ans ou plus : 150 minutes d'activité physique recommandées par semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée.

La sédentarité est définie par une situation d'éveil caractérisée par une dépense énergétique faible (inférieure à 1,6 MET – metabolic equivalent of task –, équivalent métabolique) en position assise ou allongée. La sédentarité (ou comportement sédentaire) est donc définie et considérée distinctement de l'inactivité physique, avec ses effets propres sur la santé.

Des freins multiples à une alimentation saine

Une alimentation déséquilibrée constitue un facteur de risque sur la santé physique et mentale. Plusieurs dimensions corrélées expliquent les mauvaises habitudes alimentaires qui fragilisent directement l'état de santé des populations des QPV, la première étant économique. Les personnes n'ayant pas accès à une alimentation suffisante ou de qualité sont, de fait, plus fortement exposées aux pathologies chroniques liées à l'alimentation. **La prévalence du surpoids et de l'obésité illustre parfaitement les inégalités sociales de santé dans les quartiers prioritaires.**

Selon Freedman et al. (2013), les populations connaissant des fragilités économiques et sociales rencontrent des difficultés à s'alimenter de manière saine et équilibrée en raison de la nature ou de l'insuffisance de l'offre présente à proximité

Les habitants des QPV sont plus fréquemment en surpoids ou obèses : + 10 points par rapport aux autres quartiers des unités urbaines englobantes. Notamment du côté des femmes : + 16 points pour les femmes vivant en quartier prioritaire, alors que les différences sont moins marquées pour les hommes¹⁰.

du lieu de vie. Certains quartiers prioritaires peuvent ainsi être qualifiés de « **désert alimentaire** »¹¹. La prévalence de l'insécurité alimentaire, définie comme « la situation où la possibilité de s'approvisionner en nourriture suffisante et adéquate d'un point de vue nutritionnel et de façon socialement acceptable, est limitée ou incertaine »¹² s'élève à 14 % en ZUS contre 5 % dans les autres quartiers¹³.

7. Rapport 2019 de l'Observatoire national des quartiers prioritaires de la politique de la Ville (ONPV) « Bien vivre dans les quartiers prioritaires ».

8. Rapport 2019 de l'Observatoire national des quartiers prioritaires de la politique de la Ville (ONPV) « Bien vivre dans les quartiers prioritaires ».

9. « L'accessibilité à pied aux équipements sportifs dans les quartiers prioritaires : une bonne couverture mais une offre peu variée », Audras-Marcy S., Mondésir H., Janelli R., de Labrusse J., 2019, ONPV.

10. Rapport 2019 de l'Observatoire national des quartiers prioritaires de la politique de la Ville (ONPV) « Bien vivre dans les quartiers prioritaires ».

11. Un désert alimentaire est un territoire dans lequel les habitants n'ont pas accès à des produits alimentaires réputés sains (dont offre de produits frais et pas seulement industriels) à des prix abordables.

12. Martin J. et Chauvin P. « Les inégalités socio-territoriales de l'insécurité alimentaire dans l'agglomération parisienne et ses liens avec le surpoids et l'obésité » - Rapport pour l'ARS Île-de-France, janvier 2014.

13. Rapport 2019 de l'Observatoire national des quartiers prioritaires de la politique de la Ville (ONPV) « Bien vivre dans les quartiers prioritaires ».

Les freins à une alimentation saine

Accès à la saine alimentation



- Finances des ménages
- Coûts et valeur perçue des aliments
- Incitatifs en magasin (ex. : rabais)

- Offre disponible en magasin (quantité, qualité et variété des aliments vendus)
- Service à la clientèle

- Localisation et diversité des magasins et des ressources en alimentation disponibles
- Ressources en temps et en transport consacrées aux déplacements

- Traditions, pratiques culturelles, normes sociales et publicité déterminant ce qu'il est acceptable de consommer
- Pratiques discriminatoires, réduisant l'accès
- Relations et réseaux sociaux

- État de santé
- Connaissance sur l'alimentation et la nutrition
- Identités et préférences relatives à l'alimentation

Source : Freedman et al. (2013)
www.reseaulimentaire-est.org

Une Évaluation d'impact sur la santé (EIS) sur les projets de transports du territoire de Plaine Commune, concerné en premier lieu par la géographie prioritaire avec 23 QPV, a pointé **l'impact de la mobilité sur l'insécurité alimentaire**. Le coût du transport et la capacité à se déplacer influenceraient le choix des lieux d'approvisionnement, voire le contenu du panier¹⁴. La méconnaissance des repères nutritionnels ou le fait de ne pas savoir cuisiner constituent également des freins importants.

Une santé psychique fragile

La prévalence de pathologies dans les QPV peut être mise en perspective avec des travaux de la cohorte record de l'Inserm sur les conséquences de l'organisation urbaine et commerciale des QPV sur les modes de vie et sur des pratiques plus délétères pour l'état de santé (Chaix, 2013). Cette cohorte,

mobilisée au début des années 2010 en Île-de-France, insiste ainsi sur la relation entre la pression artérielle et les typologies urbaines de quartiers, en soulignant le fait que les habitants des quartiers prioritaires souffrent davantage d'hypertension et sont touchés de manière plus importante par des troubles dépressifs. On retrouve ces parallèles sur la souffrance psychique dans des données sur la consommation médicamenteuse extraite d'une Évaluation des impacts sur la santé du PRU de Villeurbanne en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire, les coordonnateurs des Conseils locaux de santé mentale (voir p. 75) ont fait état d'une exacerbation des problématiques de souffrance psychique et psycho-sociales dans les territoires en QPV compte tenu de la situation sanitaire et sociale d'une partie des habitants, des conditions de logement et d'un accès aux soins déjà dégradés.

14. ARS Île-de-France, ORS Île-de-France, Évaluation des impacts sur la santé de projets transport de Plaine Commune – rapport final, 2014.

15. <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/epidemiologie-france/fiches/cohorte-d-adultes-residant-en-ile-de-france-residential-environment-and-coronary-heart-disease/fre-fr>.

UNE PLUS FORTE EXPOSITION AUX NUISANCES ENVIRONNEMENTALES

Il existe une relation entre l'état de santé d'une population et la qualité de son environnement de vie en raison de l'exposition aux diverses nuisances environnementales¹⁶.

Les expositions environnementales contribuent à générer des inégalités sociales de santé par le biais de deux principaux mécanismes :

- Le **différentiel de vulnérabilité** (ou de susceptibilité) qui veut qu'à niveau semblable d'exposition, le risque sanitaire encouru par les populations défavorisées soit plus élevé en raison d'un état de santé plus dégradé ou d'un moindre accès aux soins.

— Le **différentiel d'exposition** qui suggère que les populations socio-économiquement défavorisées pourraient être à la fois davantage exposées à un plus grand nombre de nuisances et à des niveaux d'exposition plus élevés (habitat indigne, précarité énergétique, proximité des voies de circulation...).

Au regard de la localisation prépondérante des QPV en périphérie et en bordure des grandes infrastructures routières et industrielles, leurs habitants sont généralement plus exposés aux nuisances environnementales (différentiel d'exposition). Ainsi, on observe une dégradation plus rapide de leur état de santé (différentiel

Les nuisances environnementales les plus courantes

- **Pollution atmosphérique** : en France métropolitaine, une étude sur l'impact de la pollution atmosphérique en lien avec l'activité humaine fait état de 48 000 décès par an. Les sources qui ont le plus d'effets négatifs sur la santé sont le trafic routier et la combustion de charbon, de produits pétroliers et de biomasse. La proximité d'installations industrielles peut également être une source de pollution atmosphérique (installations type Seveso, etc.).
- **Nuisances sonores** : les sources de nuisance sonore sont principalement liées à la proximité d'axes de transports : routes à fort trafic, voies de chemin de fer, couloirs aériens. Certaines activités peuvent également être des sources de nuisance sonore soit de façon régulière (activité industrielle), soit de façon temporaire (chantier).
- **Pollution des sols** : en fonction de l'histoire du quartier (nature des terres utilisées pour les remblais et les aménagements paysagers) et de l'occupation des sols (présence actuelle ou passée d'activités polluantes), les sols du quartier peuvent être plus ou moins pollués. Les impacts peuvent être multiples : contraintes sur l'utilisation et la programmation des sols, surcoût de dépollution, risque de pollution des sous-sols, et notamment des nappes phréatiques.

- **Risque inondation** : au-delà de l'aléa en lui-même, le risque est lié à la dégradation des espaces publics et des fonctions du quartier (circulations, approvisionnements) et à la propagation de maladies vectorielles.
- **Risques technologiques et industriels** : liés à l'action humaine, et plus précisément à la manipulation, au transport ou au stockage de substances dangereuses pour la santé et l'environnement (ex. : accident industriel, nucléaire, minier...), ils sont cartographiés dans le Plan de prévention des risques annexé au PLU (1).
- **Champs électromagnétiques** : les fortes expositions aux champs électromagnétiques sont la cause d'effets néfastes établis (effets sur la vision, sur le système nerveux, stimulation des tissus excitables, trouble du rythme cardiaque). Les sources peuvent être des lignes haute tension ou l'implantation d'un transformateur électrique à proximité du quartier.
- **Effet d'îlot de chaleur urbain** : l'augmentation des températures constitue un risque sanitaire important via l'augmentation de la morbidité et de la mortalité (particulièrement chez les personnes âgées et les personnes vulnérables) et le renforcement du phénomène d'îlot de chaleur urbain.

16. Les éléments de diagnostic qui suivent sont majoritairement extraits du guide Isadora, Clef 4 – Exposition des populations.

de vulnérabilité), qui dessine les impératifs de protection et d'atténuation des nuisances dans le cadre du renouvellement urbain (voir les solutions opérationnelles p. X).

UN ACCÈS PLUS LIMITÉ À L'OFFRE DE SOINS

Le moindre recours aux soins, en particulier spécialisés, est un fait constaté dans les QPV, ce qui concourt à la fragilité de l'état de santé des populations. Il a été identifié qu'en matière de renoncement aux soins, les écarts entre les habitants des quartiers prioritaires et le reste de la population persistent, à caractéristiques socio-démographiques égales, ce qui atteste d'un « effet quartier »¹⁷. **La justification de ce moindre recours aux soins est avant tout financière.**

40 % des résidents des quartiers prioritaires ont déclaré avoir renoncé à au moins un soin (optique, dentaire, consultation de médecin généraliste) pour raison financière, contre 26 % dans les autres quartiers des unités urbaines englobantes¹⁸.

Les corrélations entre renoncement aux soins et raréfaction de l'offre restent à objectiver plus finement. Il a été identifié que l'offre de soins en médecins généralistes et spécialistes libéraux est déficitaire dans les QPV. Les médecins spécialistes libéraux sont ainsi 3,2 fois moins présents en QPV que dans les unités urbaines environnantes (rapport ONPV 2016).

En 2019, 86 % des 1514 QPV ne disposaient d'aucune structure de soins dans leur périmètre (maisons de santé et centres de santé mono ou pluriprofessionnels, voir p. 66) dont 148 quartiers très peuplés comptant entre 5 000 et 24 000 habitants. **Parmi ces grands QPV ne comportant pas de centre de santé ou de Maison de santé pluriprofessionnelle,**

104 quartiers bénéficient du Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU). Des travaux sont en cours entre les services des ministères concernés (Santé/Ville) pour affiner ces données en incluant les QPV avec une ou des MSP ou des centres de santé situés à proximité (quartiers vécus).

Les pratiques en matière de mobilités de la population sont également à prendre en compte dans l'accès aux soins. Une étude ONPV de 2018¹⁹ indique qu'en quartier prioritaire, le nombre de praticiens accessibles en 15 minutes de marche est inférieur au reste des agglomérations pour ce qui concerne les dentistes, alors qu'elle est similaire pour les médecins. La moindre accessibilité à une offre de soins dentaires de proximité peut entraîner un allongement des délais de rendez-vous, vecteur de renoncements aux soins.

L'accessibilité à l'offre de soins implique une réflexion sur la *proximité du service*, mais aussi sur la disponibilité effective des praticiens. Selon le rapport ONPV 2019, la barrière du délai de rendez-vous, et donc de la *disponibilité* de l'offre, constitue également un facteur de renoncement : 18 % des habitants des quartiers prioritaires renoncent à des soins pour ce motif, contre 16 % dans les autres quartiers des unités urbaines englobantes.

Par ailleurs, la tendance au vieillissement et la plus grande dépendance de la population, tendance qui se confirme aussi dans les quartiers, interroge la proximité de l'offre de soins, en particulier médico-sociale. À noter que 10 % de la population des quartiers prioritaires déclare bénéficier d'une reconnaissance administrative du handicap, contre 6,2 % au sein des unités urbaines englobant les QPV.

Bien que la question de l'accès aux soins soit multifactorielle, les enjeux de son maintien et de sa densification restent forts dans le cadre du renouvellement urbain, au regard de l'importance des besoins de santé en QPV détaillés précédemment.

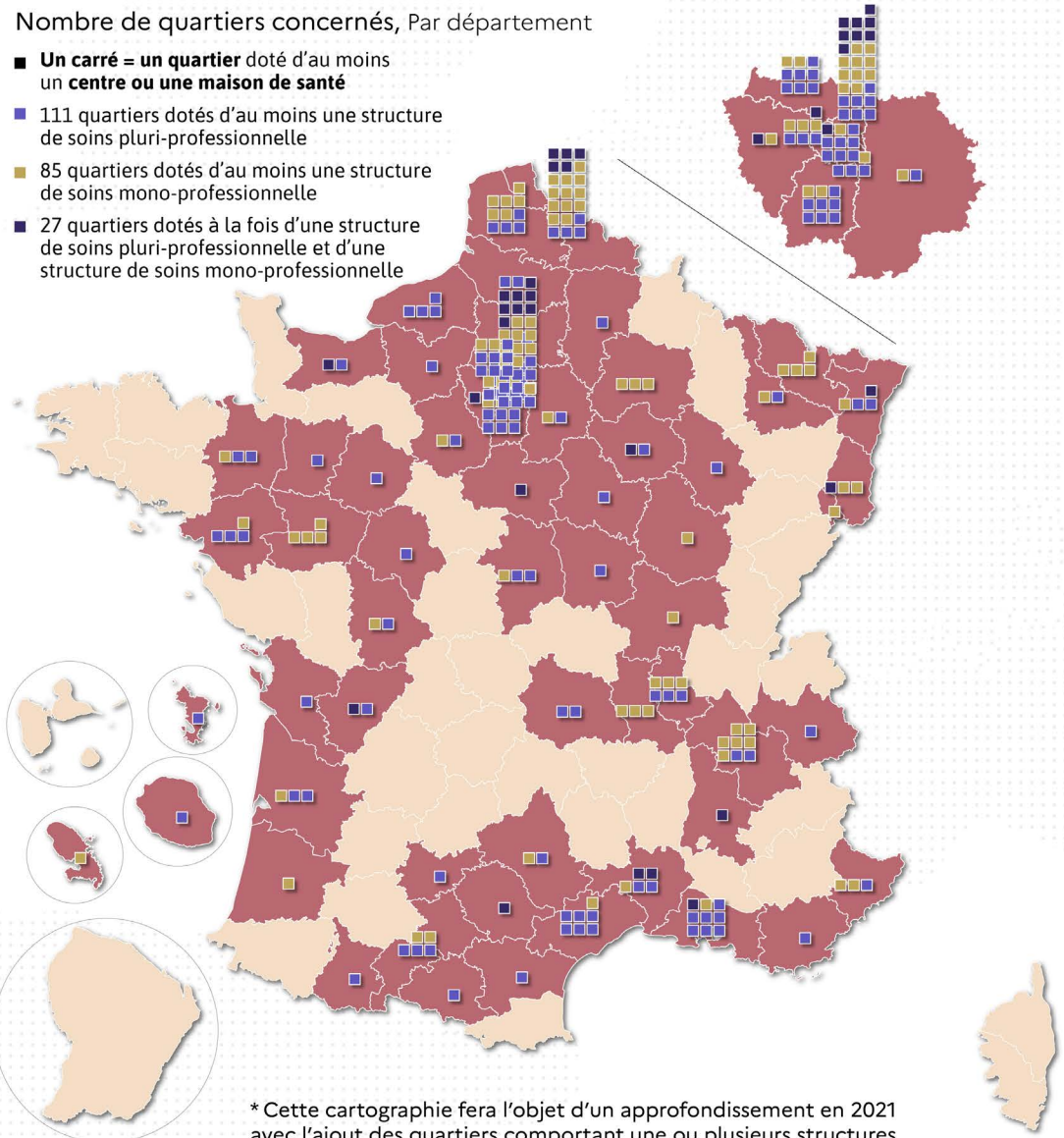
STRUCTURES DE SOINS*

313 structures implantées en quartiers prioritaires dont 227 centres de santé mono et pluri-professionnels et 86 maisons de santé pluri-professionnelles au 30 avril 2020

223 quartiers prioritaires de la Politique de la Ville comportant dans leur périmètre au moins un centre ou une maison de santé

Nombre de quartiers concernés, Par département

- Un carré = un quartier doté d'au moins un centre ou une maison de santé
- 111 quartiers dotés d'au moins une structure de soins pluri-professionnelle
- 85 quartiers dotés d'au moins une structure de soins mono-professionnelle
- 27 quartiers dotés à la fois d'une structure de soins pluri-professionnelle et d'une structure de soins mono-professionnelle



* Cette cartographie fera l'objet d'un approfondissement en 2021 avec l'ajout des quartiers comportant une ou plusieurs structures implantées à proximité du ou des QPV (quartiers vécus)

Sources : Observatoire des recompositions des centres et maisons de santé
Traitement : ONPV - Réalisation : ANCT pôle ADT Cartographie, janvier 2021

17. Donnée issue du rapport Onzus 2014 portant sur les territoires ZUS. L'effet quartier n'a pas fait l'objet de nouvelles analyses dans les derniers rapports ONPV à partir des territoires QPV.

18. Rapport 2019 de l'Observatoire national des quartiers prioritaires de la politique de la Ville (ONPV) « Bien vivre dans les quartiers prioritaires ».

19. Audras-Marcy S., Mondésir H., Janelli R., de Labrusse J., 2019, « L'accessibilité à pied aux équipements sportifs dans les quartiers prioritaires : une bonne couverture mais une offre peu variée ».



Le « zonage médecins » : qu'est-ce que c'est ?

Le zonage est un outil permettant de définir des territoires où des inégalités en matière d'accès aux soins sont constatées (manque de professionnels et d'équipements de santé). Les zones sont définies par arrêté du directeur général de l'ARS après concertation avec les professionnels de santé concernés. Deux types de zones sont définies :

Les zones d'intervention prioritaires (ZIP)

Les ZIP représentent la première catégorie de zonage des médecins. Ce sont les zones les plus durement touchées par le manque de médecins. Elles permettent à ceux-ci d'accéder à la plupart des aides de l'ARS, des aides dites conventionnelles (versées par l'Assurance maladie), des aides des collectivités territoriales et des exonérations fiscales disponibles.

Les zones d'action complémentaire (ZAC)

Les ZAC sont des territoires moins touchés que les ZIP par la désertification médicale mais sujets à certaines difficultés ou fragilités en matière d'accès aux soins. Elles sont éligibles à une partie des aides seulement.

Fin 2018, l'ensemble des ARS a identifié les territoires en sous-densité pour les médecins généralistes. À partir d'une analyse des territoires concernés, il est possible d'identifier 828 QPV (soit 54 % du total des QPV) situés dans un territoire classé comme sous-dense par les ARS, soit 3 millions d'habitants concernés. Parmi les 480 quartiers en renouvellement urbain d'intérêt national ou régional : 272 QPV en NPNRU sont situés dans un territoire classé par l'ARS comme sous-dense en médecins généralistes (dont 132 situés en territoire « ZIP » et 140 en « ZAC »), soit 1,7 million d'habitants concernés. 113 de ces QPV en NPNRU carencés sont des quartiers de plus de 5000 habitants (dont 40 quartiers ont une population supérieure à 10000 habitants, principalement situés en Île-de-France).

> Plus d'infos sur les aides afférentes aux ZIP et ZAC

ici : Guide pratique « Accès aux soins » à destination des élus élaboré par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales – Novembre 2019.



Le diagnostic santé des populations issues des QPV franciliens

Face au constat de l'état de santé dégradé des populations des QPV en renouvellement urbain, l'ANRU a élaboré avec l'ARS Île-de-France un protocole de collaboration à visée expérimentale pour la période 2017-2019. L'ambition était de renforcer la prise en compte des questions de santé dans les projets du Nouveau programme national pour le renouvellement urbain (NPNRU) conduits sur les QPV franciliens.

Le protocole a permis d'engager entre les deux agences un **diagnostic partagé de la vulnérabilité des populations franciliennes en matière de santé sur les QPV en renouvellement urbain** et d'amorcer la construction d'une compréhension mutuelle et d'une culture commune entre acteurs du renouvellement urbain et de la santé. Le diagnostic de la vulnérabilité des populations franciliennes en matière de santé a été réalisé à partir de cinq critères :

- **Offre de premier recours et médecine de proximité** : sur les 59 quartiers NPNRU d'intérêt national, 45 sont localisés dans des territoires situés en ZIP zones d'intervention prioritaire, jugés plus déficitaires.
- **Offre médico-sociale - personnes âgées et personnes en situation de handicap** : les quartiers en renouvellement urbain franciliens abritent un ratio de 1,4 % des établissements

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) franciliens, alors qu'ils regroupent 6,5 % de la population régionale.

— **Pratique d'activité physique** : en Seine-Saint-Denis, à Bobigny, La Courneuve et Dugny, on note des niveaux de pratique utilitaire particulièrement faibles (environ 10-15 % de la population pratique moins de 30 minutes de mobilité active par jour dans le cadre de ses déplacements), selon l'Enquête globale transport (EGT) 2010.

Pathologies chroniques liées à l'alimentation et accès à une alimentation saine :

les communes concernées par un projet de renouvellement urbain sont surreprésentées dans les territoires ayant une forte prévalence du diabète de type 2 (sur les 62 communes en PRU, seulement trois sont en dessous des moyennes régionales). On retrouve ici notamment les effets de l'organisation commerciale alimentaire des QPV²⁰.

— **Vulnérabilité environnementale** : sur les 59 quartiers franciliens d'intérêt national, 16 sont particulièrement impactés par des « points noirs environnementaux »²¹ : pollution de l'air, bruit lié aux transports, habitat à risques, carence en végétation face à la chaleur en ville, sols pollués, proximité de sites industriels), etc.

20. Une étude publiée en 2018 sur 165 QPV franciliens montre leur fragilité en matière de diversité et de qualité de l'offre alimentaire (Étude Capucine Frouin, LabUrba, 2018), ce qui pèse sur l'accès des populations à une alimentation saine et diversifiée.

21. Référence : étude croisée IAU et ORS Île-de-France dans le cadre du PRSE 2.

La crise sanitaire, puissant révélateur d'inégalités sociales et territoriales de santé

La pandémie liée à la Covid-19 a mis en lumière de façon frappante les inégalités sociales et territoriales de santé et la surmortalité²² dans les QPV, particulièrement en Île-de-France. Plusieurs indicateurs sociologiques et épidémiologiques ont ainsi montré que les quartiers et populations défavorisés ont été touchés plus durement par la pandémie et ses conséquences sanitaires, sociales et économiques (taux de surmortalité élevé, anxiété, etc.). Ces inégalités face à la maladie s'expliquent en partie par :

- Une surexposition au virus, qui a pu concerner les travailleurs « de première ligne », mais aussi des personnes vivant dans des logements suroccupés, source d'une propagation accrue du virus entre les membres d'un même foyer, de souffrances psychiques, voire physiques,

de tensions intrafamiliales et de contraintes importantes pour assurer une continuité éducative au sein du domicile.

- Une plus grande vulnérabilité de certaines personnes face à la maladie, notamment celles sujettes à des maladies chroniques et autres pathologies, ou celles connaissant des conditions d'habitat plus dégradées qu'ailleurs. Pour ces dernières, les mesures de confinement ont mis en lumière l'incidence des inégalités de logement sur le bien-être et les questions sanitaires : qualité et confort du logement, possibilité d'avoir accès à un espace extérieur privé ou non et à des aménités urbaines ou paysagères de proximité, etc.



Distribution alimentaire organisée par AC Lefeu et Toucouleurs dans le quartier du Bas Clichy à Clichy-sous-Bois

22. D'après l'Observatoire Régional de la Santé, le département de Seine-Saint-Denis a connu la plus importante hausse de la mortalité au mois de mars 2020 (+118 %).

2 Les fondements réglementaires et théoriques des PRU favorables à la santé

Les problèmes de santé des QPV font apparaître des besoins d'intervention publique ciblée, agissant sur l'ensemble des déterminants de santé. Pour répondre à cet impératif, les projets de renouvellement urbain doivent être saisis comme une opportunité en constituant un levier de prévention sanitaire permettant d'anticiper, voire d'éviter certains coûts liés aux soins. Dans cette intention, les acteurs du renouvellement urbain doivent fonder leur action sur les cadres réglementaires existants, mais aussi

sensibiliser leurs équipes aux interactions entre santé et aménagement urbain grâce aux ressources méthodologiques disponibles.

LES CADRES RÉGLEMENTAIRES SUR LESQUELS SE FONDER

Le volet «santé» du Contrat de Ville : un pilier de la politique de la Ville

La santé est une composante structurante de la politique de la Ville, avec un volet dédié depuis la création des premiers Contrats de Ville à la fin des années 90²³, qui décline localement des orientations stratégiques et opérationnelles adaptées aux quartiers. Pour renforcer cette action, les Ateliers Santé Ville (ASV) ont été créés au début

L'Atelier Santé Ville

L'Atelier Santé Ville est une démarche de coordination des acteurs institutionnels et professionnels de santé au service de la mise en œuvre des objectifs du Contrat de Ville destiné à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il est porté par les collectivités locales (communes ou intercommunalités) et animé par un coordonnateur. Leur mobilisation dans le cadre de la gouvernance du PRU s'avère précieuse au regard de leur connaissance de l'état de santé des habitants du quartier et des acteurs clés de la santé.

La démarche ASV réunit les élus locaux en charge de la santé et de la politique de la Ville, le représentant de l'ARS, les représentants des professionnels de santé, d'associations de quartier ou encore d'habitants. L'ASV est pleinement intégré aux instances du Contrat de Ville. Son coordonnateur assure le suivi et l'évaluation du volet santé du Contrat de Ville. La démarche s'appuie sur un diagnostic partagé par l'ensemble des acteurs impliqués, professionnels et habitants.

La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 explicite les objectifs assignés aux ASV :

- identifier au niveau local les besoins spécifiques des publics en difficulté et les déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;

- faciliter la mobilisation et la coordination des différents intervenants par la création et le soutien de réseaux médico-sociaux ;
- diversifier les moyens d'intervention en fonction de l'analyse des besoins ;
- rendre effectif l'accès aux services publics sanitaires et sociaux de droit commun ;
- développer d'une part la participation active de la population à toutes les phases des programmes [...] et, d'autre part, la concertation avec les professionnels et les différentes institutions des secteurs sanitaire et social concernés par ces programmes.

L'ASV est partie prenante du Contrat local de santé, dans les territoires concernés. Les ASV ont participé à la préfiguration des CLS et d'autres démarches territoriales de santé, comme les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) (voir p. 27). Un accompagnement méthodologique des territoires pour le développement de démarches territoriales de santé est assuré par la Fabrique territoires santé, le centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de santé mentale (CCOMS- Lille), et, plus spécifiquement en direction des élus, par l'association « Élus santé publique et territoires ».

23. Depuis la loi de lutte contre l'exclusion (Circulaires DIV/DGS du 13 juin 2000 et DGS/SP2, Praps institué par l'article 71 de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions).

des années 2000 (voir focus). Depuis, la santé a conservé une place prioritaire dans les contrats urbains de cohésion sociale mis en place en 2006, puis les Contrats de Ville en 2014. À travers les Contrats de Ville, ce sont ainsi près de 1300 actions qui sont cofinancées chaque année pour renforcer l'accès aux soins et la prévention dans les QPV.

Il peut s'agir de médiation en santé, d'interprétariat professionnel ou d'actions de sensibilisation à la participation en santé (voir p. 73). Le Contrat de Ville peut également cofinancer l'ingénierie favorisant

l'accueil des professionnels de santé sur le territoire telle que des diagnostics sur la mise en place d'un équipement de santé. En matière de prévention, l'intervention de la politique de la Ville contribue à développer des actions visant le renforcement de l'information en santé mentale et la prévention des souffrances psychiques dans les QPV portées par les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et des actions en direction de « l'aller vers », des habitants éloignés de l'activité physique et sportive ou adaptée, en articulation avec les Maisons Sport Santé promues par le Conseil interministériel des Villes (voir p. 60).



Malgré les facteurs de vulnérabilité de santé propres aux QPV qui touchent pour beaucoup à l'environnement urbain, les objectifs opérationnels des volets « santé » et « cadre de vie et renouvellement urbain » issus du Contrat de Ville ont peu été croisés. Concrètement, les projets de renouvellement urbain ont été peu envisagés comme un moyen d'améliorer

directement l'état de santé des habitants. L'intérêt de croiser les politiques prioritaires de santé et d'aménagement urbain a émergé récemment, à la faveur d'une conception globale de la santé et de la notion de santé environnementale. **Le cadre réglementaire de la santé environnementale : vers une vision globale de la santé.**

Avec la loi Laure (1996), les études d'impact rendues obligatoires pour certains projets d'urbanisme soumis à autorisations préalables intègrent un volet sanitaire. Il apprécie les conséquences du projet sur la santé des populations en vue de les protéger des nuisances environnementales. Depuis, l'État fixe de grandes orientations stratégiques en matière de santé environnementale, dans le cadre de ses programmes nationaux de santé environnementale (PNSE), précisés localement par les Agences régionales de santé (ARS)²⁴, et ses délégations départementales dans le cadre de ses Plans régionaux (PRSE) et départementaux (PPSE), puis dans les Contrats locaux de santé, conclus avec les communes ou intercommunalités (voir p. X).

À partir du Grenelle de l'environnement²⁵, les procédures d'évaluation environnementale évoluent vers une vision globale de la santé. Dans le cadre de projets d'aménagement et documents d'urbanisme soumis à évaluation d'impact environnemental, les ARS sont désormais sollicitées par l'autorité environnementale pour rendre des avis sanitaires qui se veulent fondés sur une approche globale des déterminants de santé. Cet avis sanitaire n'est cependant pas prescriptif : les maîtres d'ouvrage n'ont aucune obligation vis-à-vis des recommandations. L'évaluation environnementale a néanmoins constitué une première étape pour appréhender la santé de façon intégrée dans les projets d'aménagement urbain.



Les différents cadres de politiques de santé environnementale

Plan national Santé Environnement (PNSE)²⁶
À la suite des tables rondes du Grenelle de l'environnement, les **Plans nationaux santé environnement** (PNSE 1 2004-2008, PNSE 2 2009-2014, PNSE 3 2015-2019, PNSE 4 2020-2024) témoignent d'une volonté des deux ministères chargés de l'Environnement et de la Santé de réduire les impacts des facteurs environnementaux sur la santé **pour permettre à chacun de vivre dans un cadre de vie favorable à la santé.** Les PNSE sont renouvelés tous les cinq ans et sont inscrits dans le code de la santé publique. Ils portent ainsi des engagements concernant **la réduction de nuisances environnementales** ayant un impact potentiel sur un certain nombre de pathologies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies respiratoires, neurologiques...) **ou la réduction des inégalités environnementales**

liées à l'âge, à l'état de santé, au contexte socio-économique ou encore au territoire de vie.

Plan régional Santé Environnement (PRSE)
En Île-de-France, le Plan régional Santé Environnement (PRSE 3, 2017-2021) piloté par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS IDF) et la Direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie (Driee) vise **la prise en compte de la santé dans l'aménagement urbain, à travers son action 1.1 « Prendre en compte la santé dans les politiques d'aménagement ».**

Le PRSE Nouvelle-Aquitaine, dans sa mesure 8.3 (« Promouvoir et développer les Évaluations des impacts sur la santé »), prévoit de soutenir la réalisation de deux EIS par département²⁷.

24. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST). Voir p. XX pour le rôle et les compétences des ARS.

25. Loi du Grenelle II n° 2010-788 du 12 juillet 2010.

26. Pour en savoir plus : Synthèse des enjeux et mesures du quatrième Plan national Santé Environnement : https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/PNSE_4_SyntheseConsultation_26102020_BAT.pdf.

27. Pour en savoir plus, rendez-vous sur le portrait dédié dans le site des Acteurs et actions santé-environnement Nouvelle-Aquitaine : <http://www.santeenvironnement-nouvelleaquitaine.fr/urbanisme-amenagement/le-role-dun-coordonateur-deis-etre-present-a-toutes-les-etapes-du-projet/>.

Le Contrat local de santé : une approche globale de la santé portée localement

Résultant directement de ce changement de paradigme en matière de santé, les Contrats locaux de santé ont été créés en même temps que les ARS pour doter les communes ou leurs intercommunalités d'un outil de contractualisation avec l'État permettant de porter une vision globale et intersectorielle de la santé. Outil central de réduction des inégalités socio-territoriales en santé, le CLS permet d'identifier les besoins de santé du territoire autour d'un diagnostic partagé auprès des différents acteurs locaux de santé, dans une logique de partenariat forte. L'ARS Île-de-France recommande d'impliquer, outre ses signataires (*a minima* communes ou EPCI, mais également potentiellement les conseils départementaux, les Caisses primaires d'Assurance maladie, ou encore les établissements de santé tels que des centres hospitaliers), les directions départementales des Territoires et les directions départementales de la Cohésion sociale et de la Protection des populations, les représentants locaux des professionnels de soins, tels que les associations, les Unités régionales des professionnels de santé, le Conseil de l'Ordre des médecins et les représentants

d'usagers et des habitants. Pour la politique de la Ville, les délégués du préfet peuvent également être associés au diagnostic et instances du CLS.

Les signataires définissent en commun une stratégie et des objectifs qui peuvent porter sur l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social, la promotion de la santé, la prévention et, à ce titre, tout ce qui relève de la santé environnementale. À noter : le périmètre d'un CLS peut varier d'un territoire à l'autre et n'est pas figé à l'avance. Les territoires ayant signé en 2015 un Contrat de Ville – dont l'un des enjeux est la mise en place d'une stratégie de réduction des inégalités socio-territoriales de santé sur le territoire intercommunal ou communal – ont également la possibilité de mettre en place un CLS à l'échelle qui est estimée pertinente localement. La circulaire SGMCAS/CGET du 5 décembre 2014 relative aux enjeux de santé dans les Contrats de Ville détaille l'articulation entre Contrat de Ville et Contrat local de santé.

Le CLS est porté techniquement par un coordonnateur au sein des collectivités, qui peut être intéressant à solliciter pour s'acculturer aux questions de santé sur son territoire.

FOCUS

Le Conseil local de santé mentale

Le CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus, les professionnels de la psychiatrie, les usagers et les associations d'aidants. La démarche du CLSM a pour objectifs de définir et mettre en œuvre des actions contribuant à l'amélioration de la santé mentale sur son territoire. Le CLSM vise notamment à favoriser l'émergence de projets en matière d'information en santé mentale et de prévention des souffrances psychiques dans les QPV. Une contractualisation locale est prévue

avec les ARS en tant que pilotes des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM). En 2020, 154 territoires en Contrat de Ville disposaient d'au moins un CLSM (677 QPV et 3 millions d'habitants concernés).

> Pour aller plus loin : <http://clsm-ccoms.org/2020/10/07/article-coordonner-un-conseil-local-de-sante-mentale-un-metier-a-part-entiere-information-psychiatrique-2020-96-7-561-7/>.

LES CADRES THÉORIQUES SUR LESQUELS S'APPUYER

L'Urbanisme favorable à la santé : principes et objectifs

Avec le programme Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé en 1987, les principes d'un Urbanisme favorable à la santé se sont progressivement structurés pour promouvoir des aménagements urbains vecteurs de santé et de bien-être. Cette influence n'a cessé de croître en France, en lien avec les évolutions réglementaires en matière de santé environnementale et à la faveur d'une acception élargie de la santé, qui prend en compte l'ensemble des déterminants, à commencer par le cadre de vie. L'ambition d'un Urbanisme favorable à la santé est de définir un projet urbain en questionnant ses interactions avec l'environnement urbain et les habitudes de vie des habitants. L'objectif est d'influer positivement sur l'ensemble des déterminants de santé.

Ce qu'on appelle « Urbanisme favorable à la santé » rassemble des recommandations urbaines, paysagères et architecturales bénéfiques à la santé, tant dans le cadre d'études contextualisées et commanditées par des collectivités que de référentiels généraux visant à inciter les différents maîtres d'ouvrage des opérations d'aménagement et opérations immobilières à s'y engager.

En France, les travaux d'Urbanisme favorable à la santé regroupant des chercheurs et des professionnels du monde de la santé publique, de l'environnement et de l'urbanisme, se sont développés à partir de 2012. Ils ont conduit à l'élaboration de plusieurs référentiels très utiles pour sensibiliser l'ensemble de la chaîne des acteurs du renouvellement urbain.

Les grands principes d'un urbanisme favorable à la santé



Source : Anne Roué-Le Gall et Nina Lemaire, 2016

Panorama des guides d'Urbanisme favorable à la santé

«Urbanisme et Santé» (2002)

Le guide «Urbanisme et Santé» rédigé Hugh Barton et Catherine Tsourou offre une première incursion dans ce champ. Il permettra aussi aux spécialistes de la santé publique d'en savoir plus sur le rôle que peuvent jouer les urbanistes dans la promotion de la santé.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf

«Agir pour un Urbanisme favorable à la santé» (2014)

L'EHESP développe depuis 2011 un axe transversal de recherche et d'expertise dans le domaine de l'Urbanisme favorable à la santé et l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) sous les directions respectives d'Anne Roué Le Gall et Françoise Jabot. Le guide «Agir pour un Urbanisme favorable à la santé» est le premier résultat de ce travail analysant les leviers de promotion de la santé dans le champ de l'urbanisme.

<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>

Guide PLU et santé environnementale : intégrer la santé dans les documents d'urbanisme et les projets de territoire (2015)

Le guide «PLU et santé environnementale», élaboré

par l'A'Urba (Agence d'urbanisme de Bordeaux), vise à mettre à la disposition des collectivités et bureaux d'études une boîte à outils, des éléments de doctrine et d'argumentaire pour intégrer la santé dans les documents réglementaires en matière d'urbanisme et de planification.

https://www.aurba.org/wpcontent/uploads/2015/05/Guide_PLU_sante_environnementale.pdf

Isadora : un outil d'aide à l'intégration de la santé dans les opérations d'aménagement (2020)

À l'initiative de l'EHESP et de l'A'Urba, et avec le concours notamment des ministères chargés de la Santé, de l'Urbanisme et de la Transition écologique (DGALN), de l'Ademe, de la Fédération nationale des agences d'urbanisme (FNAU) mais aussi de l'ANRU, le guide Isadora vise à proposer une démarche opérationnelle d'accompagnement à l'intégration de la santé dans les opérations d'aménagement. Il s'articule autour de quinze clés thématiques, visant à proposer des moyens d'intervention pour intégrer la santé à toutes les étapes d'un projet d'aménagement.

<https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/06/001-Guide-entier-ISadOrA-version-web.pdf>

Les démarches d'Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) : principes et objectifs

Les études urbaines visant à développer un Urbanisme favorable à la santé peuvent se confondre avec les démarches d'Évaluation d'impact sur la santé (EIS), qui analysent *a priori* les orientations d'aménagement d'un projet urbain, pour contribuer *ensuite* à un Urbanisme favorable à la santé. Ces démarches ont connu un certain succès ces dernières années du fait qu'elles tentent d'aller plus loin que l'évaluation environnementale dont elle est inspirée, dans la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé.

L'EIS est une démarche structurée en cinq étapes successives (voir les étapes en annexe) qui vise à évaluer une politique publique ou un projet s'inscrivant dans un des champs d'action ayant des effets sur les déterminants de santé (action sociale, transport²⁸, mobilité, logement, renouvellement urbain...). Il s'agit dans cette optique de mesurer les impacts potentiels sur la santé des populations en proposant des orientations pour atténuer les effets négatifs et maximiser les bénéfices pour la santé. **Les EIS ne sont pas limitées au champ de l'aménagement urbain mais ont trouvé dans**

28. À l'initiative de l'ARS-IDF et en collaboration avec la communauté d'agglomération de Plaine Commune (Seine-Saint-Denis) et de l'INPES, une première EIS a été menée en 2013 en Île-de-France sur trois projets de transports, dans un territoire prioritaire. L'étude a été coordonnée scientifiquement par l'ARS et l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France, et accompagnée méthodologiquement par le groupe Impact de l'Université de Liverpool.

ce domaine un écho particulier, y compris dans le cadre des projets de renouvellement urbain.

Dans ce cadre, les EIS peuvent par exemple analyser la recomposition paysagère et urbaine proposée dans le cadre du projet ou plus spécifiquement une opération de résidentialisation ou la réalisation ou restructuration d'un équipement public, etc²⁹.

La démarche EIS est prospective : l'évaluation s'effectue avant la réalisation du projet urbain. L'analyse des effets possibles tient compte à la fois d'éléments de connaissance issus de données scientifiques et des points de vue et analyses remontés des acteurs de terrain. **L'un des intérêts de la démarche est de favoriser la prise de conscience des décideurs, des acteurs d'autres secteurs de l'action publique quant aux répercussions possibles des opérations**

d'aménagement, ouvrages et politiques sur la santé des populations.

Approches communes et différences entre les études d'UFS et démarches d'EIS

Souvent invoquées indifféremment ou rapprochées par les acteurs de l'aménagement urbain, les études d'UFS et démarches d'EIS ne sont pas interchangeables.

Si elles permettent de cibler les priorités sanitaires d'un territoire et de formuler des préconisations opérationnelles favorables à la santé à intégrer dans un projet urbain, elles ne s'inscrivent pas aux mêmes temporalités de son avancement. Aussi, le choix de l'une ou l'autre de ces approches dépend avant tout du niveau d'avancement du projet urbain, des objectifs recherchés et des résultats attendus³¹.

FOCUS

L'expérience Comodeis en Nouvelle-Aquitaine



Unique en France, **Comodeis est un dispositif qui vise à soutenir le développement des EIS en région Nouvelle-Aquitaine**. L'objectif est de mettre à disposition des ressources, des moyens, des outils pour soutenir et accompagner l'ensemble des acteurs qui souhaitent développer des EIS sur leurs territoires (délégations départementales des ARS et collectivités). Un des premiers objectifs est de développer une culture commune autour des EIS au sein des délégations départementales de l'Agence régionale de santé. L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé a créé un outil de plaidoyer qui donne des éléments de base pour sensibiliser les collectivités.

Plusieurs outils³⁰ ont été développés sur la région depuis 2017, dont la grille de sélection, intégrée en amont de la phase de diagnostic et destinée à choisir le projet qui semble le plus adapté à la réalisation d'une EIS. Il se présente sous la forme d'un questionnaire global sur la dimension spatiotemporelle et politique d'une orientation de politique publique telle que la réalisation d'un programme de renouvellement urbain. Enfin, il permet à une équipe transdisciplinaire de se prononcer sur les impacts potentiels du projet urbain à travers une revue détaillée de l'ensemble des déterminants de santé.

29. Pour en savoir plus : https://www.fabrique-territoires-sante.org/ressources/inspir_actions/la-rehabilitation-dun-groupe-scolaire-poitiers-penser-un-equipement. Rapport consultable en ligne : <https://santeetterritoire.files.wordpress.com/2020/09/poitiers-rapport-final-eis-2020-andersen.pdf>.

30. <https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/2017/06/19/les-outils-comodeis/>.

31. Source : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/eis-et-ufs-en-idf-retours-dexperiences>.

Type de démarche	État d'avancement du projet	Objectifs recherchés	Résultats attendus
Étude d'Urbanisme favorable à la santé (UFS)	En amont du diagnostic	— Définir dès les prémices du projet de grands axes prioritaires d'intervention pour améliorer la santé des habitants du territoire. — Contextualiser la mise en œuvre d'actions d'aménagement, de programmation ou de composition des espaces publics favorables à la santé.	Élaborer des préconisations techniques les plus opérationnelles possible pour intégrer la santé dans les différentes composantes d'élaboration et mise en œuvre du projet.
Évaluation des impacts sur la santé (EIS)	Projet en cours d'élaboration - phase préprogramme – premiers scénarios (encore évolutif).	— Réaliser une évaluation <i>a priori</i> du projet afin d'analyser les effets potentiels +/- de ce projet sur la santé. — Aider à bâtir un argumentaire en santé, appuyé par des données probantes auprès des élus et des populations.	— Mettre en avant les forces des premiers scénarios en termes de santé et voir comment le projet peut être profitable à tous. — Enrichir, questionner, repenser certaines orientations, dimensions initiales du projet dans un sens plus favorable à la santé. — Acculturer, sensibiliser d'autres services de la collectivité et les parties prenantes concernées par le projet par les enjeux de santé dans l'aménagement.

L'Évaluation d'impact sur la santé (EIS) constitue une démarche itérative utilisée *en aval* de la conception d'un projet d'aménagement mais *en amont* de sa réalisation, quand l'Urbanisme favorable à la santé (UFS) se comprend plutôt comme un guide favorisant la santé *du début à la fin* de la conception du projet d'aménagement.

Dans le cadre d'un projet de renouvellement urbain, il est donc possible de s'appuyer sur l'une ou l'autre de ces démarches ou guides pour assurer la prise en compte des enjeux de santé, dès la phase de conception ou, plus tard, au démarrage de l'exécution du chantier.

Vers des PRU favorables à la santé : principes et objectifs
Les démarches d'EIS ou études d'UFS permettent de prévenir les impacts négatifs ou positifs des orientations programmatiques d'un PRU (sur les plans

urbain, paysager, habitat, équipements et services, etc.) ou de se former en amont aux meilleurs choix de programmation et de conception favorables à la santé. Consacré aux PRU favorables à la santé, le présent ouvrage vise à promouvoir les leviers d'un UFS, adaptés aux quartiers en renouvellement urbain en déclinant de bonnes pratiques depuis le diagnostic jusqu'à la gestion du quartier rénové. Ces repères et éléments de méthode sont développés dans la partie suivante. Il peut être toutefois intéressant de recourir à une EIS lorsque les enjeux de santé sont apparus tardivement dans la fabrique du PRU. Cependant, il ne s'agit pas ici de s'arrêter à l'un ou l'autre de ces cadres méthodologiques, mais bien d'envisager la question plus largement, en mettant à plat l'ensemble des leviers favorisant la santé dans les quartiers grâce aux projets.

Un projet de renouvellement urbain est en effet l'occasion de mettre en regard des orientations d'aménagement avec les déterminants de santé, à toutes les étapes du projet.



Financer des études santé en aménagement

Conformément à leurs missions de prévention et de promotion de la santé, les ARS peuvent encourager les collectivités locales à conduire des études d'EIS ou d'UFS afin de renforcer la prise en compte de la santé dans leurs projets d'aménagement. Elles peuvent ainsi contribuer au financement de diverses études d'EIS ou UFS via le Fonds d'intervention régional et selon les axes prioritaires définis dans le PRS et le PRSE. La réalisation de ces études peut être confiée à des bureaux d'études ou être menée directement en interne (voir les fiches projets de Pierrefitte-sur-Seine p. 82 et Paris et p. 85). Le NPRNU a financé également des études d'EIS et UFS, comme à Cayenne et Miramas dans le cadre du protocole de préfiguration (voir fiche projet p. 98). Une exploration rapide des moyens financiers accordés pour la réalisation de ces études

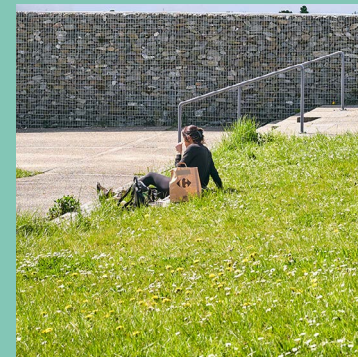
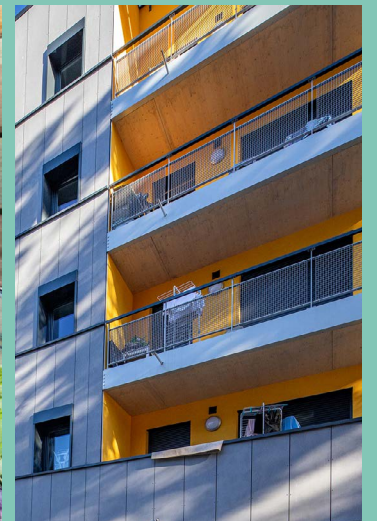
permet d'envisager des montants en moyenne situés entre 20 000 euros et 50 000 euros.

À titre d'exemple : En Île-de-France, deux appels à manifestation d'intérêt Santé, environnement, aménagement durable (Amisead I en 2016 et Amisead II en 2019), coportés par l'ARS IDF et la direction Île-de-France de l'ADEME, ont permis d'accompagner des Évaluations des impacts sur la santé ou de premières démarches expérimentales autour de l'Urbanisme favorable à la santé. C'est notamment le cas des démarches d'EIS portées par les Villes de Pierrefitte-sur-Seine et Paris (voir les fiches projets p. 82 et 85).
<https://ile-de-france.ademe.fr/sites/default/files/communique-presse-ami-sead.pdf>

Fiche thématique

2

Concevoir et mettre en œuvre des projets
de renouvellement urbain favorables
à la santé



Comment favoriser la santé grâce au projet de renouvellement urbain ?

Après s’être saisi des enjeux de santé pour les quartiers en renouvellement urbain, comment concevoir concrètement un projet de renouvellement urbain favorable à la santé ? Les travaux du groupe de travail ANRU+ ont mis en évidence l’importance d’une prise en compte de la santé :

- **aux différentes échelles d’intervention du PRU** : du quartier au bâti (logements, espaces et équipements publics ou privés) ;
- **à toutes les étapes du projet, et après sa mise en œuvre** : du diagnostic aux études de programmation et de conception, à la phase d’exécution des chantiers, puis de gestion du quartier renouvelé.

À ce titre, les clés méthodologiques présentées ci-après suivront les différentes phases du projet de renouvellement urbain :

1. **Faire le point avant de se lancer**
2. **Identifier le profil santé du quartier**
3. **Programmer et concevoir**
4. **Anticiper l’impact**
5. **Suivre et évaluer dans la durée**

1 Faire le point avant de se lancer

Un projet de renouvellement urbain peut offrir plusieurs réponses concrètes aux grandes orientations d’un territoire en matière de santé. Ces orientations constituent autant de bases stratégiques pour concevoir un projet de renouvellement urbain

favorable à la santé, en articulation avec la planification territoriale de santé. Le premier réflexe doit être de mobiliser les instances locales de santé et leurs documents de référence : le volet santé du Contrat de Ville le plus souvent animé par l’Atelier Santé Ville (voir p. 25), mais aussi le Contrat local de santé (CLS).

Cela suppose d’effectuer un premier déchiffrement des politiques territoriales de santé et de leurs documents cadres pour aller chercher les bons interlocuteurs et construire une gouvernance du projet de renouvellement urbain qui assure la prise en compte des enjeux de santé.

FAIRE LE POINT SUR LES ORIENTATIONS LOCALES EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les différentes compétences en matière de santé
Bien que l’organisation du système de santé reste largement centralisée, il existe des politiques publiques de santé aux différents échelons territoriaux. Tour d’horizon des compétences de chacun en matière de santé publique :

- **L’État** conserve la prérogative de définition des grands objectifs de santé via ses programmes nationaux de santé publique, y compris de santé environnementale (voir p. 35).

La mise en œuvre opérationnelle se fait au niveau des 13 Régions via les Agences régionales de santé (ARS). L’Agence régionale de santé est un établissement public d’État placé sous tutelle du ministère chargé de la santé et des affaires sociales. Le conseil de surveillance de l’ARS est présidé par le préfet de Région, et constitué de représentants de l’État, de l’Assurance maladie, des collectivités territoriales et des usagers du système de santé, social et médico-social.

Les ARS mettent en place la politique de santé dans leur région et sont compétentes sur le domaine de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins, en passant par l’accompagnement médico-social et la santé environnementale. Elles sont ainsi chargées du pilotage de la santé publique en organisant la veille et la sécurité sanitaire en anticipant et préparant la gestion des crises sanitaires en lien avec les préfets, en définissant, finançant et évaluant les actions de prévention et de promotion de la santé, en contrôlant le respect des règles d’hygiène et en agissant sur les politiques publiques susceptibles d’avoir un impact sur la santé. Elles sont par ailleurs chargées de la régulation de l’offre de santé en facilitant l’accès aux soins de premier recours, en autorisant et en contractualisant avec les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) et en assurant la qualité et la sécurité des prises en charge. À ce titre, elles peuvent octroyer des aides à l’installation des professionnels de santé afin de rééquilibrer l’offre de soins dans les territoires sous-dotés.

Les ARS sont représentées dans chaque département par une délégation départementale, en charge des missions de proximité, des projets locaux et du partenariat avec les acteurs locaux. La délégation départementale est l’interlocuteur privilégié des partenaires extérieurs (préfets, élus locaux, directions départementales des Territoires, etc.) et est structurée en départements sur les différentes missions en matière de santé (offre

de soins, autonomie, promotion de la santé et réduction des inégalités, santé environnementale, protection des populations, etc.).

Les ARS interviennent dans le cadre d’un Projet régional de santé (PRS) qui constitue le document de référence pour l’organisation des soins au niveau régional et d’un Plan régional Santé Environnement (PRSE) (voir p. 26). Ces documents peuvent faire l’objet de déclinaisons départementales, intercommunales et communales dans le cadre de Contrats locaux de santé.

Les Conseils départementaux exercent un rôle en matière de santé publique à travers leurs services de Protection maternelle et infantile. Plus largement, ils exercent des compétences dans le champ médico-social à travers leurs missions de prise en charge des personnes âgées et en situation de handicap (aides sociales à l’hébergement, allocation personnalisée d’autonomie, prestation de compensation du handicap), d’aide sociale à l’enfance, d’insertion et de lutte contre la pauvreté (revenu de solidarité active). Ils peuvent participer également aux Contrats locaux de santé et aux Contrats de Ville. À leur demande, ils peuvent se voir confier par l’ARS des actions dans le domaine de la tuberculose, des vaccinations, du VIH, etc.

Les communes et leurs intercommunalités au-delà du pouvoir de police qui confère au maire la possibilité de prendre certaines mesures

FOCUS

La mission de santé environnementale des ARS

La santé environnementale fait partie des domaines de santé publique pour laquelle l’ARS assure la surveillance de différents registres :

- **Eaux et aliments** : suivi de la qualité de l’eau de l’alimentation humaine, des eaux de baignade, des piscines et des sites de pêche à pied de loisirs, protection de la ressource hydrique.
- **Environnement de vie intérieure** : suivi de la qualité de l’air intérieur, lutte contre l’habitat indigne.

Environnement de vie extérieure : prévention en matière de nuisances sonores, qualité de l’air extérieur, déchets d’activités de soins, impact sur la santé des activités humaines.

C’est à ce dernier titre que l’ARS émet des avis sanitaires sur les projets d’aménagement. Ce volet constitue également l’un des axes d’attention particuliers des démarches EIS portant sur des projets de renouvellement urbain.

spécifiques, les communes n'ont pas de compétence santé obligatoire. Elles peuvent, par conventionnement avec l'État, mettre en œuvre des programmes de santé spécifiques. La commune est compétente en matière d'aide sociale facultative, via son CCAS. Cette compétence peut être transférée à l'intercommunalité et à son CIAS. Les communes peuvent également attribuer des aides en matière sanitaire pour l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en offres de soins et pour financer des structures participant à la permanence des soins (voir les centres de santé p. 66). Les communes ou les EPCI peuvent piloter et animer des Contrats locaux de santé (voir ci-dessous) et des Ateliers Santé Ville (voir p. 25) dans l'optique de réduire les inégalités sociales et territoriales

d'accès à la prévention et à l'offre de soins. Elles ont alors le portage des postes d'animation de ces instances (coordinateurs CLS/CLSM et ASV) qui peuvent être cofinancés par les ARS.

— **Les Conseils territoriaux de santé (CTS)** constituent une instance de concertation sanitaire au niveau local. Ils participent notamment à l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du PRS, en particulier sur l'organisation des parcours de santé en lien avec les professionnels du territoire. Ils s'organisent à l'échelle du «territoire de démocratie sanitaire» (délimité par l'ARS à un niveau départemental ou infradépartemental). Ils sont organisés en cinq collèges dont l'un est consacré aux élus locaux et les autres aux professionnels de santé, usagers, représentants de l'État et personnalités qualifiées.

FOCUS

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CPTS sont un mode d'organisation qui permet aux professionnels de santé de se regrouper sur un même territoire, autour d'un projet de santé commun. Créées à l'initiative des professionnels, les CPTS peuvent réunir une grande variété d'acteurs (les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice – libéral, salarié –, les établissements sociaux, médico-sociaux, la PMI, les établissements de santé...). L'Assurance maladie contribue au financement pour le déploiement de ces CPTS. L'ARS peut également attribuer des crédits du Fonds d'intervention régional pour financer les actions du contrat territorial de santé.

La CPTS définit, en lien avec les élus locaux et l'ARS, un projet territorial de santé répondant aux besoins des populations dans une logique de coordination territoriale, pour améliorer l'organisation des soins et des parcours de l'ensemble des patients du territoire. Cela peut consister, par exemple, à mettre en place des protocoles pour formaliser et systématiser les échanges entre médecin traitant et services hospitaliers en amont et en aval de l'hospitalisation des personnes âgées, ou des plages réservées aux consultations sans rendez-vous, assurées à tour de rôle par les médecins généralistes du territoire. Le territoire de référence

est défini par les professionnels de santé eux-mêmes dans leur projet de santé. Il correspond à leur «territoire vécu», c'est-à-dire au territoire qui leur semble pertinent pour initier des coopérations, en fonction des parcours des patients, c'est-à-dire des lieux au sein desquels ils sont le plus souvent hospitalisés ou pris en charge en second recours (soins spécialisés, biologie, radiologie...). Ce territoire peut être infracommunal, communal ou intercommunal, mais il ne correspond pas toujours aux périmètres administratifs existants. Il peut évoluer dans le temps si la CPTS le souhaite et sous le contrôle de l'ARS et de l'Assurance maladie. Les CPTS et les Contrats locaux de santé peuvent parfois voir leurs champs se recouper. L'accès aux soins de premier recours est un axe souvent retenu dans les programmes d'action des CLS et constitue, on l'a vu, un domaine d'intervention naturel pour la CPTS. De même, les actions de prévention proposées par la CPTS sont complémentaires de l'approche globale de la santé portée par les CLS. L'organisation de réunions régulières d'échanges entre coordonnateurs de CPTS et de CLS, voire la présence réciproque des coordinateurs au sein des instances de pilotage et de suivi des deux dispositifs, peut favoriser leur articulation.

DÉFINIR DES MODALITÉS DE GOUVERNANCE ASSURANT LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTÉ

Intégrer les compétences santé dans la gouvernance du PRU

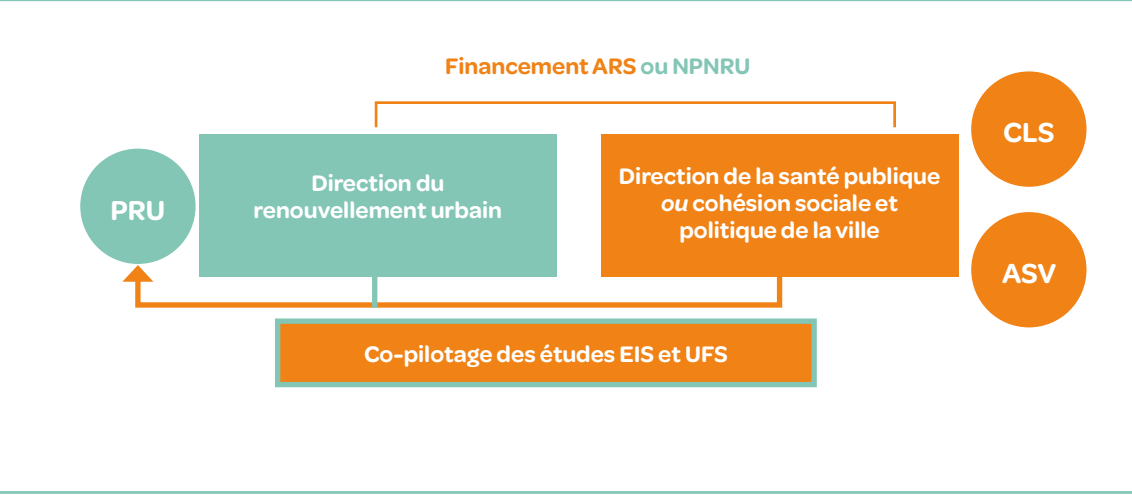
Un projet de renouvellement urbain requiert un pilotage stratégique et opérationnel mobilisant une pluralité de compétences (environnementale, sociale, économique...). Y intégrer la santé peut laisser craindre un alourdissement de la gouvernance, à moins de convoquer les acteurs de la santé de manière concomitante, aux différentes phases de conception et de mise en œuvre du projet, mais aussi de sensibiliser les acteurs de l'aménagement, de l'urbanisme et de la construction aux enjeux de la santé.

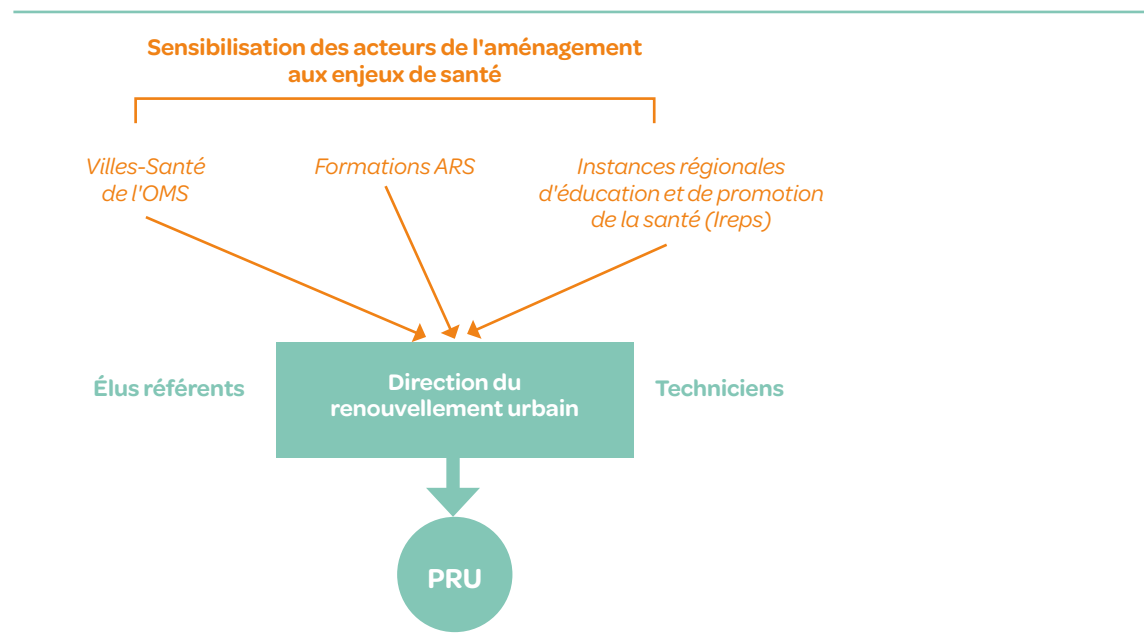
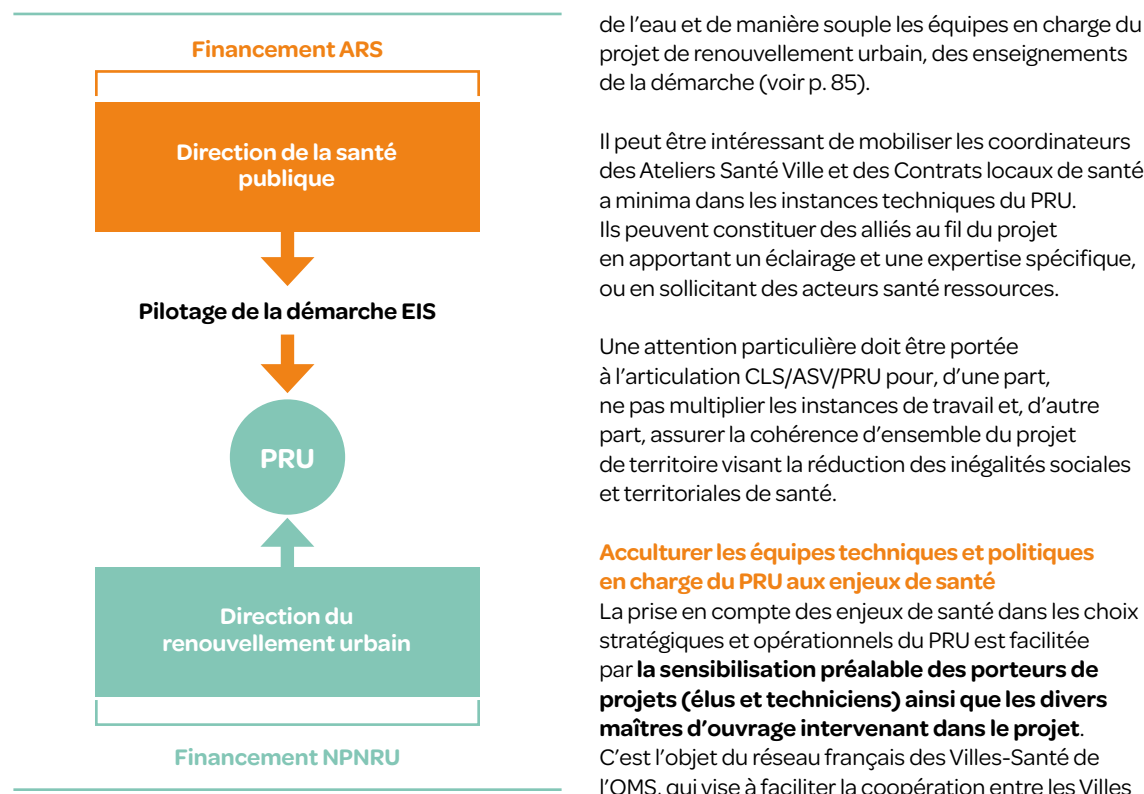
En lien avec les moyens mobilisés par les ARS pour financer les études d'EIS ou d'UFS, les directions Santé des Villes sont souvent aux manettes des EIS, y compris lorsqu'elles portent sur une opération de renouvellement urbain. Il convient de trouver le mode de pilotage adapté à un dialogue resserré entre santé et renouvellement urbain.

Les retours d'expérience mettent en évidence la plus-value apportée par un copilotage des directions du Renouvellement urbain et de la Santé quand ces dernières existent. L'étude d'Urbanisme favorable à la santé menée dans le cadre du PRU de Joncherolles-Fauvette-Vallès à Pierrefitte-sur-Seine a ainsi été impulsée par la coordinatrice du Contrat local de santé qui était également en charge du pilotage de l'Atelier Santé Ville (ASV), mais s'est trouvée par la suite coportée par les directions de la Santé et du Développement urbain de la Ville. Dans le cas spécifique d'une démarche d'EIS portant sur la stratégie urbaine globale du PRU et pour qu'elle soit bénéfique à ce projet par une intégration effective des enjeux de santé dans le renouvellement urbain, il est indispensable que l'étude soit suivie par le comité de pilotage du projet de renouvellement urbain plutôt que par une instance distincte.

La fiche projet de Paris présente un modèle original de gouvernance de la démarche EIS avec un pilotage par sa direction des Affaires sociales, mais une réalisation de l'étude directement en régie par une équipe dédiée en interne, permettant d'alimenter au fil

Différentes modalités pour intégrer la santé dans le PRU





ou les EPCI qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé, des référentiels existants en matière d'Urbanisme favorable à la santé (voir p. 28) et autres plaidoyers pour les EIS (voir p. 29). L'acculturation des acteurs du renouvellement urbain se révèle être un gage d'efficacité pour prendre conscience de l'influence des décisions sur la santé des populations à travers les orientations des projets et les différentes opérations et de l'enjeu d'associer l'ensemble des parties prenantes (décideurs, techniciens, usagers et habitants...). Dans cette perspective, la Ville de Miramas a créé **une charte pour engager l'ensemble des maîtres d'ouvrage à prendre en compte les enjeux de santé durant toute la durée du projet** (voir la fiche projet p. 98).

Des formations proposées par les ARS et les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps)³² existent dans cette perspective, à destination des techniciens, mais aussi des élus dont l'implication est déterminante, comme le montre la démarche d'EIS portant sur le projet des Portes du Vingtième à Paris qui a reposé sur un portage politique fort (voir fiche projet p. 85).

Le recours à une expertise santé intégrée dans les groupements en charge de la définition des projets de renouvellement urbain (AMO pour les études préopérationnelles, MOE pour la phase de réalisation) facilite enfin la prise en compte des recommandations en matière de santé tout au long du PRU et la cohérence globale des interventions.

2 Élaborer le profil santé du quartier

Cette étape permet de préciser le « profil santé » du territoire à l'échelle du quartier, selon une approche globale des déterminants de santé, en vue de définir des priorités d'intervention pour le PRU. Il s'agit de croiser et mettre en perspective différentes données et indicateurs qui généralement sont analysés indépendamment les uns des autres, afin de contextualiser et caractériser les enjeux critiques de santé du quartier, comparativement au reste du territoire de référence (commune, EPCI...).

Le profil santé du quartier s'élabore en suivant quatre étapes.

Les différentes étapes pour élaborer le profil santé du territoire



32. Les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) sont des associations loi 1901 essentiellement financées par des fonds publics de l'État ou des collectivités territoriales. Le réseau des Ireps propose une expertise et un appui pour le développement régional de la politique de promotion de la santé ou de prévention. Il soutient et développe des initiatives locales permettant de mieux répondre aux besoins de santé des citoyens. Interface entre les politiques, les acteurs de terrain professionnels ou bénévoles et les populations, le réseau des Ireps vise à lutter contre les inégalités de santé et à favoriser le bien-être pour tous. Plus d'infos ici : <https://www.fnes.fr>

1 Identifier les ressources et les données mobilisables

La première étape est de recenser l'ensemble des ressources disponibles afin d'identifier les enjeux prédominants, les zones géographiques impactées et les populations vulnérables. Les sources de données et leur disponibilité à des échelles fines peuvent être très disparates d'un territoire à l'autre ou d'une région à l'autre. Le site SIG Ville permet de disposer de certaines données à l'échelle infracommunale.

Les outils géomatiques des Observatoires régionaux de santé (ORS) sont des portes d'entrée incontournables. La seconde étape consiste à mettre en cohérence des données hétérogènes qui sont produites à des échelles différentes (communales, intercommunales,

régionales...) et dans des champs d'action séparés (protection de l'environnement, développement de l'offre d'habitat, action sociale, développement des équipements de santé...). C'est toute la difficulté de prendre en compte tous les déterminants de santé.

Une fois les ressources et indicateurs recueillis, cinq questions clés peuvent guider l'étape de l'analyse des données pour qualifier le profil santé du quartier :

- Quel est le niveau de fragilité socio-économique des habitants?
- Observe-t-on des fragilités particulières en matière de santé physique et mentale?
- Existe-t-il des facteurs de risques et d'exposition des populations aux nuisances environnementales?
- Le quartier est-il concerné par des comportements individuels qui ont un impact sur la santé?
- L'offre de soins est-elle carencée?



ACTEURS À MOBILISER

- Observatoires Régional de Santé (ORS)
- Agences Régionales de Santé (ARS)
- Services des collectivités
- Agences d'urbanisme
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations
- Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air
- Institut Régional d'Education et de Prévention en Santé
- Centre Communal d'Action Sociale
- Associations de professionnels de santé, travailleurs sociaux
- Associations de quartiers
- Etc.



DOCUMENTS RESSOURCES

- Plan Régional de Santé-Environnement
- Schéma de Développement Durable et d'Egalité des Territoires
- Schéma de Cohérence Territoriale
- Plan Local d'Urbanisme (Intercommunal)
- Programme Local de l'Habitat
- Plan de Déplacements Urbains
- Atelier Santé Ville (cf. focus)
- Contrat de Ville / Diagnostiv Local de Santé
- Analyse des Besoins Sociaux
- Protocole de Préfiguration NPNRU
- Etc.



BASES DE DONNÉES STATISTIQUES

- INSEE
- Assurance Maladie
- CAFdata
- data.Drees
- Atlasanté (ARS)
- ORS
- Autorité de surveillance de la qualité de l'air (ex. Airparif) et du bruit (ex. Bruiparif)
- Etc.

2 Collecter, structurer et croiser les données



CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Caractéristiques de la population

Par exemple : Evolution démographique, indice de vieillissement, indice de jeunesse, composition des ménages, niveaux de revenus (*Insee, Filosofi*)
Indice de développement humain IDH2 (*data.gouv*)



ACCÈS AUX SOINS

Offre de soins

Par exemple : Densité des professionnels de santé et paramédicaux, zonage prioritaire... (*REZONE CPTS, Cartosanté, ORS*), Activités et consommation de soins hospitaliers (*Cartographie ATIH*), Part de la population concernée par la couverture universelle complémentaire – CMUC, part des bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé – ACS (*CPAM*).



ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

Indicateurs de santé physique

Par exemple : taux de mortalité générale, prématurée et évitable, taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire, taux des Affections Longue Durée (ALD) pour maladies de l'appareil respiratoire, endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, prévalence du diabète...> *REZONE CPTS, ORS*

Indicateurs de santé mentale

Par exemple : taux de mortalités de suicides, taux de mortalité liés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme, etc.

Pourquoi ?

> Avoir un portrait de l'état de santé d'une population, et caractériser des problématiques de santé à une échelle régionale / départementale / (inter) communale
> Contextualiser les problématiques de santé selon les profils des populations, et comparer des territoires



MILIEUX DE VIE

Etat de l'environnement physique

Par exemple : risques environnementaux (*IPR, Sirse*), Sites et sols pollués (*BASOL, BASIAS*), qualité de l'air, nuisances sonores, points noirs environnementaux, îlots de chaleur urbains (*Observatoire régional, Agence d'urbanisme*)

Cadre de vie

Par exemple : occupation des sols (*Corine Land Cover*), densité de population (*Insee*), caractéristiques du parc de logements (*Insee, Filocom*), carence et accessibilité aux espaces verts (*Observatoire régional, Agence d'urbanisme*), desserte en transport en commun, etc.

Pourquoi ?

> Identification des facteurs de risques, et de protection
> Identification des populations les plus vulnérables, et croisement avec l'exposition à différentes échelles (du territoire à l'IRIS)
> Cibler les leviers de réduction de l'exposition de la population



PRATIQUES ET MODES DE VIE

Activité physique et sportive

Par exemple : part des moyens de transports utilisés pour les mobilités domicile/travail (*Insee*), Marchabilité / Cyclabilité (*Observatoire régional, Agence d'urbanisme*), Nombre d'équipements sportifs et taux d'équipements, nombre de licenciés, part des moins de 20 ans parmi les licenciés...(*Insee, Observatoire régional*)

Pratiques alimentaires

Par exemple : marché, commerces alimentaires...(*BPE Insee*), part des jeunes en surpoids, prévalence de l'obésité.

Pourquoi ?

> Pour alimenter les actions d'accompagnement et de prévention en santé (manger-bouger, etc.)
> Pour prendre en compte l'influence de l'environnement urbain sur les comportements de vie



Situer ma collectivité par rapport aux inégalités territoriales dans l'offre de soins

L'ARS peut fournir, à la demande des collectivités, la plupart des éléments statistiques et diagnostiques. Plusieurs sources en accès direct sur Internet peuvent toutefois permettre d'approfondir certains aspects :

- **La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)**, chargée des statistiques au sein du ministère des Solidarités et de la Santé, met à disposition des données et cartographies (accès aux soins, consommation de santé, conditions de vie, etc.) : <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr>.
- **Le Conseil national de l'Ordre des médecins** publie chaque année un atlas de la démographie médicale, qui indique des données consolidées à partir des inscriptions à l'Ordre des médecins. Ces données sont très détaillées mais elles présentent deux limites :
 - leur échelle, uniquement départementale : les données intercommunales ou communales sont toutefois disponibles sur demande auprès du Conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
 - les indicateurs utilisés, centrés sur la densité et l'âge des médecins, alors que d'autres variables entrent en ligne de compte dans l'accès aux soins (le temps de travail des médecins ou l'âge de la population par exemple).
- **Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins** constitue un partenaire utile pour réaliser un diagnostic local de la démographie médicale car il dispose de données précises et actualisées sur les caractéristiques des professionnels du territoire, qui sont tous enregistrés (Tableau de l'Ordre) auprès de lui.
- **L'outil Cartosanté**, disponible en ligne (<http://cartosante.atlasante.fr>), permet quant à lui de disposer d'une grande variété de données (déjà présentées sous forme de tableaux,

de schémas, voire de cartes) relatives à l'offre de soins mais aussi à la consommation de soins. Celles-ci peuvent être déclinées à l'échelle de la commune, de l'intercommunalité, du bassin de vie et même du bassin d'emploi.

- **L'outil Rézone de l'Assurance maladie**, également disponible en ligne (<http://rezone.ameli.fr/rezone/>), propose à l'échelle de la commune ou du territoire de vie des données sur la démographie des patients et des professionnels de santé mais également un simulateur des aides possibles pour une installation en libéral dans le territoire.
- **Les observatoires régionaux de la santé**, organismes scientifiques indépendants financés par les ARS, mettent généralement à la disposition des acteurs des données et des cartographies sur l'état de santé, ses déterminants, les inégalités de santé et les difficultés d'accès aux soins. Leur fédération nationale a créé le site d'information en santé Score Santé (<https://scoresante.org>) pour mettre à la disposition des décideurs des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population et ses déterminants.
- **Le site SIG Ville** (<http://sig.ville.gouv.fr>) met à disposition un ensemble de données territorialisées à l'échelle des quartiers prioritaires de la politique de la Ville, permettant d'objectiver les difficultés de ces territoires fragilisés, ainsi que certains dispositifs implantés dans les QPV (localisation des CLSM par exemple).

> Plus d'infos ici : Guide pratique « Accès aux soins » à destination des élus élaboré par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales – Novembre 2019.

3 Compléter avec le terrain

Un projet de renouvellement urbain favorable à la santé doit pouvoir s'appuyer sur un profil de territoire complet, croisant des données sociales, économiques, environnementales et sanitaires. L'analyse de ces données doit être enrichie par le **recueil du point de vue des professionnels du secteur médical, médico-social, de l'action**

sociale, des habitants, de leurs représentants et des relais de terrain sur les facteurs de vulnérabilité du territoire et les besoins de santé des populations.

Les professionnels du secteur médical

L'objectif est de solliciter les professionnels de santé en s'appuyant sur les personnes en charge de l'animation de l'Atelier Santé Ville, de la coordination du Contrat local de santé, ou via les Communautés professionnelles territoriales de santé (voir focus).

ACTEURS	RÔLE EN MATIÈRE DE SANTÉ	INFORMATIONS À RECUEILLIR
Soignants (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers...)	— Soins de premier recours. — Soins spécialisés.	— État de santé des habitants (maladies chroniques, conditions de vie et comportements favorables ou défavorables à la santé, etc.). — Accessibilité de l'offre de soins aux habitants du quartier et de l'environnement. — Régularité de la fréquentation de l'offre de soins.
Pharmaciens		— Conditions d'exercice des professionnels et relation avec les habitants du quartier. — Besoins de surfaces supplémentaires ou d'adaptation des locaux.

Les structures et acteurs du secteur médico-social et social

Du fait de leurs missions au service des populations vulnérables, les structures et acteurs du secteur médico-social et social du territoire sont des relais précieux à solliciter pour caractériser les difficultés des habitants en matière de santé et apprécier le climat et les dynamiques sociales du quartier (ambiance, interactions sociales, entraide, etc.) spécifiquement, et par rapport à son environnement. Parmi les principaux acteurs à solliciter, citons notamment :

ACTEURS	RÔLE EN MATIÈRE DE SANTÉ	INFORMATIONS À RECUEILLIR
Centre local d'information et de coordination (CLIC)	Information à destination des personnes âgées et de leurs familles.	Profil et état de santé des personnes âgées.
Structures médico-sociales³³	Accompagnent et/ou hébergement des personnes en situation de vulnérabilité.	Caractéristiques et état de santé, de vulnérabilité et d'autonomie des publics accueillis et hébergés. Fréquentation de la structure par les habitants du quartier et de l'environnement.
Protection maternelle infantile	Prévention dans le domaine médical, psychologique, éducatif et social à destination des futurs parents et des enfants.	État de santé des enfants et de leurs familles. Besoins d'information et d'orientation sur la contraception, l'obstétrique ou la parentalité.
Mission locale	Information et accompagnement à l'insertion professionnelle et sociale des jeunes de 16 à 25 ans.	État de santé des jeunes de 16 à 25 ans. Besoins des jeunes en matière d'emploi, d'insertion et de loisirs.
Acteurs de la prévention sociale et spécialisée	Actions éducatives et sociales pour faciliter l'insertion, la socialisation et la réussite. Accompagnement de problématiques spécifiques. Accompagnement à la parentalité.	État de santé des publics suivis. Problèmes d'addiction et comportements favorables/défavorables à la santé. Besoins en matière de prévention et d'insertion.
CCAS	Actions et accompagnement social.	État de santé des familles et des populations en situation de fragilité.

La Protection maternelle infantile

Créée en 1945, la **Protection maternelle infantile** (PMI) est un service de santé publique, gratuit, ouvert à tous, géré par le Conseil départemental, sous la responsabilité d'un médecin départemental. Il existe plus de 5100 points fixes de consultations sur le territoire national.

La PMI joue un **rôle de prévention dans le domaine médical, psychologique, éducatif et social** pour les futures mamans et les enfants en s'appuyant sur des équipes pluridisciplinaires. Ses missions regroupent un ensemble de mesures médico-sociales destinées à assurer, par des actions préventives continues, la **protection des femmes enceintes, des mères et des enfants jusqu'à l'âge de l'obligation scolaire**.

Les équipes professionnelles réalisent des **actions de prévention et de promotion de la santé dans de multiples domaines** :

- consultations pour les bébés et enfants jusqu'à 6 ans avec vaccinations;
- consultations prénuptiales, planification des naissances, IVG, dépistage des IST

- (infections sexuellement transmissibles);
- surveillance de la grossesse;
- bilans de santé pour les enfants en école maternelle;
- suivi médical des enfants de moins de 6 ans, porteurs de handicaps, des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE);
- prévention de la maltraitance;
- prise en charge des enfants, des mineurs et des femmes enceintes en difficulté.

Chaque personne s'inscrivant dans un parcours de vie qui trouve ses racines dans l'enfance, les **actions réalisées lors de la petite enfance sont un enjeu fondamental en matière de santé**.

La PMI présente la particularité de **regrouper en un même lieu des personnels sociaux et sanitaires et de réaliser à la fois des interventions individuelles et collectives**. Les caractéristiques de l'approche clinique développée par les personnels de PMI ont été finement décrites dans un rapport de la DGCS de 2016,³⁴



33. Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) accompagnent des personnes en situation de vulnérabilité : personnes âgées dépendantes, personnes en situation de handicap, enfants placés sous la protection de la justice ou de l'aide sociale à l'enfance, personnes en situation de précarité et sans logement fixe, demandeurs d'asile, personnes confrontées à des difficultés spécifiques, majeurs protégés. Ils ont notamment pour mission de promouvoir, restaurer ou maintenir leur autonomie.

34. Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil – DGCS, mai 2016.

Les habitants et usagers du quartier et les relais de proximité

La prise en compte de la **santé environnementale** invite à analyser les **déterminants de santé, et en particulier ceux qui touchent au cadre de vie et à l'habitat**. À ce titre, il est primordial, d'interroger les habitants et usagers du quartier et leurs représentants (associations, Conseils citoyens, etc.) sur leurs perceptions, pratiques et modes de vie. Cette sollicitation doit être intégrée autant que possible dans les démarches de coconstruction du projet de renouvellement urbain existantes, à la fois pour éviter de dissocier l'approche santé du projet et ne pas les surmobiliser. La rencontre des relais de proximité du quartier (centres sociaux, équipements, personnels

de proximité des bailleurs, équipes éducatives, etc.) est également très utile pour apprécier les dynamiques sociales, les conditions de vie et les comportements favorables et défavorables à la santé, et caractériser l'état de santé des habitants et des populations en situation de fragilité.

Des modes de coconstruction adaptés pour parler santé

Comme tout objet de coconstruction, la question de la santé suppose une méthodologie adaptée (format, processus, registres d'implication et outils proposés, etc.) au contexte local et affinée de manière progressive. Les retours d'expérience des porteurs de projet de renouvellement urbain soulignent certains points de vigilance à considérer pour

«Ambiansanté – un outil pour travailler sur les perceptions de la santé à l'échelle d'un quartier»

	Bruit gênant ☐	Bruit désagréable ☐	Absence de bruit ☐	Son agréable ☐
	Odeur gênante ☐	Odeur désagréable ☐	Absence d'odeur ☐	Odeur agréable ☐
	Vue désagréable ☐	Vue quelconque ☐	Vue agréable ☐	Vue qualitative ☐
	Désorientation ☐	Manque de repères ☐	Dégagement, repères ☐	Horizon lointain, exploration ☐
	Obstacles à la marche ☐	Marche désagréable ☐	Marche possible ☐	Propice à la marche ☐
	Obstacles au vélo ☐	Vélo désagréable ☐	Vélo possible ☐	Propice au vélo ☐
	Matériaux dangereux ☐	Matériaux monotones, dégradés ☐	Matériaux neutres ☐	Matériaux qualitatifs ☐
	Sinistre ☐	Peu accueillant ☐	Calme et agréable ☐	Animé ☐
	Je me sens en danger, je ne viendrais pas ici seul(e) ☐	Je me sens mal à l'aise, je ne viendrais pas ici la nuit ☐	Je me sens bien, mais je ne viendrais pas seul(e) la nuit ☐	Je viendrais ici seul(e) à toute heure ☐

Développé par le bureau d'études NovaScopia en 2016, la grille **Ambiansanté** est un outil d'observation participatif inspiré du «**diagnostic en marchant**», qui permet à chacun de formuler son ressenti sur un espace à partir d'éléments perceptibles (bruit, odeur, vue plus ou moins agréable, lisibilité des repères ou manque d'orientation, facilité des déplacements, qualité des matériaux, ambiance, sentiment de sécurité...), considérés à un instant t comme favorables ou défavorables à la santé.

Utilisée collectivement lors d'une promenade de santé sur le quartier, cette grille **interroge les modes de vie à partir des perceptions** des habitué du quartier mais aussi des professionnels plus éloignés du terrain. Elle permet d'évaluer la perception du bruit sur le chemin d'une école, d'évoquer les odeurs d'une place, l'esthétique d'un paysage, etc. Pour une utilisation optimale de l'outil, la pluralité des acteurs invités devra être recherchée. Appliquée généralement lors de phases de diagnostics, elle peut aussi s'utiliser après la livraison d'un programme.

travailler avec les habitants et leurs représentants sur la dimension de la santé. Certains de ces points d'attention peuvent être relevés pour être intégrés dans les démarches déjà en cours et dans les futurs cahiers des charges de consultation des AMO liées à la concertation.

Le caractère individuel et potentiellement intime du sujet

Des modalités d'échange spécifiques peuvent être imaginées pour créer une relation de confiance entre les concertants et les habitants. Les projets des Portes du Vingtième, à Paris, et de Villeneuve-les-Salines, à La Rochelle, se sont largement appuyés sur des démarches de rencontre des habitants en porte-à-porte, pouvant parfois déboucher sur des entretiens à l'intérieur de la sphère privée, plus propice à l'échange.

L'appui sur les acteurs institutionnels ou de santé locaux pour coorganiser les événements

Cela donne une légitimité plus forte à la démarche et permet d'ouvrir plus facilement le dialogue. À Niort (voir fiche projet p. 94) un atelier « check-up santé » en pied d'immeuble a été organisé en partenariat avec le centre d'examen de santé de la CPAM, la PMI et l'Ireps³⁵ Nouvelle-Aquitaine afin de sensibiliser les habitants sur les différents déterminants de la santé et leur expliquer les liens avec l'Évaluation d'impact sur la santé conduite autour du projet.

Des modalités et temps de concertation thématiques pour toucher les publics

En fonction des dimensions de la santé abordées : balade urbaine pour appréhender les problématiques d'accessibilité de l'espace public (PMR), ou visites de jardins partagés pour évoquer les comportements alimentaires.

4 Diffuser, coconstruire, actualiser au fil de l'eau

Le profil santé du quartier est nécessairement dynamique. Une actualisation régulière (tous les trois à cinq ans) permet d'une part de faire le point sur l'évolution des indicateurs, de mettre en évidence des tendances et phénomènes nouveaux et de (re) mobiliser les différentes parties prenantes dans une réflexion transversale et un projet partagé. Dans cette perspective, il reste intéressant de réaliser un profil santé du territoire après la validation des grandes orientations urbaines contractualisées dans le cadre de la convention pluriannuelle de renouvellement urbain, pour s'assurer que le projet n'évince pas un sujet fondamental de santé et voir comment y répondre dans la définition plus fine de ses opérations.

LES BÉNÉFICES

CONTEXTUALISATION AU QPV OU À L'ÉCHELLE PROJET		MOBILISATION DES PARTIES PRENANTES SUR LA DUREE		ACCULTURATION, REPLICABILITE, ESSAIMAGE	
	Données de santé complémentaires, infra communales		Contextualisation et positionnement des QPV / du quartier dans périmètre élargi		Actualisation du diagnostic et des données au fur et à mesure de l'avancement du projet
			Suivi des impacts du projet		Vers d'autres dispositifs / programme ou autre politique sectorielle
					Vers d'autres projets de renouvellement urbain, d'aménagement, de construction, etc.

3 Programmer et concevoir des opérations favorables à la santé

Une fois les enjeux de santé priorisés, les choix de programmation et de conception favorables à la santé peuvent être définis. Ils doivent être arbitrés dans le cadre d'une gouvernance de projet étendue aux compétences santé ou à élargir à cette étape déterminante du PRU (voir p. X). Étant indissociablement liées aux spécificités santé de chaque territoire, les orientations programmatiques, paysagères et architecturales favorables à la santé présentées ici n'ont pas vocation à être exhaustives. Le guide Isadora propose quinze clés opérationnelles qui développent un certain nombre d'orientations et prescriptions techniques permettant de définir un Urbanisme favorable à la santé dans tout type de contexte territorial.

En complément, celles développées ici viennent apporter des réponses générales aux grandes problématiques de santé observées spécifiquement dans les QPV et détaillées dans la première partie de ce guide, qui peuvent ainsi synthétiser les grands objectifs d'un PRU favorable à la santé :

- minimiser les expositions des populations aux nuisances environnementales et maximiser

- les facteurs de bien-être ;
- réduire les comportements à risques en matière de santé ;
- garantir l'offre et les parcours de soins.

MINIMISER L'EXPOSITION AUX NUISANCES ENVIRONNEMENTALES (BRUIT, QUALITÉ DE L'AIR, CONFORT CLIMATIQUE, ETC.) ET MAXIMISER LE CONFORT

Les sources de nuisances et de risques environnementaux sont par nature multiples et dépassent l'échelle de gouvernance du PRU. Pour limiter l'exposition des populations à leurs effets négatifs, la logique d'éloignement constitue la marge de manœuvre principale des aménageurs. En complément, il est nécessaire de conduire des actions en faveur de l'atténuation des facteurs de risques et nuisances et décliner cette approche sur le confort jusqu'à l'échelle du bâti.

Aussi, les réponses à apporter sont à définir à la fois en matière de positionnement des programmes par rapport aux sources de nuisances, mais aussi sur le plan de la conception urbaine et architecturale, aux différentes échelles d'intervention du projet de renouvellement urbain :



À l'échelle du quartier :
dans les choix programmatiques et dans la formulation d'un plan guide, dans les études de MOE urbaine et espaces publics



À l'échelle de l'îlot :
dans la déclinaison du plan guide en cahiers de prescriptions, et en fiches de lots



À l'échelle du bâtiment :
dans les fiches de lots, pendant le chantier.

35. Instance régionale en éducation et promotion de la santé.

 À l'échelle du quartier	 À l'échelle de l'îlot	 À l'échelle du bâti
Orientations / Prescriptions		
• Positionner les programmes les plus sensibles : - Logements. - Équipements publics accueillant des populations vulnérables (petite enfance, PMI, groupes scolaires...) et destinés aux pratiques sportives, en particulier de plein air. À distance des émetteurs de polluants (grandes infrastructures, zones de rejets industriels...) :	• Organiser l'espace urbain pour protéger les zones sensibles des risques et nuisances : - Conception des îlots favorisant les bâtiments écrans et la création de cœurs d'îlots préservés. - Création de murs ou autres dispositifs (talus...) antibruits. • Éviter certaines configurations urbaines type rue canyon ³⁶ entraînant une stagnation de l'air – et donc des polluants – et éloigner les bâtiments les uns des autres dans la mesure du possible pour favoriser une bonne circulation de l'air. • Encourager l'implantation des espaces végétalisés aux abords des sources de polluants pour influencer sur la captation de certains polluants. • Définir un projet de paysage s'appuyant sur des essences végétales reconnues comme non allergisantes et contribuant à améliorer l'ambiance olfactive ou à assurer la filtration de pollutions. • Étudier la pertinence de solutions expérimentales d'abattement et de filtration des polluants par photocatalyse³⁷ ou phytoépuration.	• Identifier toutes les sources de pollution de proximité à l'échelle du bâtiment et les prendre en compte dans la conception des bâtiments et des logements. Pour les bâtiments faisant office d'écran, veiller à une conception qui maximise la protection aux polluants (dispositif d'isolation acoustique, dispositifs de ventilation, etc.). • Porter une exigence en matière d'étanchéité de l'enveloppe, au stade des études préliminaires et au cours des phases de réalisation. Dimensionner les équipements CVC en fonction du type de bâti (période de construction), de l'ensemble des autres paramètres liés à la circulation de l'air (performances des parois, des menuiseries, etc.) et de son environnement d'inscription (par ex. : la proximité d'un axe de transport routier à fort trafic). • Favoriser le recours aux matériaux biosourcés et faiblement émissifs en polluants, et sensibiliser aux usages vertueux au sein du logement pour limiter la concentration de polluants atmosphériques (ventilation/aération, utilisation de produits ménagers écologiques, choix des matériaux du mobilier...).

36. Les rues canyons sont des rues étroites bordées par de grands bâtiments dans lesquelles la circulation de l'air n'est pas favorisée.

37. ADEME, 2013, Épuration de l'air par photocatalyse – Les fiches techniques de l'ADEME.

À l'échelle du quartier	À l'échelle de l'îlot	À l'échelle du bâti
Référentiels, guides, pour aller plus loin		
Qualité de l'air et enjeux sanitaires associés – Réussir la planification et l'aménagement durables – Les Cahiers techniques de l'AEU2 – ADEME - 2016	- Qualité de l'air et enjeux sanitaires associés – Réussir la planification et l'aménagement durables – Les Cahiers techniques de l'AEU2 – ADEME - 2016 - Guide de la Végétation en ville – Réseau national de surveillance aérobiologique (guide renseignant sur le potentiel allergisant des différentes essences végétales) - Agir pour un Urbanisme favorable à la santé, concepts & outils; Guide EHESP/DGS, ROUÉ-LE GALL Anne, LE GALL Judith, POTELON Jean-Luc et CUZIN Ysaline, 2014. ISBN : 978-2-9549609-0-6	- Qualité de l'air et enjeux sanitaires associés – Réussir la planification et l'aménagement durables – Les Cahiers techniques de l'AEU2 – ADEME - 2016 - Guide Construire sain - Guide à l'usage des maîtres d'ouvrage et maîtres d'œuvre pour la construction et la rénovation – Medde; METL – 2013 - Agir pour un Urbanisme favorable à la santé, concepts & outils; Guide EHESP/DGS, ROUÉ-LE GALL Anne, LE GALL Judith, POTELON Jean-Luc et CUZIN Ysaline, 2014. ISBN : 978-2-9549609-0-6
Démarche qualité, appels à projets		
Appel à projets ADEME AACT-Air	Appel à projets ADEME AACT-Air	- Appel à projets ADEME AACT-Air - Démarche Qualité Ecrans (ADEME)



MINIMISER LES NUISANCES SONORES
ET MAXIMISER LE CONFORT ACOUSTIQUE

À l'échelle du quartier	À l'échelle de l'îlot	À l'échelle du bâti
Orientations / Prescriptions		
• Éloigner les logements, les équipements accueillant des populations vulnérables, les voies de cheminement doux, les zones calmes et les zones de ressourcement³⁸ des espaces émetteurs de nuisances sonores. • Encourager l'implantation des espaces végétalisés aux abords des sources de nuisances sonores : si la végétation ne constitue pas une mesure de réduction du bruit efficace en milieu urbain, l'impact sur le ressenti des riverains peut aider à l'acceptation du bruit. • Intégrer au projet la réalisation d'infrastructures antibruit. Leur intégration dans le projet peut permettre de leur faire jouer une double fonction. Par exemple, utiliser un mur antibruit comme support de production d'énergie photovoltaïque ou réaliser un aménagement paysager faisant obstacle au bruit et pouvant servir de support à l'agriculture urbaine (voir la colline acoustique du projet Lille Concorde).	• Préserver les espaces extérieurs des sources de nuisances sonores (infrastructures) en disposant des bâtiments écrans ou en installant des murs ou autres dispositifs (talus...) antibruit. • Éviter les espaces extérieurs cernés de bâtiments (phénomène d'écho). • Orienter les bâtiments de façon à limiter la surface de façade exposée. Forte exposition au bruit Faible exposition au bruit Source : Bruit et Urbanisme - Lutter contre le bruit à l'échelle du bâti – Bruiparif. • Éloigner les aires de jeux et les équipements sportifs des logements. • Aménager des zones refuges : des espaces publics préservés des nuisances sonores (cheminements, jardins, place, etc.) (voir à ce sujet le projet des Joncherolles, à Pierrefitte-sur-Seine, qui prévoit un jardin apaisé).	• Garantir un niveau d'isolation phonique adapté à l'environnement du bâtiment : - Isolation phonique renforcée en cas de proximité de sources de nuisances sonores par un traitement ciblé des entrées d'air, des coffres de volets roulants, ou encore des vitrages... • Intégrer la réflexion acoustique le plus tôt possible dans la conception : - Disposition des pièces neutres (dégagements, celliers, salles de bains, cuisines si elles ne sont pas ouvertes sur les séjours) pour ouvrir chambres et éventuellement séjours sur les façades protégées des bruits. - Superposition des pièces de même nature d'un étage à l'autre (cuisine/cuisine, chambre/chambre). - Création d'entrées cloisonnées pour mieux isoler les pièces principales des circulations communes. - Mise à distance des chambres et des espaces de circulation : escalier, cage d'ascenseur, parking, gaine technique.

À l'échelle du quartier	À l'échelle de l'îlot	À l'échelle du bâti
Référentiels, guides, pour aller plus loin		
Guide de l'Audiar «Des zones calmes aux espaces de ressourcement» – Avril 2017	— Bruit et Urbanisme - Lutter contre le bruit à l'échelle du bâti – Bruiparif — Agir pour un Urbanisme favorable à la santé, concepts & outils; Guide EHESP/DGS, ROUÉ-LE GALL Anne, LE GALL Judith, POTELON Jean-Luc et CUZIN Ysaline, 2014. ISBN : 978-2-9549609-0-6	— Guide Construire sain - Guide à l'usage des maîtres d'ouvrage et maîtres d'œuvre pour la construction et la rénovation – Medde; METL – 2013 — Bruit et Urbanisme - Lutter contre le bruit à l'échelle du bâti – Bruiparif — Agir pour un Urbanisme favorable à la santé, concepts & outils; Guide EHESP/DGS, ROUÉ-LE GALL Anne, LE GALL Judith, POTELON Jean-Luc et CUZIN Ysaline, 2014. ISBN : 978-2-9549609-0-6
Démarche qualité, appels à projets		
Appel à projets ADEME AACT-Air	Appel à projets ADEME AACT-Air	— Appel à projets ADEME AACT-Air — Démarche Qualité Ecrans (ADEME)

38. Les zones calmes et les zones de ressourcement sont définies dans le guide de l'Audiar «Des zones calmes aux espaces de ressourcement», avril 2017.



MAXIMISER LE CONFORT D'ÉTÉ OU HIVER (TEMPÉRATURE-HUMIDITÉ-LUMIÈRE)

À l'échelle du quartier	À l'échelle de l'îlot	À l'échelle du bâti
Orientations / Prescriptions		
• Définir une conception urbaine qui prenne en compte les facteurs d'îlot de chaleur urbain pour le confort d'été et de recherche de chaleur passive et de lumière pour le confort d'hiver : — Facteurs climatiques : selon une approche bioclimatique, anticiper l'exposition au soleil et la création d'espaces ombragés, l'exposition aux vents (se protéger des vents forts l'hiver mais permettre aux brises rafraîchissantes de circuler l'été). — Facteurs morphologiques : éviter le phénomène de rues canyons peu ou sur ventilées, les espaces surexposés sans ombrage, les îlots fermés au plénum continu, les bâtiments ou îlots trop épais pour être ventilés naturellement, la création d'effets de masques bâtis trop importants pour le confort d'hiver. — Facteurs anthropiques : pour le confort d'été, éloigner les sources émettrices de chaleur telles que les climatiseurs en façade, les voitures... • Pour le confort d'été, mailler le quartier d'espaces refuges et d'îlots de fraîcheur de proximité accessibles en journée, en particulier pour les équipements sensibles, et permettant un rafraîchissement nocturne en travaillant sur le trioptique sols/eau/végétal : — Régénérer des sols parfois stérilisés par des logiques fonctionnalistes et routières et réduire les surfaces asphaltées en augmentant les espaces perméables et semi-perméables. — Rendre à nouveau les sols régulateurs au niveau climatique et du risque (inondation et périodes de sécheresse), fertiles et garants	• Dans l'implantation des formes urbaines, travailler sur les rugosités urbaines et l'aéroulique. Éviter les îlots fermés au plénum continu et peu ventilés et les façades uniformes, autoriser et réinterpréter les soubassements, puits dépressionnaires, surélévations... : — l'hiver pour limiter l'exposition aux vents violents et froids ; — l'été pour permettre aux brises rafraîchissantes de circuler. • Pour rendre compte de la diversité des situations en QPV (pleine terre, végétation sur dalle, etc.), le recours à un coefficient de biotope³⁹ peut permettre de répondre à un impératif de végétalisation, avec des choix de plantations à adapter aux différents besoins en eau et capacités d'évapotranspirations, selon les expositions, la nature des sols et sous-sols. • Dans le choix des matériaux : veiller aux caractéristiques de porosité, couleur, rugosité et pouvoir réfléchissant des matériaux pour favoriser des choix contribuant au confort bioclimatique (avec un juste équilibre dans les albédos entre confort lumineux et confort hygrothermique).	• Favoriser les espaces traversants ou bi-orientés pour augmenter les performances de la ventilation naturelle (rafraîchissement nocturne efficace en été). • Adapter les solutions en matière de protection solaire aux orientations des façades, en choisissant des systèmes d'occultation qui permettent de bloquer la chaleur tout en laissant passer l'air, en se servant des occultations et casquettes des balcons et terrasses. • Privilégier le raccordement des bâtiments (existants et à venir) au réseau de chaleur, lorsqu'il existe. De nombreux QPV sont déjà dotés d'un réseau qui constitue une opportunité en matière de qualité de chauffage et de décarbonation. • Pour le confort d'été, privilégier la ventilation naturelle, la pause de brasseurs d'air ou le recours à un réseau de froid ENR à la pause de climatiseurs qui aggravent le risque de surchauffe, sont énergivores et sources de développement de bactéries. • Lorsque c'est nécessaire, améliorer le confort hygrothermique des constructions existantes, en particulier pour garantir un confort thermique dans les logements et traiter les principaux désordres retrouvés en QPV : — extrêmes de température (froid, chaud), difficultés à se chauffer et précarité énergétique, difficultés à se rafraîchir et se reposer ; — humidité : sensation de froid l'hiver, développement de moisissures et problématique de qualité de l'air.

39. Le CBS est un coefficient qui décrit la proportion des surfaces favorables à la biodiversité (surface éco-aménageable) par rapport à la surface totale d'une parcelle. Le calcul du CBS permet d'évaluer la qualité environnementale d'une parcelle, d'un îlot, d'un quartier ou d'un plus vaste territoire. Source : <http://multimedia.ademe.fr/catalogues/CTecosystemes/fiches/outil1p6364.pdf>.

de la survie du vivant avec l'augmentation des températures de surfaces (apports organiques, séquestration carbone, latence de l'eau dans les sols, etc.). Renforcer la présence de la végétation (mailler et densifier sous forme de canopée pour plus d'efficacité) et la place de l'eau dans l'espace public (gestion alternative, chemin de l'eau, mise en place de dispositifs de régulation/infiltration en fonction des caractéristiques du sous-sol) pour favoriser l'évapotranspiration (selon les essences choisies), créer de l'ombrage.		Les différentes solutions seront définies par un BET spécialisé et à adapter au cas par cas : isolation sous toiture, végétalisation de toits-terrasses, voire de façades, ITE, traitement des ponts thermiques, remplacement des menuiseries par des modèles plus isolants, choix de matériaux avec plus d'inertie.
Référentiels, guides, pour aller plus loin		
— ADEME (2017) Diagnostic de la surchauffe urbaine - Recueil de méthodes de diagnostic et d'expériences territoriales, 50 p. — ADEME (2017) Rafraîchissement des villes : De quelles connaissances avons-nous besoin ? État des lieux des connaissances sur le rafraîchissement urbain - Étude, 42 p. — Évaluation prospective des formes urbaines dans le cadre de la transition énergétique et écologique - ADEME - avril 2019 — Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France (IAU), (2010) Les îlots de chaleur urbains - Répertoire de fiches connaissance, 58 p. — Toulouse « Quels leviers pour réduire l'îlot de chaleur urbain » - AUAT — Charte de l'arbre, Grand Lyon 2011 — ADEME, Région Hauts-de-France, Outil Arboclimat (impact environnemental du patrimoine arboré et scénarios de plantations) Le Rôle de l'Arbre urbain dans un contexte de changement climatique, Atelier d'échanges Nature en Ville et changements climatiques - ADEME CR Nord-Pas-de-Calais, 16 septembre 2015 - Grande Synthe — L'infiltration en question « Recommandations pour la faisabilité la conception et la gestion des ouvrages d'infiltration des eaux pluviales en milieu urbain » - Référentiel pour une gestion à la source des eaux pluviales dans la métropole, Cahier 12 et 3 - APUR - Novembre 2018 — Gérer autrement les eaux pluviales une approche par bassins versants - APUR - Juin 2018 — Programme de recherches Écopoluies guide technique - Recommandations pour la faisabilité, la conception et la gestion des ouvrages d'infiltration des eaux pluviales en milieu urbain - Coll. GRAIE - Janvier 2009 — État des connaissances scientifiques et techniques de la qualité biologique des sols urbains, Plante et cité - Éd. INRA, 26 04 2018 — Le sol des villes, ressource et projet, sous la direction de PANOS MANTZIARAS, PAOLA VIGANO, Éd. Métis Presses Collection Vues D'ensemble - 08 11 2016 — Méthodologies d'évaluation des fonctions et des services écosystémiques rendus par les sols « Synthèse du séminaire du 12 juin 2019 à l'INRA d'Orléans » - 2019		— Traité d'architecture et d'urbanisme bioclimatiques, Alain Liébard et Alain de Herde, Observ'ER2005 — Référentiel habitat durable du Grand Lyon 2016

Stratégies de végétalisation et outils

Le végétal, et en particulier l'arbre, possède plusieurs fonctions écologiques et sanitaires clés dans un système urbain :

- régulation des températures et apport d'ombre;
- filtration de la pollution atmosphérique;
- alimentation du vivant;
- absorption et évaporation des ruissellements d'eau pluviale, puis restitution dans les sols et dans l'atmosphère pour une réduction des effets d'îlot de chaleur urbain;
- contribution aux paysages urbains et qualification du cadre de vie.

Selon une étude d'Asterès autour du lien entre espaces verts et santé, les dépenses de santé pourraient être



réduites de 94 millions d'euros en France en 2015 grâce à la plantation de 10 % d'arbres en plus⁴⁰.

Les guides **Arboclimat** de l'**ADEME** et **Sesame** du **CEREMA** sont des outils précieux pour aider les porteurs de projet dans leurs stratégies de végétalisation : où végétaliser, pour quels effets, quelles espèces planter, comment maximiser les services écosystémiques avec le moins d'impacts négatifs ?



Saint Brieuc, quartier La Croix Saint-Lambert.

© Guillaume Murat

MINIMISER LES RISQUES : POLLUTIONS DE SOLS, INONDATIONS, ÉLECTROMAGNÉTISME

À l'échelle du quartier	À l'échelle de l'îlot	À l'échelle du bâti
Orientations / Prescriptions		
Risque inondation Tenir compte du risque inondation et du zonage réglementaire PPRI et/ou du ruissellement urbain dans l'implantation des espaces bâtis et des espaces de vie : niveau au-dessus de la crue centennale, vide sanitaire permettant le rejet des eaux, etc. Travailler l'inscription du projet dans son environnement urbain et paysager : dépasser l'échelle du bâti et de la parcelle permet une gestion plus efficace et plus qualitative du risque inondation : — Organisation des cheminements hors d'eau, piétons, cyclables ou automobiles, reliés à des secteurs en dehors de la zone inondable. — Adapter la programmation en fonction du degré d'exposition des différents secteurs afin de positionner les secteurs les plus vulnérables sur les secteurs les moins exposés. Risque électromagnétique Organiser le plan masse et le programme du projet en fonction du tracé de la source électromagnétique, et notamment éviter l'implantation d'établissements sensibles à proximité des lignes THT, en particulier tous les programmes accueillant du public (logements, équipements publics, bureaux, etc.).	Risque inondation Appréhender le risque inondation de façon plus poussée que le simple respect du PPRI. Faire des secteurs inconstructibles des éléments de projet, au même titre que les secteurs constructibles : — Aménagement à vocation touristique ou de loisirs (parc, équipement sportif, etc.). — Reconnaissance d'une qualité écologique (circuit de découverte, sentier botanique, etc.). — Aide au maintien d'une agriculture résiliente (agriculture de proximité, ou pédagogique, etc.). — Développement d'énergies renouvelables. — Etc. S'appuyer sur le parcours et la dynamique de l'eau pour guider le projet d'aménagement : — Intégrer les enjeux de biodiversité, de nature en ville, de ruissellement. — Réaliser des aménagements favorisant le stockage de l'eau et accompagnant son cheminement durant la crue et la décrue. Pollution des sols Organiser les programmations en fonction de l'état de pollution des sols : l'état des sols doit être compatible avec la destination proposée. Anticiper le niveau de connaissance de l'état des sols pour engager les diagnostics techniques éventuellement complémentaires au stade des missions de MOE (sondages et mise en place d'un plan de gestion), voire les travaux de dépollution.	Risque inondation Concevoir l'architecture des constructions dans le respect de la réglementation (PPRI), en fonction de l'importance de l'aléa : transparence hydraulique, destination et traitement des RDC, constructibilité limitée, etc. Développer une réflexion complémentaire portant sur la gestion de la période de l'aléa et l'accélération du retour à la normale : — Appréhender le bâtiment dans son environnement : Comment maintenir son accessibilité ? Est-il possible de rejoindre les cheminements prévus du quartier ? Les équipements et commerces stratégiques ? Ce sont des points essentiels en QPV, qui constituent fréquemment des pièces urbaines de grande dimension, avec des problématiques d'adressage et de résidentialisation au cœur des projets de RU. Le risque d'isolement est potentiellement très fort, et renforcé pour les personnes vulnérables (en particulier celles qui se déplacent avec difficulté). — Communiquer largement auprès des résidents sur l'existence du risque et la conduite à tenir. Pollution des sols Identifier toutes les sources de pollution de proximité à l'échelle du bâtiment et les prendre en compte dans la conception des bâtiments et des logements

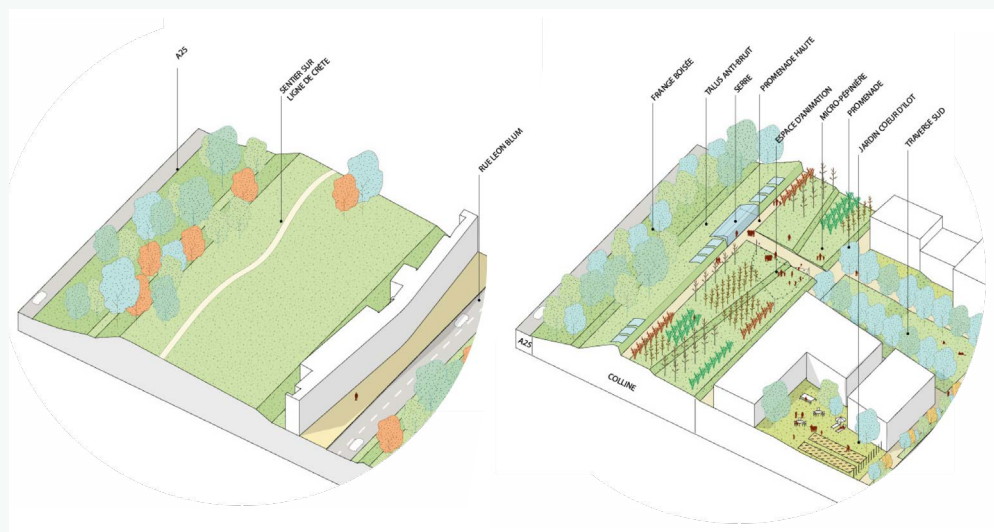
40. Étude Asterès «Les espaces verts urbains, lieux de santé publique, vecteurs d'activité économique», mai 2016.

Référentiels, guides, pour aller plus loin

- Guide Cerema – Comment mieux bâtir en terrains inondables constructibles – Enseignement des projets figurant aux 2 palmarès – 2018
- Urbanisme et Santé – La problématique des sites et sols pollués dans vos projets d'aménagements – ARS IDF
- Rapport sur la maîtrise de l'urbanisme autour des lignes de transport d'électricité
- Champs électromagnétiques d'extrêmement basse fréquence – Les effets sur la santé – Ministère des Affaires sociales et de la Santé
- Urbanisme et Santé – La problématique des sites et sols pollués dans vos projets d'aménagements – ARS IDF
- Guide Cerema – Comment mieux bâtir en terrains inondables constructibles – Enseignement des projets figurant aux 2 palmarès – 2018
- Urbanisme et Santé – La problématique des sites et sols pollués dans vos projets d'aménagements – ARS IDF

FOCUS

À Lille, une colline pour protéger et cultiver



Les emprises programmatiques du projet

Source : AVP espaces publics, «L'écran acoustique, l'agriculture urbaine», Bruno Fortier/Balthazar Jannink architectes/Jean-Christophe Nani paysagiste/Berim aménagement/Codra déplacements/AGI2D développement durable.

Le quartier Concorde à Lille est particulièrement exposé à des risques et nuisances environnementales :

- une qualité de l'air particulièrement dégradée due à une forte exposition aux émissions du périphérique (A25);
- un effet d'accumulation de polluants lié à la forme du bâti;
- le bruit continu de l'autoroute.

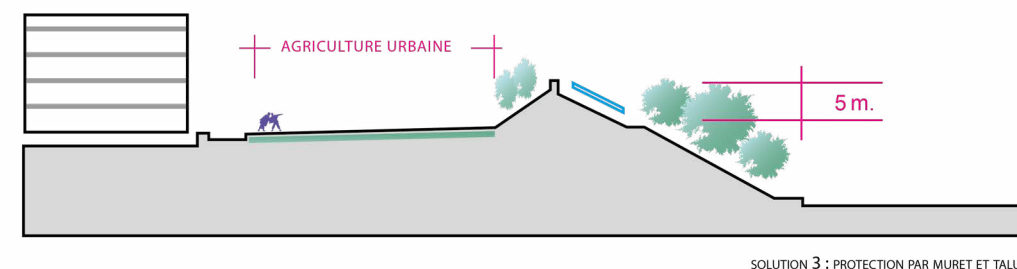
Pour limiter ces expositions, le projet de renouvellement urbain au travers de sa démarche d'innovation soutenue par le PIA «Ville durable et solidaire» (voir p. 79) a l'ambition de mettre en place une stratégie intégrée de «Quartier à santé positive» mobilisant plusieurs leviers liés au projet urbain agissant sur les différents déterminants de santé, notamment par l'aménagement d'une butte de 6 hectares, qui s'étire le long du périphérique.

Ce vaste espace, inutilisé, est aménagé pour :

- Protéger le quartier des nuisances de l'autoroute, avec la mise en place d'un mur écran acoustique : un talus de 3 m et un écran de 2 m installé sur 850 m de long, avec une forme intégrée au paysage.
- Développer autour de cet écran de nouvelles activités liées à l'agriculture urbaine et à l'alimentation, des serres agricoles, des ateliers, une piste de promenade, et contribuer

à la production d'énergies renouvelable grâce à l'installation de panneaux photovoltaïques.

Les solutions sont intégrées et systémiques : la colline limite l'exposition des populations et protège du bruit mais améliore aussi la qualité de l'air. Par photocatalyse, elle permet également de désenclaver une partie du quartier, de développer les modes actifs et l'apaisement du quartier, et de revaloriser un foncier avec de nouveaux usages.



ENCOURAGER DES COMPORTEMENTS DE VIE SAINS ET ACTIFS

Des modes de vie actifs à favoriser

La pratique d'une activité physique produit un bénéfice substantiel sur la santé, indépendamment de l'âge, du sexe ou de la condition physique. À ce titre, les usages sportifs ou simplement actifs constituent un axe important de prévention contre les maladies chroniques liées à l'inactivité et à la sédentarité (maladies cardiovasculaires, diabète, obésité), dont sont sujets plus fortement les habitants des quartiers prioritaires (voir p. 16).

Les inégalités sociales comme les différentiels d'accès aux équipements sportifs constituent des freins à l'activité physique sur lesquels il est possible d'agir dans le cadre d'un PRU. Dans cette optique, la phase de programmation urbaine

et de conception doit intégrer une réflexion sur la diversification de l'offre sportive et le développement des modes actifs.

Faire de l'espace public un lieu propice à la pratique sportive

Les activités physiques sont de plus en plus pratiquées en plein air et les espaces publics sont en théorie un lieu où il est le plus facile et immédiat pour une personne éloignée de la pratique, de se (re) mettre au sport. C'est là un moyen à la fois de réduire les inégalités d'accès à l'activité physique, de toucher un public plus large, de favoriser les pratiques sportives autonomes. Pour valoriser le sport dans l'espace urbain, les collectivités peuvent installer des équipements sportifs en accès libre. Le tableau ci-dessous répertorie différents types d'équipements selon les objectifs individuels, les publics auxquels ils sont destinés et les lieux privilégiés d'implantation⁴¹.

41. <http://terrainsdesports.com/equipements-sportifs-acces-libre/>.



Aire de fitness extérieure

- S'adresse aux sportifs autonomes, également aux associations sportives pour y organiser des séances d'entraînement/musculation collectives.
- Idéalement, à proximité de parcs, complexes sportifs outdoor.



Appareils en mouvement

- Distancées et placées ponctuellement sur des cheminements, ces machines incitent à pratiquer une activité douce au gré d'un parcours.
- S'adressent avant tout aux personnes éloignées de la pratique sportive, les sédentaires et les seniors.



Parcours santé

- Divers modules permettent d'agrémenter un sentier pédestre, un espace vert ou boisé.
- Les familles, joggers occasionnels peuvent y réaliser des exercices basiques sur un mode ludique.
- Certaines installations peuvent également être accessibles aux PMR.



Terrain multisport

- Structures récréatives permettant de pratiquer tout un panel de sports collectifs sur un seul et unique espace.
- On le retrouve généralement au centre d'un quartier ou à proximité d'une école, principalement pour des enfants et adolescents en quête d'un espace de jeu collectif.



Terrain de street-workout

- Vraie discipline physique, acrobatique, elle s'adresse aux sportifs aguerris, mais les PMR «sportifs» peuvent aussi être conviés à cette pratique.

Afin de garantir l'usage de ces équipements par des publics diversifiés, il est essentiel d'associer les associations locales et clubs sportifs.

ENCOURAGER LES DÉPLACEMENTS ACTIFS DANS L'AMÉNAGEMENT

2 km de marche ou 7 à 10 km de vélo correspondent environ aux trente minutes par jour recommandées d'activité physique, notamment par le Programme national nutrition santé (PNNS) lancé en 2001. L'intensité de ces pratiques peut être soutenue par l'aménagement urbain à l'échelle du quartier (densité, perméabilité de la trame urbaine et bonne connectivité), et à l'échelle de la rue (mesures de modération de la circulation, présence de trottoirs, répartition des bancs-relais, etc.).



Rennes, quartier Maurepas

© Yohann Lepage

Inspirations européennes : s'approprier l'espace public pour la pratique sportive à Liepaja (Lettonie)



© Urbact – « Cities in Action - Stories of Change », December 2018

Équipements sportifs dans le parc Beberliņi

Liepaja, troisième ville de Lettonie, fait face à une baisse de sa population, un taux de chômage élevé et une situation sanitaire dégradée, conséquences de la période soviétique et de la guerre froide. Un des objectifs de la municipalité dans son plan de développement 2014-2020 est d'améliorer la santé des habitants en promouvant des modes de vie plus actifs, notamment dans les quartiers les plus défavorisés. La municipalité a mis en avant une nouvelle approche : au lieu d'amener les plus sédentaires vers des installations sportives existantes, l'espace public est transformé en espace sportif, ouvert sur la ville, invitant les habitants à pratiquer facilement une activité physique. En 2015, la Ville commence à installer de nombreux équipements sportifs de plein air sur l'espace public. Elle développe 200 km de pistes cyclables, des terrains de basket, des skate parks, des espaces de fitness... tous libres d'accès.

Un effort est également fait sur la concertation citoyenne. Un ancien terrain militaire, le parc Beberliņi, avait été investi par des habitants pour des activités sportives et de loisirs, et la municipalité souhaitait accompagner cette initiative. Elle s'est donc rapprochée du réseau Urbact « Vital Cities ». Le travail au sein du réseau a notamment permis à Liepaja de développer un plan d'action pour le parc afin d'intégrer des améliorations sous forme notamment de pistes cyclables et sentiers, et de mieux le relier à son environnement urbain immédiat. Aujourd'hui, une plateforme participative permet aux habitants de proposer des projets sportifs à l'échelle de leur quartier. Enfin, une base de données destinée à mesurer l'utilisation de ces infrastructures sportives a été créée pour faciliter l'analyse du niveau d'activité physique dans la ville et objectiver le besoin de nouveaux investissements.

La signalétique piétonne dite « active » permet de créer des cheminements piétons incitatifs : exprimer à l'aide d'un fléchage d'itinéraire (jalonnement), des temps de trajets moyens à pied.

> **Pour en savoir plus : kit d'accompagnement des collectivités locales pour mettre en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche – Programme national nutrition santé :** https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/kit_pieton_inpes.pdf.

Parmi les actions d'encouragement à la pratique des mobilités actives, il peut également être intéressant d'élaborer des itinéraires et des cartes de temps de parcours à pied ou à vélo : https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/guide_cartes_temps_de_parcours.pdf.

À l'échelle de la rue, différents dispositifs pour favoriser les déplacements actifs peuvent être mis en place, en particulier en cœur de quartier, aux abords d'équipements socio-culturels ou scolaires : classement de la voie en zone 30 ou transformation en zone de rencontre tel que le dispositif le prévoit dans le code de la route (piétons prioritaires sur la chaussée, vitesse limitée à 20 km/h, double-sens cyclistes), suppression de places de parking pour élargir les trottoirs, piétonnisation ponctuelle ou totale d'un tronçon sans nuire au schéma de circulation...



© Guillaume Murat

Saint Brieuc, La Croix Saint Lambert



Bouger! Le sport rythme la ville. Les cahiers de l'Institut Paris région n° 177, juillet 2020. <https://www.institutparisregion.fr/nos-travaux/publications/le-sport-rythme-la-ville.html>

FOCUS

Les Maisons Sport Santé (M2S)

Les Maisons Sport Santé ou M2S sont destinées à accompagner les personnes souhaitant débiter ou reprendre une activité physique et sportive (APS) pour leur bien-être ou leur santé, et celles souffrant d'affection de longue durée ou de maladie chronique bénéficiant d'une prescription d'activité physique adaptée. L'originalité des M2S réside dans la collaboration entre professionnels du sport et de la santé pour offrir un suivi personnalisé sur mesure, prenant en compte l'âge, l'état de santé et la condition physique de la personne. Elles participent à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par leur prise en compte des publics éloignés. Inscrite dans un territoire, en lien avec les collectivités et leurs associations sportives notamment, ce dispositif permet la coordination des

différents acteurs du champ de la santé, du sport et de l'activité physique adaptée.

Le déploiement de 500 Maisons Sports Santé d'ici à 2022 s'inscrit dans les mesures phares du plan « Priorité prévention – rester en bonne santé tout au long de sa vie » et de la stratégie nationale Sport-Santé, avec un ciblage des territoires fragiles non couverts, en particulier dans et à proximité des QPV. Parmi les 138 Maisons Sport Santé labélisées début 2020, près de trois quarts d'entre elles sont situées dans une commune comportant au moins un QPV, dont six directement implantées dans le périmètre d'un QPV – dont quatre sont concernées par un PRU : Clermont-Ferrand (QPV Saint-Jacques), Blois (QPV Kennedy - Coty - Croix Chevall), Angres (QPV Camus), Angers (QPV Belle-Beille).

FACILITER L'ACCÈS POUR TOUS À UNE ALIMENTATION SAINE

L'alimentation est un déterminant majeur de santé. Or, si les comportements individuels et culturels jouent fortement dans la façon de s'alimenter, il faut pouvoir **accéder, financièrement et géographiquement, aux produits qui permettront une alimentation saine**, et tous les territoires n'offrent pas les mêmes possibilités. En cela, l'amélioration des conditions d'accès à une alimentation saine peut constituer un objectif stratégique du renouvellement urbain en intervenant concomitamment sur les différents freins existants : culturel, budgétaire et spatial. Cela rejoint les orientations de l'Organisation mondiale de la santé selon lesquelles il s'agit de maintenir un bon équilibre entre les actions de sensibilisation et d'éducation, et les actions sur l'environnement alimentaire.

Seuls **52 %** des habitants des QPV

consomment au moins une portion de fruits chaque jour et 49 % une portion de légumes, soit respectivement 6 et 11 points de moins que les habitants des autres quartiers des unités urbaines englobantes.⁴²

En matière de renouvellement urbain, les porteurs de projets peuvent intervenir à travers plusieurs leviers dans le cadre de leur PRU : la production alimentaire locale et la sensibilisation aux enjeux d'une alimentation de qualité grâce au développement de l'agriculture urbaine de proximité, et l'accessibilité des produits sains pour les habitants, tant du point de vue spatial, culturel que financier, grâce à la diversification de l'offre commerciale et des politiques de tarifs sociaux. Cette logique de filière agricole locale est celle qui est encouragée dans le cadre de l'appel à projets « Les quartiers fertiles » piloté par l'ANRU depuis janvier 2020.

Développer une production alimentaire saine et locale

Les quartiers en renouvellement urbain sont propices au développement d'espaces de production d'agriculture urbaine. Situés en ceinture ou périphérie

des centres urbains plus denses, les QPV disposent souvent d'importants espaces fonciers en friches qui peuvent, pour certains, avoir été inoccupés dans le temps ou simplement temporairement, en lien avec les opérations de renouvellement urbain.

Les solutions en matière d'espaces de production couvrent un large spectre possible de typologies d'espaces, de modèles économiques, de mise à disposition du foncier et de statuts juridiques. Selon le Cerema, les principales typologies d'espaces de production se regroupent en cinq grandes familles⁴³, elles-mêmes déclinables en une variété de programmes potentiels :

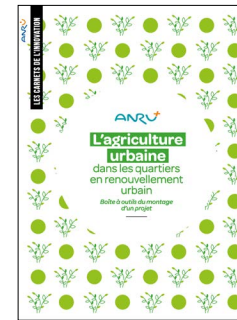
- **Espaces productifs et comestibles interstitiels** : bacs de cultures et plantations de pied d'immeuble, arbres fruitiers, etc.
- **Jardins collectifs : partagés** (collectifs et mutualisés), **familiaux** (parcelles individuelles et équipements mutualisés), ou **pédagogiques** (lié à un équipement, une école ou association, etc.).
- **Microfermes urbaines** : elles offrent une diversité d'activités permettant de consolider un modèle économique, parfois à des visées d'insertion et d'économie sociale et solidaire (production agricole mise sur le marché, autoconsommée, programmation culturelle, de découverte et éducative, activité d'insertion, pépinières horticoles, transformation alimentaire/restauration, etc.).
- **Fermes urbaines spécialisées** : entreprises agricoles souvent high-tech et en R&D, elles allient le contrôle de la production et la limitation des impacts environnementaux (apports en eau, en nutriments, en lumière et température) : cultures au sol sous serres ou en modules, en toitures, en milieux fermés (sous-sols), dans des bâtiments spécialisés et des fermes verticales.
- **Fermes périurbaines productives en pleine terre** : entreprises agricoles plus classiques aux franges de la ville, parfois structures d'insertion (de type jardins de cocagne), en reprise d'une exploitation existante, sur du foncier agricole préservé, ou sur des espaces de friche, poches, interstices.

42. Rapport 2019 de l'Observatoire national des quartiers prioritaires de la politique de la Ville (ONPV) « Bien vivre dans les quartiers prioritaires ».

43. « L'agriculture urbaine dans les ÉcoQuartiers », Cerema, 2018 : <https://www.cerema.fr/fr/actualites/agriculture-urbaine-ecoquartier>.



Appel à projets « Les quartiers fertiles » et guide d'agriculture urbaine



L'agriculture urbaine dans les quartiers en renouvellement urbain, boîte à outils du montage d'un projet, janvier 2020

https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/clubanru_guideagriurbaine.pdf.

L'appel à projets « Les quartiers fertiles » (soutenu par le Secrétariat général pour l'Investissement (Programmes d'investissements

d'avenir), l'ADEME, le ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation, la Caisse des Dépôts - Banques des Territoires) permet d'appuyer le déploiement et la massification de l'agriculture urbaine dans les territoires en renouvellement urbain. <https://www.anru.fr/developper-lagriculture-urbaine-dans-les-quartiers> > **Plus d'infos ici : Carnets de l'innovation ANRU+**

Rendre accessibles des produits sains et diversifiés

Considérant les inégalités d'accès à l'alimentation, des actions relatives aux espaces de distribution peuvent être envisagées via la programmation commerciale. À cet égard, la **création de locaux à loyers maîtrisés** est intéressante pour permettre l'accueil d'activités et services de l'économie sociale et solidaire (type épicerie/conciergerie solidaire), ou des lieux mutualisés pour des activités socio-sanitaires et de prévention en santé (éducation nutritionnelle...).

L'accessibilité à des produits sains et diversifiés peut également converger avec des perspectives de développement économique avec des activités de transformation : **l'installation de « transformateurs » de type légumeries/conserveries**⁴⁴ luttant par ailleurs contre le gaspillage alimentaire, et permettant la création d'emplois dans une logique de filière

agroalimentaire, ou le développement de marchés de producteurs locaux⁴⁵.

La question de l'accessibilité et distribution peut également être abordée avec un changement d'échelle territoriale et la **création de plateformes de distributions de proximité**⁴⁶. Un Plan alimentaire territorial (PAT), ayant pour objectif de relocaliser l'agriculture et l'alimentation dans les territoires, peut être un des leviers pour actionner par exemple des approvisionnements locaux et sains dans la restauration collective des cantines scolaires. En matière de sensibilisation, un projet d'équipement socio-culturel peut également être l'occasion d'intégrer à la programmation **une cuisine support d'ateliers pédagogiques et de sensibilisation** permettant aux acteurs du quartier de mener des actions en ce sens, et aux habitants de se retrouver autour d'un repas, valoriser des spécialités culinaires, etc.

44. Par exemple : trois maisons de quartiers dont deux en QPV se sont engagées vers une conserverie itinérante qui récupère les surplus d'agriculteurs, les cuisine avec et pour les habitants des quartiers (en distribution dans une épicerie solidaire et en échange d'une monnaie locale) : <https://www.banquedesterritoires.fr/conserverie-itinerante-et-solidaire-pour-consommer-des-legumes-locaux-26>.

45. Par exemple : le Marché retrouvé à Marseille a été mis en place par la Cité de l'agriculture et la Cité des arts de la rue en réponse au désert alimentaire des quartiers nord. Il propose, chaque premier dimanche du mois, un marché de producteurs locaux, des moments culturels et festifs, des conférences avec le Bureau des guides à côté de la cascade des Aygalades : <https://www.lacitedesartsdelarue.net/dimanche-aux-aygalades/>.

46. Les plateformes de distribution de proximité peuvent être virtuelles (en ligne) ou réelles, souvent à une échelle départementale, en lien avec la restauration collective scolaire. Lorsqu'elles sont physiques, elles regroupent souvent plusieurs producteurs avec un espace de stockage et une logistique pour les livraisons groupées et mutualisées. Pour aller plus loin (plateformes, conserveries...) : https://terresenvilles.org/wp-content/uploads/2017/04/TEV_INT3.2_LogisAglo_2014.pdf.

Le projet d'agriculture urbaine de trois QPV de Toulouse Métropole

Accessibilité aux produits sains et bio, dispositifs tarifaires intégrés à un projet plus global Toulouse Métropole est l'un des 27 lauréats de la première session de l'appel à projets «Les quartiers fertiles». Le projet se déploie sur les QPV Izard-3 Cocus et Reynerie-Bellefontaine, avec par ailleurs une perspective de développement sur le Grand Mirail et autour de cinq objectifs opérationnels :

- 1 Mobiliser autour de «trames alimentaires»
- 2 Développer différentes formes d'agriculture urbaine
- 3 Organiser l'approvisionnement en produits de qualité accessibles
- 4 Découverte et professionnalisation autour des métiers de l'alimentation durable
- 5 Coopérations avec les projets agricoles métropolitains

Sur l'**objectif d'approvisionnement en produits de qualité et accessibles**, un dispositif partenarial est en réflexion pour permettre à tous un accès à une offre agricole biologique et locale articulant autoproduction vivrière, production professionnelle du quartier ou périurbaine :

- Mettre à disposition des produits bio locaux à un **tarif solidaire**, avec un cofinancement Coccagne Alimen'Terre et partenarial pour pérenniser le dispositif : 3000 paniers solidaires par an, soit 120 familles accompagnées pendant six mois sur deux quartiers, chèques légumes.
- Permettre aux **groupements d'achats actifs sur le quartier d'accéder à un approvisionnement coordonné** auprès des producteurs bio locaux, et de bénéficier d'une logistique optimisée via les Relais Coccagne (changement d'échelle et pérennisation du modèle économique).



Dossier ressources et Recueil Inspir-Actions
«Alimentation et territoires : comment garantir localement une alimentation de qualité et accessible à tous?» – Fabrique Territoires Santé – Février 2018

Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités sociales de santé?

La santé en action n° 444, 2018 (en ligne)



© merc_i_raymond

Stains, quartier Clos Saint-Lazare.

OFFRIR DES ESPACES DE RENCONTRES, RENFORCER LES LIENS SOCIAUX

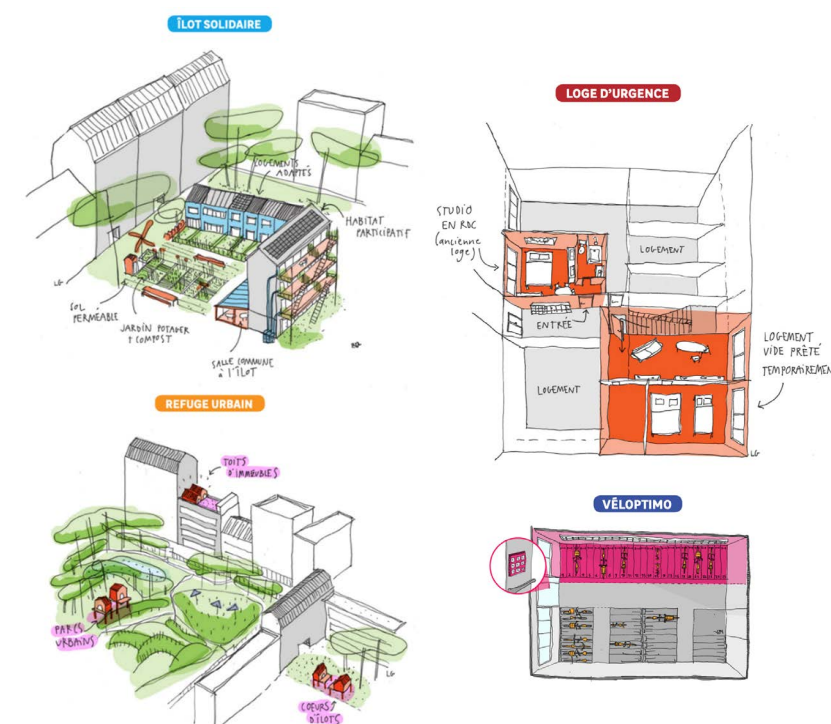
Le sentiment d'appartenance et les relations sociales au sein d'un quartier sont des déterminants importants de la qualité de vie. Réciproquement, l'isolement social impacte de façon négative la santé physique et mentale, tandis que les relations sociales peuvent atténuer les effets de stress et autres impacts négatifs associés aux moments difficiles de la vie (maladie, deuil, divorce).

Par ses objectifs fondamentaux de mixité sociale, intergénérationnelle, fonctionnelle, ou encore de tranquillité publique, le renouvellement urbain doit de fait concourir au renforcement des rencontres et des liens sociaux dans les quartiers. Sans détailler l'ensemble des leviers existants, une attention spécifique sur les communs peut être intéressante à porter, pour favoriser les liens entre habitants.

Retrouver des espaces de transitions et des communs dans les quartiers

Dans les QPV qui en sont souvent dépourvus ou qui en ont perdu l'usage, il importe de recréer des lieux interstitiels entre la sphère de l'intime (le logement) et la sphère sociale (les espaces et équipements publics ou privés à usage public). L'objectif est d'encourager les habitants à sortir de chez eux ou à se maintenir dans des lieux propices aux rencontres de voisinage.

- **Renforcer l'hospitalité des seuils** : halls d'entrée, marches, ascenseurs, pieds d'immeuble, portions de trottoir.
- **Équiper ces lieux de services collectifs ou individuels pour favoriser les échanges et l'entraide entre voisins** : frigos de partage, boîtes à échanges de livres/textiles/plantes/graines, studios partagés et loges d'accueil, salle commune modulable avec point d'eau et cuisine pour repas entre voisins, activités de bricolage, échange et prêt de matériels, espaces partagés de stationnement de poussettes pour les immeubles mitoyens avec très petites cages en RDC, déploiement de garages solidaires et d'autopartage, et locations de véhicules aux résidents, etc.



Exemples de programmes de communs à l'échelle de l'îlot, du bâtiment, des RDC

Source : « Concevoir avec les habitants des quartiers bénéfiques à la santé et au bien-être, pistes d'actions à l'échelle de l'îlot urbain », Marie CHABROL, Julien LANGE, Leroy Merlin ressource n°29

RENFORCER L'OFFRE ET LE PARCOURS DE SOINS

Si la recherche scientifique indique que 70 % de l'état de santé dépend de l'environnement, des paramètres socio-économiques et des modes de vie, il ne faut pas sous-estimer l'impact de l'accès à l'offre de soins qui revêt une place toute particulière. Le déficit d'offre de soins ou sa faible accessibilité sont une réalité qui contribue à fragiliser l'état de santé des habitants. Cela implique de réfléchir, dans le cadre du renouvellement urbain, aux moyens de renforcer cette offre, son accessibilité, sans oublier les parcours de soins.

Dans cette perspective, il importe au préalable d'identifier (voir outils et base de données p. X) si le territoire se trouve dans une zone carencée : ZIP ou ZAC telles qu'identifiées par les ARS (des aides spécifiques existent en fonction du zonage, voir p. X), mais aussi de préciser l'offre de soins actuelle en interrogeant ses dimensions.

- **Spatiale, quantitative et qualitative** : l'offre existe-t-elle en quantité suffisante face aux besoins ? Couvre-t-elle la diversité des besoins de santé des habitants ? Est-elle facilement accessible pour les différentes catégories d'usagers (localisation, cheminements et accès, jours et horaires d'ouverture, modalités de prise de rendez-vous, etc.) ?
- **Financière** : Le coût des soins est-il adapté aux caractéristiques et capacités financières des habitants ?
- **Sociale** : Des dispositifs sont-ils mis en place sur le territoire pour faciliter l'accès aux soins des habitants des QPV ? L'offre de soins dans ou à proximité du quartier est-elle suffisamment adaptée pour prévenir et lutter contre le renoncement aux soins ? L'organisation de l'offre favorise-t-elle des parcours cohérents et adaptés ?

L'analyse de ces dimensions permet de déterminer les orientations en matière d'offre de soins dans le projet de renouvellement urbain :

- **Développement d'immobilier à vocation économique** dédié à l'accueil collectif ou individuel, encadré ou libéral des professionnels de santé.
- **Accompagnement financier et administratif des professionnels de santé**, pour faciliter leur installation et leur maintien dans le quartier.
- **Soutien au développement de l'information sur les parcours de soins** auprès des habitants, via des actions de médiation en santé et l'interprétariat professionnel.

Développer l'offre immobilière pour accueillir des professionnels de santé

Pour développer l'offre d'accueil à destination des professionnels de santé, différentes options de montage s'offrent aux porteurs de projet :

- La **création ou le soutien au développement d'une offre immobilière** pour la pratique médicale individuelle ou collective de la médecine, à destination des professionnels libéraux en développant de l'immobilier à vocation économique programmé pour les usages médicaux. L'objectif est de rendre possible l'installation de cabinets de médecine aux côtés d'autres types d'activités ou la mise en place de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), regroupant plusieurs professionnels libéraux de santé.
- La **création de centres de santé salariant directement des professionnels de santé**. La collectivité est gestionnaire ou noue un partenariat avec un organisme de Sécurité sociale ou une mutuelle gestionnaire de centres de santé.

Les structures d'exercice coordonné de la médecine telles que les MSP ou les centres de santé pluriprofessionnels permettent notamment aux professionnels de santé d'avoir un temps de coordination dédié et de mutualiser divers moyens généraux. Elles peuvent constituer un argument de taille pour attirer les jeunes médecins qui cherchent à s'installer, en limitant l'investissement porté tout en maximisant la visibilité de leur activité. Elles favorisent la mise en réseau des professionnels de santé, avec un effet positif attendu sur les parcours de soins. À cet égard, leur réussite repose sur la bonne articulation entre le projet médical des professionnels et les orientations programmatiques et architecturales du bâti.

La création de ces offres d'accueil ne rend néanmoins pas automatiques la venue et le maintien de professionnels de santé. De ce point de vue, le modèle de centre de santé a su démontrer sa pertinence dans un contexte où l'on observe une pénurie généralisée des services de soins, en particulier de secteur 1. Les centres de santé municipaux représentent un modèle à l'efficacité sanitaire prouvée, mais dont le modèle économique repose sur les collectivités, quand elles en sont gestionnaires.



Un guide pour favoriser l'accès aux soins



Guide pratique «Accès aux soins» à destination des élus élaboré par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales – Novembre 2019

Ce guide peut être un outil facilitant pour les élus et leurs services techniques car il aborde concrètement l'accompagnement territorial de projet en matière d'accès aux soins, au travers de questions clés : comment aborder les politiques

d'accès aux soins ? Quels sont les partenaires des collectivités locales en matière d'accès aux soins ? Comment et pourquoi contractualiser avec l'État en matière de santé ?

Une seconde partie aborde les leviers d'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires, de nouveau au travers des questions clés : Comment inciter les médecins à venir s'installer dans mon territoire ? Pourquoi et comment soutenir les futurs médecins dès le stade de leurs études ? Pourquoi et comment favoriser l'accueil des stagiaires en médecine ? Pourquoi et comment soutenir les maisons et centres de santé ? Une annexe synthétise les aides facultatives locales, notamment en lien avec le zonage médecin effectué par les ARS.

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles : principes et fonctionnement⁴⁷

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles regroupent plusieurs professionnels de santé libéraux (médecins, auxiliaires médicaux, pharmaciens le cas échéant) exerçant de manière coordonnée, c'est-à-dire réunis autour d'un projet de santé, dans une structure dotée de la personnalité morale. Elles sont majoritairement constituées en sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), ce qui implique de regrouper au moins deux médecins et un professionnel paramédical (infirmier, kinésithérapeute...), ce statut étant exigé pour bénéficier des financements spécifiques versés par l'Assurance maladie ou les ARS. Elles peuvent cependant avoir un autre statut comme celui d'association.

Les MSP proposent des activités de soins de premier recours – et parfois de second recours – sans hébergement, de prévention et d'éducation à la santé. Elles ne sont contraintes ni au tiers payant ni aux

tarifs opposables. La maison de santé implique le plus souvent le regroupement des professionnels de santé sur un même site immobilier. Est toutefois possible la constitution de maisons de santé multisites au sein desquelles les professionnels de santé se coordonnent au quotidien sans partager les mêmes locaux.

La présence de plusieurs médecins est jugée souhaitable parce qu'elle favorise à la fois la continuité des soins sur le territoire (les médecins peuvent se remplacer mutuellement pendant leurs congés) et la pérennité de la structure dans le temps (les médecins restent moins longtemps sur un territoire lorsqu'ils sont isolés).

Les centres de santé : principes et fonctionnement

Le code de la santé publique définit les centres de santé (art. L. 6323-1) comme «des structures sanitaires de proximité dispensant principalement

47. Extrait du Guide pratique «Accès aux soins» à destination des élus élaboré par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales – Novembre 2019.

des soins de premier recours. Ils proposent des services de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers».

On distingue plusieurs catégories de centres de santé en fonction de l'étendue des types de soins proposés (pluri/monoprofessionnels) et de gestionnaires :

- Les centres de santé polyvalente offrant des soins primaires (médecine générale, spécialisée, soins infirmiers et/ou chirurgie dentaire, sages-femmes et auxiliaires médicaux) ainsi que secondaires (prévention et promotion de la santé). Ils sont principalement gérés par des organismes de Sécurité sociale, des associations et des collectivités locales (commune et EPCI) dans la plupart des cas.
- Les centres dentaires (gérés à 75 % par les mutuelles).
- Les centres de santé infirmiers (principalement gérés par des associations).

Les centres de santé sont ouverts à tout public. Ils pratiquent le tiers payant et les tarifs opposables. Les professionnels de santé y sont salariés. Un projet de santé y est élaboré, incluant des dispositions pour favoriser l'accessibilité sociale et la coordination des soins ainsi que le développement d'actions de santé publique (prévention et promotion de la santé). Sur le territoire national, il existe un peu plus de 2200 centres de santé, dont 480 pluriprofessionnels⁴⁸.

Compte tenu de son mode d'organisation, un centre de santé a un coût de gestion important lié aux charges de personnel, avec un équilibre économique à trouver avec sa mission sanitaire et sociale. Le modèle économique, fondé principalement sur le remboursement des actes de soins par l'Assurance maladie, est complété par des subventions publiques.



Maison médicale du Chemin-Bas-d'Avignon, porté par l'Ugosmut (Union pour la gestion des œuvres sociales mutualistes) et financée dans le cadre du NPNRU

48. Pour aller plus loin : Guide DGOS relatif aux centres de santé (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_centre_sante_010319.pdf).

Les aides financières pour développer l'immobilier de santé dans les QPV

Les professionnels de santé ne sont pas des acteurs immobiliers, et inversement. Rares sont les professionnels à être propriétaires des murs qui entourent leur activité professionnelle, encore moins quand ils exercent groupés, dans une maison pluriprofessionnelle, nécessitant surface et programmation adaptées. Développer l'offre de soins nécessite d'encourager ceux qui réalisent des projets immobiliers pouvant accueillir l'exercice médical. Or, ceux-ci peuvent se retrouver en prise de risque de longs mois si leurs locaux ne trouvent preneur. En la matière, l'URPS des médecins généraux d'Île-de-France estime que la concurrence est rude : les professionnels de santé sont largement courtisés et bénéficient de multiples opportunités d'installation. Sur le territoire francilien, il faudrait en moyenne une dizaine de contacts avec des médecins intéressés pour qu'une installation se concrétise. Par conséquent, sans garantie systématique d'occupation, l'investissement se fait rare pour porter des projets type maisons de santé. Pour y remédier, l'ANRU peut proposer son aide.

Au titre du NPNRU, l'ANRU soutient la construction d'équipements publics et privés de santé en apportant ses concours financiers de différentes manières :

- Subventions aux investissements portés par des maîtres d'ouvrage engagés dans des opérations d'immobilier à vocation économique (famille d'opération 38) pour porter directement la construction et l'exploitation des locaux de santé. Dans ce cas de figure, l'ANRU vient cofinancer le déficit hors taxes de l'investissement, qui résulte de la différence entre le coût d'investissement et la valeur du bien créé, et du déficit d'attractivité des quartiers. C'est dans ce cadre que l'ANRU apporte son soutien pour le développement de MSP. Le plus souvent, il s'agit de bailleurs sociaux qui assurent portage foncier, construction et gestion.
- Subventions aux investissements portés dans le cadre des opérations d'équipement public de proximité (famille d'opération 37) pour développer des équipements publics de santé type centres de santé. Dans ce cas de figure, l'ANRU cofinance l'investissement nécessaire à la construction du centre de santé. Dans le cadre du PRU du quartier Chancellerie-Gibjoncs-Moulon, l'ANRU apporte

ainsi son soutien à la commune de Bourges pour la construction d'un centre de santé pour près d'un quart du coût global de l'opération estimé à 4,4 M€.

— Subventions aux études de programmation (famille d'opération 14) des maisons et centres de santé dans le cadre des protocoles de préfiguration ou des conventions.

L'ANRU peut faciliter par ailleurs l'implantation de projets immobiliers favorisant l'accueil des professionnels de santé grâce à son fonds de co-investissement.

Celui-ci intervient en fonds propres, aux côtés d'opérateurs privés, dans des opérations immobilières situées en QPV (y compris hors NPNRU) et dont le modèle économique est fragile, nécessitant loyers raisonnables et retours sur investissement patients. Dans ce cadre, et sans porter l'investissement, les professionnels de santé peuvent se voir proposer des surfaces immobilières à la location.

À noter que les ARS peuvent également financer l'ingénierie nécessaire à l'amorçage de projets immobiliers de santé, dans le cadre de leur Fonds d'intervention régional (FIR). Cet outil de pilotage est confié aux ARS afin d'adapter les financements aux besoins spécifiques des territoires, identifiés dans les Projets régionaux de santé (PRS). Le montant du FIR s'élève à plus de 4 Md€ en 2021, réparti entre les ARS selon leurs besoins et leur population. Au titre de la permanence des soins et de la répartition des professionnels et structures de santé sur le territoire, les ARS peuvent ainsi définir une stratégie concertée pour le développement de maisons de santé afin de cibler au mieux leurs efforts et leurs moyens d'accompagnement des maîtres d'ouvrage. Plusieurs ARS formalisent par ailleurs des politiques spécifiques de soutien aux centres de santé.

Il est enfin possible de mobiliser le marché d'ingénierie de l'ANCT pour des études préalables visant à développer l'accès aux équipements et aux services publics et à la santé (analyse de l'offre de prévention et de soins de premier et second recours et préconisations d'amélioration en fonction du potentiel d'implantation d'activités médicales ; étude d'opportunité et de faisabilité d'une MSP ou d'un centre de santé pluriprofessionnel).

Quels que soient le modèle immobilier et le montage retenus, la question de la localisation d'un pôle de santé ou même d'un cabinet isolé est déterminante en matière d'attractivité pour attirer dans le quartier à la fois des médecins, et des populations des autres quartiers. À ce dernier égard, les structures d'exercice collectif favorisent la création d'une polarité urbaine autour de la santé, avec comme effet induit un renforcement de l'attractivité et de la fréquentation du quartier. L'image du futur pôle médical sera étroitement liée à l'évolution de l'image du quartier. L'objectif sera de veiller à ce que ce futur équipement soit perçu et vécu comme une offre accessible aux habitants les plus proches comme les plus lointains.

Accompagner les professionnels de santé pour favoriser leur installation et leur maintien dans les quartiers

Malgré les efforts fournis en matière d'accueil, les collectivités peuvent se heurter au déficit d'attractivité des QPV pour permettre l'installation effective de médecins et personnels de soins. Les études nationales

PRINCIPAUX FREINS

Freins à l'installation des professionnels de santé

- Isolement et environnement de travail peu agréable
- Charge de travail importante
- Insécurité
- Exercice de la médecine plus difficile : problèmes sociaux plus importants, relation difficile
- Barrières culturelles

PRINCIPAUX LEVIERS

Leviers à l'installation des professionnels de santé

- Qualité et cadre de vie (offre de services à l'échelle du quartier)
- Projet professionnel collectif
- Possibilité d'emploi du conjoint
- Accompagnement dans les démarches d'installation (au-delà des aides financières)
- La présence de médecins et de professionnels paramédicaux
- L'utilité sociale, valeurs en engagement personnel

Freins et leviers dans les aspirations des professionnels de santé à s'installer dans les QPV.

49. Urcam, 2002 ; URML, 2003 ; Sawaya, Bouillot, 2013.

FOCUS

Vers la création de 60 maisons et centres de santé pluriprofessionnels et participatifs

La création de 60 maisons et centres de santé pluriprofessionnels et participatifs implantés dans ou à proximité immédiate d'un QPV est prévue dans le cadre du Comité interministériel des Villes et du Ségur de la Santé d'ici à 2022. Ces structures se caractérisent par une prise en charge globale et adaptée aux besoins des habitants des QPV (médiation en santé, interprétariat professionnel notamment). Elles favorisent la participation des habitants dans le projet de santé de la structure. La proximité de la structure avec les populations facilite en outre l'accessibilité et le recours aux soins. Un cahier des charges d'un appel à manifestation d'intérêt est en cours d'élaboration au niveau national.

Par ailleurs, dans le cadre des contractualisations locales (CLS et volet santé des Contrats de Ville), les projets portés par des équipes des maisons et centres de santé implantés dans ou à proximité d'un QPV peuvent être soutenus afin de favoriser l'émergence de démarches participatives.

Pour plus d'information sur les démarches participatives : <http://acsbe.asso.fr/wp-content/uploads/2018/09/Actes-Rencontres-nationales-sant%C3%A9-en-quartiers-populaires.pdf>.

menées par l'Irdes mais aussi par les Observatoires régionaux de la santé (ORS) montrent que les grandes disparités territoriales en matière d'accès aux soins sont liées aux **aspirations des professionnels de santé en matière de trajectoires résidentielles**. Ces derniers expriment le souhait d'une meilleure conciliation entre carrière professionnelle et épanouissement personnel, qu'ils envisagent dans un cadre de vie de qualité⁴⁹. Ainsi, les choix d'implantation professionnelle peuvent, dans une certaine mesure, faire écho à des stratégies d'évitement résidentiel et scolaire des QPV.

Associer les professionnels de santé aux projets immobiliers de santé

La seule logique immobilière ne peut suffire. L'association des professionnels de santé concernés directement ou potentiellement en amont et tout au long de la programmation, conception et livraison des projets immobiliers d'offre de soins est essentielle pour définir une offre d'accueil qui permette des modalités d'exercice et de gestion adaptées et, de ce fait, attractives.

Identifier les aspirants à l'installation à l'échelle de l'agglomération pour recruter

Le dialogue avec les professionnels de santé du territoire au travers du CLS, de l'ASV et des CPTS (voir p. X), permet de cartographier les acteurs présents dans le quartier, ceux qui cherchent à s'installer ou déménager, à l'échelle de l'agglomération et du quartier et ainsi identifier les potentiels aspirants à l'installation.

Aider les professionnels dans le montage de leur projet d'installation

Les professionnels de santé en témoignent assez facilement : « *Lors des études de médecine, la gestion d'un cabinet est encore trop peu abordée. On doit tout apprendre sur le terrain et on ne veut surtout*

pas se sentir seul face à l'administration... » Face aux contraintes administratives que représente l'installation d'une activité libérale de médecine, la collectivité peut aider les professionnels grâce à la mise en place d'un guichet unique d'informations et d'orientations. Il s'agit ainsi de faciliter la mise en relation avec les acteurs institutionnels (ARS, CPAM, URPS, Urssaf...). De l'avis des professionnels de santé, pour les attirer, il faut avant tout qu'ils se sentent épaulés, soutenus dans leur installation et surtout dans l'activité de soins au quotidien. Les aides à l'installation ne sont pas toujours déterminantes pour les professionnels de santé. Au-delà du rassemblement des informations utiles à l'installation, l'idée est de trouver rapidement un collègue, un confrère sur lesquels s'appuyer pour mieux découvrir le territoire et surtout gagner du temps ! Un **guichet unique d'information, d'orientation et d'accompagnement des professionnels de santé a été mis en place par chaque ARS** en direction des professionnels de santé. Le Portail d'accompagnement des professionnels de santé (PAPS) constitue le point d'entrée commun de l'ensemble des guichets uniques régionaux, avec trois niveaux d'accompagnement.

<https://www.paps.sante.fr/>⁵⁰.



Les organisations professionnelles ressources

— **AVEC Santé**, anciennement Fédération nationale des maisons et pôles de santé (FFMPS), est constituée de quinze fédérations régionales et peut être mobilisée pour faciliter la création d'une MSP par un appui méthodologique aux porteurs dans la définition du projet de santé.

— **La Fédération nationale des centres de santé (FNCS)** dispose d'une représentation nationale et peut proposer également un accompagnement aux porteurs de projets de centres de santé. La FNCS a développé une expertise en santé communautaire et conseille également les gestionnaires de centres

de santé souhaitant faire évoluer leurs centres en monoactivité (dentaire ou infirmiers) vers la polyvalence.

— **Les Unions régionales des professionnels de santé (URPS)** constituent des instances représentatives des professionnels de santé au niveau régional. Il en existe cinq : médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens. Élues par leurs pairs sur liste syndicale, elles ont pour mission de représenter et d'accompagner les professionnels libéraux dans leur région, et de faire le lien avec les institutions.

50. Extrait du Guide pratique « Accès aux soins » à destination des élus élaboré par le ministère des Solidarités et de la Santé et le ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales – novembre 2019.

Cendrine Weber

Ville | Le-Mée-sur-Seine

Profession | Cheffe de projet Renouvellement urbain

Le projet | Projet de renouvellement urbain – Conception de la Maison de santé pluridisciplinaire Hippocrate-De-Cos (1517 m²) comprenant une salle de formation et trois cabinets spécifiques dédiés aux internes en médecine générale



Comment avez-vous fait pour intégrer une maison de santé dans un programme de PRU?

Au démarrage du projet de renouvellement urbain de nombreux impératifs se sont imposés à nous. Le risque de désertification médicale en faisait partie, avec la perspective des départs à la retraite des quelques médecins du quartier. Face à ce constat, la collectivité s’est saisie de l’opportunité des transformations urbaines engagées au titre du PNRU et des nouvelles disponibilités foncières offertes pour se lancer dans le développement d’une maison médicale.

Qui fut à l’initiative du projet et quels ont été les facteurs déterminants?

La Ville avait la volonté de faire depuis le début. Au démarrage, un médecin généraliste a également été moteur, puis d’autres ont rejoint la dynamique. Le facteur clé de cette aventure fut l’engagement des médecins et des professionnels de santé sur le long terme. Ce projet a mobilisé ainsi un nombre important d’acteurs politiques, techniques, financiers qui ont su travailler ensemble. C’est important dans une initiative d’une telle complexité.

Quel fut votre rôle dans cette aventure?

La Ville était maître d’ouvrage de la construction du bâtiment et se trouve à présent bailleur de la MSP. Durant le temps de conception du bâti, elle a plus globalement joué le rôle de facilitateur. Un groupe de travail a été constitué pour assurer le montage de cette opération, aux côtés des professionnels de santé réunissant un représentant de l’Agence régionale de santé, le chargé de mission des politiques de santé du département de Seine-et-Marne, des consultants juridiques et techniques ou encore le maître d’œuvre. L’objectif était de pouvoir visualiser tous les aspects du projet, de sa conception architecturale à son fonctionnement interne jusqu’aux pratiques et liens des professionnels de santé entre eux, ainsi qu’avec leur environnement.

Comment le projet s’est-il concrétisé?

En 2014, la conclusion des échanges entre l’ANRU, la Région Île-de-France, le Département de Seine-et-Marne et l’agglomération Melun Val de Seine ont abouti à la signature de la convention pluriannuelle de renouvellement urbain et a permis de garantir l’opération de construction, en apportant

le soutien financier nécessaire, favorisant un niveau de loyer permettant aux praticiens d’exercer en accueillant principalement des patients bénéficiaires de la CMU et de l’AME. Le coût de la construction du bâtiment s’est ainsi élevé à 3040 000 € HT, subventionnés pour 29,8 % par l’ANRU, 8,2 % par le Conseil régional d’Île-de-France, 9,9 % par le Conseil départemental de Seine-et-Marne, 19,5 % par la Communauté d’agglomération Melun Val de Seine et 32,7 % par la commune.

Une fois le plan de financement du bâtiment consolidé, les professionnels de santé ont finalisé leur projet de soins de premier recours partagé en concevant une prise en charge pluridisciplinaire globale avec des consultations conjointes et se sont structurés en association. Celle-ci est restée porteuse du projet de soins partagé. Parallèlement, les professionnels de santé ont organisé le portage du projet d’équipement en tant que tel, avec la création conjointe :

- d’une société civile de moyens (SCM) pour leur permettre de mutualiser les moyens de fonctionnement entre professions libérales pluridisciplinaires réglementées ou non ;
- d’une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), pour percevoir les nouveaux modes de rémunération (NMR) et assurer leur gestion dans le cadre de la mise en œuvre du projet de santé.

Le statut juridique de SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires) a été créé en 2011 pour permettre aux structures d’exercice coordonné pluriprofessionnelles de percevoir collectivement des subventions dans un cadre juridique et fiscal sécurisé, visant à rémunérer les activités réalisées en commun par les professionnels de santé y exerçant⁵¹.

Dans ces cadres, les professionnels ont pu tisser des réseaux extérieurs, monté des demandes de subventions complémentaires auprès de l’Agence régionale de santé, du Conseil régional d’Île-de-France, du Département de Seine-et-Marne, de la commune du Mée-sur-Seine ou encore des organismes paritaires collecteurs agréés pour financer les études d’ingénierie, les équipements et le mobilier collectif nécessaires. Le coût des études d’ingénierie s’est élevé à 39180 € TTC, pris en charge par le Fonds d’intervention

régional de l’Agence régionale de santé à hauteur de 35000 € et le coût des équipements communs à 131201 € TTC, financés au travers d’appels à projets spécifiques et d’aides au démarrage de l’Agence régionale de santé (32,8 %), de subventions au titre des structures d’exercice collectif du Conseil régional d’Île-de-France (33,5 %) et de subventions de la commune (30,5 %). Par ailleurs, les professionnels de la MSP ont bénéficié d’une aide à l’amorçage du Département de Seine-et-Marne à hauteur de 20000 €, partagée entre la MSP et l’Université Paris VI.

Comment les habitants et usagers ont-ils été impliqués?

Dès l’origine du projet, il y a eu régulièrement des temps d’échanges avec les habitants. La maison de santé a également été médiatisée par le biais des professionnels de santé eux-mêmes. À l’ouverture de la maison de santé, les habitants du quartier se sont montrés satisfaits de ce nouveau service. Ce qui est important, c’est qu’il a été constaté que le public qui la fréquentait venait de toute la commune, cela répond à l’objectif d’ouverture du quartier sur la ville.

Avec un peu de recul, comment s’est passée l’installation (ouverture de la maison de santé en 2016)? Que retenez-vous comme points de vigilance?

À l’ouverture, il y avait 19 professionnels de santé, correspondant à ceux qui étaient à l’initiative du projet. Ce nombre s’est révélé suffisant compte tenu de la taille de la structure, pour créer une belle dynamique de groupe. Dès le départ, une des clés de réussite est peut-être d’avoir pu anticiper le poste de « coordinateur(trice) chargé(e) de la continuité des soins ». Ce poste, porté par les professionnels

de santé, a permis d’établir immédiatement les liens entre les familles, les professionnels et les partenaires institutionnels.

Rapidement, les professionnels de santé de la Maison Hippocrate-de-Cos ont ressenti l’utilité d’avoir l’aide d’un consultant extérieur pour optimiser leur fonctionnement et leur pratique commune. Un tel équipement est en continuelle évolution, il faut savoir rester attentif aux besoins des patients, des professionnels de santé d’horizons très divers, des évolutions réglementaires...⁵²

La désertification médicale est un phénomène qui prend de l’ampleur sur les territoires QPV. Quels sont les conseils que vous pouvez transmettre pour celles et ceux qui vont s’y atteler dans les prochaines années?

Une maison de santé au cœur des territoires en QPV est une bonne solution pour lutter contre la désertification médicale, elle répond aux attentes des praticiens et des usagers. Pour réussir une telle création, je conseillerais de :

- mener obligatoirement l’opération dès l’origine avec des professionnels de santé ;
- sans attendre, tisser les liens avec les acteurs extérieurs avec qui la maison de santé sera en relation (hôpitaux, universités, centre social du quartier, autres maisons de santé du territoire...);
- encourager la présence de praticiens agréés permettant l’accueil de médecins stagiaires qui est favorable à une future implantation locale.

Chaque maison de santé est particulière, ce n’est pas une simple association de professions libérales mais un groupe singulier qui est dans un environnement propre à chaque territoire. La réussite ne peut être atteinte sans un important investissement humain.



Portraits des professionnels de santé exerçant dans la Maison Pluriprofessionnelle de Santé universitaire Hippocrate de Cos, au Mée-sur-Seine (PNRU).

51. Pour plus d’informations : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/l-exercice-coordonne-entre-professionnels-de-sante/article/la-societe-interprofessionnelle-de-soins-ambulatoires-sisa>.

52. Les professionnels de santé ont bénéficié, avec l’appui de l’ARS, du soutien de l’URPS Médecins libéraux d’Île-de-France pour optimiser le fonctionnement de la structure dans l’attente de recrutements de professionnels.

Faciliter l'accès et favoriser le recours aux soins

Les leviers de l'accès aux soins ne reposent pas uniquement sur l'offre de soins et les professionnels engagés, mais dépendent également des possibilités réelles des personnes à se saisir des services de santé. Une méconnaissance, voire un rapport de méfiance, peuvent parfois s'installer en raison de l'absence prolongée de professionnels de proximité mettant en place des démarches en santé adaptée. Cela peut limiter la sollicitation des professionnels et des services sanitaires et sociaux, ces phénomènes pouvant être aggravés par la distance entre les habitants et les institutions.

Sont notamment évoquées l'incompréhension des dispositifs ou encore la distance sociale, voire une certaine défiance entre population et services de santé. Les professionnels rencontrés sur les quartiers indiquent que certains publics nécessitent une attention particulière : jeunes enfants, adolescents, mères de famille, personnes âgées en perte d'autonomie, etc. Un accompagnement spécifique et une démarche « d'aller vers » paraissent essentiels pour rassurer ces publics et les aider à identifier les structures et professionnels adaptés à leurs besoins et leurs attentes.

FOCUS

La médiation sanitaire

Reconnue par la loi de modernisation de notre système de santé, la **médiation sanitaire désigne la fonction d'interface assurée par un médiateur ou une médiatrice qui fait le lien entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé**. La médiation en santé vise à faciliter l'accès de ces personnes à leurs droits, à la prévention et aux soins. Un projet de médiation en santé prend en compte la situation des personnes en situation de vulnérabilité et d'éloignement du système de santé, et les professionnels de santé intervenant dans leurs parcours de santé afin d'adapter leurs pratiques aux spécificités et potentialités de ces usagers. La mobilisation de financements de droit commun (ARS, Assurance maladie, collectivités) est à favoriser pour développer des projets de médiation santé

(exemple : appel à projets ARS Auvergne-Rhône-Alpes « Médiation en santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la Ville »). Les actions développées dans ce cadre peuvent faire l'objet d'un soutien au titre du Contrat de Ville, et du Contrat local de santé dans les territoires concernés. **Par ailleurs, un autre dispositif, l'interprétariat professionnel en santé, constitue un levier fort pour promouvoir la santé des habitants allophones dans les QPV**. Le Réseau national de promotion de l'interprétariat médical et social professionnel (Rimes) créé par neuf associations vise à promouvoir et développer l'interprétariat médical et social professionnel et en garantir la qualité. Il développe une information en ce sens : <https://www.migrationssante.org/2019/04/29/rimes-reseau-de-interpretariat-medical-et-social/>.

4 Anticiper l'impact de la mise en œuvre du projet sur le bien-être et la santé

IDENTIFIER LES DIFFÉRENTS IMPACTS ET RISQUES LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE

Un projet de renouvellement urbain se met en œuvre sur un temps long : une décennie peut facilement s'écouler entre l'annonce des transformations et la livraison des dernières opérations. Ce temps long a des effets sur le cadre et les conditions de vie des habitants en générant des formes d'anxiété et de stress, notamment pour les plus fragiles. L'ampleur des opérations, le manque d'information parfois perçu et les capacités de projection variables d'un individu à l'autre amènent des incertitudes et peuvent accroître les vulnérabilités. Les travaux exposent les habitants à de nouvelles nuisances environnementales et aux risques liés aux chantiers et ont des répercussions sur leur bien-être et leur état de santé physique et mentale.

— **Nuisances environnementales liées au chantier** : émissions de poussières, de GES et de polluants par le passage, le fonctionnement des engins ou la présence de matériaux, nuisances olfactives, nuisances sonores, nuisances visuelles (éclairage, stockage et agencement du chantier), modification des déplacements : allongement des distances et temps de parcours, accessibilité

plus difficile aux lieux de vie et destinations quotidiennes, aggravation des contraintes pour les personnes à mobilité réduite.

— **Risques environnementaux liés au chantier** : risques de blessures par la cohabitation avec des engins, risques liés à un mauvais stockage de déchets ou de matériaux et substances allergènes ou polluants, risques de dégradation des écosystèmes naturels (pollutions de sols, perturbation des habitats et continuités écologiques et de la biodiversité, pollutions et consommations d'eau excessives).

— **Impacts sur le bien-être, la santé psychique et mentale liés au processus de projet et au chantier** : difficultés, voire incapacité, à se projeter, lassitude, fragilisation du repos et augmentation des sources de stress lié aux travaux, troubles des compétences cognitives et répercussions sur les compétences émotionnelles et sociales, choc psychologique et difficultés à s'adapter face au relogement.

ACCOMPAGNER LES TRANSFORMATIONS PAR LA COCONSTRUCTION

Définie et mise en œuvre très en amont, la stratégie de coconstruction permet de travailler sur le sens du projet de renouvellement urbain au travers de différents temps d'échanges avec les habitants et usagers. Elle permet de recueillir les représentations, les aspirations concernant le projet, mais également les

FOCUS

Préfigurer pour coconstruire le projet

Le projet de renouvellement urbain de Joncherolles/Fauvettes/Vallès à Pierrefitte-sur-Seine a bénéficié d'une démarche d'Urbanisme favorable à la santé, qui a donné lieu à 18 recommandations sur la conception des espaces verts et mobilités actives, la qualité de l'air et les impacts du bruit et sur l'accès aux services sanitaires et sociaux (voir p. X). Elle a permis également de faire émerger un projet d'engagement des habitants sur cinq ans, le projet Shakti 21, visant à les impliquer de manière concrète dans les premières transformations de leur quartier : fabrication de structures de jeux et d'activités physiques éphémères, création d'une zone de pique-nique, d'un potager pédagogique et d'un jardin apaisé.



Démarche de projet Shakti 21.

craintes et préoccupations concrètes amenées par le projet et ses travaux à court et à long terme (phase chantier, vie future du quartier). En maintenant la mobilisation des habitants, la coconstruction permet de rassurer sur les effets anxiogènes et d'identifier des orientations à travailler à court, moyen et long terme dans le projet urbain et le projet de gestion.

Un préalable essentiel à l'implication effective des publics constitue l'information pédagogique en continu sur les évolutions du projet et les bouleversements opérés par les travaux.

Plusieurs méthodes peuvent être mobilisées, avec la maison du projet en appui : préfiguration des aménagements en devenir dans le cadre d'ateliers collaboratifs, identification de lieux d'usages et d'interactions sociales à préserver pendant la phase travaux et au-delà, création d'aménagements transitoires pour tester de nouveaux usages, etc.

ACCOMPAGNER LES MÉNAGES CONCERNÉS PAR LE RELOGEMENT

Au titre de la prévention de l'impact du projet sur le bien-être et la santé, **la qualité du processus de relogement et de l'accompagnement des ménages concernés s'avère essentielle**. Généré par des opérations de démolition ou de requalification lourdes, le relogement est un parcours résidentiel contraint qui s'impose aux ménages et bouleverse leurs repères et habitudes de vie. Les retours d'expérience du PNRU montrent que la perception de la qualité du relogement par les ménages résulte à la fois des caractéristiques du logement dans lequel ils ont été relogés, du sentiment qu'ils ont eu d'avoir le choix de leur parcours, mais aussi de l'accompagnement dont ils ont bénéficié tout au long du processus⁵³.

Les ménages les plus fragiles (personnes âgées, handicapées, malades chroniques, suivies par le secteur de psychiatrie, etc.) nécessitent un accompagnement spécifique, dans une perspective

de prise en compte de leurs situations, besoins et souhaits résidentiels (logement adapté, proximité d'une offre de soins, de réseaux familiaux et sociaux, etc.). Les acteurs sanitaires peuvent être mobilisés par les équipes en charge du relogement dans l'accompagnement des ménages à reloger, au travers des Conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Plusieurs méthodes peuvent être mobilisées : visite accompagnée du logement proposé et du quartier avec le ménage à reloger, visites collectives de secteurs résidentiels susceptibles d'accueillir les ménages à reloger, groupes de parole ou accompagnement collectif des ménages à reloger, etc.

ACCOMPAGNER L'ATTENTE ET LE CHANTIER PAR LE PROJET DE GESTION

Coconstruit avec les représentants d'habitants et d'usagers, le **projet de gestion permet de donner des signes positifs pendant la phase d'attente des travaux et de prévenir les nuisances et dysfonctionnements liés aux chantiers**.

Les orientations du projet de gestion sont préparées pendant la phase d'élaboration du projet et son contenu⁵⁴ est stabilisé après sa validation.

La **phase de gestion de l'attente des travaux** permet d'enclencher ou de maintenir un processus d'amélioration de la qualité de la gestion urbaine pour répondre aux dysfonctionnements les plus pénalisants pour le cadre de vie et le bien-être des habitants et de montrer l'engagement du processus de transformation à venir. Elle peut permettre de tester des modalités de gestion transitoire et d'expérimenter de nouveaux modes de gestion adaptés aux problèmes récurrents sur le quartier. Une vigilance particulière doit être apportée à la **gestion des immeubles et équipements concernés par une opération de démolition ou de requalification lourde** et au bien-être de leurs occupants.

La **phase de gestion de chantier** recouvre l'ensemble des dispositions d'anticipation et d'accompagnement des



Rennes, quartier Maurepas

nuisances et de prévention des risques liés aux travaux induits par le projet. Elle inclut des engagements pour maintenir les services urbains, équipements et usages essentiels pour la santé et le bien-être des habitants (espaces de repos, de convivialité, etc.) et pour limiter les impacts des travaux sur la santé individuelle des plus vulnérables (enfants, personnes âgées, etc.). Des clauses santé peuvent être intégrées dans les consultations des entreprises (maîtrise d'œuvre et travaux).

Des chartes, qui peuvent prendre différentes dénominations («chantier vert», «chantier propre», chantier à faible nuisance», «chantier apaisé», etc.) permettent de poser des bases communes de gestion des chantiers et d'accompagnement de leurs impacts sur le cadre de vie, le bien-être et la santé des riverains. Elles précisent le rôle des parties prenantes (maîtres d'ouvrage, maîtres d'œuvre, entreprises de travaux, etc.), les modalités de la vie des chantiers et les responsabilités et le rôle des instances de coordination, de suivi et de veille. Les chartes chantier peuvent porter des objectifs et engagements déclinés en préconisations communes ou spécifiques :

- communication, information, sensibilisation des riverains, des usagers et du personnel du chantier avant, pendant, et après les travaux;
- installation du chantier et sécurisation pour les riverains et le personnel du chantier (clôtures et accès, cohabitation des flux et stationnements, stockage des matériaux, base vie, etc.);

- limitation et encadrement des nuisances pour les riverains, habitants et usagers (période de travaux, bruit, poussières et odeurs, émissions dans l'air, etc.);
- maîtrise des risques de pollution et de préservation des ressources naturelles (gestion des déchets de chantier, gestion de l'eau et des fluides, protection des plantations, pollutions lumineuses, maîtrise des consommations, etc.);
- gestion des incidents et des plaintes, actions correctives et pénalités;
- dispositions de fin de chantier.

Plusieurs solutions peuvent permettre d'associer les habitants au suivi des chantiers : tournées et visites du chantier avec leurs représentants, registres de plaintes et numéros d'appel.



Rennes, quartier Blosnes

53. Voir Évaluation des effets du relogement sur la trajectoire résidentielle des habitants des quartiers dans le cadre d'opérations de rénovation urbaine, Groupe Réflex, avril 2020, CGET.

54. Les objectifs du projet de gestion du ou des quartier(s) concerné(s) par un PRU sont l'amélioration de la gestion des quartiers concernés dans l'attente de sa mise en œuvre, l'intégration des enjeux de gestion, d'usages et de sûreté dans la programmation urbaine et la conception des opérations, la gestion des chantiers, l'anticipation des impacts du PRU sur les usages, les responsabilités, les modalités et coûts de gestion qui, à terme, pérenniseront les investissements réalisés.

La charte «chantier apaisé» du quartier Chamiers à Grand Périgueux



La charte «chantier apaisé» du projet de renouvellement urbain de Chamiers à Grand Périgueux concrétise un travail transversal avec des habitants et représentants associatifs

(maîtrise d'usages), maîtrises d'ouvrages et financeurs du PRU avec le soutien de l'Agence régionale de santé. Elle précise l'organisation du chantier en phase initiale, les règles d'installation, coordonne les actions pendant son déroulement et son repliement.

Elle clarifie des engagements des parties prenantes (généralistes et respectifs). La charte est appréhendée comme un guide de mise en œuvre des engagements de chaque acteur (MOA, MOE, entreprises travaux et sous-traitants, OPCU et SPS). Les engagements sont répertoriés dans un tableau croisant les phases du chantier avec des objectifs (information et communication, évaluation et gestion

des sensibilités, zone de chantier, impacts et bilan). Chaque signataire désigne un référent «chantier apaisé» dont le rôle est d'assurer un relais au sein de son organisation pour communiquer au nom de la structure sur les engagements qui la concernent, relayer les informations au sein de la structure, tenir à jour un registre des incidents, plaintes et nuisances qui sont rapportés à un comité de suivi-évaluation, assurer la communication avec les riverains et acteurs du quartier.

Un comité de suivi-évaluation de la charte est présidé par l'élue du Grand Périgueux en charge du pilotage du PRU et rassemble à minima une fois par an le Conseil citoyen, la Ville, les bailleurs, le Département, la délégation locale de l'ANRU, l'ARS, l'OPCU, les équipes de maîtrise d'œuvre. Son objectif est de faire le bilan de la démarche et d'améliorer le fonctionnement et le contenu de la charte.



Suivi du chantier

Référent(s) chantier, responsables «environnement entreprise»

Il est utile de désigner un «référent chantier» en charge de la préparation, du suivi et du bilan de chaque chantier. Les réunions de chantier, souvent hebdomadaires, visent à faire le point sur la qualité environnementale, la gestion des déchets, la maîtrise des nuisances et des risques associés au chantier. Elles permettent de suivre les demandes des riverains, les plaintes et les incidents, et de sensibiliser le personnel de chantier. La tenue d'un carnet de bord permet de consigner ces différents événements et constitue la mémoire vivante du chantier. Un responsable «environnement entreprise»

peut être désigné comme responsable du respect de la charte chantier pour chaque entreprise et du lien avec le référent chantier.

Pénalités ou sanctions

Certaines chartes chantier fixent des pénalités aux entreprises en cas de manquements répétés aux obligations et de non-acceptation d'actions correctrices immédiates et à leurs frais. Ces contraventions peuvent être formulées de manière large (par exemple «non-respect des exigences de la charte concernant la gestion des déchets» : 1000 €) ou prévoir des sanctions pour des infractions spécifiques (par exemple : «compresseur non situé dans un abri acoustique» : 600 € par jour).



Rennes, quartier Maurepas, atelier de concertation

© Yohann Lepage



Des référentiels et outils qualité de l'air et chantier



ICHAQAI

Ichaqai⁵⁵ (impact de la phase chantier sur la qualité de l'air intérieur) est issu d'un travail partenarial (Inddigo, l'EHESP, AQC, Leres) soutenu par l'appel à projets Cortea de l'ADEME. Il est un outil pour accompagner les professionnels du bâtiment dans les réductions des impacts de la phase chantier sur la qualité de l'air intérieur, avec des actions et mesures préventives en opérations de réhabilitation et nouvelles constructions.

55. Ichaqai : <http://ichaqai.qualiteconstruction.com/>.

5 Suivre et évaluer le projet favorable à la santé dans la durée

Les orientations de programmation, de conception et de gestion favorables à la santé comme les recommandations issues des études spécifiques d'Évaluation d'impacts sur la santé ou d'Urbanisme favorables à la santé ne sont pertinentes que si elles sont suivies par les différents maîtres d'ouvrage des projets, puis évaluées, une fois les opérations livrées. Au stade d'une première période d'usage et de gestion des espaces neufs ou rénovés, il est en effet essentiel de s'assurer que le cadre de vie rénové concourt effectivement à la santé des habitants, sans produire des externalités négatives au bien-être, non anticipées.

ACCOMPAGNER L'ATTENTE ET LE CHANTIER
PAR LE PROJET DE GESTION

L'objectif est de garantir la prise en compte des orientations favorables à la santé et des recommandations issues des études d'EIS et UFS ayant fourni des préconisations opérationnelles aux différentes maîtrises d'ouvrage du projet de renouvellement urbain. Tout l'intérêt de ces études se joue principalement dans la définition d'une feuille de route opérationnelle et adaptée aux spécificités du quartier et aux orientations du projet sur toutes ses temporalités. À ce titre, il importe de veiller à la transcription des recommandations globales de santé en prescriptions opérationnelles pour les différentes opérations du PRU, qui puissent intégrer directement les fiches de lot des opérateurs et les concessions d'aménagement. Ce travail doit s'accompagner de la définition de critères et d'indicateurs de suivi, pour s'assurer de la bonne prise en compte des recommandations. La fiche projet de Miramas en donne une bonne illustration.

Les acteurs à associer

- **Désignation d'un référent ou d'une équipe dédiée en charge du suivi de la prise en compte des recommandations à l'échelle du projet et des opérations**, idéalement un binôme associant une compétence «santé» et «renouvellement urbain», en charge de représenter la maîtrise d'ouvrage. Ce référent ou cette équipe dédiée a la charge de veiller à ce que la maîtrise d'œuvre, les instances de suivi de l'opération et les différents documents techniques intègrent les recommandations sanitaires.
- **Intégration du référent ou de l'équipe dédiée dans les instances de pilotage et de suivi du projet et des opérations de renouvellement urbain**, avec les référents et coordonnateurs des politiques santé (coordinateur ASV ou CLS, etc.) afin de s'assurer que les recommandations sanitaires sont prises en compte à toutes les étapes clés du projet et des opérations.

Les outils à envisager

- **Mise en place d'un tableau de bord de suivi de la prise en compte des recommandations sanitaires à court, moyen et long terme.** Ce tableau de bord peut être envisagé à l'échelle des opérations (suivi par les maîtrises d'ouvrage) et du projet (suivi par le porteur de projet).

Il peut être présenté lors des revues de projet pour faire le point sur la prise en compte des recommandations sanitaires dans les opérations et dans le projet. Il peut être mobilisé pour présenter l'intégration des recommandations sanitaires aux habitants et acteurs locaux.

ÉVALUER LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Une fois les opérations favorables à la santé livrées, il est essentiel d'évaluer les bénéfices amenés par le PRU en matière de santé, voire de se prémunir d'éventuels impacts négatifs, qui n'auraient pas été envisagés. Cette évaluation est une condition à l'atteinte des objectifs d'amélioration de la santé des habitants ou, a minima, de la maîtrise des impacts négatifs en matière de santé. L'évaluation vise ainsi l'amélioration continue des ambitions en matière de santé et se doit d'être intégrée au dispositif d'évaluation global du PRU.

L'évaluation s'appuie sur le suivi d'indicateurs sanitaires qui pourront être collectés lors des revues de projet annuelles ou des points d'étape du projet pour les données qui ne seraient pas accessibles annuellement.

Une réflexion spécifique pourra être menée au travers d'une méthode d'évaluation ad hoc de la prise en compte de la santé dans le projet, qui puisse ensuite alimenter le dispositif d'évaluation global.

Les questions à se poser

- Quels indicateurs de résultats, de performance et d'impact sanitaire retenir?
- Quels outils mobiliser pour alimenter ces indicateurs :
 - données d'activités
 - observations sur site
 - enquêtes de satisfaction
 - suivi de cohorte
 - etc.
- Quelles modalités de collecte, d'analyse, de partage et de communication de ces indicateurs?

Les acteurs à associer

- Un pilote issu de la collectivité à désigner soit au niveau de l'équipe en charge du projet de renouvellement urbain, du Contrat de Ville (coordonnateur ASV) ou du service de santé

publique le cas échéant (coordonnateur CLS), en fonction du degré de réalisation du projet.

- Un panel d'acteurs et d'habitants du quartier.

Les outils à mobiliser

- Tableau de bord de mesure d'impact sanitaire du PRU et de ses opérations, qui revient à actualiser le portrait santé du quartier au fil du temps, en interrogeant les indicateurs de chacun de ces sous-portraits :
 - Un sous-portrait de l'état de santé physique, mentale et perçue des habitants : niveau de fragilité physique et mentale des habitants, prévalence des maladies chroniques.
 - Un sous-portrait de l'état des milieux de vie : qualité de l'air intérieur et extérieur, niveau d'exposition aux nuisances sonores, confort

thermique des logements et des équipements, etc.

- Un sous-portrait des comportements individuels ayant un impact reconnu sur la santé : pratiques alimentaires, sportives, de mobilité.

Résultats attendus :

- Point de vue partagé sur la réduction des inégalités de santé et la contribution du PRU.
- Enrichissement des outils de planification (Scot, plans de développement durable, plans Climat Air Énergie...) et des orientations et prescriptions en matière d'urbanisme et de gestion favorables à la santé (développement et renouvellement urbain, gestion urbaine, etc.).
- Amélioration continue des politiques locales de santé et dispositifs territoriaux d'amélioration de la santé (CLS, Contrat de Ville), etc.



Rennes, quartiers Maurepas, centre commercial des Gayeulles, animation avec l'épicerie Ti Grains pour la réalisation d'une fresque végétale en 2019

Fiches projets

FICHE PROJET N°1

LILLE • Définir une stratégie urbaine d'ensemble favorable à la santé

Echelle
Quartier | Équipement
Thématiques santé
prioritaires
Qualité de l'air | Bruit |
Alimentation | Énergie
Dates clés
• **2015** : Candidature
à l'AMI « Ville durable
et solidaire »
• **2016** : Signature
du protocole
de préfiguration
du NPNRU intégrant
les premières opérations
de démolition
et de la convention
cadre de la phase
de maturation du projet
d'innovation soutenu
par le PIA « Ville durable
et solidaire » (VDS)
• **2020** : Signature
de la convention
pluriannuelle avec l'ANRU
(2020-2027) et de
la convention cadre de
la phase opérationnelle
du projet d'innovation



Contexte du projet

Le secteur Concorde, situé dans le quartier Faubourg-de-Béthune au sud de Lille accueille 1500 logements sociaux, pour près de 4000 habitants. Le revenu médian

y est inférieur à 1 100 € en 2014 (contre 1 500 € pour Lille et ses communes associées) et plus de la moitié des habitants du quartier (51,2 %) se situent sous le seuil de pauvreté (25 % en moyenne pour Lille et ses communes associées).

Concorde se trouve particulièrement enclavé par de grands axes routiers qui le soumettent à d'importantes nuisances environnementales :

- 150 000 véhicules/jour sur le boulevard périphérique;
- 5 % des logements en point noir du bruit et plus de 30 % au-dessus des normes préconisées par l'OMS, dépassement récurrent des valeurs réglementaires pour les particules fines (PM10) et dioxyde d'azote.

Paradoxalement, c'est aussi un site bénéficiant d'un important patrimoine paysager, avec de nombreux espaces verts et une densité de construction relativement faible offrant un potentiel de mutation intéressant.

Le quartier bénéficie des fonds complémentaires du PIA «Ville durable et solidaire» pour mettre en œuvre une démarche innovante de projet visant à favoriser la santé grâce aux opérations de renouvellement urbain.

Genèse et objectifs

Après une première expérience d'EIS portant le projet de la friche ferroviaire Saint-Sauveur, la Ville de Lille a souhaité s'engager dans une démarche globale d'action sur les déterminants de santé dans le cadre du PRU du quartier Concorde, soumis à de fortes nuisances environnementales. L'appel à manifestation d'intérêt «Ville durable et solidaire» a constitué une opportunité pour aller plus loin en matière d'Urbanisme favorable à la santé.

Dans cette intention, la direction du Renouvellement urbain a animé un travail transversal avec les directions Habitat, Risques urbains et Urbanisme pour définir toute la démarche de projet soutenue par le PIA «Ville durable et solidaire» intitulée «Quartier à santé positive», visant à réduire les inégalités sociales et environnementales de santé et minimiser les nuisances liées à la proximité du périphérique.

Quatre axes d'intervention structurent le projet «Quartier à santé positive» :

- améliorer la qualité de l'air (intérieur et extérieur);
- réduire l'exposition au bruit des habitants et usagers;
- améliorer les conditions d'alimentation;
- développer la production d'énergies renouvelables.

Principales orientations favorables à la santé

Dans le cadre de la phase de maturation du projet d'innovation soutenu par le PIA VDS, quatre études

de préfiguration ont été menées pour consolider les objectifs stratégiques de la démarche «Quartier à santé positive» :

- 1 Études sur les potentiels de développement d'agriculture urbaine sous l'angle des capacités agronomiques et du modèle économique.
- 2 Études de faisabilité pour le développement d'un écran acoustique le long du périphérique, support d'usages innovants, et notamment support du projet d'agriculture urbaine.
- 3 Préconisations pour la rénovation acoustique des logements.
- 4 Référentiel pour minimiser le bruit dans le quartier.

Les enseignements de ces études ont permis de nourrir directement la programmation du PRU, comme sa recomposition urbaine, paysagère et ses enjeux de santé à travers :

- La création d'une **colline acoustique et cultivée** :
 - Création de l'écran et du talus acoustiques : démarrage des travaux au T4 2021 par l'aménageur (première opération d'aménagement phare sur le quartier dans le cadre du PRU), 3,5 M€ (dont 30 % de financement PIA, MOASPL Eurallille).
 - Installation et aménagement du site pilote d'agriculture urbaine : démarrage des travaux au T4 2021.
 - AMO pour le montage opérationnel de la centrale photovoltaïque en autoconsommation collective (MOA Ville) : étude lancée en mai 2021, 40 000 € (dont 75 % de financement PIA).

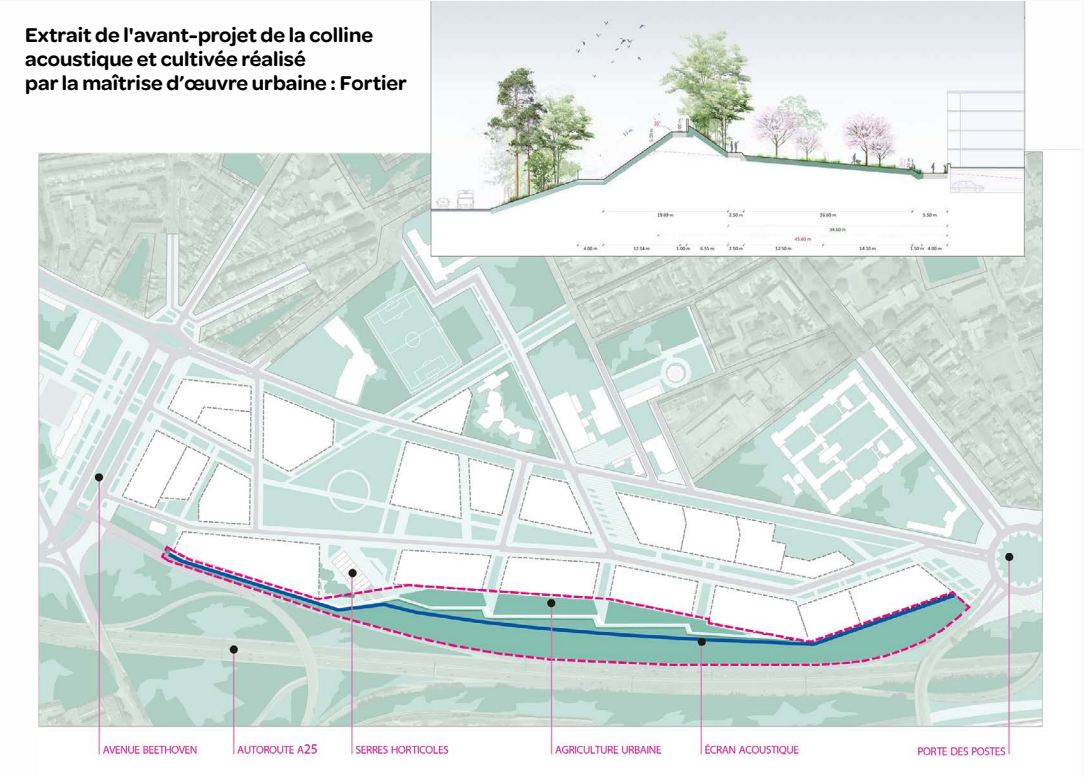
- L'expérimentation d'une **démarche d'excellence air, bruit et énergie** dans des opérations de logements pilotes : réhabilitation de la barre Renoir (sélection du programmiste en cours et mise en œuvre 2021-2027, MOA Lille Métropole Habitat), réalisation d'une cité des équipements regroupant un groupe scolaire, un centre Petite enfance et une médiathèque (mise en œuvre 2020-2025, MOA Ville de Lille).

- L'amélioration de la qualité de l'air et la réduction du bruit dans les aménagements d'espaces publics par le **déploiement d'outils de modélisation 3D**.

- La mise en place d'une **démarche de communication engageante sur les bénéfices pour la santé auprès des habitants** :

Afin d'impliquer les habitants dans la démarche d'innovation et les accompagner dans l'adoption des dispositifs, une méthodologie dite de «communication

engageante» a été réalisée auprès de 250 foyers (action réalisée en 2018-2019, MOA Ville de Lille, 40 000 €, dont 75 % financement PIA).



Enseignements et perspectives

L'acculturation aux enjeux de la santé environnementale des équipes a été facilitée par l'expertise du service des risques urbains de la Ville, très à la pointe sur ces sujets de santé environnementale, tandis que la direction projet «à deux têtes» a permis de consolider la gouvernance métropolitaine : définition de stratégies à l'échelle de la MEL sur les questions de qualité de l'air, de santé environnementale, et soutien de la Ville aux démarches d'agriculture urbaine.

Une réalité de terrain parfois abrupte rend les considérations en matière de santé moins prédominantes pour certains habitants. Néanmoins, au travers de l'agriculture urbaine les questions d'alimentation deviennent concrètes et l'évocation

des enjeux de santé environnementale plus aisée. Des projets comme celui de Concorde sont expérimentaux à plusieurs titres pour la Ville et la MEL et vont irriguer les réflexions tant sur la chaîne de conception que sur les compétences et le rôle de la maîtrise d'ouvrage. La Ville souhaite notamment déployer la démarche «Quartier à santé positive» dans le cadre du renouvellement urbain des quartiers anciens dégradés (Wazemmes et Moulins).

Contacts

Direction du Renouvellement urbain – Ville de Lille
Nina COLOMBO – Directrice du Renouvellement urbain
ncolombo@mairie-lille.fr
Ophélie BANNIER – Cheffe de projets Innovation et Renouvellement urbain – obannier@mairie-lille.fr

FICHE PROJET N° 2

PIERREFITTE-SUR-SEINE • Minimiser les nuisances environnementales le long d'infrastructures routières et ferroviaires

Échelle Quartier Thématiques santé prioritaires

Environnement sonore et qualité de l'air | Espaces verts et nature en ville | Mobilités et pratiques de l'activité physique.

Dates clés

• **Novembre 2016 :**
Signature du protocole de préfiguration des projets de renouvellement urbain de Plaine Commune (dont Fauvettes/Joncherolles).
• **Novembre 2019 :**
Validation en comité d'engagement



© Ville de Pierrefitte-sur-seine

Quartier Joncherolles Fauvettes à Pierrefitte – Linéaire RN1.

Contexte du projet

Membre de l'Établissement public territorial de Plaine Commune, la commune de Pierrefitte-sur-Seine (93) compte environ 30 000 habitants et a bénéficié d'un premier programme de rénovation urbaine dès 2008.

Inscrit dans le NPNRU, le périmètre d'étude Joncherolles-Fauvettes bénéficie d'une situation stratégique au sein de la commune. Il s'étend sur une superficie de 25 ha au total et compte une diversité de fonctions (habitat social, logements en copropriété, logements pavillonnaires, activités économiques et commerciales,

équipements publics), mais il reste marqué par la forte présence d'infrastructures de transports lourds. Le secteur est en effet organisé de part et d'autre de la RN1 (support du Tramway T5 Saint-Denis – Sarcelles mis en service en 2013) et des voies du réseau ferré Paris-Nord.

Genèse et objectifs

La Ville de Pierrefitte-sur-Seine s'est saisie de l'opportunité du renouvellement urbain pour porter une réflexion globale sur la santé en visant d'abord l'atténuation des nuisances environnementales avant de réfléchir à des prescriptions

générales favorisant la santé dans le projet. Dans cette intention, la Ville a candidaté à l'appel à manifestation d'intérêt «santé environnementale et aménagement durable» (Amisead) lancé par l'ARS Île-de-France et l'ADEME en 2016. Bénéficiant de financements dédiés, la collectivité a déployé une démarche d'Urbanisme favorable à la santé dans le cadre de son NPNRU, la première en Île-de-France.

Principales orientations favorables à la santé

Trois enjeux de santé prioritaires ont été définis :

- les espaces verts et les mobilités actives;
- la qualité de l'air et les impacts du bruit;
- l'accès aux services sanitaires et sociaux.

Au total, une vingtaine de recommandations ont été formulées sur ces trois thématiques visant à enrichir le projet urbain dans son ensemble. Dans la dernière phase de la mission, cinq de ces recommandations ont fait l'objet d'une fiche-action détaillée afin de favoriser leur mise en œuvre opérationnelle :

Favoriser la qualité de l'air intérieur.

Les propositions portent à la fois sur le processus de construction (du diagnostic à la réception du bâtiment) à travers la méthode de management Manag'R, initiée par l'ADEME pour intégrer la qualité de l'air intérieur dans l'acte de construire; le choix de matériaux de construction, d'isolation, de revêtement et d'ameublement à faible émissivité de composés organiques volatiles; la conception de systèmes de ventilation mécanique (avec des débits supérieurs à la réglementation au regard du fort trafic environnant) en particulier pour les bâtiments accueillants des publics.

Faire du futur gymnase et du centre social et culturel des bâtiments exemplaires.

Le projet urbain prévoit la démolition du centre social et du gymnase vétustes à l'entrée, dans une pointe délimitée par la RN1 et les voies ferrées (emplacement actuel de la copropriété Fauvettes dont le projet prévoit la démolition). L'étude a confirmé que ce site, particulièrement exposé aux contraintes environnementales, ne convenait pas à de la reconstruction résidentielle. La réalisation de nouveaux équipements publics pouvait y trouver un sens, avec un effet vitrine pouvant valoriser l'ensemble du nouveau quartier et l'opportunité d'en faire

un équipement exemplaire avec la recherche d'un label environnemental.

Faciliter l'accès aux espaces verts et aux lieux d'activité physique au sein et aux abords du quartier en proposant d'aménager et flécher des parcours cohérents avec une pratique de marche active d'environ 30 minutes.

L'intérêt de cette action est notamment de penser la complémentarité des futurs aménagements du projet urbain avec les ressources existantes du territoire. Un des parcours proposés intègre une traversée du cimetière intercommunal jouxtant le secteur, présentant des attraits du fait de la présence d'espaces verts et de chemins adaptés aux mobilités piétonnes et cyclistes. Un autre se rend vers la butte Pinson.

Créer un jardin apaisé au cœur du secteur

Joncherolles. Le projet urbain prévoit de renforcer la place des espaces verts dans le quartier, avec l'ambition d'y intégrer des aires de jeux et d'activité physique faisant actuellement défaut, à destination des jeunes. L'étude d'UFS a montré que cette programmation pouvait être complétée en réalisant également un jardin dit «apaisé». Le jardin apaisé vise à offrir un lieu plus tourné vers des pratiques de contemplation, de ressourcement. Concrètement, ce jardin apaisé ne nécessiterait pas une surface extensive (projet sur 500 m² environ), mais intégrerait les éléments récurrents dans les jardins thérapeutiques : diversité des espèces végétales, présence de l'eau courante, qualité des perspectives visuelles, attention particulière à la régulation de la fréquentation...

Proposer des principes d'aménagement pour les constructions envisagées le long de la RN1, notamment en étudiant les différentes solutions possibles pour tenir compte des contraintes de pollution atmosphérique et de bruit liées à cet axe. Les propositions ont porté aussi bien sur les choix de conception urbaine (principes d'îlots et de fronts bâtis à favoriser) que sur l'organisation architecturale (conception des immeubles et logements). Cette thématique sera approfondie durant la définition des fiches de lots.

Budget/financements

Mission AMO UFS : 49 900 € HT, financée dans le cadre de l'Amisead conjoint de l'ARS Île-de-France et de l'ADEME.



Quartier Joncherolles Fauvettes à Pierrefitte.

Enseignements et perspectives

L'implication progressive de nouveaux acteurs, une ouverture sur de nouveaux enjeux. La démarche d'UFS a été lancée à l'initiative de la Ville de Pierrefitte-sur-Seine et les premières phases de travail ont été suivies par les services (santé et urbanisme) et les élus communaux. Progressivement, les travaux de la mission « UFS » ont associé les services de l'EPT Plaine Commune : la rénovation urbaine en charge du montage du dossier NPNRU, les espaces verts, l'écologie urbaine... Ils permettent des échanges sur le projet et des mesures opérationnelles (prise de conscience sur la question des allergènes, l'importance des enjeux d'espaces propices au ressourcement, à la contemplation...) que les services pourront mettre à profit sur ce projet urbain et au-delà.

L'approche UFS, un levier pour augmenter la prise en compte des besoins des habitants. Au titre de la démarche UFS, les habitants ont été mobilisés lors de cinq ateliers de travail, aux différentes étapes (focus groupes d'une dizaine de personnes). Cette mobilisation s'est inscrite en complément d'une concertation déjà approfondie engagée par Plaine Commune au titre du NPNRU. C'est pourquoi les ateliers UFS ont été orientés vers des sujets précis relatifs aux attentes santé/bien-être des habitants, puis à un regard sur des propositions ciblées du programme

d'action de l'UFS (par exemple : focus groupes sur les parcours santé et le jardin apaisé).

Les principales conclusions seront actuellement déclinées dans une charte d'aménagement soutenable du projet de renouvellement urbain, en cours de rédaction par Plaine Commune. Au moment de la désignation de l'aménageur, il est prévu que la charte fixe les objectifs sur les différents volets (gestion de l'eau, constructions, création d'espace public...). Des objectifs qui sont ensuite déclinés dans des documents opérationnels prescriptifs (cahiers de prescriptions environnementales...). Les principes UFS seront également déclinés dans les fiches de lot à destination des opérateurs immobiliers.

Contacts

Unité territoriale de rénovation urbaine Plaine Commune
01 71 86 36 29- 01 71 86 36 28
christophe.bissainte@plainecommune.fr
ibrahim.marzouki@plainecommune.fr

Atelier Santé Ville

Directeur de la Santé
ababacar.ba@ccas.pierrefitte93.fr
01 72 09 32 73

FICHE PROJET N° 3

PARIS • Caractériser la vulnérabilité du quartier pour offrir des réponses ciblées



Thématiques santé prioritaires

Modes de vie sains |
Accès aux soins |
Qualité de l'air |
Alimentation
Méthode
Démarche d'EIS portant sur la globalité du PRU

Dates clés

• **Avril 2017 :**
Signature du protocole de préfiguration

• Été 2017 :

Lancement de l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS)

• Printemps 2018 :

Finalisation du profil de territoire santé

• Décembre 2018 :

Validation des recommandations de l'EIS en Copil final

• Mars 2020 :

Signature de la convention projet urbain

Quartier des Portes-du-Vingtième, Paris. 2017.

Contexte du projet

Le quartier des Portes-du-Vingtième est l'un des vingt QPV de la Ville de Paris. Bordé au nord par la Porte de Bagnolet et au sud par la Porte de Montreuil, il est enclavé entre les boulevards des Maréchaux, le périphérique et un échangeur autoroutier. Le quartier accueille principalement des logements sociaux, de nombreux équipements sportifs et très peu de services. Il compte 11167 habitants et se caractérise par sa jeunesse, une proportion large de familles monoparentales, un taux important de chômage chez les populations jeunes et une forte

précarité sociale. Les indicateurs socio-économiques se sont dégradés ces dernières années.

Genèse et objectifs

La réalisation d'EIS sur les projets structurants de la mandature a été inscrite dans le Plan parisien Santé environnementale (PPSE – 2015), cadre politique de référence pour une amélioration de la santé environnementale à Paris. En 2016, le service parisien de Santé environnementale rattaché à la sous-direction de la Santé au sein de la Direction des affaires sociales, de l'enfance et de la santé (DASES) de la Ville de Paris

a été mandaté par les élus Santé et Urbanisme de la Ville de Paris pour accompagner le projet de renouvellement urbain des Portes-du-Vingtième par une Évaluation des Impacts sur la Santé (EIS). L'EIS a démarré à l'été 2017.

La méthodologie EIS a consisté dans un premier temps à construire un profil de territoire à partir des indicateurs socio-économiques, démographiques et sanitaires (données de santé scolaire), et d'une enquête qualitative menée par entretiens auprès de personnes vivant ou travaillant sur le secteur au contact des habitants. Le profil de territoire réalisé entre l'été 2017 et le printemps 2018 a permis d'identifier des populations particulièrement vulnérables confrontées à un cumul de difficultés économiques, sociales, culturelles et emblématiques des problématiques connues dans le quartier. **Le traitement des données des bilans de santé scolaire a quant à lui permis de mettre en évidence une prévalence deux fois plus élevée du surpoids, comparativement au XX^e arrondissement, et un besoin de prise en charge en santé mentale dès le plus jeune âge en lien avec les difficultés rencontrées par les familles.**

Sur la base de ce profil et en réponse aux orientations du Copil (février 2018), l'équipe EIS a mené une analyse des effets du projet urbain sur six enjeux de santé, avec une priorité accordée aux trois premiers :

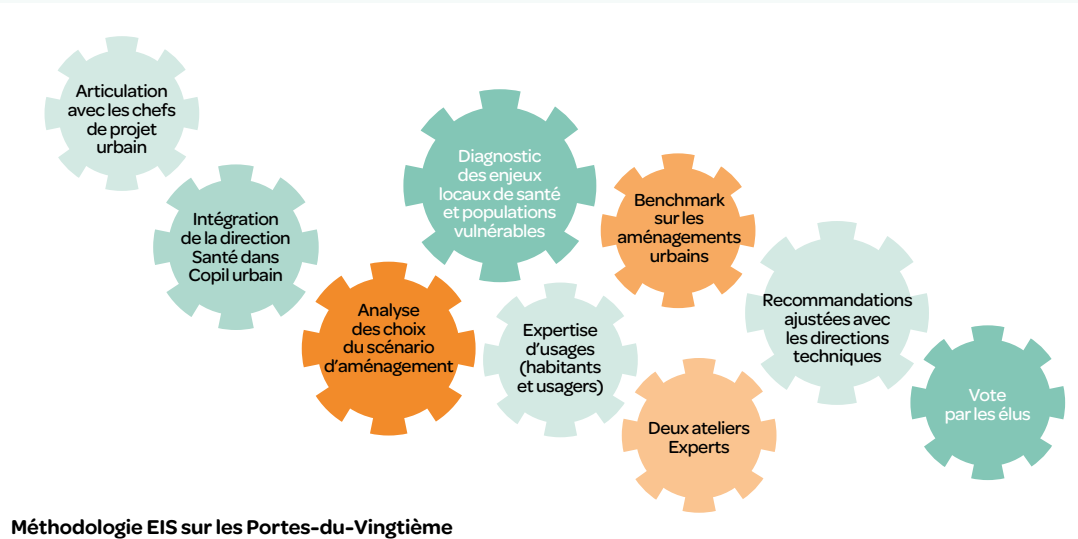
- les modes de vie sains;

- le cadre de vie et l'aménagement urbain;
- la qualité des milieux;
- la cohésion sociale;
- l'accès aux soins, aux services et aux commerces;
- le développement économique et l'emploi.

Grâce à une articulation étroite avec les chefs de projet urbain, l'équipe EIS a fourni des livrables intermédiaires dès septembre 2017 pour accompagner les étapes clés du projet et guider les choix urbains. Plusieurs rendus intermédiaires de l'EIS ont pu ainsi être validés et communiqués aux chefs de projet avant le rapport final, en particulier l'analyse des différents scénarios d'aménagement sous l'angle de la santé, le diagnostic des enjeux locaux de santé, les actions de préfiguration et la liste des recommandations validées en Comité de pilotage (Copil). Ces documents sont venus enrichir le volet sanitaire des Études d'impact environnemental préparées par la Ville de Paris pour l'autorité environnementale, et ont alimenté la réflexion interne sur la programmation des équipements publics ou les actions de préfiguration du quartier.

Principales orientations et programmations favorables à la santé

Les 43 recommandations – déclinées en 99 actions opérationnelles – ont permis de proposer aux élus de nouveaux équipements publics (recommandations sur la programmation), d'orienter les directions techniques



Source : équipe EIS, DASES Ville de Paris



Modes de vie sains (Activité sportive et physique, alimentation)
Salle de danse et Dojo dans la tour des Sports pour encourager la pratique féminine
Construction des bâtiments selon les principes d'Active Design
Jardins potagers en pieds d'immeubles, épicerie solidaire



Cadre de vie (Déchets, nuisibles, ICU, espaces verts, sentiment de sécurité)
Dispositifs constructifs anti-rongeurs
Protection solaires extérieures sur les façades exposées au soleil
Jeux d'eau, brumisateurs
Transparence des grilles et clôtures



Conditions de vie (logement, emplois, revenu)
Equipements Low Tech de maintenance peu couteuse dans les logements
Orientation des Jeunes vers les recrutements « sans concours » de la Ville
Offre commerciales en partie adaptée au pouvoir d'achat des ménage



Environnement physique (Air, Bruit)
Multiplication et diversité des protections antibruit
Déplacement du point d'évacuation du chauffage urbain situé en toiture d'un immeuble de logements sociaux (source de NO2)



Environnement socio-économique (Accès aux soins et aux services)
Création d'un centre de santé (public) axé sur l'Enfance et la parentalité 400m²
Extension de l'expérience d'un bailleur social sur la mise en place des « boîtes à clés » dans les immeubles pour favoriser l'accès des soignants à domicile



Environnement social (Liens familiaux et sociaux, cohésion sociale, compétences)
Création du lieu hybride « Vivre ensemble » 300m²
Ateliers collaboratifs pour faciliter le quotidien des familles monoparentales
Appartement témoin pour recueillir les attentes des locataires sur la réhabilitation

Exemples de recommandations validées à l'issue de l'EIS (extrait)

vers des usages des bâtiments et des espaces publics favorables à la santé (recommandations sur les usages) ou encore de mobiliser les programmes et dispositifs pilotés par les Directions de la Ville au bénéfice des populations du territoire (recommandations sur les actions ou politiques sectorielles).

Une mission d'appui EIS a été intégrée dans le traité de concession à l'aménageur. Les recommandations d'usage sont aujourd'hui incluses dans le cahier des charges des aménageurs (fiches de lots). D'autres font l'objet d'une mise en œuvre anticipée avant même que le chantier ne démarre, sur des crédits internes ou avec le soutien financier de l'ADEME et de l'ARS IdF.

L'EIS a enrichi directement la programmation de la ZAC au regard des indicateurs de vulnérabilité ressortis du diagnostic :

— Le constat de pathologies chez l'enfant (surpoids et troubles de santé mentale) a conduit à intégrer au projet urbain l'enjeu d'accès aux soins avec le choix de programmer un nouvel équipement public de santé

tourné vers l'enfant et la parentalité au vu des résultats de l'EIS. Cet équipement tourné vers la prévention sera couplé à un équipement de santé privé (type Maison de santé pluridisciplinaire) en charge du soin.

— En réponse à l'EIS, la création d'un tiers lieu en rez-de-chaussée pour favoriser la vie de quartier, les initiatives citoyennes, les permanences des services publics « hors les murs » et les activités proposées par les associations a également été retenue par les élus.

L'ARS et l'ADEME ont soutenu financièrement, dans le cadre du deuxième appel à manifestation d'intérêt *Santé environnement et aménagement durable* (Amisead) 2019, la mise en place de certaines actions retenues par l'EIS.

La convergence avec la mission Résilience de la Ville de Paris, notamment sur les cobénéfices climat/santé, a permis de faciliter certaines interventions proposées par l'EIS comme l'inscription des écoles du secteur en tant que bénéficiaires de la transformation en cours Oasis (programme piloté par la mission résilience), ou encore la transformation d'une rue du quartier en rue

Source : équipe EIS, DASES Ville de Paris



© Pierre L'Excellent

Premiers travaux sur la rue multibénéfice : installation de la flaqué climatique, été 2019

multibénéfice disposant d'aires de jeux, de dispositifs de rafraîchissement et de mobilier urbain.

Enseignements et perspectives

La sensibilisation à la démarche EIS menée en amont auprès des directions techniques et élus a été gage de réussite.

La réalisation de l'EIS en régie au sein de la Ville de Paris par deux ingénieurs (1,5 ETP sur 18 mois) témoigne d'une volonté politique forte et présente plusieurs avantages :

- accès aux données internes à la Ville de Paris des bilans de santé scolaire;
- travail transversal avec les directions techniques de la Ville pour construire/ajuster les recommandations et les valider;
- connaissance des acteurs et du mode de fonctionnement de la Ville;
- contribution à une culture commune sur les déterminants de santé avec les autres Directions de la Ville;
- intégration dans l'équipe de renouvellement urbain assurant la concordance des calendriers de rendu, permettant à l'EIS de s'adapter au phasage du projet urbain pour l'alimenter utilement (livrables intermédiaires).

Mobilisée dès le démarrage des études urbaines, l'équipe EIS a pu proposer une analyse des différents scénarios d'aménagement urbain sous l'angle de leurs atouts ou faiblesses vis-à-vis de la santé. Cette approche basée sur des outils d'Urbanisme favorables à la santé a aidé la décision et a contribué au choix du projet présentant

les meilleurs atouts sous le prisme de déterminants de santé. Les éléments apportés par l'EIS ont ainsi aidé à renforcer l'adhésion des Directions de la Ville, des élus et des partenaires tels que l'ANRU au choix du projet retenu.

Le profil de territoire a été enrichi avec près de 40 entretiens réalisés auprès d'acteurs et usagers du territoire. Ce process, bien que chronophage, s'est révélé extrêmement riche et a directement alimenté les recommandations. Les équipes territoriales de santé se sont emparées du profil de territoire pour mener des actions auprès des groupes de populations et autour des besoins identifiés (actions de l'Atelier Santé Ville en direction des personnes âgées, ou encore réflexion en cours avec l'aménageur sur la préfiguration du centre municipal de santé enfant et parentalité, etc).

Le suivi de la mise en œuvre des recommandations n'est plus du ressort de l'équipe EIS mais relève des services de renouvellement urbain : réflexion en cours pour formaliser une instance au sein de la Ville qui pourrait être en charge à la fois du choix des projets devant faire l'objet des prochaines EIS et du suivi des recommandations formulées sur les EIS en cours ou finalisées.

Ce type de démarche suscite de l'intérêt au sein de la Ville de Paris et tend à se systématiser : retours positifs des Directions, des usagers et d'un des architectes coordonnateurs des études urbaines, embauche d'une troisième personne au sein de l'équipe EIS, trois études santé en cours sur d'autres projets urbains.

Contacts

Céline LEGOUT (équipe EIS)
Ingénieur, Évaluation des impacts sur la santé
Direction de l'Action sociale, de l'enfance et de la santé,
service parisien de Santé environnementale
celine.legout@paris.fr

Estelle TRENDEL (équipe EIS)
Ingénieur, Évaluation des impacts sur la santé
Direction de l'Action sociale, de l'enfance et de la santé,
service parisien de Santé environnementale
Estelle.trendel@paris.fr

Rapport complet
<https://cdn.paris.fr/paris/2020/01/28/e07212b4817aa342c5e7d92bba393bb4.pdf>

FICHE PROJET N ° 4

RENNES • Définir une méthode dynamique pour intégrer la santé

Thématiques santé prioritaires
Qualité de l'air | Bruit | Mobilités et pratiques de l'activité physique
Méthode
Expertise UFS mobilisée sur les programmes présentant des enjeux forts en matière de santé
Dates clés
• **20 avril 2015 :** Signature du protocole de préfiguration
• **2016 :** Élaboration du profil santé du quartier et lancement de la démarche
• **2018 :** Expertise UFS
• **22 décembre 2017 :** Signature de la convention pluriannuelle de renouvellement urbain



© Amaud Louby

Quartier du Gros-Chêne

Contexte du projet

Situé à Rennes (Ille-et-Vilaine) et inscrit dans le NPNRU, le quartier du Gros-Chêne est marqué par d'importantes inégalités sociales et environnementales de santé qui se caractérisent notamment par des taux d'obésité et de mortalité nettement plus élevés que sur le reste de l'agglomération rennaise. Il fait l'objet d'un projet de renouvellement urbain contractualisé avec l'ANRU depuis 2017.

Genèse et objectifs

Membre du réseau français des Villes-Santé de l'OMS (coopération entre les Villes ou les EPCI qui ont la volonté de mener des politiques favorables à la santé et à la qualité

de vie urbaine), la Ville de Rennes s'est appuyée sur les professionnels du Réseau Bretagne urbanisme et santé (RBUS) et sur une première expérience d'EIS menée sur le projet de restructuration de la halte ferroviaire Pontchaillou (2010).

Dès 2014, la Ville et le RBUS envisagent le lancement d'une démarche EIS portant sur un PRU du territoire breton. Le quartier du Gros-Chêne apparaît pertinent, avec d'importantes ambitions de transformation. Le service Santé-environnement et la direction Aménagement urbain et Habitat y voient l'opportunité de travailler collectivement. Après un travail préalable de diagnostic santé, la poursuite d'une démarche santé en lien avec

le PRU est validée par les élus. En 2016, l'examen du PRU par l'ANRU permet de définir des sujets prioritaires dans la perspective d'une Évaluation d'impact sur la santé.

Finalement, le cadre de l'EIS est abandonné : il n'est pas assez souple à ce stade d'avancement du projet. La démarche se réoriente vers une méthode plus dynamique qui va être inscrite dans la concession d'aménagement afin de concevoir et réaliser un projet favorable à la santé. L'idée est d'outiller les différents acteurs du PRU (chargé d'opération, programmiste, maître d'œuvre, les différents services de la collectivité...) avec une expertise santé en fonction des besoins et de faire rentrer cette thématique dans le dialogue avec les habitants du quartier.

Principales orientations urbaines favorables à la santé

À partir de 2018, la Ville de Rennes s'est fait accompagner pour apporter une expertise UFS au fil de l'eau, auprès des différentes équipes techniques en charge du PRU.

Analyse de l'impact du programme urbain au regard de la santé

→ Soutien du service Aménagement opérationnel (direction Aménagement urbain et Habitat) pour la poursuite de la définition du projet et l'approfondissement de l'étude d'impact environnemental :

- Analyse de l'ensemble du projet au regard de déterminants de santé, en insistant sur les déterminants non traités dans l'étude

d'impact environnemental : «Activité physique» et «Cohésion sociale».

- Avis et préconisations sur le projet.
- Apport d'éléments de connaissance sur la place de la santé dans l'étude d'impact environnemental et avis sur l'étude en cours d'écriture.

Production : Un document synthétisant l'analyse du projet et les préconisations santé, tableau de suivi des préconisations.

Analyse de la conception des espaces extérieurs dédiés au jeu au regard de la santé

→ Soutien du service Aménagement opérationnel (direction Aménagement urbain et Habitat) sur le travail de conception des espaces publics, notamment des aires de jeu, pour favoriser l'appropriation par le sport et le mouvement tout en rationalisant leur aménagement à l'échelle du quartier (aujourd'hui plusieurs petites aires disséminées) :

- Apport d'éléments de connaissance sur les effets de l'activité physique sur la santé (selon le type d'activité et l'âge).
- Apport d'éléments de connaissance sur les caractéristiques d'une aire de jeu stimulant l'activité physique (synthèse d'articles scientifiques pertinents).
- Analyse de chaque aire de jeu/city-stade/terrain extérieur au regard de sa propension à stimuler l'activité physique.

Exemples de préconisations pour les aires de jeu et pieds d'immeuble du Gros-Chêne

Pour les aires de jeux

- Supprimer les micro-aires de jeux.
- Conserver autant que possible l'aire du jardin Arc-en-ciel.
- Se concentrer sur la création d'une (voire deux) grande aire de jeux ambitieuse qui :
 - respecte les caractéristiques d'une aire de jeu stimulant le jeu actif listées dans le document ;
 - est multiâge (de 3 à 11 ans) ;
 - proposition de localisation : place du Clair-Détour/Pôle associatif de la Marbaudais (à la sortie de l'école Trégain + bénéficiaire du futur réseau piéton).

Pour les pieds d'immeuble/l'hyperproximité

- Aménagements paysagers de qualité stimulant le jeu actif libre.
- Pas de structures de jeu.
- Apprentissage progressif de l'autonomie de l'enfant.
- Familiarisation de chacun avec la pratique du vélo/trottinette.



Image du futur groupe scolaire intégrant les orientations favorables à la santé.

- Préconisations précises sur la suppression/ création/réaménagement de ces espaces (nombre, localisation et conception).

Production : Un document synthétisant les éléments de connaissance, l'analyse et les préconisations.

Analyse du projet de nouveau groupe scolaire Europe/ Rochester

→ Soutien auprès du service Programmation des investissements (direction des Projets d'équipements publics) dans le cadre de l'écriture du programme du futur groupe scolaire (réalisé par un cabinet d'étude) :

- apport d'éléments de connaissance sur les déterminants de santé ;
- apport d'éléments de connaissance sur liens entre cadre de vie/santé, bâtiment/santé ;
- avis sur le contenu du programme.

Production : Un document synthétisant et justifiant les préconisations santé est annexé au programme, qui est le point de départ du concours architectural.

Enseignements et perspectives

La démarche «santé» contribue à la définition du projet et à son enrichissement (par exemple : localisation et

caractéristiques des aires de jeu), en se basant notamment sur des connaissances scientifiques et en ciblant des enjeux sur certains sujets comme l'alimentation, en lien avec centre commercial. D'autres sujets se révèlent étroitement liés, notamment autour des enjeux climat/santé (présence de l'eau, îlots de chaleur urbains...), mais toujours au bénéfice du projet urbain.

On observe que si historiquement, la démarche a été introduite et menée par le service Santé-environnement, ce dernier est éloigné de l'opérationnalité du PRU. C'est à travers la concession d'aménagement confiée à la SPLA Territoires publics et sa montée en compétences sur l'UFS que la démarche se poursuit.

Contacts

Marie ANDRÉ

Cheffe de projet Renouvellement urbain
Rennes Métropole
Pôle Solidarité Citoyenneté Culture
– Programme de Renouvellement urbain
m.andre@rennesmetropole.fr

Pour en savoir plus

http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/atelier2_support_amartin.pdf

FICHE PROJET N° 5

NANTES • Implanter une Maison de santé pluridisciplinaire dans un quartier

Thématiques santé prioritaires

Accès aux soins

Méthode

Démarche d'EIS portant sur un équipement de soins

Dates clés

• **2016** : Réalisation d'une Évaluation d'impact sur la santé (EIS)

• **Avril 2019** : Signature de la convention de renouvellement urbain

Image de la future maison de santé Bellevue.



© Ville de Nantes

Contexte du projet

Initié en 2012, le PRU du quartier Grand Bellevue à Nantes (Loire-Atlantique) bénéficie également du Nouveau programme national de renouvellement urbain. Dans ce cadre, un projet de Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) a vu le jour, ainsi que la mise en place d'une étude EIS à l'initiative de l'ARS Pays de la Loire et financée au travers du Contrat local de santé, sur une action « Santé environnementale » pour le NPRU du Grand Bellevue. Localisée dans le secteur des Lauriers, cette MSP est un élément structurant de la stratégie de la Ville de Nantes pour lutter contre les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé identifiées dans le quartier.

Genèse et objectifs

Engagée depuis plusieurs années dans les questions de santé (membre de « Ville-Santé OMS » depuis vingt ans, mise en place d'un Atelier Santé Ville dès leur création), la Ville de Nantes développe des politiques de promotion de la santé et de la qualité de vie urbaine, formalisées aujourd'hui dans un Contrat local de santé, qui la lient, ainsi que Nantes

Métropole, à l'ARS Pays de la Loire, la préfecture de Région et du Département sur un programme d'actions territoriales en faveur de la santé. Financée dans ce cadre, l'étude EIS visait le NPRU du Grand Bellevue et s'est très vite centrée sur un projet de Maison de santé pluriprofessionnelle. Menée de janvier à septembre 2016, l'étude a notamment permis d'alimenter la phase de programmation architecturale. La MSP est actuellement en cours de construction et sa livraison est prévue pour début 2022.

La démarche d'EIS s'est appuyée sur un groupe composé d'une quinzaine de participants associant professionnels, habitants du quartier et institutions impliquées (ARS, collectivités). Trois réunions ont été tenues afin de recueillir les points de vue sur les effets de la MSP sur les déterminants de santé et sur le quartier. Les membres de l'atelier permanent, lieu d'échanges sur le PRU du Grand Bellevue (une vingtaine de personnes), ont été mobilisés afin de formuler également des recommandations sur la MSP. La démarche « Croisement des savoirs et des pratiques » conduite en parallèle dans le cadre du projet

Grand Bellevue a été exploitée pour recueillir le point de vue des personnes les plus éloignées des parcours d'accès aux soins (une trentaine de personnes), sur le projet MSP (localisation et conditions d'attractivité) et son environnement. Enfin, un atelier transversal devait faire le lien entre les réflexions menées au cours de l'EIS et du PRU.

L'EIS a nourri le projet de MSP en questionnant :

— Sa **programmation** : création d'un bâtiment de services (santé et autres services), structuration d'une coordination d'offres de santé et de prévention sur le quartier élargi, articulation de cette MSP avec la reconfiguration du quartier Grand Bellevue.

— Sa **localisation** :

- 1 La localisation du bâtiment de services de la MSP et ses abords immédiats (secteur des Lauriers).
- 2 Le bassin de rayonnement : zone d'attraction potentielle auprès des habitants (Grand Bellevue et au-delà).
- 3 « Territoire en réseau » : le portage des actions de la MSP dans d'autres sites du quartier (professionnels associés, autres équipements publics...).

Principales orientations urbaines favorables à la santé

Les échanges ont permis d'interroger la vocation de la MSP au sein du quartier, entre « Maison ciblée offre de soins » et « Maison ouverte aux enjeux de bien-être », en posant la question suivante : « Quels professionnels : médical et paramédical, institutions, associations, y voir représentés ? ». Mais aussi de manière plus large : « Quels éléments favorables ou défavorables à l'attractivité de la MSP ? », « Quelles conditions de cohabitation des services ? ». Les recommandations issues des ateliers ont confirmé l'intérêt de créer un équipement proposant, au-delà des soins de premier recours, des services tels qu'un système de garde d'enfants ou encore le développement d'activités de soins et activités collectives autour de l'éducation thérapeutique et de prévention. En complément et à proximité immédiate de la MSP, il a été proposé des activités autour de l'offre alimentaire et de l'activité physique.

Les échanges ont également porté sur l'architecture de la MSP et son insertion urbaine, amenant la question de la sécurité de l'accès au bâtiment central de la MSP aussi bien pour les professionnels de santé que pour les habitants. Ces réflexions ont permis d'interroger la stratégie d'implantation d'un équipement de santé dans le quartier Bellevue.

Au lancement de la démarche, le choix d'une localisation du bâtiment principal dans le secteur des Lauriers a été retenu et c'est sur cette hypothèse de départ que les réflexions partenariales ont été construites. Pour autant, cette localisation a suscité des interrogations de la part d'une partie des partenaires et habitants mobilisés. À l'époque, l'image et le déficit d'attractivité du secteur des Lauriers constituaient des freins à la capacité des acteurs à se projeter à horizon 2020 dans un environnement renouvelé. Finalement, elle sera ainsi amenée à s'implanter sur un des secteurs appelés à connaître les transformations urbaines les plus importantes, avec une requalification d'ensemble et l'intégration dans un futur axe dédié aux services et à l'activité économique sur la rue Romain-Rolland. L'EIS a permis de mettre en évidence la proximité immédiate d'un arrêt de tramway, facteur essentiel de la bonne desserte de l'équipement par un public à la fois de proximité et diversifié.

Enseignements et perspectives

La composition d'un groupe partenarial mixte a permis l'expression d'analyses complémentaires entre les habitants présents, les professionnels de santé, les associations et les représentants des services des collectivités. Le pilotage de l'EIS était complexe à mettre en œuvre car ses travaux étaient trop rapidement abordés lors du comité de pilotage du PRU. L'autre frein identifié est la difficulté d'adéquation entre le calendrier de l'EIS et les prises de décision réalisées dans le cadre du PRU. Enfin, des difficultés sont apparues pour assurer un suivi précis dans la mise en œuvre des recommandations malgré la transmission d'un tableau de bord.

Contacts

Fabrice GUYARD

Chargé de projets Santé environnementale | Pôle Santé des populations – Direction de la Santé publique – Direction générale Santé, Transition écologique
fabrice.guyard@mairie-nantes.fr

Rapport complet

https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-05/RAPPORT_EIS_Nantes.pdf

Évaluation du déploiement des EIS en Pays de la Loire (rapport de l'EHESP)

https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-05/Rapport_Evaluation_Deploiement_EIS_PdL_EHESP.pdf

FICHE PROJET N° 6

NIORT • Concevoir des aménagements de pied d'immeuble favorables à la santé

Thématiques santé prioritaires

Espaces verts et nature en ville | Mobilités et déplacements

Méthode

Démarche d'EIS portant sur la requalification des espaces publics

Dates clés

- 2015 : Signature du protocole de préfiguration
- 2019 : Signature convention ANRU
- 2019 : Signature du protocole d'engagement réciproque et renforcé qui actualise et prolonge le Contrat de Ville jusqu'en 2022
- 2020 : Validation des recommandations de l'EIS



© Novascopia

Diagnostic en marchant de la démarche EIS portant sur la requalification des espaces publics

Contexte du projet

Situé à Niort (Deux-Sèvres), le quartier Pontreau/Colline Saint-André est entré dans la géographie prioritaire de la politique de la Ville en 2014 et fait l'objet d'un projet bénéficiant du NPNRU. Il se trouve à proximité du centre-ville et dispose d'un bon accès aux équipements publics communaux et intercommunaux tels que le stade de rugby, le conservatoire régional de danse et de musique, l'école d'arts plastiques, la média-ludothèque, le jardin des plantes. Ce quartier est également maillé d'un tissu associatif dense (CSC, Mission locale, CSF...)

Genèse et objectifs

Les études du protocole de préfiguration ont été menées parallèlement à une incitation de l'ARS concernant le développement des EIS en région Nouvelle-Aquitaine.

Les calendriers de ces deux dispositifs s'étant montrés compatibles, l'Agglomération du Niortais a décidé, en concertation avec la Ville de Niort, de mener une EIS sur une opération portant sur la restructuration des espaces publics en pied d'immeuble du parc social du Pontreau.

Ce projet représentait une opportunité d'expérimenter la démarche d'Évaluation d'impact sur la santé, pour pouvoir par la suite essaimer cet outil d'aide à la décision sur d'autres projets urbains ou ruraux du territoire de la Communauté d'agglomération du Niortais. Inscrite à la fois dans les orientations du Schéma de cohérence territoriale de Niort Agglo, du Contrat local de santé et du Contrat de Ville pilotés par Niort Agglo, cette première EIS portait donc un enjeu fort d'acculturation des services et des élus.

Ciblant six tours et 242 logements, la requalification des pieds d'immeuble représentait une partie importante du programme de renouvellement urbain.

L'EIS a permis d'analyser les axes d'intervention suivants à travers le prisme de la santé :

- la mobilité et les déplacements;
- les espaces dédiés aux loisirs, à la convivialité et au vivre-ensemble;
- l'éclairage public;
- la gestion des déchets.

Pour mener la démarche, l'EIS a ciblé trois groupes de population :

- les résidents des tours;
- les enfants et les adolescents;
- les personnes âgées et personnes à mobilité réduite.

Elle s'est donné pour objectif de s'appuyer fortement sur la parole des usagers :

- huit entretiens ont été menés avec des informateurs clés : élus, agent de police nationale, service médiation sociale, professionnels de santé libéraux et de PMI...
- un atelier mixte s'est réuni à deux reprises, composé de représentants d'habitants et d'associations de quartier, de professionnels de santé et du travail social, de techniciens des collectivités et de l'État;
- une enquête par questionnaire a été réalisée par les étudiants en BTS d'un lycée niortais, permettant d'encourager la participation de la population.

Principales orientations favorables à la santé

L'EIS a formulé 24 recommandations pour le projet pouvant être regroupées ainsi :

- Favoriser la coconception des espaces publics et concentrer les efforts sur des aménagements ludiques, sportifs et sécurisants.
- Inscrire la place du végétal comme facteur d'identité du quartier, et intégrer des équipements favorables à l'activité physique, au jardinage, tout en choisissant des espèces végétales non allergènes.
- Ajuster la place accordée aux stationnements en pied d'immeuble aux personnes qui en ont le plus besoin, en privilégiant le verdissement

de ces stationnements, ainsi que les mobilités actives et la sécurité routière.

- Inscrire la gestion des déchets dans une logique de « réduction-récupération » à toutes les échelles du quartier, par le compostage collectif, la création d'une recyclerie et des points d'apports volontaires enterrés, avec une vigilance sur le nombre de points d'apports, leur dimensionnement et leur localisation.

Ces recommandations ont été intégrées au cahier charges de maîtrise d'œuvre urbaine, en s'attachant à la fois à valoriser les aspects positifs relevés dans le quartier, tout en atténuant les désagréments constatés. Par exemple :

- créer des espaces de jeux et de détente dédiés à panel élargi de la population et qui ne soient pas sources de désagréments en matière de tranquillité;
- conforter l'espace vert situé à l'arrière des tours et y créer des espaces de repos et de lecture;
- créer des espaces semi-privatifs au pied des tours regroupant zones de rencontre, zones de stationnement, accès aux entrées d'immeubles;
- intégrer au projet les questions des mobilités actives et conforter les cheminements existants.

Budget/financements

- Soutien de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine à hauteur de 20 000 euros.
- Intégration au programme Comodeis, animé par l'Ireps Nouvelle-Aquitaine et financé par l'Agence régionale de santé. Dans le cadre de sa mission, ce dispositif régional a développé des outils pour favoriser le développement des Évaluations d'impact sur la santé en Nouvelle-Aquitaine : grille de sélection; cahier des charges du prestataire EIS; diaporama de présentation de la démarche avec vidéo de témoignages d'élus; formation-action. Chacun de ces outils a été utilisé à Niort.
- Temps de travail de l'équipe de coordination (trois agents de Niort Agglo, trois agents de la Ville de Niort, un agent de l'État) et différents partenaires impliqués dans la gouvernance de l'EIS.

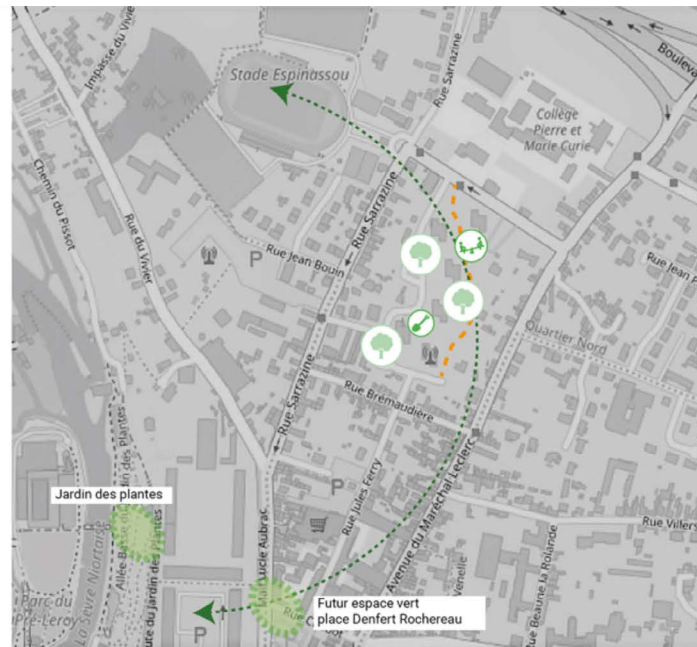
Enseignements

Cette expérimentation s'est voulue particulièrement participative et partenariale, en associant environ 150 personnes.

Espaces verts et nature en ville

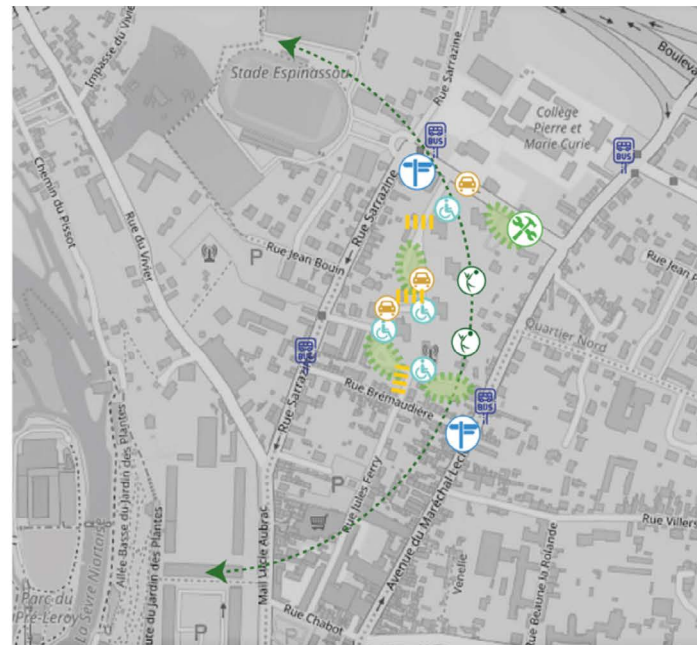
Aménager les espaces verts comme des lieux favorables à la pratique d'activités physiques ludiques et différenciés pour tous les âges :

- 7 - jeux
- 8 - jardinage
- 9 - promenade et course à pieds
- 10 Intégrer les continuités de mobilités actives
- 11 Prendre en compte la composante santé dans le choix et l'entretien des espèces végétales



Mobilités et déplacements

- 12 Places de stationnement dépose-minutes pour PMR et personnes accompagnées de jeunes enfants
- 13 Emplacement réservé aux activités de bricolage et de mécanique automobile
- 14 Créer des espaces de stationnement «verts»
- 15 Signalisation et jalonnement d'itinéraires favorisant les mobilités douces (vers les transports, les lieux d'activité physique, etc.)
- 16 Modalités de ralentissement de la vitesse
- 17 Repenser et redessiner les marquages des passages piétons en partenariat avec les habitants et/ou un collectif d'artistes
- 18 Aménagements urbains favorables à la pratique sportive reliant les principaux points ressources du quartier (jardin des plantes, stade, groupes scolaires etc.)



Elle a reposé sur une gouvernance transversale, représentant les différentes parties prenantes pouvant être concernées par cette EIS, à tous les niveaux de la démarche : un groupe décisionnel d'élus, un comité technique et une équipe de coordination restreinte.

Pour permettre l'appropriation de la démarche EIS par les différentes parties prenantes, une formation-action de deux jours a été organisée par l'Ireps (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) Nouvelle-Aquitaine dès le début du processus, auprès des membres du comité technique de l'EIS. Celle-ci a permis d'identifier collectivement les dysfonctionnements actuels du quartier et faire évoluer le périmètre de l'étude, notamment en lien avec la demande des représentants d'habitants.

L'EIS a mis en avant la nécessité de veiller à l'accessibilité de la démarche de concertation :

- la démarche a été présentée à plusieurs reprises au Conseil citoyen, aux différentes étapes d'avancement de l'étude;
- l'enquête par questionnaire a permis à une centaine d'habitants de s'exprimer sur leur vision actuelle du quartier et leurs attentes pour l'avenir;
- un atelier « check-up santé » en pied d'immeuble a été organisé en partenariat avec le centre d'examen de santé de la CPAM, la PMI et l'Ireps Nouvelle-Aquitaine afin de sensibiliser les habitants sur les différents aspects de la santé et leur expliquer les liens avec l'EIS;
- les recommandations ont été cartographiées, de manière à être les plus concrètes et compréhensibles pour tous.

Perspectives

Le suivi du déploiement des recommandations va être assuré par un binôme de deux services référents (direction Espace public - Ville de Niort et Contrat local de santé - Niort Agglo) afin de garantir la cohérence et la complémentarité globale des interventions.

La stratégie l'EIS a été définie en partenariat avec l'École des hautes études en santé publique. Il s'agira non seulement d'évaluer la mise en œuvre effective des recommandations, mais aussi l'impact sur la santé des mesures prises. Un référentiel de suivi définissant les indicateurs à relever sur les cinq à dix prochaines

années a été réalisé en partenariat entre l'EHESP, Niort Agglo, la Ville de Niort, l'État et l'ARS. Il s'appuie sur le modèle théorique de l'évaluation pour définir les indicateurs de processus et de performance pour chacune des recommandations, les services en charge du recueil des données et la temporalité de ce recueil.

Dans le cadre de la feuille de route « Niort Durable 2030 » :

- La Ville a mis en place un Cahier de prescriptions techniques et environnementales (CAPTEN) qui accompagnera les marchés de maîtrise d'œuvre et de travaux de la Ville. Celui-ci intègre des recommandations d'Urbanisme favorables à la santé, affichant des ambitions fortes sur la qualité de l'air, la performance énergétique et thermique, la qualité de l'eau, les mobilités actives, la végétalisation, etc.
- Un groupe de travail portant sur le déploiement des EIS et de l'Urbanisme favorable à la santé est coanimé par la Ville et la coordinatrice du Contrat local de santé. Il prépare une méthode d'essaiage des EIS dans les documents cadres (PLUI-D, PLH...) et opérations d'aménagement des deux collectivités en favorisant la montée en compétences et l'ouverture des pratiques professionnelles des conducteurs d'opération à un Urbanisme favorable à la santé.

Contacts

Céline AIRAUD-MOUGARD

Coordinatrice du Contrat local de santé du Niortais,
05 49 78 24 90,
celine.airaud@ch-niort.fr

Francis GUILLEMET

Directeur de projet Politique de la Ville, 05 49 78 74 95
francis.guillemet@mairie-niort.fr

Sabrina RENAUD

Directrice du service Cohésion sociale, Insertion,
05-17-38-80-00
sabrina.renaud@agglo-niort.fr

FICHE PROJET N° 7

MIRAMAS • Encourager la prise en compte de la santé sur la durée

Thématiques santé prioritaires

Qualité de l'air | Bruit | Mobilités et pratiques de l'activité physique | Accès aux soins, aux services socio-sanitaires et de prévention

Méthode

Approche de la santé intégrée au PRU via une étude d'UFS

Dates clés

- **2016** : Signature du protocole de préfiguration du NPNRU
- **2016 – 2017 (18 mois)** : Étude d'Urbanisme favorable à la santé
- **Décembre 2019** : Signature de la convention pluriannuelle de renouvellement urbain



© Ville de Miramas

Vue aérienne du quartier Maille 1/Mercure

Contexte du projet

Situé sur le territoire de la métropole Aix-Marseille et la commune de Miramas (Bouches-du-Rhône), le quartier Maille 1/Mercure a été ciblé d'intérêt national par le NPNRU. Ce quartier compte environ 1000 logements (dont 86 % de logements sociaux), pour près de 3000 habitants. Le protocole de préfiguration du PRU a été lancé en mars 2016, aboutissant à la signature de la convention de renouvellement urbain en décembre 2019.

Genèse et objectifs

Pilotée par une équipe de sociologues, la mission d'AMO pour la définition du PRU a permis de mettre très tôt l'accent sur la coconstruction du projet. C'est dans ce contexte favorable qu'a émergé en 2016 l'idée d'engager une démarche expérimentale

d'Urbanisme favorable à la santé, avec la volonté d'intégrer la santé dans le processus même de conception du PRU et non pas en aval, pour évaluer les impacts prévisionnels sur la santé d'un projet déjà élaboré.

Principales orientations favorables à la santé

À l'issue de l'analyse des enjeux du territoire (approfondissement du diagnostic sur le volet «santé publique»), quatre priorités d'intervention favorable à la santé ont été retenues :

- la qualité de l'environnement intérieur;
- l'activité physique et l'alimentation;
- l'accès aux soins, aux services socio-sanitaires et de prévention;
- la cohésion sociale.

Ce travail s'est concrétisé par l'élaboration de préconisations urbaines, sociales et architecturales. Celles-ci sont regroupées dans différents documents complémentaires, qui sont conçus pour fournir un référentiel opérationnel incarnant la démarche favorable à la santé, avec un objectif d'appropriation par les différents acteurs locaux et qui pourra servir de base de négociation avec les différentes parties prenantes :

Une charte pour un Urbanisme favorable

à la santé, affirmant les grandes orientations de la démarche et engageant les signataires de la charte à :

- prendre toutes les décisions nécessaires pour mettre en œuvre le concept d'Urbanisme favorable à la santé dans le projet;
- à prendre connaissance des fiches « Agir pour un urbanisme, des aménagements, des bâtiments et des équipements favorables à la santé » spécifiquement destinées à certains acteurs;
- à participer aux temps de travail et d'échanges pour maintenir la dynamique de prise en compte de la santé dans ce projet.

Un cahier des prescriptions du projet, document annexé à la convention de renouvellement urbain pour orienter les opérations dans le sens des recommandations UFS. Les prescriptions devront être suivies par tous les maîtres d'ouvrage (collectivités, bailleurs, promoteurs, etc.).

Des fiches spécifiques UFS destinées aux différents maîtres d'ouvrage, mettant en avant les leviers d'action propres à chacun (les espaces publics et les équipements publics pour la collectivité; interventions sur les logements pour les bailleurs, copropriétés et promoteurs; interventions des professionnels de santé).

Ces fiches soulignent en quoi les choix de l'acteur influenceront la santé des habitants. Par exemple : les actions des bailleurs sur leur patrimoine (rénovation des parties communes, rénovation des logements, choix des matériaux, choix de système de ventilation, gestion du chantier...), en lien avec la gestion des locataires.

Elles fixent des objectifs à atteindre et répertorient les actions concrètes à mettre en place selon plusieurs

registres (conception du projet de rénovation/détails techniques/gestion et lien social/chantier).

Par exemple, pour la fiche destinée aux bailleurs, pour le «réaménagement des parties communes et de pieds d'immeuble», trois objectifs ont été retenus : «encourager à prendre les escaliers», «favoriser le passage pour éviter l'occupation des halls», et «créer un cadre de vie agréable grâce à la végétation».

Trois prescriptions intégrées dans les fiches

peuvent être mises en exergue, à titre d'illustration de la diversité des solutions proposées :

- Pour encourager à prendre les escaliers lors du réaménagement des halls d'entrée : faire en sorte que la cage d'escalier soit naturellement éclairée; rendre les escaliers visibles avant l'ascenseur; jouer sur les matériaux et les couleurs, y compris sur les marches des escaliers, pour rendre les parties communes plus agréables.
- Pour faciliter la pratique du vélo, aménager des parkings à vélos dans les copropriétés : prévoir un espace sécurisé, éclairé, au rez-de-chaussée, en évitant les successions d'obstacles et suffisamment grand pour manœuvrer les vélos; penser aux autres objets qui seraient susceptibles d'y être stockés tels que poussettes, caddies, afin de prendre en compte la place qu'ils nécessiteraient dans le local.
- Pour favoriser le contact avec la nature au regard de ses multiples bénéfices pour la santé dans la conception des espaces publics : planter des arbres de manière à créer des emplacements ombragés, notamment à proximité des zones de jeux et de rencontre; privilégier les espèces endémiques; donner une place importante aux espèces ayant de fortes capacités d'évaporation, de manière à contribuer au rafraîchissement de l'air; veiller à éviter les essences fortement allergisantes et/ou invasives...

Budget/financements

Mission financée dans le cadre de l'appel à projets «Actions innovantes» de l'ARS PACA, avec un financement conjoint de la métropole Aix-Marseille.

Enseignements et perspectives

Une démarche UFS qui a produit des impacts sur la conduite du projet urbain, sur plusieurs registres :

- Par un travail de sensibilisation des techniciens mobilisés dans la démarche, que ce soit ceux

du porteur de projet ou de leurs AMO.

La démarche UFS a débouché sur une démarche fortement collaborative au sein du groupe de travail constitué à l'occasion.

Par l'intégration de recommandations techniques, rassemblées dans le Cahier de prescriptions.

Par l'intégration de recommandations plus méthodologiques et organisationnelles, notamment en vue de la phase de chantier.

L'approche UFS, un levier pour mettre l'accent sur les inégalités sociales de santé

Les acteurs interrogés soulignent que sur de nombreux aspects, le référentiel santé, issu de la démarche UFS, recouvre un référentiel environnemental (le projet Maille 1/Mercure est également en voie de labélisation ÉcoQuartier). Cependant, les recommandations santé présentent l'intérêt de prendre en compte directement les besoins exprimés par les habitants. L'approche UFS donne ainsi l'opportunité de mettre les questions et les impacts du projet urbain sur la santé au cœur des échanges et arbitrages à réaliser.

Une poursuite de la démarche UFS sur toute la durée de vie du projet

La collectivité a décidé de poursuivre la démarche engagée par le recours à une mission d'AMO à la mise en œuvre de la démarche UFS sur l'ensemble de la durée du projet, soit une durée prévisionnelle de huit ans. L'appel d'offres pour la sélection d'un prestataire spécialisé a été lancé fin 2020, avec une assiette subventionnable prévisionnelle de 80 k€ inscrite dans la convention.

Cette AMO de mise en œuvre de la démarche UFS permettra de mobiliser des expertises ciblées tout au long de l'avancement du projet, notamment pour les aspects suivants :

Conseil et suivi, afin de produire un avis et formuler des recommandations sur la mise en œuvre des opérations du projet (construction/réhabilitation/restructuration de logements et d'équipements et d'aménagement d'espaces publics) à leurs différentes étapes : définition des besoins, programmation, maîtrise d'œuvre et chantier.

Accompagnement méthodologique pour la conception et analyse d'enquêtes santé conduites tout au long du projet



© Ville de Miramas

Atelier de concertation

par la coordinatrice de l'ASV (questionnaires au public sur la perception de la santé, entretiens auprès des professionnels de santé).

Poursuite dans la durée de la sensibilisation et formation à la démarche UFS auprès des acteurs locaux (bailleurs, associations, collectivités, personnels de l'enseignement, entreprises travaux, agents d'entretien...).

Enrichissement et capitalisation des résultats de l'étude UFS initiale : amélioration en continu du Cahier de prescriptions élaboré, enrichissement du tableau de bord des objectifs urbains du projet par des indicateurs santé ad hoc...

Plus généralement, les acteurs interrogés soulignent que la portée réelle de la démarche UFS sera à mesurer dans la durée, pour s'assurer que les différentes maîtrises d'ouvrage des opérations respectent les prescriptions favorables à la santé, y compris quand la pression se fera sentir pour réaliser des économies (par exemple, en s'assurant que la prescription d'intégrer de l'éclairage naturel dans les halls d'immeuble des constructions neuves sera fidèlement appliquée par les opérateurs immobiliers). Il s'agira de «tenir bon» sur le respect de ces engagements, et plus largement faire évoluer durablement la culture des différentes parties prenantes.

Contact

Jérôme MARCILIAC

Mission Rénovation urbaine, projet de Miramas
Métropole Aix-Marseille-Provence
04.90.58.79.61
jerome.marciliac@ampmetropole.fr

FICHE PROJET N° 8

PÉRIGUEUX • Accompagner le changement

Thématiques santé prioritaires

Nuisances environnementales du chantier | Accompagnement au changement

Méthode

Démarche d'Évaluation des impacts sur la santé portant sur l'accompagnement au changement dans le cadre du PRU

Dates clés

• 29 janvier 2016 :

Signature du protocole de préfiguration

• 2017-2018 : Réalisation de l'EIS

• 24 juin 2019 : Signature de la convention pluriannuelle de renouvellement urbain



© Communauté d'Agglomération de Périgueux

Palissade du chantier du pôle Solidarité

Contexte du projet

Le quartier de Chamiers se situe au nord de la commune de Coulounieix-Chamiers et constitue l'un des deux QPV de l'agglomération du Grand Périgueux (Dordogne). Il compte près de 1200 habitants et se caractérise par une paupérisation importante et un bâti vieillissant ne répondant plus aux standards actuels. L'activité artisanale et commerciale y est depuis quelques années en perte de vitesse, engendrant la fermeture de commerces et l'inoccupation des pieds d'immeuble. Pour autant, le quartier bénéficie d'un maillage d'équipements socio-éducatifs de grande qualité, ainsi que d'une trame verte généreuse perçue comme un véritable atout par les habitants du quartier.

Le quartier est inscrit au NPNRU au titre des opérations d'intérêt régional.

Le projet s'organise autour d'un concept fort de parc urbain habité et de cinq enjeux stratégiques :

- Désenclaver le quartier physiquement et dans les représentations.
- Opérer le déploiement d'une offre de logements attractive pour aujourd'hui et pour demain.
- Rationaliser l'espace public, ses usages et ses fonctions en les valorisant et en les structurant.
- Conforter et développer la vocation Économie-Emplois du quartier.
- Créer les conditions d'une mutation réelle et durable du cœur d'agglomération en opérant un véritable changement d'image.

Sur le volet habitat, le contenu programmatique repose sur une déclinaison territoriale fine des réponses aux besoins inscrites au PLH durable qui intègre :

- la démolition de 201 logements, soit plus de 35 % du parc existant;
- la réhabilitation ambitieuse et la résidentialisation optimisée de 312 logements, soit près de 90 % de l'offre restante avec 154 logements réhabilités aux normes européennes;
- la diversification de l'offre résidentielle avec la production de 160 à 180 logements privés (sur une emprise libérée par la démolition de logements locatifs sociaux), la reconstitution sur site de 49 logements locatifs sociaux (+112 hors site) et 5 logements en accession sociale à la propriété (PSLA).

Sur le volet équipements et espace publics, sont inscrits au projet de renouvellement urbain :

- l'aménagement d'un pôle des solidarités avec restructuration du centre social et du centre médico-social, intégration du CCAS et aménagement d'une Maison de quartier;
- la création d'un gymnase municipal optimisé et tourné vers les habitants avec une programmation dedans/dehors;
- le maillage du quartier avec une trame urbaine adaptée aux enjeux d'apaisement d'aujourd'hui et d'intégration des logements de demain;
- l'aménagement d'un parc de nature au cœur de l'îlot résidentiel;
- la mise en place des points de collecte enterrés.

Le volet économie et emplois prévoit quant à lui les interventions suivantes :

- la construction de Cap'Artisans, offre locative pour des artisans engagés;
- la mise en place d'une Fabrique à entreprendre pilotée par la Maison de l'emploi, outil de coordination/animation faisant le lien entre le salariat et l'entrepreneuriat avec la location de deux box du pôle artisanal pour les habitants des QPV;
- la réflexion autour de boutiques/restaurants à l'essai en lien avec la Fabrique à entreprendre, l'incubateur Émergence Périgord et le Sîlot;
- la redynamisation de l'offre commerciale (Fisac) coordonnée par le Pays de l'Isle en Périgord.

Genèse et objectifs de la démarche de projet favorable à la santé

Inscrit dans le troisième Plan national Santé Environnement (2015-2019) et le Plan régional Santé Environnement 3

signé le 11 juillet 2017, le développement des EIS a été encouragé par l'ARS Nouvelle-Aquitaine sur son territoire. Saisissant cette opportunité, l'agglomération du Grand Périgueux a souhaité engager une Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) afin d'éclairer la prise de décisions concernant la définition du PRU du quartier Chamiers.

L'objectif était également de renforcer la coconstruction du projet. Les échanges ont permis d'identifier deux axes d'étude principaux dans la définition du projet et dans l'exécution du projet :

- > la qualité de vie dans les logements et aux abords;
- > le chantier urbain.

Principales orientations favorables à la santé

L'EIS a formulé les recommandations suivantes pour le PRU :

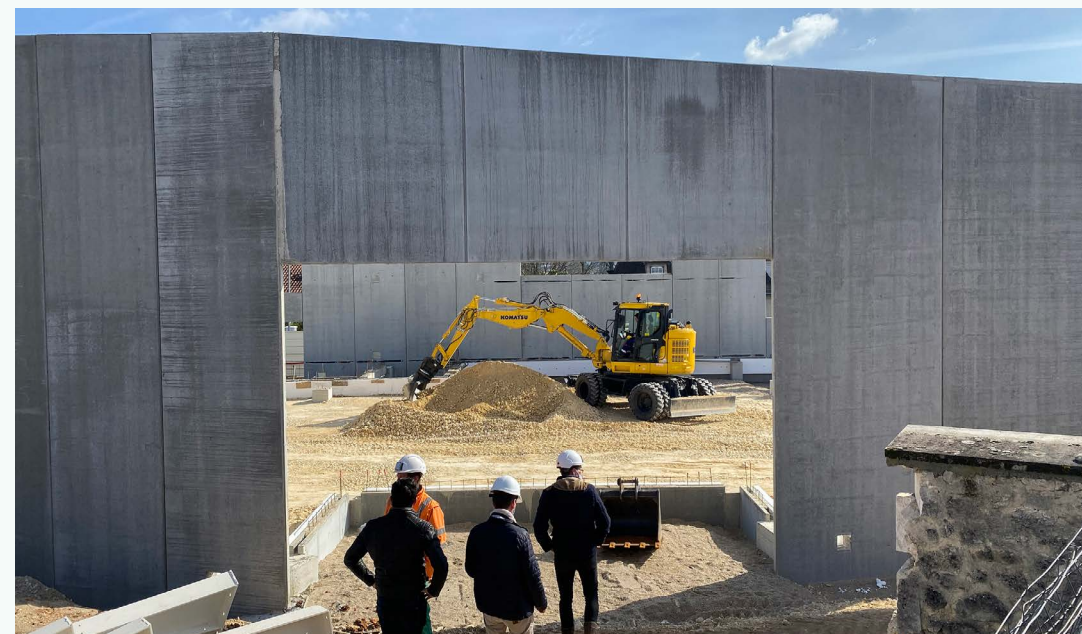
Sur la problématique de l'«habiter mieux»

- accompagner les personnes à être relogées au plus près de leurs attentes et besoins;
- assurer une véritable politique de communication au plus proche des habitants;
- encourager la réduction des nuisances sonores et olfactives liées à la présence d'animaux;
- mettre en place des actions de médiation pour apaiser les relations de voisinage et mettre en place des dispositifs d'entraide et d'accueil entre voisins;
- garantir une plus grande intimité des logements en rez-de-chaussée (existants et futurs);
- éviter/compenser les ruptures de solidarités de voisinage lors des opérations de relogement en prenant en compte dans la mesure du possible les réseaux amicaux et/ou familiaux;
- mettre en valeur les ressources locales et services de proximité.

Sur la problématique de la vie pendant les chantiers

- créer une signalétique sur les nouveaux cheminements et îlots de tranquillité;
- soutenir, valoriser l'insertion professionnelle et la création d'emploi dans le cadre du suivi et de la réalisation du chantier;
- apaiser la vie pendant le chantier; créer une signalétique transitoire et évolutive dédiée aux cheminements et îlots de tranquillité.

Ces recommandations se sont traduites de manière opérationnelle par les actions suivantes :



Travaux du pôle de Solidarités

ACTION 1 POUR UN VOISINAGE PLUS RESPECTUEUX ET CONVIVIAL

Mettre en place des dispositifs d'entraide et d'accueil entre voisins pour la réappropriation de leurs logements :

Pour contrer la complexité d'un sujet qui touche à la fois à l'intimité des habitants et à la stratégie patrimoniale du bailleur, mise en place d'un partenariat avec les Compagnons Bâisseurs pour promouvoir l'autoréhabilitation en impliquant les habitants. Un logement de démonstration est mis à disposition des habitants pour montrer les bonnes pratiques en matière de rénovation, ainsi que des outils dans le cadre d'un projet « d'outil-thèque » porté par l'association d'insertion 3 S présente sur le quartier. La prochaine étape en réflexion est la mise en place de chantiers d'autoréhabilitation accompagnée afin de toucher tout type de public quelles que soient sa condition physique et sa capacité à se projeter dans des travaux (familles monoparentales par ex.).

ACTION 2 POUR UN SUIVI DE CHANTIER CONCERTÉ ET APAISÉ

Rédaction d'une charte «Chantier apaisé» avec mise en évidence d'îlots de tranquillité (espaces préservés

des chantiers) à partir d'un travail de benchmark auprès d'autres collectivités. Au-delà de l'intérêt en matière de contenu (beaucoup d'éléments relèvent finalement d'aspects réglementaires), cette charte a permis de rassurer à la fois les habitants qui avaient exprimé leurs préoccupations concernant les éventuelles nuisances liées à la phase chantier, et les entreprises pour leur permettre d'envisager leur chantier en toute quiétude. La charte a été annexée au marché de travaux des premières réalisations : réhabilitation des quatre premières résidences (154 logements au total) et aménagement du pôle des solidarités (équipement phare). Une cartographie des cheminements et îlots de tranquillité a également été réalisée. Sur le volet communication, la collectivité a fait réaliser des palissades informant que l'on se trouvait sur un chantier apaisé, et des affichettes dans les cabanes de chantier pour communiquer auprès des ouvriers. La charte inclut un kit de communication : panneaux de chantier, bâches, courrier d'information aux riverains...

Enseignements et perspectives

L'intérêt premier de l'EIS a été de verbaliser et retranscrire de façon claire et pragmatique les enjeux directement

Conclusion

remontés du terrain. De plus la temporalité de l'EIS en adéquation avec le conventionnement ANRU a favorisé la mobilisation des acteurs du PRU.

Par extension, l'EIS a permis de réfléchir à la dimension santé dans le cadre des ateliers de GUSP et ainsi étoffer sa feuille de route. Travailler dans le cadre de la GUSP a été facilitateur pour avancer de manière partagée sur les thématiques/enjeux identifiés et les traduire opérationnellement dans la phase de mise en œuvre de la convention.

Contacts

Julie ANDRAUD

Cheffe de projet Renouvellement urbain du quartier de Chamiers
J.Andraud@grandperigueux.fr

Caroline CERVERA

Coordinatrice Santé
C.Cervera@grandperigueux.fr

Ces dernières années, l'appréhension globale des déterminants de santé et la préoccupation environnementale ont mis en lumière les interactions fortes existant entre aménagement et santé, plaidant pour sa prise en compte dans l'élaboration des projets urbains. En agissant comme un révélateur des inégalités territoriales de santé et des vulnérabilités propres aux QPV, **la crise sanitaire liée à la COVID-19 légitime d'autant plus d'appréhender le renouvellement urbain à travers le prisme de la santé.** Les difficultés liées à la vétusté des logements ou à leur suroccupation, ont rendus de fait les confinements successifs particulièrement douloureux et ont été de nature à favoriser une circulation accrue du virus.

Les opérations de renouvellement urbain constituent plus que jamais une opportunité à ne pas manquer pour réduire les facteurs de fragilité et plus encore maximiser les effets bénéfiques sur la santé. On l'a vu, il importe de dépasser les questions relatives à l'accès aux soins pour s'intéresser à tous les paramètres du cadre de vie, susceptibles d'agir sur les différents déterminants de santé : confort environnemental du milieu de vie, alimentation diversifiée, activité physique quotidienne ... L'intégration de la santé dans les projets de renouvellement urbain doit devenir un pré requis à intégrer aux réflexions. Dans ce contexte, les travaux engagés à travers le groupe de travail du Club ANRU+ devront se poursuivre pour bénéficier des retours d'expérience opérationnels des projets d'ores et déjà identifiés sur la thématique de la santé spécifique au renouvellement urbain, mais aussi de ceux qui s'engageront dans des démarches nouvelles, à l'appui notamment des préconisations émises dans ce guide.

Certaines problématiques et certains sujets de réflexion abordés dans le carnet méritent encore des approfondissements.

Concernant l'offre de soins, le ciblage des quartiers sous équipés doit être affiné à l'échelle nationale, de même que l'effet potentiel de corrélation entre le renoncement aux soins et la non-accessibilité de l'offre doit être objectivé. La question du portage des projets d'équipements privés doit également être approfondie, avec une identification des leviers susceptibles de favoriser la mobilisation d'investisseurs, et de remplir les conditions d'attractivités vers les professionnels de santé.

Les modalités d'évaluation de l'impact des opérations sur la santé seront à préciser et à confronter à la réalité des expérimentations mises en œuvre dans le cadre du NPNRU. L'évaluation et la mesure des impacts des opérations pose la question de la durée et du cadre de l'évaluation. Des exemples inspirants sur les suivis de chantiers, ou à l'échelle du suivi des bâtiments en phase de livraison ou de vie (recherches de performance environnementales de résultats ou commissionnement par exemple), sont peut-être à approfondir et décliner sur la santé à l'échelle des projets de renouvellement urbain (mesures, suivi dans le temps long, participation des habitants, accompagnement au changement, etc.).

Enfin, pour maximiser les effets bénéfiques des projets de renouvellement urbain sur la santé, les réflexions doivent être prolongées plus globalement, en les articulant à d'autres abordées dans le Club ANRU+ : la réversibilité des espaces, qu'ils soient publics ou privés, la capacité aussi, de ces mêmes espaces à s'adresser aux individus et à leurs différences ou encore leurs capacités à s'inspirer de la nature au travers des approches biomimétiques.

Ressources bibliographiques

RÉFÉRENTIELS ET GUIDES, EIS ET UFS

- EHESP (École des hautes études en santé publique), A'Urba. Le guide Isadora, une démarche d'accompagnement à l'intégration de la santé dans les opérations d'aménagement urbain. 2020, 355 p. Disponible sur : <https://www.ehesp.fr/2020/06/04/guide-isadora-l-ehesp-etoffe-son-corpus-d-outils-sur-le-theme-urbanisme-favorable-a-la-sante/>.
- ROUE-LE GALL Anne, LE GALL Judith, POTELON Jean-Luc, CUZON Ysaline, EHESP (École des hautes études en santé publique). Agir pour un Urbanisme favorable à la santé, concepts et outils. 2014, 192 p. Disponible sur : <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>.
- BARTON Hugh, TSOUROU Catherine. Urbanisme et santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants. 2004, Association S2D (Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable), 194 p. Disponible sur : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/102106/E93982.pdf
- ARS (Agence régionale de santé) Aquitaine et A'Urba (Agence d'urbanisme de Bordeaux Métropole Aquitaine). Guide Plan local d'urbanisme et santé environnementale. 2015. Disponible sur : https://www.aurba.org/wp-content/uploads/2015/05/Guide_PLU_sante_environnementale.pdf

—— **En Pays de la Loire** : Dans le cadre du PRSE 3, l'ARS, la Dreal et les DDT ont conçu un référentiel aux aménageurs et bureaux d'études pour intégrer les enjeux de santé dans les documents d'urbanisme : élaboration et révision des documents d'urbanisme, schémas de cohérence territoriale et plans locaux d'urbanisme (intercommunaux). 2020, 74 p. Disponible sur : https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-09/PRSE3__urbanisme_referentiel_collectivites_VF.pdf

Dans la continuité de ce référentiel, un cycle de formations et de sensibilisation s'est déroulé en 2020-2021 à travers une coopération étroite entre le Comité 21, l'ARS et la Dreal Pays de la Loire. Le programme complet et l'accès aux formations : <http://comite21grandouest.org/grand-ouest/le-reseau-des-adherents/actus-regionales.html?id=14082>.

—— **En région Nouvelle-Aquitaine** : Depuis trois ans, l'ARS Nouvelle-Aquitaine mène une politique régionale ambitieuse de développement des Évaluations d'impact sur la santé (EIS) dans le cadre du PRSE (Programme régional Santé Environnement). Cette nouvelle démarche se propose d'aider les collectivités à évaluer les effets potentiels de leurs projets d'aménagement du territoire sur la santé. Les collectivités se lançant dans cette démarche peuvent ainsi renforcer leurs choix pour développer des cadres de vie sains et améliorer la qualité de vie des habitants.

- **Les différents outils développés dans le cadre du programme Comodeis** : <https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/category/evaluation-dimpact-sur-la-sante/les-outils-comodeis/>.
- **Modèle de cahier des charges pour les collectivités pour trouver un prestataire en EIS** : <https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/2017/10/10/modele-de-cahier-des-charges-pour-les-collectivites-pour-trouver-un-prestataire-en-eis/>.
- **La liste et les rapports EIS réalisés en Nouvelle-Aquitaine** : <https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/category/evaluation-dimpact-sur-la-sante/>.

RESSOURCES THÉMATIQUES

Démarches territorialisées de santé et acteurs (CLS, CLSM, ASV, PMI)

- Base de ressources de la fabrique Territoire santé. Disponible sur : <https://www.fabrique-territoires-sante.org/>.
- Profession Banlieue. Mémo Démarche Atelier Santé Ville et programmation locale de santé ; Plan local de santé et Contrat local de santé, version courte. 2011, 3 p. Disponible sur : https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/ressources/memoprofession_banlieue_asv_cls_vcourte.pdf.
- ARS (Agence régionale de santé) Île-de-France. Référentiel Contrat local de santé (CLS). 2016, 132 p. Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/CLS-referentiel.pdf>.
- CHARAPOFF Sonia, DE FOS Émile, OUMARJAL Myriam, PROVOST Emmanuelle, TRON DE BOUCHONY Alice. Coordonner un conseil local de santé mentale : un métier à part entière – L'Information psychiatrique 2020 ; 96 (7) : 561-7. Disponible sur : <http://clsm-ccoms.org/2020/10/07/article-coordonner-un-conseil-local-de-sante-mentale-un-metier-a-part-entiere-linformation-psychiatrique-2020-96-7-561-7/>.
- DGCS (Direction générale de la cohésion sociale). Protection maternelle et infantile, soutien à la fonction parentale, protection de l'enfance et modes d'accueil. 2016. Disponible sur : https://www.sdaesf01.fr/wp-content/uploads/2016/07/Rapport-PMI_DGCS_mai2016.pdf.
- **Inégalités sociales de santé, modes de vie et comportements**
- DE KONINK Maria, HÉBERT Catherine, VALENTINI Hélène. Réduction des inégalités sociales de santé et francophonie : une meilleure compréhension en faveur d'une action concrète en santé publique. Santé publique, 2008, Volume 20, n° 5, p401 à 403.
- Base de connaissance sur les inégalités sociales de santé disponible sur : <http://www.tribuneiss.com/>.
- Séminaire « Accompagnement à la parentalité et inégalités de santé », actes du séminaire du 12 septembre 2016, Société française de santé publique. Disponible sur : <https://www.sfsp.fr/content-page/item/10262-actes-du-premier-seminaire-accompagnement-a-la-parentalite-et-inegalites-sociales-de-sante-poser-le-cadre>.
- POISSANT Julie. L'universalisme proportionné, quelques explications additionnelles, 2015. Disponible sur : <https://agirtot.org/media/269254/aeUniversalisme-proportionne-youtube-final.pdf>.
- Onzus (Observatoire national des zones urbaines sensibles). Rapport de 2014. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/154000311.pdf>.
- Onzus (Observatoire national des zones urbaines sensibles). Rapport de 2019 « Bien vivre dans les quartiers prioritaires ». Disponible sur : http://www.onpv.fr/uploads/media_items/anct-onpv-rapport2019.original.pdf.
- VIGNERON Emmanuel. Les inégalités de santé dans les territoires français, état des lieux et voies de progrès. Elsevier Masson, 2011, 224 p.
- Pierre CHAUVIN, Isabelle PARIZOT. Les inégalités sociales et territoriales de santé

dans l'agglomération parisienne. Une analyse de la cohorte Sirs (2005). Les cahiers de l'Onzus. Délégation interministérielle à la Ville, p.105, 2009. Disponible sur : <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00415971/document>.

—— SERMET Catherine. Santé perçue et morbidité déclarée : état des lieux et évolution. 20 ans de santé publique, Actualité et dossier en santé publique n° 80, 2012, 88 p. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=120>.

Activité physique :

—— IPR (Institut Paris Région). Bouger! Le sport rythme la ville. Les cahiers de l'Institut Paris région n° 177, 2020, 178 p.

Disponible sur : https://www.institutparisregion.fr/fileadmin/NewEtudes/000pack2/Etude_2397/C177_WEB_0723.pdf.

—— Manger Bouger. Comment mettre en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche? Kit d'accompagnement des collectivités locales. 20 p.

Disponible sur : https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/kit_pieton_inpes.pdf.

—— Manger bouger. Guide pratique pour la réalisation de cartes de temps de parcours à pied et/ou à vélo. 18 p.

Disponible sur : https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/guide_cartes_temps_de_parcours.pdf.

—— DELAFOSSE Lucas, MALEK Stéphane. Marche à suivre – Bordeaux – Forum Vies mobiles. 2015. Disponible sur : <https://fr.forumviesmobiles.org/projet/2015/06/18/marche-suivre-bordeaux-2882>.

Sédentarité/Alimentation/Interactions sociales

—— MARTIN-FERNANDEZ, CHAVIN Pierre. Les inégalités socio-territoriales de l'insécurité alimentaire dans l'agglomération parisienne et ses liens avec le surpoids et l'obésité - Rapport pour l'ARS Île-de-France. 2014, 104 p.

Disponible sur : http://www.iplesp.upmc.fr/eres/files/Rapport_final_JSTIA.pdf

—— ARS (Agence régionale de santé) Île-de-France, ORS (Observatoire régional de Santé) Île-de-France. Évaluation des impacts sur la santé de projets de transport de Plaine Commune. 2014, 171 p.

Disponible sur : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/EIS-plaine-commune-rapport-integral.pdf>.

—— Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale). Travaux de la cohorte Record : cohorte d'adultes résidant en Île-de-France : « Résidentiel environment and coronary heart disease ». 2007.

Disponible sur : <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/epidemiologie-france/fiches/cohorte-d-adultes-residant-en-ile-de-france-residential-environment-and-coronary-heart-disease/fre-fr>.

—— Cerema. L'agriculture urbaine dans les ÉcoQuartiers. 2019, 123 p.

Disponible sur : <https://www.cerema.fr/fr/actualites/agriculture-urbaine-ecoquartier>.

—— ANRU (Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine). L'agriculture urbaine dans les quartiers en renouvellement urbain – Boîte à outils du montage d'un projet. 104 p.

Disponible sur : https://www.anru.fr/sites/default/files/media/downloads/clubanru_guideagriurbaine.pdf.

—— Fabrique Territoires Santé. Alimentation et territoires : comment garantir localement une alimentation de qualité et accessible à tous? Dossier ressources, février 2018, 75 p.

Disponible sur : https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/dossier_alimentation_et_territoires.pdf.

—— Environnements favorables à une alimentation saine : une réponse aux inégalités sociales de santé? Santé en action, juin 2018, numéro 444, 52 p.

Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2018-n-444-environnements-favorables-a-une-alimentation-saine-une-reponse-aux-inegalites-sociales-de-sante>.

—— CHABROL Marie, LANGE Julien. Concevoir avec les habitants des quartiers bénéfiques à la santé et au bien-être, pistes d'actions à l'échelle de l'îlot urbain. Les chantiers Leroy Merlin Source, n° 29, 2018.

Disponible sur : <https://www.leroymerlinsource.fr/architecture-urbanisme/urbanisme/concevoir-avec-les-habitants-des-quartiers-benefiques-a-la-sante-et-au-bien-etre/>.

—— SOULIER Nicolas. Reconquérir les rues, exemples à travers le monde et pistes d'actions. ULMER, 2012, 256 p.

Expositions aux nuisances environnementales

Pollution atmosphérique & qualité de l'air intérieur

—— Institut de veille sanitaire. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans neuf villes françaises, résultats du projet Aphekom. 2012, 36 p.

Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/pollution-et-sante/air/documents/rapport-synthese/impact-sanitaire-de-la-pollution-atmospherique-dans-neuf-villes-francaises.-resultats-du-projet-apekom>.

—— ADEME (Agence de la transition écologique). Qualité de l'air et enjeux sanitaires associés; réussir la planification et l'aménagement durable. Les cahiers techniques de l'AEU 2. 2016, 104 p.

—— Cerema. Enjeux sanitaires dans les opérations d'aménagement urbain, Qualité de l'air extérieur et opérations d'aménagement urbain, fiche n° 1, 2019, 12 p.

Disponible sur : <https://www.cerema.fr/fr/actualites/amenagement-urbain-fiches-enjeux-sanitaires-prendre-compte>.

—— RNSA (Réseau national de surveillance Aaérobiologique). Guide de la végétation en ville. 36 p.

Disponible sur : <http://www.encyclopollens.fr/wp-content/uploads/2014/02/Guide-Vegetation.pdf>.

—— Medde (ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie), METL (ministère du Logement, de l'Égalité des territoires et de la Ruralité). Construire sain – Guide à l'usage des maîtres d'ouvrage et maîtres d'œuvres pour la construction et la rénovation. 2013, 88 p.

Disponible sur : https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/DGALN_guides_construire_sain_2015.pdf

—— ADEME, EHESP, Leres Inteco, AQC, Inddigo. Ichaqi : outil d'aide à la décision pour l'impact de la phase chantier sur la qualité de l'air intérieur.

Disponible sur : <http://ichaqai.qualiteconstruction.com/>.

—— ADEME. Placer la santé au cœur de l'acte de construire, méthode Ecrains. 2020, 11 p.

Disponible sur : <https://www.ademe.fr/placer-sante-coeur-lacte-construire#:~:text=ECRAINS%C2%AE%20est%20une%20d%C3%A9marche,la%20qualit%C3%A9%20des%20ambiances%20int%C3%A9rieures>.

—— ADEME, programmes en faveur de la qualité de l'air, dont AACT AIR. Disponible sur : <https://www.ademe.fr/expertises/air-bruit/passer-a-laction/dossier/programmes-faveur-qualite-lair-aact-air-cortea-primequal/aact-air-actions-faveur-qualite-lair-territoires>.

Nuisances sonores et confort acoustique

—— Audiar (Agence d'urbanisme et de développement intercommunal de l'agglomération rennaise). Des zones calmes aux espaces de ressourcement, capitalisation des études. 2017, 12 p.

Disponible sur : <https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/etudes/recapitulatifetudeszonescalmesfin.pdf>.

—— Bruit Parif. Les solutions techniques pour lutter contre le bruit. 2015. Disponible sur : <https://www.bruitparif.fr/les-solutions-techniques-pour-lutter-contre-le-bruit/>.

—— Cerema. Enjeux sanitaires dans les opérations d'aménagement urbain, Bruit et opérations d'aménagement urbain, fiche n° 2, 2019, 12 p. Disponible sur : <https://www.cerema.fr/fr/actualites/amenagement-urbain-fiches-enjeux-sanitaires-prendre-compte>

Confort d'été ou d'hiver & approches bioclimatiques (dont îlot de chaleur urbain, solutions fondées sur la nature : sols, stratégies de végétalisation, de gestion de l'eau pluviale) :

—— ADEME. Diagnostic de la surchauffe urbaine - Recueil de méthodes de diagnostic et d'expériences territoriales, 2017, 50 p. Disponible sur : <https://www.ademe.fr/surchauffe-urbaine-recueil-methodes-diagnostic-dexperiences-territoriales>.

- ADEME, Tribu. Rafrâichissement des villes : De quelles connaissances avons-nous besoin ? État des lieux des connaissances sur le rafrâichissement urbain. 2017, 42 p. Disponible sur : <https://www.ademe.fr/rafrâichissement-villes-connaissances-besoin>.
- ADEME, Tribu, Institut négaWatt, Solagro. Évaluation prospective des formes urbaines dans le cadre de la transition énergétique et écologique, 2020, 137 p. Disponible sur : <https://www.ademe.fr/evaluation-prospective-formes-urbaines-cadre-transition-energetique-ecologique>.
- Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France (IAU). Les îlots de chaleur urbains – Répertoire de fiches connaissance. 2010, 58 p. Disponible sur : https://www.iau-idf.fr/fileadmin/NewEtudes/Etude_774/Les_îlots_de_chaleur_urbains_REPERTOIRE.pdf.
- AUAT (Agence d'urbanisme et d'aménagement Toulouse aire métropolitaine). Quels leviers pour réduire l'îlot de chaleur urbain ? Perspectives villes, observatoire environnement, juillet 2017, 8 p. Disponible sur : https://www.aua-toulouse.org/wp-content/uploads/2017/07/pdf_pv8p-icu-v2light.pdf.
- Grand Lyon Métropole, Charte de l'arbre, Grand Lyon 2016, 84 p. Disponible sur : <https://blogs.grandlyon.com/developpementdurable/en-actions/dispositifs-partenariaux/charte-de-larbre/>.
- ADEME, Région Hauts-de-France, Outil Arboclimat (impact environnemental du patrimoine arboré et scénarios de plantations). Disponible sur : <http://www.arbre-en-ville.fr/arboclimat/>.
- ADEME, Région Hauts-de-France, L'arbre en milieu urbain, acteur du climat en région Hauts-de-France, 2018, 36 p. Disponible sur : <https://www.ademe.fr/larbre-milieu-urbain-acteur-climat-region-hauts-france>.
- ANR (Agence nationale de recherche) et programme Precodd (Programme éco-pluies et programme de recherche écotechnologie et développement durable). L'infiltration en question - Recommandations pour la faisabilité la conception et la gestion des ouvrages d'infiltration des eaux pluviales en milieu urbain. 2009, 63 p. Disponible sur : http://www.graie.org/ecopluiies/delivrables/55729e_guidemodifie_20090203fin6-2.pdf.
- APUR (Atelier parisien d'urbanisme). Référentiel pour une gestion à la source des eaux pluviales dans la métropole, Cahier 1, 2 et 3, 2018. Disponibles sur : <https://www.apur.org/fr/nos-travaux/referentiel-une-gestion-source-eaux-pluviales-metropole>.
- APUR (Atelier parisien d'urbanisme). Gérer autrement les eaux pluviales, une approche par bassins versants, 2018, 60 p. Disponible sur : <https://www.apur.org/fr/nos-travaux/gerer-autrement-eaux-pluviales-une-approche-bassins-versants#:~:text=Une%20vision%20%C3%A9merge%20progressivement%20autour,d%C3%A9versement%20en%20fleuve%20et%20rivi%C3%A8re>.
- GUILLAND Charles, Lionel RANJARD, Olivier DAMAS, Plante & Cité. État des connaissances scientifiques et techniques de la qualité biologique des sols urbains, Plante & Cité, Éd. INRA, 2018. Disponible sur : https://www.plante-et-cite.fr/ressource/fiche/478/etat_des_connaissances_scientifiques_et_techniques_de_la_qualite_biologique_des_sols_urbains/n:0.
- MANTZIARAS Panos, VIGANO Paola. Le sol des villes, ressource et projet. Métis Presses Collection Vues D'ensemble, 2016, 254 p.
- CALVARUSO Christophe, BLANCHARD Anne, EGLIN Thomas, PIEPART Antoine, GRAND Cécile. Méthodologies d'évaluation des fonctions et des services écosystémiques rendus par les sols, « Synthèse du séminaire du 12 juin 2019 à l'INRA d'Orléans », 2019, 32 p. Disponible sur : <https://www.ademe.fr/methodologies-devaluation-fonctions-services-ecosystemiques-rendus-sols>.
- LIEBARD Alain, DE HEDE André. Traité d'architecture et d'urbanisme bioclimatiques. Observ'ER, 2005, 368 p.
- Grand Lyon. Référentiel habitat durable du Grand Lyon, 2016. Disponible sur : <https://blogs.grandlyon.com/plan-climat/2017/01/27/referentiel-habitat-durable-le-millesime-2016-est-arrive/>.
- Risques : pollution des sols, inondations, électromagnétisme :**
- Cerema, Centre de ressources risques & territoires. Comment mieux bâtir en terrains inondables constructibles – Enseignement des projets figurant aux 2 palmarès, 2018, 27 p. Disponible sur : <https://www.cerema.fr/system/files/documents/2018/10/Cerema-enseignements-gpatic-VF.pdf>.
- ARS (Agence régionale de santé) Normandie, ADEME. Urbanisme et Santé – La problématique des sites et sols pollués dans vos projets d'aménagements. 2012, 8 p. Disponible sur : http://reinventionssaintgermain.fr/wp-content/uploads/2017/01/7_Urbanisme-et-Sante-Problematique-des-sites-et-sols-pollues.pdf.
- ARS (Agence régionale de santé) Normandie, ADEME. Sites et sols pollués, comment agir ? 2019, 24 p. Disponible sur : <https://www.normandie.ademe.fr/sites/default/files/sites-sols-pollues-comment-agir.pdf>.
- FOLLENFANT Philippe, LETEURTROIS Jean-Pierre. Rapport sur la maîtrise de l'urbanisme autour des lignes de transport d'électricité. 2010, 55 p. Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/rapport/31529-la-maitrise-de-lurbanisme-autour-des-lignes-de-transport-delectricite>.
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de la santé (DGS). Champs électromagnétiques d'extrêmement basse fréquence – Les effets sur la santé. 2014, 23 p. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Champs_electromagnetiques_extremement_basse_frequence_DGS_2014.pdf.
- Cerema. Enjeux sanitaires dans les opérations d'aménagement urbain, rayonnement électromagnétiques et opérations d'aménagement urbain, fiche n° 3, 2019, 12 p. Disponible sur : <https://www.cerema.fr/fr/actualites/amenagement-urbain-fiches-enjeux-sanitaires-prendre-compte>.
- Chantiers :**
- Projet Furet (Furtivité urbaine réseaux et travaux). Approche systémique des contraintes pour une nouvelle méthode de conception des projets urbains. Disponible sur : <https://anr.fr/Projet-ANR-08-VILL-0002>.
- Conseil national du bruit. Bruits des chantiers, missions incombant aux acteurs d'une opération pour limiter les nuisances, les guides du CND, n° 4. 2013, 16 p. Disponible sur : <https://www.bruit.fr/images/stories/pdf/guide-cnb-bruits-chantiers.pdf>.
- ROUSSELLE Géraldine, Envirobat BDM. Charte de chantier à faibles nuisances, pour un chantier respectueux de l'environnement et des personnes. Modèle de documents. 2007, mise à jour 2019. Disponible sur : https://www.enviroboite.net/charte-de-chantier-a-faibles-nuisances-pour-un-chantier-respectueux-de-l-environnement-et-des?id_rubrique=63.
- Conseil général de la Somme. Guide : Les clauses environnementales dans les opérations de travaux de bâtiments, ou comment agir autrement. 2015, 58 p. Disponible sur : <http://www.achatsresponsables-aquitaine.fr/images/documents/ok-guide%20clauses%20env-JANV%202015%20pour%20web1.pdf>.
- LPO (Ligue de protection des oiseaux), Fédération des entreprises générales du bâtiment et des travaux publics. Guide Biodiversité & chantiers, comment concilier nature et chantiers urbains ? 2019, 80 p. Disponible sur : <http://www.ecoquartiers.logement.gouv.fr/assets/articles/documents/guide-biodiversite-et-chantiers.pdf>.

6

Outils

Les étapes d'une EIS

1 LA SÉLECTION

L'étape de sélection consiste à apprécier l'opportunité de réaliser une EIS. Pour cela, la collectivité et ses partenaires identifient les projets susceptibles d'influencer les déterminants de santé et l'état de santé des différents groupes de population.

QUI ASSOCIE-T-ON À CETTE ÉTAPE ?

- _____ Des professionnels de santé publique, habitat, politiques sociales
- _____ Un bailleur
- _____ Un élu référent
- _____ L'ARS
- _____ ...

LES QUESTIONS QUE L'ON SE POSE

- _____ Le projet peut-il avoir des conséquences sur la santé ?
- _____ Quelle serait la plus-value d'une EIS ?
- _____ Les résultats d'une EIS peuvent-ils influencer le projet ?

RÉSULTATS ATTENDUS

- _____ Une approche multisectorielle
- _____ Une meilleure compréhension des déterminants de la santé
- _____ Une prise de conscience des enjeux qui dépassent l'offre de soins

2 LE CADRAGE

L'étape de cadrage consiste à délimiter le périmètre de l'EIS. À partir d'une analyse sommaire du projet, les échanges du groupe de pilotage permettent d'établir le cadre et les termes de référence pour l'étude (paramètres de l'analyse, modalités de gestion...).

QUI ASSOCIE-T-ON À CETTE ÉTAPE ?

- _____ Le bureau d'études
- _____ Le comité de pilotage
- _____ L'équipe de gestion de l'EIS

LES QUESTIONS QUE L'ON SE POSE

- _____ Quel est le champ d'influence géographique du projet ?
- _____ Quels aspects l'EIS doit-elle en priorité prendre en considération ?
- _____ Quels sont les différents groupes de population potentiellement impactés ?
- _____ Quelles sont les ressources à disposition ? Les acteurs/structures à interroger ?

RÉSULTATS ATTENDUS

- _____ Identification des sources d'impact possible sur la santé
- _____ Identification des groupes les plus vulnérables
- _____ Mise à contribution des ressources locales et production de nouveaux matériaux de connaissance

3 L'ESTIMATION DES IMPACTS

C'est l'étape clé de la démarche EIS. Cela consiste à estimer puis à caractériser les impacts potentiels du projet/programme urbain.

QUI ASSOCIE-T-ON À CETTE ÉTAPE ?

- _____ Le bureau d'études
- _____ Des techniciens
- _____ Un panel d'acteurs du quartier
- _____ Un élu référent
- _____ L'équipe de gestion de l'EIS

LES QUESTIONS QUE L'ON SE POSE

- _____ Quels sont les impacts sur la santé ?
- _____ Quel est le degré de probabilité de survenue ?
- _____ Comment affectent-ils les différents groupes de population ?
- _____ Comment documenter les liens entre le projet et ses effets sur la santé ?

RÉSULTATS ATTENDUS

- _____ Définition des principaux impacts, sens (positifs/négatifs), importance, probabilité, temporalité...
- _____ Distribution de ces impacts au sein des populations les plus concernées par le projet

4 LES RECOMMANDATIONS

Sur la base de l'analyse des impacts, organiser les conclusions, formuler et communiquer des recommandations aux décideurs.

QUI ASSOCIE-T-ON À CETTE ÉTAPE ?

- _____ Le bureau d'études
- _____ Un panel d'acteurs du quartier
- _____ Un élu référent
- _____ L'équipe de gestion de l'EIS

LES QUESTIONS QUE L'ON SE POSE

- _____ Quelle hiérarchisation ?
- _____ Quel calendrier de mise en œuvre ?
- _____ Quelles modalités de validation politique ?
- _____ Quels moyens financiers disponibles ?
- _____ Quel pilotage pour la mise en œuvre des recommandations ?

RÉSULTATS ATTENDUS

- _____ Propositions pour minimiser les effets négatifs et maximiser les effets positifs.
- _____ Validation des indicateurs de suivi des recommandations

5 LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Cette étape consiste à assurer la coordination nécessaire pour une mise en œuvre effective des recommandations. Collecte d'informations de suivi :

- données de réalisation par les différents porteurs d'actions;
- données d'observation objectives (de la fréquentation d'espaces publics, d'espaces verts...);
- données qualitatives (point de vue des habitants...).

À articuler avec le dispositif global d'évaluation du PRU.

QUI ASSOCIE-T-ON À CETTE ÉTAPE ?

- _____ Un pilote issu de la collectivité (fonction transversale)
- _____ Un panel d'acteurs du quartier
- _____ L'équipe de gestion de l'EIS

LES QUESTIONS QUE L'ON SE POSE

- _____ Quels indicateurs de suivi/de résultats ?
- _____ Quelle instance de suivi (composition, fréquence..) ?
- _____ Comment va être réalisé le tableau de bord de pilotage ?

RÉSULTATS ATTENDUS

- _____ Prise en compte effective des recommandations en cohérence avec le calendrier du projet urbain
- _____ Contribution aux réductions des inégalités de santé
- _____ Recherche de cohérence avec les dispositifs et politiques de santé (CLS, Contrat de Ville...)

MINIMISER L'IMPACT DU CHANTIER, EXEMPLES DE SOLUTIONS FAVORABLES À LA SANTÉ

Objectifs : Réduire les désordres occasionnés sur le fonctionnement du quartier et les habitudes des habitants (cadre de vie)	
Enjeux et thèmes	Exemples de dispositifs et actions (non exhaustives)
Accès, flux, déplacements : sécurisation, cohabitation	Solutions fréquentes : _____ Plan d'installation de chantier (PIC), définissant différentes zones, affiché à l'entrée : aires de stationnement, cantonnement, livraison, stockage (approvisionnement, tri des déchets), manœuvre des engins (grues, circulations...). _____ Sécurisation des cheminements. _____ Accès sécurisé au chantier, fermé et gardienné pendant la fermeture. _____ Livraisons en dehors des heures de pointe, stationnement intégré à l'emprise chantier. Exemple, pour aller plus loin : _____ Définir des aires apaisées, zones de tranquillité, zone refuges et de repos, en garantir l'accès et la limitation d'expositions aux nuisances. _____ Solutions alternatives en cas de non-possibilités d'accès pour les PMR, circuit provisoire dans le cas de perturbation d'un cheminement habituel, signalisation, trottoirs, sécurisation systématique, cheminements les plus courts, larges, sans obstacle.
Temps et lieux apaisés, insertion visuelle	Solutions fréquentes : _____ Définir des horaires de chantier (journée, hors week-end) en lien avec la réglementation acoustique. _____ Disposition des installations de stockage et déchets hors de la vue directe, clôture hermétique du chantier et palissade support de communications. _____ Minimisation de l'éclairage nocturne. _____ Clarté de la signalisation et des plans d'accès, propreté du chantier et des abords. _____ Remise en état après chantier (enlèvement de matériaux et déchets, barrières, tranchées, réfections de végétations, etc.). Exemple, pour aller plus loin : _____ Définir un planning des nuisances potentiellement émises pour informer les riverains. _____ Homogénéisation des palissades et clôtures chantier selon un cahier des charges (résistance, hauteur, matériaux, communication, etc.).
Personnel de chantier : sensibilisation, information et santé	Solutions fréquentes : _____ Sensibilisation par remise d'un livret d'accueil; panneaux affichés (environnement, sécurité, démarche de qualité). _____ Port des équipements de protection individuelle (EPI), respect de la réglementation acoustique et seuils limites de dB(A) à 10 m des engins, équipements du personnel de casques acoustiques. _____ Risques relatifs aux matériaux : archivage des fiches de données de sécurité de chaque produit entrant, étiquetage des produits selon la réglementation, interdiction de certains produits (Xn = nocif, T = toxique, T+ = très toxiques, N = dangereux pour l'environnement); ou moins nocifs (Xi, irritants) tolérés avec conditions de protections individuelles, zones de stockage étanches avec signalétique. _____ Responsable chantier : tenue d'un registre d'enregistrement des plaintes de riverains; audits de chantiers (MOA, MOE). Exemple, pour aller plus loin : _____ Conception de base vie durable (confort thermique passif de la base de vie, confort visuel, acoustique, matériaux, performance thermique, portes avec groom...).

Objectifs : Minimiser l'exposition des populations aux nuisances et risques	
Enjeux et thèmes	Exemples de dispositifs et actions (non exhaustives)
Nuisances acoustiques	Solutions fréquentes : — Respect des niveaux de bruit et tranches horaires de la réglementation, voire au-delà avec principes d'urgence sonore. — Équipements et matériels insonorisés, engins électriques ou hydrauliques plutôt que pneumatiques, organisation des circulations pour éviter les marches arrière, banches à serrage par clé au lieu du marteau. — Positionnement des équipements émetteurs fixes loin des zones sensibles, utilisation de talkie-walkies et liaisons radio, éviter les reprises au marteau piqueur sur béton sec. — Espaces de stockage comme zone tampon acoustique. Exemple, pour aller plus loin : — Organisation de l'équipe et des tâches bruyantes au même moment pour limiter la durée d'exposition; tableaux de durées cumulées et niveau de dB(A). — Mesures du niveau acoustique avant chantier et enregistrement des niveaux sonores et vibrations, contrôles des niveaux de bruit par sonomètre. — MOA et MOE recherches de méthodes, procédés réduisant les sources sonores et vibrations. — Sensibilisation du personnel pour éteindre les engins lors des livraisons, limiter les bruits de choc...
Qualité de l'air (intérieur, extérieur) et émissions de particules fines et polluants (poussières, COV, matériaux polluants/allergènes, etc.)	Solutions fréquentes : — Limiter l'envol de poussières et déchets : nettoyage quotidien du chantier, arrosage des sols en périodes sèches, voies de chantier en schiste, éviter le recours au polystyrène ou découpage au fil chaud, déballage des matériaux à proximité du tri des déchets. Exemple, pour aller plus loin : — Aération des espaces bâtis rénovés pendant et après les travaux; délai de trois semaines après la fin des travaux avant de remettre les clés aux occupants. — Couper les moteurs de véhicules à l'arrêt (stationnement, livraisons).
Déchets : gestion (tri, stockage, enlèvement et suivi), réemploi, recyclage/valorisation/traitement	Solutions fréquentes : — Identification des lieux de stockage et pictogrammes de tri des déchets; respect du tri sélectif, protections par filets sur certaines bennes. — Suivi des bennes à déchets (bons d'enlèvements, bordereaux de suivi) et traçabilité, destination finale. — Respect du cadre réglementaire : mise en décharge des terres polluées, dans les démolitions (diagnostic démolition), et 70 % minimal de valorisation matière par rapport à la masse totale des déchets inertes et non dangereux. Exemple, pour aller plus loin : — Réduire à la source par les commandes aux fournisseurs pour réduire les déchets (achat en vrac, conditionnements plus grands, emballages-navettes, reprises de déchets par les fabricants). — Dans la consultation, élaboration d'un schéma d'organisation de la gestion des déchets (Soged) : estimation des quantités produites par types de déchets, prestataires pour l'élimination, centres de récupération/valorisation/recyclage. — Réemploi des terres et matériaux (déconstruction, curetage, concassage des gravats, etc.).

Ressources naturelles (eau, sols, énergie) : préservation (pollution), économie (consommation)	Solutions fréquentes : — Maîtrise des consommations : installation de compteurs, relevés hebdomadaires et bilans mensuels par le responsable chantier; installations de programmeurs pendant la fermeture du chantier. — Eau : équipements hydro-économes dans les sanitaires de la base vie, récupérations des eaux de lavage des centrales à béton pour réutilisation arrosage de chantier. — Énergie : détecteurs de présence dans les sanitaires, éclairage des circulations en permanence uniquement, équipement basse consommation. — Limitation de la pollution des sols : bacs de rétention/décantation pour le nettoyage des outils et bennes à béton, réutilisation après décantation; unité de lavage spécifique aux eaux de peinture; récupération et stockage étanche et couvert des eaux avec huiles, hydrocarbures et détergents, obligation d'huiles végétales pour le décoffrage. Présence d'un kit de dépollution en cas d'accident et bâche étanche mobile, remplissage d'une fiche dommage environnement. Exemple, pour aller plus loin : — Aménagement du terrain avant le chantier pour gérer les eaux de pluie.
Biodiversité : préservation des habitats et continuités (mesures d'évitement et de réduction)	Solutions fréquentes : — Localisation sur le PIC et protection des arbres et bosquets à préserver. — Localisation des espèces invasives, évitement de propagation par les terres et nettoyage des roues des engins. Exemple, pour aller plus loin : — Mesures d'évitement : validation du plan de chantier par un écologue, travaux de zones d'habitat sensible et espèces protégées en dehors des cycles biologiques de vulnérabilité (circulation, reproduction, hibernation, estivation...). — Mesures de réduction : fauches préparatoires aux travaux à vitesses lentes, tas de pierres et espaces de refuge pendant le chantier.

Annuaire

Territoires membres du groupe de travail

Alfortville

Erwann REVEILLANT

Chef de projet Rénovation urbaine/Ville d'Alfortville

Erwann.reveillant@mairie-alfortville.fr

Angers

Nathalie GARNIER

Responsable Éducation
Promotion de la santé/
Direction Santé publique/
Ville d'Angers

nathalie.garnier@ville.angers.fr

Épinay-sous-Sénart

Paul-Émile LEZEAN

Directeur de l'Aménagement urbain et de l'Attractivité du territoire/
Ville d'Épinay-sous-Sénart

pe.lezean@ville-epinay-senart.fr

Sophie TRAN

Responsable
Développement économique et Attractivité du territoire/
Ville d'Épinay-sous-Sénart

s.tran@ville-epinay-senart.fr

Lille

Nina COLOMBO

Directrice du projet de Rénouvellement urbain/
Ville de Lille

ncolombo@mairie-lille.fr

Ophélie BANNIER

Chargée de mission

Innovation et Renouvellement urbain/Ville de Lille

obannier@mairie-lille.fr

Sandrine FORZY

Cheffe de projet Agriculture urbaine et Renouvellement urbain/Ville de Lille

sforzy@mairie-lille.fr

Hélène SOLVES

Cheffe du service Aménagement, Ville, Renouvellement urbain/
Direction départementale des Territoires et de la Mer du Nord

helene.solves@nord.gouv.fr

Clea COCHELIN

stagiaire chargée de mission Habitat et Renouvellement urbain

clea.cochelin@gmail.com

Miramas

Jérôme MARCILIAC

Mission Rénovation urbaine, projet de Miramas/Chargé de mission Rénovation urbaine et Politique de la Ville/Métropole Aix-Marseille-Provence

jerome.marciliac@

ampmetropole.fr

04.90.58.79.61

Olivier MICHEL

Chargé de mission Rénovation urbaine/Métropole Aix-Marseille-Provence

olivier.michel@ampmetropole.fr

Paris

Céline LEGOUT

Ingénieur/
Évaluateur des impacts sur la santé/Service parisien de

Santé environnementale, SDS/
Dases/Ville De Paris

celine.legout@paris.fr

Estelle TRENDEL

Service parisien de Santé environnementale, SDS/
Dases/Ville De Paris

estelle.trendel@paris.fr

Baptiste BERTRAND

Chargé de mission Renouvellement urbain au secrétariat général/
Ville de Paris

baptiste.bertrand@paris.fr

Sophie Barral

Ingénieur/
Coordinatrice de l'observation en Santé environnementale, Service parisien de Santé environnementale, SDS/
Dases/Ville De Paris

sophie.barral@paris.fr

Claude BEAUBESTRE

Service parisien de Santé environnementale, SDS/
Dases/Ville De Paris

claude.beaubestre@paris.fr

Gabrielle VERNUILLET

Chargée d'Évaluation des impacts sur la santé/
Service parisien de Santé environnementale, SDS/
Dases/Ville De Paris

gabrielle.vernouillet@paris.fr

Pierrefitte-sur-Seine

Christophe BISSAINTÉ

Adjoint chef de projet Rénovation urbaine/
ETP Plaine Commune

christophe.bissainte@

plainecommune.com.fr

Mélanie RIAUTE

Directrice adjointe de la Santé/
coordinatrice Atelier Santé Ville-Contrat local de santé/
Ville de Pierrefitte-sur-Seine

melanie.riaute@pierrefitte93.fr

Delphine CURIONI

Cheffe de projet/Responsable du service Rénovation urbaine/
Ville de Saint-Denis

delphine.curioni@

plainecommune.com.fr

Rennes

Marie ANDRÉ

Cheffe de projet Renouvellement urbain/
Pôle Solidarité Citoyenneté Culture/Rennes Métropole

m.andre@rennesmetropole.fr

Arnaud LAURANS

Directeur du service Santé publique et Handicap/Ville de Rennes

a.laurans@ville-rennes.fr

Julien BAILLEUL

Chef de projet Territoires/
Ville de Rennes

julien.bailleul@territoires-rennes.fr

Villeurbanne

Juliette LUCAS

Chargée de Développement territorial/
Ville de Villeurbanne

juliette.lucas@mairie-villeurbanne.fr

Nathalie BENLAHRECH

Chargée de projet Renouvellement urbain SHRU/Mission politique de la Ville et Renouvellement urbain/
Direction départementale des Territoires du Rhône

nathalie.benlahrech@rhone.gouv.fr

Élise BALEYDIER

Cheffe de projet Renouvellement urbain/
Est Métropole Habitat

e.baleyudier@gie-est-habitat.fr

Intervenants extérieurs et contributeurs

ADEME

Ariane ROZO

Coordinatrice Urbanisme en lien avec la santé et l'environnement/Direction Adaptation, Aménagement et Trajectoires bas carbone (DAAT)

ariane.rozo@ademe.fr

04 93 95 79 42

Emmanuel THIBIER

Animateur de secteur acoustique/Direction Villes et Territoires durables (DVTD)

emmanuel.thibier@ademe.fr

04 93 95 79 49

AIRPARIF

Emeric AUGER Architecte SIG/Airparif

emerik.auger@airparif.fr

Arnaud DESCHAMPS

Coordinateur Airlab/
Relations avec les acteurs économiques/Airparif

arnaud.deschamps@airparif.fr

Fabrice JOLY : Responsable

du service Études/Airparif

fabrice.joly@airparif.fr

ANCT

Clémence BRÉ

Cheffe de projet Santé programme lien social et image des quartiers/
Direction déléguée à la Politique de la Ville

Clemence.BRE@anct.gouv.fr

Hélène CHAPET

Directrice de programme Lien social et Images des quartiers
Direction déléguée à la Politique de la Ville

helene.chapet@anct.gouv.fr

Kablan KOFFI

Analyste territorial
Pôle analyse et diagnostics territoriaux – ONPV
20 avenue de Ségur,
TSA 10717, 75334 PARIS
CEDEX 07

DGALN

François

KELLERHALLS-HOSSA

Chargé de mission ÉcoQuartier/DGALN/
DHUP/AD4/Ministère de la Transition écologique

francois.kellerhals@

developpement-durable.gouv.fr

EHESP

Clément DELOLY

Chargé d'études Urbanisme et santé /Département Santé, Environnement, Travail & Génie sanitaire (DSET & GS)/
École des hautes études en santé publique

clement.deloly@ehesp.fr

Anne ROUÉ-LE-GALL

Responsable du diplôme d'établissement «Santé publique et Aménagement des territoires»/École des hautes études en santé publique

Anne.Roue-LeGall@ehesp.fr

FABRIQUE TERRITOIRES SANTE

Clémentine MOTARD

Chargée de projets/Fabrique Territoires Santé

clementine.motard@

fabrique-territoires-sante.org

ESH

Loup BOMMIER

Chargé de mission «Missions transversales et de Projets»/ESH

l.bommier@esh.fr

Pilotage du groupe de travail

ARS IDF

Nicolas NOTIN

Responsable de la mission
Santé urbaine et Grand Paris
nicolas.notin@ars.sa

ANRU

Julie KOELTZ

CMI Stratégies
j.koeltz@cmi-strategies.com

Enzo DAUPHINOT

Kim CHIUSANO

Alice COLLET

kchiusano@anru.fr

acollet@anru.fr

Lancée en 2017, la démarche ANRU+ vise à accompagner le Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU), dont l'Agence Nationale pour la Rénovation urbaine (ANRU) est opérateur, en y amplifiant l'innovation et les investissements économiques.

Ce dispositif mobilise de manière articulée des moyens issus du NPNRU et des Programmes d'investissements d'avenir (PIA) « Ville durable et solidaire » et « Territoires d'innovation » en subvention et en fonds propres. Véritable supplément d'âme du NPNRU, ANRU+ est ainsi une démarche d'accompagnement individuel et collectif des porteurs de projets et de leurs partenaires. Son rôle est de soutenir certaines expérimentations mais aussi de favoriser et partager les pratiques les plus innovantes, efficaces et pertinentes pour les quartiers prioritaires de la politique de la ville en renouvellement urbain et leurs habitants, dans le cadre d'un réseau structuré.

ANRU+ se traduit ainsi notamment par la mobilisation de 121 millions d'euros de subvention issus du PIA et dédiés au financement d'actions innovantes dans certains projets pilotes du NPNRU, par une expertise coordonnée au niveau national pour soutenir la montée en compétences des territoires, et par une programmation d'animation du réseau des acteurs de l'innovation dans le renouvellement urbain, le Club ANRU+ (événements, plateforme collaborative...).

Des groupes de travail thématiques se sont structurés dans le cadre de cette dynamique, pour analyser les verrous à l'innovation sur les thèmes explorés par les collectivités et les maîtres d'ouvrage, et esquisser ensemble les solutions opérationnelles pour les lever.

Les Carnets de l'innovation de l'ANRU rendent compte de ces réflexions croisées entre territoires, qui se veulent des contributions collectives aux travaux pour une ville plus durable et inclusive.



ActionLogement 



BANQUE des TERRITOIRES



Agence Nationale
pour la Rénovation
Urbaine

69 bis, rue de Vaugirard
75006 Paris
tél. : 01 53 63 55 00
fax : 01 45 44 95 16
www.anru.fr

ISBN : 978-2-9566379-4-3



9782956637943

