



Master 2
Pilotage des politiques et actions en santé
publique
Promotion : **2015-2016**

**Agir pour un renouvellement urbain favorable
à la santé : l'exemple du quartier du Gros
Chêne à Rennes**

Guilhem DARDIER
23 septembre 2016

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier l'équipe du master « Pilotage des politiques et actions en santé publique » - et notamment Arnaud Campéon et Régine Mafféï – pour avoir mis à ma disposition l'ensemble des ressources nécessaires au bon déroulé de ce stage.

Je tiens ensuite à remercier Audrey Martin et Frédéric Auffray, mes deux maîtres de stage, de m'avoir donné l'opportunité d'effectuer mon stage de fin d'études auprès d'eux à la Ville de Rennes et à Rennes Métropole. Je les remercie d'avoir toujours pris le temps d'échanger avec moi, de m'encadrer et de me corriger. En bref, de me former.

Un grand merci également à Françoise Jabot et à Anne Roué Le Gall, les deux enseignantes-référentes de l'EHESP pour mon stage. Leurs connaissances et expertise en matière d'EIS, leur disponibilité et leur gentillesse à mon égard n'ont rendu mon stage que plus intéressant. Leurs remarques et conseils apportés tout au long du stage constituent le cadre du présent travail.

J'adresse aussi mes remerciements à Charlotte Marchandise-Franquet, adjointe à la maire en charge de la santé, pour l'intérêt qu'elle a porté à ma mission de stage ainsi que pour son soutien et ses apports professionnels. Et je n'oublie pas l'ensemble des membres des directions santé publique-handicap (DSPH) et aménagement-urbanisme-habitat (DAUH) ainsi que Laurence, Jessica, Nathalie et Sylvie, avec qui j'ai partagé mes bureaux successifs.

Enfin, un merci tout particulier à Richard Belé, Thierno Diallo et Sophie Perrier-Ridet pour m'avoir guidé dans leurs univers respectifs. Nos conversations ont constitué la base de mon cheminement intellectuel dans l'aménagement opérationnel et les évaluations d'impacts sur la santé.

Guilhem DARDIER -

Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

À Pauline. Bienvenue dans la famille.

Guilhem DARDIER -

Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Guilhem DARDIER -

Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Sommaire

Introduction.....	1
I/ Vers un renouvellement urbain favorable à la santé.....	3
A) L'urbanisme et la santé	3
<i>La santé</i>	3
<i>... et ses déterminants</i>	4
<i>L'urbanisme</i>	6
B) L'urbanisme favorable à la santé (UFS)	7
<i>Les objectifs de l'UFS</i>	7
<i>L'UFS hier</i>	8
<i>... et aujourd'hui</i>	8
C) Le renouvellement urbain favorable à la santé.....	11
<i>L'évaluation d'impacts sur la santé (EIS) : un levier pour construire l'UFS</i>	11
<i>Les opérations de renouvellement urbain : des terrains privilégiés pour les EIS</i> ..	16
II/ La mise en marche du renouvellement urbain favorable à la santé à Rennes	22
A) L'urbanisme et la santé à Rennes	22
<i>De la fondation gallo-romaine à la "ville-garnison"</i>	22
<i>De la domestication de l'eau à la "petite-grande ville"</i>	24
<i>De l'urbanisme hygiéniste à la ville fonctionnelle</i>	25
B) L'urbanisme favorable à la santé à Rennes	30
<i>Du dynamisme démographique à la ville-archipel</i>	30
<i>De la ville-santé à la ville favorable à la santé</i>	32
C) Le renouvellement urbain favorable à la santé à Rennes.....	35
<i>Une ville en renouvellement</i>	35
<i>Un quartier témoin de la politique de la ville</i>	35
<i>Un projet placé sous le signe de la santé</i>	37

III/ L'opérationnalisation du renouvellement urbain favorable à la santé à Rennes : l'EIS du Gros Chêne.....	42
A) Présentation de la phase préparatoire	42
Contexte	42
Objectifs et déclinaisons	43
B) Bilan de la phase préparatoire	43
Amorcer la démarche EIS	43
Analyser le projet de restructuration urbaine et son contexte	46
Préparer la phase opérationnelle de l'EIS.....	53
C) Préconisations.....	56
Contexte	56
Préconisations de stratégie de travail pour l'EIS du Gros Chêne	56
Préconisations de modalités de travail pour l'EIS du Gros Chêne	59
Préconisations générales	60
Conclusion.....	62
Bibliographie	63
Liste des annexes	67

Liste des sigles utilisés

ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie

AE : Autorité environnementale

ANRU : Agence nationale pour la rénovation urbaine

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé-ville

AUDIAR : Agence d'urbanisme et de développement intercommunal de l'agglomération
rennaise

CLS : Contrat local de santé

CCNPPS : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

CNFPT : Centre national de la fonction publique territoriale

DAUH : Direction aménagement-urbanisme-habitat

DGS : Direction générale de la santé

DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

DSPH : Direction santé publique-handicap

EHESP : École des hautes études en santé publique

EIE : Étude d'impact environnementale

EIS : Évaluation d'impacts sur la santé

HiAP : Health in all policies

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé

NOTRe : Nouvelle organisation régionale de la République

NPNRU : Nouveau programme national de renouvellement urbain

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS : Observatoire régional de santé

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Guilhem DARDIER -

Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

PLS : Plan local de santé

PLU(i) : Plan local d'urbanisme (intercommunal)

PRS : Projet régional de santé

PRSE : Plan régional santé-environnement

QPV : Quartier prioritaire de la ville

RM : Rennes Métropole

SAO : Service aménagement opérationnel

SCoT : Schéma de cohérence territoriale

SPEU : Service planification et études urbaines

SSEnv : Service santé-environnement

S2D : Santé et développement durable

UIPES : Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé

VdR : Ville de Rennes

ZAC : Zone d'aménagement concerté

ZUS : Zone urbaine sensible

Introduction

Depuis la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946, la santé n'est plus entendue comme la simple absence de maladie mais comme "un état de complet bien-être, à la fois physique, mental et social" déterminé par un ensemble de facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Cette définition, positive et globale, sort la santé du seul champ sanitaire pour l'amener sur le terrain du social, de l'environnement et de l'urbain. Elle permet de considérer que l'urbanisme peut être favorable à la santé. Par ricochet, les politiques territoriales et urbaines deviennent des potentiels leviers d'action sur l'état de santé des populations.

Marginales à leurs débuts, ces notions font aujourd'hui plus largement consensus. Pourtant, intégrer ces dimensions de santé publique dans des politiques ou projets urbains semble toujours difficile à mettre en œuvre (Rydin, 2012 ; Kemm, 2013). L'enjeu se situe donc aujourd'hui dans la capacité des territoires à opérationnaliser le concept d'urbanisme favorable à la santé.

Afin de répondre à cet enjeu, l'OMS prône la conduite d'évaluations d'impacts sur la santé (EIS). Les EIS ont pour objectifs de favoriser la prise en compte systématique des problématiques de santé dans les programmes, projet et politiques publiques, d'aider les décideurs dans leur prise de décision et de favoriser la participation. C'est une méthodologie qui a pour but d'identifier les différents impacts d'un projet sur la santé des populations afin d'essayer d'en atténuer les impacts négatifs et d'en maximiser les impacts positifs. Elle s'attache également à identifier la distribution des impacts du projet au sein des populations afin que celui-ci puisse contribuer à la diminution des inégalités sociales et territoriales de santé.

Largement pratiquées à l'international, où leurs effets structurels et opérationnels sont bien documentés (Wismar et al, 2007 ; Bourcier et al, 2015 ...), les EIS n'en sont qu'à leurs débuts en France mais la démarche progresse et prend de l'importance. Preuve en est par exemple le récent appel à manifestation d'intérêt lancé en février 2016 par l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France pour des projets d'aménagement urbain ou de transport faisant la promotion d'une approche intégrée de la santé. Mais si cet intérêt croissant des acteurs locaux pour les questions d'urbanisme favorable à la santé s'est traduit par une augmentation du nombre d'EIS depuis 2013, cette augmentation paraît limitée à certaines grandes villes déjà actives en matière de santé publique (Rennes, Lille, Nantes, ...) et fait face à l'hétérogénéité des pratiques d'une EIS à l'autre. Se pose donc la question du

cadre de développement des évaluations d'impacts sur la santé en France dans les années à venir.

Le Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU), lancé en 2014 par le ministre délégué à la ville François Lamy, pourrait offrir un tel cadre. Sur le plan pratique, le NPNRU bénéficie en effet d'une assise politique interministérielle, de moyens financiers importants et d'un opérateur unique, l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), qui lui assurent un déploiement effectif sur l'ensemble du territoire national durant les dix prochaines années au-travers de plus de 200 projets. Sur le plan conceptuel, il traduit une volonté des acteurs de la politique de la ville de passer d'une logique de rénovation urbaine – très centrée sur le seul cadre de vie – à une logique de renouvellement urbain, qui se veut plus holistique et mieux articulée aux politiques d'emploi et de cohésion sociale dans le cadre des contrats de ville (Ministère de la ville, 2014). Cette nouvelle logique pourrait faciliter l'intégration des enjeux de santé aux projets du NPNRU. Sur le plan historique enfin, il est le fruit de l'évolution de la politique de la ville (Epstein, 2014), basée sur la transversalité et l'expérimentation en local, qui n'est pas sans rappeler celle de l'urbanisme favorable à la santé.

Face à l'ensemble de ces éléments plaidant en faveur d'un rapprochement entre le NPNRU et les évaluations d'impacts sur la santé, on peut finalement se poser la question: **Le renouvellement urbain représente-t-il une opportunité d'opérationnaliser l'urbanisme favorable à la santé ?**

Afin de répondre à cette question, nous étudierons dans un premier temps les évolutions convergentes de la définition de la santé et de la politique de la ville jusqu'à leur point de rencontre, le renouvellement urbain favorable à la santé. À travers l'exemple rennais, nous verrons dans un deuxième temps comment une politique de renouvellement urbain favorable à la santé peut progressivement se mettre en marche et finalement déboucher sur une EIS d'un projet inscrit au NPNRU. Nous nous attacherons enfin, dans un troisième temps, à analyser les déclinaisons opérationnelles de cette EIS, tant en termes de méthodologie que de résultats. À partir de cette analyse, nous essaierons de formuler des préconisations visant à faciliter à l'avenir l'intégration des problématiques de santé dans les opérations de renouvellement urbain du NPNRU.

I/ Vers un renouvellement urbain favorable à la santé

A) L'urbanisme et la santé

La santé ...

Qu'est-ce que "la santé" ? Voilà une question qui trotte depuis de longues années dans la tête de nombre de décideurs, chercheurs et professionnels de santé. Une question qui ne semble d'ailleurs pas trouver de réponse définitive mais, tout au plus, une réponse évolutive.

Ainsi, l'état de santé des populations a longtemps été rapporté à la seule présence ou absence de maladie. En d'autres termes, cela revenait à considérer qu'est en bonne santé celui qui n'est pas malade. Cette approche de la santé par la négative est aujourd'hui perçue comme très réductrice. Rappelons simplement qu'elle répondait aux enjeux de son contexte d'apparition hygiéniste du XIXème siècle (insalubrité urbaine et épidémies) et qu'elle s'est accompagnée d'indéniables avancées en matière d'hygiène, de vaccination, d'assainissement et d'aération du tissu urbain.

Mais au sortir des grandes épidémies de grippe espagnole et des deux guerres mondiales, les 61 états signataires de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) semblent vouloir donner une acception plus large au terme "santé". Désireux de créer une institution transnationale ayant pour objectif "d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible", ils choisissent une définition très extensive de la santé afin de fournir un vaste mandat d'action à cette institution. La notion de santé y est alors définie comme « *un état de complet bien-être, à la fois physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* ». Et de préciser ensuite que « *pouvoir bénéficier du niveau de santé le plus élevé possible est l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, de conviction politique ou de conditions économiques et sociales* ». Cet acte fondateur de l'OMS fait donc de la santé un droit fondamental de tout individu, un droit-créance de tout citoyen et un vecteur d'égalité entre êtres humains. La dimension collective y est également pensée, la santé étant considérée comme un levier de croissance économique et sociale durable pour les sociétés. Mais cette vision de la santé, certes enrichie, n'en demeure pas moins relativement statique.

Il faut alors attendre les années 80 pour voir s'imposer, sous l'impulsion de l'OMS notamment, une approche plus en mouvement de la santé. Dans la Charte d'Ottawa de 1986, la santé n'est ainsi plus "un état" mais "une ressource" et "une dynamique complexe". Une dynamique complexe car renvoyant à la combinaison de plusieurs facteurs (individuels, environnementaux et liés au système de soins) dans un espace-temps donné.

... et ses déterminants

Ces facteurs – individuels, environnementaux et liés au système de soins – qui influencent l'état de santé des individus et populations sont appelés les déterminants de santé. Le célèbre rapport Lalonde de 1974¹, pionnier en la matière, définit quatre grandes catégories de déterminants : la biologie humaine, les habitudes de vie des individus, les environnements et l'organisation du système de soins. L'étude des déterminants de santé a depuis été enrichie et ils peuvent être aujourd'hui cartographiés de la manière suivante (cf. figure 1) :

- À droite de la figure se trouvent les **caractéristiques individuelles** irréductibles qui ont un impact sur la santé comme l'âge, le sexe ou encore le patrimoine génétique. Ces caractéristiques renvoient également aux compétences personnelles et sociales des individus ainsi qu'à leurs habitudes et comportements de vie. Soient autant d'éléments sur lesquels il est possible d'agir.
- Le deuxième demi-cercle met en évidence l'influence des **milieux de vie** sur la santé. Ici, la notion de milieux de vie renvoie autant au cadre bâti et naturel dans lequel vit l'individu (eau, air, bruit, logement, accès aux équipements publics, ...) qu'à la structure familiale, sociale et professionnelle au sein de laquelle il évolue. Celle-ci peut par exemple lui fournir une aide matérielle ou un soutien psychologique.
- Le demi-cercle suivant évoque l'importance des **systèmes et programmes** sur la santé des populations. Et si l'organisation, la qualité et l'accessibilité des systèmes de santé et des services sociaux et médico-sociaux paraissent naturellement liés à l'état de santé des populations, il s'agit ici de reconnaître également les impacts sur la santé d'autres systèmes et programmes publics. Les politiques de soutien à l'emploi et à la cohésion sociale, les systèmes de transports en commun, la carte

¹ : Du nom du ministre canadien de la santé et du bien-être de l'époque, Marc Lalonde, ce rapport traite des nouvelles perspectives de la santé des canadiens.

scolaire ou encore les politiques d'urbanisme et les opérations d'aménagement sont autant de leviers d'action publique.

- Enfin le dernier demi-cercle s'attache au **contexte politique, socio-économique, culturel et environnemental** qui influence la société dans son ensemble et sur lesquelles un individu a peu de contrôle. Il peut s'agir par exemple d'une crise financière ou du changement climatique mais aussi de la gentrification des centres-villes ou encore de la métropolisation de la France.

Carte de la santé et de ses déterminants

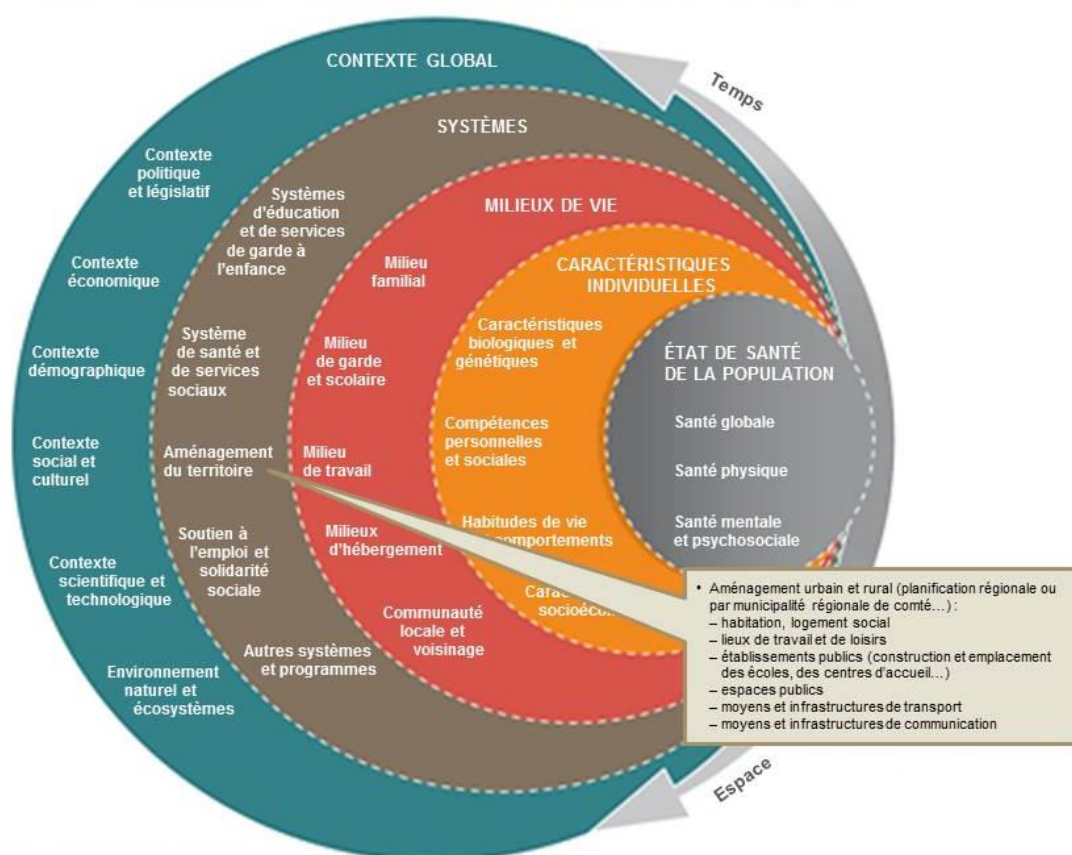


Figure 1: La santé et ses déterminants (ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012)

Ainsi, la santé ne relève pas uniquement du domaine sanitaire. Une décision politique ou administrative, une mesure ou encore un projet pris dans n'importe quel domaine peut avoir des effets directs ou indirects importants sur la santé d'une population. L'aménagement et l'urbanisme, par leur dimension transversale et territorialisée, paraissent notamment pouvoir impacter l'ensemble des déterminants de santé.

Qu'est-ce que l'urbanisme ?

L'urbanisme renvoie à l'ensemble des disciplines et pratiques qui permettent la fabrique de la ville et des espaces. Multiplicité et diversité y sont les deux maîtres mots, que ce soit en termes d'échelles d'intervention (international, national, régional, métropolitain, local, ...), d'acteurs impliqués (élus, État, collectivités, services, bureaux d'étude, ...) ou de compétences et métiers mobilisés (architecture, conception, montage financier et juridique, construction, ...). Un strict encadrement législatif et administratif des procédures (code de l'urbanisme, code des marchés publics, RNU, ...) et une grande variété des procédés et outils (SCOT, PLUI/PLU, ZAC, PA, ...) caractérisent également le champ de l'urbanisme. On y retrouve enfin, comme dans de nombreux secteurs de l'action publique, des contraintes financières de plus en plus importantes qui font face à deux spécificités de l'urbanisme que sont la temporalité longue des opérations d'aménagement (10-15 ans voire plus) et la porosité entre acteurs publics et privés.

B) L'urbanisme favorable à la santé (UFS)

Les objectifs de l'UFS

C'est donc grâce à une vision globale, multifactorielle et dynamique de la santé qu'est née explicitement l'idée que l'urbanisme pouvait être favorable à la santé.

Une idée qui renvoie autant aujourd'hui à un objet de recherche qu'à un champ d'action en expansion appelé "Urbanisme favorable à la santé". Ce champ d'action s'articule autour de trois objectifs principaux (Roué-Le Gall et Lemaire, 2016) :

- "**Réduire les polluants, nuisances et autres agents délétères** (*émissions & expositions*)". Par une politique de contrôle de l'étalement urbain, de soutien aux commerces de proximité ou encore de mise en cohérence du développement des réseaux de transport aux regards des dynamiques de la ville, l'urbanisme peut participer à la diminution des émissions de gaz à effet de serre et donc au changement climatique. Par une diminution de l'utilisation de matériaux réfléchissants et imperméables au profit de toits végétalisés ou dispositifs d'isolation phonique naturelle, les opérations d'aménagement peuvent également réduire les nuisances et diminuer les îlots de chaleur urbain (Barton et Tsourou, 2004 ; Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2010).
- "**Promouvoir des comportements favorables** à la santé des individus (*activité physique & alimentation*)". Cela passe concrètement par des aménagements de la trame viaire, de la voirie et de la signalétique ainsi que la construction et l'équipement d'espaces verts qui encouragent la pratique d'activité physique (Lee et al, 2011 ; Park et al, 2013, ...).
- "Contribuer à changer l'environnement social pour **favoriser la cohésion sociale et le bien-être** des habitants (*espaces publics*)". En créant des lieux de socialisation accessibles à tous et en assurant la mixité fonctionnelle des espaces (commerces, logements, locaux artisanaux et associatifs, ...), l'urbanisme peut par exemple être un catalyseur de relations et fournir les conditions nécessaires d'une vie de quartier riche en liens sociaux (HCN et al, 2002 ; HCN, 2004, ...).

Grâce à ces trois objectifs principaux, qui renvoient à des actions sur les différents déterminants de santé, on retrouve dans l'UFS une volonté de corriger les inégalités sociales et territoriales de santé et de construire des projets adaptables à l'évolution des environnements et des modes de vie.

L'UFS hier ...

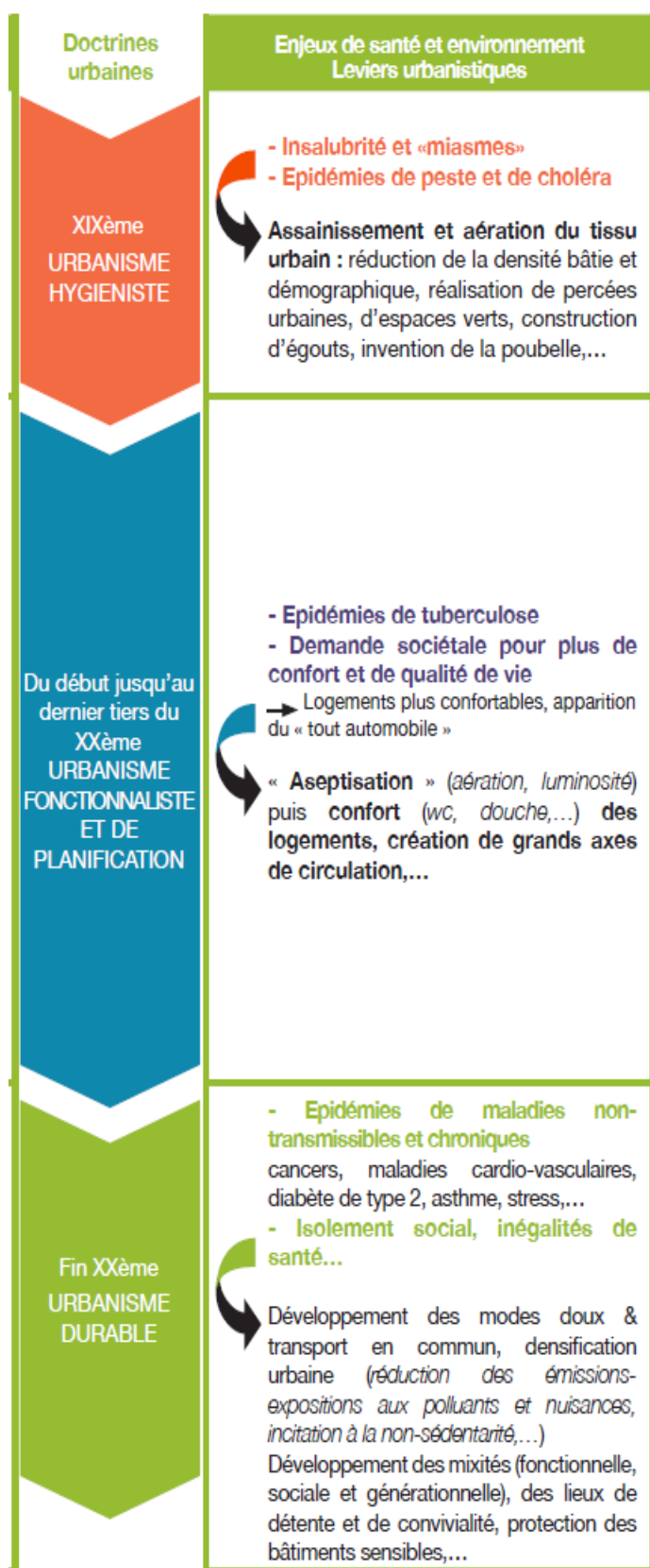


Figure 2 : Évolution des leviers urbanistiques au regard des enjeux de santé-environnement (Roué-Le Gall A. et Le Gall J., 2013)

Si "l'urbanisme favorable à la santé" n'est apparu que récemment en tant que concept et objet de recherche, les liens entre urbanisme et santé sont eux très anciens (Roué-Le Gall A. et Le Gall J., 2013). Des leviers urbanistiques sont ainsi utilisés depuis le XIXème siècle pour répondre à des enjeux de santé-environnement (cf. figure 2).

L'urbanisme hygiéniste et ses déclinaisons opérationnelles – assainissement et aération du tissu urbain par la percées d'avenues, réduction de la densité du bâti et construction d'égout notamment – répondait ainsi aux problématiques d'insalubrité et d'épidémies de peste et de choléra de l'époque. La transition vers des épidémies de tuberculose au début du XXème siècle, ainsi que l'émergence d'une demande sociétale pour plus de confort et de qualité de vie ont quant à elles contribué au passage à un **urbanisme fonctionnaliste et de planification** basé sur la construction de grands ensembles de logements aseptisés puis standardisés et reliés par d'importants axes routiers.

... et aujourd'hui

L'urbanisme favorable à la santé d'aujourd'hui s'inscrit donc dans une longue lignée historique mais il répond à un contexte renouvelé. Dans un souci de synthèse, l'analyse du macro-environnement de l'UFS a été réalisée via l'outil PESTEL, adapté pour l'occasion (cf. figure 3).



Figure 3 : Analyse du macro-environnement de l'urbanisme favorable à la santé : outil PESTEL adapté

Ce qui ressort de cette analyse est que les différents éléments de contexte actuels créent une véritable fenêtre d'opportunité pour l'urbanisme favorable à la santé. De plus en plus soutenu sur le plan politique et académique, l'UFS traite des enjeux sanitaires, sociaux et environnementaux croissants et se place à une échelle territoriale qui paraît de plus en plus adaptée pour y répondre. Le travail des acteurs de l'UFS n'est donc plus principalement dans la formalisation de concepts et d'arguments scientifiques les soutenant. Il s'agit désormais de **diffuser une culture commune et des compétences autour de l'UFS** ainsi que de **pérenniser et opérationnaliser l'UFS**.

Pour se faire, ils peuvent s'appuyer sur quatre principaux types d'outils :

- **Les colloques, guides, plaidoyers et formations.** L'École des hautes études en santé publique (EHESP), en partenariat avec la Direction générale de la santé (DGS), a notamment produit en 2014 le guide *Agir pour un urbanisme favorable à la santé*². À l'attention principale des agences régionales de santé (ARS), ce guide a vocation à

² : Guide disponible en ligne : <http://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>

les aider dans la formulation de leurs avis sanitaires sur les projets d'aménagement et documents d'urbanisme. Il s'accompagne de sessions de formation proposées par l'EHESP. En parallèle de ces guides et formations, l'EHESP complète son activité par des publications. Quand il s'agit d'articles dans des revues scientifiques, l'objectif principal est la production de connaissances et donc, *in fine*, la légitimation du champ d'intervention. Quand il s'agit de participation à des documents à diffusion large ou à des dossiers de revues spécialisées, cela relève plus du travail d'acculturation des décideurs politiques et des acteurs de la santé publique et de l'urbanisme. Aux côtés de l'EHESP, on y retrouve généralement le réseau français des villes-santé de l'OMS (RFVS) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). Le dossier "Urbanisme et aménagements favorables à la santé" paru en décembre 2015 dans le n°34 de *La santé en action*³, la revue trimestrielle de l'INPES, témoigne le mieux de ce travail collaboratif de valorisation de pratiques et de diffusion de connaissances. Un travail qui nécessite, enfin, la formalisation de partenariats. Le réseau Bretagne urbanisme-santé (R'BUS) – qui regroupe la Ville de Rennes et Rennes Métropole, l'association S2D, l'AUDIAR et l'ARS Bretagne – a ainsi été créé en 2013. Premier du genre, ce réseau a déjà à son actif la publication d'un plaidoyer pour l'UFS et l'organisation de journées régionales sur ce thème en 2014. En matière de colloques, signalons également le 5^{ème} congrès national de la société française santé-environnement (SFSE) organisé en 2014 sur le thème "urbanisme et santé" ou plus récemment la journée d'étude "Promouvoir le bien-être, la santé et le vivre ensemble par l'aménagement des territoires". Organisée le 8 mars 2016 à Rennes par l'Instance régionale d'éducation et de promotion pour la santé (IREPS), cette journée cherchait à renforcer le dialogue entre chercheurs, décideurs politiques et urbanistes et services techniques associés.

- **Les documents réglementaires et contractuels de santé et d'urbanisme.** En matière de santé publique, il s'agit notamment des plans régionaux santé-environnement (PRSE) et des contrats locaux de santé (CLS). À titre d'exemple, le 6^{ème} axe stratégique du CLS passé entre la Ville de Rennes et l'ARS Bretagne concerne la promotion "d'un environnement urbain favorable à la santé", avec des actions portant principalement sur l'habitat insalubre et la qualité de l'air intérieur. Les PRSE 3, en cours d'élaboration dans les régions, pourraient porter de telles problématiques. En matière d'urbanisme, les principaux documents de planification concernés sont les schémas de cohérence territoriale (SCoT) et les plans locaux d'urbanisme (PLU). Plusieurs territoires sont ainsi en train de faire du passage de

³ : Dossier disponible en ligne : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-434.pdf>

leur PLU à l'échelle intercommunale une opportunité d'intégrer des problématiques de santé dans ce document d'urbanisme primordial pour le devenir d'un territoire puisqu'il fixe la catégorie à laquelle appartient les parcelles de ville (zone à urbaniser, zone de commerces, zone naturelle, zone agricole, etc.), ce qui leur trace des destins divergents.

- **Les évaluations d'impacts sur la santé (EIS).** Les évaluations d'impacts sur la santé (EIS) ont été définies en 1999 dans le Consensus de Göteborg comme « *une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger des effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé d'une population, et la distribution de ces effets au sein de la population* » (WHO, 1999). L'objectif est alors d'informer les décideurs sur la teneur des impacts potentiels de leurs projets afin de les aider dans leurs prises de décision.

C) Le renouvellement urbain favorable à la santé

L'évaluation d'impacts sur la santé (EIS) : un levier pour construire l'UFS

Définies par l'Organisation mondiale de la santé en 1999, les EIS n'ont pour autant pas attendu la fin des années 90 pour émerger dans certains cercles politiques et universitaires nationaux. L'évaluation prospective d'impacts, qui a inspiré la démarche EIS, apparaît ainsi dès les années 70 aux États-Unis et au Canada, avec la revue systématique des impacts environnementaux des décisions fédérales (NCCHPP, 2010). Cette revue, effectuée à partir de 1974 au Canada par un cabinet placé sous l'autorité du 1^{er} ministre, n'avait pas de portée prescriptive mais elle jouait bien un rôle de conseil auprès des décideurs politiques. Et des impacts environnementaux *stricto-sensu*, ces revues – probablement inspirées par le rapport Lalonde publié en cette même année 1974 au Canada – ont souvent glissé vers les impacts sur la santé telle que définie ci-avant. On voit alors apparaître, dans les années 80 puis au début des années 90, des revues d'impacts environnementaux qui ressemblent fort à des EIS sans en porter le nom. En parallèle, dès leur création en 1986, les réseaux ville-santé de l'OMS inscrivent dans leur programme d'actions la nécessité d'évaluer les impacts sur la santé de l'ensemble des politiques publiques locales. Cette inscription marque un premier pas vers le déploiement en local des concepts fondamentaux des EIS mais elle relevait plus d'un appel à acculturation que du lancement d'une démarche outillée et fut, au final, très peu suivie d'actions.

C'est donc bien au tournant du XX^{ème} siècle que les évaluations d'impacts sur la santé s'imposent sur la scène académique et institutionnelle internationale en tant que telles. Sous l'impulsion de chercheurs de l'université de Liverpool, la communauté scientifique européenne se retrouve le 16 novembre 1998 dans la capitale du Merseyside pour la première conférence internationale de l'évaluation d'impacts sur la santé. Cette conférence, suivie de près par un événement similaire organisé à Ottawa en mai 1999 par Health Canada, marque une étape importante dans le développement des EIS, celle du dialogue entre chercheurs et décideurs politiques, du partage de bonnes pratiques et de retours d'expériences (Health Education Authority, 1999). Ce premier congrès attire en effet plusieurs élus locaux et membres du parlement, qui voient dans l'EIS un potentiel outil de réductions des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS). Des inégalités qui représentent un des problèmes publics n°1 depuis la parution quelques mois plus tôt du rapport Acheson⁴ qui démontre le lien entre disparités de santé et classes sociales. L'Union Européenne et l'OMS, qui soutiennent ce rapport, y recommandent aux décideurs politiques locaux de systématiquement penser aux effets des politiques qu'ils mènent sur la santé des populations. Un an plus tard, c'est le gouvernement anglais, via son livre blanc *Saving lives: our healthier nation*, qui exhorte à son tour les élus locaux d'arrêter de faire de la santé le grand impensé des politiques urbaines (Parry et Stevens, 2003). Tant sur le plan académique que sur le plan politique, le terrain semble donc prêt pour la formalisation de la démarche EIS sur le plan international. Une formalisation qui arrive dès la fin de l'année via le consensus de Göteborg de l'OMS qui définit précisément, comme vu précédemment, ce qu'est une EIS.

Les EIS connaissent alors une forte période de développement à travers le monde, et notamment en Thaïlande, en Australie, au Canada, en Suisse et au Pays-Bas. En France, la question des inégalités sociales et territoriales de santé émerge également sur l'agenda politique. La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique a ainsi comme objectif prioritaire la diminution des disparités régionales en matière de santé. Mais la stratégie d'intervention retenue est avant tout sectorielle et aboutit au lancement de plusieurs plans nationaux thématiques. Parmi eux on retrouve le premier Plan national santé-environnement (PNSE), suivi par la Charte de l'environnement en 2005 puis par le Grenelle Environnement en 2008. Une approche sectorielle de la santé, centrée sur les risques environnementaux, paraît donc s'imposer en France sur l'approche holistique de la santé, sous-jacente aux EIS. Et à l'international, après une expansion de leur pratique

⁴ : Rapport disponible en ligne à l'adresse : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/265503/ih.pdf

en début de XXI^{ème} siècle, les EIS connaissent une période de ralentissement à partir du milieu des années 2000 (cf. figure 4).

Il faudra alors atteindre la fin des années 2000 et la conjonction de trois facteurs pour que les EIS reprennent leur courbe de progression. Premièrement, sur le plan académique, les premières évaluations d'EIS concluent que cette démarche a bien une capacité d'influence des processus de décision et d'acculturation des décideurs politiques aux déterminants sociaux de la santé. La balance coûts-bénéfices des EIS apparaît, en outre, comme étant positive (O'Reilly et al, 2006 ; Wismar et al, 2007 ; Mathias K.R. et Harris-Roxas B., 2009). A ces objectivations des plus-values d'une EIS viennent s'ajouter plusieurs congrès nationaux et internationaux consacrés à cette démarche. La conférence "*Urban development and extractive industries: What can health impact assessment (HIA) offer ?*", organisée par l'association internationale d'évaluation d'impacts (IAIA) et l'OMS le 7 avril 2010, a un retentissement particulier. Elle marque en effet un des temps forts de la journée mondiale de la santé, dédiée cette année-là à la santé urbaine sous le slogan "*1000 villes – 1000 vies*". Quelques mois plus tard, c'est sur un autre sujet – celui du mal-logement – que la communauté scientifique se mobilise et en appelle au développement de l'évaluation des impacts sur la santé. Le signal d'alerte lancé en octobre 2010 par 40 experts réunis par l'OMS pointe ainsi la nécessité d'approfondir les connaissances sur les liens entre logement et santé ainsi que de se doter d'une méthodologie de recherche et d'action (WHO(a), 2010). Deuxièmement, sur le plan institutionnel, l'OMS et l'Union Européenne soutiennent l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques publiques, ce qui est un des objectifs principaux des EIS. Ce soutien sera explicité en 2010 dans la Déclaration d'Adélaïde, qui promeut la santé dans toutes les politiques. Après "la santé pour tous" promue par l'OMS depuis les années 80, il s'agit désormais de viser "la santé partout". Troisièmement, sur le plan politique, la fin des années 2000 est marquée par une meilleure appropriation de l'outil EIS par les décideurs locaux et leurs services. Sans doute peut-on y voir les effets de l'intégration des EIS dans les phases IV et V du programme de travail des réseaux villes-santé de l'OMS. Cette meilleure appropriation de l'EIS par les décideurs politiques et les acteurs de l'urbanisme s'explique aussi par une plus grande maturité de l'outil lui-même – en tant qu'outil au service d'une démarche – et par une évolution de doctrine dans la manière de faire de la ville. Ainsi, c'est une approche urbaine plus intégrée qui devient dominante au tournant des années 2010 (Harbuger, 2009). Basée sur l'idée que la mise en marche commune de l'ensemble des politiques publiques est nécessaire à la fabrique de la ville de demain, cette évolution est soutenue par les programmes européens URBAN et URBACT et n'est pas sans rappeler les principes de transversalité et de multidisciplinarité de l'EIS.

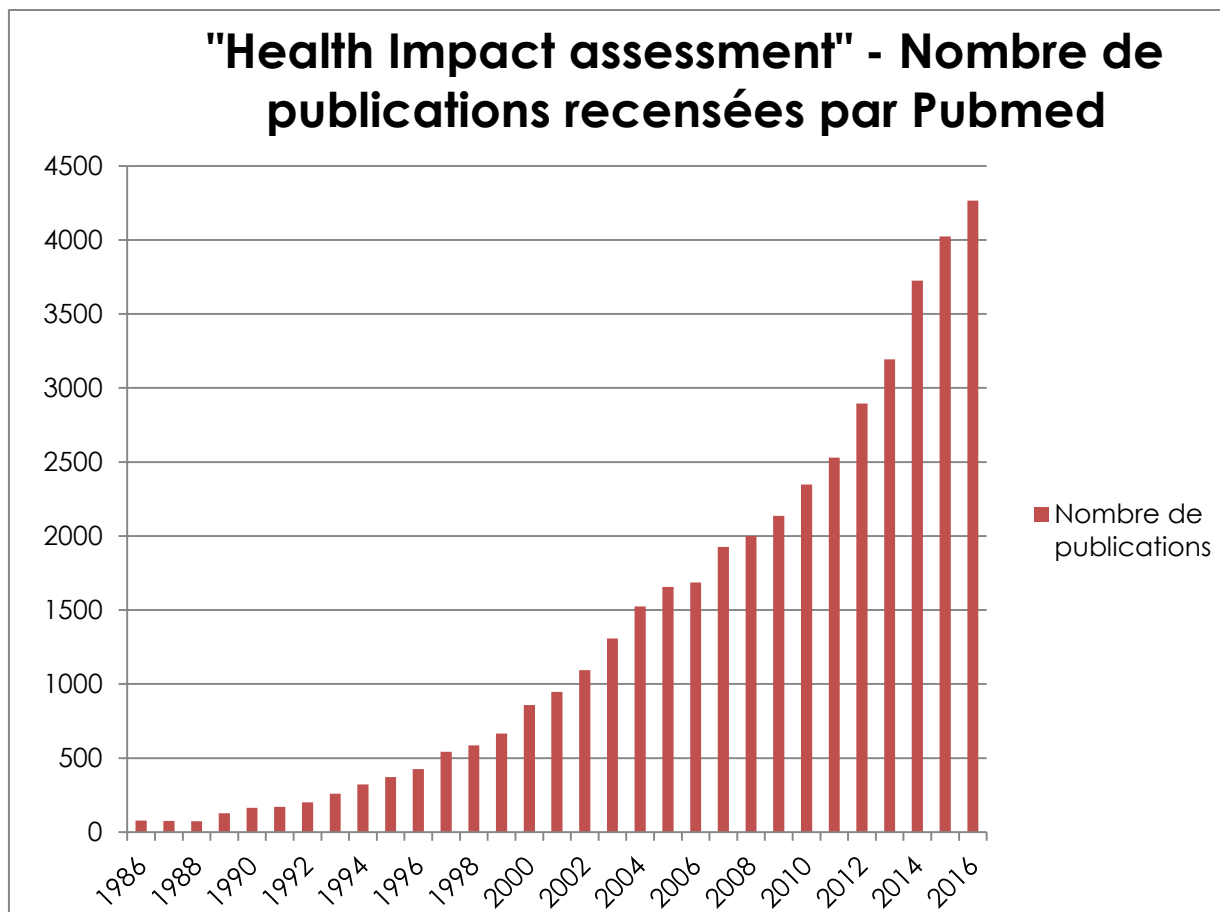


Figure 4 : Nombre de publications recensées par Pubmed sous l'entrée "Health impact assessment" par an (estimation annuelle réalisée le 22/07/16 pour 2016)

À la rencontre de "la santé dans tous les politiques" et de l'approche urbaine intégrée, les EIS connaissent donc une remise à l'agenda académique, institutionnel et politique à la fin des années 2000. Numériquement, cela se traduit par une relance de leur pratique dans plusieurs pays – aux États-Unis notamment – et par une multiplication des articles les concernant dans la littérature scientifique (cf. figure 4). En France, il s'agit plus d'une émergence que d'une relance. On assiste ainsi à la toute première EIS en 2008. Menée par la Ville de Rennes, elle concerne une crèche municipale récemment construite (on parle d'EIS rétrospective). Trois ans plus tard, une deuxième EIS est menée dans la capitale bretonne, cette fois sur un projet de construction d'une halte ferroviaire. La dynamique se diffuse ensuite sur l'ensemble du territoire national (cf. figure 5), avec notamment des EIS commanditées par l'ARS Ile-de-France et la région PACA en 2013, puis par l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) de Picardie en 2014 et par les villes de Nantes et de Villeurbanne en 2015. Aujourd'hui, des acteurs tels que l'EHESP, l'INPES, l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) ou l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) manifestent leur intérêt pour la démarche, que ce soit par la publication d'articles dans des revues

spécialisées ou par le lancement d'appels à manifestation d'intérêt, et plusieurs EIS sont en cours ou en phase de lancement (Bruges, Lille, Strasbourg, Rennes, ...).

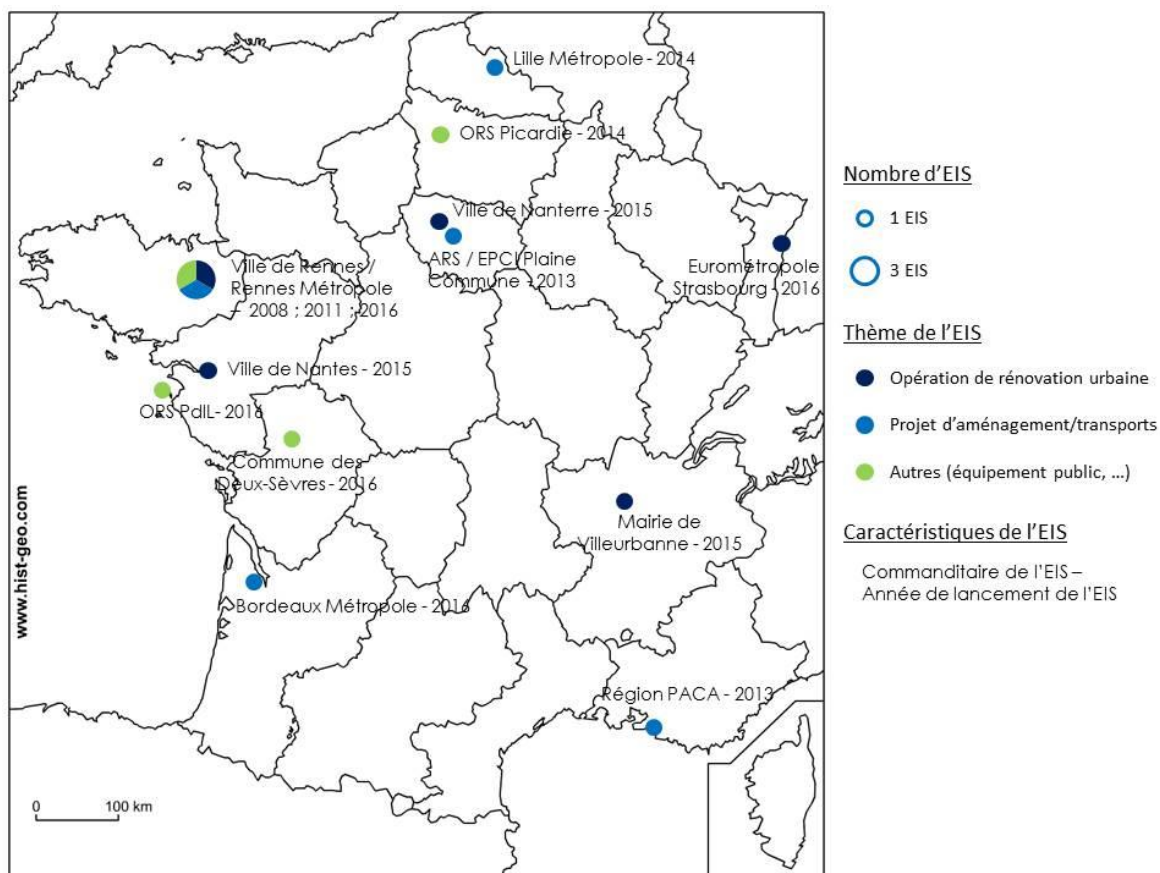


Figure 5 : Panorama des EIS menées en France depuis 2008

Notons que la plupart des EIS menées en France depuis 2008 concernaient des projets d'aménagement, d'urbanisme ou de transports. Et malgré une légère diversification des thèmes des EIS françaises en 2016 – avec par exemple une démarche conduite en Pays-de-la-Loire sur le plan d'action de prévention des inondations de l'île de Noirmoutier – leur concentration sur des projets d'infrastructures de transports et des opérations d'urbanisme ne se dément pas aujourd'hui (cf. figure 6). On note même depuis 2015 une spécialisation des EIS sur les opérations de renouvellement urbain (cf. figure 5), Celles-ci semblent donc être des terrains privilégiés pour les EIS aujourd'hui en France, favorisant par-là l'opérationnalisation du concept d'urbanisme favorable à la santé. Mais pourquoi ?

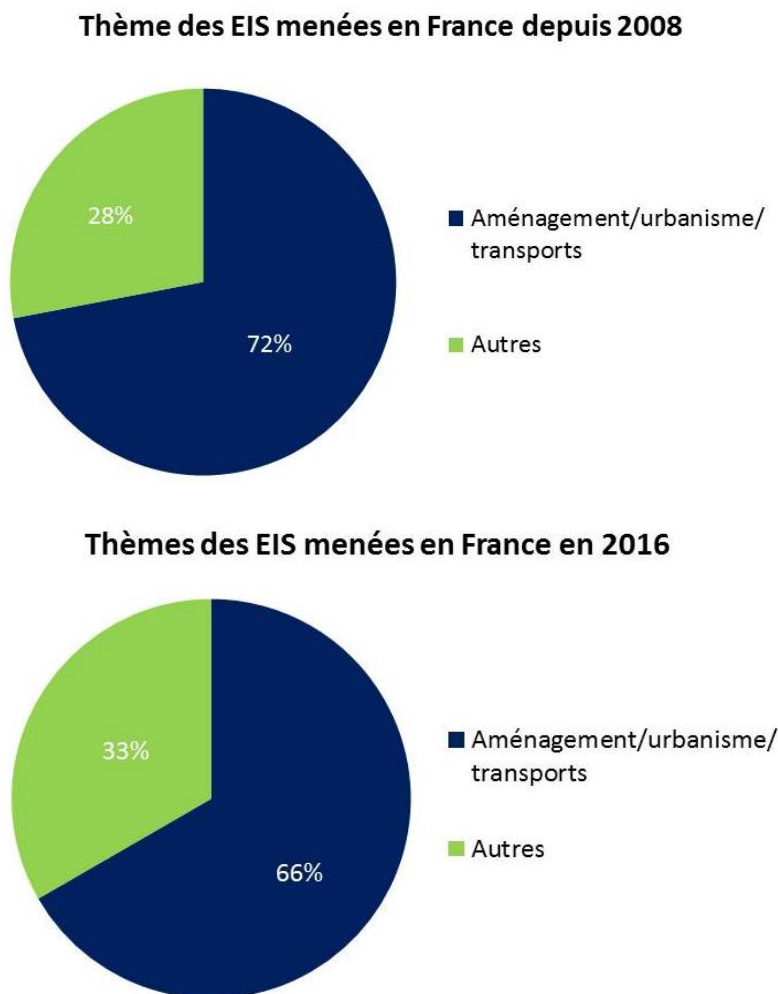


Figure 6 : Répartition des différents thèmes des EIS menées en France

Les opérations de renouvellement urbain : des terrains privilégiés pour les EIS

Afin d'expliquer la récente concentration des évaluations d'impacts sur la santé (EIS) sur les opérations de renouvellement urbain des quartiers prioritaires, nous avancerons trois principales raisons. Nous évoquerons dans un premier temps la proximité qui existe entre les principes-clefs des EIS et ceux de la politique de la ville, dont sont issues les projets de restructuration urbaine des quartiers prioritaires. Nous mettrons ensuite en avant le fait que les plus-values de la démarche EIS sont maximisées sur ces terrains-là. Nous verrons enfin que les moyens associés à ces opérations de renouvellement urbain, *via* le NPNRU, facilitent également le déploiement des EIS.

Quand on étudie les principes-clefs de la démarche EIS, leur similarité avec les valeurs historiques de la politique de la ville apparaît tout de suite. Communs au développement durable et à la promotion de la santé, ces principes forment le socle de toute évaluation d'impacts sur la santé et font l'unicité de la démarche EIS. Quatre d'entre eux relèvent du domaine des valeurs :

- **Équité et égalité** : Les EIS ne se limitent pas à évaluer les impacts positifs et négatifs d'un projet. Elles s'attachent également à analyser la répartition de ces impacts au sein des populations, avec une attention particulière portée aux publics les plus vulnérables (personnes âgées, jeunes enfants, personnes à mobilité réduite, ...). L'objectif est alors de prendre en compte ces possibles impacts différenciés afin de construire des politiques plus équitables. En agissant sur l'ensemble des déterminants de santé, y compris les déterminants environnementaux et structurels, l'objectif est également de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.
- **Approche intersectorielle, multidisciplinaire et partenariat** : Un des principaux objectifs du lancement d'une EIS est d'ouvrir le champ de la santé publique à des acteurs qui n'en font traditionnellement pas partie (aménageurs, urbanistes, ...).
- **Participation, transparence et démocratie** : Une EIS est une démarche qui se veut ouverte à l'ensemble des parties prenantes du projet accompagné (décideurs, opérateurs, habitants, ...). La réussite de l'évaluation, et plus globalement du projet, repose sur la participation de toutes ces parties prenantes.
- **Utilisation éthique de données probantes** : Les données sélectionnées doivent avoir été recueillies avec rigueur et leur utilisation doit être uniquement fondée sur des disciplines et méthodologies scientifiques et non sur des intérêts particuliers.

Les deux derniers principes sont d'ordre méthodologique :

- **L'EIS adopte une approche holistique de la santé.** Elle analyse des politiques et projets au regard de l'ensemble des déterminants de santé.
- **L'EIS intègre tous types de données et sources d'information, sans les hiérarchiser.** C'est une démarche qui se veut au carrefour de plusieurs types d'expertise, qu'il s'agisse des données probantes de la littérature, des points de vue d'experts et de professionnels recueillis en entretiens ou de la parole d'habitants recueillie lors d'observations de terrain.

Or, on retrouve les valeurs de transversalité, de multidisciplinarité, d'expérimentation et de participation à l'origine même de la politique de la ville. En effet, quand celle-ci émerge au

début des années 70 suite à plusieurs incidents intervenus dans les quartiers de grands ensembles construits dans l'urgence de l'après-guerre, il s'agit d'abord d'expérimentations locales basées sur le partenariat entre Etat et acteurs locaux, sur la participation des habitants et sur une action à la fois urbaine (via des premières réhabilitations) et sociale (via des financements pour des actions d'animation pendant l'été puis de développement social des quartiers pendant toute l'année). Mais quand l'Etat va institutionnaliser la politique de la ville dans les années 90 via la création de crédits spécifiques et d'un zonage des quartiers en bénéficiant, ces principes vont perdre de leur importance. La tentative de faire de la politique de la ville une politique interministérielle – une nécessité pour construire une action publique réellement partenariale et transversale – va par exemple aboutir à la multiplicité des programmes ministériels et *in fine* à la mise en concurrence des ministères (Epstein, 2014). Le tournant de la rénovation urbaine pris en 2003 avec la création de l'Agence nationale de la rénovation urbaine (ANRU) et son Programme national de rénovation urbaine (PNRU) ne va faire qu'accentuer cette distanciation vis-à-vis des valeurs d'origine de la politique de la ville. L'accent est avant tout mis sur le développement de projets urbains pour les quartiers prioritaires, sans systématiquement y associer de projet d'accompagnement social. Après une décennie de critiques relatives à ce découplage entre les interventions sur l'urbain et les interventions sur l'humain, le passage au NPNU en 2015 doit alors être envisagé comme un important changement sur le plan conceptuel (Kirszbaum, 2014). Il traduit en effet une volonté des acteurs de la politique de la ville de passer d'une logique de rénovation urbaine – très centrée sur le seul cadre de vie – à une logique de renouvellement urbain, qui se veut plus holistique et mieux articulée aux politiques d'emploi et de cohésion sociale dans le cadre des contrats de ville (Ministère de la ville, 2014). Cette nouvelle logique facilite l'intégration des enjeux de santé aux projets du NPNRU. L'ANRU soutient ainsi explicitement le déploiement d'EIS sur ses opérations du NPNRU dans le but de construire un développement urbain intégré et durable (ANRU, 2016).

Au-delà des principes-clefs de l'EIS, proches des valeurs de la politique de la ville, les plus-values des EIS expliquent également pourquoi la plupart des EIS se concentrent aujourd'hui en France sur des opérations de renouvellement urbain. Ces plus-values, aussi bien structurelles qu'opérationnelles, peuvent être classées en quatre catégories (Wismar et al. 2007 ; Bourcier et al. 2015) :

- Sensibilisation des décideurs politiques et acteurs de l'urbanisme aux effets de leurs actions en termes de santé publique et gains en transversalité (outil d'acculturation de l'environnement décisionnel)

- Amélioration des processus et niveau d'information des décisions (outil d'aide à la décision)
- Prise en compte de certaines recommandations opérationnelles dans des projets d'aménagement (création de jardins partagés en pied d'immeuble avec accès par navette ; construction de mobilier urbain adaptés aux seniors ; création de signalétique et parcours pour la marche et la course à pied ; réorientation des prises d'air et emplacement des parkings dans un projet d'école ; utilisation d'essences non allergisantes et non-attractives des nuisibles ; ...).
- Construction d'une expertise valorisable et diffusable

La démarche EIS aurait donc des bénéfices pour les populations impactées par les projets évalués ainsi que pour les décideurs et pour les acteurs de la santé. Et par ces différentes plus-values elle permettrait, *in fine*, la construction de politiques et projets plus susceptibles de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Or, les quartiers prioritaires de la politique de la ville sont particulièrement marqués par ces problématiques d'inégalités en matière de santé (ONZUS, 2015). Amorcer des démarches EIS sur les opérations de renouvellement urbain du NPNRU, qui touche ces quartiers prioritaires, apparaît donc particulièrement pertinent. Cette pertinence a dû contribuer au lancement de plusieurs EIS par des élus locaux.

Enfin sur le plan pratique, le NPNRU bénéficie en d'une assise politique interministérielle, de moyens financiers importants et d'un opérateur unique, l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU), qui lui assurent un déploiement effectif sur l'ensemble du territoire national durant les dix prochaines années au-travers de plus de 200 projets. Ces moyens financiers, humains et politiques permettent aux EIS de trouver un terrain d'expression unifié et cadré, qui se complète bien avec la flexibilité qui caractérise la démarche EIS. L'EIS est en effet un outil flexible qui s'adapte à chaque projet et ses objectifs, à chaque territoire et son histoire, à chaque collectivité et sa configuration d'acteurs.

La variable la plus importante d'une EIS est sa temporalité. Une EIS peut être :

- **Prospective**, si elle est entreprise avant la mise en œuvre de la mesure ou du projet,
- **Concomitante**, si elle est réalisée en même temps que la mise en œuvre du projet,
- **Rétrospective**, si elle est appliquée après la réalisation du projet.

Vient ensuite la question de la profondeur. Le type d'évaluation engagé pour réaliser l'EIS sur un projet va dépendre de plusieurs facteurs (INPES, 2015) : les ressources humaines

et financières, les compétences, les données, les informations, l'envergure du projet et enfin le temps dont on dispose pour la réaliser. Les types d'évaluations qui en découlent seront qualifiés d'EIS **rapide** (quelques semaines), **intermédiaire** (3 à 6 mois) ou **approfondie** (entre 6 et 12 mois).

Le niveau de participation des habitants et partenaires concernés par le projet évalué peut également varier d'une EIS à une autre. Il existe quatre grands types d'EIS en matière de participation (Kemmer, 2013) :

- **Les EIS non participatives.** Elles sont à l'initiative des décideurs politiques et menées par un opérateur interne ou externe. et ne sont ni co-constituées, ni discutées ni présentées aux habitants et partenaires concernés.
- **Les EIS consultatives.** Elles sont à l'initiative des décideurs politiques et menées par un opérateur interne ou externe mais elles sont présentées aux habitants et partenaires et font l'objet d'une discussion. Les points issus de cette discussion peuvent être pris en compte par les opérateurs et commanditaires de l'EIS.
- **Les EIS participatives.** Elles sont à l'initiative des décideurs politiques mais elles sont coconstruites avec les habitants et partenaires. Les points issus des discussions et rencontres doivent être pris en compte par les opérateurs et commanditaires de l'EIS et rediscutés puis validés par l'ensemble des parties prenantes.
- **Les EIS à base communautaire.** Dans ce cas, ce sont les habitants qui sont à l'initiative de l'évaluation, qui la portent et qui en présentent les résultats aux décideurs.

Arrive enfin la question des finalités de l'EIS. Les EIS ne sont pas réglementaires en France aujourd'hui. Dans la grande majorité des cas, elles sont donc réalisées dans une double finalité : **aider à la décision** et **constituer un plaidoyer** pour un urbanisme favorable à la santé.

On vient de le voir, c'est finalement le progressif changement de définition de la santé qui a permis de considérer que l'urbanisme pouvait être favorable à la santé. Mais malgré un large consensus autour du concept d'urbanisme favorable à la santé (UFS), la difficulté de son opérationnalité demeure. Plusieurs outils ont alors été développés par les acteurs de l'UFS, en tête desquels figurent les évaluations d'impacts sur la santé. Et aujourd'hui, on assiste à un mouvement de spécialisation en France des EIS sur les opérations de renouvellement urbain, et notamment celles inscrites au NPNRU. Il faut dire que les EIS et la politique de la ville partagent plusieurs de leurs principes-clefs, que les quartiers prioritaires permettent de maximiser les plus-values de la démarche EIS et que les moyens humains, financiers et politiques de l'ANU assurent un cadre unifié aux EIS tout en permettant à la démarche d'exprimer toute sa flexibilité. En facilitant le déploiement des EIS sur le territoire national dans les années à venir, le renouvellement urbain représente donc une réelle opportunité d'opérationnaliser l'urbanisme favorable à la santé en France aujourd'hui. Ce faisant, c'est finalement un renouvellement urbain favorable à la santé qui est en train de se construire.

Mais comment, concrètement, ce renouvellement urbain favorable à la santé peut-il se construire sur un terrain donné ? Afin de répondre à cette question, penchons-nous désormais sur le cas de Rennes, souvent cité en exemple puisque c'est dans la capitale bretonne que fut conduite la première EIS de France, en 2008.

II/ La mise en marche du renouvellement urbain favorable à la santé à Rennes

A) L'urbanisme et la santé à Rennes

De la fondation gallo-romaine à la "ville-garnison"

Rennes n'a pas toujours été Rennes. Fondée au III^{ème} siècle avant JC par les Riedones, le peuple celte qui occupait à cette époque la partie Orientale de l'Armorique, la "ville" s'appelle alors *Condate Riedonum*. Située à la confluence de l'Ille et de la Vilaine⁵, la ville ne se développe réellement qu'après la conquête romaine en -51 avant JC, profitant de sa situation géographique qui en fait la porte d'entrée sur l'Armorique et le carrefour des échanges entre cités voisines. Mais la crise qui secoue l'Empire romain d'Occident dès le IV^{ème} siècle de notre ère n'épargne pas la ville et la menace d'invasions barbares au V^{ème} siècle aboutit à la construction d'une enceinte, qui marque les limites de la ville et réduit drastiquement sa taille (cf. partie rouge de l'image 1 de la figure 7). A la chute de l'Empire, la ville devient un poste de frontière du royaume des Armoricains, avant de passer sous le contrôle des Francs en 753 puis de devenir une des principales villes du nouveau Royaume de Bretagne en 851. Cette instabilité politique, couplée à la faiblesse du diocèse local et l'absence de place-forte militaire, limite le développement de Rennes durant le Haut Moyen-Âge. Il faut alors attendre le XI^{ème} siècle et l'affirmation du Duché de Bretagne pour voir apparaître les premiers faubourgs et édifices religieux par-delà les remparts. Les prémices d'une classe marchande et d'une administration centralisée sont posées à cette époque, la maison de Rennes dirigeant dans un premier temps le Duché de Bretagne avant de le perdre au profit de la maison de Cornouaille. Mais la ville n'en reste pas moins une place centrale du Duché, abritant notamment les assemblées et le couronnement des Ducs. La guerre de succession de Bretagne au XIV^{ème} siècle vient alors mettre un frein à l'expansion de Rennes, et ce jusqu'à la signature du traité de Paix de Guérande en 1365. Le victorieux, Jean de Montfort, fait en effet de Rennes l'une des capitales de la Bretagne (avec Nantes et Vannes) et y installe une partie des institutions

⁵ : *Condate* est le toponyme latin d'origine gauloise qui décrit la confluence de deux cours d'eau. De nombreux lieux sont alors dénommés *Condate* à l'époque gallo-romaine et plus de 50 communes françaises portent aujourd'hui un nom issu de cette racine (Cognac en Charente, Condat dans le Lot, Condé-sur-Vire dans la Manche, Condes dans le Jura, Candé dans le Maine-et-Loire, ...).

du duché. Ces décisions permettent l'émergence d'une bourgeoisie marchande locale qui va progressivement acquérir un rôle décisionnel dans la gestion des affaires de la ville. Un conseil d'élus et un poste de procureur des bourgeois, préfigurateurs du conseil municipal et du maire, sont ainsi créés en 1418 et plusieurs notables locaux, tous acquis à la cause des Montfort, s'y succèdent. Devenu un centre politique et économique de premier plan dans l'Ouest, la ville attire de nombreux paysans bretons et des normands fuyants les ravages de la guerre de Cent Ans. C'est dans ce contexte de dynamisme économique et démographique que le duc Jean V décide en 1421 de faire étendre les remparts de la ville. Deux nouvelles enceintes sont ainsi construites en 1421 et 1448. Elles intègrent la majorité des faubourgs commerciaux et artisanaux ainsi que des édifices religieux jusque-là situés en-dehors des limites de la ville (cf. partie grise de l'image 1 de la figure7). Et si le rattachement du duché de Bretagne au Royaume de France en 1491⁶ rétrograde Rennes au rang de ville provinciale, ce changement de statut administratif n'affecte pas la prospérité de la ville au cours des XVIème et XVIIème siècles. En revanche, le terrible incendie de 1720 va lui ravager Rennes et imposer sa reconstruction selon le principe d'ordonnement cher aux architectes royaux. Le centre-ville actuel porte les marques de cette riche histoire : y cohabitent les vestiges des différents remparts (notamment autour des Portes Mordelaises), les rues courbées et maisons à pans de bois du Moyen-Âge ayant survécu à l'incendie et les immeubles en pierre et rues perpendiculaires de la ville neuve dessinée par l'architecte royal Gabriel. Il nous rappelle également l'absence de politique de prévention et de gestion des catastrophes naturelles sous l'Ancien Régime. La ville fait pourtant face à nombreux incendies et inondations au cours du XVIIème et XVIIIème siècles, notamment dans sa partie sud. Des inondations qui causent de lourds dégâts matériels et humains au moment des crues et décrues de la Vilaine mais également sur le long-terme. L'eau, de mauvaise qualité, est en effet source de nombreuses maladies chez les populations régulièrement exposées. Les premières analyses de la qualité de l'eau dont on ait retrouvé les résultats, et qui remontent à 1729 (Archives de Rennes, 2013), démontrent que la municipalité était consciente des risques sanitaires pour les rennais. Mais cela ne constituait pas une priorité publique à l'époque, et ce aussi bien au niveau central qu'au niveau local.

Suite à l'incendie, la reconstruction du bourg central limite le développement de la ville à l'extérieur des enceintes. Le principal changement qui s'y effectue est l'évolution de fonction des "enclos" religieux restés en dehors des remparts. Car si certains demeurent

⁶ : Le rattachement des ducs de Bretagne aux rois de France, scellé par le mariage d'Anne de Bretagne au roi Charles VIII de France, fait suite à la défaite bretonne lors de la bataille de Saint-Aubin du Cormier et au siège de Rennes par les troupes royales. La fin de la guerre folle et de la Bretagne indépendante s'est donc jouée à Rennes et non à Nantes.

des abbayes, couvents et hôpitaux, d'autres deviennent des casernes et accueillent des activités militaires (couvent des Jacobins, Colombier, Arsenal, ...). Une "ville-garnison", marquée par cette expansion limitée à quelques îlots de grande qualité architecturale et paysagère, se dessine alors au XVIII^{ème} siècle (cf. image 2 de la figure 7).

De la domestication de l'eau à la "petite-grande ville"

Ce n'est qu'au siècle suivant qu'une urbanisation continue viendra raccrocher ses bouts de ville éparpillés au cœur d'agglomération. Ce processus d'urbanisation est dans un premier temps permis par la canalisation de la Vilaine, la construction du canal d'Ille et Rance et l'assèchement de quartiers marécageux à partir de 1841. Cette "domestication de l'eau" réduit l'exposition de la ville basse aux maladies et à l'insalubrité liées aux inondations et offre à Rennes des perspectives d'extension urbaine en dehors des remparts, principalement vers le sud. Cette expansion va se faire le long de grands boulevards percés sur les tracés d'anciens cours d'eau (boulevard de la Liberté par exemple) et va épargner plusieurs poumons verts et bleus de la ville. On mesure alors la volonté des ingénieurs et décideurs politiques de dessiner un tissu urbain aéré afin de lutter contre l'insalubrité et la propagation d'épidémies. Ce sont les prémices de l'urbanisme hygiéniste à Rennes. Dans un deuxième temps, ce sont l'arrivée du chemin de fer en 1857 et la subséquente industrialisation de la ville qui vont favoriser son urbanisation. Ce développement urbain est toujours dirigé vers le Sud, l'implantation de la gare attirant la polarité de la ville dans cette direction (cf. image 3). Mais le tracé de la voie ferrée, qui vient couper des liaisons Nord/Sud historiques telles que la rue de Nantes, fait du chemin de fer un obstacle plus qu'un trait d'union. Malgré une topographie urbaine encore plate, le sentiment de coupure entre la partie Nord et la partie Sud de la ville apparaît alors. Une problématique que l'on retrouve encore aujourd'hui et que le projet de nouvelle gare LGV, actuellement en chantier, vise à atténuer.

En cette seconde moitié de XIX^{ème} siècle, la ville devient donc un nœud fluvial et ferroviaire. En se dotant d'équipements structurants tels que le palais universitaire (1855), le nouvel hôpital-dieu (1855), la prison (1876), ou encore le tramway (1897), Rennes s'affirme également en tant que capitale régionale centralisant des fonctions administratives, commerciales et judiciaires. La fusion institutionnelle des facultés de lettres, sciences, droit et médecine en 1896, qui crée l'Université de Rennes, assoit quant à elle la situation privilégiée de la capitale bretonne au sein du paysage académique national. Au tournant des années 1900, l'institution rennaise, seule université du grand Ouest, est ainsi la 5^{ème} plus grande de France en nombre d'étudiants et d'ouvrages.

Avec son commerce et son industrie, avec son université et ses équipements, avec son tramway et ses canaux, Rennes acquiert à cette époque de nombreux vecteurs d'attractivité caractéristiques d'une grande ville. Après 150 ans de stabilité démographique, la ville voit alors sa population doubler en l'espace de 60 ans, passant de 37 000 habitants en 1841 à 74 000 habitants en 1901⁷. Pour autant, ce saut quantitatif ne replace Rennes qu'au 28^{ème} rang du classement des villes de France (Ganiage, 1964), bien loin des 3,5 millions d'habitants que compte alors Paris. En outre, la surface du centre-ville, limitée par les remparts, reste très réduite (8 hectares). Haute dans la hiérarchie urbaine française, Rennes reste donc un poids léger en termes démographiques et géographiques. La première "petite grande ville" de France est née.

De l'urbanisme hygiéniste à la ville fonctionnelle

Durant la première partie du XX^{ème} siècle, Rennes continue sa croissance sur la même recette. La grande ville se dote ainsi d'équipements d'ampleur dessinés par l'architecte Emmanuel Le Ray (Palais du commerce et halles centrales dans les années 20, piscine Saint-Georges en 1926,...) et de services urbains de réseaux caractéristiques de l'urbanisme hygiéniste du début du siècle (adduction d'eau, égouts, électricité) tout en confirmant ses composantes universitaires et administratives. Sous l'impulsion de la loi du 15 février 1902, à l'origine du Code de santé publique, la municipalité va ainsi se doter d'un bureau d'hygiène municipal et d'un laboratoire d'analyse bactériologique dès septembre 1907. Ce bureau, en charge notamment du contrôle de la qualité de l'eau et de l'air, va se retrouver au centre de la politique sanitaire de la municipalité, devenue compétente en matière de salubrité de l'habitat. Il fera appliquer, dans les décennies suivantes, la politique d'assainissement de la ville et de raccordement des habitations à l'égout. La petite ville, elle, se développe vers le sud et le nord-est avec des petits quartiers pavillonnaires (quartiers Jeanne d'Arc, Maurepas et Sainte-Thérèse) construits sur d'anciennes terres agricoles mais encore très proches du centre-ville (cf. image 4 de la figure 7). Encouragés par les lois Cornudet et Loucheur de 1924 et 1928, ces quartiers prennent la forme de lotissement imbriqués et permettent à des ouvriers attirés par la ville d'accéder à des logements individuels à moindre coût.

La rupture dans le développement rennais arrive finalement avec la fin de la seconde guerre mondiale. Au sortir du conflit, la ville, qui a subi des bombardements, est partiellement détruite. Il faut trouver un nouveau toit à des milliers de personnes et les logements viennent rapidement à manquer. Sur le plan national, le constat est le même,

⁷ : Sauf mention contraire, toutes les données démographiques sont issues de la base Cassini de l'EHESS et sont disponibles à l'adresse :

http://cassini.ehess.fr/cassini/fr/html/fiche.php?select_resultat=28930

avec un besoin en logements estimé en 1948 à 4 millions de constructions⁸. Un tel déficit ne s'explique d'ailleurs pas uniquement par les destructions de guerre. Du côté de l'offre, le blocage des loyers entre 1914 et 1948 a limité le nombre de constructions dans l'entre-deux-guerres tandis que de l'autre côté, le baby-boom et les fortes migrations en direction des villes (exode rural et arrivée de main d'œuvre étrangère) ne font qu'accroître la demande de logements. Des paysans, ouvriers et immigrés commencent alors à s'entasser dans des logements insalubres et sur-occupés, dont la majorité ne dispose pas de l'eau courante ou de WC. Des taudis et des bidonvilles apparaissent même aux franges de quelques grandes villes françaises, éloignant leurs occupants du système de santé et compliquant la prévention et la lutte contre les épidémies. La crise du logement d'après-guerre n'est pas donc simplement urbaine. Elle est aussi sanitaire.

Et elle ne fait que s'amplifier dans un premier temps. Car aux lendemains de la guerre, priorité est donnée à la reconstruction des infrastructures productives (mines, usines, ...). Il faut attendre 1953 pour que la crise du logement devienne un problème politique. Ce changement est notamment dû à Eugène Claudius-Petit, ministre de la reconstruction et de l'urbanisme de 1948 à 1953. Son plan de 1950 fait du logement un fort levier d'aménagement du territoire pour l'État. Ambitieux, il ne sera suivi d'effets qu'à partir de 1953 et le plan national de reconstruction (Plan Courant). Pour la première fois, l'État y affiche un objectif de construction rapide et massive de nouveaux logements (240 000 par an). Pour répondre à cet objectif, le choix retenu est celui des grands ensembles, dont certains sont qualifiés de "cités d'urgence". Ce choix s'explique tout d'abord par les propriétés techniques des grands ensembles. Basés sur la standardisation et la préfabrication du bâti ainsi que sur des récentes avancées en matière de construction (maîtrise du béton aggloméré et du chemin de grue), ils permettent une livraison de logements massive, rapide et à bas coût. L'administration centrale, alors principalement dirigée par des ingénieurs, y voit de son côté une opportunité de soutenir l'industrie et le progrès technique français tout en créant un débouché pour la main d'œuvre peu qualifiée. Les grandes entreprises du bâtiment et des matériaux de construction, elles, y voient un marché en expansion et garanti. Ce choix est également influencé par les principes de l'urbanisme et de l'architecture fonctionnalistes, énoncés en 1941 dans la Charte d'Athènes. Ces principes (construction en verticalité pour libérer les espaces au sol ; séparation des flux et spécialisation des espaces ; gestion de la lumière naturelle) sont portés en France par l'architecte suisse Le Corbusier, proche d'Eugène Claudius-Petit. Leur application conduit à la création de formes urbaines très hautes "posées" sur de grandes emprises libres. Ce sont les grands ensembles, marqués par une

⁸ : Mengin C, *La solution des grands ensembles*, Vingtième siècle, 1964, Paris, 1999.

indifférenciation à l'intérieur du quartier mais une forte différenciation avec l'extérieur du quartier. Ce choix renvoie enfin à une certaine utopie de "la cité" et à une envie politique de rapprocher les classes sociales par une proximité spatiale.

Quelques mois seulement après le lancement du plan Courant, les premiers grands ensembles commencent déjà à apparaître. Cette rapide mise en œuvre du plan a trois raisons principales. Premièrement, le plan est bien outillé : une loi facilitant les expropriations accélère la maîtrise du foncier nécessaire aux opérations tandis que l'instauration du 1% logement assure leur financement. Deuxièmement, l'appel de l'Abbé Pierre du 1^{er} février 1954 n'a fait qu'accentuer la demande sociale et la médiatisation de la crise du logement. Troisièmement, l'État trouve des relais locaux. Car si la conception et le déploiement du plan sur l'ensemble du territoire relèvent bien du niveau national, sa mise en œuvre concrète repose en partie sur les élus et bureaucrates locaux (on parle de logique descendante ou *top-down*). En d'autres termes, l'état-aménageur a besoin de maires-bâisseurs. Et il les trouve.

À Rennes, ce maire s'appelle Henri Fréville, élu en cette année 1953 décidément charnière. Dès son arrivée à la tête de la municipalité, ses objectifs sont clairs : il veut assainir, agrandir et moderniser la ville afin de répondre à l'urgence du logement tout en redonnant de l'attractivité au territoire. La conviction que de bonnes conditions de vie sont à la fois une obligation sanitaire et un vecteur d'attractivité urbaine, conviction que l'on retrouve aujourd'hui dans la politique d'aménagement de la métropole, est déjà présente. Henri Fréville alors en 1954 une politique d'aménagement volontariste basée sur la planification et la maîtrise foncière. Cette politique va se décliner en vastes opérations d'urbanisation au cours des années 1950 et 1960 : la cité d'urgence et les maisons-champignons de Cleunay sortent de terre, les quartiers Villejean, Maurepas et Le Blosne sont construits tandis que Bourg-L'évêque et Le Colombier sont rénovés. Au total, ce sont plus 500 hectares qui sont urbanisés en 20 ans, 24 000 logements qui sont construits et 70 000 nouveaux habitants qui sont accueillis⁹ (cf. image 5 de la figure 7) ! Avec leurs grands ensembles et leur urbanisme sur dalle, ces nouveaux quartiers rennais ressemblent à bien d'autres en France. Leur originalité réside dans leur relative proximité avec le centre-ville historique. Une proximité qui tient autant à des caractéristiques intrinsèques du territoire (une topographie linéaire, une expansion urbaine et démographique limitée ainsi qu'une disponibilité des terrains lorsque commencent les constructions) qu'à un choix politique de raccrocher ses nouveaux quartiers au tissu urbain et social existant. Un choix qui constitue aujourd'hui un héritage précieux tant la

⁹ : À titre de comparaison, la ville a gagné "seulement" 15 000 habitants sur les 40 dernières années.

fracture spatiale s'ajoute à la ségrégation sociale dans certains quartiers de grandes villes françaises et les éloigne des services et réseaux de transports.

En parallèle de ces nouvelles zones habitées se développent plusieurs zones d'activités dans les années 60 (ZA du Nord et ZA du Sud-Est). Profitant notamment de sa bonne desserte, la ville attire en effet plusieurs activités commerciales et industrielles. La plus célèbre est sans doute l'industrie automobile, qui arrive sur le territoire en 1961 avec la décision de l'État, prise dans un souci d'équilibre du territoire, d'implanter la nouvelle usine Citroën (aujourd'hui PSA) à Chartres-de-Bretagne. La construction du centre hospitalier universitaire de Rennes-Pontchaillou et des nouveaux campus de Beaulieu et Villejean ainsi que les travaux de la rocade à partir de 1967 et la délocalisation de l'EHESP à Rennes en 1966 témoignent également de cette volonté d'équiper et de moderniser les capitales régionales afin d'en faire des métropoles d'équilibre. Le but est alors de contrôler l'expansion de la région parisienne tout en renforçant l'armature urbaine française grâce au développement dans les grandes villes de province de fonctions jusque-là assumées presque exclusivement par Paris¹⁰. Rennes profite donc de ce mouvement pour renforcer ses fonctions de ville universitaire spécialisée dans l'enseignement supérieur et la recherche.

Mais la fin des années 60 et le début des années 70 ne sont pas simplement marqués par une politique d'équilibre du territoire au profit des grandes villes de province et une spécialisation des fonctions de ces villes. Cette période représente également la fin des "Trente glorieuses" et l'invention du problème des banlieues. On trouve les premiers symptômes de ce problème des banlieues – qui renvoie à une représentation négative des quartiers d'après-guerre dans les médias et la classe politique – dans "la sarcellite", expression inventée en 1962 par *Le Parisien* pour couvrir un fait-divers dramatique intervenu dans un grand ensemble de Sarcelles (Bœuf, 2015). Mais le problème ne se généralise réellement quand 1971, suite au meurtre d'un blouson noir par un patron de bar dans la cité des 4000, à la Courneuve. La presse nationale, notamment *Le Figaro* et *Le Parisien*, font leurs titres sur "le malaise des grands ensembles" (Tellier, 2007). À cette évolution de la couverture médiatique des banlieues s'ajoutent les résultats des premières études sociologiques menées dans les grands ensembles. Les problèmes de promiscuité, de bruit et d'ennui, que l'on retrouve encore aujourd'hui, y sont déjà pointés. Ces éléments

¹⁰ : Cette politique d'aménagement du territoire basée sur un principe d'équilibre a été menée par l'État, à travers la puissante Délégation à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), dans les années 60 et début 70. Son objectif initial était d'améliorer l'attractivité et la compétitivité de l'ensemble du territoire national tout en luttant contre l'hypercentralisation parisienne. Avec la crise des finances et de légitimité de l'État des années 70 puis le mouvement de décentralisation des années 80, cette politique perdra progressivement son caractère systématique et explicite. Toujours menée par la DATAR, cette politique d'équilibre du territoire se concentre aujourd'hui sur les questions de transports (routes, trains d'équilibre du territoire, ...).

de critique sont d'ailleurs présents dans la bureaucratie elle-même. Pierre Sudreau, haut fonctionnaire dans le monde de l'urbanisme et des grands travaux puis ministre de l'éducation nationale en 1962, n'évoquait-il pas la construction d'un "musée des erreurs" ?

Au tournant des années 70, on assiste donc à une évolution rapide de la position des médias, d'une partie du monde académique et de l'administration sur les grands ensembles : ce qui était jusque-là quelque-chose de positif est soudain vu comme négatif. En d'autres termes, la solution à la crise du logement de l'après-guerre devient le problème de la société de l'après-trente glorieuses. La classe politique ne va alors pas tarder à réagir et dès mars 1973, deux circulaires "relatives aux formes d'urbanisation" mettent immédiatement fin à la politique des Grands ensembles, avançant des arguments esthétiques. Les opérations les plus avancées sont menées à leur terme mais les autres sont annulées.

La ville de Rennes n'est pas directement impactée par ces annulations. La construction des quartiers de Villejean, Cleunay, Maurepas et du Blosne a commencé tôt – dès 1954 – et les chantiers sont terminés en 1973. En revanche, l'évolution de doctrine urbanistique impulsée sur le plan national se fait ressentir dans la capitale bretonne. Exit l'urbanisme fonctionnaliste et les grands ensembles, place aux lotissements de pavillons individuels et aux immeubles à la signature architecturale affirmée. Citons notamment les hautes-Ourmes, la barre Saint-Just et la tour des Horizons, toutes dessinées par l'architecte Georges Maillols. Cette dernière, inaugurée en 1970, fut d'ailleurs un des premiers immeubles d'habitation de grande hauteur de France. De son dernier étage, elle offrait alors une vue panoramique sur une ville en construction. Ce panorama, l'écrivain tchèque Milan Kundera l'a eu sous les yeux pendant plusieurs mois. Fuyant la Tchécoslovaquie soviétique en 1975, c'est en effet au 30^{ème} étage de la tour des Horizons qu'il pose ses valises. Voilà ce qu'il en dit en 1983 au journal *Libération*: "Nous sommes partis en voiture avec (ma femme) Věra, nous avons traversé des villes françaises toutes très belles, il y avait des cathédrales magnifiques, et puis nous sommes rentrés dans la première ville moche du voyage, mais vraiment moche, c'était Rennes".

Si cette citation mérite d'être prise avec légèreté, Kundera en rira par la suite et affirmera d'en d'autres écrits son attachement pour Rennes, elle nous rappelle en tout cas que le Rennes des années 70 n'offrait pas que des équipements universitaires, des services urbains et des espaces verts préservés. La ville offrait également à ses visiteurs un centre-ancien limité et en besoin de réhabilitation, des quartiers pavillonnaires à l'identité relative et une ceinture de grands ensembles.

B) L'urbanisme favorable à la santé à Rennes

Du dynamisme démographique à la ville-archipel

Ce paysage urbain va être profondément modifié dans les années 80 et 90 avec la construction de nouveaux quartiers résidentiels (Poterie, Patton, Cleunay) et de nouveaux morceaux de ville (Le Mail, Oberthur, Saint Héliier). Profitant de la démocratisation des études supérieures et du développement des administrations décentralisées, la ville voit arriver de nombreux étudiants et travailleurs. Après avoir légèrement diminuée entre 1975 et 1982, sa population reprend sa progression à partir de 1982. Se pose alors la question de l'accompagnement du développement démographique de la ville sur un plan urbain. Et très vite, le choix est fait de limiter l'étalement urbain de l'agglomération grâce à la densification de la ville-centre et la conservation de ceintures vertes et bleues autour de Rennes et des communes périphériques. Ce choix, acté dans le projet urbain de 1991 puis confirmé dans le projet urbain de 2004 et dans le Schéma de cohérence territoriale (SCoT) actuellement en vigueur, fait du territoire rennais ce qu'il est aujourd'hui : la plus grande « ville-archipel » de France (Chapuis, 2008). Rocade et terres agricoles se rencontrent ainsi directement à la sortie de la ville-centre, laissant ensuite place aux centres commerciaux, fermes et communes environnantes, îlots urbains isolés au milieu d'un océan vert. La nature conserve également sa place à l'intérieur de la ville, grâce notamment à la préemption par la municipalité des étangs d'Apigné et des prairies Saint-Martin au début des années 80. Face à l'ensemble des conséquences de ce choix de limiter l'étalement urbain, à sa tenue dans la durée par les élus locaux et à son absence d'égal en France, une question se pose alors : Pourquoi un tel choix ? Avançons ici trois éléments de réponse.

Premièrement, Rennes ne connut qu'un seul maire de 1977 à 2008, le socialiste Edmond Hervé. Or, dans la continuité de son prédécesseur Henri Fréville, Edmond Hervé semblait porter la conviction que construire une ville durable et à taille humaine est le meilleur moyen d'assurer son attractivité et sa vocation sociale. Ce fils de paysans métayers devenu ministre de la santé se plaisait ainsi à répéter : « Une ville qui n'est pas tenue est une machine à exclure » (Ville de Rennes, 2016). La longévité de son mandat de maire et sa fonction de président du district de Rennes (depuis devenu Rennes Métropole) lui donnèrent les moyens de mettre en œuvre sa conviction.

Deuxièmement, Edmond Hervé et sa majorité municipale profitèrent de plusieurs facteurs structurels favorisant leur choix de dessiner une ville-archipel. La démographie rennaise, même si elle repartit à la hausse au tournant des années 80, restait ainsi limitée par rapport aux autres métropoles d'équilibre (Lyon, Aix-Marseille, Toulouse, Bordeaux, ...) et

suivait une ascension constante plutôt qu'un soudain boom. Combinée à la disponibilité de terrains à l'intérieur de la rocade et au poids du secteur agro-alimentaire dans la région, cela limitait la pression foncière sur les terres agricoles en proximité de Rennes, ce qui facilitait leur maintien.

Troisièmement, les élus municipaux s'inscrivaient dans un système d'action local qui promouvait la maîtrise du développement urbain. Ce système d'action, toujours en vigueur aujourd'hui, se caractérisait par une gouvernance locale partagée entre des élites politiques sociales-démocrates, des élites intellectuelles de centre-gauche et des associations à forte capacité de mobilisation. De l'interaction entre ces différents acteurs résultait une priorisation politique des enjeux de qualité de vie (Sellers, 2001). Preuve en est l'histoire du projet de construction d'une infrastructure routière (2*2 voies pénétrantes) sur les prairies Saint-Martin. Porté par la municipalité dans les années 80 dans un objectif de facilitation des entrées de ville par le Nord, ce projet fit face à de fortes mobilisations menées par des associations pour la défense de l'environnement et des collectifs de riverains rapidement formés. Suite à ces mobilisations, ainsi qu'à plusieurs inondations remettant en cause la constructibilité d'une grande partie du site, le projet fut finalement abandonné en 1994, laissant place à un vaste projet de revalorisation des prairies.

Un tel système d'action n'est pas propre à Rennes. Il est plutôt, selon le sociologue et politiste Patrick Le Galès, caractéristique des villes universitaires de taille moyenne, où il produit les mêmes effets que dans la capitale bretonne. On retrouve ainsi des exemples de mobilisation citoyenne contre un grand projet d'aménagement dans des villes comme Norwich, Grenoble ou Utrecht, qui comptent toutes une population comprise entre 150 000 et 500 000 habitants et environ 50 000 étudiants. Citons également l'exemple de Fribourg, en Allemagne, dont la trajectoire prise par la ville depuis les années 60 ressemble à s'y méprendre à celle de Rennes. Dans *Le retour des villes européennes* (2002), Patrick Le Galès en parlait ainsi : « A Fribourg, par exemple, l'université joue historiquement un rôle central dans la ville tout comme l'hôpital et le tourisme. Jadis gouvernée par les conservateurs, la ville s'est donné des élites sociales démocrates associées aux Verts qui sont devenus une force importante dans les années 80. Le réseau dense d'associations s'est opposé aux grands projets et à une croissance urbaine trop forte. Tous ces groupes ont œuvré pour obtenir des rues piétonnes dans le centre-ville, des politiques de réhabilitation souples, des formes de développement urbain soucieuses de l'environnement, du développement durable, des transports en commun, des économies d'énergie, du maintien des places et du développement des pistes cyclables. » Remplaçons « Fribourg » par « Rennes » et nous avons là une description pertinente de la destinée urbaine de la plus grande ville bretonne depuis 1980.

Au final, le choix de faire de Rennes une ville-archipel durable serait donc la résultante d'une volonté du maire de l'époque, de facteurs structurels favorables et d'un système d'action local caractéristique des villes universitaires de taille moyenne. Un système d'action qui promeut l'intégration des problématiques de qualité de vie et des milieux dans le développement urbain.

De la ville-santé à la ville favorable à la santé

Ce n'est alors pas un hasard si Rennes s'engage dès 1987 dans le réseau des villes-santé de l'OMS, dont l'objectif est la promotion d'une action locale sur les différents déterminants de santé afin d'améliorer les conditions de vie des populations urbaines.

Suite à cet engagement, on voit peu à peu des actions de santé publique se développer au-delà des compétences réglementaires de la municipalité en matière d'hygiène et de salubrité. Mais ces actions, principalement dans le domaine de la prévention des conduites à risques chez les jeunes, restent isolées et éparpillées dans les années 90.

Il faut alors attendre la phase IV des villes-santé OMS (2003-2008) pour voir la Ville de Rennes commencer à porter une politique de santé publique volontariste et structurée. Et cette politique, s'inscrivant dans un contexte local de promotion d'un urbanisme durable, va rapidement faire de l'urbanisme favorable à la santé un de ses axes de travail privilégiés. Cette priorisation aboutira au lancement en 2008 de la première EIS de France, une EIS portant sur la crèche municipale Colette tout récemment construite. Il faut dire que la phase IV des villes-santé OMS, qui se clôturait en cette année 2008, encourageait le lancement d'EIS dans une perspective de promotion de la santé et de réduction des inégalités. Cet encouragement trouva un écho particulier à Rennes car le territoire, au titre de ville universitaire engagée en santé publique, bénéficiait d'un écosystème favorable au lancement d'une EIS. On y retrouvait ainsi une école d'enseignement supérieur et recherche spécialisée en santé publique (l'EHESP), une association ayant le statut de centre collaborateur de l'OMS (l'association S2D) et un service santé-environnement de la municipalité menant depuis plusieurs années des actions allant au-delà de ses strictes compétences réglementaires (le SSEnv). Rien de surprenant alors à retrouver ce trio d'acteurs impliqué dans l'EIS de la crèche Colette : le SSEnv l'impulsa et la commandita ; l'association S2D la mena ; l'EHESP la soutenu et la diffusa. Voilà comment la première EIS de France pu être menée jusqu'à son terme, à une période où le concept d'urbanisme favorable à la santé peinait à s'imposer et à s'opérationnaliser en France.

Suite à cette collaboration réussie dans le cadre d'une EIS, la Ville de Rennes, l'EHESP et l'association S2D renforcèrent leurs relations de travail, qu'elles décidèrent finalement

de formaliser *via* la création du Réseau Bretagne urbanisme et santé (R'BUS) en 2013. La création de ce réseau, qui associe également Rennes Métropole – compétente en matière d'urbanisme et d'aménagement – l'AUDIAR et l'ARS Bretagne, s'accompagna d'une intensification de la politique d'urbanisme favorable à la santé à Rennes. Non content d'avoir menés une deuxième EIS en 2011 sur un projet d'aménagement en cours (Halte ferroviaire Pontchaillou), les membres du réseau s'attachèrent à communiquer autour de leurs actions dans des colloques nationaux et internationaux ou dans des revues spécialisées, à travailler sur les modalités d'intégration des problématiques d'UFS dans les documents d'urbanisme (PLU, PLUi, SCoT) et de santé (Plan local de santé, Contrat local de santé) et à apporter un soutien à la recherche-action.

En mobilisant l'ensemble des outils contemporains de l'urbanisme favorable à la santé, les acteurs locaux de l'UFS sont donc arrivés à légitimer une politique et à l'opérationnaliser via deux EIS, dans un contexte de développement urbain du territoire rennais. Mais au tournant des années 2010, la ville arrive à ses limites et prend alors définitivement le tournant du renouvellement urbain, engagé en 2005 avec le premier plan national de renouvellement urbain de l'ANRU. L'enjeu pour les acteurs de l'UFS est alors d'arriver à accompagner cette évolution, en passant de l'urbanisme favorable à la santé au renouvellement urbain favorable à la santé.

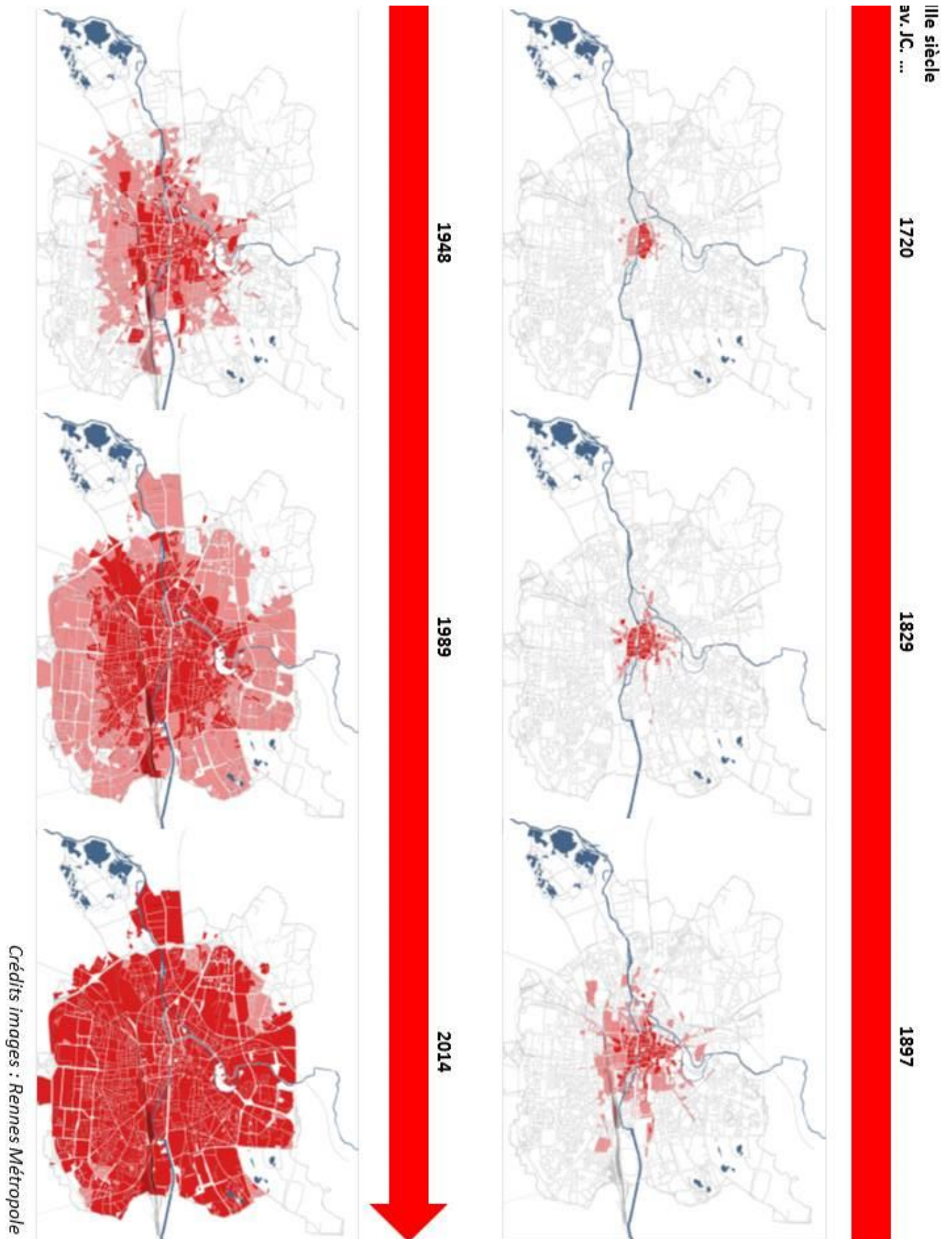


Figure 7 : Le développement urbain de Rennes de 1720 à nos jours

Guilhem DARDIER -

Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

C) Le renouvellement urbain favorable à la santé à Rennes

Une ville en renouvellement

Depuis quelques années, la ville de Rennes a en effet atteint ses limites, matérialisées par ce mur d'enceinte moderne qu'est la rocade. A l'intérieur de ce périmètre, il ne reste que quelques rares secteurs à urbaniser, souvent situés aux franges de la ville. L'équipe municipale souhaitant toujours maîtriser l'étalement urbain, le temps est donc à la densification (faire la ville sur la ville) et au renouvellement urbain (détruire la ville pour refaire la ville). Dans un contexte de concurrence accrue entre territoires, le temps est également aux grands projets : l'arrivée de la grande vitesse d'abord, en 2017, la livraison de la ligne B du métro ensuite, en 2019, la construction du quartier EuroRennes et du Centre des Congrès, enfin, en 2020. En résulte un territoire en plein chantier, et toutes les couches de l'histoire y passent : aménagement et mise en valeur des espaces naturels jamais touchés (prairies Saint Martin, Gayeulles, ...), rénovation de l'habitat ancien de centre-ville du Moyen-Age et ville neuve du XVIIème, redynamisation des quartiers péricentraux des XVIIIème et XIXème siècles (Duchesse Anne, Mail-Mabilais), reconquête des friches militaires des XVIIIème et XIXème siècles (la Courrouze, Mac Mahon), revitalisation d'anciens terrains industriels des XIXème et XXème siècles (Baud-Chardonnet) et renouvellement des quartiers des années post-guerre (Villejean-Kennedy, Le Blosne, Maurepas-Le Gast), devenus le problème d'aujourd'hui après avoir été la solution d'hier. Et le quartier du Gros Chêne, au Nord-Est de la ville, n'échappe pas au mouvement.

Un quartier témoin de la politique de la ville

Le Gros Chêne constitue en effet la partie sud du quartier Maurepas construit, comme vu précédemment, dans un contexte d'après-guerre marqué par la crise du logement. Délimité par l'Avenue Patton à l'Ouest, la rue de Fougères à l'Est, le boulevard Volney au Sud et l'avenue Rochester au Nord, le quartier du Gros Chêne¹¹ sort rapidement de terre, entre 1959 et 1966. Classé zone à urbaniser en priorité (ZUP) en 1959, le quartier est construit dans l'urgence pour pouvoir loger les milliers d'ouvriers des usines Citroën qui arrivent dès 1961. On construit donc en premier les immeubles d'habitations (les dix tours Brno et Mounier notamment), qui offrent à leurs premiers occupants un confort et une modernité auxquels ils ne sont pas habitués. L'équipement du quartier arrive dans un

¹¹ : Le quartier doit son nom à la ferme du Gros Chêne, anciennement située à cet emplacement.

second temps, commençant en 1961 avec la construction de l'école Trégain en trois mois seulement. Son embellissement sera lui progressif, avec l'aménagement de nombreux parcs, squares et espaces verts en pieds de tour par les services de la ville au cours des années 60 et 70. Des logements individuels et habitats intermédiaires apparaissent également sur la partie Est du quartier, à proximité des rues pavillonnaires de la partie Sud. La structure socio-économique de la population du parc locatif social et du quartier est alors relativement hétérogène.

Mais la fin des 30 Glorieuses marque le début d'une dynamique de paupérisation d'une partie de la classe ouvrière du quartier ainsi que de départ des classes moyennes et ouvrières le pouvant vers de l'habitat individuel en première ou deuxième couronne. Le parc social perd alors en attractivité et voit donc arriver des populations de plus en plus fragiles qui ne peuvent pas se loger ailleurs, ce qui diminue à nouveau l'attractivité du parc social. Le processus de déclassement du quartier entre en marche. Des premières interventions sur le bâti et les espaces publics extérieurs sont alors menées dans les années 80 et 90, en parallèle d'actions de développement social. Ces actions, basées sur l'inventivité et les volontés locales présentes dans ces "quartiers-laboratoires", sont symptomatiques d'une politique de la ville naissante et encore peu formalisée. Mais les émeutes de Vaulx-en-Velin de 1990 et plusieurs rapports publiés les mois suivants marquent l'échec de cette approche expérimentale portée par des militants. L'enjeu des années suivantes est alors d'assurer la transition vers une politique plus outillée et cohérente à l'échelle nationale, avec un engagement interministériel pour lutter contre l'exclusion et réinventer le service public. C'est la consécration de l'approche "diagnostic-projet-contrat", avec des contrats passés à l'échelle de la ville, les débuts de l'évaluation de la politique et l'évolution de la cartographie des quartiers prioritaires. Cette évolution est entérinée par le Pacte de relance de la politique de la ville de 1996, qui introduit le zonage des quartiers prioritaires à partir de l'indice synthétique d'exclusion. À Rennes, le quartier du Gros Chêne est classé "zone urbaine sensible" (ZUS). Dans ce cadre, le centre commercial du Gros Chêne, déjà peu dynamique, est notamment réhabilité. En parallèle, le premier espace social commun de la ville regroupant de nombreux services sociaux (CCAS, CDAS, CPAM, ...) est ouvert en 1997. Malgré ses nombreuses interventions, la situation du Gros Chêne ne s'améliore pas et quand la politique de la ville prend le tournant de la rénovation urbaine en 2003, le quartier de Maurepas est inscrit au programme national de rénovation urbaine, tout comme le quartier du Blosne. Une convention ANRU est alors signée en 2005, définissant un programme d'intervention ambitieux sur ces deux quartiers pour la période 2005-2010. Mais à Maurepas, c'est surtout la partie haute du quartier, à savoir Le Gast, qui en bénéficiera. Dès 2006, des

études y sont en effet menées par le cabinet TBT dans le cadre de l'arrivée du métro en 2020. Ces études constitueront la base du développement d'un programme d'intervention sur Le Gast mêlant renouvellement urbain et constructions nouvelles. Ce programme aboutira à la création d'une zone d'aménagement concertée (ZAC) en 2010 et au lancement des travaux sur ce secteur en 2014.

Dans le même temps, rien n'a avancé pour la partie sud du quartier prioritaire de Maurepas, à savoir Le Gros Chêne. Une fois la ZAC du Gast lancée, et dans la



perspective d'une deuxième convention ANRU, l'idée de déclencher un projet d'envergure pour le quartier du Gros Chêne commence à se matérialiser et les premières études générales sont lancées en 2013. Elles aboutissent à

la définition d'un projet de restructuration urbaine du quartier en 2014, projet qui sera classé au Nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU) de l'ANRU l'année suivante.

Un projet placé sous le signe de la santé

Ce projet de restructuration urbaine du Gros Chêne s'articule autour des composantes suivantes (cf. figure 8) :

- **La restructuration des pôles commerciaux du quartier** en lien avec la future station de métro,
- **La réorganisation complète de l'école Tregain** avec la division de l'actuelle école en deux groupes scolaires distincts localisés aux entrées du quartier,
- **Le renouvellement du cadre bâti du parc locatif social** (tours Brno et Mounier notamment),
- **Le renouvellement urbain de secteurs en mutation** tels que le square de l'Europe, les emprises libérées par le déplacement de l'Ecole Trégain et de l'Espace social commun, ...

- **La requalification des espaces publics du quartier** (création d'un "mail" équipé, ouverture du square de l'Europe sur la rue de Fougères, réorganisation du maillage viaire du quartier, ...).

Ces orientations d'aménagement, validées en Conseil Municipal le 29 novembre 2015, répondent d'une part aux volontés de la collectivité de conserver au maximum le patrimoine bâti du quartier et d'affirmer la vocation sociale du projet et d'autre part à celle de l'ANRU de favoriser la mixité sociale au sein du quartier ainsi que sa banalisation urbaine¹². Elles sont la déclinaison des objectifs du projet, définis par les services et élus de la Ville avec l'appui du bureau d'étude *La Fabrique urbaine* sur la base d'un diagnostic territorial et urbain. Ces objectifs sont :

- **Favoriser la mixité sociale et intergénérationnelle** en rendant de l'attractivité et de la diversité au parc social et en s'appuyant sur les équipements et services publics du quartier,
- **Désenclaver le quartier** en donnant une plus grande perméabilité aux voies de communication existant et créant de nouveaux axes Nord/Sud et Est-Ouest traversants,
- **Favoriser l'attractivité** économique, commerciale et territoriale du quartier du Gros Chêne,
- **Libérer la dalle du Gros Chêne de ses tensions et constituer une nouvelle centralité de quartier** en profitant de l'arrivée de la ligne B du métro en cœur de quartier en 2020.

¹² : La notion de banalisation urbaine renvoie à la volonté affichée de l'ANRU d'utiliser les opérations de rénovation urbaine pour ramener les quartiers prioritaires aux normes de leur bassin d'implantation. Cela passe notamment par la résidentialisation, la diversification des formes urbaines, la modification des caractéristiques architecturales, l'intégration paysagère ...



Figure 8 : Projet général de restructuration urbaine du Gros Chêne (La Fabrique urbaine, 2016)

Guilhem DARDIER -

Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - Sciences Po Rennes – 2015-2016

Afin de s'assurer que cette opération soit la plus favorable possible à la santé des habitants, professionnels et usagers du quartier, la Ville de Rennes – présidente du réseau français des Villes-Santé de l'OMS – et Rennes Métropole ont décidé d'engager une Evaluation des Impacts sur la Santé (EIS) du projet. L'objectif de cette démarche pluridisciplinaire, comme vu précédemment, est d'identifier les effets positifs et négatifs du projet sur la santé des individus ainsi que leur répartition au sein des populations afin d'en informer les décideurs et ainsi les aider dans leurs prises de décisions; le but étant de maximiser les effets positifs et minimiser les effets négatifs.

Le choix d'engager une telle démarche sur le quartier du Gros Chêne a alors semblé pertinent à plusieurs égards.

Tout d'abord, les EIS ont déjà démontrées à l'international, où elles sont largement pratiquées, qu'elles avaient des effets à la fois structurels et opérationnels (Wismar et al. 2007 ; Bourcier et al. 2015 ...). Encouragées par l'OMS et l'Union Européenne, les EIS favorisent *in fine* la construction de projets et politiques publiques favorables à la santé et participent à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Or, il s'agit d'un enjeu majeur pour le territoire du Gros Chêne, sur lequel on observe *a priori* un état de santé dégradé et en décrochage par rapport au reste de la ville. Accompagner le projet de restructuration urbaine du quartier avec une EIS permet de s'assurer que cette problématique soit pleinement intégrée au projet.

De plus, l'EIS du Gros Chêne s'inscrit dans un territoire historiquement innovant et actif sur les questions d'urbanisme et de santé. Rennes a ainsi été pionnière en matière d'EIS en France avec une première évaluation menée dès 2008 sur un équipement public (crèche Colette) puis une seconde lancée en 2011 sur un projet d'aménagement (halte ferroviaire Pontchaillou). L'engagement public pour un urbanisme favorable à la santé s'est également traduit par un soutien à la recherche, par un travail sur les modalités d'intégration des problématiques de santé dans les documents de planification urbaine (SCoT, PLU, PLUi), par de la communication dans le cadre d'événements nationaux et internationaux et par la consolidation d'un partenariat local (Réseau Bretagne Urbanisme-Santé). Il a enfin abouti à l'inscription des problématiques "urbanisme et santé" au Plan local de santé de la collectivité et à la mise en place d'une fiche-action dédiée au sein du Contrat local de santé signé avec l'ARS. L'EIS du Gros Chêne permet donc de capitaliser sur une expertise locale progressivement construite et valorisable tout en confortant la position préférentielle de Rennes sur les questions d'urbanisme et santé et en déclinant sur le terrain le CLS de la ville.

Par ailleurs, le projet de restructuration urbaine du Gros Chêne est classé au Nouveau Programme National de Renouveau Urbain de l'ANRU, qui encourage les EIS en tant

qu'outil de construction d'un développement urbain intégré et durable. L'EIS du Gros Chêne, la 3^{ème} en France sur un projet du NPNRU, répond donc à des orientations nationales données par l'Agence.

Enfin, le projet de restructuration urbaine du quartier du Gros Chêne est actuellement dans sa phase de conception. Une EIS bénéficierait à ce titre de marges de manœuvre importantes, tant en termes de champ d'investigation que de liberté de préconisation. Pour autant, les premiers chantiers vont prochainement entrer en phase pré-opérationnelle, offrant ainsi des opportunités à l'EIS d'exprimer sa dimension opérationnelle. La temporalité du projet paraît donc optimale.

Pour l'ensemble de ces raisons, il fut donc décidé de lancer une troisième EIS sur le territoire rennais, et de faire du projet de restructuration urbaine du Gros Chêne le terrain d'étude de cette nouvelle EIS. Une EIS conduite par le Service Planification et Etudes Urbaines de Rennes Métropole et par le Service Santé-Environnement (SSEnv) de la Ville de Rennes. Ce-dernier, descendant du service communal d'hygiène et de santé (SCHS) assure aujourd'hui la prévention des risques environnementaux, en application de pouvoirs de police du maire (l'animal dans la ville) et par délégation de compétences de l'ARS (qualité de l'eau, qualité de l'air, ...). Au-delà de ses actions réglementaires, il mène également des actions volontaristes notamment en matière de qualité de l'air intérieur dans les écoles et les crèches municipales. Sous l'impulsion de son ancien responsable, c'est le SSEnv qui a initié les deux précédentes EIS sur le territoire rennais. Pour celle-ci, le choix fut fait de recruter un chargé d'évaluation-stagiaire au sein du service, co-encadré et cofinancé par le Service Planification et Etudes Urbaines (Rennes Métropole).

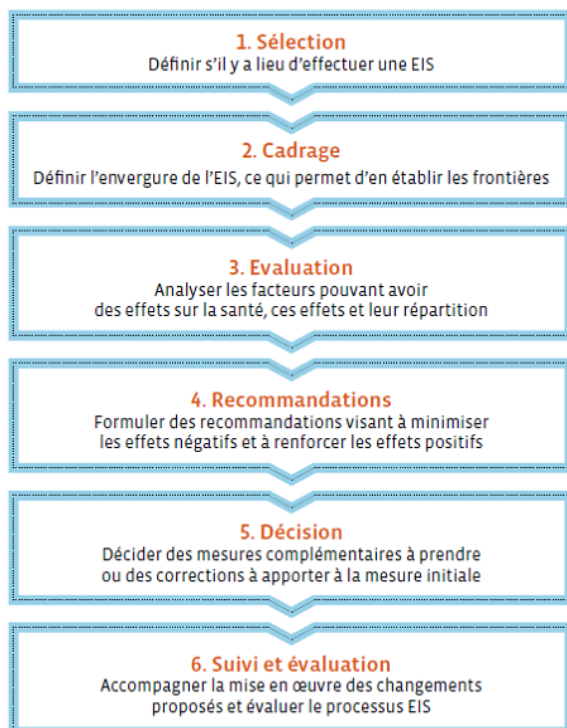
A travers le choix de conduire une nouvelle EIS sur le projet de restructuration urbaine du Gros Chêne, le renouvellement urbain favorable à la santé est finalement mis en marche sur Rennes. Reste désormais à l'opérationnaliser, via le lancement et la conduite de l'EIS du Gros Chêne.

III/ L'opérationnalisation du renouvellement urbain favorable à la santé à Rennes : l'EIS du Gros Chêne

A)Présentation de la phase préparatoire

Contexte

Classiquement, la démarche EIS est divisée en six étapes (Taylor et al, 2002 ; Plateforme Suisse pour l'EIS, 2010), présentées dans la figure ci-dessous. Toutes les étapes d'une



EIS, définie en 1999 par l'Organisation mondiale de la santé comme "une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé d'une population", sont traversées par des valeurs de transparence, d'éthique et d'intersectorialité et cherchent à construire des politiques équitables.

Par souci de clarté et d'adaptation de la démarche au projet accompagné, ces six étapes ont été regroupées en trois grandes phases. Les deux premières étapes correspondent ainsi à **la phase préparatoire**, très encadrée sur le plan

méthodologique. Les étapes d'évaluation et de recommandations correspondent quant à elles à **la phase opérationnelle**. Enfin, les étapes de décision et de suivi et évaluation composent **la phase post-opérationnelle**, qui nous rappelle que l'EIS n'est qu'un outil au service de la démarche d'urbanisme favorable à la santé.

Objectifs et déclinaisons

La phase préparatoire de l'EIS répondait à trois principaux objectifs, fixés conjointement par les commanditaires et l'opérateur de l'EIS. Afin d'être atteint, chacun de ces objectifs a amené plusieurs déclinaisons opérationnelles. Elles constituent la trame de ce bilan d'étape.

1) Amorcer la démarche EIS :

- Définition de ses instances de gouvernance et les mettre en place,
- Définition de son calendrier.

2) Analyser le projet de restructuration urbaine et son contexte :

- Etablissement d'un diagnostic santé de quartier,
- Etude de la temporalité et du contexte du projet ainsi que du cadre d'action de l'EIS,
- Pré-analyse du projet par le prisme de la santé.

3) Préparer la phase opérationnelle de l'EIS :

- Sélection des déterminants prioritaires à étudier en phase opérationnelle (approche thématique),
- Sélection des secteurs géographiques à investiguer plus précisément en phase opérationnelle (approche géographique).

B) Bilan de la phase préparatoire

Amorcer la démarche EIS

Afin d'amorcer l'accompagnement du projet de restructuration urbaine du Gros Chêne, il a d'abord été nécessaire de doter l'EIS d'éléments de cadrage organisationnel. Sa gouvernance, son mode de fonctionnement et son calendrier ont ainsi été rapidement établis.

COMITE DE PILOTAGE	COMITE OPERATIONNEL	CoPil ANRU (pour information)
<p><u>Élus et services :</u></p> <p>Adjoint délégué à l'urbanisme</p> <p>Adjoint délégué à la solidarité et à la cohésion sociale</p> <p>Adjointe déléguée à la santé</p> <p>Adjointe déléguée au quartier Maurepas</p> <p>Direction aménagement-urbanisme-habitat (DAUH)</p> <p>Direction santé publique-handicap (DSPH)</p> <p>Direction de quartier Nord-Est (DQNE)</p> <p><u>Partenaires :</u></p> <p>EHESP</p> <p>Archipel Habitat</p>	<p><u>Services ville et métropole :</u></p> <p>Service santé-environnement (Ville de Rennes)</p> <p>Service aménagement opérationnel (RM)</p> <p>Service planification et études urbaines (Rennes Métropole)</p> <p>Direction de quartier Nord-Est (Ville de Rennes)</p> <p><u>Partenaires :</u></p> <p>EHESP (composition restreinte)</p> <p>EHESP, ARS, S2D, AUDIAR et experts associés (composition élargie au réseau R'BUS)</p>	<p>Le Préfet</p> <p>Le délégué territorial de l'ANRU</p> <p>La maire et les adjoints concernés (urbanisme, quartiers et logement)</p> <p>Les vice-présidents de Rennes Métropole concernés (politique de la Ville et habitat)</p> <p>Un représentant de chacun des 5 bailleurs sociaux concernés (Archipel Habitat, Néotoa, Espacil, Aiguillon, OPAC 35)</p> <p>Le président du Conseil Régional</p> <p>Le président du Conseil Départemental</p> <p>Le directeur régional de la CDC</p>

Concernant la gouvernance de l'EIS, **le comité de pilotage** est l'instance décisionnelle de l'EIS. Il fixe les orientations de la démarche EIS et valide ses différentes étapes. Le comité de pilotage de l'EIS porte les principales orientations et conclusions de l'EIS auprès de l'instance décisionnelle du projet de restructuration du quartier (**CoPil ANRU**). A défaut d'avoir pu réunir le CoPil avant l'été, les élus ont été sollicités à l'occasion d'un GTSCS et d'un GTADD, deux instances de la collectivité qui réunissent les élus concernés (urbanisme, santé, solidarité, ...).

Le comité opérationnel permet l'échange d'informations entre porteurs de l'EIS et assure un appui méthodologique et matériel au chargé d'évaluation. Le ComOp exerce également le rôle de secrétariat du CoPil. Ainsi, en associant l'adjointe à la santé et l'élue de quartier, il prépare les séances du CoPil. Afin d'assurer ses missions, le ComOp s'est réuni à raison d'une fois par mois durant la phase préparatoire. Il peut être ponctuellement appuyé dans ses missions par le réseau **R'BUS**, qui regroupe d'autres acteurs de la

santé et de l'urbanisme (AUDIAR, ARS, S2D, ...). Ce fut ainsi le cas en avril, où le lancement de l'EIS a été présenté et discuté en réunion R'BUS.

En plus de ces deux organes de gouvernance dédiés, il est apparu nécessaire d'intégrer les instances de pilotage du projet de restructuration du quartier à la démarche EIS. **L'équipe projet Maurepas¹³**, qui s'assure du bon avancement du renouvellement urbain de la ZAC Maurepas Gayeulles, a notamment été ciblée. Une présence de certains membres du ComOp dans cette équipe projet, désormais permanente, a jusque-là permis :

- la sensibilisation des acteurs opérationnels du projet à la démarche EIS (ANRU, aménageurs et bailleurs sociaux),
- l'intégration de la démarche EIS au projet de renouvellement urbain du secteur dans son ensemble ainsi qu'aux futures démarches de travail avec les professionnels de santé et les habitants,
- sa coordination avec les autres études thématiques.

Ce schéma de gouvernance s'inscrit dans les principes fondamentaux de l'EIS (intersectorialité et transversalité) et il répond à une nécessité de donner de la flexibilité à la démarche et d'assurer le lien avec les instances de pilotage du projet urbain. L'intégration de l'ensemble des parties prenantes du projet (habitants, associatifs, professionnels de santé, acteurs locaux ...), centrale dans toute EIS, s'effectue à chaque étape de la démarche via différentes modalités de travail. Durant la phase préparatoire, ce fut le cas grâce à des focus-groupe et des entretiens libres et semi-directifs (voir parties suivantes). Cette dimension participative nécessite pour autant d'être accentuée pour la suite de l'EIS.

En termes de calendrier (*Cf. annexe 1*), le phasage suivant a été retenu :

- Phase 1 : Préparation de l'EIS (mars-août 2016) : appropriation du projet et de son contexte et lancement de la démarche (1^{ères} présentations et rencontres partenariales, définition des objectifs et marges de l'EIS, ...). Délimitation du périmètre de l'EIS et des profils de populations concernées. Établissement d'une 1^{ère} cartographie des impacts du projet et début du recueil de données. Définition des déterminants et secteurs prioritaires pour la phase 2.
- Phase 2 : Déploiement opérationnel de l'EIS sur le projet (septembre 2016 – septembre 2017) : Analyse de toutes les composantes de l'opération de requalification afin de mesurer les impacts positifs et négatifs qu'elles pourraient avoir sur les différents déterminants de santé des populations, avec un focus sur

¹³ : L'équipe projet Maurepas regroupe la chefferie de projet ANRU, le Service Aménagement Opérationnel et la mission « Développement et insertion économique » de Rennes Métropole, la direction de quartier Nord-Est et les bailleurs sociaux

les déterminants prioritaires définis en phase 1. Production de recommandations opérationnelles sur la base de l'identification des impacts positifs et négatifs que pourraient avoir les composantes du projet sur la santé des habitants ainsi que de l'analyse de la répartition de ces impacts au sein des populations du quartier. Accompagnement des secteurs géographiques prioritaires définis en phase 1.

- Phase 3 : Décision, suivi et évaluation de l'EIS (septembre 2017 –) : Décision des mesures complémentaires à prendre en compte ou des corrections à apporter au projet de restructuration initial. Accompagnement de la mise en œuvre des changements proposés et évaluation du processus EIS.

Analyser le projet de restructuration urbaine et son contexte

Une fois ces éléments organisationnels actés, l'analyse du projet de restructuration urbaine du Gros Chêne a pu commencer. Elle s'est d'abord concentrée sur l'étude du contexte territorial du projet, conduite sous la forme d'un diagnostic santé du quartier (a). Le but était de mieux connaître l'état de santé initial des habitants du Gros Chêne avant l'opération de restructuration urbaine et d'identifier les facteurs structurants cet état de santé. Il est ensuite apparu nécessaire de comprendre le contexte institutionnel du projet et de l'EIS (b), afin d'identifier son cadre d'action et ses marges de manœuvre. Enfin, le travail s'est conclu par une étude du contenu du projet et une première analyse de celui-ci par la grille des déterminants de santé (c).

a) Diagnostic santé du quartier (cf. annexe 2)

Méthode

La démarche EIS ayant comme principe de se situer au carrefour des expertises, le diagnostic présente des données autant quantitatives que qualitatives. Leur méthodologie de recueil est donc mixte, ce qui permet d'obtenir une compréhension plus complète de la



réalité sanitaire et sociale du quartier (Guével et Pommier, 2015).

Sur le plan qualitatif, la méthodologie de recueil des données s'est déployée autour de trois axes : des observations de terrain, des entretiens individuels ou collectifs libres et des réunions de travail. Concernant les observations de terrain, deux visites sur site ont d'abord été organisées avec le

Service Aménagement Opérationnel de Rennes Métropole (SAO) et la Direction de quartier Nord-Est (DQNE). Ces visites ont permis une première familiarisation avec le terrain d'étude et le projet de restructuration du quartier. Un troisième temps d'observation a eu lieu à l'occasion d'une commission "sécurité-tranquillité" du conseil de quartier. De par la présence d'une trentaine d'habitants et de représentants des forces de police et des dispositifs de médiation, ce fut l'occasion d'identifier les problématiques qui mobilisent fortement une partie des acteurs du quartier (points de deal dans les halls d'immeuble, logements bruyants, ...) et l'état d'esprit qui les anime (sentiments d'insécurité et de résignation). Deux dernières visites de terrain se sont tenues en avril et en juin dans le cadre des activités de "Rennes 2030". La première a pris la forme d'une balade urbaine dans le quartier tandis que la seconde était la visite d'un point haut du quartier, à savoir le dernier étage de la tour Mounier n°7. La posture adoptée se rapprochait alors de l'observation participante, ce qui a permis un recueil de la parole d'habitants. En matière d'entretiens, 9 chargés de mission et techniciens de la Direction Aménagement-Urbanisme-Habitat (DAUH), de la Direction Santé Publique-Handicap (DSPH) et de la DQNE ont été rencontrés individuellement. 4 experts en EIS et en participation de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) ont également été interviewés. Enfin, un focus group a été organisé avec les quatre chargés de mission "promotion de la santé" de la DSPH. Ces différentes rencontres ont permis d'acquérir une vision transversale des différents enjeux de santé qui se posent sur le quartier. Enfin, plusieurs réunions de travail avec des partenaires extérieurs ont permis de recueillir de nombreux éléments de connaissance sur le Gros Chêne. Les temps de rencontre avec l'élue du quartier, avec les adjoints en charge de la santé et de la prévention, avec la mission ANRU et les bailleurs sociaux et avec l'AUDIAR, l'association S2D (centre-collaborateur de l'OMS) et l'Agence Régionale de Santé ont ainsi été l'occasion de présenter et compléter le diagnostic santé du quartier au fur-et-à-mesure de son avancement.

Sur le plan quantitatif, le recueil des données s'est effectué via une analyse de la littérature scientifique et institutionnelle disponible et via une exploitation de bases de données. Concernant la littérature analysée, il s'agit des documents



relatifs au quartier mis à disposition par les services rencontrés (Service santé-environnement, Service planification et études urbaines, SAO, DQNE, ...) et des

documents relatifs aux liens entre urbanisme, aménagement et santé mis à disposition par l'EHESP et la DSPH ou recherchés par mot-clef sur Google Scholar et PubMed. À titre d'exemple, l'étude sociologique sur "les usages et l'occupation de l'espace" produite par Respublica et FORS a permis d'identifier les problématiques vécues par les habitants. Ses principaux résultats, basés sur l'analyse de 80 questionnaires et 15 entretiens, sont intégrés au présent diagnostic. Couplés aux entretiens et aux temps d'observation neutre ou participante, ils ont garanti la prise en compte du point de vue des acteurs du quartier dans la construction du diagnostic. Pour les bases de données, celles-ci ont principalement été mobilisées pour caractériser la qualité des milieux du quartier. La base BASIAS a ainsi été exploitée pour recenser les sites et sols pollués. Les bases de données ou cartographies d'Air Breizh et de la Ville de Rennes, nourries par des campagnes de mesures systématiques et par des rapports d'intervention ponctuels, ont quant à elles permis d'appréhender les problématiques de qualité de l'air intérieur et extérieur, de nuisances sonores et d'exposition aux ondes électromagnétiques. Enfin, la base ACCESS a permis de recenser le nombre de dossiers traités chaque année par le service santé-environnement sur le quartier pour des problèmes d'incivilités ou de logements-poubelles. Des données de l'Ordre des médecins, de la CPAM, de l'INSEE et de l'APRAS ont également été mobilisées pour étudier les caractéristiques démographiques, socioéconomiques et médicales du quartier.

Concernant ces dernières, il est à noter que les données recueillies concernent trois périmètres différents : le périmètre projet, le périmètre des IRIS de l'INSEE et le périmètre du territoire prioritaire Maurepas. Au vue de la grande proximité géographique et socioéconomique de ces trois territoires, ces légères différences de périmètre n'empêchent pas l'exploitation et la comparaison des données. Elles traduisent cependant la difficulté d'obtenir des données de santé à l'échelle infra-communale. La mise en place d'indicateurs fiables à cette échelle fait actuellement l'objet d'un travail collaboratif entre la Ville de Rennes, l'ARS de Bretagne et l'ORS.

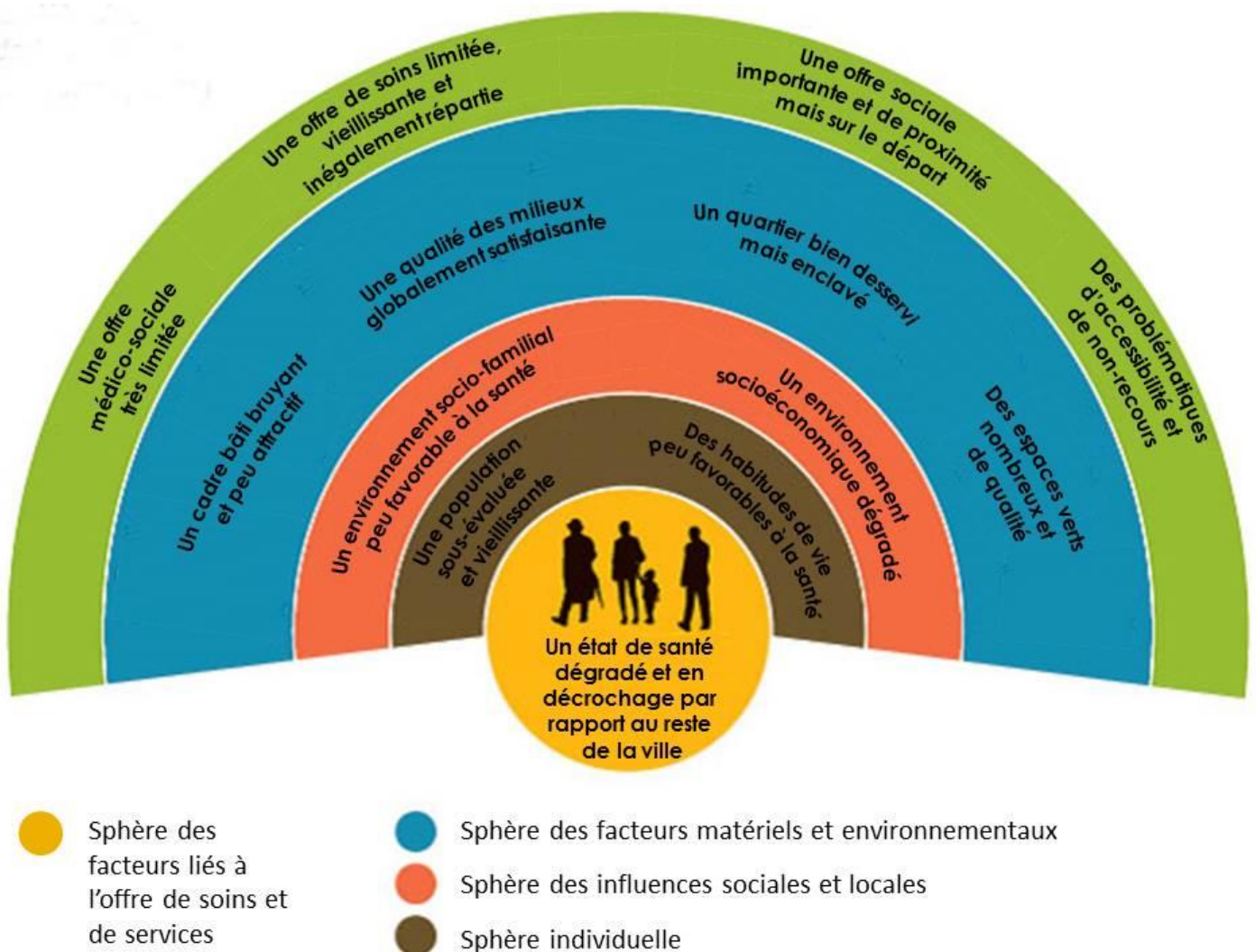
Résultats

Trois principaux résultats ressortent de ce diagnostic (*cf. schéma ci-dessous et annexe 2*) :

- L'état de santé et de bien-être des habitants du Gros Chêne apparaît dégradé sur l'ensemble des indicateurs disponibles, et ce dès le plus jeune âge. Il apparaît également en décrochage par rapport au reste de la ville.
- Cet état de santé dégradé s'explique par un ensemble de facteurs aussi bien individuels, qu'environnementaux et structurels. Au premier rang de ces facteurs

on trouve la situation de grande précarité et l'environnement familial des habitants, l'offre de soins et de services limitée dont ils bénéficient, le cadre bâti bruyant au sein duquel ils vivent ou encore leur adhésion moindre aux dispositifs de prévention.

- Pour autant, le quartier dispose de plusieurs atouts, notamment une qualité des milieux (eau, air, sols, biodiversité, ...) globalement satisfaisante, une importante mobilisation des acteurs du champ sanitaire et social ainsi que la présence de nombreux équipements publics et services sociaux de proximité.



b) Etude du contexte du projet et du cadre d'action de l'EIS

On l'a vu avec le diagnostic santé du Gros Chêne, le contexte territorial du projet est marqué par une situation sanitaire et sociale dégradée et aux multiples facteurs explicatifs. Ces éléments doivent être pris en compte dans le contenu du projet ainsi quand dans la démarche EIS. Mais le contexte institutionnel du projet, tant en termes de

priorités politiques que de calendrier, a lui aussi son importance sur l'EIS, notamment pour délimiter son cadre d'action.

Méthode

Afin de fixer le cadre d'action de l'EIS, la première étape a été d'en définir le périmètre géographique. Pour des questions de cohérence, le périmètre d'étude qui a été retenu pour l'EIS est celui du projet urbain. Il s'étend donc de la rue de Fougères à l'Est à l'avenue Patton à l'Ouest et de l'avenue Rochester au Nord au boulevard Volney au Sud.

Toutefois, prenant en compte la cartographie prioritaire de la politique de la ville ainsi que les transformations amorcées sur le quartier limitrophe du Gast et les effets qu'elles pourraient avoir sur le Gros Chêne, le périmètre d'étude intégrera la ZAC Maurepas Gayeulles (Le Gast) quand l'analyse le nécessitera (*cf. annexe 3*).

Vu le périmètre d'étude retenu et les premiers éléments de connaissances recueillis sur le quartier, plusieurs profils de populations concernées par l'EIS se dégagent :

- les habitants du quartier du Gros Chêne. Une attention particulière sera portée aux publics vulnérables (personnes en situation de fragilité psychologique, enfants, ...) et aux occupants des tours Brno et Mounier.
- les professionnels et commerçants du quartier. Une attention particulière sera portée aux professionnels de santé (dont ceux du Gast).
- les utilisateurs des espaces et équipements publics et commerciaux du quartier venant d'autres secteurs (notamment du Gast) ainsi que les passants et automobilistes.

Une fois les populations cibles et le périmètre d'étude définis, le travail s'est concentré sur l'analyse des documents-cadres du projet de restructuration urbaine du quartier et sur du recueil d'informations lors d'échanges avec les parties prenantes du projet. L'objectif était alors bien de comprendre les zones de flexibilité et de rigidité du projet ainsi que sa temporalité afin d'identifier les marges de manœuvre de l'EIS.

Résultats

Concernant la flexibilité du projet, il apparaît que :

- Au sein du périmètre d'étude, des orientations ont été données par la collectivité et par l'ANRU. Du côté de la collectivité, il s'agit principalement de l'attention particulière portée au volet social du projet, à l'accessibilité PMR, à la qualité de l'air extérieur et intérieur (crèche-écoles notamment) et à la qualité paysagère du

quartier. Du côté de l'ANRU, il s'agit de la volonté de favoriser la mixité sociale au sein du quartier ainsi que sa banalisation urbaine¹⁴.

- Des décisions concernant la restructuration du quartier ont déjà été prises. Elles constituent "les impondérables" du projet de renouvellement urbain du Gros Chêne et délimitent donc le cadre d'action de l'EIS. Sont ainsi aujourd'hui actés l'adoption d'un calendrier resserré et efficace (signature de la convention ANRU à l'été), la réhabilitation lourde des tours plutôt que leur démolition, la relocalisation de l'école Trégain sur deux nouveaux sites et le départ de l'Espace social commun (ESC) et de la direction de quartier (DQNE)
- Pour autant, l'EIS dispose d'une certaine liberté de préconisations dans la traduction opérationnelle des orientations générales d'aménagement (Quels modalités d'implantation des nouveaux sites de l'école ? Quelle programmation immobilière pour les locaux en pied de tour ? Quels aménagements et équipements sur la nouvelle trame viaire ?).
- L'EIS dispose également d'une liberté de proposition sur certains secteurs dont la future vocation n'a pas encore été définie (secteurs des anciens sites de l'ESC et de l'école Trégain notamment).

Concernant la temporalité du projet, il apparaît que :

- Trois secteurs opérationnels prioritaires sont à un stade d'études plus avancé. Ces trois secteurs sont la rive sud du boulevard Rochester, la place de l'Europe avec le futur site d'une des écoles et le centre commercial du Gros Chêne avec la future place du métro
- Un secteur a un calendrier d'études et de travaux encore plus avancé. Il s'agit du périmètre des tours Mounier 5 et 7, où les études opérationnelles vont commencer au troisième trimestre 2016, pour une durée prévisionnelle de 2 ans.

c) Pré-analyse des impacts du projet

Le contexte territorial et institutionnel du projet bien maîtrisé, il s'agissait désormais de passer à la compréhension puis l'analyse de son contenu.

¹⁴ : La notion de banalisation urbaine renvoie à la volonté affichée de l'ANRU d'utiliser les opérations de rénovation urbaine pour ramener les quartiers prioritaires aux normes de leur bassin d'implantation. Cela passe notamment par la résidentialisation, la diversification des formes urbaines, la modification des caractéristiques architecturales, l'intégration paysagère ...

Rappel

Le projet de restructuration du Gros Chêne s'articule autour des composantes suivantes (cf. annexe 4) :

- La restructuration des pôles commerciaux du quartier en lien avec la future station de métro,
- La réorganisation complète de l'école Trégain avec la division de l'actuelle école en deux groupes scolaires distincts localisés aux entrées du quartier,
- Le renouvellement du cadre bâti du parc locatif social (tours Brno et Mounier notamment),
- Le renouvellement urbain de secteurs en mutation tels que le square de l'Europe, les emprises libérées par le déplacement de l'École Trégain et de l'Espace social commun, ...
- La requalification des espaces publics du quartier (création d'un "mail" équipé, ouverture du square de l'Europe sur la rue de Fougères, réorganisation du maillage viaire du quartier, ...).

Ces orientations d'aménagement, validées en Conseil Municipal le 29 novembre 2015, sont la déclinaison des objectifs du projet, définis par les services et élus de la Ville avec l'appui du bureau d'étude *La Fabrique urbaine*. Ces objectifs sont :

- Favoriser la mixité sociale et intergénérationnelle en rendant de l'attractivité et de la diversité au parc social et en s'appuyant sur les équipements et services publics du quartier,
- Désenclaver le quartier en donnant une plus grande perméabilité aux voies de communication existantes et créant de nouveaux axes Nord/Sud et Est-Ouest traversants,
- Favoriser l'attractivité économique, commerciale et territoriale du quartier du Gros Chêne,
- Libérer la dalle du Gros Chêne de ses tensions et constituer une nouvelle centralité de quartier en profitant de l'arrivée de la ligne B du métro en cœur de quartier en 2020.

Méthode

Une fois les objectifs du projet urbain et ses composantes opérationnelles bien cernés, il a fallu mettre en place une méthodologie permettant de traduire ces composantes en impacts sur les différents déterminants de santé. L'outil le mieux à même d'effectuer cette traduction – le modèle causal – a alors été mobilisé. Importé des techniques d'évaluation des projets et programmes publics, le modèle causal consiste à décliner les différents

effets à court terme puis les impacts à long-terme des réalisations d'un programme d'intervention. Celui du projet de restructuration urbaine du Gros Chêne a été réalisé lors d'un atelier de travail réunissant des représentants de l'EHESP, de la DQNE, de la DAUH et de la DSPH. Leur travail, basé sur la présentation préalable d'informations scientifiques (sur les relations entre les différents déterminants de santé) et contextuelles (sur le projet de restructuration urbaine du quartier), a ensuite été repris par le chargé d'évaluation-stagiaire. Il a enfin été présenté et discuté avec les élus et services référents. Le résultat final, annexé au présent bilan (*cf. annexe 5*), se lit de gauche à droite. Chaque flèche y représente un lien causal, entre les différentes unités d'action ; ce lien causal peut être explicité comme suit : "si telle unité d'action est mise en place, alors tel résultat sera produit".

Résultats

Trois conclusions peuvent être tirées de ce modèle causal :

- De nombreux déterminants de santé apparaissent *a priori* impactés de manière positive par le projet (activité physique, îlot de chaleur urbain, salubrité du logement, esthétique urbaine, emplois, ...). Il s'agit principalement de déterminants individuels et environnementaux de la santé.
- Certains impacts neutres ou non quantifiables à ce stade du projet sont également identifiés. Ils concernent principalement des déterminants environnementaux (nuisances sonores, qualité de l'air intérieur et extérieur, adaptation du cadre bâti au vieillissement et au handicap, mixité sociale, ...).
- Quelques impacts potentiellement négatifs sont également ressortis de l'analyse. Ils renvoient principalement aux déterminants de santé liés à l'offre de soins et de services.

Préparer la phase opérationnelle de l'EIS

L'analyse du projet et de son contexte terminée, le dernier objectif de cette première phase de l'EIS était de préparer la suite de la démarche, la phase opérationnelle. Plus concrètement, il s'agissait de définir les déterminants de santé sur lesquels la suite de l'EIS se concentrera. A cette approche thématique (a) classique, le choix a été fait d'ajouter une approche géographique (b) plus originale. Le but était alors d'identifier, à l'intérieur du périmètre d'étude, un ou deux secteurs qui seront particulièrement accompagnés durant les prochains mois. Cet accompagnement permettra de donner de l'opérationnalité à la démarche EIS dans un délai resserré et pourra constituer une aide à la décision pour les pilotes du projet ANRU.

a) Approche thématique

Méthode

Pour identifier les déterminants de santé sur lesquels la suite de l'EIS se concentrera, les éléments de diagnostic du quartier ont été croisés avec les résultats de la pré-analyse des impacts du projet et le cadre d'action de l'EIS. En effet, tout l'enjeu était de saisir les déterminants à la fois structurants dans l'état de santé des habitants du Gros Chêne (diagnostic santé), potentiellement impactés par le projet de restructuration urbaine du quartier (pré-analyse des impacts du projet) et sur lesquels l'EIS pouvait agir par ses recommandations finales (étude du cadre d'action de l'EIS).

Résultats

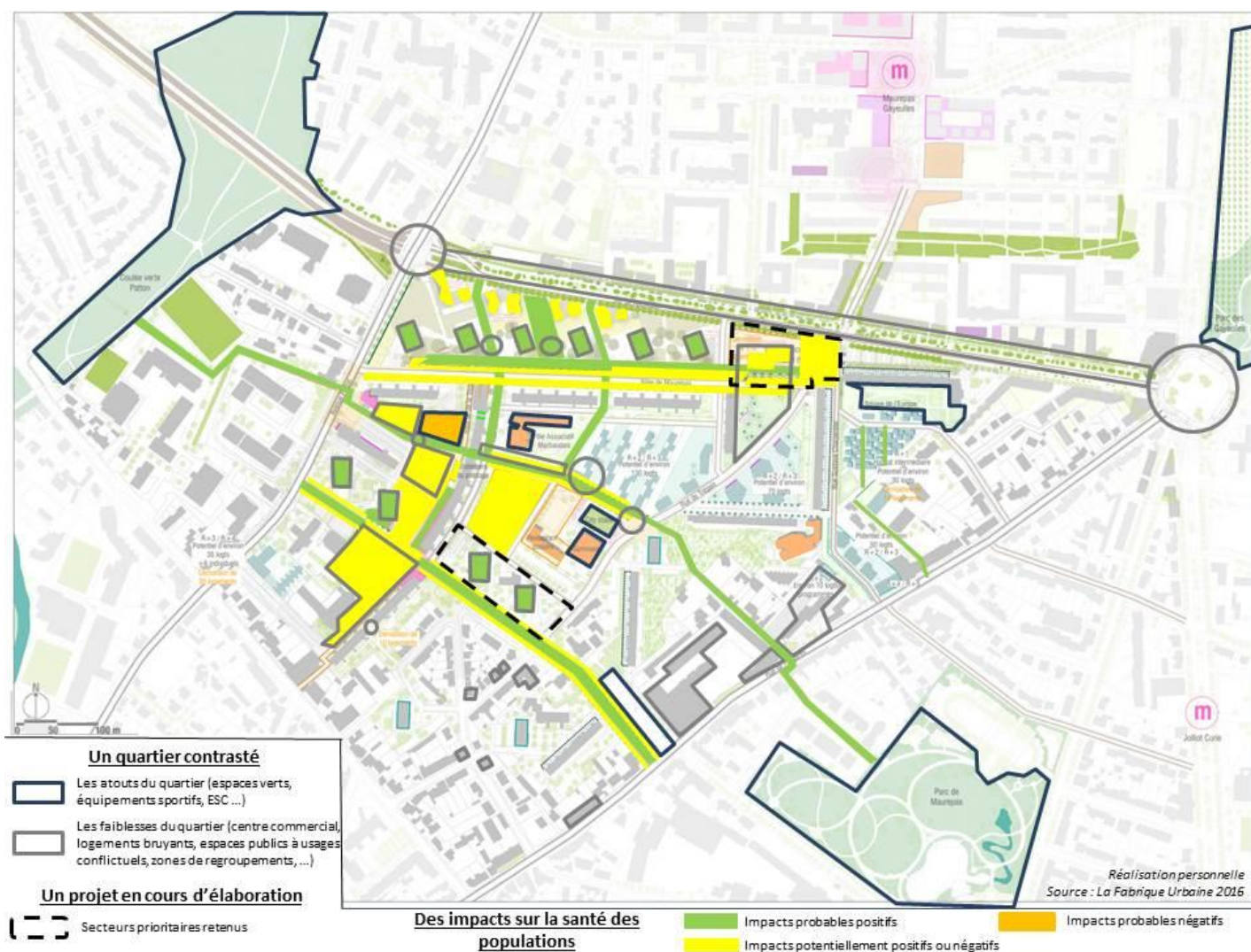
Six déterminants de santé ressortent de ce croisement :

- Les comportements individuels et habitudes de vie
- Le bruit
- La qualité de l'air
- L'accès à l'offre de soins et de services
- L'adaptation du bâti au vieillissement et au handicap
- La mixité sociale

b) Approche géographique

Méthode

Concernant l'approche géographique, la technique de croisement des différents éléments d'analyse jusque-là produits été réutilisée, mais cette fois-ci *via* un travail cartographique (*cf. carte ci-dessous et annexe 6*).



Résultats

Deux secteurs ressortent de ce croisement (en pointillé noir sur la carte ci-dessous) :

- Le futur emplacement de l'école Trégain sur la place de l'Europe. Les études commenceront en 2017-2018. Mais il appartient d'ores et déjà à la collectivité de s'interroger sur les conditions d'implantation d'un groupe scolaire en bordure d'un axe routier important et d'une place circulée. En effet, si cette implantation permettra de faire de l'école un véritable levier de mixité sociale à l'échelle du quartier Maurepas, elle nécessite néanmoins d'être accompagnée sur certains aspects (qualité de l'air, nuisances sonores, ...).
- Les tours Mounier 5 et 7. L'équipe d'architectes assurant la maîtrise d'œuvre des travaux de réhabilitation des tours va en effet commencer les études opérationnelles à l'automne 2016. Vu la concentration d'enjeux sanitaires et sociaux au sein des tours (mixité et cohésion sociale, nuisances sonores, humidité des logements, isolation thermique, luminosité, occupation des halls et espaces

communs, ...) ainsi que l'ampleur des travaux prévus, accompagner la maîtrise d'œuvre sur le volet "santé" de la réhabilitation des tours paraît opportun dès le début des études opérationnelles.

C) Préconisations

Contexte

Avec la fin de la phase préparatoire de l'EIS, il s'agit désormais de faire entrer la démarche dans sa phase opérationnelle et ainsi profiter pleinement de ses plus-values. Informé de la démarche et des premiers éléments de diagnostic et d'analyse produits, les élus en charge de la santé et de la cohésion sociale ont indiqué l'intérêt de la poursuivre et la pertinence de travailler sur les déterminants de santé et secteurs géographiques retenus pour la phase opérationnelle. Un tel soutien à la poursuite de la démarche a également été exprimé par le 1^{er} adjoint en charge de l'urbanisme. Il convient maintenant de fixer la stratégie de travail de cette phase opérationnelle ainsi que ses modalités pratiques.

Préconisations de stratégie de travail pour l'EIS du Gros Chêne

a) Approche thématique

Concernant l'approche thématique, il conviendra dans un premier temps d'étudier plus finement les impacts du projet sur les six déterminants retenus à l'issue de la phase opérationnelle. Concrètement, il s'agira d'identifier puis d'estimer les impacts du projet grâce à l'analyse de données recueillies selon des méthodes mixtes (littérature du projet, littérature scientifique, entretiens semi-directifs, observation, ...).

Dans un deuxième temps, et sur la base de l'évaluation des impacts du projet sur les 6 déterminants de santé retenus, il faudra produire des recommandations opérationnelles à l'attention des opérateurs du projet. Ces recommandations devront permettre de maximiser les impacts positifs du projet et d'en minimiser les impacts négatifs, tout en répondant à l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé sur le Gros Chêne.

b) Approche géographique : tours Mounier 5 et 7

Il est préconisé un accompagnement de la réhabilitation des tours Mounier 5 et 7 en trois temps.

1. Phase diagnostic : Présentation à la maîtrise d'ouvrage et à la maîtrise d'œuvre des éléments qui ressortent du diagnostic santé du quartier (*cf. annexe 2*) :
 - Concentration de personnes en situation de fragilité psychologique, ce qui génère des problématiques en termes de nuisances sonores, de jets d'objets par les fenêtres, etc.
 - Concentration de personnes âgées et/ou en situation de handicap et identification du quartier comme une zone favorable au vieillissement, ce qui implique une adaptation de l'habitat.
 - Problèmes de bruit, notamment dus aux nuisances domestiques de voisinage. Or, le bruit est vecteur de maladies cardio-vasculaires et aggravateur des états anxio-dépressifs sur le long-terme (CIDB, 2013).
 - Quelques logements-poubelles, dues à des personnes atteintes du syndrome de Diogène.
 - Quelques situations de sur-occupation des logements, qui favorisent l'apparition de stress chronique et de maladies infectieuses et peuvent limiter la réussite scolaire et le développement psychosocial des enfants (Riva et al, 2013).
 - Problématiques de qualité de l'air intérieur, notamment d'humidité des logements et de présence de moisissures.
 - Logements peu attractifs et avec une très faible mixité sociale.
 - Problématiques d'occupation des halls pour des activités de deal ayant pour conséquences des coupures de courant, du bruit et un sentiment d'insécurité chez certains habitants.

2. Phase de conception du programme d'intervention :
 - Echanges avec la maîtrise d'ouvrage sur les premiers documents de programmation.
 - Assistance à la maîtrise d'œuvre sur le volet santé de la réhabilitation des tours pour assurer une intégration des six déterminants de santé prioritaires dans la conception du programme de réhabilitation.
 - Des premières préconisations quant à la qualité de l'air intérieur (choix des matériaux de réhabilitation A+ en matière d'émission de polluants, isolation thermique par l'extérieur, passage en VMC double-flux) et le confort acoustique des tours (disposition des pièces neutres sur les façades les plus exposés au bruit, superposition des pièces de même nature, évitement des contacts entre une chambre et une cage d'ascenseur ou une gaine technique, cloison séparative qui monte jusqu'au plancher haut et non jusqu'au faux-

plafond, cloison la plus performante doit recouper la moins performante, pas d'interphonie entre deux locaux via les réseaux de distribution d'air, ...) peuvent déjà être étudiées.

3. Phase d'usage :

- Session d'information sur les bonnes pratiques en matière de qualité de l'air intérieur à destination des occupants des logements (aérer quotidiennement les pièces, éviter les chauffages d'appoint, ne pas obstruer les entrées d'air, ...). Cette session peut également se tenir à l'occasion des ateliers organisés par Archipel Habitat dans le cadre de la procédure de relogement temporaire des occupants des tours.
- Suivi de l'évolution de la qualité de l'air et du confort acoustique des logements avec des mesures *in situ*.

Cette démarche a été exposée à Archipel Habitat, maître d'ouvrage du projet, qui y voit un intérêt. Les échanges vont se poursuivre pour affiner et concrétiser la collaboration.

c) Approche géographique : futur site école Trégain

Il est préconisé un accompagnement de l'implantation de l'école Trégain en trois temps.

1. Phase diagnostic : Présentation à la maîtrise d'ouvrage et à la maîtrise d'œuvre des éléments qui ressortent du diagnostic santé du quartier (*cf. annexe 2*).
2. Phase de conception du programme d'intervention :
 - Echanges avec la maîtrise d'ouvrage sur les premiers documents de programmation.
 - Assistance à la maîtrise d'œuvre pour assurer une intégration des six déterminants de santé prioritaires dans la conception de la nouvelle école.
 - Des premières préconisations quant à la qualité de l'air intérieur (choix des matériaux de construction et de décoration A+, orientation des classes et des prises d'air vers l'intérieur du quartier, utilisation d'essences non allergisantes) et aux nuisances sonores (isolation phonique par mur végétal, orientation des classes et des prises d'air vers l'intérieur du quartier) peuvent déjà être étudiées. En plus de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre, la DQNE, la Direction de la Petite Enfance, la Direction du Patrimoine Bâti, la direction de l'école, les parents d'élèves et les futurs élèves devront être associés à la démarche.

3. Phase d'usage :

- Session d'information sur les bonnes pratiques en matière de qualité de l'air intérieur à destination des occupants des locaux (aérer quotidiennement les pièces, ne pas obstruer les entrées d'air, ...).
- Suivi de l'évolution de la qualité de l'air et du confort acoustique des locaux avec des mesures *in situ*. Comparaison avec les résultats de l'étude menée dans les établissements scolaires situés en bordure d'axes routiers fréquentés.

Préconisations de modalités de travail pour l'EIS du Gros Chêne

a) Calendrier

Le calendrier suivant est proposé (cf. annexe 1) :

- Evaluation des impacts du projet sur les 6 déterminants de santé prioritaires : sept. 2016 – mai 2017.
- Production de recommandations opérationnelles sur la base de cette évaluation : mai 2017 – septembre 2017.
- Accompagnement de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre sur la réhabilitation des tours Mounier 5 et 7 : novembre 2016 – septembre 2017.
- Accompagnement de l'implantation de l'école Trégain sur son nouveau site : septembre 2018 – .

b) Financement

Une demande de financement de 120k€ a été sollicitée à l'ANRU dans le cadre du dossier NPNRU, déposé en vue de la Réunion Technique Partenariale qui s'est tenue le 20 juillet 2016, pour mener des travaux d'observation et d'évaluation du projet dans lesquels pourraient être comprises des prestations externalisées sur cette thématique. Une réponse est attendue au cours du dernier trimestre 2016.

c) Ressources humaines

Afin d'assurer la pérennité, l'efficacité et la continuité de la démarche, il apparaît important de conserver un ETP dédié à l'EIS pendant au moins 12 mois après le départ du chargé d'évaluation-stagiaire début septembre 2016. Recruter un(e) chargé(e) de mission dédié(e) aurait donc comme principal avantage de répondre à ce triple objectif d'efficacité, de pérennité et de continuité de l'EIS.

En outre, en dédiant une personne à la conduite de l'évaluation du projet sur les 6 déterminants de santé retenus, ce recrutement permettrait de concentrer les prestations externes financées par l'ANRU sur les deux secteurs géographiques retenus. Il pourrait

par exemple s'agir d'une prestation d'acousticien sur le chantier de réhabilitation des tours Mounier 5 et 7 et d'un bureau d'études spécialisé dans la conception de bâtiments scolaires favorables à la santé pour le futur site de l'école Trégain. Le chargé de mission travaillerait alors à la coordination de ces prestataires avec les maîtrises d'ouvrage (Archipel Habitat ou la Ville de Rennes) et d'œuvre (équipes d'architectes-urbanistes désignées).

Mais ce recrutement a un coût. Ce coût est estimé à 24 000€ HT. Si le poste est mutualisé entre la DSPH et la DAUH, ce coût pourrait être partagé entre la Ville de Rennes et Rennes Métropole.

d) Participation

Enfin, concernant la participation, trois modalités de travail complémentaires sont proposées :

- **Participation à la conception de "la maison de projet"** dans le cadre d'un groupe de travail prochainement mis en place au sein du groupe projet ANRU, dont le SSEnv fait désormais partie intégrante.
- **Rencontre des professionnels de santé et du social du quartier dans le cadre du réseau "Santé et bien-être Maurepas"** afin, dans un premier temps, de leur présenter la démarche EIS et de recueillir des éléments de connaissance sur le Gros Chêne. Une rencontre était prévue en juin mais elle a finalement été reportée. La MPST, qui anime le réseau, devra rapidement être relancée afin de connaître la date de leur prochaine rencontre et d'y organiser une intervention. La DIAP pourra également être associée à cette intervention.
- **Présentation de la démarche EIS à l'antenne de Maurepas du Conseil citoyen rennais.** Cette possibilité, déjà été évoquée avec la DQNE doit être rediscutée avec la DQNE.

Préconisations générales

Au-delà de ces préconisations relatives au futur de la démarche engagée, tant en termes de stratégie de travail que de modalités pratiques, l'EIS du Gros Chêne nous a également permis de tirer des enseignements utiles afin de favoriser à l'avenir l'intégration des problématiques de santé dans les opérations de renouvellement urbain du NPNRU via des EIS.

Ce qui ressort en premier lieu de l'EIS du Gros Chêne est l'importance de bien associer les instances du projet évalué à la démarche EIS. En parallèle de la mise en

place d'instances de gouvernance dédiées, nous nous sommes attachés à informer régulièrement l'équipe projet ANRU de l'évolution de la démarche et à créer des passerelles avec le CoPil ANRU. Cela a permis d'opérer un réel rapprochement entre les acteurs de la santé publique et de l'urbanisme sur cette opération de restructuration urbaine. Le SSEnv fait ainsi aujourd'hui partie de l'équipe projet ANRU de manière permanente, ce qui assure sur le long-terme la prise en compte des problématiques de santé dans la conception du projet mais également dans sa future mise en œuvre.

En second lieu, il apparaît important d'**inscrire l'EIS, et notamment son diagnostic territorial de santé, dans la perspective de l'évaluation d'impact environnementale (EIE)**. L'EIE, obligatoire pour les ZAC, comporte en effet un volet sanitaire, pour lequel l'ARS est saisie. Or, ce volet sanitaire est souvent rempli *a minima* et dans une approche centrée sur les risques sanitaires et environnementaux. Porter l'EIS comme outil producteur de connaissances permettant d'obtenir *in fine* une EIE plus étoffée est une piste d'action essentielle pour assoir la légitimité et l'utilité de la démarche EIS dans les futures opérations de rénovation urbaine.

En dernier lieu, concluons en disant que **toute EIS portant sur une opération du NPNRU se doit d'essayer d'intégrer sa convention ANRU**. Cette convention, signée par la collectivité porteuse du projet et par les différents partenaires financeurs (Conseil régional, Conseil départemental, Etat, ANRU, Caisse des dépôts, ...), fixe le programme des opérations financées par les signataires, les moyens d'ingénierie accordés au projet et le calendrier des opérations. Il comprend également un chapitre « Observation et évaluation », qui détaille l'ensemble des démarches d'évaluation accompagnant le projet ANRU et financées au titre de l'ANRU. C'est ce chapitre que des EIS menées à l'avenir sur d'autres opérations de renouvellement urbain peuvent prétendre intégrer. Une telle intégration leur assurerait des financements tout au long de la durée de la convention mais elle nécessite d'être en étroite relation avec la chefferie de projet ANRU.

Conclusion

Oui, le renouvellement urbain représente une réelle opportunité d'opérationnaliser l'urbanisme favorable à la santé en France dans les années à venir, notamment en facilitant le déploiement des EIS sur le territoire national. En effet, les EIS et la politique de la ville partagent plusieurs de leurs principes-clefs, les quartiers prioritaires permettent de maximiser les plus-values de la démarche EIS et les moyens humains, financiers et politiques de l'ANU assurent un cadre unifié aux EIS tout en permettant à la démarche d'exprimer toute sa flexibilité. Ce faisant, c'est finalement un renouvellement urbain favorable à la santé qui est actuellement en train de se construire dans l'hexagone.

Et notamment à Rennes, pionnière sur les questions d'urbanisme favorable à la santé. Après deux premières EIS conduites en 2008 et 2011, une troisième vient d'être lancée en mars 2016, cette fois sur un projet de restructuration urbaine d'un quartier ANRU, le Gros Chêne. Cinq mois après son lancement, l'EIS clôture sa phase préparatoire. Elle a déjà permis d'identifier les déterminants de santé et secteurs géographiques à investiguer prioritairement dans les prochains mois, de favoriser la participation de l'ensemble des parties prenantes du projet et d'impulser un rapprochement entre les acteurs de l'urbanisme et de la santé. Une dynamique qui devrait s'accroître durant la phase opérationnelle de la démarche, qui va s'engager à partir du dernier trimestre de l'année.

Mais pour éviter que Rennes ne soit une dynamique isolée, il était également important de tirer de l'EIS du Gros Chêne quelques enseignements généraux. Au sortir de la démarche, trois points apparaissent alors essentiels à la future intégration des problématiques de santé dans d'autres opérations de renouvellement urbain du NPNRU : l'association à la démarche EIS des instances de gouvernance du projet ANRU évalué, l'utilisation de l'EIS comme préalable à l'EIE et l'inscription de l'EIS dans la convention ANRU associée au projet évalué. Avec la mise en œuvre de ces trois enseignements chaque fois qu'une EIS sera engagée sur un projet de renouvellement urbain, tâchons de croire que le renouvellement urbain favorable à la santé sera alors définitivement opérationnel.

Bibliographie

Sur l'urbanisme, la santé et ses déterminants

Barton H. et Tsourou C., *Urbanisme et santé – un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, S2D-OMS, Rennes-Copenhague, 2004, 194p.

Bhedimo-Rung A.L. et al., "The significance of parks to physical activity and public health: A conceptual model", *American Journal of preventive medicine*, 28-2, 2005, pp. 159-168.

Chardonnet H. et Faysse P., "Projet urbain et politique de santé, l'expérience de Rennes", in *Villes, santé et développement durable*, La documentation française, Paris, 2007, 550p.

HCN, *Nature and health: the influence of nature on social, psychological and physical well-being*, 2004-09^F, Health council of the Netherlands and Dutch advisory council for research and spatial planning, Nature and the Environment, La Hague, Netherlands.

INPES, dossier "Urbanisme et aménagements favorables à la santé", *La santé en action*, n°434, décembre 2015, Saint Denis, pp. 12-48. Consultable à l'adresse : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-action-434.pdf>

Lee A.C.K. et Maheswaran R., "The health benefits of urban green spaces: a review of the evidence", *J Public Health*, 33-2, 2005, pp.212-222.

Observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS), *L'état de santé des adultes en Zus en 2012, rapport 2014 de l'ONZUS*, Paris, janvier 2015, 10p.

Park J-Y. et al., "Do people have healthier lifestyles in greener environments? An analysis of the association between green environments and physical activity in seven large Korean cities", *Korean J Fam Med*, 34-1, 2013, pp. 58-63.

Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J-L., Cuzin Y., *Agir pour un urbanisme favorable à la santé – concepts et outils*, Guide EHESP/DGS, Rennes, 2013, 191p.

Rydin Y., "Shaping cities for health : complexity and the planning of urban environments in the 21st century", *Lancet*, 380, août 2012, p. 650.

Takano T., Nakamura K. et Watanabe M., "Urban residential environments and senior citizens longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces", *Journal of epidemiology and community health*, 56-12, 2002, pp. 913-918.

Weil M., "Villes : intégrer la santé dans l'urbanisme avec la participation des habitants", *La santé de l'homme*, n°409, sept-oct. 2010, p. 26-28.

World Health Organization, Regional office for Europe, *Charte d'Ottawa*, 1986. Consultable à l'adresse: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

World Health Organization (a), *International workshop on housing, health and climate: Meeting report*, Genève, 2010, 28p. Consultable à l'adresse :

http://www.who.int/hia/house_report.pdf?ua=1

World Health Organization (b), *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques*, Gouvernement d'Australie-Méridionale, Adélaïde, 2010, 4p. Consultable à l'adresse :

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44390/1/9789242599725_fre.pdf

Sur l'outil EIS

De Blasi C., "Recherche et formation : l'EHESP se rêve en modèle d'avenir", *APM news*, 5 avril 2016. Consultable à l'adresse :

<http://www.apmnews.com/story.php?numero=269491>

Bhatia R., *Health Impact Assessment : A guide for practice*, Oakland, Human Health Partners, 2011.

Bourcier E et al., "An Evaluation of Health Impact Assessments in the United States, 2011–2014", *Preventing Chronic Disease*, 12:140376, 2015. Consultable à l'adresse :

<http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.140376>

Diallo T. (sous la dir.), *Guide d'introduction à l'évaluation d'impact sur la santé en Suisse*, Plateforme EIS, 2010. Consultable à l'adresse :

http://www.impactsante.ch/pdf/Guide_eis_francais_2010.pdf

Dubreuil M., Prisse N., "Les EIS : un outil de promotion de la santé - Territoire, incubateurs de santé ?", *Les Cahiers de l'IAU îdF*, n° 170-171, septembre 2014, p. 180-183.

Harris-Roxas B. et al., "Health impact assessment: the state of the art", *Impact assessment and project appraisal*, 30-1, 2012, pp. 43-52.

Health Education authority, *1st UK Health impact assessment conference: A report of the one-day conference held at the Swallow Hotel, Liverpool, on 16 November 1998*, Dolphin Publishing, Londres, 1999, 27p.

INPES, *L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables*, Saint-Denis, 2015, 12p.

Jabot F. et Roué-Le Gall A., "Les premiers pas dans l'évaluation d'impact sur la santé en France", *La santé en action*, n°424, 2013, pp. 54-56.

Kemm J., *Health impact assessment, Past achievement, current understanding, and future progress*, Oxford University Press, Oxford, 2013, 312p.

Mathias K.R. et Harris-Roxas B., "Process and impact evaluation of the Greater Christchurch Urban Development Strategy Health Impact Assessment", *BMC Public Health*, 9:97, 2009.

Million E., *La santé au service d'un urbanisme participatif : l'élaboration d'une évaluation d'impact sur la santé (EIS) en Eurométropole de Strasbourg*, Mémoire PPASP, École des hautes études en santé publique, 2015, 81p.

National collaborating Centre for healthy public policy (NCCHPP), *Four types of impact assessment used in Canada*, Gouvernement du Québec, Québec, 2010, 35p. Consultable à l'adresse : <http://www.ncchpp.ca/docs/EvaluationImpactComparisonEN.pdf>

National collaborating Centre for healthy public policy (NCCHPP), *Health impact assessment: inventory of resources*, Gouvernement du Québec, Québec, 2011, 26p. Consultable à l'adresse : http://www.ncchpp.ca/54/Health_Impact_Assessment.ccnpps

O'Reilly J. et al., *Cost benefit analysis of Health Impact Assessment*, York Health Economics Consortium, Department of Health, England, 2006,

Parry J. et Stevens A, "Prospective health impact assessment: pitfalls, problems and possible ways forward", in *BMJ*, 323, 2001, p. 1177.

Wismar M. et al., *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*, World Health Organization, 2007.

World Health Organization, Regional office for Europe, "Health impact assessment: Main concepts and suggested approach", *Gothenburg consensus paper*, Brussels: European Center for Health Policy, 1999.

Sur des exemples d'EIS

ARS Ile-de-France, ORS Ile-de-France, *EIS Plaine Commune, Rapport d'évaluation*, 2014. Consultable à l'adresse : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/L-Evaluation-d-Impact-sur-la-S.177132.0.html>

Tollec L., *Construction et mise en œuvre d'une démarche d'Évaluation d'Impact sur la Santé pour un projet d'aménagement urbain : Application à la halte ferroviaire de Pontchaillou et ses abords*, Mémoire IGS, École des hautes études en santé publique, 2011.

Sur la politique de la ville

Bœuf JL, « La sarcellite », in *La nouvelle France territoriale*, publié le 26 octobre 2015. Consulté le 23.08.2016 à l'adresse : <http://www.jean-luc-boeuf.fr/actualites/la-sarcellite/>

Epstein R, « La nouvelle politique de la ville au prisme des évaluations du passé ». A paraître dans : Thomas Kirszbaum (dir.), *En finir avec les banlieues ?* Ed. Aube, 2015. 2014.

Harburger S, *Approche intégrée, de quoi parle-t-on ?*, Lettre française du réseau européen de connaissance des politiques urbaines, 3 juillet 2009.

Kirszbaum T, « La politique de la ville devrait servir à interroger les institutions », in *La gazette des communes*, 07.07.2014. Consulté le 05.08.2016 à l'adresse : <http://www.lagazettedescommunes.com/242228/la-politique-de-la-ville-devrait-servir-a-interroger-les-institutions-thomas-kirszbaum-sociologue/>

Mengin C, *La solution des grands ensembles*, Vingtième siècle, 1964, Paris, 1999.

Tellier T, « La fin programmée des grands ensembles », in *Le temps des HLM : 1945-1975*, Ed. Autrement, Paris, 2007, pp. 162-198.

Sur Rennes

Archives de Rennes (Bourdic M.), *Rennes : Cinq siècles d'histoire sociale à travers les archives*, Rennes, décembre 2013, 33p.

Ganiage J, « La population des grandes villes de France », in *Etudes et chronique de démographie historique*, volume 1964, numéro 1, 1964, pp. 281-285.

Le Galès P, *Le retour des villes européennes. Sociétés urbaines, mondialement, gouvernement et gouvernance*, Presses de Sciences Po, Paris, 2003, 391p.

Sur le quartier du Gros Chêne et son projet de restructuration

Contrat de Ville Rennes Métropole 2015-2020

Gros Chêne 2030, Projet pour la requalification urbaine du quartier.

La Fabrique Urbaine, Étude de requalification urbaine du quartier du Gros Chêne.

Liste des annexes

Annexe 1 : Planning prévisionnel de l'EIS Gros Chêne

Annexe 2 : Diagnostic santé du Gros Chêne

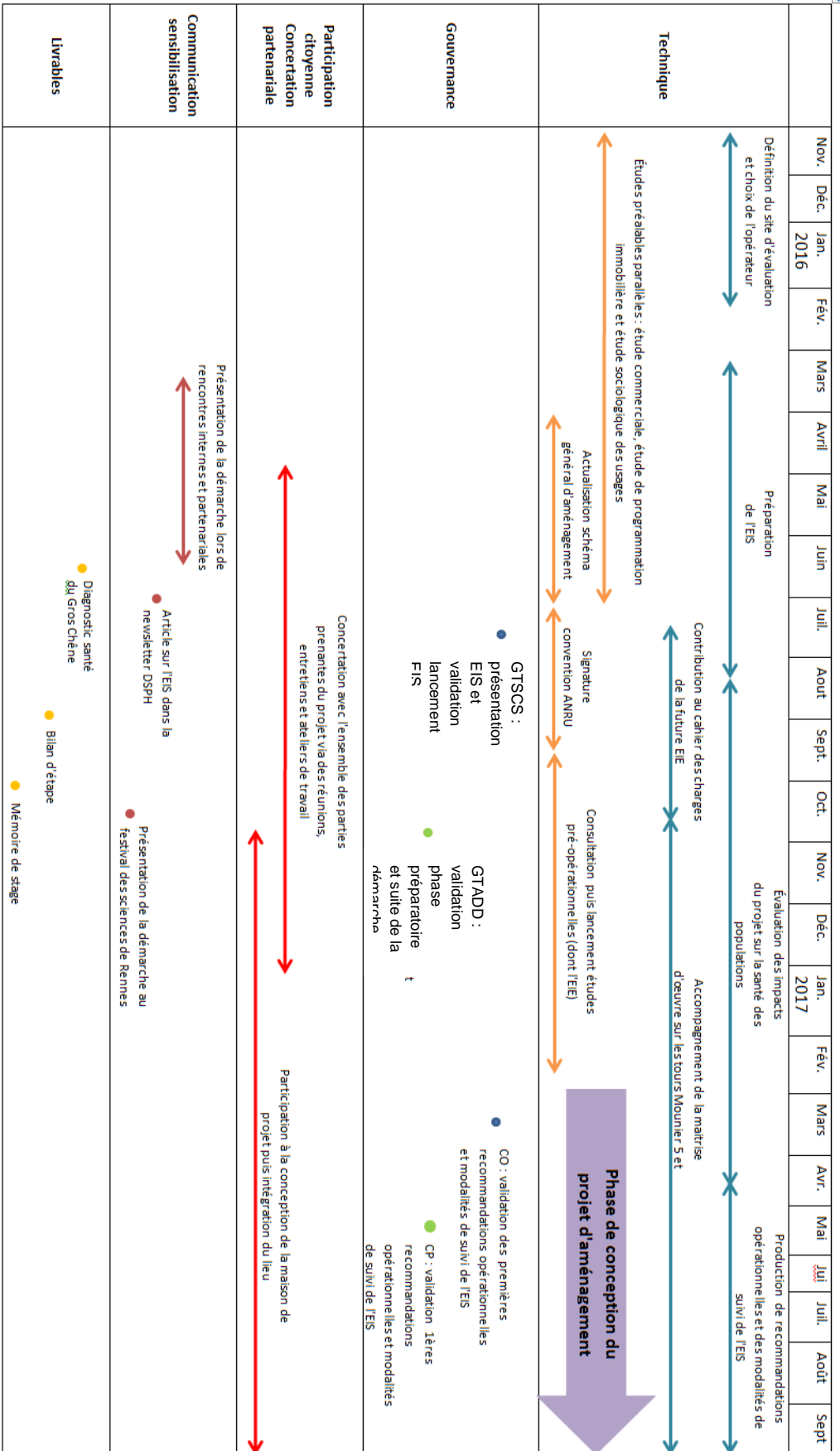
Annexe 3 : Périmètre(s) de l'EIS

Annexe 4 : Schéma général d'intervention

Annexe 5 : Modèle causal

Annexe 6 : Définition des secteurs prioritaires de l'EIS

ANNEXE 1 – Planning prévisionnel



ANNEXE 2 – Diagnostic santé du quartier



Les données

- Les données présentées sont autant quantitatives que qualitatives. Leur méthodologie de recueil est donc mixte (observations, entretiens, analyse de la littérature et exploitation de bases de données).
- Elles concernent le périmètre du projet urbain (en jaune dans l'image ci-contre). A défaut de disponibilité, les données de l'Insee sont à l'échelle IRIS (en rayé bleu et blanc) et les données de l'APRAS sont à l'échelle du territoire prioritaire Maurepas (en rouge).
- Selon les sources, leur année de référence varie de 2011 à 2016.



Le quartier

- Un quartier construit dans les années 50 pour accueillir les ouvriers des usines PSA puis qui a fait face à un processus de déclassement.
- Un quartier qui a connu plusieurs interventions sur son bâti et ses espaces publics extérieurs au cours des années 80 et 90.
- Aujourd'hui, un quartier d'habitat locatif social très homogène et peu attractif avec des commerces en perte de vitesse et une population paupérisée mais au sein d'une zone Nord-Est en renouvellement.

L'essentiel



Au-delà des comportements individuels, l'état de santé dégradé des habitants du Gros Chêne ainsi que son décrochage par rapport au reste de la ville peuvent aussi s'expliquer par des facteurs tels que la situation de grande précarité et l'environnement familial des habitants, l'offre de soins et services limitée dont ils bénéficient, le cadre bâti bruyant au sein duquel ils vivent ou encore par leur adhésion moindre aux dispositifs de prévention.

Mais le tableau n'est pas tout noir au Gros Chêne. Le quartier dispose ainsi de plusieurs atouts, notamment une qualité des milieux (eau, air, sols, biodiversité, ...) globalement satisfaisante, de nombreux équipements publics et services sociaux de proximité et une importante mobilisation des acteurs du champ sanitaire et social.

Un état de santé dégradé

Des problèmes de santé dès le plus jeune âge

Chez les enfants scolarisés sur le quartier, prévalence élevée de problèmes de santé (troubles visuels, caries et situations de surpoids) liés aux comportements et habitudes de vie. Sources : *Service Santé-enfance 2026* et *APRAS 2023*.

Une concentration de publics fragiles

- **Affections de longue durée** : le quartier compte les plus forts taux d'assurés sociaux en situation d'affection de longue durée de la ville (jusqu'à 23% des assurés sociaux contre 15% seulement à l'échelle de la ville). Au nombre de 19, ces ALD sont des maladies dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapie particulière coûteuse. Exemples : Alzheimer, diabète de type 1, ... Source : *CPAM 2021*.
- **Invalidité et handicap** : le quartier compte le plus fort taux d'assurés sociaux en situation d'invalidité de la ville (5%). De même pour le taux de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (55% de la pop. 20-60 ans du quartier, soit environ 600 personnes). Source : *CPAM 2021*.
- **Fragilité psychologique** : le quartier compte de nombreuses personnes en situation de fragilité psychologique, d'ou des problématiques d'hébergement au sein du parc social (nuisances sonores, jets de projectiles, suicides, ...). Source : *DDNE 2026*.

Les déterminants individuels de santé

Une population sous-évaluée et vieillissante

5 600 habitants en 2022 selon l'Insee mais de nombreuses personnes hébergées chez des tiers ne sont pas comptabilisées. Des situations de surpeuplement de logements sur le quartier, qui favorisent notamment les problématiques de stress chronique et de maladies infectieuses et peuvent limiter la réussite scolaire et le développement psychosocial des enfants (Riva et al., 2013). Une pyramide des âges tirée vers les extrêmes (augmentation des -3 ans et des 18- 24 ans ainsi que des 50-65 ans et + depuis 2006), ce qui implique des enjeux d'adaptation des logements et espaces publics au vieillissement et d'offre en services et équipements pour les plus jeunes.

Des comportements et habitudes de vie peu favorables à la santé

- **Consommation et vente d'alcool et de drogues sur l'avenue publique** ainsi que des cas de prostitution, ce qui limite les possibilités d'appropriation des espaces publics pour d'autres usages et provoque un sentiment d'insécurité chez une partie de la population. Sources : *Direction de quartier Nord-Est 2026*, *Police municipale et police nationale 2026*.
- **Pratique d'activités physiques encadrées relativement limitée** chez les adolescents et adultes du quartier, *g'fortori* chez les jeunes femmes. Source : *Office des sports 2023*.
- **Nombreuses incivilités et conflits de voisinages**, qui ne favorisent pas la cohésion sociale à l'échelle du voisinage et du quartier. Augmentation du nombre de plaintes depuis 2023, surtout liées au bruit. *Service Santé-Environnement (SSEnV) 2026*.

Les déterminants liés à l'offre de soins et de services

Une offre de soins limitée et inégalement répartie

- **Une offre de soins primaires et secondaires limitée** : les densités d'infirmiers, médecins-généralistes et spécialistes du quartier sont toutes inférieures aux moyennes de la ville. Rapportées à l'état de santé et la précarité des habitants, ces densités sont préoccupantes (0,81 médecin pour 100 bénéficiaires CMU-C vs. 1,27 à l'échelle de la ville). Sources : *Ordre des médecins 2026* et *CPAM-APRAS 2023*.
- **Au-delà des professionnels libéraux, le constat est le même du côté des structures généralistes et spécialisées**. Car si le quartier compte 2 pharmacies implantées au sein des centres commerciaux de l'Europe et du Gros Chêne ainsi qu'un centre médico-psychologique, il n'y a en revanche pas de centre hospitalier ni de centre de radiologie ou de dialyses. Sources : *Corrosanté ARS 2026* et *ATH 2026*.
- **Une offre de soins inégalement répartie** : A l'exception d'une pharmacie, tous les professionnels libéraux sont situés sur les axes routiers longeant la zone (rue du Fougères et avenue Patton). Il n'y a pas d'exercice isolé en cœur de quartier, là où vivent les populations les plus vulnérables.
- **Une démographie médicale vieillissante** : la moitié des médecins-généralistes du Gros Chêne et des quartiers environnants ont 55 ans ou plus. La question du renouvellement des professionnels de santé, dans ce quartier peu attractif, est donc à anticiper.

Une offre sociale importante et de proximité mais sur le départ

- (source : *Ville de Rennes 2026*)
- **Offre sociale actuelle importante** : 1 CDAS, 1 CCAS, 1 centre social et 1 CAF regroupés au sein de l'ESC.
- **Mais départ acté de l'ESC** pour le quartier limitrophe du Gast, ce qui va limiter son accessibilité pour les habitants du Gros Chêne.

Une offre médico-sociale très limitée

- (source : *Ville de Rennes 2026* et *Conseil départemental 35 2026*)
- **Offre médico-sociale** : pas de CLIC, pas de MAIA, pas d'EHPAD, pas de SSIAD.

Une offre de services éducatifs et préventifs importante mais peu sollicitée

- (source : *CPAM 2021*, *APRAS* et *Service santé-enfance 2023*)
- **Dispositif MTD** : peu sollicité sur le quartier. Cela illustre les problèmes de non-recours aux soins qui sont importants sur le quartier, et ce même quand leur accès est facilité par un dispositif public.
- **Le bilan de santé scolaire obligatoire** : il est effectué de la même manière à l'école Tregain (en cœur de quartier) que dans les autres établissements scolaires de la ville mais il nécessite plus de suivi (i.e. reprises de nouvelles surfe à un problème de santé identifié lors du bilan).

Les déterminants environnementaux de la santé (1)

Une qualité des milieux globalement satisfaisante

- **Qualité de l'air intérieur et extérieur** : Respect des exigences réglementaires. *Sources* : Air Breizh et SSENy 2016.
- **Qualité de l'eau** : Respect des exigences réglementaires. *Sources* : Ministère de la santé 2014.
- **Site et sols pollués** : 3 sites potentiellement pollués avec risques faibles (sites d'implantation d'anciennes stations-service et d'un Manoprix). *Sources* : Fichiers Basos et CPE 2016.
- **Nuisances sonores** : 7 immeubles d'habitations exposés à plus de 70dba (valeur d'exposition limite) générés par le trafic routier. *Source* : Rennes Métropole 2015.
- **Ondes radioélectriques** : Respect des exigences réglementaires (plus haute valeur relevée : 0,95 volt/mètre ; valeur limite d'exposition : 41 V/m). *Source* : Ville de Rennes 2015.
- **Climat** : Phénomène d'îlot de chaleur urbain limité (+2°C). *Source* : Université Rennes 2 2013.

Un cadre bâti bruyant et peu attractif mais un quartier bien doté en équipements publics et espaces verts

(*sources* : **DDNE 2016** et **Archipel Habitat 2016**)

- **Habitat** : parc social très homogène et peu attractif (loyers les plus bas du parc locatif social) ; 9 refus en moyenne avec une acceptation de logement social). Mauvaise isolation phonique mais isolation thermique externe revue.
- **Équipements locaux** : centres commerciaux enclavés et dégradés. Équipements sportifs et culturels nombreux et utilisés.
- **Espaces publics extérieurs** : espaces verts nombreux et entretenus par la collectivité.

Un quartier bien desservi mais enclavé

(*sources* : **Réseau STAR 2014**, **Rennes Métropole 2016** et **AUDIAR 2014**)

- **Quartier bien desservi par les transports publics** : 2 bornes de vélo STAR, 7 ligne de bus toutes accessibles PMR et ligne B du métro en 2020.
- **Quartier bien desservi par la route mais enclavé au milieu d'importants axes routiers**, qui sont également des zones accidentogènes (avenues de Rochester et Patton, rond-point des Gayvilles). En parallèle, développement limité des "nouvelles mobilités" avec une première station d'autopartage rue de Fougères.
- **Une trame vraie également à questionner**, car elle accumule plusieurs faiblesses (cheminements piétons peu clairs et ne correspondant pas toujours aux trajets privilégiés des habitants, bandes cyclables absentes ou entrecoupées...). Combinées à la topographie difficile du site et au faible développement des services d'autopartage ou de vélos en libre-service, ces faiblesses ne favorisent pas le développement des mobilités actives.

Les déterminants environnementaux de la santé (2)

Un environnement socioéconomique peu favorable à la santé

(*sources* : **Insee 2012** et **APRAS 2013**)

- **Famille** : importante natalité. Des structures familiales fragiles avec des mères plus jeunes que dans le reste de la ville (25% ont 25 ans ou moins contre 15% à l'échelle de la ville) et de nombreuses familles monoparentales. Or, ces structures familiales là, plus susceptibles d'être concernées par la précarité et la perte de solidarité familiales, sont associées à des problèmes de renoncement aux soins et de stress important pouvant engendrer divers symptômes psychosomatiques tels que l'insomnie, la dépression ou l'asthme (Council of Europe, 1997 ; Moncrief et al. 2014).
- **Mixité culturelle** : Grande mixité culturelle avec 20% d'immigrés (+30% sur 5 ans) et plus de 50 nationalités présentes sur le quartier. Cette diversité peut représenter une richesse culturelle et ne semble pas créer de problèmes majeurs de cohabitation. Certains modes de vie associés (habitudes culinaires, rythme de vie, ...) peuvent toutefois être défavorables à la santé des individus, notamment en matière d'obésité infantile.
- **Mixité sociale** : Faible mixité sociale avec surreprésentation des employés et ouvriers et nette sous-représentation des cadres (une structure "basse" de l'emploi). Cette faible mixité est renforcée par la séparation spatiale qui existe entre les tours du parc locatif social au Nord et à l'Est du quartier et les maisons individuelles au sud-est du quartier, avec des stratégies d'évitement de l'école Trégain. Les effets bénéfiques que peut avoir la mixité sociale sur la santé des individus, qui s'étalent quand la mixité est organisée à l'échelle d'un bâtiment et arrive à produire de la cohésion sociale (Mugramo et Palvarani, 2013 ; Melis et al. 2015), semblent donc difficilement mobilisables sur le quartier.
- **Participation citoyenne** : Une participation aux élections limitée et en diminution (entre -5 et -10pts de % par rapport à moyenne nationale) qui témoigne peut-être du rejet croissant de la classe politique chez certains habitants ainsi que de leur désignation face à leurs problèmes du quotidien. A noter : aucun projet de la Fabrique citoyenne n'a été proposé par un habitant du quartier ou ne le concerne directement.

Un environnement socioéconomique dégradé

(*sources* : **Insee 2012** et **APRAS 2013**)

- **Formation** : Surreprésentation des BEP/CAP ; sous-représentation des Bac+2 et plus.
- **Emploi/travail** : Taux de chômage très élevé (29%) et en décrochage par rapport au reste de la ville (15%). On note en outre un recul inquiétant de l'emploi des jeunes, mêmes diplômés. Un « effet quartier » négatif semble donc exister en matière d'insertion professionnelle.
- **Revenus** : Revenu médian à 944 € vs. 1573 € pour Rennes.
- **Précarité** : 40% bénéficiaires CMU-C vs. 15% pour Rennes. Plus de 1000 ménages bénéficiaires du RSA.

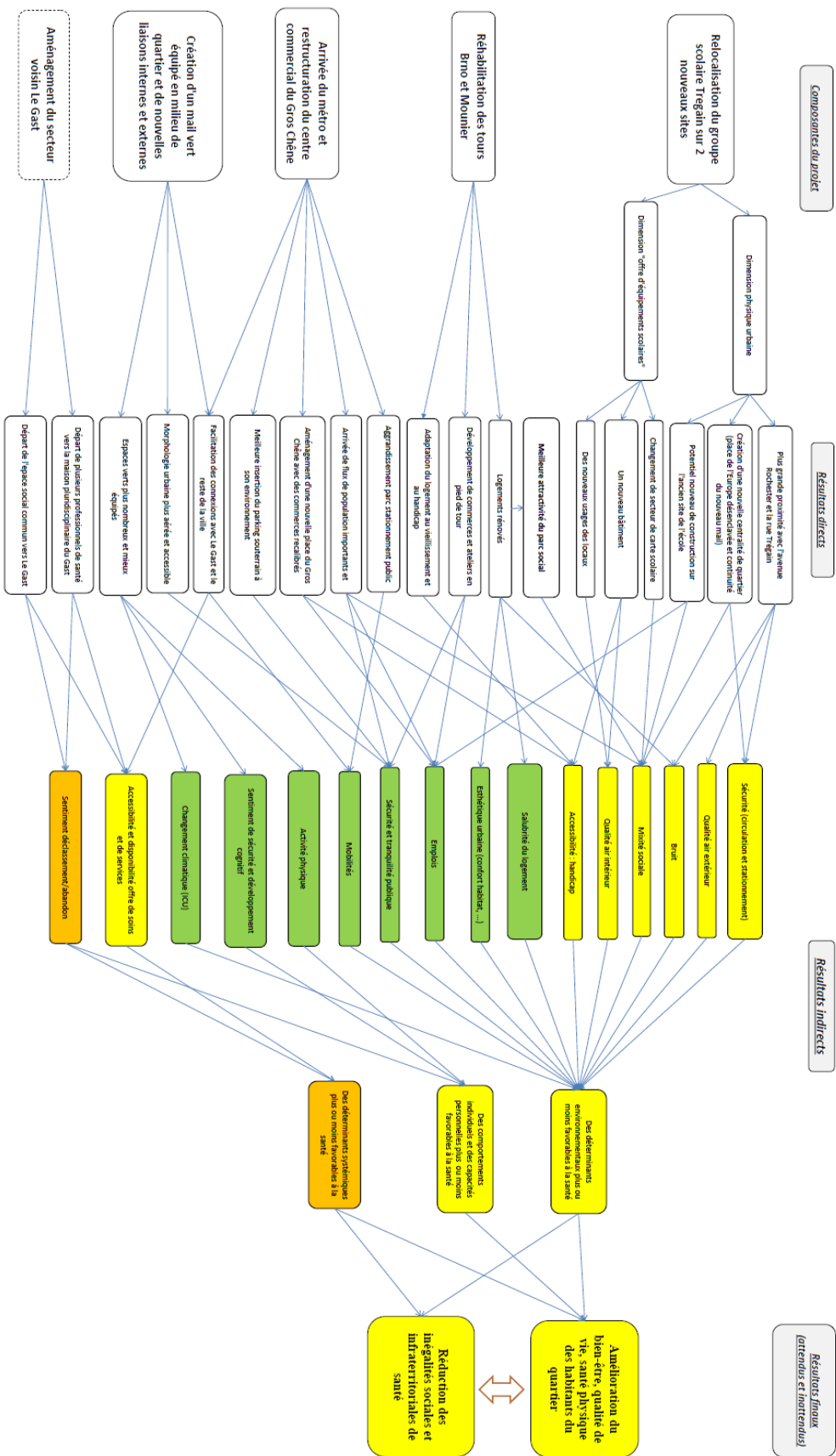
Au final, la population du Gros Chêne est dans une situation de grande précarité. Quand on sait que la précarité impacte négativement la santé des populations par de nombreux biais (junk food pluriel qui alimente l'équilibre, moindre pratique du sport, liens sociaux faibles, lieux de vie dégradés, moins d'information sur les comportements et dispositifs de prévention, renoncement aux soins, ...) agir en faveur du développement socioéconomique du quartier apparaît alors comme un enjeu majeur de santé publique.

ANNEXE 4 – Schéma d'intervention général



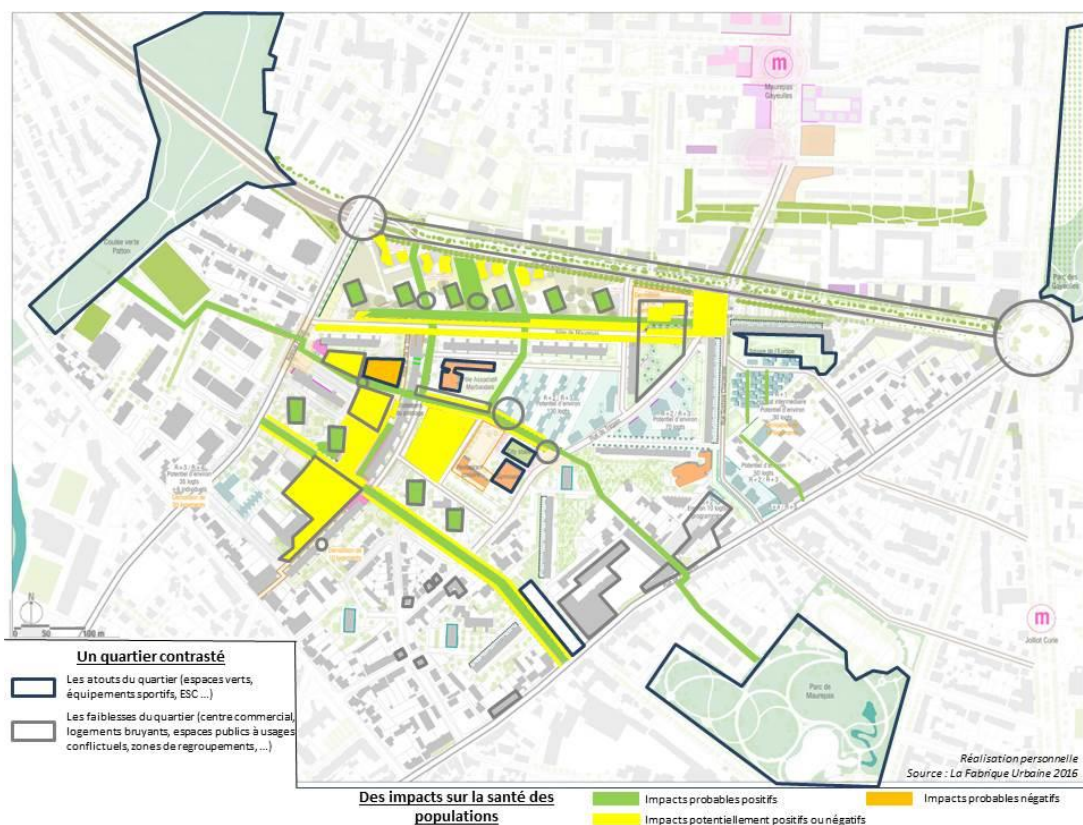
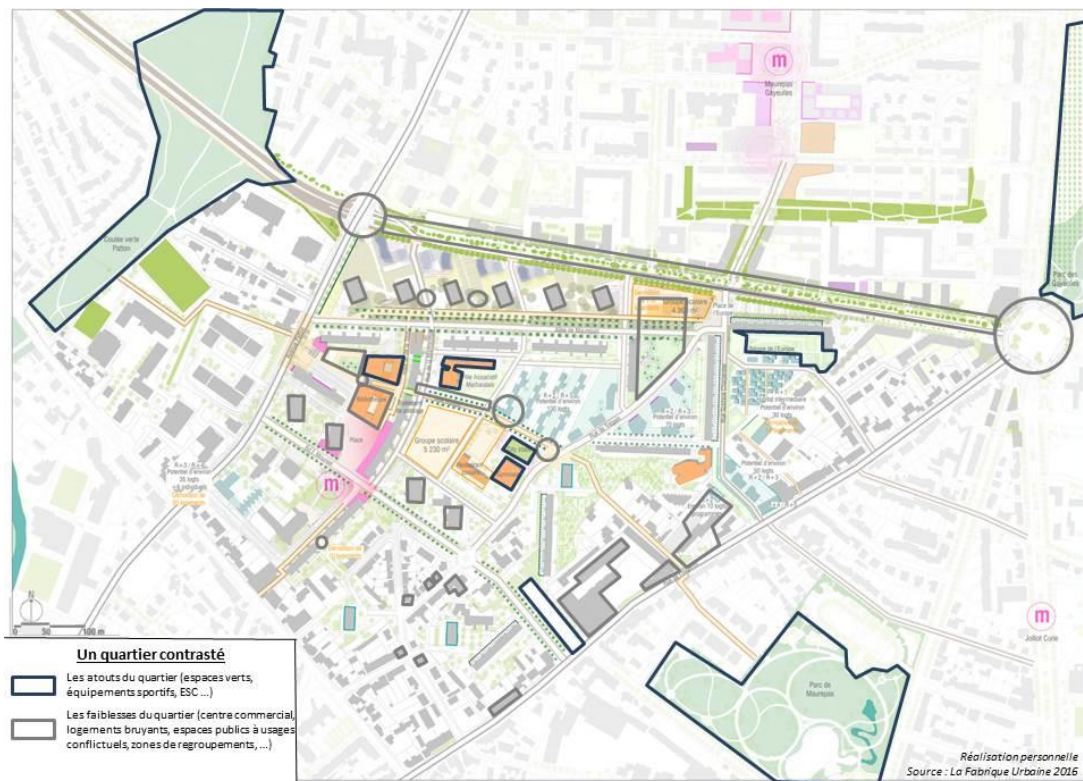
Guilhem DARDIER -

ANNEXE 5 – Modèle causal

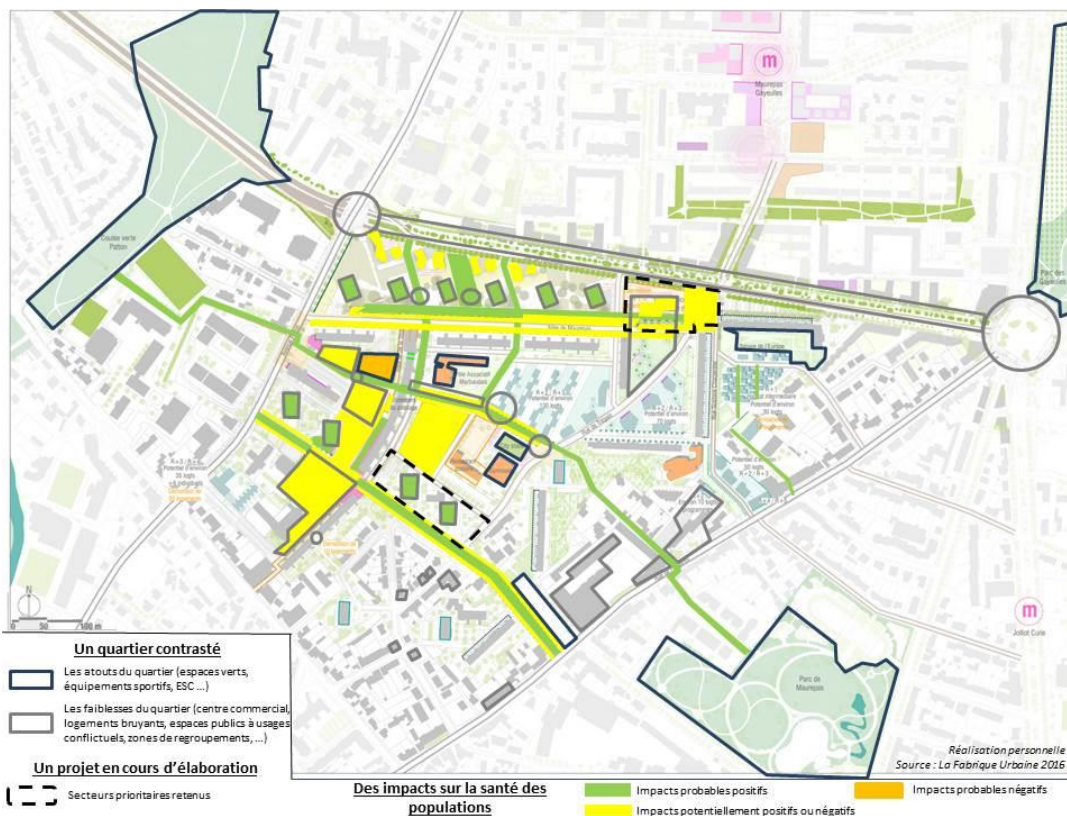
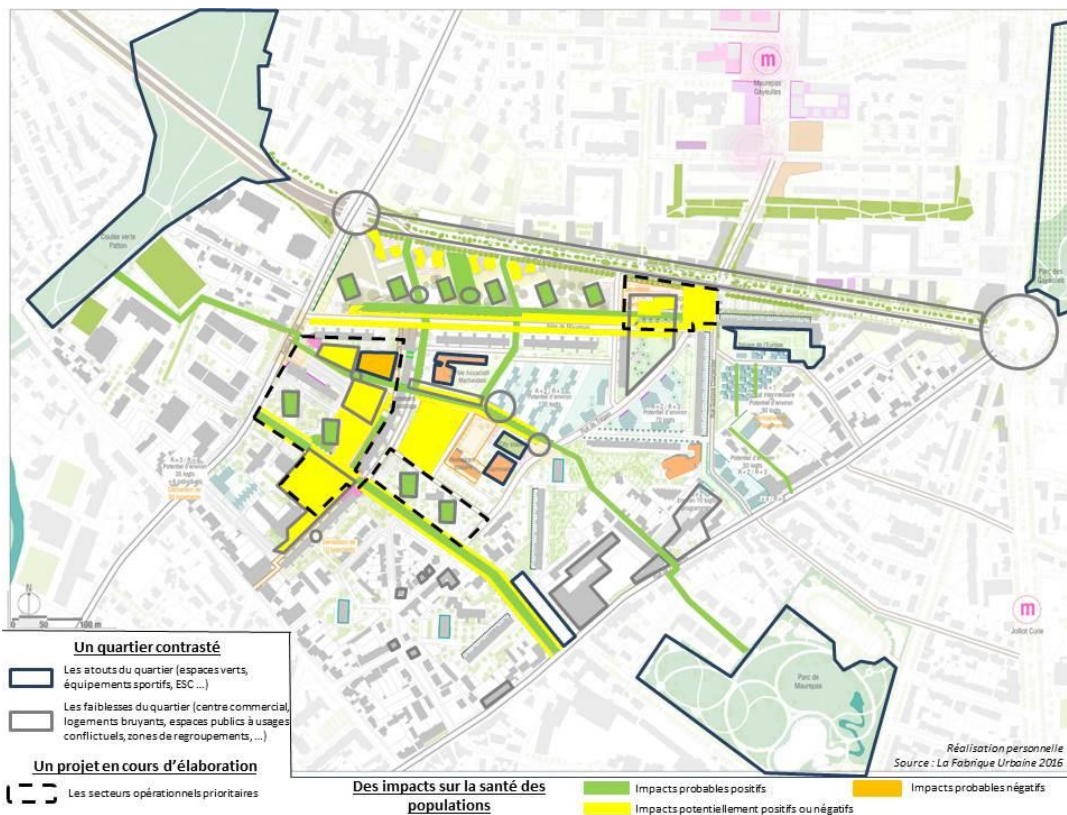


Guilhem DARDIER -

ANNEXE 6 – Définition des secteurs prioritaires



Guilhem DARDIER -



Guilhem DARDIER -

DARDIER	Guilhem	23/09/2016
Master 2		
Pilotage des politiques et actions en santé publique		
Agir pour un renouvellement urbain favorable à la santé : l'exemple du quartier du Gros Chêne à Rennes		
Promotion 2015-2016		
<p>Depuis la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946, la santé n'est plus entendue comme la simple absence de maladie mais comme "un état de complet bien-être, à la fois physique, mental et social" déterminé par un ensemble de facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Cette définition permet de considérer que l'urbanisme peut être favorable à la santé. Par ricochet, les politiques territoriales et urbaines deviennent des potentiels leviers d'action sur l'état de santé des populations. Marginales à leurs débuts, ces notions font aujourd'hui plus largement consensus. Pourtant, intégrer ces dimensions de santé publique dans des politiques ou projets urbains semble toujours difficile à mettre en œuvre (Rydin, 2012 ; Kemm, 2013). L'enjeu se situe donc aujourd'hui dans la capacité des territoires à opérationnaliser le concept d'urbanisme favorable à la santé.</p> <p>Le renouvellement urbain représente alors une réelle opportunité de relever ce défi en France dans les années à venir, notamment en facilitant le déploiement des évaluations d'impacts santé (EIS) sur le territoire national. En effet, les EIS et la politique de la ville partagent plusieurs de leurs principes-clefs, les quartiers prioritaires permettent de maximiser les plus-values de la démarche EIS et les moyens humains, financiers et politiques de l'ANU assurent un cadre unifié aux EIS tout en permettant à la démarche d'exprimer toute sa flexibilité. Ce faisant, c'est finalement un renouvellement urbain favorable à la santé qui est actuellement en train de se construire dans l'hexagone.</p> <p>Et notamment à Rennes, pionnière sur les questions d'urbanisme favorable à la santé. Après deux premières EIS conduites en 2008 et 2011, une troisième vient d'être lancée en mars 2016, cette fois sur un projet de restructuration urbaine d'un quartier ANRU, le Gros Chêne. Cinq mois après son lancement, l'EIS a déjà permis d'identifier les déterminants de santé et secteurs géographiques à investiguer prioritairement dans les prochains mois, de favoriser la participation de l'ensemble des parties prenantes du projet et d'impulser un rapprochement entre les acteurs de l'urbanisme et de la santé. Une dynamique qui devrait s'accroître durant la phase opérationnelle de la démarche, qui va s'engager fin 2016.</p> <p>Mais pour éviter que Rennes ne soit une dynamique isolée, il était également important de tirer de l'EIS du Gros Chêne quelques enseignements généraux. Au sortir de la démarche, trois points apparaissent alors essentiels à la future intégration des problématiques de santé dans d'autres opérations de renouvellement urbain du NPNRU : l'association à la démarche EIS des instances de gouvernance du projet ANRU évalué, l'utilisation de l'EIS comme préalable à l'EIE et l'inscription de l'EIS dans la convention ANRU associée au projet évalué. Avec la mise en œuvre de ces trois enseignements chaque fois qu'une EIS sera engagée sur un projet de renouvellement urbain, tâchons de croire que le renouvellement urbain favorable à la santé sera alors définitivement opérationnel.</p>		