

II.2 Les clefs opérationnelles ISadOrA

Gouvernance



Clef 1. Mettre en place une instance santé pour impulser et accompagner la prise en compte de la santé tout au long de l'élaboration de l'opération d'aménagement.

santé



{ 1

La prise en compte des enjeux de santé dans l'élaboration d'une opération d'aménagement nécessite l'intégration d'une « instance santé » dans sa gouvernance, afin d'aborder des enjeux multiples dans une approche interdisciplinaire et intersectorielle. En lien avec le maximum d'acteurs intervenant dans l'opération (maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, opérateurs, habitants, acteurs de santé et d'environnement), cette instance a pour objectif principal d'impulser et d'accompagner la prise en compte de la santé dans les différentes étapes de l'opération d'aménagement, notamment via la mise en œuvre des autres clefs opérationnelles. Cette fiche support est à considérer comme le fil conducteur pour la mise en œuvre de l'ensemble de la démarche ISadOrA.

Bien que les missions et la composition de cette instance soient à adapter au contexte de chaque opération d'aménagement, la présente fiche a pour objet de livrer des éléments de cadrage pour la mise en place de cette instance. Ces éléments cadres concernent trois dimensions : ses missions, sa composition et la mise en œuvre de ses missions.

{1. Les missions de l'instance santé

Les missions de cette instance sont a minima au nombre de 8 :

1) Se définir un cadre d'intervention et assurer sa pérennisation

Afin de s'assurer de la pérennité de cette instance tout au long de l'opération, les acteurs qui la composent¹ pourront élaborer un document (type charte) qui les liera du début à la fin de l'opération. En plus de rendre cette instance opérationnelle, ce document pourra :

- Définir ses missions (en reprenant a minima celles qui sont listées ici) ;
- Lister les grands enjeux de santé à traiter dans l'opération ainsi que les clefs opérationnelles à mettre prioritairement en œuvre. Ceci doit être fait à partir des conclusions tirées du portrait de santé et de l'environnement élaboré ainsi que des ateliers de participation (c'est-à-dire de la mise en œuvre des deux autres clefs de processus) ;
- Définir un calendrier de réunions basé sur celui de l'opération (Cf. partie « 3. Mise en œuvre des missions de l'instance »), et notamment pour les étapes qui entérinent les bonnes pratiques (programmation, plan guide, cahiers des charges des espaces publics et des espaces verts, fiches de lots et permis de construire).

2) Identifier précisément les acteurs clés de l'opération

Dans le cas d'opérations complexes, l'instance santé peut réaliser une cartographie des acteurs clés amenés à intervenir dans l'opération et dont le rôle peut avoir un impact sur la santé des populations (bureaux d'études techniques, équipe de maîtrise d'œuvre urbaine, Agence Régionale de Santé, Autorité environnementale, opérateurs, etc.). En partageant cette cartographie, ces différents acteurs pourront non seulement identifier l'instance santé, mais aussi s'identifier les uns par rapport aux autres. Cela paraît en effet nécessaire pour favoriser l'intersectorialité et l'interdisciplinarité inhérentes à la mise en œuvre du concept d'Urbanisme Favorable à la Santé.

Pour ce faire, l'instance santé pourra s'aider à la fois du **cadre théorique d'une opération d'aménagement** (présenté en partie introductive) qui répertorie les différentes étapes d'une opération, ainsi que de la cartographie d'acteurs ci-dessous. La cartographie élaborée, qui pourra évoluer au cours de l'opération, devra être précise et adaptée à l'opération en question.

3) Acculturer l'ensemble des acteurs aux enjeux de santé et à la démarche Urbanisme Favorable à la Santé

Afin que chaque acteur intervenant durablement dans l'opération d'aménagement ait conscience de la plus-value de la démarche ISadOrA et des bienfaits qu'elle peut générer en termes de santé, de bien-être et de qualité de vie pour les habitants, cette instance aura pour rôle de sensibiliser et de former ces différents acteurs à l'Urbanisme Favorable à la Santé et à ses principes fondateurs qui sont : l'approche globale de la santé, l'approche intégrée des enjeux de santé et de développement durable, la maximisation de l'exposition à des facteurs de protection, la minimisation de l'exposition à des facteurs de risques, et enfin la non-aggravation voire la réduction des inégalités de santé.

Pour cela, l'instance santé pourra se référer aux parties introductives du guide ISadOrA qui exposent ces points de manière synthétique, aux premières parties des fiches supports des clefs de conception qui présentent les liens entre l'aménagement et la santé, ainsi qu'à la partie 1 du guide publié en 2014 par l'EHESP « Agir pour un Urbanisme Favorable à la Santé. Concepts et outils »².

4) Accompagner et veiller à l'élaboration du portrait de santé et de l'environnement et de la mise en œuvre des démarches participatives (Clefs de processus ISadOrA)

Cette instance devra s'assurer de la mise en œuvre des deux autres clefs de processus, à savoir l'élaboration d'un portrait de santé et de l'environnement du territoire et/ou du quartier, ainsi que de la mise en œuvre des démarches participatives. La mise en œuvre de ces deux clefs de processus permettra d'identifier les clefs de conception qui paraissent prioritaires et d'ajuster les choix de programmation et de conception à l'état de santé et d'exposition des populations. L'objectif sous-jacent de cette mission est de s'assurer que les choix de programmation et de conception qui sont réalisés au cours de l'opération sont bien adaptés au contexte (sanitaire, socio-économique, environnemental, etc.) de l'opération.

5) Accompagner et veiller à la mise en œuvre des clefs de conception ISadOrA

Afin d'aboutir à un projet d'aménagement favorable à la santé, une autre de ses missions sera d'impulser la mise en œuvre des bonnes pratiques développées dans les clefs de conception. Ainsi, elle devra se réunir avec d'autres acteurs à des étapes clés de l'opération pour s'assurer de cette mise en œuvre.

Pour cela, elle pourra se référer à la partie 5 des fiches supports des clefs opérationnelles (tableau de suivi de la mise en œuvre des clefs de conception) qui répertorie l'ensemble des bonnes pratiques à mener (lignes du tableau) et qui identifie les étapes clés où ces actions doivent être entérinées (colonnes du tableau). À chacune de ces étapes (programmation, plan guide, cahiers des charges des espaces publics et des espaces verts, fiches de lots, permis de construire), l'instance santé aura donc pour mission de s'assurer et de faire en sorte que ces différents documents prennent en compte les bonnes pratiques proposées.

En parallèle, cette instance assurera un suivi de la prise en compte des bonnes pratiques de l'ensemble des clefs opérationnelles à chacune de ces étapes. Cette synthèse constituera un document de suivi de la mise en œuvre de la démarche ISadOrA et pourra être mis à disposition de tout acteur.

1 – La composition de cette instance fait l'objet de la partie 2 de cette fiche

2 – EHESP (2014) « Agir pour un Urbanisme Favorable à la Santé. Concepts et outils ».

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

6) Prendre en charge l'élaboration de « clauses santé » à insérer dans les différents cahiers des charges de consultation

L'intégration des enjeux de santé dans l'élaboration d'une opération d'aménagement nécessite l'implication et l'engagement de chacun des acteurs intervenant de façon durable dans l'opération : les contrats liant ces acteurs entre eux sont donc d'une importance primordiale. Ainsi, cette instance santé pourra prendre en charge l'élaboration de « clauses santé » à intégrer aux différents cahiers des charges de consultation et aux contrats, engageant ainsi les signataires de ces contrats à s'impliquer dans la démarche ISadOrA.

Ces « clauses santé » devront contenir a minima deux éléments :

- Les enjeux de santé à traiter prioritairement et donc les clefs opérationnelles à mettre prioritairement en œuvre ;
- Les modalités d'interactions que l'acteur signataire du contrat aura avec l'instance santé (collaboration pour élaborer des documents, documents soumis à relecture de l'instance santé, fréquence des rencontres, etc.). Ces modalités dépendent de la composition de l'instance santé ainsi que de l'acteur en question.

7) Favoriser l'interdisciplinarité et l'intersectorialité

La santé étant une notion multidisciplinaire, la mise en œuvre de la démarche ISadOrA nécessite de prendre en compte une multitude d'aspects (techniques, environnementaux, sociaux, économiques) et donc de faire travailler ensemble des acteurs issus de professions différentes pour encourager les échanges d'expertises.

Une des missions de cette instance, dont l'interdisciplinarité fera si possible partie de son ADN, sera donc, par l'organisation de rencontres et de réunions, de faire se rapprocher ces acteurs qui ne seraient pas entrés en contact sans la mise en œuvre de cette démarche.

Cette interdisciplinarité peut prendre place au sein même d'une collectivité (entre services d'une EPCI par exemple), ou encore entre les acteurs de l'aménagement, les acteurs de la santé publique et les acteurs de l'environnement.

8) Identifier les sources de financement potentiel pour un « fonds santé »

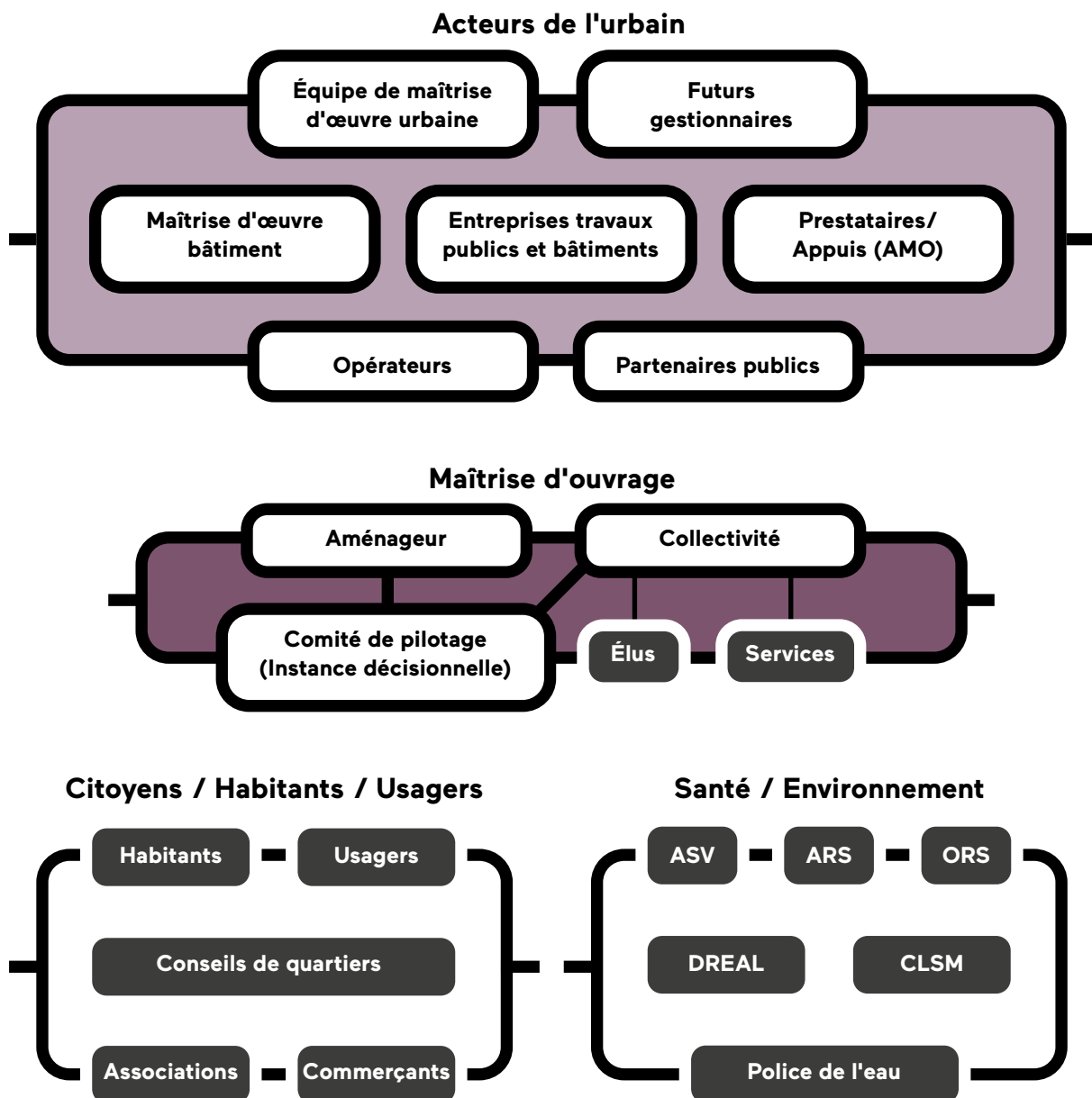
Une enveloppe financière dédiée à la mise en œuvre de la démarche ISadOrA peut grandement faciliter la réussite de cette démarche. En effet, sa mise en œuvre nécessite du temps (réunions, rencontres, relecture de documents, etc.) et éventuellement de la ressource humaine.

Ainsi, une mission de cette instance peut être de rechercher des moyens d'obtenir des financements par la candidature à des appels à projets, à des appels à manifestations d'intérêt, etc. Cette enveloppe pourrait également s'obtenir en interne via une décision des élus d'accorder un « fonds santé » à l'opération.

{ 2. La composition de l'instance santé

2.1. Cartographie théorique des acteurs intervenant dans une opération d'aménagement

La prise en compte de la santé dans une opération d'aménagement ne peut se faire sans l'implication de l'ensemble des parties prenantes de l'opération dont voici une cartographie théorique :



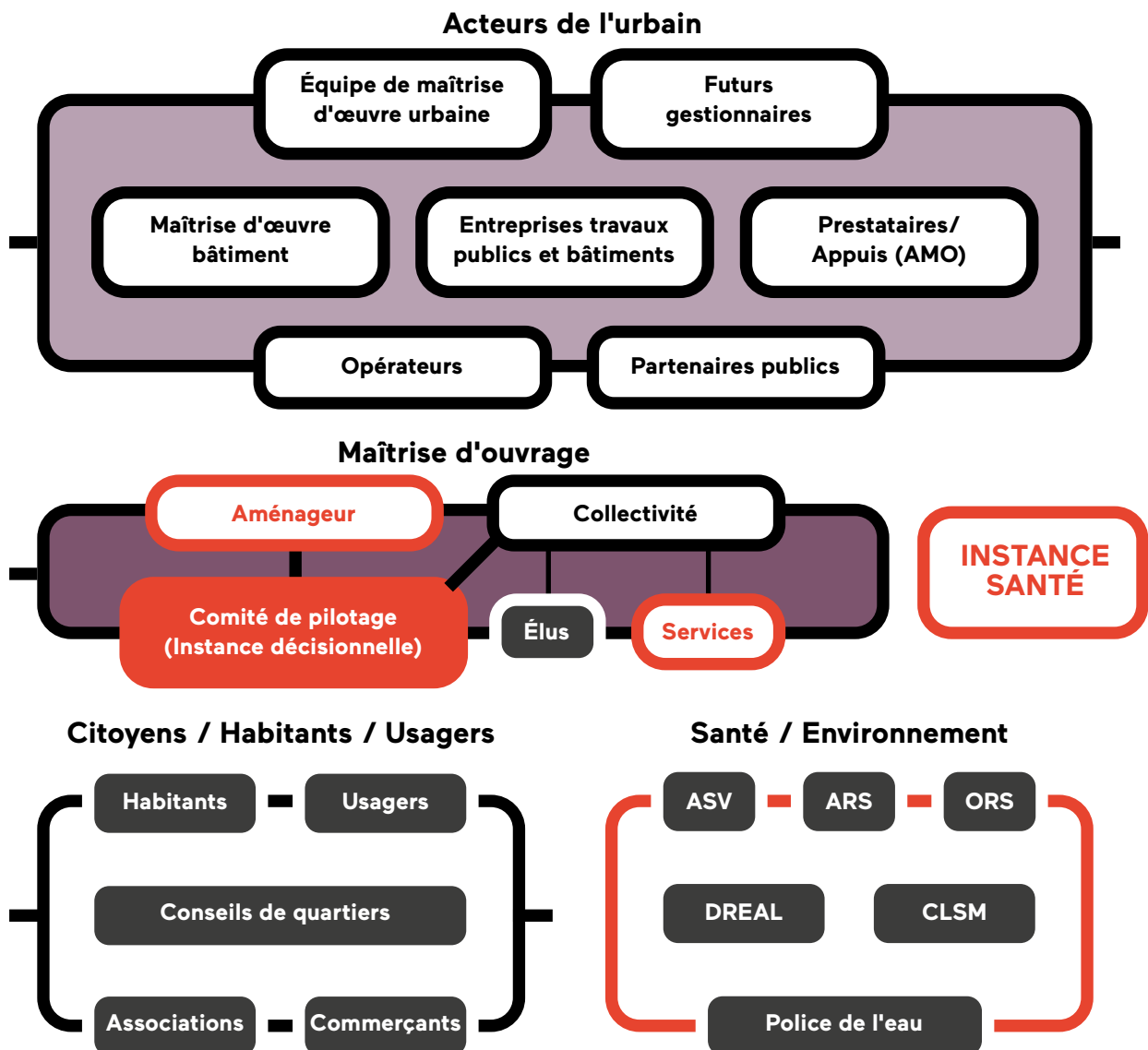
Liste des acronymes : AMO = Assistants à Maîtrise d'Ouvrage ; ASV = Atelier Santé Ville ; ARS = Agence Régionale de Santé ; ORS = Observatoire Régional de Santé ; DREAL = Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement ; CLSM = Conseil Local en Santé Mental

2.2. Le noyau dur de l'instance santé

Il est recommandé que l'instance santé soit a minima composée d'un binôme santé-aménageur. Elle sera idéalement composée d'un acteur appartenant à la maîtrise d'ouvrage urbaine (idéalement le chargé d'opération), et d'un acteur appartenant au secteur de la santé publique (idéalement un représentant santé de la collectivité et/ou en charge du sujet environnement ou développement durable), le cas échéant un représentant d'une instance de santé publique (Atelier Santé Ville, Agence Régionale de Santé, Observatoire Régional de Santé, etc.). En constituant son noyau dur, ce binôme sera en charge du pilotage et de l'animation de cette instance.

Pour assurer au mieux ses missions, ce tandem interdisciplinaire doit être au plus près des processus décisionnels et s'assure de la bonne prise en compte de la santé tout au long de l'élaboration de l'opération d'aménagement, depuis l'étape 0 « Décision de faire » jusqu'à l'étape 6 « Gestion » (Cf. « Cadre théorique d'une opération d'aménagement »). L'instance santé doit donc impérativement être intégrée au COPIL de l'opération d'aménagement.

Voici une représentation schématique de la composition de l'instance santé et de son intégration à la gouvernance de l'opération d'aménagement :



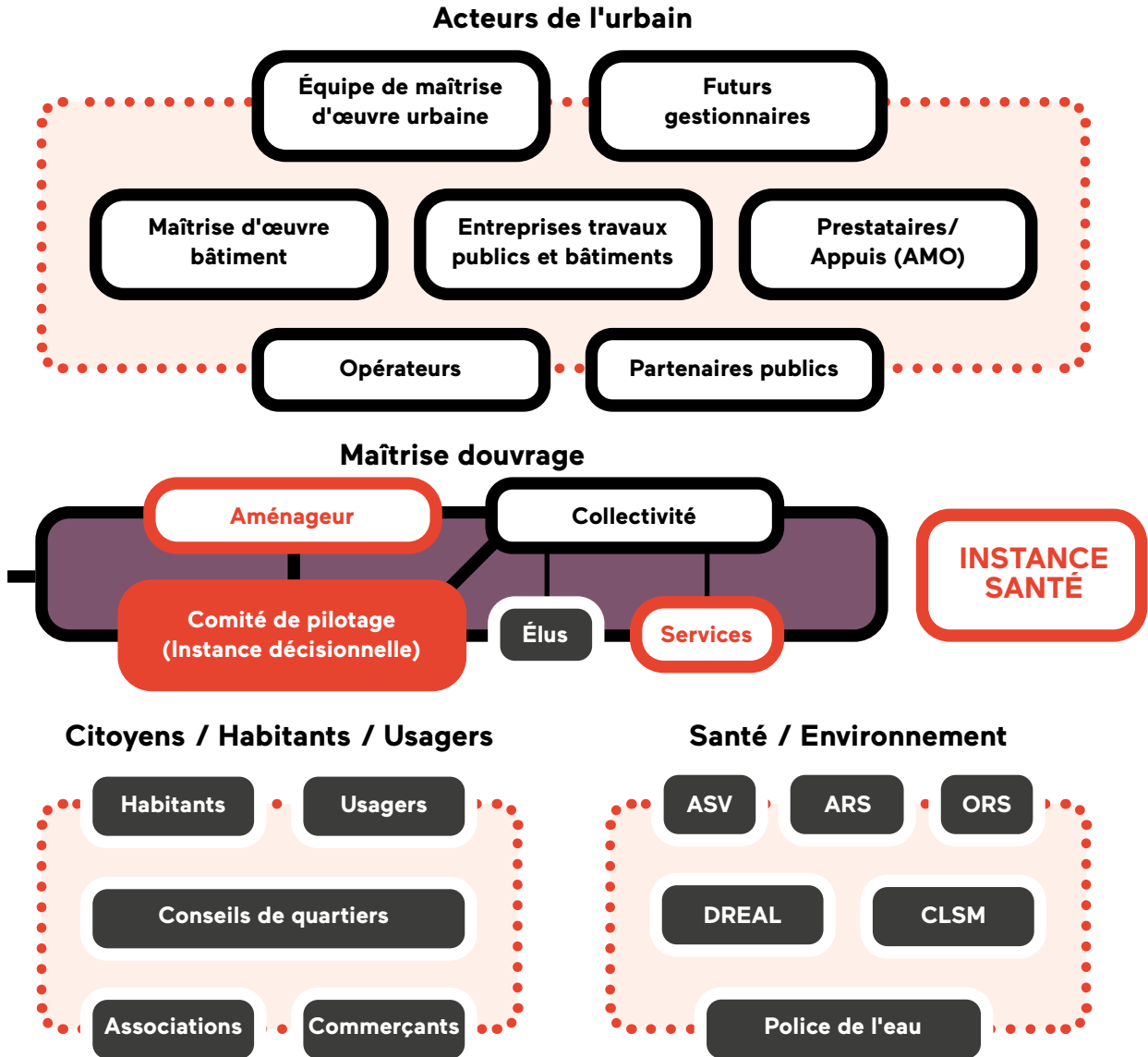
Liste des acronymes : AMO = Assistants à Maîtrise d'Ouvrage ; ASV = Atelier Santé Ville ; ARS = Agence Régionale de Santé ; ORS = Observatoire Régional de Santé ; DREAL = Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement ; CLSM = Conseil Local en Santé Mental

Exemple → la démarche d'accompagnement d'urbanisme favorable à la santé sur le projet Joncherolles-Fauvette-Vallès (Ville de Pierrefitte-sur-Seine) a été impulsée par la coordinatrice du Contrat Local de Santé qui était également en charge du pilotage de l'Atelier Santé Ville (ASV) sur les secteurs de la politique de la ville de Pierrefitte-sur-Seine. Ce projet d'accompagnement a été co-porté par les directions de la santé et du développement urbain de la ville.

2.3. L'instance santé élargie

Selon l'avancée de l'opération et selon les bonnes pratiques qui doivent être mises en œuvre (Cf. mission 4), cette instance santé devra se rapprocher des différents acteurs impliqués. Par exemple, lorsqu'elle veille à la mise en œuvre de bonnes pratiques qui concernent l'étape d'élaboration du plan guide, l'instance santé devra se rapprocher de l'équipe de maîtrise d'œuvre urbaine.

Voici une représentation schématique des modalités de mise en lien de l'instance santé avec les différents acteurs intervenant dans l'opération d'aménagement :



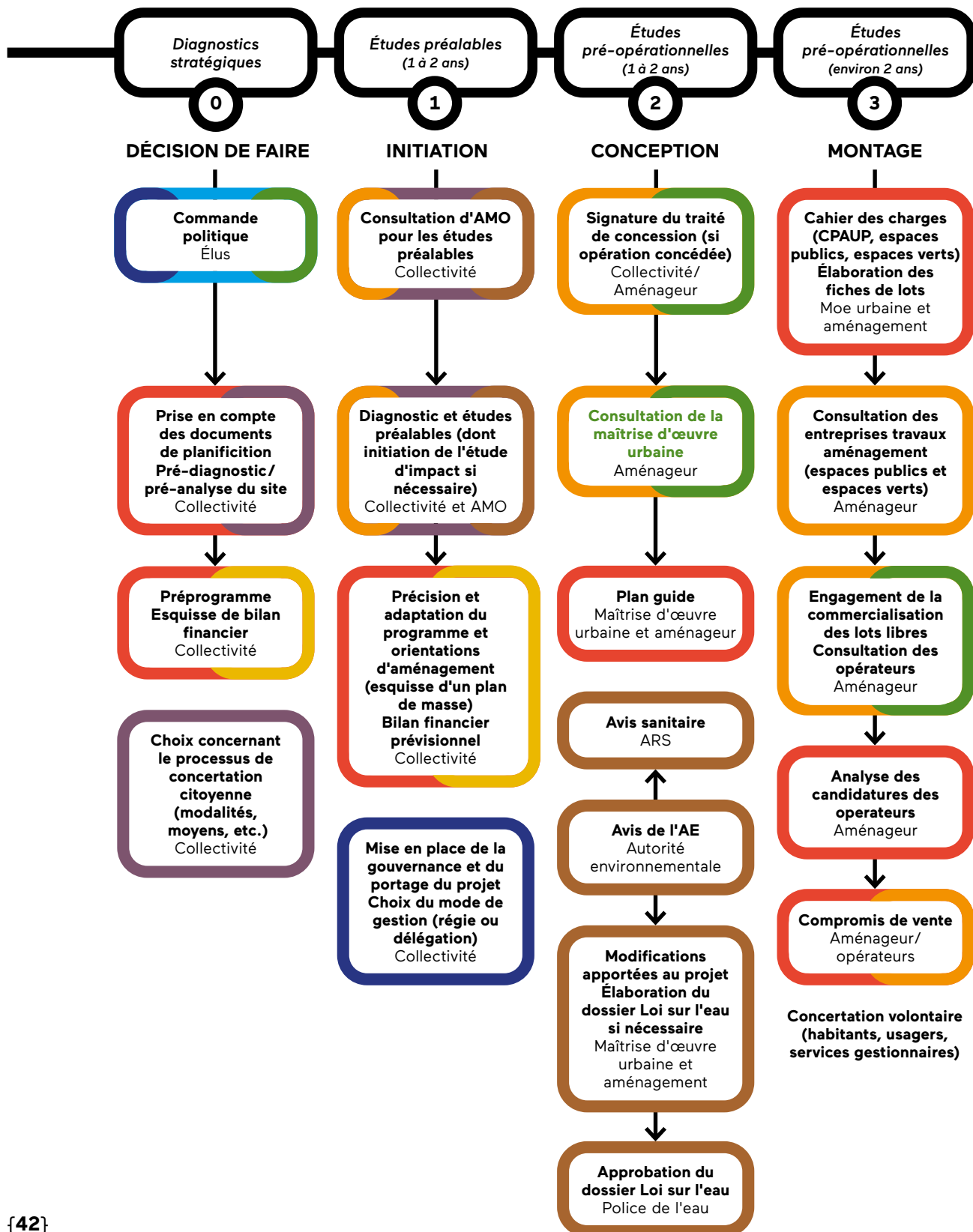
■ Intégration de l'instance santé au comité de pilotage de l'opération d'aménagement

Noyau dur de l'instance santé

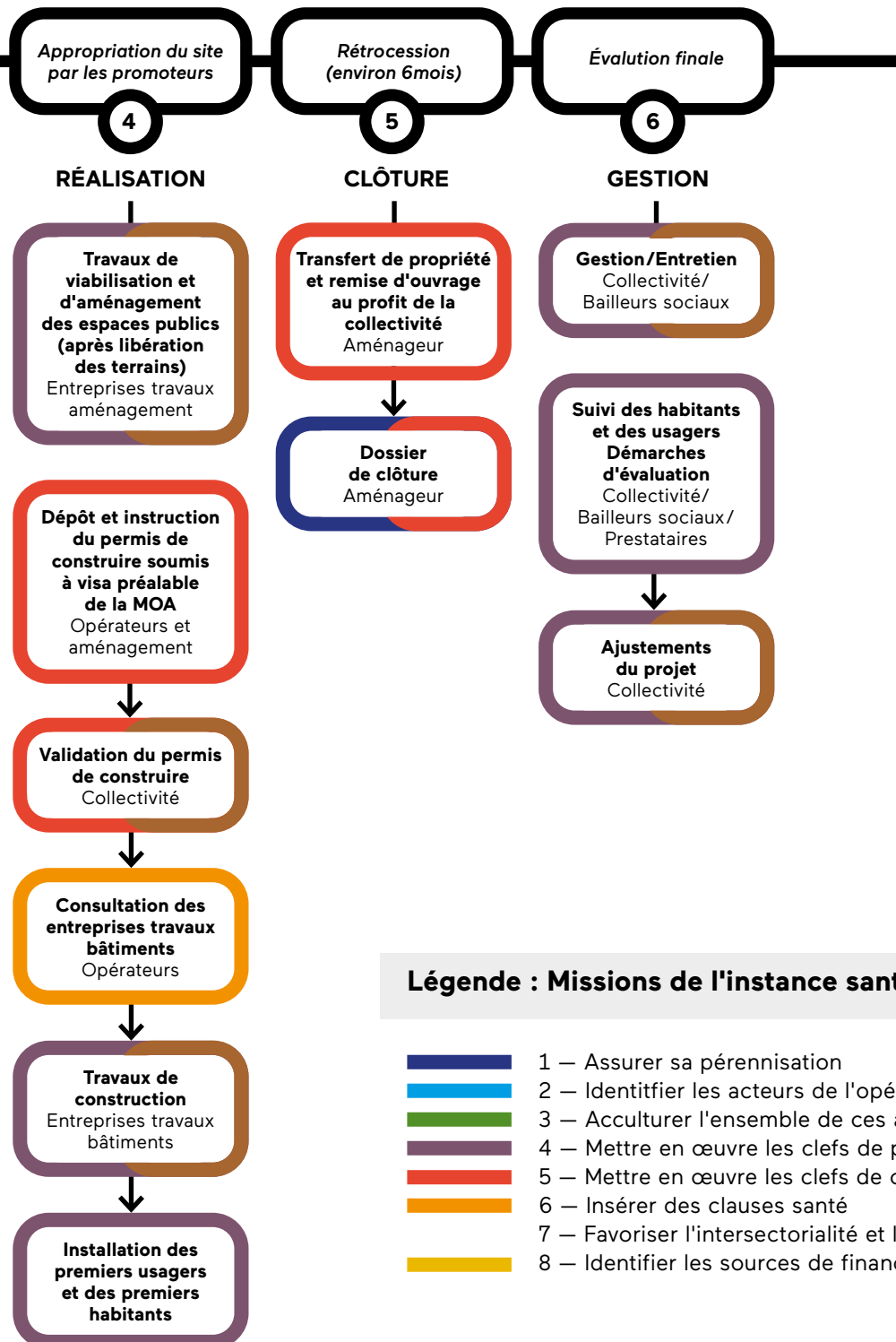
⋯ Instance santé élargie

{ 3. La mise en œuvre des missions de l'instance santé

Les différentes missions de l'instance santé listées plus haut doivent être mises en œuvre aux différentes étapes d'une opération d'aménagement. Le schéma ci-dessous répertorie ces missions au regard du cadre théorique d'une opération d'aménagement. Chacune de ces missions sont développées à la suite de ce schéma.



Les missions de l'instance santé au regard du cadre théorique d'une opération d'aménagement



3.0. Phase 0 : Décision de faire

Étapes de la phase 0	Préconisations
Commande politique Élus	Missions 1, 2 et 3 : <ul style="list-style-type: none">– Faire explicitement référence à l’outil ISadOrA comme document qui participera à orienter et à guider l’opération par la mise en œuvre des clefs opérationnelles. Les élus, a minima à l’urbanisme et à la santé, doivent conjointement porter cette démarche.– La collectivité et notamment les élus, les membres du service urbanisme et du service santé (acteurs dont il est préférable qu’ils fassent partie de la future instance santé) s’acculturent aux principes de l’Urbanisme Favorable à la Santé (UFS)³ et plus particulièrement aux principes de l’Urbanisme opérationnel Favorable à la Santé (UoFS)⁴.– La collectivité initie la mise en place de l’instance santé et donc réfléchit aux acteurs qui devront la composer (Cf. « 2. La composition de l’instance santé » ci-dessus).– Elle initie un document (type charte) qui officialisera l’existence de cette instance santé.
Prise en compte des documents de planification Collectivité	Mission 5 : <ul style="list-style-type: none">– Conformément aux préconisations relatives à cette étape pour chaque clef de conception, l’instance santé veille à la prise en compte des éventuelles recommandations ou prescriptions provenant des différents documents de planification.
Pré-diagnostic / pré-analyse du site Collectivité	Mission 4 : <ul style="list-style-type: none">– L’instance santé se rapproche de l’ORS afin d’initier l’élaboration du portrait de santé et de l’environnement du quartier et/ou du territoire (Cf. clef « Portrait de santé et de l’environnement »).
Préprogramme Collectivité	Missions 1 et 5: <ul style="list-style-type: none">– Suite aux premiers enjeux sanitaires et environnementaux dégagés, l’instance santé s’approprie les clefs de conception de manière à traiter ces enjeux, et débute un calendrier de réunions.– Nourrir le document donnant corps à l’instance santé des enjeux environnementaux et sanitaires à traiter.
Esquisse de bilan financier Collectivité	Mission 8 : <ul style="list-style-type: none">– L’instance santé recherche les moyens d’obtenir une enveloppe financière dédiée à la mise en œuvre de la démarche.
Choix concernant le processus de concertation citoyenne (modalités, moyens, etc.) Collectivité	Mission 4: <ul style="list-style-type: none">– L’instance santé doit être à l’initiative de la mise en œuvre de la clef « Démarches participatives » qui doit être initiée dès la commande politique (Cf. clef 3 « Démarches participatives »).

3.1. Phase 1 : Initiation

Étapes de la phase 1	Préconisations
<p>Consultation d'AMO pour les études préalables Collectivité</p> <p>Diagnostic et études préalables (dont initiation de l'étude d'impact si nécessaire) Collectivité et AMO</p>	<p>Missions 4, 6 et 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'instance santé s'assure que les études préalables relatives à chacune des clefs de conception retenues (Cf. étape « études préalables » de chacune des fiches des clefs de conception) font bien partie des études engagées. – Le cas échéant, argumenter la nécessité d'engager ces études au regard des enjeux sanitaires et environnementaux issus du portrait de santé et de l'environnement. – Dans le cas où le projet est soumis à évaluation environnementale, l'instance santé veille à préciser dans le cahier des charges de consultation d'AMO, via une clause santé, qu'une compétence UFS est recherchée. – Au moment du lancement de l'évaluation environnementale (qui peut correspondre à l'étape de cadrage préalable), l'instance santé provoque une rencontre avec les acteurs qui gravitent autour de cette procédure (bureau d'études techniques en charge de sa réalisation, DREAL, ARS) pour présenter la démarche ISadOrA, pour que chaque partie s'accorde, et pour faire de l'évaluation environnementale un atout pour une meilleure prise en compte de la santé dans l'opération. Le guide « Agir pour un Urbanisme Favorable à la Santé. Concepts et outils » servira de support pour les échanges. À défaut de tenue de réunions, il sera transmis à l'ensemble des parties prenantes.
<p>Précision et adaptation du programme et orientations d'aménagement (esquisse d'un plan masse) Collectivité</p>	<p>Mission 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'instance santé participe à l'élaboration de cette programmation. Au vue des résultats des portraits de santé et de l'environnement, des études menées en phase précédentes et d'un premier bilan de la concertation, elle doit établir des éléments programmatiques en contextualisant les bonnes pratiques des clefs de conception par rapport au contexte sanitaire et environnemental de l'opération.
<p>Bilan financier prévisionnel Collectivité</p>	<p>Mission 8 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'instance santé s'assure de l'intégration du coût des orientations programmatiques relatives à l'intégration de la santé dans ce bilan prévisionnel.

3 – Cette acculturation peut se faire en se basant sur la partie 1 du guide « Agir pour un urbanisme favorable à la santé. Concepts et outils », 2014.

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

4 – Cette acculturation peut se faire en se basant sur la partie introductive du guide ISadOrA.

Étapes de la phase 1

Préconisations

Mise en place de la gouvernance et du portage du projet

Collectivité

Mission 1 :

- L'instance santé initie un calendrier de réunions basé sur les étapes de l'opération où les bonnes pratiques doivent être entérinées pour s'assurer de la mise en œuvre des clefs de conception (Cf. partie 5 des fiches des clefs de conception).
- Intégrer l'instance santé aux instances décisionnelles de l'opération (exemple, intégration de l'instance à chaque COFIL).
- Le document (type charte) est alors complété :
 - de ses missions en précisant notamment les clefs de conception à mettre en œuvre de manière prioritaire ;
 - d'un calendrier précis de réunions selon les étapes d'avancement de l'opération ;
 - de ses interactions avec les autres acteurs suivant ces étapes ;
 - de la modalité de suivi de la mise en œuvre de la clef qui pourra se baser sur les tableaux de suivi de la mise en œuvre des clefs (partie 5 des fiches supports).
- Par exemple, il peut être défini :
 - que l'instance santé se réunisse avec les acteurs qui concourent à l'élaboration du plan guide, des cahiers des charges des espaces publics et des espaces verts, des fiches de lots et des permis de construire.
- L'instance santé restitue les résultats du portrait de santé et de l'environnement à l'ensemble des acteurs de la collectivité. Cela facilitera l'intégration de la santé dans les autres politiques publiques à l'échelle de la collectivité.

Choix du mode de gestion (régie ou délégation)

Collectivité

Mission 1 :

- Si l'opération est concédée à un aménageur, l'instance santé s'assure que le chargé d'opération soit partie prenante de l'instance santé.
- À chaque Compte Rendu Annuel à la Collectivité Locale (CRACL), l'instance santé intégrera un bilan d'avancement de la démarche ISadOrA. Cela doit figurer dans le cahier des charges de consultation de l'aménageur qui doit être exigeant sur les compétences UFS ou sur les formations-action (ou sur l'acculturation) que peut constituer le projet.

En fin de phase 1, l'instance santé a pour mission d'élaborer un livrable présentant le portrait de santé et de l'environnement du quartier et/ou du territoire. Ce livrable peut prendre la forme d'un rapport écrit et/ou de cartographies (Cf. clef 2 « Portrait de santé et de l'environnement »).

3.2. Phase 2 : Conception

Étapes de la phase 2	Préconisations
<p>Signature du traité de concession (si opération concédée) Collectivité / Aménagement</p>	<p>Missions 3 et 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Via l’instance santé, la collectivité concédante prend en charge l’élaboration d’une « clause santé » à intégrer dans ce traité de concession. Cette clause doit a minima présenter les enjeux sanitaires et environnementaux à traiter dans l’opération, un bilan des différents ateliers de concertation réalisés, les clefs de conception à mettre en œuvre de manière prioritaire, ainsi que les modalités de suivi de la mise en œuvre de ces clefs (Cf. étape précédente). En signant ce traité, le concessionnaire s’engage au bon traitement des enjeux de santé repérés via la mise en œuvre des clefs de conception identifiées. – Au préalable et si besoin, il sera utile d’acculturer le concessionnaire aux principes de l’Urbanisme opérationnel Favorable à la Santé (a minima via la transmission de l’outil ISadOrA).
<p>Consultation de la maîtrise d’œuvre urbaine Aménageur</p>	<p>Missions 3 et 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Via l’instance santé, la maîtrise d’ouvrage de l’opération prend en charge l’élaboration d’une « clause santé » à intégrer dans ce cahier des charges de consultation qui doit être exigeant sur les compétences UFS ou sur les formations-action (ou sur l’acculturation) que peut constituer le projet. Cette clause doit a minima présenter une synthèse du portrait de santé et de l’environnement réalisé en phase 0, une synthèse des études préalables, un bilan des différents ateliers de concertation réalisés, les éléments de programmation qui en découlent, et les clefs de conception à mettre en œuvre de manière prioritaire. Cette clause engage l’équipe de maîtrise d’œuvre urbaine au bon traitement des enjeux de santé repérés via la mise en œuvre des clefs de conception identifiées.
<p>Plan guide Moe urbaine et aménageur</p>	<p>Mission 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conformément à son calendrier de réunions initié en phase 0 (étape de préprogrammation), l’instance santé participe à l’élaboration de ce plan guide. – À la fin de cette étape, elle analyse ce plan guide pour s’assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques concernant cette étape du plan guide (et qui doivent figurer dans la programmation). – Pour ce faire, elle se réfère aux tableaux des parties 5 des fiches des clefs de conception ayant été repérées comme devant être prioritairement mises en œuvre, et plus particulièrement à la colonne « plan guide ». – Si les bonnes pratiques ne sont pas mises en œuvre, l’instance santé se rapproche de l’aménageur et de l’équipe de maîtrise d’œuvre urbaine pour effectuer des modifications.

Étapes de la phase 2	Préconisations
Avis sanitaire ARS	Mission 7 : – L'instance santé provoque une nouvelle réunion avec les autorités qui formuleront leurs avis (DREAL et ARS) avec l'objectif de transmettre leur analyse du plan guide (Cf. étape précédente).
Avis de l'Ae Autorité environnementale	
Modifications apportées au projet Moe urbaine et aménageur	Mission 7 : – L'instance santé fait en sorte que le plan guide tienne compte des avis formulés par l'ARS et par l'Autorité environnementale.
Élaboration du dossier Loi sur l'eau si nécessaire Moe urbaine et aménageur	Mission 7 : – L'instance santé initie des rencontres entre l'aménageur, le service eau et assainissement de la collectivité, l'équipe de maîtrise d'œuvre urbaine, le bureau d'études techniques en charge de l'élaboration de ce dossier, et les futurs habitants/usagers (via le groupe de travail constitué dans le cadre de la clef « Démarches participatives »). – Ces rencontres auront pour but de s'assurer de la faisabilité technique de la mise en place des techniques retenues, de sensibiliser/former les futurs gestionnaires aux techniques alternatives de gestion des eaux pluviales, de sensibiliser/ expliquer ces systèmes aux habitants/usagers, etc.
Approbation du dossier Loi sur l'eau Police de l'eau	Sans objet

3.3. Phase 3 : Montage

Étapes de la phase 3	Préconisations
<p>Cahiers des charges (CPAUP, espaces publics, espaces verts) Élaboration des fiches de lots Moe urbaine et aménageur</p>	<p>Mission 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conformément à son calendrier de réunions initié en phase 0 (étape de préprogrammation), l’instance santé participe à l’élaboration de ces cahiers des charges et des fiches de lots. – À la fin de cette étape, elle les analyse pour s’assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques qui concernent cette étape des cahiers des charges et des fiches de lots (et qui doivent figurer dans la programmation). – Pour ce faire, elle se réfère aux tableaux des parties 5 des fiches des clefs de conception ayant été repérées comme devant être prioritairement mises en œuvre, et plus particulièrement aux colonnes des cahiers des charges et des fiches de lots. – Si les bonnes pratiques ne sont pas mises en œuvre, l’instance santé se rapproche de l’aménageur et de l’équipe de maîtrise d’œuvre urbaine pour effectuer des modifications.
<p>Consultation des entreprises travaux aménagement (espaces publics et espaces verts) Aménageur</p>	<p>Mission 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> – L’instance santé prend en charge l’élaboration d’une « clause santé » à intégrer au Dossier de Consultation des Entreprises (DCE) engageant ainsi les entreprises travaux à respecter un certain nombre d’éléments relatifs à la prise en compte de la santé des populations. Cette clause (type « Charte chantier à faibles nuisances ») abordera a minima les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • limitation des pollutions et nuisances causées aux riverains, commerçants et usagers ; • limitation de la mise en décharge des terres polluées ; • mode d’évacuation des déchets de chantier et des terres polluées qui limite les sources d’émission de pollutions et nuisances (par voie d’eau par exemple) ; • communication avec les riverains, commerçants et usagers ; • respect des horaires de chantier.

Étapes de la phase 3

Préconisations

Engagement de la commercialisation des lots libres Consultation des opérateurs

Aménageur

Missions 3 et 6 :

— Via l'instance santé, la maîtrise d'ouvrage de l'opération prend en charge l'élaboration d'une « clause santé » à intégrer dans ce cahier des charges de consultation qui doit être exigeant sur les compétences UFS ou sur les formations-action (ou sur l'acculturation) que peut constituer le projet. Cette clause doit a minima contenir une synthèse des portraits de santé réalisés en phase 0, une synthèse des études préalables, un bilan des différents ateliers de concertation réalisés, les éléments de programmation qui en découlent, les clefs de conception à mettre en œuvre de manière prioritaire, et les bonnes pratiques à mettre en œuvre concernant l'étape « Fiches de lots ». Cette clause engagera les opérateurs au bon traitement des enjeux de santé repérés via la mise en œuvre des clefs de conception identifiées.

Analyse des candidatures des opérateurs

Aménageur

Mission 5 :

— L'instance santé est associée à l'analyse des candidatures des opérateurs pour s'assurer de la bonne mise en œuvre des clefs opérationnelles.
— Pour ce faire, elle se réfère aux tableaux des parties 5 des fiches des clefs de conception ayant été repérées comme devant être prioritairement mises en œuvre, et plus particulièrement à la colonne « Fiches de lots ».
— Les projets qui intègrent le plus les bonnes pratiques des fiches supports doivent être valorisés.
— Si les bonnes pratiques ne sont pas assez mises en œuvre, l'instance santé se rapproche des opérateurs pour effectuer des modifications.

Compromis de vente (aménageur opérateurs)

Opérateurs

Mission 6 :

— L'instance santé prend en charge l'élaboration d'une « clause santé » à intégrer à ce compromis de vente qui engage l'opérateur au bon traitement des enjeux sanitaires et environnementaux repérés. Cette clause peut être semblable à celle intégrée au cahier des charges de consultation des opérateurs (synthèse du portrait de santé et de l'environnement, synthèse des études préalables, bilan des ateliers de concertation, clefs de conception à mettre en œuvre accompagnées des bonnes pratiques à mettre en œuvre concernant l'étape « Fiches de lots » etc.).

3.4. Phase 4 : Réalisation

Étapes de la phase 4	Préconisations
<p>Travaux de viabilisation et d'aménagement des espaces publics (après libération des terrains) Entreprises travaux aménagement</p>	<p>Missions 4 et 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> — L'instance santé se met en contact avec le Coordinateur Sécurité Protection de la Santé (CSPS) pour veiller au respect de la clause insérée dans le Dossier de Consultation des Entreprises (DCE) (Cf. <i>étape de consultation des entreprises travaux en phase 3</i>). — L'instance santé convoque le groupe de travail (constitué dans le cadre de la clef « Démarches participatives ») à chaque fin de zonage pour faire la lecture de l'aménagement et pour suggérer des points d'amélioration pour les lots ou zonages suivants.
<p>Dépôt et instruction du permis de construire soumis à visa préalable de la MOA Opérateurs et aménageur</p>	<p>Mission 5 :</p> <ul style="list-style-type: none"> — L'instance santé vérifie l'adéquation des permis de construire avec les bonnes pratiques devant être entérinées à l'étape des fiches de lots. — Pour ce faire, elle doit se référer aux tableaux des parties 5 des fiches des clefs de conception ayant été repérées comme devant être prioritairement mises en œuvre, et plus particulièrement à la colonne « Fiches de lots ». — Si les bonnes pratiques ne sont pas mises en œuvre, l'instance santé se rapproche des opérateurs et de l'aménageur pour effectuer des modifications. — L'instance santé s'assure que le service instructeur des autorisations d'urbanisme consulte bien l'Agence Régionale de Santé si l'enjeu sanitaire le justifie (au vu notamment du portrait de santé et de l'environnement réalisé).
<p>Validation du permis de construire Collectivité</p>	<p>Mission 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Si l'Agence Régionale de Santé a été consultée, l'instance santé s'assure que son avis a bien été pris en compte par le service instructeur des autorisations d'urbanisme.
<p>Consultation des entreprises travaux bâtiments Opérateur</p>	<p>Mission 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> — L'instance santé prend en charge l'élaboration d'une « clause santé » à intégrer au Dossier de Consultation des Entreprises (DCE) engageant ainsi les entreprises travaux à respecter un certain nombre d'éléments relatifs à la prise en compte de la santé des populations. Cette clause (type « Charte chantier à faibles nuisances ») abordera a minima les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • limitation des pollutions et nuisances causées aux riverains, commerçants et usagers ; • limitation de la mise en décharge des terres polluées ; • mode d'évacuation des déchets de chantier et des terres polluées qui limite les sources d'émission de pollutions et nuisances (par voie d'eau notamment) ; • communication avec les riverains, commerçants et usagers ; • respect des horaires de chantier.

Étapes de la phase 4	Préconisations
Travaux de construction Entreprises travaux bâtiments	Missions 4 et 7 : <ul style="list-style-type: none">– L’instance santé se met en contact avec le Coordinateur Sécurité Protection de la Santé (CSPS) pour veiller au respect de la clause insérée dans le Dossier de Consultation des Entreprises (DCE).– L’instance santé convoque le groupe de travail (constitué dans le cadre de la clef « Démarches participatives » à chaque fin de zonage pour faire la lecture de l’aménagement et pour suggérer des points d’amélioration pour les lots ou zonages suivants.
Installation des premiers usagers et des premiers habitants Habitants	Mission 4 : <ul style="list-style-type: none">– L’instance santé met ces premiers habitants/usagers en contact avec le groupe de travail (constitué dans le cadre de la clef 3 « Démarches participatives ») dans le but de faire remonter les premiers retours sur le vécu de l’espace livré.

3.5. Phase 5 : Clôture

Étapes de la phase 5	Préconisations
Transfert de propriété et de remise d'ouvrage au profit de la collectivité Aménageur	Sans objet
Dossier de clôture Aménageur	Mission 1 : <ul style="list-style-type: none">– En se basant sur les parties 5 des fiches supports des clefs de conception (tableaux de suivi de la mise en œuvre des clefs de conception), l’instance santé réalise une synthèse du déroulement de l’opération en y incluant son retour d’expérience concernant la mise en œuvre de la démarche ISadOrA.– En mettant en exergue les points de vigilance, cette capitalisation du projet servira les futurs projets de la collectivité et/ou de l’aménageur.

À la fin de l’opération, l’instance santé, dont la composition pourra évoluer du fait de la fin du contrat reliant l’aménageur à la collectivité, sera en charge de la continuité de la mise en œuvre de la démarche ISadOrA (Cf. phase 6).

3.6. Phase 6 : Gestion

Étapes de la phase 6	Préconisations
Gestion Entretien Collectivité / Bailleurs sociaux	Missions 4 et 7 : – L’instance santé initie des rencontres avec les services gestionnaires des différents espaces de l’opération (bailleurs sociaux, service eau et assainissement de la collectivité, service espaces verts de la collectivité, etc.) et les futurs habitants/usagers (via le groupe de travail constitué dans le cadre de la clef « Démarches participatives »). – Ces rencontres auront notamment pour but de sensibiliser/former les futurs gestionnaires à la gestion des différents espaces.
Suivi des habitants et des usagers Collectivité / Bailleurs sociaux	Mission 4 : – L’instance santé poursuit les démarches de concertation après la livraison des différents espaces (Cf. « Les bonnes pratiques de la concertation » de la clef 3 « Démarches participatives »).
Démarches d’évaluation Collectivité / Bailleurs sociaux / Prestataires	Mission 4 : – La démarche d’évaluation doit se faire après quelques mois, voire quelques années, pour permettre d’évaluer les écarts du projet par rapport aux ambitions initiales figurant dans la programmation. – Cela permettra à la fois de constituer une base de réflexions pour d’éventuels ajustements du projet, ainsi que de fournir des clefs d’amélioration pour les prochaines opérations.
Ajustements du projet Collectivité	Missions 5 et 7 : – L’instance santé se met en contact avec différents services de la collectivité pour initier une réflexion sur d’éventuels ajustements du projet, et cela en vue d’améliorer ce qui a été jugé peu satisfaisant au vu de l’évaluation menée en phase précédente.



Portrait

de santé

et

Clef 2. Réaliser un portrait de santé et de l'environnement du quartier et/ou du territoire (données de santé, données d'exposition), notamment en vue de ne pas aggraver voire de réduire d'éventuelles inégalités de santé (environnementales, sociales et territoriales).

de

l'environnement



{ 2

{1. Explication de la clef

1.1. Définitions¹:

La santé d'un individu est une notion complexe à apprécier en raison de son caractère multidimensionnel d'ordre physique et psychique, le tout étant étroitement lié. Il existe de nombreuses données qui permettent d'apprécier l'état de santé d'une population (**données de santé**). On peut citer, par exemple, l'espérance de vie, le taux de mortalité prématuré, le taux de personnes asthmatiques, la consommation de médicaments, les admissions en affections de longue durée (ALD), etc.

L'état de santé d'une population résulte de facteurs individuels (âge, génétique etc.) et du cumul d'exposition à des facteurs socio-économiques (accès aux soins, à l'éducation, à l'emploi, etc.) et environnementaux (pollution de l'air, ambiance sonore, accès à des espaces verts, etc.). L'ensemble de ces facteurs, aussi appelés déterminants de santé, peuvent influencer la santé des populations positivement (facteurs de protection) ou négativement (facteurs de risque). Les données relatives à ces déterminants de santé constituent les **données d'exposition**.

Ces **données de santé et d'exposition** sont des éléments quantitatifs ou qualitatifs qui permettent de dresser un **portrait de santé et de l'environnement** d'un quartier ou d'un territoire en mettant en évidence de potentielles inégalités de santé. Ce portrait fera explicitement apparaître les principales problématiques de santé ainsi que les facteurs de risque (pollution de l'air, îlot de chaleur, pollution des sols, etc.) et les facteurs de protection (présence d'espaces verts, de services, d'équipements, etc.). Croisé au profil socio-économique des populations du périmètre dans lequel s'inscrit l'opération d'aménagement, il aidera l'instance santé à identifier les clefs de conception ISadOrA à actionner de manière prioritaire et à privilégier des choix d'aménagement qui n'aggravent pas voire réduisent les inégalités de santé.

1.2. Enjeux de la clef :

Les enjeux de cette clef sont de collecter et d'organiser l'ensemble des données de santé et d'exposition disponibles à l'échelle du territoire (régionale, communale et infra-communale), de les analyser au regard des grands enjeux de santé publique et d'environnement nationaux et régionaux, et d'identifier les leviers dont on dispose à l'échelle de l'opération pour apporter des réponses intégrées en termes de santé, d'environnement et de réduction d'inégalités de santé. En d'autres termes, il s'agit de réaliser un diagnostic local de santé et d'environnement approfondi pour promouvoir un Urbanisme opérationnel Favorable à la Santé.

{ 2. Le portrait de santé du territoire et du quartier

Le portrait de santé du territoire peut être composé de trois « sous-portraits » :

- Un sous-portrait de l'état de santé physique, mentale et perçue des habitants.
- Un sous-portrait de l'état des milieux de vie (milieux physiques, cadre de vie, environnement socio-économique).
- Un sous-portrait des comportements individuels ayant un impact reconnu sur la santé.

Le **sous-portrait de l'état de santé (physique, mentale et perçue) des populations par profils** (âge, sexe, CSP, etc.), qui doit permettre de mettre à jour des inégalités de santé, peut regrouper :

- Un diagnostic de l'état de santé physique basé sur des indicateurs de santé² (taux de maladies respiratoires, taux de maladies cardiovasculaires, taux de personnes diabétiques, analyse des causes médicales de décès, etc.).
- Un diagnostic de l'état de santé mentale basé sur des indicateurs de santé (taux de mortalité due au suicide, tentatives de suicide, taux de mortalité due à la toxicomanie et à l'alcool, etc.).
- Un diagnostic de l'état de santé perçue basé sur des indicateurs de bien-être (sentiment de détresse et de bien-être psychologique, perception des risques, estime de soi, sentiment d'appartenance à la communauté, etc.).

Le **sous-portrait de l'état des milieux de vie (milieux physiques, cadre de vie et environnement socio-économique)**, avec l'identification de zones de multi-exposition, peut regrouper :

- Un diagnostic de l'état de l'environnement physique (pollution de l'air extérieur, qualité des eaux superficielles et souterraines, pollution des sols, artificialisation des sols, biodiversité) qui doit être élaboré dans le cadre de l'étude d'impact environnemental.
- Un diagnostic de l'état du cadre de vie des habitants/usagers (champs électromagnétiques, environnement sonore, taux d'ensoleillement, présence d'îlots de chaleur et de fraîcheur, zones calmes, sécurité et propreté, état des logements existants, accessibilité des espaces verts et bleus, localisation des établissements recevant des publics (ERP), etc.).
- Un diagnostic de l'état de l'environnement socio-économique (niveaux de revenus, taux de logements sociaux, présence et accessibilité d'équipements publics, offre de soins, fréquence et qualité des interactions sociales dans l'espace urbain, etc.).

Exemple → Diagnostic de l'état de l'environnement mené par le conseil local en santé environnementale dans la ville de Saint-Denis (93). Son objectif est de réfléchir à l'impact de l'environnement sur la santé et à la manière dont cet environnement pourrait être amélioré.

→ <http://ville-saint-denis.fr/conseil-local-en-sant%C3%A9-environnementale>

1 – Se référer à la première partie du guide ISadOrA pour une définition précise de la santé et des concepts associés.
2 – Un certain nombre d'indicateurs de santé mentale sont développés dans ce document : Kovess-Masféty V. (2003) Les indicateurs de santé mentale. Projet du programme européen : Proposition d'indicateurs, Université René Descartes.

Ces deux sous-portraits peuvent être complétés par la réalisation d'un autre sous-portrait portant sur les comportements individuels ayant un impact reconnu sur la santé. En premier lieu, un diagnostic sur la pratique de l'activité physique peut être réalisé (nombre de pas par jour, temps passé par jour à une activité physique, modes de transport, etc.). Ce diagnostic pourra servir à la programmation et la conception de l'opération pour l'ajuster aux besoins des populations, notamment en termes de mobilité.

Même si ce n'est pas directement de l'ordre de l'aménagement, d'autres diagnostics peuvent également être menés sur d'autres comportements individuels tels que les comportements alimentaires, la consommation de soins, les pratiques addictives etc. En effet, ces diagnostics pourront servir d'éléments de base pour orienter d'autres politiques qui entrent en synergie avec l'aménagement (nutrition, éducation, climat, développement durable, etc.). Ces diagnostics peuvent être menés grâce à la réalisation d'entretiens avec quelques acteurs ressources du territoire (médecins, travailleurs sociaux, associations de quartier, etc.).

Ces différents sous-portraits doivent permettre d'identifier les points forts et les points faibles du quartier et du territoire en termes de potentiel santé/bien-être, et d'identifier des inégalités de santé (sociales, environnementales et territoriales). Le dévoilement de ces inégalités de santé devra guider les choix de programmation et de conception de l'opération.

Exemple → les actions menées dans le cadre du PRSE3 Île-de-France (3.1 « diagnostic régional » et 3.4 « diagnostic local ») visant à élaborer des diagnostics sur les cumuls de nuisances environnementales, de vulnérabilité des populations et d'offre en aménités urbaines peuvent être citées. À noter que l'Observatoire Régional de Santé (ORS) accompagne certaines collectivités dans ce cadre-là.

{ 3. Comment et avec quels acteurs récolter ces données ?

Pour constituer ces sous-portraits, trois procédures peuvent être envisagées :

- 1. consulter des acteurs pouvant être mobilisés pour engager une récolte de données ;
- 2. consulter un certain nombre de documents cadres institutionnels existants ;
- 3. prendre connaissance de démarches existantes au niveau local visant à mettre à disposition des données de santé et d'exposition.

3.1. Acteurs mobilisables :

Il convient de différencier les acteurs en fonction de ce qu'ils peuvent apporter pour élaborer ces sous-portraits de santé :

- L'instance santé doit être porteuse de la démarche (Cf. clef 1 « Gouvernance santé »).
- L'Observatoire Régional de Santé (ORS) est un opérateur vers qui se tourner pour élaborer ces sous-portraits de santé et de l'environnement. En effet, sa mission principale, qui est l'amélioration de la connaissance de l'état de santé des populations, fait de lui un acteur incontournable pour la réalisation de ces sous-portraits.
- D'autre part, l'Observatoire Régional de Santé saura auprès de quels autres acteurs recueillir les données nécessaires à l'élaboration des différents sous-portraits de santé (assurance maladie, agences d'urbanisme, Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations (CREAI), Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air (AASQA), Institut Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), observatoires divers, etc.).
- Les différents services municipaux (service santé, service chargé de la participation citoyenne, etc.) peuvent également détenir des données mobilisables pour réaliser ces sous-portraits.
- L'Agence Régionale de Santé (ARS) peut également apporter des données mobilisables (données relatives à l'eau, au sol, à l'air, au bruit, à l'accès aux soins, etc.).
- Enfin, d'autres acteurs ressources sont à consulter afin de recueillir des données (souvent qualitatives) pour avoir une approche plus fine du territoire et de ses problématiques de santé : associations de quartier, professionnels de santé, travailleurs sociaux, etc.

3.2. Documents cadres institutionnels

Certains documents cadres élaborés à l'échelle des territoires contiennent des données mobilisables qui peuvent servir à l'élaboration de ces sous-portraits de santé. Il convient donc d'y récolter ces données afin de ne pas réitérer des études qui ont déjà été réalisées.

Exemples → Plan Régional de Santé (PRS), Plan Régional de Santé Environnement (PRSE), Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires (SRADDET), rapports de présentation des Schémas de Cohérence Territoriale (SCoT) et des Plans Locaux d'Urbanisme (intercommunaux (PLU(i)), Plan de Déplacement Urbain (PDU), Programmes Locaux de l'Habitat (PLH), etc.

3.3. Démarches existantes

Certains territoires engagent des démarches afin d'avoir une connaissance plus fine de l'état de santé de leurs populations et pour engager des plans d'actions pour répondre à leurs enjeux sanitaires et environnementaux : Diagnostic Local de Santé³ (DLS), Diagnostic Local de Santé Environnement (DLSE), étude de zone⁴, Plan Local de Santé (PLS), Contrat Local de Santé (CLS), etc. Toutes ces démarches doivent être mises à profit dans le cadre de la programmation et de la conception des opérations d'aménagement se déroulant sur ces territoires.

Exemple → L'agglomération de Lorient a réalisé un Diagnostic Local de Santé Environnementale (DLSE) dont l'objectif est de « réaliser un état des lieux de la situation environnementale du territoire et de contribuer à la mise en place d'actions adaptées aux besoins des habitants et aux points forts ou aux contraintes spécifiques à ce territoire »⁵.

Voici un tableau qui synthétise les acteurs, les documents et les démarches à mobiliser pour élaborer chacun de ces sous-portraits :

	Sous-portrait n°1 (état de santé des populations)	Sous-portrait n°2 (état des milieux de vie)	Sous-portrait n°3 (comportements individuels)
Acteurs à mobiliser pour élaborer ces sous-portraits	ORS = Observatoire Régional de Santé	ORS, agence d'urbanisme, (ARS), divers services techniques des collectivités, observatoires locaux divers, AASQA, BRGM, etc.	ORS, agence d'urbanisme, CREAL, ASV, observatoires locaux divers, ARS, IREPS, etc.
Ex de bases de données mobilisables ou initiatives engagées ou à engager	Système National de Données de Santé (SNDS) auquel les Observatoires Régionaux de Santé ont accès.	Se rapprocher des acteurs ci-dessus pour connaître les bases de données ou initiatives locales pertinentes. Ex : Basol ⁶ , Base de données sur les risques ⁷ , Inventaire de la Biodiversité, pollution de l'air, etc.	Ce diagnostic peut être mené grâce à la récolte de données qualitatives auprès d'habitants/ usagers et d'acteurs ressources du territoire en question Cf. Clef 3 Démarches participatives
Documents cadres contenant des données	PRS, PRSE, SRADDET, SCoT, PLU(i)	PRSE, SRADDET, SCoT, PLU(i), PDU, PLH, PPBE, PCAET, SDAGE, SAGE, ABS ⁹ , etc.	PRS, PRSE, SRADDET, SCoT, PLU(i), PDU
Démarches à capitaliser	DLS, PLS, CLS, EIE	DLS, DLSE, étude de zone, CLS, EIE	DLS, CLS, enquêtes INSEE, enquête en milieu scolaire, enquête ménage-déplacement (EMD) ⁸ , ABS ⁹ , etc.

GLOSSAIRE :

ORS = Observatoire Régional de Santé ; PRS = Plan Régional de Santé ;
 PRSE = Plan Régional de Santé ; SRADDET= Schéma Régional d'Aménagement,
 de Développement Durable et d'Égalité des Territoires ; SCoT = Schéma de Cohérence Territoriale ;
 PLU(i) = Plan Local d'Urbanisme (intercommunal) ; DLS = Diagnostic Local de Santé ;
 PLS = Programme Local de Santé ; CLS = Contrat Local de Santé ;
 EIE = Étude d'Impact Environnemental ; ARS = Agence Régionale de Santé ;
 AASQA = Associations Agréées de Surveillance de la Qualité de l'Air ;
 BRGM = Bureau de Recherches Géologiques et Minières ;
 BASOL = Base de données sur les sites et sols pollués ;
 PPBE = Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement ;
 PCAET = Plan Climat Air Énergie Territorial ;
 SDAGE = Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux ;
 SAGE = Schéma d'Aménagement et de Gestion des Eaux ; ABS = Analyse des Besoins Sociaux ;
 CREAL = Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en
 situation de vulnérabilité ; ASV = Atelier Santé Ville ;
 IREPS = Institut Régional d'Éducation et de Promotion de la Santé.

{4. Guides mobilisables :

– Agence Régionale de Santé Bretagne (ARS), Observatoire Régional de Santé Bretagne (ORS) (2017) Diagnostic Local Santé Environnement. Agglomération de Lorient.

→ http://www.bretagne.prse.fr/IMG/pdf/2017_dlse_lorient_agglomeration.pdf

– Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) (2012) Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé.

→ <http://www.orsbfc.org/publication/guide-destination-des-operateurs-dun-diagnosticlocal-de-sante/>

– INERIS (2011) Guide pour la conduite d'une étude de zone. Impact des activités humaines sur les milieux et la santé

→ <https://www.ineris.fr/fr/guide-conduite-etude-zone>

– INERIS, Plateforme d'analyse des inégalités environnementale Plaine.

→ <https://www.ineris.fr/fr/dossiers-thematiques/tous-dossiers-thematiques/inegalites-environnementales/plateforme-analyse>

– Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORSB) (2017) Aide à la réalisation d'un diagnostic local en santé environnement. Guide méthodologique réalisé dans le cadre du Plan régional santé environnement.

→ <http://orsbretagne.typepad.fr/2017/20170615-guide-DSLE.pdf>

– PRSE3 Ile-de-France, 3.1. Consolider les connaissances sur les zones de multi exposition environnementale. 2017-2021.

→ http://www.ile-de-france.prse.fr/IMG/pdf/action_3.1.pdf

3 – Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) (2012) « Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé ».

→ <http://www.orsbfc.org/publication/guide-destination-des-operateurs-dun-diagnostic-local-de-sante/>

4 – INERIS, (2011) « Guide pour la conduite d'une étude de zone. Impact des activités humaines sur les milieux et la santé ».

→ <https://www.ineris.fr/fr/guide-conduite-etude-zone>

5 – Agence Régionale de Santé Bretagne, Observatoire Régional de Santé Bretagne (2017) « Diagnostic Local Santé Environnement. Agglomération de Lorient », 2017.

→ http://www.bretagne.prse.fr/IMG/pdf/2017_dlse_lorient_agglomeration.pdf

6 – → <https://basol.developpement-durable.gouv.fr/>

7 – → <http://www.georisques.gouv.fr/>

8 – → <https://www.cerema.fr/fr/mots-cles/enquete-menage-deplacement-emd>

9 – → <https://observatoire-abs.com/>

{ 5. Mise en œuvre

5.0. Phase 0 : Décision de faire

Étapes de la phase 0	Préconisations
Commande politique Élus	— Si aucun Diagnostic Local de Santé (DLS) ou Diagnostic Local de Santé Environnementale (DLSE) n'a été initié sur le territoire, la collectivité (si possible via l'instance santé qui commence à être mise en place) formalise la volonté d'élaborer un portrait de santé et de l'environnement du quartier et/ou du territoire en vue d'adapter la programmation et la conception de l'opération au contexte sanitaire et environnemental en question.
Prise en compte des documents de planification Collectivité	— L'instance santé prend connaissance des données disponibles et mobilisables dans le rapport de présentation du PLU(i) en vue de commencer à élaborer le portrait de santé et de l'environnement du quartier et/ou du territoire.
Pré-diagnostic / pré-analyse du site Collectivité	— L'instance santé se rapproche de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) afin d'initier l'élaboration du portrait de santé et de l'environnement du quartier et/ou du territoire (Cf. partie 3 ci-dessus). — En fin de pré-diagnostic, les trois sous-portraits sont initiés et quelques grands enjeux sanitaires et environnementaux commencent à être identifiés.
Préprogramme Collectivité	— L'instance santé identifie la manière dont l'opération d'aménagement peut contribuer à répondre à ces grands enjeux.
Esquisse de bilan financier Collectivité	— L'instance santé estime les besoins de données ou études complémentaires et les coûts associés pour compléter le portrait.
Choix concernant le processus de concertation citoyenne (modalités, moyens, etc.) Collectivité	— En collaboration avec les acteurs qui la prendront en charge, l'instance santé devra saisir l'opportunité de cette concertation pour réaliser des ateliers qui permettront de recueillir des données de santé plus qualitatives (santé perçue, comportements, etc.).

En fin de phase 0, le portrait de santé et de l'environnement du territoire et/ou du quartier est initié, notamment par la consultation du rapport de présentation du PLU(i) et par le rapprochement avec l'Observatoire Régional de Santé (ORS).

5.1. Phase 1 : Initiation

Étapes de la phase 1	Préconisations
Consultation d'AMO pour les études préalables Collectivité	– L'instance santé s'assure que les études préalables relatives à chacune des clefs de conception retenues (Cf. étape « études préalables » de chacune des fiches des clefs de conception 4 à 15) font bien partie des études engagées. – Le cas échéant, elle argumente la nécessité d'engager ces études au regard des enjeux sanitaires et environnementaux issus du portrait de santé et de l'environnement.
Diagnostic et études préalables (dont initiation de l'étude d'impact si nécessaire) Collectivité et AMO	
Précision et adaptation du programme et orientations d'aménagement (esquisse d'un plan masse) Collectivité	Sans objet
Bilan financier prévisionnel Collectivité	– Si l'instance santé a pointé la nécessité d'approfondir les portraits de santé et de l'environnement, elle s'assure d'intégrer ces coûts dans ce bilan financier prévisionnel.
Mise en place de la gouvernance et du portage du projet Collectivité	– L'instance santé restitue les résultats du portrait de santé et de l'environnement à l'ensemble des acteurs de la collectivité. Cela facilitera l'intégration de la santé dans les autres politiques publiques à l'échelle de la collectivité.
Choix du mode de gestion (régie ou délégation) Collectivité	Sans objet

En fin de phase 1, les sous-portraits sont réalisés et donnent lieu à un livrable qui peut prendre la forme d'un rapport écrit et/ou de cartographies. Pour représenter les phénomènes de co-exposition des populations (croisement de plusieurs déterminants de santé), privilégier les modélisations et les cartographies. Ce rapport fait l'office d'une restitution orale à l'ensemble des acteurs de la collectivité.

Exemple → Projet de cartographie des zones de cumul de la Ville de Paris dans le cadre du plan parisien santé environnement (action 3.4 du PRSE3 IdF).

Les phases 2 à 5 (Conception, Montage, Réalisation et Clôture) doivent si possible faire l'objet d'un constant affinage des connaissances sur l'état de santé des populations, sur l'état des milieux de vie auxquels sont soumises les populations et sur les comportements individuels ayant un impact reconnu sur la santé.

En effet, le portrait de santé du quartier et du territoire peut continuer à être nourri pour orienter les différents choix de conception qui seront faits dans ces phases (notamment en phase 2 et en phase 3). En particulier, si le rapport d'étude d'impact sur l'environnement apporte de nouvelles données mobilisables, l'instance santé veillera à affiner ce portrait de santé et de l'environnement.

En fin de processus de l'OA (phase 6), le portrait de santé et d'environnement est mis à jour et peut être capitalisé avec d'autres acteurs pour la mise en œuvre d'autres interventions ou politiques sectorielles qui peuvent se jouer à une autre échelle (mobilité, nutrition, environnement, etc.).



Démarches



Clef 3. Mettre en place une démarche participative en précisant ses objectifs et ses modalités.

participatives



{ 3

{ 1. Explication de la clef

1.1. Définitions

Définitions :

Les **démarches participatives** renvoient aux « processus selon lesquels les personnes sont en mesure d'être impliquées de manière active et véritable dans la définition de points les concernant, dans la prise de décisions sur des facteurs affectant leur vie, dans la formulation et la mise en œuvre de politiques, dans la planification, le développement et la prestation de services ainsi que dans le processus d'action visant à un changement » (OMS, 2005). Elles renvoient ainsi à « l'ensemble des mécanismes qui permettent à ces personnes d'influer, de manière directe mais sans pouvoir décisionnel, sur l'adoption, le contenu et la mise en œuvre de décisions¹ » (Delnoy M., 2005). Ces démarches renvoient en réalité à plusieurs paliers qu'il s'agit de distinguer, allant de la manipulation au contrôle citoyen (Arnstein S., 1969). Ainsi, afin d'éviter la simple transmission d'informations ou la stricte consultation (Slocum et al., 2006), les démarches de participation doivent être conjuguées à une redistribution du pouvoir, sans quoi ce processus est vide de sens (ANRU, 2006). Chaque démarche participative doit donc être régie par des **objectifs et des modalités** qui leur sont propres (fréquence des réunions, acteurs visés, techniques utilisées, moyens alloués, thèmes abordés, etc.).

De façon générale, en renvoyant à un processus qui confère aux populations le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur environnement, les démarches participatives influencent positivement la santé mentale (Kovess-Masfety V. et al., 2009) en s'adressant à leur capacité d'empowerment (INPES, 2011). Cette notion, difficilement traduisible en français, renvoie à un « processus d'action social par lequel les personnes, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leur vie en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie » (Wallerstein N., 1992). Depuis la charte d'Ottawa de 1986, l'empowerment est reconnu comme un principe fondamental et comme un concept clé pour la promotion de la santé (OMS, 1986).

Il est néanmoins difficile d'établir des liens directs entre le développement de la capacité d'empowerment des populations et leur santé. Même si une étude menée à Detroit a permis de montrer qu'un sens élevé de la communauté, la perception du contrôle de la communauté par les habitants eux-mêmes, et la participation à la vie du quartier influencent positivement la santé déclarée et étaient synonymes de symptômes dépressifs moins marqués (Parker EA. et al., 2001), les bénéfices des démarches participatives semblent se jouer à d'autres échelles. En se basant sur la littérature scientifique, dans un rapport transmis à l'OMS en 2006, Nina Wallerstein² affirme ainsi que « la participation des citoyens est fondamentale pour réduire leur dépendance vis-à-vis des professionnels de santé, pour assurer l'adéquation des programmes aux spécificités locales et culturelles, pour soutenir et pérenniser les changements, pour impliquer les décideurs locaux dans l'amélioration des programmes, pour accroître la productivité, l'efficacité et l'efficience des programmes, et améliorer directement la santé » (Wallerstein N., 2006).

Du fait de la nature des démarches participatives, il peut être supposé que l'empowerment a des bénéfices sur la santé mentale en renvoyant au développement des compétences individuelles de trois types : les compétences sociales (communication, négociation, empathie, coopération, collaboration), les compétences cognitives (prise de décision, résolution de problèmes, pensée critique), et les compétences émotionnelles (estime de soi).

En outre, en faisant se rencontrer et échanger différents acteurs vivant sur un même territoire (citoyens, institutions, professionnels, etc.), les démarches participatives sont susceptibles de contribuer activement à nourrir la cohésion sociale.

Enjeux de la clef :

L'enjeu de cette clef est de mettre les conditions en place pour favoriser ce processus d'empowerment de divers acteurs.

{ 2. Leviers d'action

2.1. Les prérequis

- Identifier un **groupe de travail hétérogène, paritaire, intergénérationnel et représentatif** des acteurs concernés par le projet :
chacun doit pouvoir exprimer son point de vue afin d'élargir la vision collective en fonction du rôle joué dans le projet (cf. **acteurs mobilisables**) ;
- Être **clair et pédagogue** sur l'objectif et les attentes de la participation :
le public intégré dans la démarche doit être représentatif du quartier du projet, des « règles du jeu » doivent être mises en place pour avoir un travail constructif tout au long du processus ;
- Mettre en place un **climat de confiance entre les participants et les animateurs** et les participants entre eux ; l'objectif étant que chacun se sente suffisamment libre et à l'aise pour exprimer ses opinions ;
- **Questionner les habitants** pour faire émerger des propositions qui alimenteront le projet à toutes ses étapes. Cela permettra notamment de rendre acteurs du futur projet urbain les habitants et facilitera son appropriation à chaque étape du projet ;
- Réaliser des **bilans réguliers** de la démarche avec l'ensemble des participants.

2.2. Acteurs mobilisables

- Les **professionnels de la concertation** : plusieurs structures pratiquent la concertation et les démarches participatives dans le cadre de leurs missions : certaines agences d'urbanisme (Rennes, Bordeaux Métropole Aquitaine, Agglomération Strasbourgeoise, etc.), des bureaux d'études spécialisés (Idea Recherche, la Fabrique participative, etc.) ;
- Les **organismes de recherche** ayant travaillé sur les différentes techniques de concertation et d'Urbanisme Favorable à la Santé : Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) sur la participation du public aux processus décisionnels et la démocratie participative, Démarche écoquartiers, Décider ensemble, ADEME, etc. ;
- Tous les **élus et techniciens** qui apporteront une vision d'ensemble du territoire ainsi qu'une explication des choix engagés et des volontés de la collectivité ;
- Les **gestionnaires de terrain** : ils permettront de confronter les propositions avec les réalités du terrain : le fonctionnement des outils à mettre en place pour assurer une bonne gestion a posteriori du projet d'aménagement.
Ils pourront également avoir un retour d'expérience au regard d'autres projets réalisés.
- Les **usagers (habitants, commerçants, artisans, salariés, associations, etc.)** : l'idéal serait de réussir à mobiliser à la fois les habitants actuels du quartier pour témoigner des usages actuels, des éventuels problèmes et de leur volonté quant à l'intégration du futur projet mais également les habitants futurs ou leurs représentants pour identifier leurs attentes et leurs besoins futurs.

1 – Extrait adapté de M. Delnoy, « Définition, notion de base, raisons d'être et sources juridiques des procédures de participation du public », 2005 — 2 — Nina Wallerstein est enseignante-chercheuse à l'Université du Nouveau-Mexique, rattachée au Center for Participatory Research (CPR).

2.3. Les bonnes pratiques de la concertation

- Mobiliser les habitants présents, leur montrer que leurs vécus et ressentis nourriront le projet, et que la démarche les concerne directement en particulier dans la phase de mise en œuvre ;
- Porter attention à la bonne représentativité des habitants, et notamment des femmes et des jeunes adultes. Les enfants peuvent être représentés par des professionnels de l'enfance ou par des parents ;
- Associer les jeunes publics en particulier pour la mobilité et la définition des espaces publics. En effet, ils seront particulièrement réceptifs à une prise en compte de leurs besoins et attentes et cela permettra de favoriser leurs usages. Des visites et ateliers dans les écoles et collèges peuvent être proposés en partenariat avec le corps enseignant ;
- Mobiliser les dispositifs et acteurs de la participation citoyenne déjà existants : conseil de quartier, associations d'habitants, associations naturalistes, associations de commerçants, etc. Ces structures déjà existantes ont l'avantage de fédérer un certain nombre d'habitants et peuvent avoir le rôle de porte-parole à une échelle plus large ;
- Mettre en place plusieurs méthodes d'animation permettant à chacun de s'exprimer : il est important de multiplier les démarches participatives afin que chacun puisse intégrer celle qui se rapproche le plus de ses attentes (ateliers, visites, documentaire, blog, médiation en milieu scolaire, etc.) ;
- Poursuivre la démarche après la réalisation du projet, lorsque les aménagements sont vécus et que les nouveaux habitants sont installés. En effet, les « tiers-absents » constitués par les habitants non présents au moment de l'élaboration du projet, ne peuvent pas systématiquement s'intégrer à la démarche dès l'amont (étape de pré-programmation, en particulier pour les futurs locataires). Parmi les outils qui peuvent leur être proposés, l'aménagement différé de certains espaces publics peut permettre d'intégrer leurs attentes vis-à-vis du futur projet urbain (Cf. phase 6 du cadre théorique de l'opération d'aménagement).

2.4. Quelques bonnes pratiques illustrées

– Cabanon Cuyès, Dax (40) : équipement public éphémère, support d'activation sociale

La Ville de Dax, associée à l'Office Public de l'Habitat, a lancé la réhabilitation du quartier Cuyès. Tous deux ont missionné l'association Bruit du Frigo (structure travaillant à l'aménagement du territoire par le biais de démarches participatives, artistiques et culturelles) aux côtés de l'agence d'architecture et d'urbanisme Traverses et de l'agence de paysage Trouillot et Hermel pour travailler avec les habitants sur la requalification des espaces publics.

Le Cabanon Cuyès est une petite architecture temporaire construite au cœur du quartier. Ce dispositif d'activation et de prospective urbaine est un lieu de rendez-vous imaginé puis construit pour rencontrer et mener des ateliers avec les habitants. Durant 5 jours autour d'un feu de bois, les habitants de Cuyès sont venus échanger, partager leurs idées, leurs envies pour améliorer le cadre de vie de leur quartier. Ce travail de collecte de paroles et d'idées a pour objectif de nourrir l'étude urbaine de l'agence Traverses (www.bruitdufrigo.com). L'ensemble des propositions recueillies lors du dernier atelier a été transmis à la commune de Dax³.

Parallèlement aux ateliers d'échanges, le cabanon a été un lieu d'animation quotidienne : diffusion de documentaires/matches, compétition de jeux, battle de soupe, permettant de créer un lieu de sociabilité au sein du quartier.

Photographie du cabanon installé. Cabanon Cuyès, Dax, 2013.
© Bruit du frigo



– Diagnostic en marchant, promenade sensible

En 2017 et 2018, pour la Semaine européenne de la mobilité, l'agence d'urbanisme Bordeaux Aquitaine a proposé de travailler sur la marche et ses liens avec l'approche sensible de l'espace urbain, selon le questionnaire suivant : dans quelle mesure les conditions sensibles d'un espace sont-elles plus ou moins favorables à la pratique de la marche ?

D'un point de vue méthodologique, une déambulation est proposée au sein d'un quartier encore en constitution, les Bassins à flots à Bordeaux où une attention particulière a été portée à la création d'ambiances variées et de contrastes architecturaux et paysagers. Plusieurs temps dans le parcours ont été proposés : une visite commentée, où l'accent est mis sur les éléments de paysage urbain qui semblent intéressants du point de vue de la perception du piéton, et deux temps de déambulation non commentés à l'issue desquels un questionnaire est remis pour identifier les ressentis, les perceptions, ainsi que les différentes réactions des habitants/usagers face à ces espaces.

Photographie de la promenade sensible dans le quartier des Bassins à flot.
© a'urba



3 – Extrait adapté du dossier de présentation « Bruit du Frigo ».

→ http://www.bruitdufrigo.com/assets/files/dossiers_pdf/dossier_presentation_bruit_du_frigo.pdf

Questionnaire rempli par un des participants.
© a'urba

B - Sentes

VOTRE ANALYSE DE L'ESPACE

Lequel de vos sens a été le plus stimulé dans cet espace ?

La vue L'ouïe La kinesthésie*
 Le toucher L'odorat L'indifférence

*Perception de la position et des mouvements du corps dans l'espace.

Quels éléments ont donné du rythme à la progression de votre déplacement ?

Les façades La végétation Aucun
 Les murs adjacents Le sol
 Les vues lointaines Le mobilier urbain

Pour traverser cet espace, vous vous êtes appuyé sur :

Une perspective scénarique Une vision d'ensemble Des éléments de détail

Décrivez la sensation de votre contact avec le sol :

Son sable.

VOTRE RESSENTI DANS L'ESPACE

Sur le schéma suivant, entourez l'émotion principale que vous avez ressentie en évoluant dans l'espace. Soulignez d'autres émotions que vous avez pu ressentir de manière plus ponctuelle.

Adapté du CEM (Centre de Recherche de l'Université de Bourgogne)

VOTRE IMAGINAIRE

Qu'est-ce qu'incarner cet espace pour vous ?

ville verte et saine
Intimité

Pour vous, quels éléments font la valeur du lieu ?

Épave automobile + Garage moderne
Logement

Pour vous, quels éléments dévalorisent le lieu ?

La façade avec des vitres

VOTRE REACTION

Quelle allure avez-vous eu envie d'adopter ?

Je m'arrête L'éviter
 Je ralentis Le traverser
 J'accélère Y faire une pause
 Neutre Y passer du temps
 ... Le faire découvrir à quelqu'un

— Méthode des sociotopes : Pour réussir la ville dense et verte avec la participation des habitants⁴

La méthode des sociotopes a été conçue au début des années 2000 à Stockholm par des urbanistes et des paysagistes, puis mise en œuvre dans des collectivités locales de toutes tailles. La notion de sociotope, qui fait écho à celle de « biotope » pour la faune et la flore, décrit les caractéristiques et les valeurs des espaces ouverts tels qu'ils sont pratiqués par les habitants dans un environnement culturel donné. La notion d'espaces ouverts s'étend à tous les lieux effectivement utilisés et va donc au-delà de celle d'espace public.

Les objectifs de cette méthode sont les suivants :

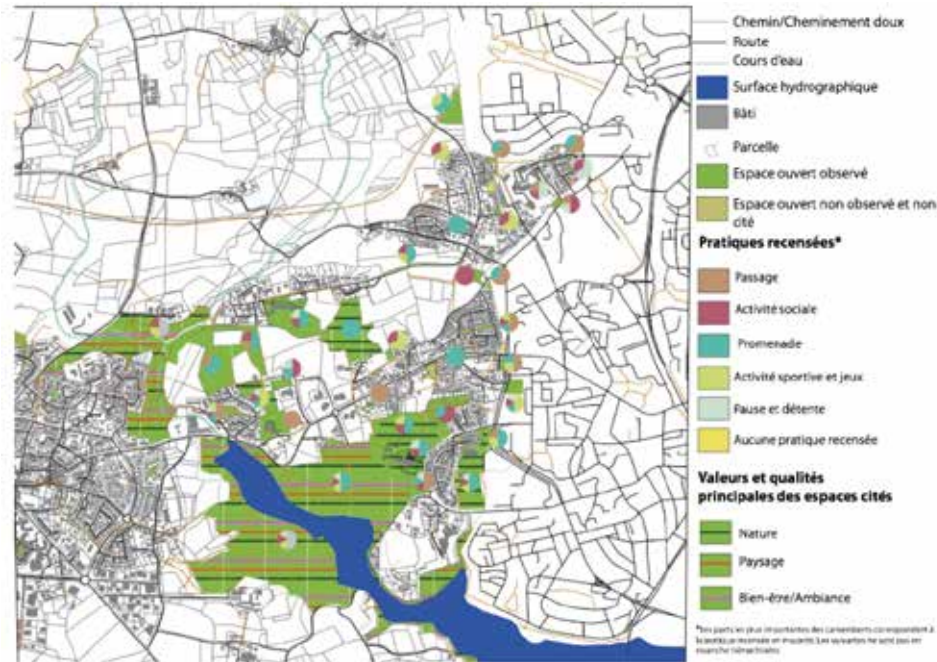
- Comprendre comment les « espaces ouverts » sont utilisés et vécus par les habitants, faisant apparaître notamment certains problèmes ;
- Apporter des solutions à ces problèmes à l'occasion de nouveaux documents d'urbanisme, d'opérations immobilières, de plans de déplacements ;
- Renforcer la participation des habitants aux décisions qui concernent leur environnement quotidien.

La méthode repose sur une observation de terrain, permettant de relever les usages et les cheminements empruntés ainsi que sur un travail d'enquête s'adressant à tous les types d'usagers.

Les résultats observés sont inscrits dans une carte des sociotopes, donnant une lecture simple des espaces utilisés par les individus, de leur intensité d'utilisation et des « valeurs appréciées » par les usagers. Elle met également en évidence les cheminements, les liaisons, mais aussi les coupures et les pressions. Elle peut également être associée à une carte écologique. Des propositions concrètes pour améliorer l'offre d'espaces accessibles et augmenter la diversité des activités sont identifiées.

4 — Éléments repris de la fiche de l'ADEME Outil/méthode n°26 « La méthode des sociotopes ». → <http://multimedia.ademe.fr/catalogues/CTecosystemes/fiches/methode26p9192.pdf>

C. Dèbre, F. Gourlay,
Territorialisation de
la méthode d'analyse
des sociotopes,
UBS-Laboratoire
Géoarchitecture/syndicat
mixte du pays de Lorient,
2012.



– Approche Développement Durable des Opérations d'Urbanisme (ADDOU) : une démarche pour co-élaborer des quartiers favorables au bien-être

La méthode, s'appuyant sur l'Approche Environnementale de l'Urbanisme (AEU), a été mise au point par l'agence d'urbanisme de Rennes (AUDIAR) et l'Agence Locale de l'Énergie et du Climat (ALEC) avec le soutien de l'ADEME puis du Pays de Rennes. L'objectif, dans le cadre de la réalisation d'un nouveau quartier ou de renouvellement urbain, est de répondre au mieux aux exigences environnementales, sociales et urbaines. La réflexion est engagée dès l'amont du projet.

La démarche repose sur une série d'ateliers avec des groupes composés d'élus, de techniciens et de la société civile. Le groupe doit être paritaire et intergénérationnel. Les visites de terrain et les ateliers traitent du fonctionnement concret de la commune et de son rapport au centre, notamment en termes de déplacements. En petit groupe, les participants sont amenés à rêver leur quartier idéal avant d'appréhender les évolutions pouvant influencer leur projet. Ils font ensuite des propositions concrètes. Les animateurs les aident à mettre en lumière les interactions et les contradictions de leurs suggestions afin d'optimiser le projet. Le résultat est un plan guide présentant des objectifs hiérarchisés par les participants et validés par les élus. Les concepteurs, qui assistent aux débats, ont leur feuille de route. Leurs esquisses sont ensuite analysées par l'équipe ADDOU au regard du guide et réorientées si besoin.



**Plan guide d'intentions
issu d'un atelier de
concertation mené dans
le cadre de la démarche
ADDOU.**
© AUDIAR

– Opération Cœur de village, Chirens (38) : un atelier participatif tout au long de la démarche

L'étude consiste à mener un travail participatif avec les élus et les habitants pour envisager l'extension nord du centre-bourg. Il s'agit notamment d'étudier l'implantation de nouveaux logements et la nécessaire revitalisation d'un vrai cœur de village en lien avec la commune dans son ensemble. La participation habitante a été un des deux piliers de la programmation avec le respect de l'existant : tout au long de la démarche, un groupe d'habitants a travaillé le projet avec l'équipe de maîtrise d'œuvre. Cela a permis de réaliser un diagnostic, un programme et un scénario au plus proche du territoire, de ses enjeux et des attentes des habitants.

Parmi les actions qui ont été menées dans ce cadre :

- Un documentaire sonore relatant les interviews des habitants, des associations, etc. ;
- Une fresque photographique, à partir de photos anciennes et de photos actuelles ;
- Un blog permettant de tenir informés les habitants : réunions, contacts, documents téléchargeables, etc. ;
- Médiation dans les classes de l'école élémentaire : réflexion avec les élèves concernant leurs attentes vis-à-vis de l'espace public.

→ www.chirenscoeurdevillage.blogspot.com

Ainsi tout au long de la démarche, une multiplicité d'outils a été proposée aux habitants pour les intégrer au mieux au projet urbain de leur commune.

– Programmation d'un parc à Saint-Ouen (95) : enquête et rencontres

La Ville de Saint-Ouen a organisé la participation active des habitants à l'élaboration du programme d'un de leurs parcs. Elle s'est appuyée, d'une part, sur une enquête citoyenne menée par un groupe d'habitants en 2007, et, d'autre part, sur trois rencontres établies dans le cadre de l'atelier « parcs et berges ».

Les questions abordées ont été les suivantes :

- Phase 1 : Quelle programmation pour le parc ?
Comment aménager un parc à partir de l'existant ?
- Phase 2 : Quel tracé pour la Route Départementale 1 ?
Comment le parc et les berges s'intègrent-ils au reste de la ville ?
- Phase 3 : Synthèse. Un appel des candidatures de maîtrise d'œuvre a été lancé en juillet 2009. Le point de vue des habitants a été recueilli sur les cinq projets sélectionnés.

– Mise en place d'un Conseil Local en Santé-Environnement (CLSE) à Saint-Denis (93)⁵

Pour répondre aux inégalités de santé, la Ville de Saint-Denis est depuis longtemps fortement engagée sur les questions de santé et d'environnement. Elle a inscrit dans son dernier Contrat d'engagement pour la mandature 2014-2020 la création d'un CLSE, afin de s'investir collectivement dans une démarche traitant des impacts des déterminants environnementaux sur la santé. Le CLSE se veut une instance innovante de co-construction avec les populations.

5 – Pour plus d'informations → <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-01/AMI-concertation-innovante-CLSE-REX-SAINT-DENIS.pdf>

À ce jour, il n'en existe pas d'autres en France.

Le Conseil local en santé environnementale regroupe des habitants, des associations, des élus et agents de la Ville (Pôle Environnement, Unité Santé Environnementale, Mission saturnisme) ou de Plaine Commune (Délégation à l'écologie urbaine). Le rôle proposé pour le CLSE est d'exercer une veille en santé environnementale sur Saint-Denis, d'alerter et d'interpeller les autorités compétentes sur les impacts négatifs de l'environnement sur la santé, de proposer et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la santé et du bien-être des Dionysiens dans leur environnement. Son objectif est de réfléchir collectivement à l'impact de l'environnement sur la santé et à la manière dont cet environnement pourrait être amélioré.

Pour la mise en place de son CLSE, la Ville de Saint Denis a souhaité s'appuyer sur les principes de la démarche communautaire en santé. La démarche communautaire en santé en tant que stratégie de la promotion de la santé se fixe pour objectif un travail intersectoriel et partenarial permettant la reconnaissance de chaque citoyen et de sa place d'acteur dans la vie sociale. Elle prend en compte des facteurs qui conditionnent le mieux-être, notamment l'habitat, le cadre de vie, l'éducation, la culture, l'environnement socio-économique, la santé physique et psychique... Ceci passe par de nouvelles relations entre les citoyens, les élus et les professionnels, notamment à travers la participation de la communauté aux projets et actions de santé.

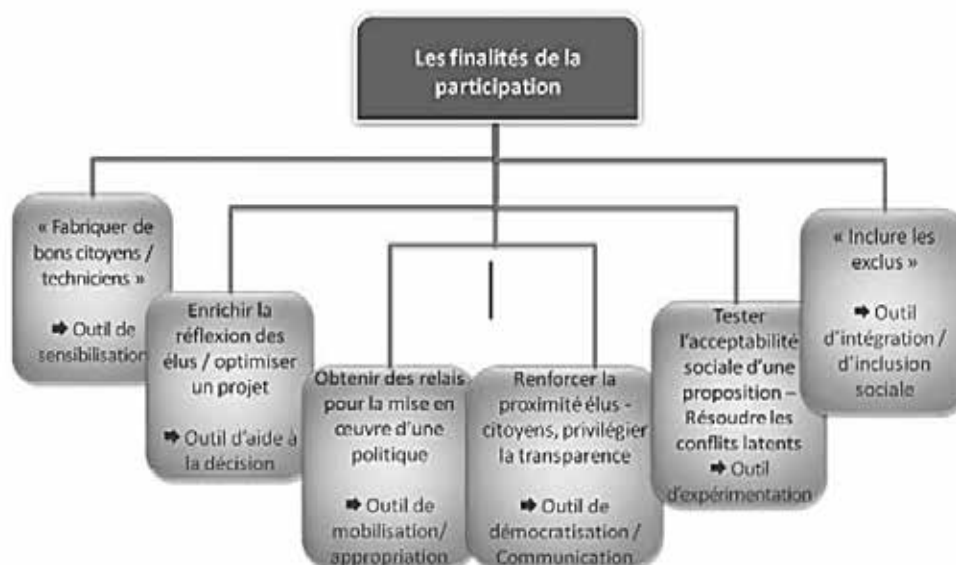
Mise en place du CLSE à Saint-Denis⁶.



⁶ — Pour plus d'informations, consulter cette page web → <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-01/AMI-concertation-innovante-CLSE-REX-SAINT-DENIS.pdf>

2.5. Les finalités de la concertation

L'intérêt premier de la concertation est l'intelligence collective qui oblige à une approche plus systémique. Chaque participant arrive avec son angle de vision et sa pratique. Sa réflexion enrichit celle des autres, ouvre le débat, permet les contradictions, soulève les antagonismes pour finalement voir un maximum de facettes du projet. Sa prise en compte permet d'optimiser le projet. Cependant les démarches participatives offrent bien d'autres bénéfices synthétisés ci-dessous :



Extrait des fiches pratiques « Gouvernance et dimensions de la participation citoyenne dans les écoquartiers » (2011).

2.6. Aspects réglementaires

Font l'objet d'une concertation associant, pendant toute la durée de l'élaboration du projet, les habitants, les associations locales et les autres personnes concernées :

- La création d'une zone d'aménagement concerté ;
- Les projets et opérations d'aménagement ou de construction ayant pour effet de modifier de façon substantielle le cadre de vie, notamment ceux susceptibles d'affecter l'environnement, au sens de l'article L. 122-1 du code de l'environnement, ou l'activité économique, dont la liste est arrêtée par décret en Conseil d'État ;
- Les projets de renouvellement urbain (article L.103-2 code de l'urbanisme).

Une concertation préalable peut être également requise au titre du code de l'environnement ainsi qu'un débat public pour les projets relevant du champ de compétence de la Commission nationale du débat public (CNDP).

2.7. Points de vigilance

Il faut faire attention à ne pas traduire la concertation par de la simple information du public au travers de réunions. Elles ne traduisent en aucun cas la co-élaboration ou la concertation.

Pour inclure de la santé, la concertation ne doit pas être la simple information du public au travers de réunions. La concertation doit s'adresser en particulier aux publics minoritaires et socialement défavorisés, et être a minima participative voire en co-élaboration ou co-construction.

{ 3. Mise en œuvre

3.0. Phase 0 : Décision de faire

Étapes de la phase 0	Préconisations
Commande politique Élus	<ul style="list-style-type: none"> – La concertation commence au sein du conseil municipal. Chaque élu doit faire remonter ses objectifs et préoccupations pour le projet. L'ensemble du conseil ou une commission doit être désigné pour suivre l'ensemble du processus. – La collectivité doit dès cette étape réaliser un programme de concertation clair en définissant ses objectifs (traiter de la thématique santé, avoir une représentativité des futurs habitants/usager, etc.), les moyens alloués, les techniques qui seront utilisées, etc. Elle doit pour cela s'aider des éléments développés ci-dessus. – La collectivité peut d'ores et déjà constituer un groupe de travail (dont la composition pourra évoluer au cours de l'opération) réunissant des actuels ou futurs habitants/usagers de l'opération pour confronter et adapter sa commande à l'expertise d'usage des membres de ce groupe de travail, et notamment sur les enjeux de santé qui seront repérés (Cf. parties « 2.1. Les prérequis » et « 2.2. Acteurs mobilisables » de cette fiche). Elle peut pour cela mobiliser les réseaux associatifs présents. – La collectivité doit présenter à ce groupe de travail les principes de l'Urbanisme opérationnel Favorable à la Santé et la démarche ISadOrA.
Prise en compte des documents de planification Collectivité	Sans objet
Pré-diagnostic / pré-analyse du site Collectivité	<ul style="list-style-type: none"> – Prévoir de confronter les résultats des différents sous-portraits de santé (réalisés dans le cadre de la clef « Portrait de santé et de l'environnement ») à l'expertise d'usage des membres du groupe de travail. Comme tous les ateliers de concertation, cela devra se faire via des documents de travail accessibles à tous.
Préprogramme Collectivité	<ul style="list-style-type: none"> – Établir cette pré-programmation d'une part au regard des enjeux de santé à traiter, et d'autre part au regard de l'apport du groupe de travail par rapport à ces portraits de santé et de l'environnement. Ce groupe de travail pourra notamment être amené à élaborer des orientations et des objectifs qui seront à intégrer à cette pré-programmation et qui seront à suivre tout au long de l'opération. – Pour la suite de l'opération (et tout au long de celle-ci), la concertation devra notamment se faire au regard des enjeux sanitaires et environnementaux repérés.
Esquisse de bilan financier Collectivité	Une partie de l'enveloppe financière dédiée à la mise en œuvre de la démarche pourra être allouée à la concertation.

Étapes de la phase 0

Préconisations

Choix concernant le processus de concertation citoyenne (modalités, moyens, etc.)

Collectivité

En fin de phase 0, le processus de concertation est initié, notamment via la constitution d'un groupe de travail pouvant représenter les différentes composantes de la commune et les différents intérêts au projet. Ce groupe pourra évoluer au cours de l'opération.

3.1. Phase 1 : Initiation

Étapes de la phase 1

Préconisations

Consultation d'AMO pour les études préalables

Collectivité

Diagnostic et études préalables (dont initiation de l'étude d'impact si nécessaire)

Collectivité et AMO

— Le groupe de travail doit être associé aux différentes études menées à cette étape. Il doit notamment être amené à apporter des éléments concernant le vécu des différentes thématiques portées par ces études (tels que le ressenti de l'ambiance sonore, l'appropriation de l'espace public, etc.), via différentes techniques développées dans cette fiche « Démarches participatives » (diagnostic en marchant, promenades sensibles, élaboration de sociotopes, atelier participatif, etc.⁷). Les données qualitatives ainsi recueillies alimenteront le portrait de santé et de l'environnement (Cf. clef 2 « Portrait de santé et d'environnement »).

Précision et adaptation du programme et orientations d'aménagement esquisse d'un plan masse)

Collectivité

— La programmation doit être élaborée en concertation avec les services techniques et les gestionnaires de la collectivité pour s'assurer des possibilités de mise en œuvre de la programmation.
— Ces premières esquisses doivent faire l'objet d'une lecture croisée par le groupe de travail afin de voir si toutes les orientations de la pré-programmation ont été prises en compte.

Bilan financier prévisionnel

Collectivité

— Prévoir le financement de la participation.

Mise en place de la gouvernance et du portage du projet

Collectivité

— Discuter de la représentation du groupe de travail dans les instances décisionnelles de l'opération.

Choix du mode de gestion (régie ou délégation)

Collectivité

— Le mode d'animation de la participation doit être discuté à cette étape.

Des ateliers de participation (sous diverses formes) doivent avoir lieu tout au long de l'opération pour affiner la connaissance du territoire et pour ajuster les choix de programmation et de conception aux vécus des habitants/usagers.

7 — À titre d'exemple, le projet PARCOURA a permis, grâce à des démarches participatives, d'établir une liste d'actions pour améliorer les chemins piétonniers et cyclables. Pour plus d'informations, cette page web peuvent être consultées :
→ <https://www.ademe.fr/contribuer-a-meilleure-qualite-lair-lamelioration-parcours-pietonniers-cyclables-a-valence>

3.2. Phase 2 : Conception

Étapes de la phase 2	Préconisations
Signature du traité de concession (si opération concédée) Collectivité / Aménagement	<ul style="list-style-type: none"> – Le processus de participation doit être mentionné dans ce traité de concession pour s’assurer de sa pérennité tout au long de l’opération.
Consultation de la maîtrise d’œuvre urbaine Aménageur	<ul style="list-style-type: none"> – Il peut être opportun d’initier cette consultation plus tôt afin que l’équipe de maîtrise d’œuvre urbaine assiste (voire prenne en partie en charge) à la phase de concertation initiale, ce qui lui permettra de mieux comprendre le cheminement et les intentions du programme de l’opération.
Plan guide Moe urbaine et aménageur	<ul style="list-style-type: none"> – Pour élaborer ce plan guide, l’instance santé peut organiser régulièrement des ateliers centrés sur la santé (ou plus spécifiquement sur une thématique portée par une clef opérationnelle) entre aménageur, équipe de maîtrise d’œuvre urbaine, et le groupe de travail. – Ce groupe de travail pourra ainsi veiller à ce que ses orientations soient bien prises en compte. – Il peut également être intéressant d’associer des publics cibles à la conception des espaces publics, comme par exemple les personnes âgées, les jeunes publics, les femmes, etc. (Cf. partie « 2.3. » de cette fiche).
Avis sanitaire ARS Avis de l’Ae Autorité environnementale	Sans objet
Modifications apportées au projet Moe urbaine et aménageur	Sans objet
Élaboration du dossier Loi sur l’eau si nécessaire Moe urbaine et aménageur	<ul style="list-style-type: none"> – L’instance santé doit initier des rencontres entre l’aménageur, le service eau et assainissement de la collectivité, l’équipe de maîtrise d’œuvre urbaine, le bureau d’études techniques en charge de l’élaboration de ce dossier et les futurs habitants/usagers (via le groupe de travail constitué). – Ces rencontres auront pour but de s’assurer de la faisabilité technique de la mise en place des techniques retenues, de sensibiliser/former les futurs gestionnaires aux techniques alternatives de gestion des eaux pluviales, de sensibiliser/ expliquer ces systèmes aux habitants usagers, etc.
Approbation du dossier Loi sur l’eau Police de l’eau	Sans objet

3.3. Phase 3 : Montage

Étapes de la phase 3	Préconisations
Cahiers des charges (CPAUP, espaces publics, espaces verts) Élaboration des fiches de lots Moe urbaine et aménageur	<ul style="list-style-type: none">– Pour élaborer ces cahiers des charges et les fiches de lots, l'instance santé peut organiser régulièrement des ateliers centrés sur la santé (ou plus spécifiquement sur une thématique portée par une clef opérationnelle) entre aménageur, équipe de maîtrise d'œuvre urbaine et le groupe de travail.– Ce groupe de travail pourra ainsi veiller à ce que ses orientations soient bien prises en compte.– Il peut également être intéressant d'associer des publics cibles à la conception des espaces publics, comme par exemple les personnes âgées, les jeunes publics, les femmes, etc. (Cf. partie « 2.3. » de cette fiche).
Consultation des entreprises travaux aménagement (espaces publics et espaces verts) Aménageur	Sans objet
Engagement de la commercialisation des lots libres Consultation des opérateurs Aménageur	Sans objet
Analyse des candidatures des opérateurs Aménageur	Le groupe de travail doit participer à l'analyse de ces candidatures pour s'assurer du respect des objectifs initiaux (définis en phase 0 à l'étape de la pré-programmation).
Compromis de vente (aménageur opérateurs) Opérateurs	Sans objet

3.4. Phase 4 : Réalisation

Étapes de la phase 4	Préconisations
Travaux de viabilisation et d'aménagement des espaces publics (après libération des terrains) Entreprises travaux aménagement	– L'instance santé doit convoquer le groupe de travail à chaque fin de zonage pour faire la lecture de l'aménagement et pour suggérer des points d'amélioration pour les lots ou zonages suivants.
Dépôt et instruction du permis de construire soumis à visa préalable de la MOA Opérateurs et aménageur	– Le groupe de travail peut se mobiliser dans le cadre des procédures de participation du public liées à l'instruction du permis de construire.
Validation du permis de construire Collectivité	Sans objet
Consultation des entreprises travaux bâtiments Opérateur	Sans objet
Travaux de construction Entreprises travaux bâtiments	– L'instance santé doit convoquer le groupe de travail à chaque fin de zonage pour faire la lecture de l'aménagement et pour suggérer des points d'amélioration pour les lots ou zonages suivants.
Installation des premiers usagers et des premiers habitants Habitants	– Mettre ces premiers habitants/usagers en contact avec le groupe de travail dans le but de faire remonter les premiers retours sur le vécu de l'espace livré.

La phase 5 (Clôture) n'est pas concernée par cette clef.

3.6. Phase 6 : Gestion

Étapes de la phase 6	Préconisations
Gestion Entretien Collectivité / Bailleurs sociaux	<ul style="list-style-type: none">– L'instance santé doit initier des rencontres avec les services gestionnaires des différentes espaces de l'opération (bailleurs sociaux, service eau et assainissement de la collectivité, service espaces verts de la collectivité, etc.) et les futurs habitants/usagers (via le groupe de travail constitué).– Ces rencontres auront notamment pour but de sensibiliser/former les futurs gestionnaires à la gestion des différents espaces.
Suivi des habitants et des usagers Collectivité / Bailleurs sociaux	<ul style="list-style-type: none">– L'instance santé doit poursuivre les démarches de concertation après la livraison des différents espaces (Cf. partie « Les bonnes pratiques de la concertation de cette fiche »).
Démarches d'évaluation Collectivité / Bailleurs sociaux / Prestataires	<ul style="list-style-type: none">– La démarche d'évaluation doit se faire après quelques mois, voire quelques années, pour permettre d'évaluer les écarts du projet par rapport aux ambitions initiales figurant dans la programmation. Une étude sociologique sur le ressenti des habitants peut être engagée.– Cela permettra à la fois de constituer une base de réflexions pour d'éventuels ajustements du projet, ainsi que de fournir des clefs d'amélioration pour les prochaines opérations.
Ajustements du projet Collectivité	<ul style="list-style-type: none">– L'instance santé doit se mettre en contact avec différents services de la collectivité pour initier une réflexion sur d'éventuels ajustements du projet, et cela en vue d'améliorer ce qui a été jugé peu satisfaisant au vu de l'évaluation menée en phase précédente.

{4. Supports pour aller plus loin

4.1. Guides mobilisables

- a’urba (2019) Piloter un projet d’aménagement par la qualité de vie, les 21 critères, 16 p.
→ <https://www.aurba.org/productions/piloter-un-projet-damenagement-par-la-qualite-de-vie>
- a’urba, Organisation de promenades sensibles
→ <https://carto.aurba.org/arcgis/home>
- ADEME (2013) Guide Réussir la planification et l’aménagement durables, 256 p.
→ <https://www.ademe.fr/reussir-planification-lamenagement-durables-guide-methodologique>
- ADEME (2016) La Participation citoyenne, cahiers méthodologiques de l'AEU2 – Réussir la planification et l'aménagement durables, 184 p.
→ <https://www.ademe.fr/participation-citoyenne>
- Audelor (2012) Le manuel des sociotopes, traduction de l’ouvrage . Sociotophandboken, édité par le bureau de l’Urbanisme de la ville de Stockholm, 83 p.
- C. de la Gueronniere, G-L. Rayssac (2014) Guide de la concertation locale – Pour construire le vivre ensemble, 124 p.
- Centre d’Étude Techniques de l’Équipement du Sud-Ouest, Fiches pratiques. Gouvernance et dimensions de la participation citoyenne dans les ÉcoQuartiers, 64 p.
→ http://www.bourgogne-franche-comte.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Gouvernance_et_dimensions_de_la_participation_citoyenne_dans_les_EcoQuartiers_cle2d5ac7-1.pdf
- Eurométropole de Strasbourg (2013) Référentiel pour un aménagement et un habitat durables, pp. 97-102.
→ <https://www.strasbourg.eu/documents/976405/1564068/0/0816fa6d-92d8-e21e-245c-b832998def52>
- IAUR, Ville de Rennes, AUDIAR (2014) La concertation au Blosne 2007 – 2014, Synthèse des principales actions de concertation menées par l’IAUR et l’AUDIAR, dans le cadre du projet de renouvellement urbain du Blosne à Rennes, 58 p.
→ http://www.iaur.fr/wp-content/uploads/2015/03/IAUR-AUDIAR-bilan_concertation_5-mars-2015_VDefinitive.pdf
- Pays de Rennes (2008) Guide de l’urbanisme et de l’habitat durable, Fiche 2 : Conduite d’opération et participation citoyenne, 4 p.
→ <http://www.paysderennes.fr/Guide-de-l-urbanisme-et-de-l.html>
- Plaine Commune (2013) Référentiel pour un aménagement soutenable de Plaine Commune.
→ https://plainecommune.fr/fileadmin/user_upload/Portail_Plane_Commune/LA_DOC/THEMATIQUES/Ecologie_urbaine/referentiel_amenagement_soutenable.pdf
- Saint Denis – Mise en place d’un Conseil Local en Santé-Environnement
→ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-01/AMI-concertation-innovante-CLSE-REX-SAINT-DENIS.pdf>

4.2. Structures mobilisables

- Bureaux d’études utilisant la démarche AEU2
- Agences d’urbanisme
- ALEC
- Bruit du Frigo

{5. Grille de suivi de la mise en œuvre de la clef

Ce tableau est un outil à destination de l'instance santé (Cf. mission 4 de la clef 1 « Instance santé ») qui lui permettra d'assurer un suivi de la mise en œuvre des démarches participatives durant les différentes phases de l'opération. En ligne, sont reprises les bonnes pratiques de la clef à mettre en œuvre et en colonne sont reprises les phases où elles doivent être entérinées.

Pour remplir les cases blanches, l'instance santé peut décrire la manière dont la bonne pratique a été entérinée.

Bonnes pratiques à mettre en œuvre	Phase 0	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Phase 4	Phase 5	Phase 6
Réalisation d'un programme de concertation clair		Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet
Constitution d'un groupe de travail représentatif : mixité générationnelle, professionnelle, hommes-femmes, etc.							
Présentation de la démarche ISadOrA à ce groupe de travail							
Allocation d'un budget dédié et adapté à la concertation							
Avoir une approche diversifiée des méthodes de concertation : promenades sensibles, ateliers, sondage, focus groupe...							
Mise à disposition des documents de travail avec des supports de communication accessibles à tous							
Mobilisation du réseau associatif							

Références bibliographiques

- Agence Nationale de la Rénovation Urbaine (ANRU) – Comité de suivi et d'évaluation (2006). Une échelle de participation citoyenne – Sherry Arnstein, 19 p.
→ <https://www.yumpu.com/fr/document/read/16665158/echelle-de-participation-citoyenne-sherry-arnstein-anru>
- Arnstein S. (1969) A ladder of citizen participation, JAIP, 35(4): 216-224.
- Institut National de Promotion et d'Éducation pour la Santé (INPES) (2011) Empowerment et santé mentale, *La Santé de l'Homme*, n°413.
- Kovess-Masfety V., Boisson M., Godot C., Sauneron S. (2009) La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris : La documentation française, coll. Rapports et Documents, 22 p.
→ http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/dp_rapportsante_mentale__171109.pdf
- M. Delnoy. (2005) La participation du public au processus de décision en matière d'environnement et d'urbanisme, Bruxelles : Bruylant. 100 p.
→ <http://bictel.ulg.ac.be/ETD-db/collection/available/ULgetd-05222007-003046/unrestricted/04.ConclusionsGenerales.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Copenhagen : World Health Organization, Regional Office for Europe. 6 p.
→ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2005) Participation de la population à la santé locale et au développement durable : Approches et techniques. Collection européenne développement durable et santé. Rapport n°4. 98 p.
→ http://www.s2d-ccvs.fr/datas/doc_pdf/Participation%20.pdf
- Parker EA., Lichtenstein RL., Schulz AJ., Israel BA., Schork MA., Steinman KJ., James SA. (2001). Disentangling measures of individual perceptions of community social dynamics: results of a community survey. *Health Education & Behavior*, 28(4): 462- 486.
- Slocum, N., Elliott, J., Heesterbeek S., Lukensmeyer CJ. (2006) Méthodes participatives. Un guide pour l'utilisateur. Brussels: Fondation Roi Baudoïn, 204 p.
→ http://www.eau-poitou-charentes.org/IMG/pdf/Doc_fondation_Roi_Baudoïn.pdf
- Wallerstein N. (1992) Powerlessness, empowerment and health: implication for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. 6(3): 197-205.
- Wallerstein N. (2006) What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. 37 p. → http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/76479/E92919.pdf

