



**Mastère Spécialisé Ingénierie et Management
des risques en santé environnement travail**

Promotion : **2014-2015**

Date du Jury : **Novembre 2015**

**Promotion d'un urbanisme favorable à la santé :
comment mieux utiliser les Contrats Locaux de Santé
pour une meilleure prise en compte des déterminants
de santé liés à l'environnement au niveau des
territoires**

Jeanne LEVENARD

Lieu de stage : DGS, Paris

Référents professionnels : Corinne Drougard

Sophie Hérault

Référent Pédagogique : Michèle Legeas

Remerciements

Je tiens dans un premier temps à remercier Corinne Drougard, adjointe au chef de bureau Environnement intérieur, milieux du travail et accidents de la vie courante, et Sophie Hérault, adjointe au chef de bureau environnement extérieur et produits chimiques, qui m'ont fait confiance et m'ont permis d'intégrer leurs services. Merci pour m'avoir accueillie et m'avoir encadrée tout au long de mon stage. Je veux également remercier Stéphanie Loyer, chargée de mission évaluation des risques sanitaires, urbanisme et biosurveillance, qui a participé activement à mon encadrement et a su prendre le temps pour m'enseigner tout ce qu'elle savait de l'urbanisme favorable à la santé. Merci à Ghislaine Palix-Cantone et Caroline Paul pour m'avoir accueillie dans leurs services.

Un grand merci à Michèle Legeas, enseignante chercheur en santé publique environnementale, référente pédagogique de l'EHESP qui a su, malgré un emploi du temps très chargé et plusieurs milliers de kilomètres de distance, se rendre disponible pour me guider et me conseiller durant ces 5 mois.

Je souhaite remercier l'ensemble des services EA1 et EA2. Merci à Laurine, Berengère, Soizic, Anne, Muriel, Caroline, Marie, Ysaline, Alice, Eugène et Grégoire pour leur aide, leur bienveillance et pour m'avoir permis de travailler dans un cadre très agréable.

Je tiens également à adresser mes remerciements à mes interlocuteurs tout au long de ce travail pour leur disponibilité, leur partage d'expériences, leurs remarques et observations qui ont été un apport essentiel à la construction de ce mémoire.

Et enfin merci à Sophie Devaux et Hanitra Rasolomampandra pour leur soutien, leur bonne humeur et leurs amitiés tout au long de cette année. Merci à Quentin et Ange qui me soutiennent dans tous mes projets.

Sommaire

Introduction	1
1. Contexte	2
1.1. Qu'entend-on par un urbanisme favorable à la santé : quels sont les enjeux associés ? ...	2
1.1.1. Historique et définition	2
1.1.2. Des enjeux sanitaires et environnementaux	3
1.1.3. Des enjeux sociaux : réduire les inégalités de santé	4
1.2. Promouvoir un urbanisme favorable à la santé : une volonté politique nationale à traduire au cœur des territoires	5
1.2.1. Un urbanisme favorable à la santé : vers une vision intégrée de la santé que souhaite promouvoir la DGS	5
1.2.2. Promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans des plans et démarches nationaux.....	6
1.3. Le CLS : une voie d'action pour promouvoir la santé dans les projets et documents d'urbanisme	7
1.3.1. Les collectivités : les acteurs locaux de l'urbanisme	8
1.3.2. Les ARS : les acteurs de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé.....	8
1.3.3. Les CLS : un outil aux mains des ARS.....	9
2. Méthodologie du mémoire	9
2.1. Examens des CLS signés à ce jour et critères de sélection des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé	10
2.2. Détermination de l'intérêt des CLS, identification d'autres leviers et propositions d'améliorations	10
3. Le CLS : un outil offrant de nombreuses possibilités	12
3.1. Etat des lieux de la prise en compte de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS	13
3.1.1. Une prise en compte débutante	13
3.1.2. Les axes stratégiques et actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé.....	13
3.2. Origine des axes stratégiques et actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé ...	15
3.2.1. Phase 1 : le diagnostic de santé, une étape déterminante	16
3.2.2. Phase 2 : Détermination des axes stratégiques et actions	19
3.2.3. Phase 3 : Mise en œuvre du CLS	20
3.2.4. Cas des CLS de Romans sur Isère, de Rennes et de Blois.....	20
3.3. Intérêts des CLS pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé	22

3.3.1.	Adaptabilité aux besoins d'un territoire	22
3.3.2.	Une occasion de contractualiser sur des champs transversaux pour un partage de connaissances	23
3.3.3.	Un outil pour formaliser un engagement sur la durée	24
3.4.	Les limites actuelles de la contractualisation via les CLS pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé	24
3.4.1.	Une sensibilisation des acteurs pas toujours suffisante.....	24
3.4.2.	Un outil de contractualisation dans la limite du champ de compétences des collectivités	25
3.4.3.	Une évaluation des CLS débutante	26
4.	Propositions pour mieux utiliser les CLS au profit de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé.....	26
4.1.	Sensibilisation et formation des acteurs de la santé et de l'urbanisme	27
4.2.	Intégration de l'urbanisme favorable à la santé dès les premières phases d'élaboration du CLS – Complément au kit méthodologique	28
4.3.	Un référentiel d'actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé	31
4.4.	Un travail de capitalisation sur les CLS à mener	32
4.4.1.	Des échanges intra et interrégionaux à créer	32
4.4.2.	Un support de communication inter régional : newsletter	33
4.4.3.	Un document de plaidoyer à l'attention des ARS	34
5.	Propositions pour une meilleure prise en compte d'un urbanisme favorable à la santé à travers d'autres outils	34
5.1.	Articulation et renforcement mutuel avec les CLS.....	35
5.1.1.	Participation des ARS à l'élaboration des documents de planifications.....	35
5.1.2.	Intégration comme volet santé des contrats de ville et Agenda 21 locaux.....	36
5.1.3.	Eco-quartiers	38
5.1.4.	Evaluation d'impact sur la santé (EIS) : un outil innovant à développer	38
5.2.	Partenariat interministériel autour de documents de planification	40
5.3.	L'urbanisme favorable à la santé : une intersectorialité à cultiver	41
5.4.	Une plate-forme nationale dédiée aux leviers d'un urbanisme favorable à la santé	43
	Conclusion.....	44
	Bibliographie.....	45
	Annexes	48

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Atelier Santé Ville

CLS : Contrat Local de Santé

DGS : Direction Générale de la Santé

DTADD : Directives Territoriales
d'Aménagements et de Développement
Durable

EE : Evaluation Environnementale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en
Santé Publique

INPES : Institut National de Prévention et
d'Education pour la santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDU : Plan de Déplacement Urbain

PLH : Programme Local de l'Habitat

PLU(i) : Plan Local d'Urbanisme
(intercommunal)

PRS : Projet Régional de Santé

SAR : Schéma d'Aménagement Régional

SCoT : Schéma de Cohérence Territoriale

SNIT : Schéma National des
Infrastructures de Transports

SE : Santé environnementale

UFS : Urbanisme Favorable à la Santé

Introduction

L'impact de l'aménagement du territoire sur la santé est depuis de nombreuses années reconnu. Toutefois, si aujourd'hui cette notion est bien étudiée, elle est encore trop peu souvent au cœur des projets d'aménagement. Ce mémoire part donc de ce constat simple : les déterminants de santé sont trop peu pris en compte dans les réflexions et décisions d'urbanisme.

La Direction Générale de la Santé (DGS) a initié un travail visant à promouvoir un urbanisme favorable à la santé par l'intégration d'objectifs et d'actions au sein des politiques publiques (PNSE3, feuille de route de la conférence environnementale, etc...), par son soutien au réseau des villes-santé de l'OMS, et par un travail de sensibilisation auprès des ARS (mise en place d'un guide, formations...). La DGS souhaite donc poursuivre et identifier les différents leviers sur lesquels agir. Le but ici est de définir où et comment agir pour que les déterminants de santé de l'urbanisme soient pris en compte systématiquement. Il s'agit d'identifier les leviers qui permettraient d'insuffler une dynamique d'urbanisme favorable à la santé auprès de l'ensemble des acteurs de l'urbanisme (élus, aménageurs, urbanistes...).

Les agences régionales de santé (ARS), mises en place en 2010 sont chargés de mettre en œuvre et d'animer les politiques de santé publique à l'échelle régionale. Elles ont pour mission de promouvoir la santé sur leur territoire. Il s'agit par conséquent d'interlocuteurs importants pour les collectivités dans le domaine de la santé au niveau des territoires. Outre l'avis sanitaire obligatoire rendu par l'ARS dans certaines conditions et les missions régaliennes (protection de captages, habitats insalubres...), celle-ci dispose d'outils lui permettant d'assurer la prise en compte de la santé dans les projets d'urbanisme parmi lesquels les Contrats Locaux de Santé (CLS).

Ce mémoire s'intéressera principalement à cet outil de contractualisation et tentera de déterminer dans quelle mesure les CLS permettent la promotion d'un urbanisme favorable à la santé. Dans un premier temps seront présentées les notions d'urbanisme favorable à la santé en expliquant les enjeux associés. Dans un second temps, la méthodologie employée sera détaillée afin de comprendre comment cette étude a été menée. Puis une analyse du contrat local de santé sera conduite pour déterminer les forces qu'il présente pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé. Enfin des propositions seront présentées pour améliorer la prise en compte d'un urbanisme favorable à la santé dans les CLS avant de s'intéresser à d'autres leviers à disposition du ministère ou des ARS pour la prise en compte des déterminants de santé dans les projets d'urbanisme.

1. Contexte

1.1. Qu'entend-on par un urbanisme favorable à la santé : quels sont les enjeux associés ?

1.1.1. Historique et définition

C'est au cours du XIX^{ème} siècle, après l'apparition de grandes épidémies dans les villes, que le lien entre urbanisme et santé fut établi. La santé était alors perçue d'un point de vue hygiéniste et fortement associée à la qualité des systèmes d'assainissement, la salubrité des habitations ou à la qualité de l'eau consommée.

En 1946, l'OMS a défini la santé de manière bien plus large comme étant (1) : « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Dès lors, l'OMS ne réduit plus la santé aux seuls facteurs biologiques et comportementaux, mais met en avant qu'elle dépend aussi de facteurs d'ordres sociaux, économiques et environnementaux. Ces facteurs sont appelés « déterminants de la santé », ils peuvent influencer l'état de santé d'un individu de manière isolée ou en interactions complexes les uns avec les autres. Tels que décrits par l'OMS, les déterminants de santé peuvent être impactés par les choix d'aménagement et d'agencement de l'espace urbain. (L'historique du lien entre santé et urbanisme et les déterminants de santé sont détaillés en annexe 1)

L'urbanisme impacte de nombreux déterminants de santé (2) relatifs :

- aux modes de vie, aux structures sociales et économiques,
- au cadre de vie, aux constructions et aménagements,
- aux milieux et aux ressources.

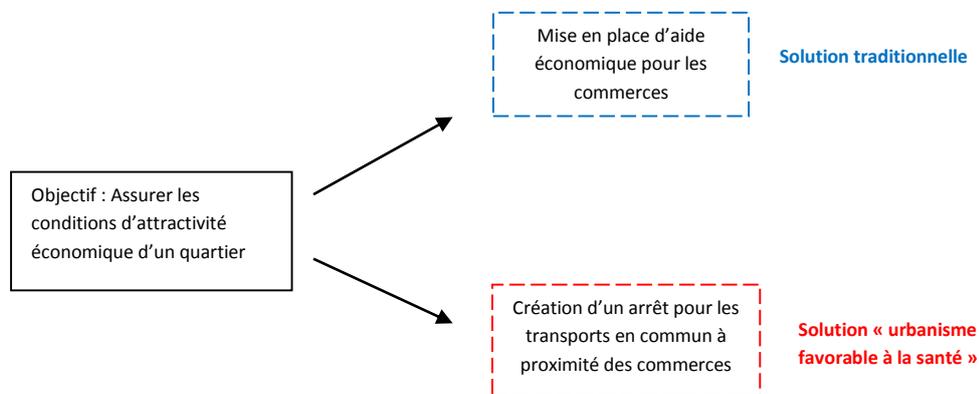
De la nécessité mondiale d'agir pour favoriser et développer la santé urbaine, est né le réseau ville-santé de l'OMS en 1987, qui fonda la notion d'urbanisme favorable à la santé. Barton et Tsourou (2000) ont défini les principes de ce concept dans leurs travaux pour l'OMS de manière suivante : « un type d'urbanisme favorable à la santé implique des aménagements qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en respectant les trois piliers du développement durable (écologique, social, économique). Il porte également les valeurs d'égalité, de coopération intersectorielle et de participation, valeurs clés de la politique de l'OMS « la santé pour tous » (3).

Dans le cadre de ce mémoire, on retiendra donc qu'un **urbanisme favorable à la santé** est un type d'urbanisme centré sur la santé et le bien être des habitants dont le but est d'impacter positivement tous les déterminants de santé physique ou mentale et de minimiser les impacts

négatifs, par le biais de l'aménagement et l'agencement de l'espace. Cette démarche d'urbanisme favorable à la santé est applicable dans le cadre de :

- projets de construction (de lotissements, commerces, immeubles...),
- projet de rénovation (habitat indigne, centre-ville ancien...),
- amélioration ponctuelle (agrandissement de trottoirs, mise en place de barrières, embellissement d'une rue, rénovation d'une façade, etc...)

Promouvoir un urbanisme favorable à la santé, c'est aussi une manière de réfléchir autrement aux problématiques urbaines. A titre d'illustration, le schéma suivant expose pour un même objectif, la manière traditionnelle de concevoir la solution et la solution « autre » nourrie de l'urbanisme favorable à la santé. Ces deux solutions se complètent pour promouvoir la santé dans sa définition la plus complète.



1.1.2. Des enjeux sanitaires et environnementaux

Aujourd'hui, l'étalement et la croissance urbaine sont de plus en plus importants. Près des trois quarts de la population française vivent en milieu urbain (77,5% de la population soit 47,9 millions d'habitants selon les données INSEE de 2010). La promiscuité, l'intensification du trafic et la densification des constructions sont autant de facteurs qui influencent la santé des habitants. Ces nouvelles problématiques ont vu augmenter le nombre de pathologies liées à la qualité de l'air, au manque d'exercice, au stress, au bruit...L'augmentation des maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète et l'asthme, nécessite la mise en place d'actions de prévention. En 2013, le nombre de Français atteints de diabète a dépassé 3 millions (données InVS), ce qui engendre de fortes dépenses et une charge de travail supplémentaire dans les services de soins. La régression des maladies chroniques est un des défis du projet de loi de modernisation de notre système de santé (PLMSS), actuellement examiné par le Parlement, qui s'inscrit dans une stratégie de prévention plutôt que de soins (4) conformément à la stratégie nationale en santé dont l'un des axes prioritaires est de « Miser sur la prévention : agir tôt et fortement sur tout ce qui a une influence sur notre santé ».

La prise en compte des déterminants de santé au moment de la conception des projets d'aménagement participera à la prévention et à la réduction des maladies liées à l'environnement. En effet, agencer un quartier de telle sorte que les habitants aient de courtes distances à parcourir pour accéder à des services ou activités de loisir et de manière à rendre les déplacements attractifs et sécurisés incite les habitants à marcher et faire du vélo. Ce qui participe à l'amélioration de la qualité de l'air et au maintien de la condition physique.

La maîtrise de l'aménagement est d'autant plus importante quand surviennent des événements extrêmes ou saisonniers susceptibles d'entraîner des crises sanitaires. C'est le cas notamment lors d'épisodes de canicule, les îlots de chaleur urbains¹ peuvent amplifier le phénomène et concourir à augmenter le nombre d'hospitalisations et de décès. Des choix éclairés d'aménagement peuvent lutter contre les effets de la canicule en ville. De même que le pollen peut s'avérer dangereux pour les personnes allergiques en période de reproduction des végétaux, le choix des essences est donc primordial dans la prévention de l'asthme et autres maladies respiratoires liées aux allergies polliniques.

Ainsi développer un urbanisme favorable à la santé peut participer non seulement à la prévention de nombreuses maladies mais aussi à la lutte contre la dégradation de l'environnement en diminuant les pollutions et nuisances et en atténuant les effets du changement climatique.

1.1.3. Des enjeux sociaux : réduire les inégalités de santé

La notion d'inégalités de santé fait référence aux écarts entre des sous-groupes de personnes pour certains indicateurs de santé. Ainsi les individus les plus socialement défavorisés sont plus susceptibles d'être touchés par des problèmes de santé. Les inégalités en santé peuvent être d'origine sociale ou environnementale. Sociales car le contexte social et culturel ainsi que la communauté locale et le voisinage peuvent influencer la santé des habitants et environnementales car les inégalités dépendent de l'exposition qui est liée à la disparité des répartitions des nuisances environnementales sur le territoire. La notion d'inégalité de santé est détaillée en annexe 2.

Quelle que soit la nature de ces inégalités, les aménagements urbains peuvent tendre à les réduire. En effet, les choix d'aménagements urbains influencent la cohésion sociale en favorisant la création de lieux de rencontres (squares, places...) et la mixité sociale, ce qui contribue à rendre le cadre de vie agréable et donc à améliorer le bien-être des habitants. La rénovation de quartiers urbains peut jouer sur les inégalités en créant des espaces de vie

¹ Elévations localisées des températures diurnes et nocturnes en milieu urbain

favorables à l'activité physique (espaces verts, parcours de santé) dans des zones où la population n'a pas les moyens de pratiquer des sports en club. De plus, prendre en compte l'impact des projets d'aménagement sur la santé peut réduire l'exposition des populations et promouvoir un cadre de vie sain, en réduisant les inégalités environnementales.

1.2. Promouvoir un urbanisme favorable à la santé : une volonté politique nationale à traduire au cœur des territoires

1.2.1. Un urbanisme favorable à la santé : vers une vision intégrée de la santé que souhaite promouvoir la DGS

Face à l'impact de l'environnement urbain sur les déterminants de santé (comportements de vie sain, qualité de l'air...), la direction générale de la santé souhaite promouvoir la santé au sens le plus large possible auprès de ces acteurs de l'aménagement. Il s'agit de faire prendre conscience aux collectivités et aux groupements de communes de l'intérêt d'aller au-delà de leur rôle de police générale qui assure la sûreté, la sécurité et la salubrité publique. Les communes ou établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) devraient prendre en compte d'autres déterminants impactant le bien-être et la santé mentale, mais il est difficile pour eux de les intégrer car ces déterminants relèvent de l'individualité et du comportement de leurs concitoyens. La prise de conscience du rôle de l'environnement urbain dans le comportement des individus est déjà amorcée au sein de certaines collectivités. La DGS souhaite que toutes les communes soient en mesure d'anticiper l'impact des projets d'aménagements sur la santé des habitants en ayant une vision la plus intégrée possible.

Afin de promouvoir la prise en compte de la santé dans les projets d'aménagement (et favoriser le décloisonnement entre urbanisme et santé) la DGS a sollicité l'EHESP pour réaliser un guide intitulé « Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concept et outils » (2) en 2014. Ce document propose une méthodologie pour prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé liés à l'urbanisme et guider les avis sanitaires² rendus par les ARS sur les projets d'aménagement dans le cadre de leur sollicitation pour contribution à l'élaboration de l'avis de l'autorité sanitaire. Cependant, ce guide a mis en exergue l'importance de prendre en compte les déterminants de santé dès les phases de conception des projets d'aménagement et pointe le fait que les avis sanitaires interviennent en phase finale des projets. Il convient donc de s'intéresser à d'autres leviers qui interviendront dès les premières étapes d'élaboration des projets d'aménagement. Le guide, associé à des formations (en présentiel ou sous forme de e-learning) dispensées par l'EHESP, a également permis de

² Initié par la loi sur la préservation de la nature en 1976 et modifié en 2011, cette procédure réglementaire vise à intégrer des enjeux de santé et d'environnement tout au long des projets d'aménagement et documents de planification. L'ARS doit se prononcer sur les impacts sur la santé du projet ou document de planification.

débuter la sensibilisation des agents au sein des ARS à l'impact des choix d'aménagement sur la santé. Aujourd'hui, il est important de pouvoir sensibiliser à leur tour les acteurs de l'urbanisme.

1.2.2. Promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans des plans et démarches nationaux

Promouvoir un urbanisme favorable à la santé est une problématique intersectorielle. La volonté du Ministère de la santé est d'intégrer cette préoccupation dans les différents plans nationaux dont il est signataire de manière à promouvoir la santé dans des secteurs divers (transport, urbanisme, environnement...). La DGS a commencé ce travail à l'occasion de la révision de plans nationaux dont elle assure le rôle de pilote ou de copilote, tel que le troisième plan national santé environnement (PNSE3). Ainsi, le PNSE3, plan dont l'élaboration est copilotée par le Ministère de la santé, intègre un objectif visant à améliorer la prise en compte des déterminants de santé dans les choix d'aménagement qui est « Mieux intégrer les enjeux de santé environnement dans l'aménagement et la planification urbaine » (5). Cet objectif se décline en 4 actions dont deux d'ordre général :

- **Action n°97** : tester sur la base du volontariat, la mise en place de quelques études d'impact sur la santé à l'échelle d'un quartier permettant d'intégrer au mieux les enjeux sanitaires et environnementaux
- **Action n°98** : développer des outils à l'usage de l'ensemble des intervenants permettant d'intégrer, dans les projets d'aménagement et les documents de planification, la santé par une approche globale de l'ensemble de ses déterminants (économiques, environnementaux et sociaux)

Les deux autres actions s'intéressent à des déterminants de santé précis que sont la biodiversité et la qualité de l'air. Le détail de ces actions est donné en annexe 3. D'autres actions du PNSE3 favorisent la promotion de la santé dans les aménagements urbains comme c'est le cas pour l'action n°89 : réaliser une expertise collective sur les effets positifs des espaces verts et des espaces de nature urbains sur la santé.

La DGS a également intégré, la prise en compte de préoccupations de santé dans les choix d'aménagement dans le plan cancer (par l'inscription d'actions de promotion de l'activité physique) et dans le plan sur la qualité de l'air intérieur (par l'inscription d'actions incitant la prise en compte de la santé dans les constructions de bâtiments). L'ensemble de ces plans et leurs actions sont présentés en annexe 3.

Par ailleurs, les politiques de transports ont des impacts sanitaires et environnementaux importants. C'est pourquoi la DGS, en étant à l'initiative de l'organisation de la quatrième réunion de Haut Niveau du Programme Paneuropéen, à Paris, sur les transports, la santé et l'environnement, en partenariat avec les ministères chargés de l'environnement et des transports, la Commission économique pour l'Europe et les Nations Unies et le bureau régional pour l'Europe de l'OMS, a marqué sa volonté d'intervenir dans les politiques des transports. Elle a participé à l'élaboration de ce programme qui fixe pour les états signataires les objectifs à atteindre pour 2010 pour le développement de transports terrestres respectueux de l'environnement et de la santé. Ainsi le Ministère de la santé est cosignataire avec les ministères de l'environnement et des transports de la déclaration de Paris, datant de 2014, qui affirme leurs volontés de renforcer la prise en compte de la santé dans les politiques de transports. La déclaration de Paris a introduit une nouvelle action visant à « articuler les politiques d'urbanisme et d'aménagement du territoire avec les objectifs en matière de transports sains et respectueux de l'environnement ».

Pour faire suite à ces engagements, un groupe de travail ad hoc s'est constitué dans le cadre du troisième PNSE3. Le but de ce groupe de travail est d'améliorer les connaissances en matière de documents de planification et schémas locaux existants pour ensuite agir afin de prendre en compte la problématique santé environnement dans ces dispositifs. Ce travail donnera lieu à une feuille de route. La DGS a également contribué à l'élaboration du plan d'actions pour les mobilités actives (PAMA) qui décline le programme paneuropéen et à l'élaboration de documents à destination des collectivités comme le kit pour la mise en place d'une signalétique piétonne (6) et le guide d'actions sur les mobilités actives (7). Les actions relatives aux mobilités actives de ces plans et démarches sont données en annexe 3.

Enfin, sur le volet touchant au bâti et à l'urbanisme et visant à prévenir et à s'adapter aux changements climatiques, des actions ont également été inscrites dès 2011 dans le **Plan National d'Adaptation aux Changements Climatiques 2011-2015**, porté par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie. Celles-ci sont inscrites dans une fiche action intitulée « urbanisme et cadre bâti » (8) au travers d'actions de lutte contre la survenue d'événements climatiques extrêmes (pluies intenses, canicules...). Les objectifs relatifs à l'urbanisme favorable à la santé de ce plan sont détaillés en annexe 3. Ainsi, si la DGS n'a pas été associée à l'élaboration de cette fiche, la santé est bien présente dans ces actions.

1.3. Le CLS : une voie d'action pour promouvoir la santé dans les projets et documents d'urbanisme

Si faire de la ville un lieu favorable à la santé est une préoccupation nationale aux enjeux forts, qu'en est-il au niveau local ? Qui sont les acteurs en charge de faire ce lien entre urbanisme

et santé ? Et quels sont les outils à leur disposition pour promouvoir la santé dans les projets d'aménagement ?

1.3.1. Les collectivités : les acteurs locaux de l'urbanisme

Les principaux acteurs pouvant porter les préoccupations de santé au sein des projets d'aménagement sont les collectivités pour leur rôle de décideurs en aménagement du territoire. Ils ont pour charge de développer des outils de planification d'urbanisme (Schémas de cohérence territoriale, plans locaux d'urbanisme et cartes communales voir en annexe 4) afin de contrôler l'étalement urbain, créer des règles d'urbanisme et maîtriser l'accroissement des villes. Or réglementairement, il n'est pas prévu que ces documents prennent en compte des considérations de santé.

Cependant, conformément au Code de la santé (article L. 1421-4) et au Code Général des Collectivités Territoriales (article L. 2212-2), les élus sont également en charge de la salubrité sur le territoire qu'ils doivent administrer. Il leur incombe de faire en sorte que la santé de leurs concitoyens soit la meilleure possible et surtout ne soit pas dégradée par des aménagements urbains.

1.3.2. Les ARS : les acteurs de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé

Les ARS sont chargées de piloter la politique de santé publique en définissant le plan régional de santé (PRS) qui décline la stratégie nationale de santé. Elles ont pour missions à l'échelle régionale :

- la promotion de la santé,
- la veille et la sécurité sanitaire,
- l'organisation de l'offre de soins,
- et l'accompagnement médico-social.

Le rôle des ARS dans la prévention et la minimisation des risques sanitaires est renforcé par leur contribution à l'avis rendu par l'autorité environnementale. En dehors de leurs contributions à l'avis environnemental, les ARS n'ont pas pour mission de participer à l'élaboration des documents d'urbanisme. Cependant, elles ont à leur disposition un outil contractuel, le CLS, qui pourrait être un outil de promotion de la santé dans les projets d'aménagements.

1.3.3. Les CLS : un outil aux mains des ARS

Les Contrats Locaux de Santé sont des outils de contractualisation instaurés par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, qui n'ont pas de caractère obligatoire (la circulaire relative à la mise en place des contrats locaux de santé est donnée en annexe 5). La loi précise que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (article L. 1434-17 du Code de la santé publique). C'est un outil plébiscité par le ministère qui en a fait un indicateur du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre les ARS et l'Etat. L'existence des CLS a été maintenue par le projet de loi de modernisation du système de santé.

Le CLS est principalement un outil de déclinaison du Projet Régional de Santé à l'échelle territoriale. Le PRS, introduit en même temps que les CLS par la loi HPST est défini pour une durée de 5 ans ce qui conditionne la durée des CLS qui varie entre 2 et 5 ans. Le PRS comporte un plan stratégique régional de santé qui identifie les priorités en santé pour la région et définit des schémas et des axes stratégiques déclinés par la suite en actions. La stratégie retenue lors de l'élaboration du PRS conditionne en partie les axes stratégiques inscrits dans les CLS, car les actions déclinant le PRS pourront bénéficier d'un financement à ce titre. Le CLS n'est pas un outil de financement mais il recense et valorise les financements déjà existants sur un territoire.

Les CLS doivent faire l'objet d'un suivi, réalisé à l'aide d'indicateurs de suivi qui ont été retenus lors de l'élaboration du CLS par les signataires. A terme, tous les CLS devront également être évalués, c'est-à-dire que les gains de santé devront être mesurés. Les modalités d'évaluation doivent être prévues et figurent dans le CLS lui-même.

2. Méthodologie du mémoire

L'analyse du sujet confié a impliqué d'étudier si les CLS déjà signés comprenaient des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé et si ces expérimentations avaient été concluantes. Cette étude a nécessité au préalable une appropriation du concept d'urbanisme favorable à la santé et une définition des champs d'actions relevant de ce concept. Dans un second temps, les étapes d'élaboration des CLS ont été étudiées pour comprendre comment et pourquoi les actions étaient choisies et inscrites dans le CLS. La partie financement n'a pas été abordée dans ce mémoire. Si le sujet principal de ce travail concerne l'intégration de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS, il est très vite apparu indispensable d'identifier et d'analyser, parmi les documents de planification urbaine, ceux qui présentent des

possibilités d'introduction de l'urbanisme favorable à la santé, notamment à une échelle d'actions plus grande que les CLS.

2.1. Examens des CLS signés à ce jour et critères de sélection des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé

Les CLS consultables intégralement, ont été répertoriés à partir de :

- la base de données nationale (share point ARS) mise en place par la DGS. Les ARS peuvent y déposer leurs CLS.
- les sites Internet des ARS où les CLS sont parfois téléchargeables.

Les contrats recensés ont été consultés pour en extraire les axes stratégiques et actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé puis analysés afin de déterminer la méthodologie employée pour définir les axes stratégiques (la méthodologie utilisée suit-elle le kit méthodologique ?). La grille de lecture des CLS est donnée en annexe 6. Une nouvelle base de données a été créée pour inventorier ces actions.

La principale difficulté de ce premier travail a été de déterminer les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé. En effet, les déterminants liés à l'urbanisme sont nombreux et divers (cf le tableau des déterminants de santé en annexe 7). Le choix a été fait de ne retenir que les actions portant **strictement sur l'organisation et l'aménagement des espaces urbains**. Ce qui inclut des actions liées à/aux :

- la sensibilisation des professionnels de l'urbanisme (décideurs, architectes, bureaux d'études...)
- les choix de construction (matériaux, type de construction, isolation, luminosité, ventilation...)
- les choix d'agencements (transports, densité et mixité fonctionnelle, proximité de service, espaces et infrastructures de loisirs...)
- les choix d'organisation (entretien des aménagements communautaires, collecte des déchets, signalétiques des lieux d'intérêts et des infrastructures communautaires...)

Pour exemple, les actions de sensibilisation d'un public (professionnel ou non) à la qualité d'un milieu (eau, air, sol) n'ont pas été retenues.

2.2. Détermination de l'intérêt des CLS, identification d'autres leviers et propositions d'améliorations

Des entretiens ont été réalisés selon la même grille de questions qui a servi de fil conducteur à chaque échange (la grille est donnée en annexe 8) :

➤ Après des ARS et collectivités pour bénéficier de deux visions opérationnelles de la problématique

Les ARS contactées ont été choisies en fonction du nombre de CLS signés et des opportunités de contact. Les ARS contactées sont :

- L'ARS Ile de France, qui est la région ayant signé le plus de CLS à ce jour
- Les ARS Bretagne, Basse-Normandie et Poitou-Charentes qui ont contracté entre 2 et 10 CLS.

Les collectivités ou EPCI ont été choisies :

- en région Ile de France (3 collectivités), dans des zones urbaines à forte densité, et pour lesquelles des CLS de 2^{ème} génération sont en cours d'écriture,
- en Bourgogne sur un territoire plus rural.

La principale difficulté pour identifier les personnes ressources au sein des ARS tient au fait que plusieurs personnes au sein de l'ARS sont impliquées dans l'élaboration et le suivi des CLS. Les personnes interrogées sont aussi bien des référents des contrats locaux de santé responsable de la mise en place opérationnelle et du suivi des CLS que des responsables des services santé environnement impliqués dans la méthodologie d'élaboration de ces contrats. Les fonctions et services des personnes interviewées sont détaillés dans le tableau en annexe 9.

Compte tenu de la durée du stage (5 mois) et de la quantité d'informations disponibles à l'issue des premiers entretiens le choix a été fait d'interroger 6 ARS et 4 collectivités pour un total de 13 entretiens. Une partie des entretiens a été menée conjointement avec Mme Loyer, chargée de mission sur les études d'impacts sanitaires, urbanisme et biosurveillance à la DGS. En effet, Mme Loyer élabore actuellement une feuille de route pour les ARS sur les actions et programmes de promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans les régions. Les entretiens ont été menés selon un mode semi-directif, le but étant ici de recueillir le discours de la personne interrogée en l'influençant le moins possible. Les questions ont été posées de manière à ne pas apporter d'éléments de réponse, pour encourager les réponses spontanées.

L'objet de l'entretien était donc de :

- Déterminer si le CLS est identifié par l'ARS ou la collectivité comme un outil adapté pour promouvoir la santé dans l'urbanisme, et si c'est le cas, discuter sur les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé intégrées dans les CLS ;

- Identifier les éléments de réussite ou d'échec des actions intégrées dans le CLS dans le champ de l'urbanisme favorable à la santé ;
- Elargir la discussion et identifier les autres leviers utilisés ou connus des ARS pour promouvoir la santé dans les documents et projets d'urbanisme

Les éléments de réussite ou d'échec des actions des CLS n'ont pu être déterminés à l'issue des entretiens car les évaluations des CLS sont débutantes.

En parallèle, les documents de planification urbaine ont été inventoriés et étudiés. Certains ont été consultés afin de déterminer leurs intérêts dans la promotion de l'urbanisme favorable à la santé.

A l'issue de l'analyse de ces entretiens, de l'étude des CLS répertoriés et des documents de planification urbaine, des propositions ont été faites pour améliorer la prise en compte de l'urbanisme favorable à la santé dans les projets d'aménagement et les documents de planifications. Deux ARS ont été interrogées sur la faisabilité et la pertinence de ces propositions. Le tableau d'analyse des entretiens est donné en annexe 10.

- Un dernier entretien a été réalisé auprès de M.Gueniffey, chargé de missions projets locaux de santé au sein de la DGS pour confronter les points de vue opérationnels et stratégiques.

M.Gueniffey a été associé à la réflexion autour de la problématique dès le début de ce travail. Une première réunion a été réalisée avec lui afin de comprendre les éléments du sujet et le contexte dans lequel s'inscrivait ce travail.

L'objet de ce dernier entretien était de :

- Déterminer si le CLS est identifié par la DGS comme un outil adapté pour promouvoir l'urbanisme favorable à la santé
- Eprouver et tester la faisabilité des propositions faites pour améliorer la prise en compte de l'urbanisme favorable à la santé dans les projets d'aménagements et documents de planification

3. Le CLS : un outil offrant de nombreuses possibilités

L'analyse de la base de données et les entretiens ont permis de faire un état des lieux de la prise en compte de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS et de mettre en avant leurs atouts et faiblesses.

3.1. Etat des lieux de la prise en compte de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS

3.1.1. Une prise en compte débutante

En 2014, **250³ CLS étaient signés** sur l'ensemble du territoire. Parmi les CLS signés, tous n'ont pu être consultés car les contrats n'étaient pas tous disponibles dans la base de données nationale et sur les sites des ARS, **168 ont pu être répertoriés** (soit 67% des CLS signés) et étudiés :

- 75 ont été référencés à partir de la base de données nationale de la DGS,
- 93 à partir des sites internet des ARS.

Le tableau suivant récapitule le nombre et la proportion de CLS ayant des actions en santé environnement et des actions d'urbanisme favorable à la santé.

Nombre de CLS total	168	
Nombre et proportion de CLS avec des actions relevant de la SE	100	60%
Nombre et proportion de CLS avec des actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé	23	14%

Tableau 1 : Intégration de la santé environnement et de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans les CLS

Ainsi une proportion de 60% de CLS examinés (soit 100 CLS sur 168) comporte des actions relevant de la santé environnement, ce qui montre que la prise en compte de la promotion de la santé environnementale est bien amorcée au niveau des territoires. Pour ce qui est des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé, 23 CLS en contiennent soit 14% des CLS ce qui représente 65 actions (les CLS et actions sont présentés en annexe 11). Ce chiffre est à relativiser car il s'agit d'un dispositif récent (les CLS les plus anciens étudiés datent de 2010). Les ARS interrogées ont toutes déclaré avoir au minimum un CLS en cours d'élaboration et deux de ces ARS sont suffisamment avancées dans la construction d'un CLS pour affirmer que celui-ci intégrera des actions relatives à l'urbanisme favorable à la santé. Ici uniquement les CLS signés ont été pris en compte. Il est donc possible que cet état des lieux soit sous-estimé. L'analyse complète de la base de données des CLS est fournie en annexe 12.

3.1.2. Les axes stratégiques et actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé

La majorité des CLS est organisée selon les axes stratégiques suivants :

- L'offre de soin (accessibilité aux soins, continuité des soins, soins de premier recours),
- La santé mentale,

³ Source indicateur CPOM Etat/ARS 2014

- Les addictions,
- La santé environnement,
- La nutrition.

Parmi les CLS étudiés, trois comportent un axe ou un objectif dédié à l'urbanisme favorable à la santé (2%), il s'agit des CLS de Rennes, Blois et Romans sur Isère.

L'histogramme qui suit présente les axes stratégiques auxquels sont rattachées les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé et le nombre de ces actions que ces axes comportent.

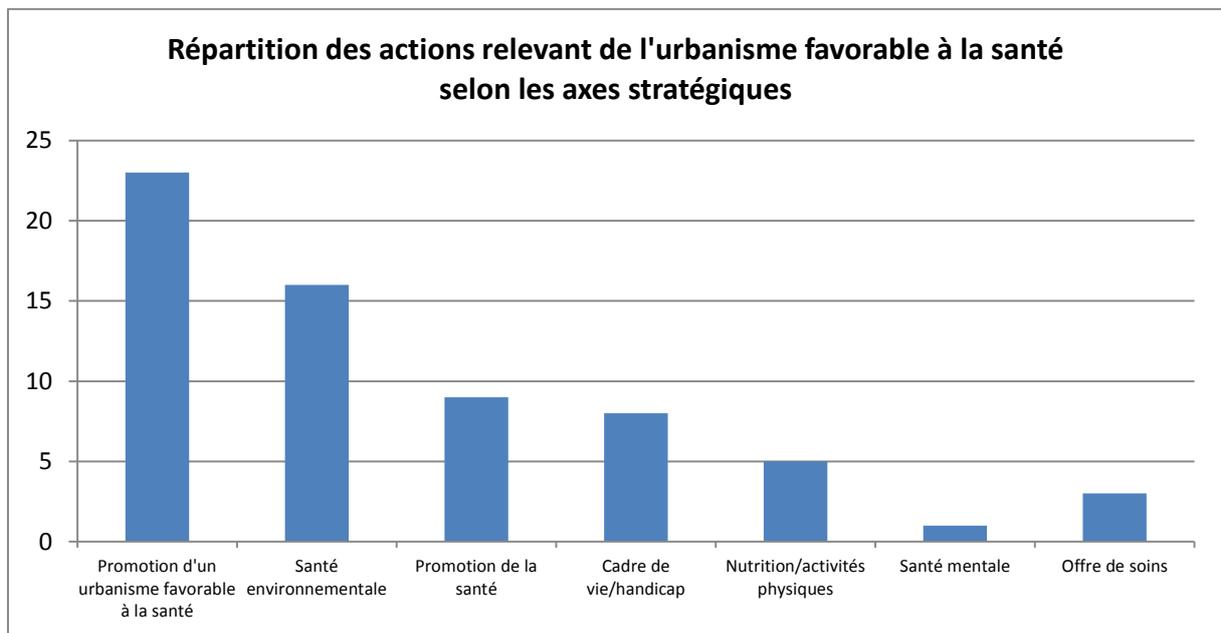


Figure 1 : Représentation graphique du nombre d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé selon l'axe stratégique dans lequel elles sont inscrites

Dans un CLS, plusieurs axes peuvent contenir des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé. Quand aucun axe n'est dédié à l'urbanisme favorable à la santé, les actions qui en font la promotion relèvent majoritairement de l'axe santé environnement. Par ailleurs les entretiens ont mis en évidence une certaine confusion entre santé environnement et un urbanisme favorable à la santé pour les ARS comme pour les collectivités.

L'histogramme ci-dessous présente les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé inscrites dans les CLS et le nombre de CLS qui comporte ce type d'actions :

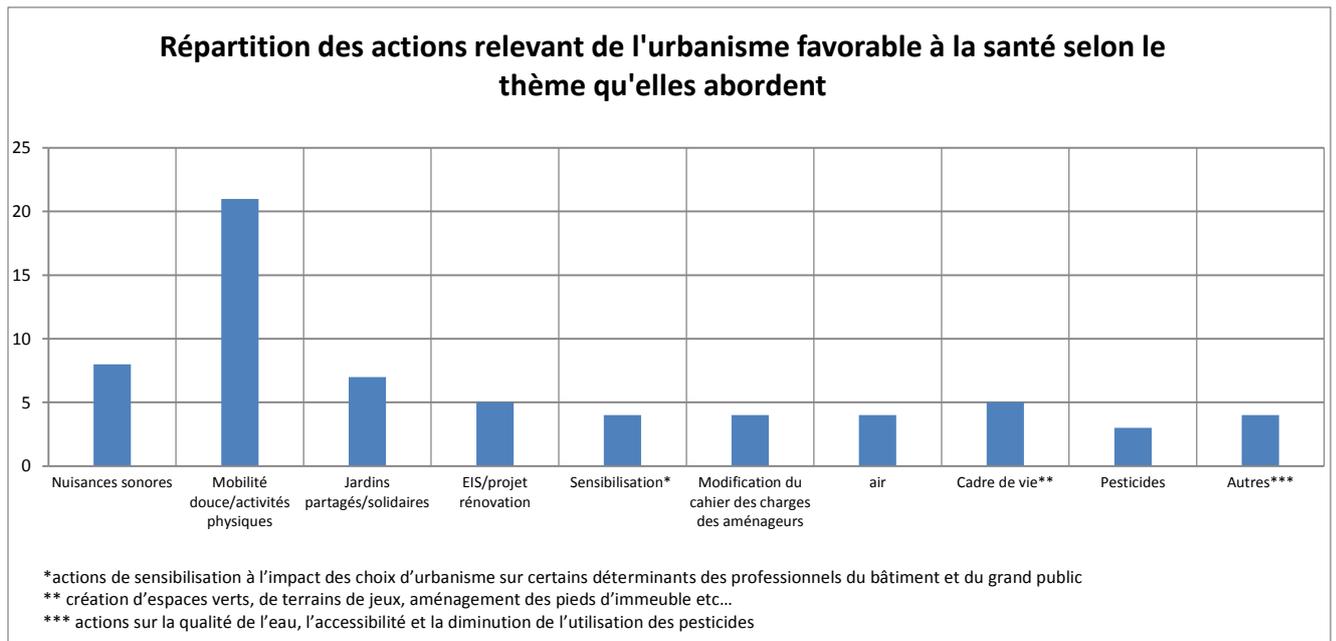


Figure 2 : Représentation graphique du nombre d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé en fonction des thèmes qu'elles abordent

Les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé sont majoritairement des actions de mise en place de promotion de mobilités douces avec la mise en place de pédibus, pistes cyclables et signalétiques piétonnes.

Ce type d'actions peut être inscrit dans des axes stratégiques liés à la nutrition, à la santé environnementale comme à la promotion de la santé. Les préoccupations des signataires des CLS, pour réduire l'impact sanitaire des pollutions générées par les transports et pour le manque d'activités physiques de la population, reflètent les actions déjà entreprises par la DGS⁴ pour promouvoir la santé dans le domaine des transports. Cet état des lieux permet de se rendre compte que certaines collectivités et ARS ont déjà pris en compte des enjeux de santé dans les choix d'aménagements à travers des CLS avant même la diffusion du guide « Agir pour un urbanisme favorable à la santé ».

3.2. Origine des axes stratégiques et actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé

Le kit méthodologique décrit les étapes d'élaboration d'un CLS (9). Le schéma suivant détaille les phases d'élaboration d'un CLS :

⁴ Actions du PAMA cité précédemment

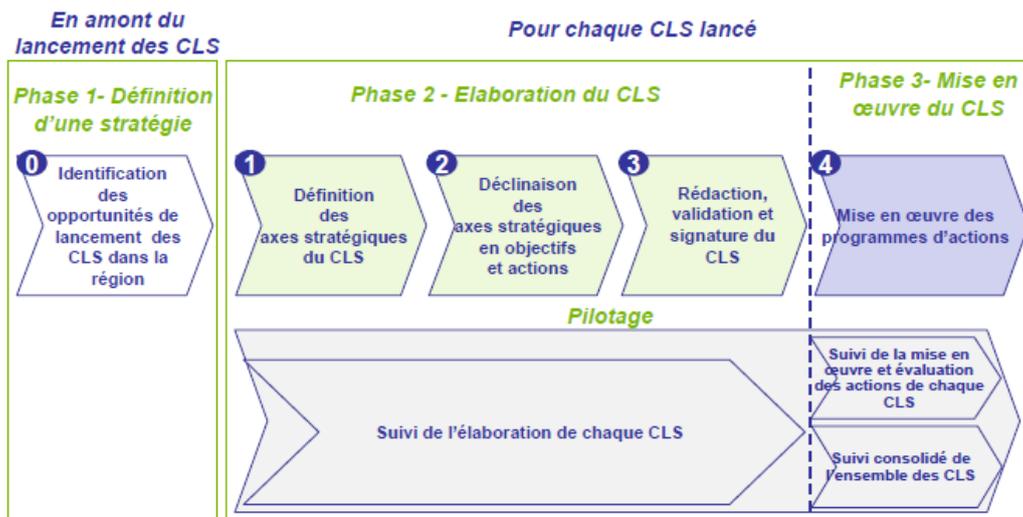


Figure 3 : Schéma des phases d'élaboration d'un CLS

Les CLS consultés ont tous été établis selon la méthodologie préconisée dans le kit national (9). Ce kit est constitué de nombreux documents incluant des éléments de référence et de communication et des outils pratiques pour leur élaboration.

Le choix a été fait, pour illustrer l'analyse qui suit, de présenter pour chaque phase, un exemple d'action inscrite dans le CLS de la ville de Caen. Il s'agit de l'action intitulé : « Développer des signalétiques bien-être explicitant les activités physiques réalisées dans des endroits ciblés (différents supports, application numérique...). Cette action est inscrite dans l'axe « Nutrition » du CLS qui a été signé en 2014 (10). Ce CLS a été choisi en raison de sa représentativité des CLS ayant des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé.

3.2.1. Phase 1 : le diagnostic de santé, une étape déterminante

La mise en place d'un CLS peut être à l'initiative de l'ARS ou des collectivités. Dans le premier cas, la possibilité de mise en place d'un contrat local de santé est étudiée par l'ARS au cours d'une phase d'identification des opportunités de lancement d'un CLS dans la région, en interne, avant de prendre contact avec la collectivité concernée. Un état des lieux est réalisé afin d'effectuer un pré-repérage des territoires pertinents et d'identifier les enjeux de santé associés. Généralement, le diagnostic territorial des CLS est réalisé par des prestataires mandatés par l'ARS (souvent l'observatoire régional de santé (ORS)) qui s'appuie sur :

- des données recueillies par leur organisme,
- des informations apportées par l'ARS, (diagnostic de santé du PRS, données locales sur les inégalités de santé, cartographies de l'offre de soins...),
- et des informations complémentaires issues de diagnostics conduits dans d'autres cadres (diagnostic des contrats de ville et Atelier ville santé qui sont des dispositifs mis

en place par la politique de la ville (ils seront détaillés en partie 5), diagnostic conduit par les collectivités territoriales sur des données économiques et sociales, diagnostic environnementaux...) apportées par la collectivité et les partenaires,

Le diagnostic territorial se structure autour de grandes thématiques. Généralement celles-ci concernent :

- Le contexte socio-démographique,
- L'état de santé de la population (mortalité, morbidité...),
- L'offre de soin,
- La santé environnementale,
- Les conduites à risques,
- Parfois des populations sensibles (mères-enfants, personnes âgées, personnes en situation précaire...).

Il n'y a pas de cahier des charges type, ni de méthodologie proposées dans le kit. Par contre, celui-ci comporte une note qui rappelle l'importance des choix d'indicateurs utilisés dans le diagnostic, et propose quelques recommandations pour leur emploi (11). Les indicateurs utilisés pour le diagnostic sont de nature diverse :

- Socio-économique (démographie, indice de vieillissement, taux de chômage etc...)
- Environnementaux (nuisances sonores, qualité de l'air...)
- Sanitaires (mortalité, causes de décès...)
- Offre de soins (démographie médicale, répartition des spécialités...)

Il est possible pour les ARS d'orienter ce diagnostic en demandant l'ajout ou la suppression de thématiques. Le diagnostic est une étape importante dans le processus d'élaboration du CLS, car il permet d'identifier les problématiques de santé sur le territoire du CLS et de définir en partie les axes stratégiques et les actions à mettre en place. Une ARS interrogée a déjà engagé des réflexions autour de la méthodologie employée pour l'élaboration du diagnostic. Ainsi, l'ARS Poitou Charente a-t-elle rencontré l'ORS (prestataire chargé de réaliser le diagnostic) pour les sensibiliser aux enjeux de santé liés aux choix d'aménagement et ainsi avoir un diagnostic prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé.

Une fois l'identification des enjeux du territoire menée, les ARS réalisent une priorisation territoriale visant à définir le territoire de contractualisation et à préfigurer les axes stratégiques. L'état des lieux fin 2012 des contrats locaux de santé réalisé par la DGS (12) a mis en évidence des critères de priorisation liés aux zonages définis comme prioritaires (politique de la ville...),

aux indicateurs socio-sanitaires, aux actions existantes (ASV, contrat de ville...) et à des critères de répartition équilibrée selon les territoires de la région.

L'ARS prend ensuite contact avec les collectivités lorsque la mise en place du CLS est à son initiative. La personne chargée de la prise de contact est différente selon l'organisation des ARS. Il peut s'agir d'un animateur ARS en délégation territoriale, le service auquel ils sont rattachés est généralement le service prévention et promotion de la santé. Il présente les contrats locaux de santé aux élus (ou à leurs représentants) et jauge leur volonté à s'engager dans un tel projet. Lors de ces premières réunions, le périmètre du projet est prédéfini.

Le projet de CLS est ensuite présenté par l'ARS à différentes instances locales (conseils municipaux, conseil de développement des pays...) pour que celui-ci soit validé. Le diagnostic à cette occasion pourra être approfondi avec les partenaires déjà identifiés.

A Caen, la municipalité a élaboré une politique de santé et mis en place un plan local de santé (PLS) qui avait déjà permis d'identifier ses priorités d'actions :

- Promouvoir une bonne hygiène de vie,
- Faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour tous,
- Favoriser le bien être psychique,
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

C'est donc dans cette dynamique que le choix d'élaborer un contrat local de santé s'est inscrit. La méthodologie employée pour l'élaboration du CLS est similaire à celle préconisée par le kit méthodologie. Dans un premier temps, un diagnostic a été réalisé par l'IREPS (Institut régional d'éducation et de promotion de la santé) Basse Normandie en 2012 (13). Ce diagnostic a été élaboré à partir de (réf CLS) :

- Une analyse documentaire : d'études existantes de la ville de Caen, du département du Calvados et de la région Basse-Normandie (ce qui a impliqué la participation des partenaires également)
- La conduite d'entretiens auprès des acteurs locaux (professionnels de santé, élus...) en 2011
- La réalisation d'une enquête auprès des riverains,
- l'analyse croisée des besoins, de l'offre et de la demande.

Le kit méthodologique (partie « Eléments de référence sur les contrats locaux des santé ») indique « qu'au stage d'élaboration d'une stratégie régionale CLS, la conduite d'un diagnostic participatif ou d'une enquête sur le ressenti des besoins ne paraît pas absolument indispensable », mais qu'en revanche « le diagnostic participatif constitue un des vecteurs

importants de mobilisation des acteurs et des publics ». Cette démarche participative a été souhaitée conjointement par la ville de Caen et par l'ARS dans une approche intégrée de la santé et afin de s'assurer de l'adéquation des besoins de la population et les actions mises en place.

3.2.2. Phase 2 : Détermination des axes stratégiques et actions

L'étape suivante consiste à déterminer les axes stratégiques à inscrire dans les CLS. Il s'agit d'une phase de négociation. L'ARS invite les autres signataires et tous les partenaires potentiels des domaines sociaux et médicaux, à se réunir pour débattre de la nécessité d'inscrire certains axes. A l'issue de ces réunions, les axes prédéfinis peuvent être modifiés ou supprimés et de nouveaux peuvent être proposés. Le choix des axes stratégiques dépend :

- des besoins identifiés par le diagnostic,
- des objectifs du PRS,
- des démarches existantes sur le territoire (Agenda 21, plans locaux, contrat de ville...)
- de la volonté politique des élus.

Les axes stratégiques sont ensuite validés par les élus puis déclinés soit en actions directement, soit en objectifs puis en actions. En fonction des axes choisis, des groupes de travail sont constitués avec les partenaires pour définir les objectifs et actions. L'ARS et la collectivité ou l'EPCI sont présents à chaque réunion des groupes de travail. Les actions donnent lieu à des actions opérationnelles décrites dans les fiches actions. (Voir l'exemple d'une fiche action en annexe 13). Il arrive que les actions opérationnelles ne soient pas détaillées dans les fiches actions ou que des actions ne fassent pas l'objet de fiches actions (car préexistantes au CLS), il est donc probable que des actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé n'aient pu être répertoriées dans ce mémoire.

Les contextes d'inscription de ces actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé ont été étudiés.

Contexte du choix d'inscription des actions	Nombres d'actions
Besoins identifiés dans le diagnostic	36
Coordination avec d'autres démarches existantes (Agenda 21, contrat de ville, plans locaux...)	17
Objectif du PRS	8
Volonté politique	3

Tableau 2 : Contexte d'intégration d'actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé

Le choix d'actions agissant sur l'aménagement du territoire en faveur de la santé se fait majoritairement en réponse aux besoins identifiés sur le territoire par le diagnostic.

Ce fut le cas pour l'action inscrite dans le CLS de Caen. En effet, le diagnostic local de santé a permis de définir les enjeux du territoire. Il a été constaté un taux d'obésité de 16% pour les habitants du Calvados. Le diagnostic a mis en évidence qu'une part importante de la population ne pratique pas d'activité physique régulière. La consultation de la population a révélé que l'alimentation était la préoccupation majeure des habitants du département et que venait en cinquième position l'activité physique et en 19^{ème} position l'obésité et le diabète. Au regard de ces éléments, l'ARS et la ville de Caen ont décidé d'inscrire un axe dédié à la nutrition décliné en plusieurs actions dont l'action de développer une signalétique bien-être. Cette action s'inscrit également dans le cadre de la signature d'une charte « Ville active PNNS » signée par la ville de Caen. Une partie des actions a fait l'objet d'un appel à projet, qui a pour but de recruter des partenaires qui peuvent alors soumettre leurs candidatures en proposant une action en lien avec l'un des axes stratégiques du CLS. Ce procédé permet à des partenaires de se faire connaître et de valoriser des actions déjà en place.

3.2.3. Phase 3 : Mise en œuvre du CLS

La mise en œuvre des actions du CLS est assurée par les pilotes identifiés par actions. Un suivi est réalisé par les signataires à l'aide d'outils proposés par le kit méthodologique. En effet, celui-ci propose un tableau de bord de suivi de la mise en œuvre des CLS. L'animateur CLS est chargé du suivi de ce tableau qui se présente comme suit :

Axes stratégiques	Objectifs	Actions	Réalisé	Non réalisé	En cours	Difficultés rencontrées	Données pratiques	Alertés éventuelles	Indicateurs de suivi

Figure 4 : Tableau de bord de suivi de la mise en œuvre d'un CLS

Le suivi donne lieu à des comités de pilotages réguliers, organisé par axes stratégiques, qui regroupent les partenaires des actions et les signataires.

La signature du contrat local de santé de la ville de Caen est récente (fin 2014). La fiche action correspondant à l'action de développement d'une signalétique piétonne identifie trois étapes de mise en œuvre :

- diagnostic des parcours et circuits piétons existants,
- création des circuits et des axes bien être en étroite coopération avec les habitants,
- déploiement de la signalétique et des outils de valorisation.

Si l'action est aujourd'hui mise en œuvre, elle n'a pas encore été évaluée.

3.2.4. Cas des CLS de Romans sur Isère, de Rennes et de Blois

Les CLS de Rennes et Blois présentent tous deux des axes stratégiques relatifs à la promotion d'un urbanisme favorable à la santé intitulés :

- Promouvoir un environnement urbain favorable à la santé (ville de Rennes)
- et Mieux vivre dans sa ville : vivre dans un environnement sain et agréable (ville de Blois).

La ville de Romans sur Isère a inscrit un objectif intitulé : Agir pour un urbanisme favorable à la santé dans l'axe stratégique visant à « réduire l'impact des déterminants environnementaux sur les milieux ». Le détail des axes, objectifs et actions ainsi que le contexte d'inscription des actions de ces trois CLS, est présenté en annexe 14. Pour déterminer comment la promotion de l'urbanisme favorable a été inscrite dans un axe ou objectif d'un CLS et quelles ont été les motivations des ARS et collectivités, les ARS de Bretagne et de Rhône-Alpes ont été contactées et les CLS de Rennes et Romans sur Isère ont été étudiés en particulier.

La proximité de l'EHESP qui héberge le réseau des villes-santé de l'OMS favorise la sensibilisation des élus de la ville de Rennes aux préoccupations de santé dans les choix d'aménagement. En effet, Rennes fait partie du réseau des villes santé de l'OMS (réseau d'échanges consacré à la santé dans les villes) et l'élue à la santé est également la présidente du réseau français des villes santé. De plus, la ville de Rennes a signé une convention de coopération pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé (cf annexe 15) avec l'EHESP, l'ARS et le réseau français des villes-santé OMS, qui engage la métropole à :

- Echanger sur les modalités d'intégration de la santé, de l'environnement et du développement durable dans les politiques et les projets, notamment ceux portés par les collectivités territoriales,
- Développer les relations entre les champs de la santé et de l'urbanisme,
- Sensibiliser et former les collectivités à la nécessité de la prise en compte de la santé dans les politiques ou les projets, en particulier dans le domaine de l'aménagement urbain,
- Promouvoir l'utilisation et le développement des EIS et diffuser les expériences
- Accompagner l'expérimentation et le suivi d'EIS menées en Bretagne.

C'est dans ce cadre qu'un axe stratégique dédié à l'urbanisme favorable à la santé a été inscrit.

La ville de Romans-sur-Isère a inscrit un axe stratégique de promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans son CLS suite à une proposition faite par la délégation territoriale de la Drôme. La responsable du service prévention et gestion des risques, est à l'origine de cette proposition de fiche. Elle avait participé à la rédaction du guide « agir pour un urbanisme

favorable à la santé » et est donc particulièrement sensibilisée aux enjeux de santé liés aux aménagements urbains. Cette proposition a été reçue positivement par les élus car elle concordait avec les objectifs de la politique de la ville (par la rénovation de deux quartiers prioritaires) et leur volonté de redynamiser le centre-ville. La signature du CLS de Romans sur Isère est récente (mai 2015), la mise en œuvre des actions de l'objectif « agir pour un urbanisme favorable à la santé » n'est pas encore réalisée. De plus, la municipalité ayant récemment changé, la dynamique du CLS n'est pas encore lancée.

3.3. Intérêts des CLS pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé

Au regard des principes fondateurs des CLS et des entretiens menés, le CLS présente des atouts pour les raisons exposées ci-après.

3.3.1. Adaptabilité aux besoins d'un territoire

La loi HPST n'impose pas la nature des contrats locaux de santé, elle précise simplement qu'ils peuvent porter sur « la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (14), ce qui laisse une grande liberté aux signataires et favorise l'appropriation de l'outil. La promotion d'un urbanisme encore plus respectueux de la santé peut s'inscrire ici de manière évidente dans la promotion de la santé et la prévention mais aussi dans les politiques de soins et l'accompagnement médico-social car l'accessibilité aux équipements et services publics sont des déterminants de santé que l'on peut relier à l'urbanisme (2).

Les CLS sont des outils souples qui s'adaptent au plus près des besoins et des caractéristiques des territoires. Le diagnostic territorial permet de cibler les problématiques prioritaires et les moyens mis en œuvre pour améliorer la santé sont laissés à la discrétion des signataires. Les partenaires impliqués sont très variables selon les CLS et dépendent du territoire ce qui assure la mise en œuvre ou déclinaison du PRS à une échelle fine.

La révision annuelle ainsi que la durée courte du CLS permet de modifier et d'adapter son contenu tout en restant à une échelle de temps d'un aménagement. Les CLS offrent ainsi la possibilité de prévoir des actions **en lien direct avec un aménagement** précis comme c'est le cas pour des projets de zone d'aménagement concerté (ZAC) et de rénovation urbaine.

Cette souplesse permet d'intégrer des actions très diverses et l'urbanisme favorable à la santé peut avoir de **multiples entrées autres que l'urbanisme**. Il est tout à fait possible d'inscrire des actions visant à promouvoir un urbanisme favorable à la santé comme par exemple des actions de sensibilisation des collectivités et professionnels de l'urbanisme (bureaux d'études,

architectes, agence d'urbanisme...). Les CLS sont donc de bonnes portes d'entrée pour intégrer de l'urbanisme favorable à la santé dans les projets d'aménagement.

3.3.2. Une occasion de contractualiser sur des champs transversaux pour un partage de connaissances

Les CLS ont pour vocation de réunir des acteurs des domaines à la fois de l'éducation, de l'accès aux soins, de la culture, de l'aménagement du territoire, de l'environnement de vie, du logement, de l'urbanisme et des transports. Ils favorisent les échanges transdisciplinaires autour de projets communs et le partage d'informations, et ils contribuent à une approche transversale de la santé. Ils permettent d'amorcer un décloisonnement entre les différentes politiques et plans : PRS, PRSE, politique de la ville, PNNS, plan obésité, plan cancer etc...

Cette transversalité est indispensable à la promotion d'un environnement urbain favorable à la santé qui touche des thématiques très diverses (eau, air, bruit, nutrition etc...). Il est nécessaire de pouvoir coordonner les différents secteurs impliqués dans la maîtrise des déterminants liés à l'urbanisme et surtout de pouvoir créer un lien entre ces secteurs. L'axe stratégique « Aménager des cadres de vie favorables à la santé et à l'inclusion des personnes porteuses de handicap » du CLS de Bordeaux (15) illustre bien cette intersectorialité et montre que la promotion de l'urbanisme favorable à la santé relève d'une action réunissant plusieurs secteurs (l'aménagement, l'enseignement, la nutrition, l'offre de soins, etc...). De plus, les CLS peuvent faire le lien entre plusieurs actions déjà en cours, mises en place par des acteurs différents, et ainsi coordonner ces actions, les renforcer et les compléter. C'est pourquoi ce sont des leviers utiles qu'il faut favoriser.

Le CLS ressort comme un outil permettant de donner de la visibilité et de la légitimité aux actions mises en place pour cinq personnes interrogées (une en collectivité et 4 en ARS). Ces deux qualités favorisent la mobilisation des partenaires qui peuvent ainsi valoriser publiquement leur travail et leur engagement. L'une des personnes interrogées l'a formulé ainsi : « le CLS a pour intérêt de rassembler différents acteurs, d'avoir un poids plus important pour mobiliser les partenaires et permettre aux coordinateurs d'avoir un argumentaire plus fort car il comporte des enjeux de santé publique et est signé par l'ARS ». Les contributions des partenaires sont diverses (mise à disposition de ressources, partage de méthodologie...), leur implication est donc primordiale pour la bonne marche des actions.

Les CLS sont des outils fédérateurs par nature, mais ils peuvent également inscrire la mobilisation des acteurs dans leurs actions. C'est le cas du contrat local de Gonesse dans le Val d'Oise en Ile de France dont l'une des actions est « Mobiliser tous les acteurs pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé » (16).

3.3.3. Un outil pour formaliser un engagement sur la durée

Les CLS formalisent un engagement pluriannuel volontaire. Un contrat local de santé peut, en effet, durer jusqu'à 6 ans. Les parties prenantes s'engagent sur un programme d'actions et sur des objectifs à atteindre, avec éventuellement une révision à la fin de la durée contractuelle. Le CLS n'est pas un outil réglementaire. La contractualisation est donc volontaire et implique une adhésion des signataires et partenaires.

Les CLS assurent un financement pour les actions qui y sont inscrites et surtout la pérennisation de ce financement ce qui garantit une continuité des actions d'une année à l'autre. De plus, les CLS prévoient les modalités de pilotage avec la mise en place de postes d'animateurs CLS au sein des collectivités, cofinancés par l'ARS et les collectivités et la mise en place d'un poste de référent CLS au sein de l'ARS. Ce qui garantit un suivi des actions et une mobilisation des partenaires.

3.4. Les limites actuelles de la contractualisation via les CLS pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé

3.4.1. Une sensibilisation des acteurs pas toujours suffisante

L'étude de la base de données des CLS et les entretiens ont mis en évidence une appropriation débutante du concept d'urbanisme favorable à la santé par les acteurs de la santé et de l'urbanisme. Les entretiens ont mis en évidence que la notion d'urbanisme favorable à la santé recouvre des champs et définitions différents selon les interlocuteurs. En effet, plusieurs personnes interrogées ont évoqué des actions d'urbanisme favorable à la santé qui ne correspondaient pas à un aménagement ou un agencement de l'espace urbain. Ainsi les actions de sensibilisation à l'équilibre alimentaire ont été citées (mise en place d'atelier de préparation de repas équilibrés). Cependant, tous s'accordent pour dire que des éléments de langage communs doivent être diffusés comme l'a exprimé une ARS interrogée : « Les différences de culture sont des freins à la mise en place d'actions. Les thématiques [relative à l'urbanisme favorable à la santé] ne sont pas toujours bien portées car mal maîtrisées ».

Du côté des ARS, la promotion d'un urbanisme favorable à la santé est une notion relativement nouvelle, elle est bien souvent confondue avec la santé environnement. La promotion de l'urbanisme favorable à la santé touche des domaines très vastes et différents : l'eau, l'air intérieur/extérieur, le bruit, l'urbanisme etc... Autant de domaines représentent autant de personnes ressources. Il est difficile de désigner une personne portant ce sujet, mais il est important que chaque service puisse faire le lien entre un urbanisme favorable à la santé et son domaine. L'urbanisme favorable à la santé nécessite une approche intersectorielle qui doit

être faite par le biais de groupes de travail et de mobilisation générale autour de projets communs.

Pour les collectivités et aménageurs, le rôle du coordinateur CLS, qui appartient au pôle santé, est de présenter et défendre les propositions d'axes stratégiques et d'actions devant les élus. Ces personnes ne sont pas toujours sensibilisées à l'impact des choix d'urbanisme sur la santé. Les entretiens ont révélé une différence entre les territoires les plus ruraux et les territoires très urbanisés. Ainsi, dans les petites communes rurales dont les densités d'aménagement et de population sont faibles, les élus préfèrent inscrire des axes liés à l'offre de soins et sont moins sensibilisés à la prise en compte de la santé dans les aménagements qui ont moins d'impacts négatifs qu'en milieu urbain. La sensibilisation des collectivités passe d'abord par une appropriation de l'urbanisme favorable à la santé par les ARS, qui seront les principaux interlocuteurs des communes sur ce sujet.

Les ARS et les collectivités ne sont pas les seuls acteurs à devoir être sensibilisés, en effet, les DREAL sont des interlocuteurs réguliers des ARS et participent à la promotion de l'urbanisme favorable à la santé comme l'a précisé une ARS au cours des entretiens : « une sensibilisation des DREAL devrait être menée pour que les avis [sanitaires] soient repris dans leur intégralité, car ce sont également des acteurs de la santé environnementale et de l'urbanisme favorable à la santé. »

3.4.2. Un outil de contractualisation dans la limite du champ de compétences des collectivités

Depuis la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (loi MAPTAM), les compétences des EPCI ont été renforcées. Les compétences d'urbanisme et d'aménagement de l'espace communautaire ont été déléguées aux EPCI. La loi ALUR du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové, a quant à elle transféré la compétence en matière de SCoT, de PLU (i), de documents d'urbanisme en tenant lieu, et de carte communale aux EPCI. Par conséquent, l'échelle du territoire concerné par le CLS influence le choix des actions qui y sont inscrites. En effet, contractualiser avec un EPCI, plutôt qu'avec une seule commune apparaît comme un facteur favorisant l'intégration d'actions de promotion d'un urbanisme favorable à la santé.

D'après les données recueillies, **63% des CLS ont été signés avec une commune seule**. Les entretiens ont révélé que des actions, identifiées comme nécessaires sur le territoire du CLS, ne sont pas inscrites dans les fiches actions car seule une commune est engagée dans la signature du CLS et que les compétences requises ont été déléguées à l'EPCI. Il arrive également que certaines communes se soient engagées sur des actions dont la mise en

œuvre rencontre des difficultés car elle dépasse le seul territoire de la commune. Par exemple c'est le cas d'actions de signalétique piétonne. La compétence revient à la commune mais les signalétiques doivent être homogènes à l'échelle de l'EPCI et dépendent donc par là même du groupement de communes. L'échelle intercommunale est d'autant plus pertinente en milieu rural, notamment pour coordonner l'offre de soins, comme l'a souligné une ARS : « le choix du territoire est important et est l'un des éléments de réussite. Un CLS en zone rurale nécessite un territoire important. L'échelle intercommunale est plus pertinente car elle permet d'avoir une vision globale indispensable en aménagement ».

Il faut également garder à l'esprit que la loi NOTRe, portant nouvelle organisation territoriale de la République, signée le 7 août dernier, renforce les intercommunalités et affiche une volonté de créer un niveau d'intervention locale intercommunal. On notera aussi que les compétences du département seront transférées aux métropoles automatiquement.

3.4.3. Une évaluation des CLS débutante

Les CLS sont des dispositifs récents dont la première génération date de 2011. Leur évaluation individuelle est encore débutante. Les modalités d'évaluation sont pour l'heure en cours de réflexion dans les ARS les plus avancées. De plus, les retours d'expériences intra-régionaux ne sont pas systématiques. Certaines régions très dynamiques dans le champ des CLS organisent des réunions ou mettent en place des outils de capitalisation, autour des actions mises en place. C'est le cas de l'ARS Ile de France, qui accumule une grande part des CLS signés aujourd'hui.

D'autres régions pour lesquelles peu de CLS ont été signés (entre 1 et 5), n'ont pas encore le recul suffisant pour capitaliser sur leur propre expérience. Il serait bénéfique d'instaurer le principe d'une mutualisation des retours d'expériences et des évaluations entre régions. De plus, l'analyse des CLS a montré que des disparités existaient entre les régions et que certaines régions avec peu de CLS intégraient parfois plusieurs actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé, il est donc tout aussi intéressant pour les autres régions de pouvoir profiter de leur expérience.

4. Propositions pour mieux utiliser les CLS au profit de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé

L'un des leviers possibles est de promouvoir l'urbanisme favorable à la santé dans les projets régionaux de santé. Cependant, à la lumière de l'analyse exposée dans le paragraphe 3, les contrats locaux de santé sont des outils qui laissent suffisamment de choix d'actions pour répondre aux problématiques du territoire de contractualisation tout en respectant les

orientations du PRS. Les propositions suivantes visent donc à modifier l'utilisation des CLS sans faire de proposition concernant les PRS dont l'étude pourra faire l'objet d'un autre travail. Ces propositions sont présentées en fonction de l'ordre dans lesquels elles interviennent dans l'élaboration des CLS.

4.1. Sensibilisation et formation des acteurs de la santé et de l'urbanisme

Pour sensibiliser et former les ARS à la promotion d'un urbanisme favorable à la santé, le guide, de l'EHESP et la DGS, a été décliné sous forme d'e-learning, ce qui permet aux agents d'accéder à une autoformation en ligne sans contraintes de temps et de déplacement. L'utilisation de ces outils suppose une adhésion des ARS qui doivent être proactives. Ce travail d'autoformation nécessite un investissement de la part des agents qui vont pouvoir s'approprier la notion d'urbanisme favorable à la santé et être en mesure de l'appliquer quelques soit leurs domaines d'actions. Il convient d'améliorer dans un premier temps le niveau d'appropriation de l'urbanisme favorable à la santé des agents au sein des ARS et des DREAL afin de :

- prendre conscience de l'importance du lien entre urbanisme et santé et de sa transversalité,
- redéfinir l'urbanisme favorable à la santé pour partager des éléments de langage,
- avoir des éléments pour renforcer l'argumentaire auprès des collectivités et aménageurs,
- favoriser le lien entre les services et amorcer un décloisonnement nécessaire à la prise en compte de l'urbanisme favorable à la santé.

Dans un second temps, les collectivités devront être sensibilisées à l'urbanisme favorable à la santé. Mener une démarche de sensibilisation au sein du pôle santé des collectivités permettrait de :

- rendre systématique la prise en compte de la santé dans les projets d'aménagement et que cette prise en compte intervienne dès les premières phases d'élaboration,
- convaincre les élus à la santé et les sensibiliser tout en prenant en compte les spécificités des territoires,
- partager une culture commune et des éléments de langage avec les ARS.

La sensibilisation et la formation de l'ensemble des acteurs de l'urbanisme favorable à la santé pourraient être organisée et planifiée à l'aide du CLS en transposant dans d'autres CLS l'action du CLS d'Oloron Haut Béarn en Aquitaine « Organisation d'une conférence de sensibilisation

au lien santé-environnement à destination de responsables municipaux » et en l'appliquant à l'urbanisme.

Certaines ARS ont fait part de difficultés d'appropriation liées à l'absence de documentation simplifiée ou de rubrique dédiée à l'urbanisme favorable à la santé sur les sites officiels (DGS et ARS). Dans le but de sensibiliser les élus et aménageurs, il conviendrait de mettre en place **des dossiers ou rubriques en ligne** sur les sites des ARS et du Ministère chargé de la santé afin que les agents puissent renvoyer leurs interlocuteurs à sensibiliser vers ces outils.

- ⇒ **Favoriser une culture commune ARS/collectivités qui passe par une appropriation du concept d'urbanisme favorable à la santé par la mise en place de rubriques sur les enjeux de santé liés à l'urbanisme en ligne sur les sites internet des ARS et du Ministère de la santé**
- ⇒ **Travailler avec le CNFPT pour construire une offre de formations sur la promotion d'un urbanisme favorable à la santé auprès des collectivités (formation des maires) et des professionnels de l'urbanisme (architectes, bureaux d'études...)**

4.2. Intégration de l'urbanisme favorable à la santé dès les premières phases d'élaboration du CLS – Complément au kit méthodologique

Pour promouvoir un urbanisme plus respectueux de la santé, il convient de prendre en compte les enjeux de santé liés à l'urbanisme dès les premières phases d'élaboration des CLS. Le schéma suivant présente les différentes phases d'élaboration du CLS et les leviers d'action pour intégrer de l'urbanisme favorable à la santé à chaque phase :

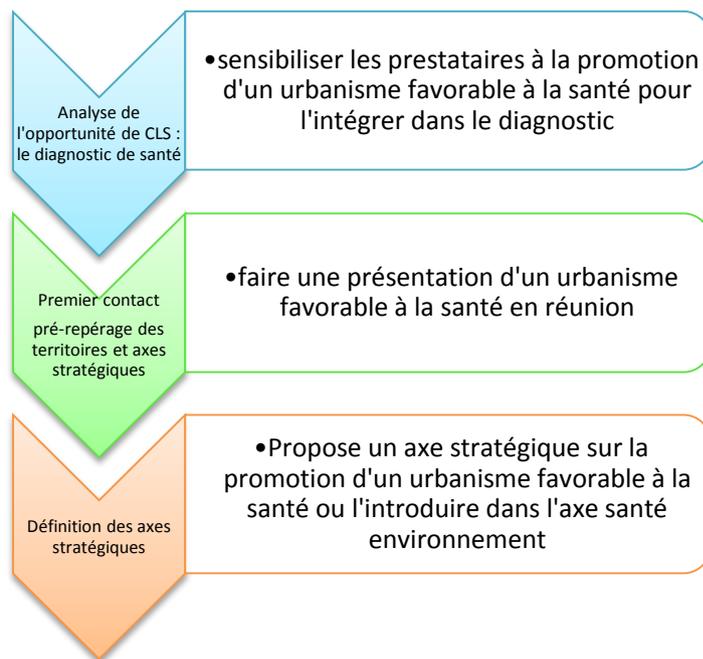


Figure 5 : Représentation schématique des étapes d'élaboration d'un CLS et des leviers identifiés pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé

Lors de la phase d'analyse de l'opportunité des CLS, il conviendrait de réfléchir aux besoins du territoire en ce qui concerne l'aménagement en ciblant les déterminants de la santé de l'urbanisme à impacter positivement. Pour ce faire, le diagnostic territorial de santé mériterait d'être enrichi et comporter une thématique « urbanisme favorable à la santé ». Les prestataires qui réalisent le diagnostic ne sont pas toujours sensibilisés aux déterminants de santé liés à l'urbanisme. Les diagnostics menés dans le cadre de l'élaboration des documents d'urbanisme (SCoT, PLU etc...) ne sont pas utilisés alors qu'il s'agit d'une source intéressante de renseignements sur le territoire et leur analyse permettrait de définir des actions à mener pour améliorer l'influence de l'aménagement sur la santé. L'élargissement du diagnostic à des indicateurs liés à l'aménagement permettrait de collecter des informations relatives à :

- La diversité de l'occupation du territoire (accessibilité, mixité...),
- L'intégration urbaine de la population (répartition équitable des équipements...),
- La gestion du territoire (entretiens des espaces verts, sécurité des espaces publics, collectes des déchets...).

L'ARS doit donc guider d'avantage le diagnostic des CLS en agrandissant le champ de la santé environnement et imposer la prise en compte de l'urbanisme dans le cahier des charges des prestataires.

En effet, imposer une thématique « urbanisme favorable à la santé » dans les diagnostics permettrait de sensibiliser non seulement les prestataires aux enjeux qui y sont associés, mais

aussi les collectivités et les partenaires. Selon les enjeux de santé du territoire du CLS, celui-ci pourrait comporter un axe stratégique relevant de l'urbanisme favorable à la santé ou comporter des actions relevant de ce concept dans un ou plusieurs axes stratégiques.

Pour aider les ARS et les collectivités à élaborer leurs CLS, le kit méthodologique est à leur disposition (9). Une fiche de référence dont un projet est présenté en annexe 16 pourra venir compléter ce kit comme cela a été le cas pour la fiche relative à l'intégration des problématiques santé environnement dans les CLS. Le but étant ici de mettre en place un volet urbanisme et santé dans le diagnostic territorial des CLS, et d'assurer la participation des services santé environnement (environnement intérieur et extérieur) des ARS et des collectivités. La partie urbanisme et santé du diagnostic pourra s'appuyer sur le diagnostic territorial des documents de planification urbaine du territoire du CLS. La fiche référence pourra être portée sur la base de données nationale des CLS (share point) dans la rubrique méthodologique et s'articulera en plusieurs axes selon le modèle de la fiche référence sur l'intégration de la santé environnement et exposera :

- Les enjeux et intérêts de l'intégration d'un urbanisme favorable à la santé dans les diagnostics des CLS
- Les propositions pour intégrer une thématique « urbanisme favorable à la santé » dans le diagnostic (sensibilisation des prestataires, utilisation des diagnostics territoriaux des documents de planification en urbanisme...)

Cette fiche pourra également donner lieu à un fascicule spécifique diffusé dans le réseau des référents en santé environnement et intégré dans le réseau d'échanges en santé environnement (RESE). Celle-ci pourrait être promue dans différents supports (périodiques et sites internet des réseaux de villes) pour que les collectivités puissent en avoir connaissance. S'agissant d'un outil de diagnostic, il est aussi envisageable de le proposer à la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé comme support méthodologique pour la réalisation des diagnostics.

En Ile de France, le CLS de la ville de Saint-Denis prévoit de « Réaliser un diagnostic environnemental à Saint-Denis et identifier des leviers d'actions correctrices » (17). L'introduction d'un diagnostic « santé et urbanisme ». Ce type d'action pourrait être transposé dans d'autres CLS dans un axe de préfiguration du CLS contenant une action intitulée « Réaliser un diagnostic « santé et urbanisme » sur le territoire du CLS ». Ce qui servira alors de base au diagnostic des CLS de génération suivante. Ce diagnostic pourrait également servir d'appui pour la prise en compte de la santé dans les documents d'urbanisme comme

les PLU ou les SCoT. Il pourrait être étendu à l'ensemble des communes souhaitant s'investir dans la santé de ses habitants et ne pas être appliqué qu'aux seuls CLS.

Ensuite, lors de la phase de prise de contact avec les collectivités, une présentation des déterminants de santé liés à l'urbanisme devra être faite aux élus pour les sensibiliser. A minima, les animateurs en charge de proposer la contractualisation aux collectivités devront être sensibilisés à la prise en compte de la santé dans les projets d'aménagement pour que cette problématique ne soit pas négligée.

4.3. Un référentiel d'actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé

Au cours des entretiens, il est apparu à plusieurs reprises que les agents en ARS étaient demandeurs d'outils ou de méthodologies pour les aider à convaincre les collectivités d'intégrer des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS. Selon deux ARS interrogées, la création d'un référentiel d'actions pourrait être pertinente. Cet outil pourrait venir compléter la fiche référence pour l'intégration d'un urbanisme favorable à la santé dans le diagnostic des CLS. Ce document pourra prendre la forme d'un tableau comme suit et consistera en un état des lieux des actions, ayant trait à un urbanisme favorable à la santé, actuellement mises en place dans les CLS ou faisant l'objet d'une réflexion dans le but de les inscrire dans les CLS (cf annexe 17):

Déterminants de santé	Objectifs visés	Actions	Compétences requises	Exemple de CLS
Comportement de vie sain	Faire régresser l'obésité	Mettre en place des pistes cyclables Mettre en place une signalétique piétonne	Gestion du domaine sportif et des loisirs Création, aménagement et entretien de la voirie Aménagement de l'espace communautaire	CLS de Rennes Axe 6 : Favoriser l'activité physique et la mobilité active dans la ville

Pour chaque déterminant de santé lié à l'urbanisme, des actions sont proposées en fonction des objectifs visés (les déterminants et objectifs ont été repris du guide « Agir pour un urbanisme favorable à la santé »). Les ARS, une fois les objectifs du CLS définis, pourront rechercher par déterminants de santé l'objectif qui les intéresse et consulter les propositions d'actions. Les actions du référentiel proviennent :

- Du recensement des actions qui relèvent de l'urbanisme favorable à la santé, déjà présentes dans des CLS, certains Agenda 21, SCoT ou PLU,
- Des propositions d'actions déterminées pour ce mémoire.

Les compétences requises pour mener les actions à bien seraient ensuite listées pour permettre aux collectivités de définir si cette action est faisable sur le territoire du CLS (territoire communal ou intercommunal). Chaque action proposée pourrait faire référence à un CLS existant ayant repris ce type de démarche et auquel les futurs signataires pourront se référer à titre d'exemple. Cet outil pourra être utilisé au moment du choix des actions à inscrire dans les axes stratégiques définis. Il représente un gain de temps pour les signataires mais permettra aussi d'agrandir le panel d'actions possibles en fonction des axes choisis. A terme, il pourra être mis en ligne et enrichi par toutes les ARS qui souhaiteront faire apparaître des actions portées dans leur CLS et permettra une capitalisation sur les actions de l'ensemble des CSL, tout en proposant des actions nouvelles, utiles et attrayantes pour les collectivités (en matière de visibilité et d'image). Enfin ce référentiel pourra servir de base de connaissance sur les déterminants de la santé liés à l'urbanisme et renforcera donc l'action de sensibilisation et de formation déjà amorcée par le guide produit conjointement par l'EHESP et la DGS.

Parmi les propositions faites dans ce mémoire, celle-ci semble être la plus facilement réalisable et la plus pertinente ; sa réalisation devra donc être prioritaire.

4.4. Un travail de capitalisation sur les CLS à mener

4.4.1. Des échanges intra et interrégionaux à créer

Les retours d'expériences inter régionaux sont quasi-inexistants. Ils ne font pas l'objet de réunions consacrées. Les échanges sont faits à l'occasion de réunions autour de la santé environnement. Réaliser des réunions pour partager entre régions et faire part de retours d'expériences (bénéfiques ou non) permettrait d' :

- échanger sur le démarchage des collectivités et les leviers pour convaincre les élus,
- échanger sur des actions particulièrement réussies (qui présentent un gain de santé mais aussi qui soit valorisantes pour les collectivités),
- échanger sur les méthodologies d'évaluation et permettre d'amorcer celles-ci dans les régions les moins avancées,
- échanger sur les types de partenaires inclus dans les CLS afin de pouvoir démarcher des partenaires similaires et savoir les convaincre.

Il conviendrait de favoriser les retours d'expériences à la fois intra régionaux et inter régionaux par la mise en place de réunions, régulières dédiées aux CLS, intra et interrégionales. Des

réunions pourraient être organisées par thématiques, et seraient alors portées par les sous-directions en relation avec les référents thématiques des ARS (santé environnementale). Les CLS ont récemment fait l'objet d'une proposition de séminaire national par la fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (FNES) conjointement avec l'EHESP auprès de la DGS. La promotion de l'urbanisme favorable à la santé pourrait être inscrit à l'ordre du jour afin de sensibiliser les ARS et d'échanger autour d'expériences concrètes.

⇒ **Favoriser les retours d'expériences intra et interrégionaux par la mise en place de réunions**

4.4.2. Un support de communication inter régional : newsletter

Afin de tenir informé l'ensemble des ARS sur les CLS en cours d'élaboration et les CLS finalisés, il serait intéressant de créer une **newsletter** régulière, diffusée via le RESE. Celle-ci pourrait :

- présenter les actions mises en place dans les CLS nouvellement signés par thématiques,
- mettre en avant des retours d'expériences sur des actions déjà réalisées,
- faire connaître les difficultés rencontrées lors de l'élaboration des CLS
- faire connaître les actualités en matière d'urbanisme et de santé (colloques à venir, travaux en cours, actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé mises en place dans d'autres démarches et qui pourraient intéresser les communes/EPCI)
- poser des questions, faire passer des appels à témoignages de communes sur des actions particulières et/ou expérimentales.

Cette newsletter permettrait aux ARS d'avoir une information plus immédiate et plus récente qu'avec les réunions inter régionales et surtout permettrait de préparer ces réunions. Elle nécessiterait la participation active des ARS, mais ne représenterait pas une grande charge de travail en plus car ce type d'informations est déjà diffusé via leur site internet ou sous forme de document interne et la newsletter servirait juste à rendre l'information plus accessible. Pour déterminer qui devra être chargé de mettre en œuvre et faire vivre cet outil, il conviendrait de rencontrer les agents qui assure la gestion du RESE pour mieux comprendre son fonctionnement. Une fréquence de 4 diffusions par an semble un minimum pour permettre un contenu riche et une information régulière. Un tel outil serait donc un gain de temps et une source d'information supplémentaire. A terme, cette lettre d'information pourrait être ouverte aux collectivités, il convient cependant d'identifier quels supports de communication pourraient

diffuser cette lettre d'information auprès des collectivités (réseaux de ville, CNFPT...) et d'étudier des initiatives similaires (si elles existent) et s'appuyer sur ces démarches.

4.4.3. Un document de plaidoyer à l'attention des ARS

Un plaidoyer à l'attention des collectivités pourra être mis en place afin de transmettre des recommandations ayant pour but d'aider les collectivités à promouvoir l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS. Il se composerait d'une plaquette de quatre pages synthétiques rappelant les principes de l'urbanisme favorable à la santé et présentant les leviers pour favoriser la prise en compte de la santé dans les CLS selon l'architecture suivante :

- Intérêt de l'urbanisme favorable à la santé
- Intérêt des CLS
- Un exemple d'action mise en place dans un CLS
- Des recommandations pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé qui pourraient être les suivantes :
 - **Recommandation 1** : Favoriser les processus de concertation avec la population
 - **Recommandation 2** : Solliciter l'avis environnemental en amont des projets d'aménagements
 - **Recommandation 3** : Transmettre les diagnostics territoriaux réalisés à l'occasion de l'élaboration de document de planification urbaine (SCoT, PLU, PDU...)
 - **Recommandation 4** : Favoriser les groupements intercommunaux pour la signature des CLS
 - **Recommandation 5** : Favoriser l'inscription d'actions de contribution des ARS à l'élaboration des documents d'urbanisme

Une ébauche de ce plaidoyer est présentée en annexe 18. Ce document devra être mis en place en collaboration avec des ARS (l'ARS Rhône Alpes a déjà travaillé à la réalisation d'un document de communication sur l'urbanisme favorable à la santé et est très intéressée pour participer à l'élaboration d'un plaidoyer à l'attention des collectivités) pour affiner les recommandations et finaliser les éléments de communication.

5. Propositions pour une meilleure prise en compte d'un urbanisme favorable à la santé à travers d'autres outils

L'ensemble des documents susceptibles de faire un lien entre urbanisme et santé et leurs interactions sont présentés en annexe 4. Certains sont portés par les ARS et d'autres relèvent

de domaines différents (urbanisme, environnement). Cependant, les ARS peuvent être associées à leur élaboration et contribuer à leur construction.

5.1. Articulation et renforcement mutuel avec les CLS

5.1.1. Participation des ARS à l'élaboration des documents de planifications

A une échelle locale, les ARS peuvent agir sur des documents d'urbanisme pour promouvoir la santé et le cadre de vie. L'évaluation environnementale des projets d'aménagement est un levier déjà existant. Elle a été rendue obligatoire en 2011 pour certains documents de planification. Il s'agit d'un moyen réglementaire pour permettre la prise en compte de la santé dans des documents et projets d'aménagement. Cependant, cet avis arrive en fin de processus et n'est pas toujours repris par les maîtres d'ouvrage.

Pour que les déterminants de santé soient pris en compte dès les phases d'élaboration des projets d'aménagement, il conviendrait que l'ARS soit sollicitée en dehors de l'avis environnemental pour participer à la mise en place des documents d'urbanisme. En l'occurrence lors de l'élaboration des SCoT et PLU.

En effet, parmi les plans, schémas, contrats et autres documents d'urbanisme, le **SCoT** apparaît être un document central concentrant les orientations et objectifs des documents de rang supérieur (national, régional et départemental) tout en les relayant aux niveaux des EPCI et des communes. Le SCoT est un document de planification qui définit, à l'échelle intercommunale, les orientations de l'organisation de l'espace en matière d'urbanisme, d'habitat, de mobilités, d'aménagement commercial et d'environnement. Ce document contient :

- Un rapport de présentation (contenant un diagnostic et une évaluation environnementale),
- Un projet d'aménagement et de développement durable,
- Un document d'orientations et d'objectifs.

Le SCoT est élaboré par les communes et leurs groupements. Il peut être un bon levier d'action pour intégrer un urbanisme favorable à la santé en amont des projets du fait de sa position bien que les exigences de compatibilité en fassent un outil moins souple. En outre, le SCoT est un outil transversal permettant d'avoir une vision globale sur un territoire cohérent et de le structurer. Cette vision élargie permet de coordonner certaines actions propres à améliorer la prise en compte d'un urbanisme favorable à la santé, comme les actions favorisant l'accessibilité aux services et équipements. Son échelle supra-communale lui permet une mutualisation des connaissances et un renforcement des échanges transdisciplinaires grâce

aux équipes d'ingénierie. Cette multidisciplinarité favorise l'information sur les notions clés d'un urbanisme favorable à la santé auprès des porteurs de projet que sont les EPCI.

Les PLU(i) sont également intéressants car ils déclinent les politiques urbaines à l'échelle des communes, et permettent un niveau de détail plus grand, (jusqu'aux parcelles). Le PLU est plus souvent mis en avant auprès des citoyens et permet donc une meilleure transparence qui favorise les démarches de concertation. Les possibilités de modifications diverses du PLU, en font un outil souple et évolutif.

L'ARS est déjà sollicitée par certaines villes mais cette pratique n'est pas systématique. Afin de rendre cette contribution systématique, il est possible d'inscrire des actions pour formaliser l'engagement d'une commune ou d'un EPCI à solliciter l'ARS pour accompagner la mise en place de leurs documents d'urbanisme, comme c'est le cas de la commune de Valence qui en 2013 a inscrit l'action suivante « Contribution au Plan Local d'Urbanisme, sur le volet santé et santé-environnement » (18). Il conviendrait donc de favoriser l'inscription de ce type d'action dans les CLS.

- ⇒ **Favoriser l'inscription d'action de contribution à l'élaboration des documents d'urbanisme (PLU et SCoT)**
- ⇒ **Etudier la possibilité d'évolution des documents d'urbanisme locaux pour y intégrer des préoccupations de santé**

5.1.2. Intégration comme volet santé des contrats de ville et Agenda 21 locaux

Les contrats locaux de santé sont des vecteurs de promotion de la santé dans des domaines variés car ils peuvent être inclus dans des dispositifs locaux qui relèvent de la politique de la ville et de l'environnement : les contrats de ville et les Agendas 21 locaux.

Les contrats de ville constituent la mise en œuvre opérationnelle de la politique de la ville et formalisent les engagements de l'Etat, des collectivités et de leurs partenaires pour les quartiers prioritaires. La politique de la ville est une politique transversale a pour but de revaloriser les zones urbaines en difficulté et de réduire les inégalités territoriales. Elle vise à agir sur le développement économique, social et culturel, les emplois, la rénovation urbaine, la sécurité mais aussi la santé et l'amélioration du cadre de vie de ces quartiers. Elle participe donc à la prise en compte de déterminants de santé liés au bien être des habitants, et favorise la promotion de la santé au sens large.

La politique de la ville est élaborée par le comité interministériel de la ville (CIV) qui fixe les orientations et répartit les moyens. Une convention triennale a ainsi été conclue en 2013 entre

la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, la ministre déléguée à la famille, la ministre déléguée aux personnes handicapées et à l'exclusion et le ministre délégué de la ville, concernant la décision «santé et affaires sociales » prise par le CIV. Cette convention fixe les objectifs opérationnels (19) sur lesquels s'engagent les signataires pour appliquer la politique de la ville. De plus, la décision 9 du CIV, dans le cadre de la politique de la ville, a retenu l'objectif suivant « Associer les agences régionales de santé à la préparation, la signature et au pilotage des contrats de ville 2014-2020 ». Cette décision a été reprise dans la convention triennale sous forme d'objectif précisant que « les directeurs généraux des ARS, conformément à l'article L 1435-1 du code de la santé publique, participeront à l'élaboration et seront signataires des futurs contrats de ville, conclus entre l'Etat et les collectivités locales en matière de politique de la ville » (19). Le CLS porte donc les enjeux de santé au sein de la politique de la ville et au cœur des projets de rénovations urbaines.

De même les CLS peuvent constituer le volet santé des Agendas 21 locaux, qui ont pour but de protéger l'environnement et de mettre en œuvre les bonnes pratiques en développement durable. Ainsi, il arrive que le choix d'inscription d'actions dans le CLS dépend de son articulation avec l'Agenda 21. Par exemple, le syndicat mixte du Pays Vendômois a signé un Agenda 21 en 2010 et un CLS en 2012. Le CLS qui constitue le volet santé de l'Agenda 21 ne comporte pas d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé. Cette absence s'explique par la présence dans l'Agenda 21 d'un axe stratégique « promouvoir un aménagement du territoire créateur de nouvelles solidarités » qui comporte déjà des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé visant à développer les transports alternatifs, favoriser la mixité fonctionnelle des logements, et développer les équipements communautaires de service. L'intérêt des CLS est de favoriser la prise en compte de la santé dans Agenda 21 par une approche intégrée, ce qui contribue à la considération de déterminants de santé liés au cadre de vie.

L'inclusion du CLS dans ces deux dispositifs permet de coordonner des actions aux buts communs et de mutualiser des financements. Elle évite ainsi la juxtaposition d'actions sur un territoire. L'implication des CLS dans ces instances permet également d'apporter des visions axées sur le développement durable et la cohésion sociale à ce dispositif, ce qui inclut une vision plus globale de la santé et donc plus transversale. De plus, articuler la politique de la ville et la politique de santé publique à travers le CLS permet d'assurer la prise en compte des quartiers prioritaires et ainsi éviter que le CLS ne participe aux écarts de santé en creusant les inégalités. Au contraire, les CLS peuvent renforcer la lutte contre les inégalités par la mise en place d'actions sur un territoire plus large.

⇒ **Favoriser l'articulation des CLS avec les démarches locales d'Agenda 21 et de contrat de ville**

5.1.3. Eco-quartiers

Le développement durable et la promotion de la santé sont des notions convergentes qui ont des objectifs communs. Elles s'inscrivent toutes deux dans une perspective globale d'amélioration de la qualité de vie. Le label éco-quartier est mis en place par le ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité. Il s'agit d'une démarche volontaire. Les villes qui désirent s'engager dans une démarche de labellisation éco-quartier doivent signer une « Charte des Ecoquartiers » puis faire l'objet d'une évaluation au regard des engagements pris avant d'obtenir le label. Les villes s'engagent ainsi pour un projet d'aménagement à respecter les principes suivants :

- Avoir une démarche de concertation
- Améliorer le quotidien des habitants
- Dynamiser le territoire
- Préserver les ressources et s'adapter au changement climatique.

Ces objectifs se déclinent en 20 engagements (cf annexe 19). Ces engagements se traduisent en actions opérationnelles. Les objectifs visés s'inscrivent dans une démarche d'urbanisme favorable à la santé. Les Eco quartiers sont des démarches encore peu répandues, 32 éco quartiers ont été labellisés à ce jour. Il serait donc intéressant de promouvoir ces démarches à travers les CLS en :

- Inscrivant des actions de l'Eco quartier dans les CLS
- Contractualisant dans les CLS sur la démarche éco quartier dans le cas de rénovation urbaine ou de création de quartier

5.1.4. Evaluation d'impact sur la santé (EIS) : un outil innovant à développer

L'évaluation d'impact sur la santé a été citée à de nombreuses reprises par les différentes personnes interrogées au cours de ce mémoire. Cet outil d'origine anglo-saxonne (à l'origine Health Impact Assessment) est encore peu utilisé en France mais présente beaucoup d'intérêt. Cette démarche est définie comme suit par l'OMS « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils qui permettent de juger les effets potentiels et parfois inattendus sur la santé de la population et la distribution de ses effets au sein de la population, d'une politique, d'un plan, un programme ou un projet ». Il s'agit donc d'une démarche anticipative et transversale qui peut s'adapter à tout type de projet et document d'urbanisme. Le processus d'élaboration d'une EIS est généralement réalisé en cinq étapes (20):

- **Dépistage** (screening) : Cette étape permet de déterminer la nécessité, la plus-value et la faisabilité d'une EIS
- **Cadrage** (Scoping) : A pour but de déterminer les objectifs, les limites spatiales et temporelles de l'EIS et les méthodes d'analyse à employer
- **Evaluation, expertise** (Assessment) : étape d'analyse des données (qualitatives et quantitatives) et résultats d'études afin de juger l'ampleur des impacts potentiels sur la santé des populations et d'identifier des moyens d'atténuation et de compensation.
- **Recommandations** (Reporting) : étape de communication des résultats et des recommandations à l'attention des décideurs
- **Contrôle** (Monitoring) : mise en œuvre et suivi des recommandations et de leurs effets sur les déterminants de santé

Les recommandations proposées à l'issue d'une EIS sont laissés à la libre appréciation des maîtres d'ouvrages et autres décideurs qui pourront les mettre en œuvre ou non. Elles n'ont pas de caractère obligatoire ni réglementaire.

Les EIS peuvent concerner des projets très divers dans les domaines des transports, de l'aménagement, de l'industrie et des ressources naturelles. Ce sont des démarches longues qui ne correspondent pas toujours aux délais des projets urbains, c'est pourquoi il existe une version courte qui sera prochainement expérimentée en France

L'intérêt principal des EIS soulevé par les personnes interrogées au cours de ce mémoire est sa participation à l'acculturation d'acteurs de l'aménagement urbain à la santé et ses déterminants. Les EIS permettent de réunir des professionnels de secteurs différents autour d'une thématique commune et d'un projet commun.

La possibilité d'inscrire les EIS dans les contrats locaux de santé permet d'une part de formaliser l'engagement des collectivités pour introduire de la santé dans des projets en cours d'élaboration et d'autre part de sensibiliser l'ensemble des acteurs à la prise en compte des déterminants de santé dans les projets d'urbanisme. Ce type d'actions a déjà été mis en place dans certains CLS comme pour la ville de Rennes qui a formalisé dans son CLS une volonté de favoriser la mise en place d'EIS « Promouvoir les EIS par l'expérimentation et la diffusion d'expérience » (21). La ville de Villeurbanne, elle, a fait le choix d'inscrire directement une EIS pour un projet précis dans son CLS « Etude d'impacts en santé sur l'usage des espaces publics par les enfants dans le cadre du projet de rénovation urbaine du quartier des Buer » (22).

Les CLS viendraient donc affermir la démarche EIS et celle-ci renforcerait les actions des CLS en jouant le rôle de vecteur d'information et plaçant les préoccupations en santé au cœur des projets d'aménagement.

⇒ Favoriser l'inscription d'action de promotion des EIS dans les CLS

5.2. Partenariat interministériel autour de documents de planification

Parmi les schémas et documents de planification présentés en annexe 4, le SCoT est un document qui apparaît central. Celui-ci doit être compatible avec un certains nombres de documents de rang supérieur dans lesquels la promotion d'un urbanisme favorable à la santé pourrait être intégrée.

Des documents élaborés à une échelle supra régionale, peuvent impacter la prise en compte des déterminants de santé liés à l'urbanisme dans les projets d'aménagement et les documents de rangs inférieurs, tout en gardant une approche intégrée de la santé : les directives territoriales d'aménagements et de développement durable (DTADD). Les DTADD (qui remplacent les Directives territoriales d'aménagement) fixent les objectifs de l'Etat en matière d'urbanisme, de transport d'environnement et de développement économique et culturel sur certaines parties du territoire présentant des enjeux de développement particuliers.

Ces documents sont inscrits au Code de l'urbanisme (article L111-1-1). Des comités interministériels sont mis en place pour l'élaboration de ces documents de planification, auxquels le ministère de la santé n'est pas associé. Les DTADD sont construites en collaboration avec les services du ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité, du ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, et du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Il conviendrait donc de favoriser les échanges interministériels autour de l'urbanisme favorable à la santé pour pouvoir promouvoir l'urbanisme favorable à la santé à travers ces documents. Ces échanges pourraient avoir lieu dans le but de sensibiliser les agents des ministères cités précédemment à cette thématique ou dans le but d'apporter une contribution à l'élaboration des documents de planifications. Les DTADD vont progressivement remplacer les DTA et c'est donc à l'occasion de la modification de ces directives que le ministère de la santé pourra contribuer à leurs orientations.

⇒ Favoriser les échanges interministériels et sensibiliser les agents du ministère de l'environnement et du ministère du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité à l'urbanisme favorable à la santé

⇒ Favoriser la contribution de la DGS à l'élaboration ou la révision des DTADD

5.3. L'urbanisme favorable à la santé : une intersectorialité à cultiver

Les CLS et autres outils cités plus haut participent tous à la promotion d'un urbanisme favorable à la santé. Chaque outil y contribue à des échelles différentes par les actions qu'ils mettent en place. Ils sont vecteurs de sensibilisation auprès d'acteurs différents et complémentaires. C'est pourquoi aujourd'hui, l'urbanisme favorable à la santé ne peut être porté par un seul domaine.

Le schéma suivant présente les différentes contributions des outils de promotion d'un urbanisme favorable à la santé, apportées à un projet de rénovation urbaine :

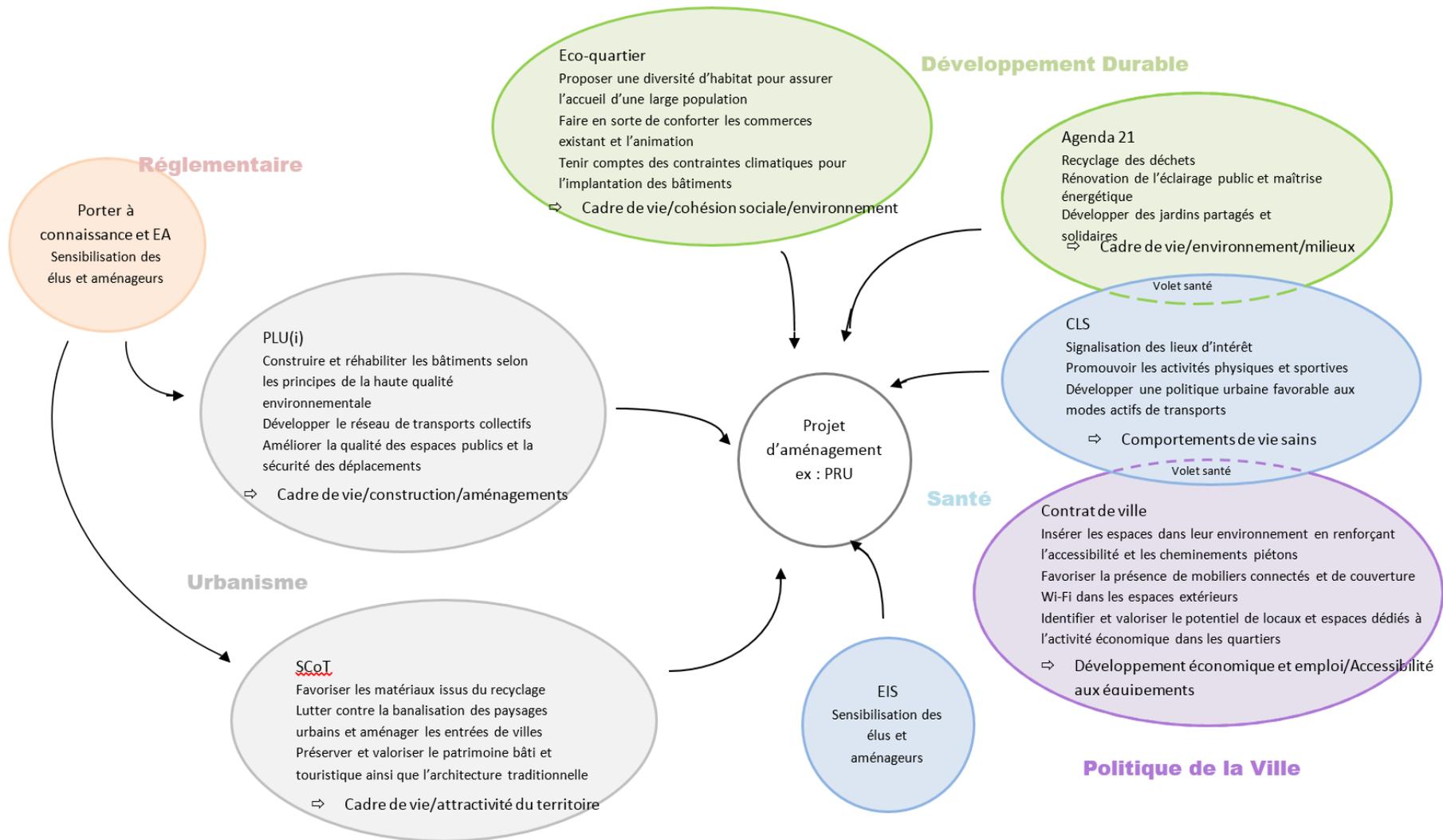


Figure 6 : Exemples d'actions inscrites dans les outils et documents de planifications urbaines – cas d'un projet de rénovation urbaine

Il conviendrait que chaque outil soit étudié pour identifier les leviers pour que l'urbanisme favorable à la santé soit systématiquement pris en compte dans ces dispositifs. Il apparaît pertinent d'étudier en priorité les documents de planification d'urbanisme qui influencent des documents de rangs inférieurs et qui sont plus à même d'imposer la prise en compte de la santé en amont des projets d'aménagement tout en sensibilisant les différents acteurs de l'urbanisme. Pour ce faire, des groupes de travail interministériels sont mis en place auxquels participe la DGS. Les conclusions de ces groupes de travail seront déterminantes pour définir les actions à mener pour promouvoir l'urbanisme favorable à la santé.

5.4. Une plate-forme nationale dédiée aux leviers d'un urbanisme favorable à la santé

Favoriser les échanges inter régionaux est primordial pour capitaliser sur les expériences en urbanisme favorable à la santé et sensibiliser l'ensemble des agents des services de l'ARS en permettant une visibilité de toutes les actions. La mise en place d'un outil spécifique à la promotion d'un urbanisme favorable à la santé, à la fois informatif et interactif serait un moyen d'atteindre ces objectifs. Cet outil pourrait se présenter sous forme d'une plate-forme internet construite avec des rubriques dédiées aux documents et leviers susceptibles de favoriser la promotion d'un urbanisme favorable à la santé.

Ce site pourrait présenter les outils et documents de planifications avec une description du dispositif, son avancement et des exemples concrets d'actions mises en place. Cette plateforme pourrait s'inspirer du site mis en place pour les Agenda 21. Actuellement, une plate-forme Internet dédiée au PNSE3 est en cours de réalisation, ce projet pourrait être l'occasion d'y ajouter une rubrique « urbanisme favorable à la santé » qui reprendrait les éléments de cette proposition.

Conclusion

L'urbanisme favorable à la santé est un concept récent qui place l'individu au cœur des préoccupations des projets d'urbanisme. Le présent mémoire s'est attaché à faire le point sur les actions de promotion de ce concept dans les contrats locaux de santé et à repérer les leviers d'amélioration pour mieux intégrer la promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans les CLS et à proposer des recommandations à destination des acteurs de la santé et de l'urbanisme (DGS, ARS et collectivités).

L'urbanisme favorable à la santé est un concept très vaste, complexe à définir, à appréhender et à s'approprier. Le préalable indispensable à la promotion de la santé dans les choix d'urbanisme est la sensibilisation de l'ensemble des acteurs. Celle-ci doit être réalisée par le biais de formations et de documents de communication (plaidoyer), mais aussi par l'application directe des principes d'un urbanisme favorable à la santé dans des projets d'aménagements, pour démontrer par l'exemple l'utilité de telles préoccupations. Cette application peut être faite à travers les CLS dont l'échelle locale et la souplesse permettent d'inscrire des actions de promotion d'un urbanisme favorable à la santé qui seront mises en œuvre à court terme.

Pour optimiser l'utilisation des CLS dans le cadre de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé, plusieurs leviers ont été évoqués, d'une part apporter des précisions à la méthodologie d'élaboration des CLS et d'autre part enrichir les discussions autour des choix des axes stratégiques et actions par le biais d'exemples et de retours d'expériences.

Les missions du ministère de la santé à l'avenir seraient de promouvoir la santé, en une approche intégrée, dans différents documents de planification et à travers des outils variés et d'associer à ce travail de promotion des acteurs des domaines de l'environnement, de l'habitat, de l'urbanisme, et des transports à différentes échelles. Dans un premier temps, l'échelle locale pourra être favorisée pour créer un dynamisme et valoriser les actions déjà mises en place spontanément, tout en rendant le concept d'urbanisme favorable à la santé plus concret.

Bibliographie

1. **Organisation mondiale de la santé.** *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la santé.* New-York : s.n., 1946. p. 100.
2. **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.* 2014. ISBN : 978-2-9549609-0-6.
3. **Barton H. et Tsourou C.** *Urbanisme et santé, Un guide de l'OMS pour un urbanisme favorable à la santé.* s.l. : Spon Press 2000, 2000.
4. **Projet porté par Marisol Touraine.** Garantir un accès aux soins équitable - La loi de santé. *Gouvernement.fr.* [En ligne] 23 juillet 2015. [Citation : 30 juillet 2015.] <http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>.
5. **Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'énergie, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.** *Santé-Environnement : 3ème Plan National 2015-2019.* 2014.
6. **Ministère chargé de la santé.** *Kit d'accompagnement des collectivités locales : Comment mettre en place une signalétique piétonne pour favoriser la marche?* s.l. : INPES, 2011.
7. **Réseau français des Villes-Santé de l'OMS.** *Mobilités actives au quotidien, Le rôle des collectivités.* s.l. : Presse de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2013. 978-2-8109-0127-2.
8. **Ministère de l'écologie, du développement durable, des transports et du logement.** *Plan national d'adaptation de la France aux effets du changement climatique 2011-2015.* 2011.
9. **Direction générale de la santé, Secrétariat général.** *Kit méthodologique du CLS.* 2011.
10. **Agence Régionale de Santé Basse-Normandie.** *Contrat local de la ville de Caen.* 2014.
11. **Direction générale de la santé; Secrétariat général.** *Kit méthodologique des CLS : L'élaboration des contrats locaux de santé et le diagnostic territorial : quelques précautions méthodologiques.* s.l. : INPES, 2011.
12. **Ministère des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé, Antoine Gueniffey.** *Contrats locaux de santé L'état des lieux à fin 2012.* 2013.
13. **IREPS Basse Normandie, Ville de Caen.** *Enquête santé bien-être, ville de Caen.* 2012.
14. **Ministère de la santé et des sports.** *Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.*
15. **Agence régionale de santé Aquitaine.** *Contrat local de santé de Bordeaux.* 2013.
16. **Agence régionale de santé d'Ile de France.** *Contrat local de santé de la ville de Gonesse.* 2013.

17. **Agence régionale de santé Ile de France.** *Contrat local de santé de Saint-Denis.* 2011.
18. **Agence Régionale de Santé de Rhône Alpes.** *Contrat local de santé ville de Valence.* 2013.
19. **Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'égalité des territoires et du logement, Ministère de la ville.** *Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaire 2013/2015.* 2013.
20. **Bhatia, Rajiv.** *A Guide for Health Impact Assessment.* San-Francisco : California Departmen of Public Health, 2010.
21. **Agence Régionale de Santé de Bretagne.** *Contrat local de Santé 2013-2015 Ville de Rennes.* 2013.
22. **Agence Régionale de Santé de Rhône Alpes.** *Contrat local de santé de Villeurbanne.* 2014.
23. **Potvin, Louise, Moquet, Marie-José et Jones, Catherine.** *Réduire les inégalités sociales en santé Guide INPES.* Saint-Denis : INPES, 2010.
24. *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.* **Organisation mondiale de la santé. Commission des déterminants sociaux de la santé.** Genève : s.n., 2009.

Liste des figures

Figure 1 : Représentation graphique du nombre d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé selon l'axe stratégique dans lequel elles sont inscrites.....	14
Figure 2 : Représentation graphique du nombre d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé en fonction des thèmes qu'elles abordent.....	15
Figure 3 : Schéma des phases d'élaboration d'un CLS	16
Figure 4 : Tableau de bord de suivi de la mise en œuvre d'un CLS	20
Figure 5 : Représentation schématique des étapes d'élaboration d'un CLS et des leviers identifiés pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé	29
Figure 6 : Exemples d'actions inscrites dans les outils et documents de planifications urbaines – cas d'un projet de rénovation urbaine.....	42
Figure 7 : Evolution historique de l'urbanisme vers un urbanisme favorable à la santé	49
Figure 8 : Schéma conceptuel de la santé et ses déterminants (MSSS) 2010.....	50
Figure 9 : Modèle Pathway de la CDSS de l'OMS	51

Liste des tableaux

Tableau 1 : Intégration de la santé environnement et de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans les CLS.....	13
Tableau 2 : Contexte d'intégration d'actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé	19
Tableau 3 : Récapitulatif des personnes interrogées au cours des entretiens	69

Annexes

Table des annexes :

Annexe 1 : Historique des liens entre santé et urbanisme et concept des déterminants de santé	49
Annexe 2 : Les inégalités de santé	51
Annexe 3 : Objectifs et actions relatifs à l'urbanisme favorable à la santé des différents plans nationaux.....	52
Annexe 4 : Schéma de coordination des outils et documents de planification urbaine et descriptifs de ces documents	62
Annexe 5 : Circulaire relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et préparation de la mise en place des contrats locaux de santé	66
Annexe 6 : Grille d'analyse des contrats locaux de santé	67
Annexe 7 : Listes des déterminants de santé et les objectifs visés pour un urbanisme favorable à la santé (2).....	67
Annexe 8 : Grille d'entretiens.....	68
Annexe 9 : Tableau récapitulatif des entretiens.....	69
Annexe 10 : Tableau d'analyse des entretiens.....	70
Annexe 11 : Tableau récapitulatif des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS.....	75
Annexe 12 : Analyse de la base de données.....	79
Annexe 13 : Exemple de fiche action d'un CLS (CLS de Limoges, ARS Limousin 2011).....	82
Annexe 14 : Tableau d'analyse du contexte d'inscription des axes stratégiques, objectifs et actions des CLS de Rennes, Romans sur Isère et Blois	83
Annexe 15 : Convention de coopération pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé- Rennes	84
Annexe 16 : Fiche sur l'intégration des problématiques urbanisme favorable à la santé dans le diagnostic des CLS : ce document est en cours d'écriture. ..	85
Annexe 17 : Référentiel d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé	89
Annexe 18 : Plaidoyer à l'attention des ARS : ce document est en cours d'écriture.....	91
Annexe 19 : Engagement de la Charte Eco-quartier.....	97

Annexe 1 : Historique des liens entre santé et urbanisme et concept des déterminants de santé

Historique du lien entre santé et urbanisme :

Le lien entre l'urbanisme et la santé a été établi au cours du XIX^{ème} siècle par le mouvement hygiéniste qui fonda la médecine préventive et la santé publique dans le but d'enrayer les grandes épidémies se développant dans les villes. Un second courant d'urbanisme fonctionnaliste et de planification au début du XX^{ème} reléguait la prévention au second plan, pour privilégier le développement économique et les progrès techniques (2)(réf). Le schéma suivant résume l'évolution historique et les dates clés de chaque courant d'urbanisme (figure 2).



Figure 7 : Evolution historique de l'urbanisme vers un urbanisme favorable à la santé

L'Urbanisme Favorable à la Santé est une notion établie en 1987 lors de la création du réseau ville-santé de l'OMS dont le but est de promouvoir la santé et le bien-être des populations dans les projets d'aménagements et plans d'urbanisme tout en respectant l'environnement et le développement économique. Cette évolution marqua le début de l'urbanisme durable visant à maîtriser l'impact des aménagements sur l'environnement et la population.

Concept des déterminants de santé et urbanisme :

Il existe des représentations schématiques des déterminants de la santé, dont le plus récent est le modèle du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) datant de 2010 (figure 1).

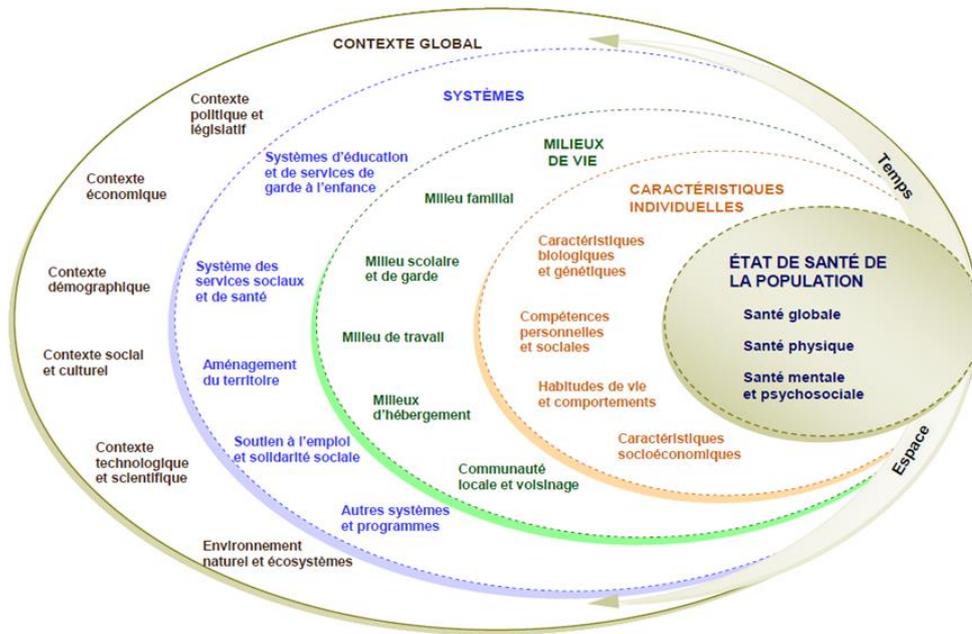


Figure 8 : Schéma conceptuel de la santé et ses déterminants (MSSS) 2010

Ce modèle classe les déterminants de la santé en 4 groupes influençant l'état de santé de la population, elle-même dépendante du temps et de l'espace : le contexte global, les systèmes, le milieu de vie et les caractéristiques individuelles. La prise en compte de l'impact des milieux de vie sur la santé a mené à définir le concept de Santé Environnement (SE), qui constitue un premier pas vers l'urbanisme favorable à la santé.

L'Organisation Mondiale de la santé a défini lors de la conférence d'Helsinki en 1994 la santé environnementale comme suit : « la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris de la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psycho-sociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ». La SE regroupe des déterminants de santé majeurs dus aux conditions de vie des individus, à la contamination éventuelle des milieux via les matrices eau, air et sol et les changements environnementaux (manifestations climatiques, urbanisation etc...).

La loi constitutionnelle n°2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement article 1er impose que « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ». Les villes sont des lieux extrêmement modifiés, impactant obligatoirement la santé des habitants via des déterminants liés aux milieux d'hébergement et de travail, à l'aménagement du territoire et au milieu naturel. Il est donc important de prendre en compte les enjeux qui y sont liés, notamment en les intégrant dans les politiques publiques tant au niveau national que territorial, afin de réduire les inégalités en santé.

Annexe 2 : Les inégalités de santé

Comme indiqué en 2014 par Marisol Touraine lors de son discours sur la stratégie nationale de santé, « la part attribuable aux facteurs sociaux et environnementaux pèserait pour plus de 80% dans la constitution des inégalités en santé ». La notion d'inégalités de santé fait référence aux écarts entre des sous-groupes de personnes pour certains indicateurs de santé. La documentation mentionne généralement des inégalités sociales et environnementales de santé.

- **Les inégalités sociales en santé** : Définies par l'INPES comme « Ecart d'état de santé socialement stratifiés » (23) c'est en Angleterre en 1980, à travers le *Black Report*, publié par le département de la santé et de la sécurité sociale, que le lien entre position sociale et santé fut révélé. La notion d'inégalités sociales de santé est décrite par un gradient de santé, ainsi les individus les plus socialement défavorisés sont plus susceptibles d'être touchés par des problèmes de santé. Plusieurs représentations schématiques des déterminants sociaux en santé modélisent le lien entre inégalités sociales et inégalités en santé. La Commission des déterminants sociaux de la santé (24) de l'OMS, créée en 2005, a publié un modèle (figure 2) définissant les causes sociales et structurelles des inégalités sociales de santé. Il s'agit du modèle le plus récent et le plus abouti actuel.

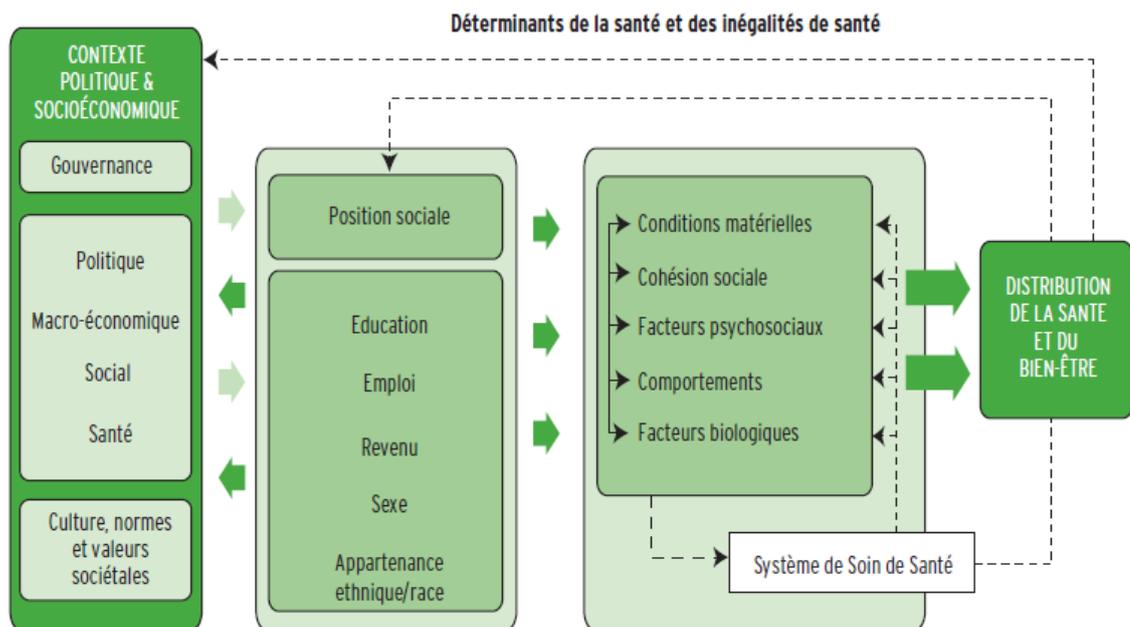


Figure 9 : Modèle Pathway de la CDSS de l'OMS

Ce schéma démontre que les inégalités en santé résultent de facteurs liés à la position sociale de l'individu défini par : son éducation, son emploi, ses revenus, son sexe et son appartenance ethnique. Ce modèle montre également que les causes ne sont pas portées que par les acteurs de la santé (représentés généralement par l'offre de soins), mais aussi par des acteurs des domaines politiques et socioéconomiques. L'un des points d'action pour réduire ces inégalités en santé serait d'amorcer un décloisonnement au sein des administrations publiques afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé et non seulement le système de soins. La promotion de l'urbanisme favorable à la santé permet d'influencer en outre les facteurs

biologiques mais aussi les comportements de vie sains, la cohésion sociale et les facteurs psychosociaux.

Cependant, parfois les inégalités sociales n'expliquent pas seules les inégalités de santé. La littérature associe généralement les inégalités environnementales aux inégalités sociales pour expliquer les inégalités en santé. Si bien souvent, les problèmes de santé peuvent être expliqués par la position sociale défavorable d'un individu, il arrive parfois que les inégalités face aux nuisances environnementales jouent un rôle également.

- **Les inégalités environnementales en santé** : ces inégalités dépendent de l'exposition et de la vulnérabilité des individus. L'exposition est liée à la disparité des répartitions des nuisances environnementales sur le territoire, en lien bien souvent avec des choix d'urbanisme. La vulnérabilité est liée à la sensibilité des personnes, leurs maladies préexistantes, et leurs expositions cumulées. Cependant, les inégalités environnementales en santé ne se réduisent pas qu'aux nuisances liées aux milieux que sont l'eau, l'air et le sol. Cette notion doit aussi prendre en compte la qualité de vie (logement décent et dans un environnement sans risque, accès aux transports en commun, aux espaces verts, aux équipements...) et est donc très interdépendante des comportements individuels qui peuvent être influencés par les aménagements urbains.

Annexe 3 : Objectifs et actions relatifs à l'urbanisme favorable à la santé des différents plans nationaux

Objectifs du 3^{ème} Plan National Santé Environnement :

Santé et biodiversité :

Action n°89 : réaliser une expertise collective sur les effets positifs des espaces verts et des espaces de nature urbains sur la santé

Pilotes : DGALN, CGDD-DRI

Partenaires : CGDD-DRI, IRSTEA, CEREMA, CSPNB

Indicateur de réalisation de l'action : rapport d'expertise collective

Mieux intégrer les enjeux de santé environnement dans l'aménagement et la planification urbaine :

Action n°97 : tester sur la base du volontariat, la mise en place de quelques études d'impact sur la santé à l'échelle d'un quartier permettant d'intégrer au mieux les enjeux sanitaires et environnementaux

Pilote : DGS

Partenaire : DHUP

Indicateurs de suivi de l'action : nombre de guides élaborés, de formations mises en place, de colloques ou forums organisés, de publications diffusées

Action n°98 : développer des outils à l'usage de l'ensemble des intervenants permettant d'intégrer, dans les projets d'aménagement et les documents de planification, la santé par une approche globale de l'ensemble de ses déterminants (économiques, environnementaux et sociaux)

Pilotes : DGCL, DHUP DGS

Partenaires : DHUP, DGITM, INERIS, FNAU, Réseau Ville-santé OMS, instituts étrangers qui ont une expérience dans ce domaine, EHESP, ADEME

Indicateur de réalisation de l'action : nombre de guides élaborés, de formations mises en place, de colloques ou forums organisés, de publications diffusées

Action n°99 : développer la diffusion de l'information visant à favoriser la prise en compte de la qualité de l'air et de ses impacts sanitaires, notamment sur les personnes vulnérables (jeunes enfants...), dans les projets d'aménagement et d'urbanisme (installation de crèches, écoles à proximité d'axes à fort trafic routier), notamment dans le cadre du porter à connaissance de l'État lors de l'élaboration des documents d'urbanisme

Pilotes: DGS, copilote DGCS

Partenaires : Anses, AASQA, LCSQA, EHESP, DGESCO, DGEC, DGALN (DHUP)

Indicateurs de réalisation de l'action : saisine de l'Anses, réalisation d'outils, mise en œuvre d'expérimentations locales

Action n°100 : donner aux communes et aux intercommunalités le pouvoir de mettre en œuvre des zones de restriction de circulation sur leur territoire

Le principe consiste à **définir les conditions selon lesquelles la circulation dans ces zones est réservée aux véhicules terrestres à moteur les moins polluants**, afin de lutter contre cette pollution et notamment réduire les émissions de particules et d'oxydes d'azote. Sont considérés en particulier le **périmètre géographique et les modalités temporelles retenues et les véhicules visés par référence au classement mentionné à l'article L318-1 du code de la route.**

Pilote : DGEC

Partenaires : collectivités locales qui ont le pouvoir de mettre en œuvre ces zones, AASQA

Indicateur de réalisation de l'action : nombre d'arrêtés locaux (autrement dit nombre de zones de restriction)

Plan Cancer :

Objectif 11 : Donner à chacun les moyens de réduire son risque de cancer

Réduire le risque de cancer par l'alimentation et l'activité physique

Action 11.7 : Faciliter pour tous et à tout âge la pratique de l'activité physique au quotidien.

- ▶ Développer l'offre de transports actifs, l'accessibilité des escaliers dans le bâti, les plans de mobilité d'entreprise.
- ▶ Inscrire dans la réglementation de l'urbanisme la prise en compte des mobilités.
- ▶ S'assurer que les offres d'activité physique et sportive sont accessibles à tous, particulièrement pour les publics les plus éloignés de la pratique.
- ▶ Faciliter l'accès aux équipements sportifs publics (par exemple, par l'augmentation de l'amplitude des horaires).

Plan sur la qualité de l'air intérieur :

Dans la filière du bâtiment, développer les actions incitatives et préparer les évolutions réglementaires

La transition énergétique et écologique est l'un des enjeux majeurs du quinquennat. Conformément aux orientations données par le Premier ministre dans son discours de politique générale, un plan de performance énergétique de l'habitat visera à rendre performants chaque année un million de logements neufs et anciens. Dans le contexte de vaste chantier de rénovation énergétique des bâtiments existants et de construction de bâtiments basse consommation, il est indispensable de prendre en compte, lors de la réhabilitation ou la conception, les enjeux de qualité de l'air intérieur.

I. Demander à l'ensemble des dispositifs existants sur la performance énergétique (labels, certifications) le renforcement du volet qualité de l'air intérieur pour valoriser les bons choix de matériaux et les bonnes méthodes de mise en œuvre

La problématique qualité de l'air intérieur est déjà partiellement intégrée dans certains dispositifs de labels et de certifications :

- Les labels dits « réglementaires » disposent de volets propres à la qualité des moyens d'aération. Par exemple, les labels de la réglementation thermique RT 2012 prévoient un volet sur les installations de ventilation (contrôle de la perméabilité des réseaux aérauliques et constat visuel de la bonne installation des équipements de ventilation). Le label « biosourcé » comprend un volet sur les émissions de composés organiques volatils.
- Certains labels volontaires (type Haute qualité environnemental - HQE) intègrent la santé dans leur référentiel (cible 13 : qualité sanitaire de l'air).

Il est toutefois important de renforcer la prise en compte du volet qualité de l'air intérieur dans tous ces dispositifs.

Dans les labels réglementaires, cela sera fait par l'intégration d'un diagnostic minimal de l'installation de ventilation et de son bon fonctionnement. Ce diagnostic aura une valeur informative et pédagogique pour le maître d'ouvrage qui pourra choisir d'engager ensuite un audit poussé et des actions d'amélioration. Ce premier diagnostic devra avoir un coût maîtrisé pour impacter au minimum le coût de la certification globale.

Par ailleurs, sera intégré un volet sur l'étiquetage composés organiques volatils (COV) et la prise en compte des fiches de déclaration environnementale et sanitaire (FDES).

En plus des labels réglementaires, il est également possible de proposer ces éléments dans les référentiels de base des certifications volontaires (CERQUAL, CERTIVEA, CEQUAL)⁴.

Ainsi, par exemple, dans le cadre des travaux préliminaires à l'élaboration du label de performance environnemental du bâtiment, des exigences liées à l'utilisation de produits de construction faiblement émissifs vont être formulées. C'est d'ailleurs ce principe qui a été appliqué pour le label bâtiment biosourcé (arrêté du 19 décembre 2012) qui exige, pour les produits de construction en contact avec l'ambiance intérieure, des émissions correspondant à l'étiquette A+ ou A.

Les éléments de cahier des charges à l'attention des maîtres d'ouvrage qui veulent se montrer exemplaires sur la qualité de l'air intérieur seront mis à disposition.

⁴ une option similaire portant sur l'acoustique a été intégrée au référentiel de QUALITEL suite au conseil d'administration d'octobre 2012. Il est envisagé de supprimer le caractère optionnel de ce mini-diagnostic acoustique si la mesure fonctionne bien.

J. Concernant la qualité de l'aération-ventilation installée, lancer la mobilisation des professionnels de la filière bâtiments. Intégrer dans les formations sur les performances énergétiques dans le bâtiment, initiales et tout au long de la vie, des éléments concernant l'aération/ventilation, notamment pour les réhabilitations thermiques.

L'aération-ventilation est aujourd'hui éclatée entre plusieurs métiers : les problèmes de non-conformités observés sur les chantiers sont souvent dus au fait que plusieurs corps d'état interviennent sur la partie aération.

Des démarches seront lancées auprès des professionnels, visant à :

- (i) la production et mise sur le marché d'équipements à fiabilité renforcée et maintenance simplifiée ;
- (ii) une maîtrise d'œuvre qualifiée et garantie lors de l'installation ;
- (iii) une maîtrise d'ouvrage incitée aux autocontrôles ;
- (iv) des préoccupations de qualité de l'air intérieur renforcées dans un projet de manuel d'utilisation fourni à l'occupant du bâtiment.

La qualification QUALIBAT⁵ portant sur la ventilation, qui permet par ailleurs d'être Reconnu Grenelle Environnement (via la mention "efficacité énergétique"), présente des garanties quant à la compétence de l'entreprise, qui présente des références de réalisation contrôlées sur site.

Communiquer au sujet de la qualification QUALIBAT via la qualification de la ventilation « Reconnu Grenelle de l'Environnement (RGE) » permettra de cibler les professionnels compétents dans ce métier. La préoccupation de la qualité de l'air intérieur sera renforcée dans cette qualification.

La mise en place des mesures permettant de vérifier la qualité de l'installation obligera les acteurs du chantier à bien s'organiser (sur le modèle du test d'étanchéité).

Concernant la formation, plusieurs leviers existent: le programme de formation aux économies d'énergies des entreprises et artisans du bâtiment (FEEBat) et la démarche de « règles de l'art Grenelle de l'Environnement » (RAGE) sont deux dispositifs pertinents pour communiquer sur ce sujet et toucher directement les professionnels concernés. Une charte d'engagements pourra concrétiser cette préoccupation.

En parallèle, les acteurs du programme Build up Skills (programme européen) seront mobilisés en ce sens.

Dans le cadre de la formation initiale, un arrêté transversal d'intégration des thématiques sanitaires et environnementales aux référentiels de formation est en cours de négociation (pilote Éducation nationale). Il prend déjà en compte une certaine articulation entre la rénovation thermique et les enjeux d'aération.

K. Mobiliser les services de l'État sur l'aération-ventilation lors des contrôles des règles de construction

Les constatations sur le terrain nous conduisent à étudier l'opportunité de créer une attestation de prise en compte de la réglementation aération à l'achèvement des travaux ou d'imposer la réalisation d'un test.

Cette action s'appuiera sur le retour d'expérience de l'attestation acoustique, qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013, ainsi que sur l'expérience du test d'étanchéité à l'air. L'objectif sera une conception des contrôles et des attestations visant une modification des jeux d'acteurs de la construction.

En parallèle, des actions d'information et de soutien visant les contrôleurs de l'État pourront être menées. Ces actions serviront également de retour d'information émanant directement du terrain afin d'adapter le dispositif si nécessaire.

⁵ QUALIBAT regroupe près de 33 000 entreprises de construction, de toutes tailles et toutes spécialités répondant à des standards de qualité

L. Inciter au développement du volet sanitaire des fiches de déclaration environnementale et sanitaire (FDES) des produits de construction et développer des modules d'évaluation de la qualité de l'air intérieur dans les outils logiciels d'aide à la conception des bâtiments.

Depuis leur origine, les fiches de déclaration environnementale et sanitaire (FDES) de la base nationale française de référence sur les impacts environnementaux et sanitaires des produits, équipements et services (base INIES) ont pour vocation d'intégrer des critères sanitaires afin d'informer les acteurs de la construction et les particuliers des caractéristiques des produits.

Un renforcement de la caractérisation sanitaire des produits de construction sera mené dans le cadre de travaux liés à l'évolution des fiches FDES. Le nouveau protocole de gestion de la base INIES vient d'être signé pour la période 2013-2016. Un des points stratégiques de la nouvelle feuille de route d'INIES est de renforcer les informations sanitaires (élargissement du socle commun sanitaire que tout émetteur de FDES doit compléter et qui constitue un ensemble minimum d'informations) et de structurer le volet sanitaire / confort pour aider à l'émergence d'outils d'évaluation de la performance sanitaire des bâtiments.

Pour rappel, les FDES sont dorénavant indiquées dans les avis techniques du Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB)⁵ et les émissions de composés organiques volatils (COV) sont traitées dans l'instruction des avis techniques.

Concernant l'aide à la conception des bâtiments, le CSTB développe un module dédié à la qualité de l'air intérieur destiné à intégrer un outil de conception multicritère à l'échelle de l'ouvrage : Programme Elodie 2.0. La présentation détaillée du logiciel Elodie et les modalités d'utilisation sont consultables sur le site Internet : <http://www.elodie-cstb.fr/>

M. Favoriser l'utilisation de produits de construction et de décoration classés A+ en termes d'émissions de polluants volatils dans les achats et marchés publics

Plusieurs actions pourront être menées sur ce point, en lien avec la mission interministérielle pour la qualité des constructions publiques :

- Des accords volontaires pourront être passés avec les principaux maîtres d'ouvrage publics que sont l'EPAURIF, l'APIJ et l'OPPIC, les collectivités. Cette action pourra afficher une vigilance particulière sur le volet « réhabilitation ».
- Une circulaire pourra inciter à utiliser des produits classés A+ dans les marchés de l'État.

La ventilation étant souvent incluse dans un lot « chauffage-plomberie-ventilation », parfois même combiné avec l'électricité, une réflexion sera menée pour conduire la maîtrise d'ouvrage à vérifier l'intervention en direct ou sous-traitance d'une entreprise réellement compétente dans le domaine de la ventilation, mais aussi à vérifier le bon fonctionnement de la ventilation à réception, et à développer le commissionnement (pratique visant à désigner un ingénieur dédié au réglage et à la mise en bon fonctionnement du bâtiment sur les premières années).

Progresser sur le terrain vis-à-vis de pollutions spécifiques

Q. Dans les bâtiments en zone prioritaire pour la qualité de l'air extérieur (exemple : PPA), et dans les bâtiments recevant du public sensible, étudier les meilleures prescriptions constructives des entrées d'air et des systèmes d'aération

Des milliers de personnes résident dans des zones où des dépassements des normes de qualité de l'air extérieur sont constatés. Pour mieux caractériser ces zones de dépassement, les AASQA réalisent des cartographies de qualité de l'air extérieur et, dans certaines régions, des études de points noirs environnementaux.

La campagne logement menée entre 2003 et 2005 par l'OQAI dans 567 logements représentatifs du parc français a montré que :

- Certains polluants ne sont présents qu'à l'intérieur des logements.
- Certains sont présents à la fois à l'intérieur et à l'extérieur mais dans des concentrations différentes (sources à l'extérieur et à l'intérieur).
- Les polluants provenant uniquement des sources extérieures ont la même concentration dans l'air intérieur.

Sera étudiée l'efficacité opérationnelle réelle de dispositifs de traitement de l'air, tant aux entrées que dans les

systèmes de ventilation.

Une réflexion sur la localisation des prises d'air sera menée afin d'approfondir les interactions entre les problématiques « bruit », « qualité d'air » et « efficacité des systèmes » en fonction des différentes typologies de bâtiments et de leur localisation (art. L. 111-5). Des outils (type guide technique), à destination des professionnels pour optimiser les localisations des prises d'air, seront élaborés en lien avec les autres actions de formation.

Les études d'interface air intérieur-air extérieur seront poursuivies afin de déterminer la part des polluants extérieurs s'ajoutant aux polluants spécifiques intérieurs en fonction de l'environnement, et d'étudier la dispersion de ces polluants dans les bâtiments, en fonction notamment de la ventilation.

Objectifs du Plan National d'Adaptation aux Changements Climatiques :

Fiche URBANISME et CADRE BATI

Illustration. Exemple d'indice de changement climatique pour l'urbanisme : températures maximales quotidiennes. Pour les indices reliés aux extrêmes chauds, les deux scénarios A2 et B2 montrent une tendance à l'augmentation de la fréquence et de l'intensité de ces extrêmes

Les bâtiments ont une durée de vie longue de nombreuses décennies, à l'échelle de temps de l'émergence probable du réchauffement climatique. L'adaptation au changement climatique n'est pas naturelle pour les acteurs, et des actions doivent être lancées dès à présent pour anticiper et ne pas laisser prendre de l'ampleur à des phénomènes non souhaités tels que : développement spontané de la climatisation active, urbanisation nouvelle de zones de probable montée des eaux dans le futur, nouveaux aménagements urbains propices à l'effet canicule, construction de bâtiments neufs énergétiquement efficaces mais au confort d'été insuffisant en contexte de réchauffement.

L'adaptation systématique du bâti existant, devra ensuite être développée de façon progressive avec les apports de la recherche.

Mesure phare

Mesure de l'Action 4

Renforcer l'exigence de confort d'été dans les bâtiments

L'objectif de cette action est de faire évoluer le critère d'exigence sur le confort d'été de la réglementation thermique pour avoir un indicateur plus précis qui tienne compte à la fois de l'amplitude et de la durée de la surchauffe et une exigence homogène et calculée dans les mêmes conditions que les autres exigences de résultat de la réglementation thermique, c'est-à-dire une exigence en valeur absolue. Cette approche visera notamment à éviter le recours systématique à la climatisation pour le confort d'été.

Pilote : DHUP

Calendrier : 2012-2014

Action n°1 : Intervenir pour l'adaptation au changement climatique au niveau des documents d'urbanisme

La loi Grenelle II a prévu la réalisation, avant la fin de l'année 2012, de schémas régionaux de cohérence écologique, co-élaborés, au niveau régional, par l'Etat et la région ; la loi dispose que les documents d'urbanisme tiennent compte de ces schémas, qui intègrent notamment la trame verte et bleue. La préservation de cette continuité écologique facilitera l'adaptation au changement climatique. Un guide de retour d'expérience sera élaboré sur la prise en compte de ces schémas, ainsi que des Plans-climat-énergie territoriaux, dans les documents d'urbanisme. Enfin, plusieurs SCOT devraient faire l'objet d'une étude de vulnérabilité au changement climatique dès 2012. Cette action comporte deux mesures.

- **Faire prendre en compte la biodiversité dans les documents d'urbanisme**
- **Faire prendre en compte les risques et les effets liés au changement climatique dans les documents d'urbanisme**

Pilote : DHUP

Partenaires : DGEC, ADEME et DGALN/DEB

Action n°2 : Adapter la gestion de la nature en ville et la gestion des espaces verts

Le plan « nature en ville » présenté le 9 novembre 2010 vise à répondre à cette recommandation. Plusieurs des actions recensées relèvent du Ministère de l'Ecologie, du développement durable, des transports et de la mer.

Cette action se décline en trois mesures

- **Mettre en place un cycle de conférences nationales sur la prise en compte de la nature dans les pratiques de la planification, de l'urbanisme et de l'aménagement**
- **Établir un Prix "Nature en ville" dans le palmarès EcoQuartiers 2011, suite à la demande de traduction des enjeux de la nature en ville dans l'appel à projet EcoQuartiers**
- **Produire des éléments de méthode pour la prise en compte de la biodiversité par l'ingénierie de projet mobilisée sur les EcoQuartiers**

Pilote : DHUP

Partenaire : DGALN/DEB

Action n°3 : Lutter contre la canicule en ville et limiter l'effet d'îlot de chaleur

Cette action comporte deux mesures.

- **Faire le bilan des bonnes pratiques d'adaptation dans le cadre du plan Villes Durables**
- **Exiger un diagnostic de vulnérabilité au changement climatique parmi les critères retenus pour l'obtention du label EcoQuartier 2012**

Pilote : DHUP

Action n°4 : Agir pour le confort du bâti en contexte de hausse globale des températures

Le confort d'été est une problématique de plus en plus prégnante quand on parle du confort thermique des bâtiments. Ce sujet reste encore mal connu, dominé par les contraintes liées au confort thermique d'hiver, mais il est appelé à prendre une importance croissante dans les années à venir. Il est proposé de renforcer l'exigence en termes de confort d'été dans la réglementation thermique. Des travaux de recherche et d'expérimentation sur le confort d'été et l'adaptation seront inscrits aux programmes de recherche sur la période 2012-2014. Enfin un état de référence sur la qualité de l'air intérieur sera réalisé afin de pouvoir évaluer à terme les impacts sanitaires des mesures d'adaptation du bâtiment au changement climatique. Trois mesures composent cette action.

- **Renforcer l'exigence de confort d'été dans la réglementation thermique (voir mesure phare)**
- **Mener des travaux de recherche et d'expérimentation sur le confort d'été**
- **Mieux connaître l'état de la qualité de l'air intérieur dans les bâtiments existants, afin de prendre en compte les contraintes sanitaires des mesures destinées à l'amélioration de l'efficacité énergétique des bâtiments existants**

Pilote : DHUP

Objectifs relatifs à la prise en compte de la santé dans les transports

Actions de la feuille de route du groupe de travail ad hoc transports du PNSE3

3.1 Action 1 : prendre en compte la problématique santé environnement dans les documents de planification territoriale relatifs aux déplacements (voyageurs et marchandises) ainsi qu'à l'urbanisme et au logement

Les objectifs opérationnels de cette action sont de **dresser un état des lieux de la prise en compte des liens transport environnement santé**, tels que précisés dans les axes du PNSE3, dans les plans et schémas locaux, puis, à partir de cet état des lieux, de proposer des pistes et des outils méthodologiques pour améliorer la prise en compte de ces liens dans les plans et schémas pertinents.

Plus précisément, il conviendra :

- **De dresser un état des lieux des liens transport santé environnement** dans les principaux documents de planification et schémas locaux ainsi que dans les évaluations environnementales associées ;
- **D'établir un état des lieux synthétique des objectifs / actions présents dans tout ou partie des documents de planification territoriale** ayant trait conjointement aux transports, à l'environnement, et à la santé ; cet état des lieux portera également sur la gouvernance des actions identifiées et les évaluations environnementales ;
- **D'identifier les facteurs pouvant faciliter ou freiner l'intégration des actions du PNSE et des PRSE dans ces plans**, ainsi que leur mise en œuvre opérationnelle ;
- **De proposer des outils méthodologiques et de modes de gouvernance permettant de faciliter l'intégration des objectifs et actions du PNSE et des PRSE dans les documents de planification territoriale thématiques** (ex : PPA) ou urbanistiques (PLUI en particulier, qui ont vocation à faire la synthèse sur le territoire), les porter à connaissance, les méthodes de consultation du public et les évaluations environnementales ;
- **De dresser un état des lieux des besoins d'outils nécessaires à l'évaluation des impacts sur la santé au niveau des territoires ;**
- **D'évaluer les besoins d'outils et de proposer des outils méthodologiques et des modes de gouvernance pour améliorer la prise en compte de ces liens dans les plans et schémas pertinents ;**
- **De développer ces outils de diagnostic qui couvriront le transport de personnes et de marchandises ;**
- **De développer des actions de formation / information / communication à l'égard notamment des élus locaux, des usagers des transports, des professionnels de santé et des urbanistes sur ces thèmes ;**
- **D'inciter et de valoriser des démarches volontaires engagées localement pour une logistique durable en ville** au regard de principes et objectifs présentés au sein d'un cadre national pour des chartes de logistique urbaine durable dont la rédaction résulte du plan d'urgence pour la qualité de l'air et illustre la mobilisation des acteurs économiques et territoriaux autour d'enjeux de logistique durable.

Pilote : DGITM

Partenaires : DGALN, ARS, EHESP, INSERM, maîtres d'ouvrages des documents de planification territoriale, CNFPT, ADEME, CEREMA

Indicateur de réalisation de l'action proposés : production d'outils, de méthodologies, d'actions de formation / information / communication sur ces thèmes.

Calendrier :

2014 : inventaire des documents de planification ;

2015 : synthèse de la liste des recommandations ;

2016-2018 : production des premiers documents méthodologiques.

3. 2 Action 2 : promouvoir les mobilités actives, évaluer et valoriser leurs effets sur la santé et l'environnement

Bien que l'action s'inscrive dans le cadre du PAMA, elle n'a pas pour objectif de se substituer à ce qui existe déjà dans ce plan mais d'aider à sa mise en œuvre. Il peut également s'agir de définir des mesures complémentaires à celles du plan : approche réseau de ces modes et insertion dans le système de transport, lien avec la structure des territoires (urbanisme favorable aux courtes distances, densité de services).

Plus précisément, les actions visent à :

- **Dresser un état des lieux des connaissances sur les effets sur la santé et l'environnement** liés à la pratique des mobilités actives (publications scientifiques françaises, européennes et internationales notamment sur des expérimentations, études bénéfiques / risques, approches médico-économiques avec l'organisation urbaine (urbanisme favorable aux courtes distances, densification urbaine), marchabilité, cyclabilité avec production de recommandations ;
- **Rappeler le cadre législatif et réglementaire existant** (infrastructures dédiées au vélo : places de parking, voies réservées) ;
- **Evaluer les impacts sur la santé et assurer le suivi des mesures du PAMA ;**
- **Valoriser et identifier les bonnes pratiques et les faire connaître ;**
- **Faire le lien entre le bilan bénéfices/ risques perçu par les usagers et l'attractivité des mobilités actives ;**
- **Elaborer des guides méthodologiques : plans piétons, vélos ;**
- **Communiquer sur les effets sur la santé et environnement.**

Pilotes : CIDUV et DGITM, DGS

Partenaires : acteurs locaux, recherche en transport et santé (expertise de haut niveau scientifique pluridisciplinaire et indépendante de type INSERM, Anses, EHESP), relais régionaux (ARS et DREAL), DSCR, CEREMA, ADEME

Indicateurs de réalisation de l'action proposés : production d'outils, de méthodologies, d'ouvrages, d'actions de communications sur les modes actifs ; audience des documents produits et des actions menées pour promouvoir les modes actifs.

Calendrier :

2014 : état des lieux ;

2015 : synthèse ;

2016-2018 : guides méthodologiques et actions de communication.

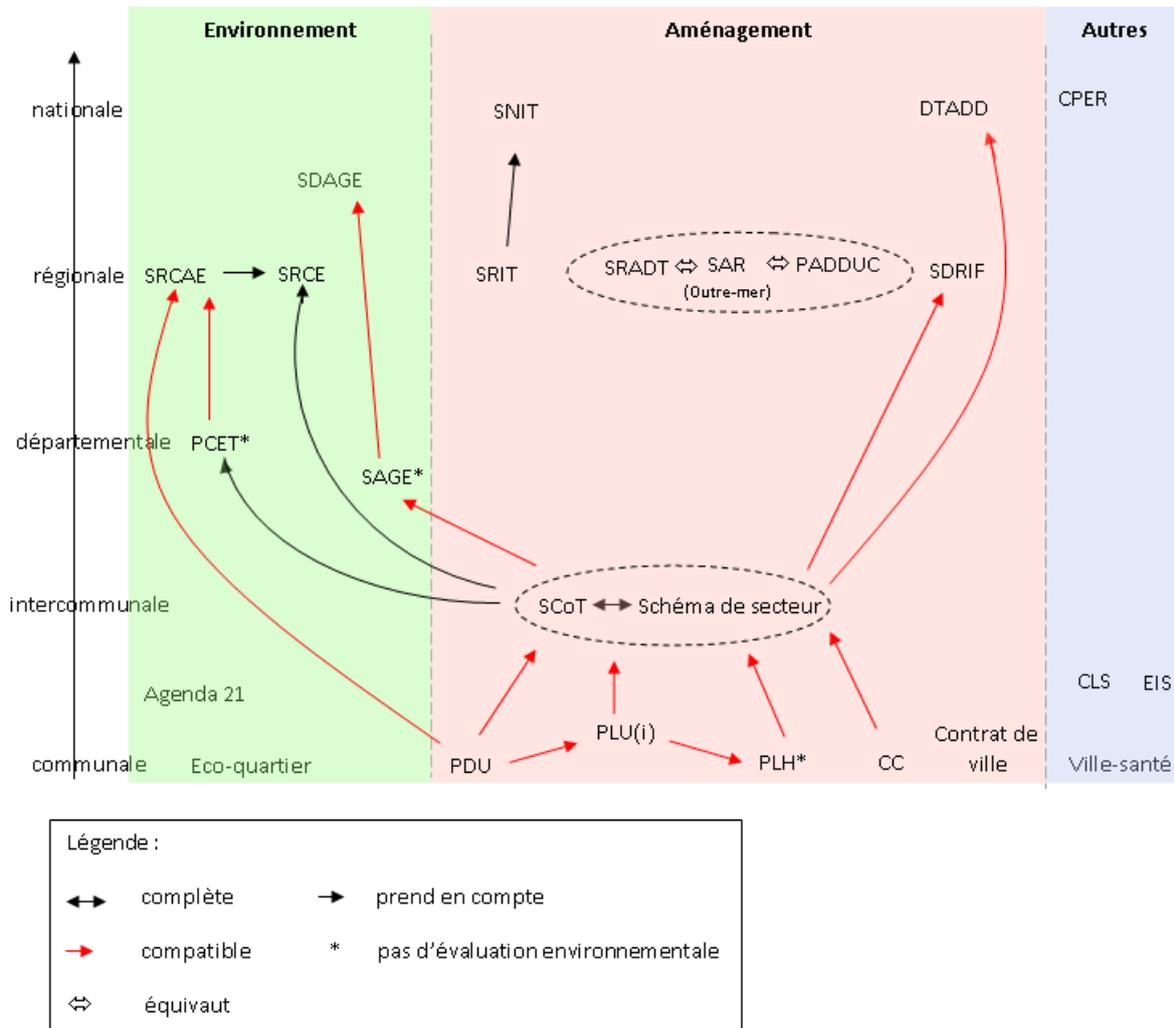
Objectifs et actions du plan d'actions pour les mobilités actives

Axe 4 : Prendre en compte les politiques de mobilité active dans l'urbanisme, le logement et notamment le logement social.

- **Mesure 16** Faire en sorte que la dimension « mobilités actives » soit prise en compte au sein de l'« Institut de la ville durable » dont la définition des contours est actuellement à l'étude.
- **Mesure 17** En lien avec les acteurs de la démarche « Ville accessible à tous » mettre au point une méthode d'évaluation de la prise en compte de l'accessibilité et de l'usage du vélo et de la marche pour les habitants, leurs visiteurs et les habitants des quartiers voisins dans les quartiers et constructions bénéficiant des labels HQE, Bâtiment Basse Consommation, écoquartiers. Organiser une journée nationale du Club EcoQuartier (ouverte aux 2000 membres du club) sur le thème de la prise en compte des modes actifs dans les espaces publics et dans l'offre de mobilité des Ecoquartiers. Rédiger un guide sur la sécurisation des espaces publics pour favoriser les modes actifs : perméabilité des quartiers, gestion du stationnement, qualité des cheminements piétons (bancs ...).
- **Mesure 18** Publier l'arrêté concernant l'obligation de mettre en place, à partir du 1^{er} janvier 2015, des parcs de stationnements pour les vélos dans les immeubles à destination principale de bureau bénéficiant de places de stationnement auto.
- **Mesure 19** Dans le cadre de la démarche générale de l'État sur le « choc de simplification » permettre que les espaces de stationnement des vélos prévus par le décret du 27 juillet 2011 puissent être réalisés sous abri clos et sécurisé sur la parcelle lorsque aucun équipement commun intérieur n'est disponible .

Annexe 4 : Schéma de coordination des outils et documents de planification urbaine et descriptifs de ces documents

L'ensemble des documents susceptibles de faire un lien entre urbanisme et santé, et leurs interactions sont présentés dans le schéma suivant et classés selon leur nature. Ils sont détaillés à la fin de cet annexe.



La notion de compatibilité implique que les dispositions d'un document ne fassent pas obstacle à l'application des dispositions du document de rang supérieur. La prise en compte est moins stricte que la compatibilité mais implique de ne pas ignorer les objectifs généraux des autres documents.

Parmi ces documents et plans, le SCoT est un document central car il influence bon nombres de documents d'échelle inférieure. Lui-même doit être compatible avec les SAGE, le SDRIF et les DTADD. Le SAGE est un document de gestion de la ressource en eau, il ne prend pas en compte la santé dans une approche globale, ce n'est donc pas un document sur lequel il faut agir en priorité. Le SDRIF est un schéma propre à la région Ile de France, ici pour déterminer quels sont les documents où promouvoir un urbanisme favorable à la santé, nous privilégierons les documents généraux. Les DTADD sont, quant à eux, des documents nouveaux qui vont nécessiter une révision prochaine. Les SCoT doivent être compatibles avec les DTADD, ces documents auront donc un impact direct au niveau local. Il serait intéressant de les étudier et de pouvoir participer à leurs révisions ou élaborations.

Documents nationaux

DTADD : Directives territoriales d'aménagement et de développement durable	Evaluation environnementale
<p>Définition : remplacent les DTA, déterminent les objectifs et orientations de l'Etat « en matière d'urbanisme, de logement, de transports et de déplacements, de développement des communications électroniques, de développement économique et culturel, d'espaces publics, de commerce, de préservation des espaces naturels, agricoles et forestiers, des sites et des paysages, de cohérence des continuités écologiques, d'amélioration des performances énergétiques et de réduction des émissions de gaz à effet de serre, dans des territoires présentant des enjeux nationaux dans un ou plusieurs de ces domaines. » Article L113-1 CU.</p> <p>Création : loi Grenelle 2 du 12 juillet 2010</p>	oui

SNIT : Schéma national des infrastructures de transport	Evaluation environnementale
<p>Définition : fixe les orientations de l'Etat en matière de développement, de modernisation, d'entretien des réseaux d'infrastructures de l'Etat ainsi que de réduction des impacts de ces réseaux sur l'environnement pour une durée allant de 20 à 30 ans. Précise la manière dont l'Etat entend soutenir les collectivités territoriales dans le développement de leurs infrastructures de transport.</p> <p>Création : prévu par la loi 2009-967 du 3 août 2009 relative à la mise en œuvre du Grenelle</p>	oui

CPER : Contrat de plan Etat-région	Evaluation environnementale
<p>Définition : outil de contractualisation permettant d'organiser les complémentarités et les synergies entre les politiques et les interventions financières des différentes catégories d'acteurs publics, sur les champs de compétences qu'ils partagent. Six volets ont été définis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - mobilité multimodale - enseignement supérieur, recherche et innovation - transition écologique et énergétique - numérique - innovation, filières d'avenir et usine du futur - territoires. <p>Permet de financer certaines actions du SRADT. Ces contrats ont une durée de 7 ans.</p> <p>Création : instauré par la loi du 29 juillet 1982 dont le but est de favoriser l'articulation du plan national avec les plans régionaux</p>	oui

Documents régionaux

SRADT : Schéma Régional d'Aménagement et de Développement du Territoire	Evaluation environnementale
<p>Définition : fixe les orientations fondamentales à moyen terme (10-15 ans) pour un développement durable de la région. Il se décline en SAR et PADDUC dans le cas des régions d'outre-mer et de la Corse.</p> <p>Création : Loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire 1999</p>	oui
<p>SAR : Schéma d'aménagement régional (outre-mer)</p> <p>Définition : Elaboré à l'initiative du Conseil Régional, il fixe les orientations fondamentales en matière d'aménagement du territoire et de protection de l'environnement. Comprend le Schéma de mise en valeur de la mer (SMVM) permettant l'application de la loi littoral. Les SCoT et les PLU doivent être compatibles avec ses prescriptions.</p>	

Création : prévu par la loi n°84-747 du 2 août 1984 relatives aux compétences des régions de Guadeloupe, de Guyane, de Martinique et de la Réunion.	
PADDUC : Plan d'aménagement et de développement durable de Corse	
Définition : définit une stratégie de développement durable du territoire en fixant les objectifs de la préservation de l'environnement de l'île et de son développement économique, social, culturel et touristique. Fixe les orientations fondamentales en matière de protection et de mise en valeur du territoire, de développement agricole, rural et forestier, de pêche et d'aquaculture, d'habitat, de transports, d'intermodalité d'infrastructure et de réseaux de communication et de développement touristique. Vaut SAR, les SCoT, les schémas des secteurs, les PLU et les cartes communales doivent être compatibles avec le PADDUC Création : prévu par la loi du 5 décembre 2011 relative à la Corse	

SRIT : Schéma régional des infrastructures de transport	Evaluation environnementale
Définition : document d'orientation et de planification des transports, doit s'inscrire dans la continuité du SNIT et du SAR pour une durée de 10 à 15 ans. Création : loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement Durable du Territoire 1999	oui

Sdrif : Schéma directeur de la région Ile-de-France	Evaluation environnementale
Définition : document d'urbanisme ayant pour objectif de maîtriser la croissance urbaine et démographique, et l'utilisation de l'espace. Il précise les moyens à mettre en œuvre pour corriger les disparités spatiales, sociales et économiques de la région, pour coordonner l'offre de déplacement et préserver les zones rurales et naturelles pour une durée de 10-20 ans. Création : approuvé par décret n°2013-1241 du 27 décembre 2013	oui

SRCE : Schéma régional de cohérence écologique	Evaluation environnementale
Définition : copilotage Etat-région. Objectif : remettre en bon état des continuités écologiques. Il s'agit de spatialiser et hiérarchiser les enjeux de continuités écologiques à l'échelle régionale. Durée : 6 ans Création : loi Grenelle II juillet 2010 relative à l'engagement national pour l'environnement	oui

SRCAE : Schéma régional du climat de l'air et de l'énergie	Evaluation environnementale
Définition : co-élaboré par l'état et la région, définit des objectifs et orientations sur 20 à 30 ans en matière de développement des énergies renouvelables, de consommations d'énergie et des émissions de gaz à effet de serre, d'amélioration de la qualité de l'air, et d'adaptation aux effets du changement climatique. Création : loi Grenelle II de juillet 2010	oui

Documents Départementaux

PCET : Plan Climat-énergie Territorial	Evaluation environnementale
<p>Définition : obligatoire pour les collectivités de plus de 50 000 habitants. Projet territorial de développement durable, vise à réduire les émissions de gaz à effet de serre et adapter le territoire au changement climatique. Définit un plan d'action pour une durée de 5 ans et des objectifs sur des durées allant de 20 à 30 ans.</p> <p>Création : loi n°2010-788 du 12 juillet 2010 relative à l'engagement national pour l'environnement</p>	non

Documents Intercommunaux

SCoT : Schéma de cohérence territoriale	Evaluation environnementale
<p>Définition : Outil de conception et de mise en œuvre d'une planification stratégique intercommunale dans le cadre d'un projet d'aménagement et de développement durable. Elaboré par les communes ou EPCI.</p> <p>Contient 3 documents : un rapport de présentation, un PADD et un DOO.</p> <p>Il est validé ou révisé tous les 3 à 5 ans.</p> <p>Création : Loi SRU "Solidarité et Renouvellement Urbains", renforcé par la loi ENE "Engagement National pour l'Environnement"</p> <p>Quelques chiffres : En 2015, 271 SCoT opposable soit 36,1 millions d'habitants et 14 587 communes</p>	oui
<p>Schéma de secteur</p> <p>Définition : complète le SCoT, en en détaillant et complétant le contenu. Les PLH, PDU, les schémas de développement commercial, les PLU, les plans de sauvegarde et de mise en valeur, les cartes communales, les opérations foncières et les opérations d'aménagement doivent être compatibles avec les SCoT et les schémas de secteur.</p>	

PDU : Plan de déplacement urbain (commune littorale)	Evaluation environnementale
<p>Définition : Document stratégique ayant pour objectif de définir les principes d'organisation des déplacements de personnes, des transports de marchandises, de la circulation et du stationnement. Durée : 5 à 10 ans.</p> <p>Création : loi LOTI 1982, deviennent obligatoires avec la loi LAURE 1996 et sont renforcés par la loi SRU 2000</p>	oui

Documents communaux

Cartes communales	Evaluation environnementale
<p>Définition : document d'urbanisme, prévu à l'article L124-2 du code de l'urbanisme, délimitant les secteurs de la commune où les permis de construire peuvent être délivrés. Elles sont élaborées par la commune ou le groupement de commune, et peuvent faire l'objet d'une enquête publique. Durée : 12 à 18 mois.</p> <p>Quelques chiffres : En 2013, 5 919 cartes communales approuvées soit 2,35 millions d'habitants.</p>	oui

PLU/PLUi : Plan local d'urbanisme/intercommunal	Evaluation environnementale
<p>Définition : document établissant un projet global d'urbanisme et d'aménagement à l'échelle d'une commune ou d'un EPCI, et définissant les règles générales d'utilisation</p>	oui

<p>du sol. Si le PLU couvre l'intégralité du territoire communautaire, on parle alors de PLUi. Le PLUi comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un PADD - des Orientations d'Aménagement et de programmation (OAP) <p>Durée : 2 à 4 ans.</p> <p>Création : promu par la loi ENE du 12 juillet 2010</p> <p>Quelques chiffres : En 2015, les PLU/PLUi représentent 10 692 communes.</p>	
--	--

PLH : programme local de l'habitat	Evaluation environnementale
<p>Définition : prévu à l'article L. 302-1 à L. 302-4-1 du code de la construction et de l'habitation. Obligatoire pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les métropoles - les communautés urbaines - les communautés d'agglomération - les communautés de communes de plus de 30 000 habitants comprenant au moins une commune de plus de 10 000 habitants <p>A partir d'un diagnostic, définit les objectifs à atteindre en matière de logement, notamment l'offre nouvelle de logements, l'amélioration et la réhabilitation du parc existant. Comprend un programme d'actions détaillé par commune ou par secteur géographique pour une durée de 6 ans</p>	non

Documents à l'échelle d'une unité hydrographique

SDAGE : Schéma Directeur d'Aménagement et de Gestion des Eaux	Evaluation environnementale
<p>Définition : instrument de planification qui fixe à l'échelle d'un bassin hydrographique les orientations fondamentales d'une gestion équilibrée de la ressource en eau dans le respect des principes de la DCE (Directive Cadre Européenne) sur l'eau, et les objectifs environnementaux de chaque masse d'eau pour une durée de 6 ans.</p> <p>Création : loi sur l'eau 1992</p>	oui

SAGE : Schéma d'Aménagement et de Gestion des Eaux	Evaluation environnementale
<p>Définition : document de planification fixant des objectifs généraux d'utilisation, de mise en valeur, de protection quantitative et qualitative de la ressource en eau, sur un périmètre hydrographique cohérent pour une durée de 3 à 5 ans.</p> <p>Création : loi sur l'eau 1992</p>	non

Annexe 5 : Circulaire relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et préparation de la mise en place des contrats locaux de santé

Les contrats de cohésion sociale (CUCS) sont les anciennes versions des contrats de ville. Les contrats de ville s'inscrivent dans une approche intégrée et prennent en compte des enjeux de cohésion sociale, de développement économique et urbain, que ne prenaient pas en compte les CUCS.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports
Secrétariat d'Etat chargé de la politique de la ville

Paris, le 20 JAN. 2009

La ministre de la santé et des sports

La secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville

à

Madame et Messieurs les préfets de régions

Mesdames et Messieurs les préfets de département

OBJET : Consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.

La répercussion sur la santé des conditions de vie dans les territoires urbains en difficulté conduit à faire de la santé une des cinq priorités thématiques de la politique de la ville. Cette priorité a été réaffirmée par le comité interministériel des villes du 20 juin 2008.

Parmi les mesures prises à ce titre, nous avons tout particulièrement marqué l'importance des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), notamment portées par les ateliers santé ville (ASV).

Ces dynamiques sont, en effet, essentielles pour la mise en œuvre de la politique de santé publique au niveau des communes signataires des CUCS et de leurs quartiers prioritaires. Sur la base de diagnostics menés au plus près des besoins de la population, elles permettent d'organiser la convergence de l'action sanitaire et sociale en direction des personnes les plus vulnérables et d'agir sur les contextes qui déterminent l'état de santé des populations locales.

C'est pourquoi, dans la perspective de soutenir et d'amplifier les initiatives locales, le ministère chargé de la santé a prévu dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires que la mise en œuvre du projet régional de santé pourra faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social. Ces nouveaux outils de développement local permettront de coordonner l'action publique de l'agence régionale de santé (ARS) et des collectivités territoriales, au service de l'amélioration de l'état de santé des populations concernées.

Le contrat local de santé aura vocation à s'appliquer à l'ensemble des territoires de santé qui seront déterminés par l'ARS ; il devra cependant trouver une application particulière dans les territoires de la

politique de la ville ; il sera ainsi susceptible de compléter le volet santé des contrats urbains de cohésion sociale reconduits en 2010. En outre, par sa vocation intersectorielle et ses instruments spécifiques - la démarche de projet et le contrat - la politique de la ville facilite une approche intégrée des politiques publiques particulièrement nécessaire à la résolution de problématiques de santé.

C'est pourquoi, les futures agences régionales de santé seront signataires des contrats urbains de cohésion sociale.

Dans ce but, vous veillerez à l'appropriation des projets de santé menés dans le cadre des CUCS tant par les instances régionales de santé publique, que par les instances régionales de cohésion sociale.

Dans l'immédiat, nous vous invitons à vous rapprocher des communes en politique de la ville qui s'impliquent dans le domaine de la santé, notamment dans les ateliers santé-ville, afin d'examiner avec elles le contenu d'un contrat local de santé à signer dès la promulgation de la loi précitée.

Des travaux développés en partenariat entre nos deux départements ministériels viendront nourrir au cours du 1^{er} semestre 2009 ce processus d'appropriation, s'agissant :

- de la constitution d'un système d'information national sur les ASV actuellement mis en œuvre par l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances, dans le but d'améliorer la lisibilité des actions menées, notamment quant à leur articulation avec d'autres dispositifs gérés par l'agence (réussite éducative, ...),
- de l'analyse des ateliers santé ville commanditée par la délégation interministérielle à la ville au titre du processus national d'évaluation des CUCS,
- de l'expérimentation pilotée par la direction générale de la santé en lien avec les trois groupements régionaux de santé publique d'Aquitaine, Nord Pas de Calais, et PACA, pour l'analyse et le renforcement de l'articulation entre les volets santé des CUCS et les plans régionaux de santé publique ; celle-ci vise à susciter des démarches de projets pilotes locaux sur des problématiques de santé ciblées (contraception, santé mentale, ..).

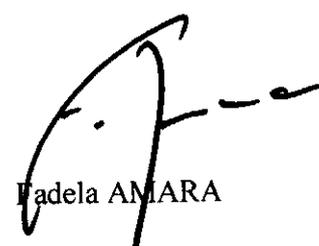
Une mission d'appui présidée par un inspecteur général des affaires sociales accompagnera la mise en œuvre de cette mesure et capitalisera les travaux engagés en 2009.

La délégation interministérielle à la ville et la direction générale de la santé (bureau DP1 du secrétariat général) sont à votre disposition pour la mise en œuvre des présentes instructions et vous tiendront régulièrement informés des travaux en cours.

Nous savons pouvoir compter sur votre engagement pour œuvrer dans ce cadre à la meilleure application des politiques publiques utiles à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et contribuer ainsi fortement à inscrire l'action locale dans le schéma régional de prévention des futures agences régionales de santé.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN



Fadela AMARA

Annexe 6 : Grille d'analyse des contrats locaux de santé

Grille de lecture d'un contrat local de santé	
<ul style="list-style-type: none"> • En quelle année a-t-il été signé ? Quelle durée du contrat ? • Qui sont les signataires du contrat ? • Qui sont les partenaires ? • Quelles sont les autres démarches engagées sur le territoire ? Comment s'articulent-elles avec le CLS ? 	
<u>Diagnostic local de santé</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Par qui a-t-il été réalisé ? • Méthodologie employée ? • Ressources utilisées ? Où ont-elles été trouvées ? Qui les a fournies ? • Comporte-t-il une démarche de consultation du public ? • Quels types de données/indicateurs recueille-t-il ? 	
<u>Construction des axes stratégiques</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont les axes stratégiques retenus ? • Qui a participé aux choix des axes stratégiques et des actions ? • Comment ont-ils étaient définis ? 	
<u>Définition des actions</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les actions retenues ? • A quels axes se rattachent-elles ? • Qui les a proposées ? Pourquoi ? • Contenu de l'action : relèvent-elles de l'urbanisme favorable à la santé ? • Qui pilote l'action ? les partenaires ? • Quelles sont les modalités de mise en œuvre ? • Quels indicateurs de suivi ? • L'évaluation est-elle prévue ? Les modalités sont-elles détaillées ? • Des difficultés ont-elles été identifiées au préalable ? • Existaient-elles avant le CLS ? 	

Annexe 7 : Listes des déterminants de santé et les objectifs visés pour un urbanisme favorable à la santé (2)

Déterminants de santé	Objectifs visés (pour un Urbanisme favorable à la santé) et quelques éléments d'appréciation
Famille I : modes de vie, structures sociales et économiques	
1- Comportements de vie sains	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les déplacements et modes de vie actifs • Inciter aux pratiques de sport et de détente • Inciter à une alimentation saine
2- Cohésion sociale et équité	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la mixité sociale, générationnelle, fonctionnelle • Construire des espaces de rencontre, d'accueil et d'aide aux personnes vulnérables
3- Démocratie locale/citoyenneté	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la participation au processus démocratique
4- Accessibilité aux équipements, aux services publics et activités économiques	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accessibilité aux services et équipements
5- Développement économique et emploi	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer les conditions d'attractivité du territoire
Famille II : cadre de vie, construction et aménagement	
6- Habitat	<ul style="list-style-type: none"> • Construire ou réhabiliter du bâti de qualité (<i>luminosité, isolation thermique et acoustique, matériaux sains...</i>)
7- Aménagement urbain	<ul style="list-style-type: none"> • Aménager des espaces urbains de qualité (<i>mobiliers urbains, formes urbaines, ambiances urbaines, offre en espaces verts...</i>)
8- Sécurité-tranquillité	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la sécurité des habitants
Famille III : milieux et ressources	
9- Environnement naturel	<ul style="list-style-type: none"> • Préserver la biodiversité et le paysage existant
10- Adaptation aux changements climatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'adaptation aux événements climatiques extrêmes • Lutter contre la prolifération des maladies vectorielles
11- Air extérieur	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité de l'air extérieur
12- Eaux	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité et la gestion des eaux
13- Déchets	<ul style="list-style-type: none"> • Inciter à une gestion de qualité des déchets (<i>municipaux, ménagers, industriels, de soins, de chantiers...</i>)
14- Sols	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité et la gestion des sols
15- Environnement sonore et gestion des champs électromagnétiques	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la qualité sonore de l'environnement et gérer les risques liés aux champs électromagnétiques

Annexe 8 : Grille d'entretiens

Grille d'entretiens ARS

Enquêtrices :

- Stéphanie Loyer, Chargée de dossier études d'impact sanitaire, urbanisme et biosurveillance, DGS
- Jeanne Levenard, élève en mastère spécialisé Ingénierie et Management des Risques en Santé, Environnement et Travail (IMR-SET), Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), dont le sujet de thèse professionnelle est : Promotion d'un urbanisme favorable à la santé : comment mieux utiliser les contrats locaux de santé (CLS) pour une meilleure prise en compte des déterminants de santé liés à l'environnement au niveau des territoires ?

Contexte : Suite à la diffusion du guide « Agir pour un urbanisme favorable à la santé », la DGS mène une réflexion afin d'identifier les leviers les plus adaptés pour intégrer « la santé » et ses déterminants dans les documents et projets d'urbanisme.

Questions :

- 1) Avez-vous intégré des actions en santé-environnement dans des CLS de votre région ? Si oui, quelles sont les actions que vous avez portées dans les CLS ?

Si une de ces actions porte sur la promotion d'un urbanisme favorable à la santé, pouvez-vous nous la décrire, depuis les démarches menées pour réussir à l'inscrire dans le CLS, la désignation du porteur de l'action, les partenaires associés, le secteur géographique concerné par cette action, les sources de financement, le calendrier, le suivi et l'évaluation de l'action.

- 2) Dans le montage et la réalisation de cette action, quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées ?
- 3) Une évaluation de ce CLS a-t-elle été prévue ? Quels étaient les indicateurs prévus pour cette action ?
- 4) Quels autres critères utilisez-vous pour déterminer la réussite de cette action ?
- 5) Avez-vous identifié ce qui aurait pu permettre d'améliorer sa réussite ?
- 6) Est-ce que cette action aurait pu, selon vous, être menée sans être inscrite dans le CLS ?
- 7) Le CLS est-il, selon vous, un bon outil pour sensibiliser les porteurs de projets d'aménagement à la notion d'urbanisme favorable à la santé ?
- 8) Le CLS est-il est un bon outil pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé ?

Si oui, quels sont ses atouts par rapport à d'autres outils ?

- 9) Il y a-t-il eu des actions de promotion d'un urbanisme favorable à la santé intégrées dans un CLS et qui ont été abandonnées ou au contraire qui sont apparues ?

Si oui, pourquoi ?

- 10) Pensez-vous que les CLS puissent être mieux utilisés pour permettre de prendre en compte l'urbanisme favorable à la santé en amont des projets d'aménagement ? Comment ?
- 11) Pensez-vous qu'il serait utile de mettre en place des recommandations pour les ARS afin de capitaliser sur les actions exemplaires de l'ensemble des régions et d'aider à la transposition de ces actions ?
- 12) Il y a-t-il d'autres outils à votre disposition qui vous permettent de promouvoir un urbanisme favorable à la santé et qui vous paraissent mieux adaptés et dont vous souhaiteriez nous parler ?

Les trois questions suivantes ont été rajoutées pour deux entretiens :

- 13) La création d'un référentiel d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé vous paraît-elle pertinente ? Est-ce un outil que vous utiliseriez ?
- 14) Est-ce qu'un outil de communication sur l'urbanisme favorable à la santé (par exemple un plaidoyer) vous intéresserait ?
- 15) Seriez-vous intéressé par la mise en place d'une newsletter à l'attention des ARS et collectivités dédié aux CLS et comportant une rubrique « urbanisme favorable à la santé » ?

Annexe 9 : Tableau récapitulatif des entretiens

Organismes	Région /département/ville	Nom	Fonctions	Services/Directions
ARS	Ile de France/Seine-Saint-Denis	A. Malet-Longcote	Conseiller médical. Chargé de missions politiques contractuelles territoriales.	Pôle santé publique. Délégation territoriale.
	Rhône-Alpes	B. Vitry	Responsable de la prévention et la gestion des risques	Délégation territoriale
	Bretagne	A. Vidy	Ingénieur chargé de mission santé environnement	Direction adjointe de la santé environnement. Direction de la santé publique
	Poitou-Charentes	A. Bénard	Animateur groupe avis sanitaire et environnement extérieur.	Unité technique des vigilances et sécurité de l'environnement et des milieux Direction de la santé publique
	Poitou-Charentes	M.L Guillemot	Responsable coordination vigilance et prévention en santé environnementale	Direction de la Santé Publique
	Ile de France	A. Thouet	Référent espace clos/espace recevant du publique.	Direction de la santé publique. Département santé environnement
	Ile de France	N. Notin	Chargé de mission urbanisme	Direction de la santé publique
	Basse Normandie	A.M Levet	Responsable pôle santé environnement.	Délégation territoriale
	Basse Normandie	C. Boutet	Responsable service environnement intérieur	Direction de la santé publique
Collectivités	Clichy-sous-Bois	M. Fikojevic	Coordinateur atelier santé ville	Service santé-ville
	Pierrefitte sur Seine	L. Quiniou	Coordinateur atelier santé ville et CLS	Direction santé
	Saint-Denis	S. Ruspoli	Chef de projet santé publique, référent axe santé environnementale.	Unité ville et santé Direction santé
	Bourgogne PETR avallonnais	F.Rebeille	Animatrice CLS	Direction santé

Tableau 3 : Récapitulatif des personnes interrogées au cours des entretiens

Annexe 10 : Tableau d'analyse des entretiens

Questions	Objectifs	ARS	Collectivités
Avez-vous intégré des actions en Santé environnement dans des CLS de votre région? Si oui, quelles sont les actions que vous avez portées dans les CLS?	Etat de lieu de l'intégration de l'UFS dans les CLS	La santé environnement est beaucoup plus intégrée dans les CLS de 2ème génération. C'est même devenu systématique dans certaines régions. " Intégrer des axes santé environnement dans tous les CLS de 2ème génération est une volonté de l'agence " Les actions intégrées sont majoritairement des actions liées à l'habitat indigne.	Les CLS de 2ème génération incluent plus de santé environnement que la première.
Si une de ces actions porte sur la promotion d'un urbanisme favorable à la santé, pouvez-vous nous la décrire, depuis les démarches menées pour réussir à l'inscrire dans le CLS, la désignation du porteur de l'action, les partenaires associés, le secteur géographique concerné par cette action, les sources de financement, le calendrier, le suivi et l'évaluation de l'action.	Identification des blocages pour l'intégration d'un urbanisme favorable à la santé	Certaines ARS ont rapporté n'avoir " pas d'expérience de l'inscription de d'actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé dans les CLS à ce jour mais que des travaux sont en cours pour y parvenir ", cependant, des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé ont été répertoriées dans la base de données dans certains des CLS des régions concernées. Les actions inscrites dans les CLS découlent des axes stratégiques définis d'après le diagnostic. Ce diagnostic est souvent mené par un prestataire qui définit les thèmes abordés. Ce diagnostic ne prend pas en compte les diagnostics territoriaux menés pour l'élaboration des documents d'urbanisme (PLU, SCoT etc...). " Le diagnostic des CLS est étriqué en termes d'environnement extérieur ". Peu d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé sont inscrites actuellement dans les CLS des ARS interrogées, à part pour l'une dont un axe est dédié à un urbanisme favorable à la santé. Les actions inscrites ont pour but généralement de favoriser les mobilités actives, développer une politique favorable aux transports actifs, promouvoir les EIS.	Les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé inscrites pour les collectivités interrogées sont en lien avec des objectifs de lutte contre l'obésité et de réduction des émissions du trafic routier. Ces actions visent à promouvoir les mobilités douces en mettant en place des signalétiques piétonnes, des agrès et des pistes cyclables. Un coordinateur CLS explique que " le diagnostic du CLS de 2ème génération a été fait par un cabinet d'études, les services santé environnement de l'ARS n'ont pas été sollicités ", ce qui expliquerait le peu d'action ayant trait à l'urbanisme favorable à la santé dans le CLS. Ce même coordinateur fait état du manque d'indicateurs "fiables" en santé environnement pour faire un diagnostic, ce qui montre qu'un travail de sensibilisation devra être mené auprès des collectivités.
Dans le montage et la réalisation de cette action, quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées?		Aucune ARS n'a mentionné de difficultés à faire passer des actions auprès des élus. " Ils sont généralement bien sensibilisés à la santé environnement ce qui facilite les échanges. Cependant, ils ne sont pas sensibilisés à un urbanisme favorable à la santé et à l'ensemble des déterminants qui y sont liés ". Il est nécessaire de mener un travail de sensibilisation pour que l'urbanisme favorable à la santé soit mieux pris en compte. Les ARS interrogées ont exprimé le besoin d'outils pour pouvoir sensibiliser les élus et aménageurs comme la création de dossiers sur le concept d'urbanisme favorable à la santé sur le site du ministère ou des ARS vers lesquels orienter leurs interlocuteurs. La thématique de la promotion de l'urbanisme favorable à la santé n'est pas encore bien portée par les ARS elles-mêmes qui nécessitent également d'être plus formées à ce concept. Une des difficultés est de convaincre les élus de mettre en place des CLS. Une fois convaincus de la démarche, les actions sont intégrées facilement.	Une difficulté a été rencontrée pour l'action de signalétique piétonne pour 2 communes faisant partie du même groupement de communes. La signalétique piétonne n'est pas encore mise en place car elle doit être homogénéisée sur l'ensemble des communes de l'EPCI, la commune est donc en attente du retour de la communauté d'agglomérations et des décisions prises en matière de type de signalétique. L'échelle locale est un frein réel et l'action aurait pu être réfléchi de manière plus globale si le CLS avait été contracté avec l'EPCI. Une commune a fait remarquer qu'elle ne pouvait pas mettre en place n'importe quelles actions car une partie des compétences avait été transférée à l'EPCI et qu'elle n'avait donc plus la main sur les transports (objectif réduire les émissions du trafic routier). La difficulté d'intégrer des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé vient aussi du fait que les actions nécessitent un temps long avant que le gain de santé soit perceptible et qu'elles ne correspondent pas au calendrier électoral et ne sont donc pas attractives et valorisantes pour les élus.

Questions	Objectifs	ARS	Collectivités
Une évaluation de ce CLS a-t-elle été prévue? Quels étaient les indicateurs prévus pour cette action?	Identification des éléments de réussite de l'action	L'évaluation individuelle des CLS n'a pas encore été réalisée sur l'ensemble des régions interrogées, aussi les ARS et collectivités n'ont-elles pu répondre. Par contre, l'ARS Ile de France a réalisé une évaluation de l'ensemble des CLS de la région (fin 2014) qui a pointé un manque de prise en compte de certains déterminants de santé, notamment des déterminants environnementaux.	
Quels autres critères utilisez-vous pour déterminer la réussite de cette action?		Des indicateurs de suivi ont été déterminés pour chaque action mais ne permettent pas de juger de la réussite de la démarche. Les actions sont encore trop récentes, et l'évaluation trop peu aboutie pour pouvoir déterminer si les actions sont réussies ou non.	
Avez-vous identifié ce qui aurait pu permettre d'améliorer sa réussite?			
Est-ce que cette action aurait pu être, selon vous, menée sans être inscrite dans le CLS?	Intérêts des CLS	Les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé citées précédemment auraient pu toutes être menées sans être inscrites dans le CLS. Cependant le CLS apporte de la visibilité et de la légitimité à l'action et donne l'assurance que celle-ci sera menée." Le CLS a pour intérêt de rassembler différents acteurs, d'avoir un poids plus important pour mobiliser les partenaires et permettre aux coordinateurs d'avoir un argumentaire plus fort car il comporte des enjeux de santé publique et est signé par l'ARS"	Une collectivité a répondu que l'action mentionnée aurait pu être menée sans être inscrite dans le CLS car elle était également portée par l'Agenda 21. Cependant, le CLS mobilise plus facilement les partenaires et assure une mise en place et un suivi de l'action sur la durée du CLS. Les deux dispositifs se renforcent l'un et l'autre. L'une des actions citée faisait déjà partie d'une démarche pour favoriser l'activité physique, elle aurait donc pu être menée sans CLS cependant le CLS permet de réunir plus facilement les acteurs de terrain (service urbanisme et comité sportif) et de pérenniser son financement
Le CLS est-il, selon vous, un bon outil pour sensibiliser les porteurs de projets d'aménagement à la notion d'urbanisme favorable à la santé?		Le CLS peut participer à la sensibilisation des acteurs de l'urbanisme en inscrivant des actions de sensibilisation et en mettant en relation des acteurs de l'urbanisme avec des acteurs de la santé autour d'objectifs communs cristallisés dans une action opérationnelle menée conjointement. "Les CLS sont des bons moyens d'acculturation des collectivités, les différences de cultures sont des freins à la mise en place d'actions. Les thématiques ne sont pas toujours bien portées car mal maîtrisées."	Oui, en mettant en relation des acteurs de l'urbanisme et de la santé. Le CLS permet des temps de rencontre entre pôles de développement urbain et le pôle santé. Au sein même des collectivités, le CLS favorise le déclioisonnement.
Le CLS est-il un bon outil pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé? Si oui, quels sont ses atouts par rapport à d'autres outils?		"Le CLS est un outil de coopération entre différents acteurs, qui permet de valoriser des actions mises en place, de mutualiser des connaissances et des moyens et de coordonner des acteurs de secteurs variés" . Il favorise les échanges pluridisciplinaires. C'est un vecteur de transversalité. Le CLS favorise l'acculturation des collectivités. Le CLS permet de donner de la visibilité aux actions auprès des partenaires et des personnes qui ont des leviers en SE et urbanisme favorable à la santé	"Les CLS donnent de la légitimité et de la visibilité aux actions."

Questions	Objectifs	ARS	Collectivités
Il y a-t-il eu des actions de promotion d'un urbanisme favorable à la santé intégrées dans un CLS et qui ont été abandonnées ou au contraire qui sont apparues? Si oui, pourquoi?		La première génération de CLS est récente, peu de CLS de 2ème génération sont signés. De plus, peu d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé sont inscrites dans les CLS donc pour l'instant les ARS interrogées n'ont pas d'information à ce sujet, cependant des actions de sensibilisation auprès de la population ont été inscrites puis abandonnées pour cause d'accompagnement insuffisant, par manque de temps et de ressource.	Parmi les coordinateurs interrogés, aucun ne fait mention d'action relevant de l'urbanisme favorable à la santé abandonnée. Par contre deux, d'entre eux appartenant à des communes d'une même communauté d'agglomérations, rapportent qu'une action de signalétique piétonne inscrite dans leur CLS est actuellement bloquée au niveau de l'EPCI qui souhaite coordonner l'action entre les communes du groupement et homogénéiser la signalétique.
Pensez-vous que les CLS puissent être mieux utilisés pour permettre de prendre en compte l'urbanisme favorable à la santé en amont des projets d'aménagement? Comment?	Identification des leviers pour intégrer de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS	<p>Sensibilisation des acteurs de l'urbanisme : Pour intégrer des préoccupations en santé en amont des projets d'aménagement, il faut sensibiliser les acteurs locaux (urbanistes, élus) et former les agents en ARS. La mise en place d'un CLS nécessite un premier contact qui est mené par des animateurs de l'ARS. Ces animateurs ne sont pas sensibilisés à la santé environnement et à la promotion d'un urbanisme favorable à la santé. Il faudrait donc sensibiliser ces animateurs. De plus, les services SE ne sont pas sollicités pour participer ou du moins apporter leur contribution pour ce premier contact. Ensuite le diagnostic est déterminant pour définir les axes stratégiques et donc les actions inscrites dans le CLS. Il convient donc d'y introduire des enjeux d'urbanisme favorable à la santé en "créant des fiches de diagnostic partiel pour sensibiliser les prestataires" en charge du diagnostic.</p> <p>Pour toucher les élus, et les convaincre d'inscrire des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé, il faut leur montrer des exemples d'actions attractives. La volonté des élus est un facteur de réussite important, il faut donc remporter l'adhésion des élus pour intégrer des actions dans le CLS. Les CLS semblent être de bons outils pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé mais il est difficile de déterminer dans l'organisation actuel des ARS quelles personnes ou quels services doivent être en charge de cette thématique. Difficulté d'autant plus grande que ce concept touche de nombreux domaines.</p> <p>Importance du territoire de contractualisation : Pour intégrer de la promotion de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS il faut faire attention au territoire de contractualisation car les compétences aux mains de la commune ou de l'EPCI ne sont pas les mêmes. La compétence d'aménagement est souvent dévolue à l'EPCI par exemple. On constate souvent la présence d'un axe habitat insalubre car l'habitat est une compétence qui est restée aux mains des communes. Par contre la prise en compte de la qualité de l'air est plus difficile à l'échelle d'une commune car elle ne possède pas toujours la compétence en matière de transport. "Le choix du territoire est important et est un élément de réussite. Un CLS en zone rurale nécessite un territoire important. L'échelle intercommunale est plus pertinente car elle permet d'avoir une vision plus globale indispensable en aménagement". De plus, les petites communes n'ont pas de service technique. L'échelle intercommunale permet la mutualisation de moyens.</p>	Le manque de sensibilisation des services santé au concept d'urbanisme favorable à la santé est un frein pour l'intégration d'actions qui en relèvent dans les CLS. De plus, il est parfois difficile de faire passer des actions en santé environnement (et donc relevant de l'urbanisme favorable à la santé dans certains cas) aux élus car ces actions n'ont pas toujours d'effet immédiat, ce sont des actions longues dont le gain en santé sera quantifiable dans plusieurs années et qui " ne correspondent pas au calendrier électoral et donc aux attentes des élus qui veulent bénéficier des retombées de ces actions ".

<p>Pensez-vous qu'il serait utile de mettre en place des recommandations ou outils pour les ARS afin de capitaliser sur les actions exemplaires de l'ensemble des régions, d'aider à la transpositions de ces actions et améliorer la prise en compte de la promotion de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS?</p>		<p>Les ARS interrogées sont toutes intéressées et demandeuses d'outils ou recommandations pour améliorer la prise en compte de l'UFS dans les CLS. Une ARS souligne que les axes stratégiques sont très souvent similaires d'un CLS à l'autre avec la mise en place fréquente d'axe sur l'habitat indigne et l'offre de soin. Un outil référençant des actions d'urbanisme favorable à la santé attrayantes permettrait d'apporter de nouvelles idées. Plusieurs ARS ont également exprimé le souhait d'avoir des outils de communications pour sensibiliser les élus et favoriser le partage d'un langage commun.</p>	
<p>Des réunions au sein de votre région ou entre plusieurs régions sont-elles organisées régulièrement pour échanger autour des CLS?</p>		<p>Des réunions intra régionales sont mises en place autour du thème de santé environnement, ou les CLS peuvent être abordés. Sinon aucune réunion ou échange ne sont fait autour des CLS eux-mêmes en intra ou interrégional. Les ARS sont vivement intéressées pour que des outils d'échanges ou même des réunions soient mis en place autour du thème UFS et/ou CLS.</p>	<p>Des réunions intrarégionales sont mises en place autour du thème de santé environnement, où les CLS peuvent être abordés. Sinon aucune réunion ou échanges ne sont faits autour des CLS eux-mêmes en intra ou interrégional.</p>
<p>Il y a-t-il d'autres outils à votre disposition qui vous permettent de promouvoir un urbanisme favorable à la santé et qui vous paraissent mieux adaptés et dont vous souhaiteriez nous parler?</p>	<p>Identifications d'autres leviers pour promouvoir l'UFS</p>	<p>Le porter à connaissance permet de pointer les éléments importants en santé sur le territoire. Cependant cet outil ne prend pas en compte tous les déterminants de santé et n'est pas adaptable à un projet. L'avis environnemental est un outil intéressant car obligatoire, mais qui arrive en fin de projet. Cependant l'AE participe à la sensibilisation des aménageurs et élus. "Une sensibilisation des DREAL devrait être menée pour que les avis soit repris dans leur intégralité". La sollicitation de l'ARS pour participer à l'élaboration des PLU n'est pas systématique dans toutes les régions mais arrive souvent. Et lorsque les ARS sont sollicitées, elles ne peuvent pas toujours participer par manque de moyen et de temps. Les ARS révèlent aller aux réunions d'élaboration seulement pour les PLU(i) de communes importantes. De plus, s'il faut sensibiliser les urbanistes et aménageurs à la santé, il faut aussi que les agents des ARS soient formés au droit en urbanisme pour avoir des éléments de langage communs. Les EIS ont été citées plusieurs fois, ce sont des outils dont le but est principalement de sensibiliser à tous les déterminants de la santé les acteurs de l'urbanisme à l'occasion d'un projet d'aménagement. Les EIS peuvent être inscrites dans les CLS, c'est un engagement de la commune à réaliser l'EIS. L'Agenda 21 est un outil qui pourrait être intéressant, il permet de faire entrer de la santé dans l'urbanisme avec une entrée développement durable. Cependant cet outil n'est pas aux mains des ARS mais de la DREAL. Il ne comporte pas toujours un volet santé, et l'ARS n'est pas souvent sollicitée pour y participer. Par contre, les CLS peuvent faire office de volet santé de l'Agenda 21. C'est une occasion de mutualiser des connaissances et des financements. De plus, l'inscription du CLS comme volet santé de l'Agenda 21 permet de renforcer ce dispositif, de donner plus de poids et de légitimité au CLS.</p>	<p>Les PLU ont été cités, comme pouvant porter les préoccupations en santé dans les projets d'urbanisme. Ils sont intéressants par leur échelle de proximité. L'EIS a été cité par un coordinateur en charge de l'élaboration de la deuxième génération de CLS de sa commune. Un projet de rénovation urbain est en cours sur la commune. Le CLS devra contenir un focus sur ce projet et mettra en avant la réalisation d'une EIS. L'EIS devra être réalisée en parallèle du projet et prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé tout au long de son élaboration et sa réalisation. L'EIS ne sera pas inscrite dans une action opérationnelle mais le CLS fera acte d'engagement à réaliser cette EIS. Il s'agit d'un outil intéressant pour introduire de la santé au cœur des projets d'aménagement.</p>

Questions	Objectifs	ARS	Collectivités
La création d'un référentiel d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé vous paraît-elle pertinente ? Est-ce un outil que vous utiliseriez ?	Faisabilité et pertinence des propositions	Les ARS sont très intéressées par ce type d'outil. Elles précisent cependant, qu'il est important de proposer des actions illustrées par un exemple concret pour que celle-ci soient attractives pour les collectivités. De plus, deux ARS ont souhaité qu'une colonne qui correspond aux compétences requises pour réaliser les actions soit ajoutée. « quand on touche à l'aménagement, on touche plutôt à des compétences des intercommunalité, alors que l'information est plus une compétence de la commune, il faut mettre le niveau de compétences requis pour que l'action après aboutisse »	
Est-ce qu'un outil de communication sur l'urbanisme favorable à la santé (par exemple un plaidoyer) vous intéresserait ?		Les ARS interrogées se sont montrées intéressées. Une ARS a déjà mis en place un document de communication à l'attention des collectivités mais qui n'a pas été diffusé. La préfecture a en effet, refusé la diffusion de ce document qui n'était pas, d'après eux, suffisamment abouti en termes de communication.	
Seriez-vous intéressé par la mise en place d'une newsletter à l'attention des ARS et collectivités dédié aux CLS et comportant une rubrique « urbanisme favorable à la santé » ?		Les ARS trouvent l'idée intéressante, mais toutes se posent la question de la pérennité d'un tel outil. « c'est une idée intéressante mais difficile à faire vivre ».	

Annexe 11 : Tableau récapitulatif des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS

ARS	Collectivités	Axes	Objectifs	Actions	Date
Pays de la Loire	La Roche-sur-Yon	Soutenir, développer et communiquer sur les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé	Promouvoir la pratique d'une activité physique pour les enfants, les adolescents et les adultes	La signalétique piétonne	2012
			Développer les actions de santé environnementale	Développer les aménagements favorisant la pratique du vélo et de la marche à pied Mettre en œuvre le bus à pied dans les écoles Développer la pratique du vélo	
Poitou-Charentes	Cognac	La santé, l'environnement de la santé et l'habitat		Charte terre saine (Evolution des méthodes d'entretien des espaces verts) Jardins solidaires Ruches du FAR	2013
Aquitaine	Nord Landes	Améliorer la santé des usagers en agissant sur la qualité de l'environnement		Favoriser l'accès de la population à une eau de consommation de qualité notamment en : organisant un aménagement de l'espace tendant au regroupement des habitations de manière à privilégier son alimentation par le réseau d'adduction publique en eau potable	2013
Aquitaine	Oloron-Haut Béarn	Améliorer l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie		Développer le transport à la demande sur le Haut Béarn	2014
Aquitaine	Bordeaux	Aménager des cadres de vie favorables à la santé et à l'inclusion des personnes en situation de handicap		Bruit et aménagement : Garantir la prise en compte de la problématique du bruit sur les grands projets d'urbanisme Actions opérationnelles : Vérifier la compatibilité de documents opposables aux tiers (SCoT, PLU) avec le plan de prévention municipal du bruit et les adapter en conséquence lors de leurs révisions périodiques Rédiger un cahier des charges spécifique à l'intention des aménageurs lors de la concertation et l'instruction réglementaire des grands projets d'urbanisme Réaliser un cahier des charges à respecter en phase chantier	2014
				Prévention des risques auditifs : Renforcer les actions de prévention des nuisances sonores et risques auditifs Identifier les problématiques liées aux caractéristiques acoustiques de locaux scolaires municipaux et proposer des recommandations pour l'amélioration de la qualité acoustique de ces locaux	
				Fiche action 4.4 Prévention risques infectieux et vecteurs : Mettre en place une veille sur l'émergence de certains risques infectieux liés au changement climatique, l'évolution de l'habitat urbain, aux déplacements de personnes Organiser des conférences grand public sur la prévention des risques infectieux associés à l'évolution de l'habitat urbain	
Alsace	Strasbourg	Renforcer les actions de nutrition (équilibre alimentaire et activité physique) pour diminuer la prévalence du surpoids chez les enfants et lutter contre les maladies chroniques chez les adultes		Accompagner la mise en place de dispositifs favorisant la mobilité active pour les adultes et les enfants (Vitaboucles, vélo-écoles, signalétique piétonne)	2015
Alsace	Eurométropole	Améliorer la santé environnementale		Fiche action n°10 Mener une évaluation d'impact sur la santé d'un projet d'évolution urbaine dans un quartier prioritaire	2015

ARS	Collectivités	Axes	Objectifs	Actions	Date
Basse-Normandie	Caen	Santé environnementale		Améliorer la qualité de l'air : Décliner les multiples actions autour de l'offre de transport en commun Améliorer l'offre de transport en commun (tarifs, fréquence, qualité de l'équipement et motorisation du parc...) Envisager la gratuité des transports en commun (lors des pics de pollution) Favoriser le développement des modes de déplacements doux	2014
		Nutrition		Accompagner la mise en place de jardins partagés et la plantation d'arbres fruitiers en ville création de jardins partagés Développer des signalétiques bien être explicitant les activités physiques réalisées dans des endroits ciblés	
Bretagne	Rennes	Promouvoir un environnement urbain favorable à la santé	Favoriser l'activité physique et la mobilité active dans la Ville	Développer une politique urbaine favorable aux modes actifs de transports Promouvoir des activités physiques et sportives dans une démarche de santé et de mieux être Développer une information préventive sur la qualité de l'air à Rennes (en continue, lors de pics et vis à vis des pollens...) en cohérence avec la promotion de l'activité physique en ville Développer la connaissance et l'information des personnes pratiquant des loisirs nautiques en contact étroit avec l'eau sur la qualité des eaux et les précautions à prendre sur le plan sanitaire	2013
			Développer une expertise en matière d'évaluation des impacts sur la santé (EIS) dans le cadre d'une réflexion globale sur la santé et l'urbanisme	Promouvoir les EIS par l'expérimentation et la diffusion d'expérience	
			Réduire l'usage des pesticides sur le territoire	Développer les signatures de chartes "zéro phyto" avec les propriétaires fonciers Sensibiliser les enfants et le grand public à la découverte et au respect de la biodiversité dans la ville	
			Développer une meilleure prise en compte de la Qualité de l'Air Intérieur dans les bâtiments et sensibiliser sur cette thématique	Améliorer la qualité de l'air intérieur des équipements municipaux Promouvoir la qualité de l'air intérieur dans les logements des particuliers	
Centre	Bourges	Prévention, dépistage et promotion de la santé Sous axe : santé environnementale	Améliorer les réponses à apporter à l'habitat indigne sur le territoire rennais	Lutter contre l'habitat insalubre Contribuer aux échanges et actions partagées avec les différents acteurs de lutte contre le logement indigne	2011

ARS	Collectivités	Axes	Objectifs	Actions	Date
Centre	Blois	Mieux vivre dans sa ville : vivre dans un environnement sain et agréable	Opération zéro pesticide	Mettre en œuvre des méthodes alternatives pour entretenir les parcs, jardins et voiries de la ville	2011
				<p>Actions ne faisant pas l'objet d'une fiche action :</p> <p>Rédiger pour les opérations de construction des cahiers des charges incluant le choix de matériaux et produits non polluants, préciser des exigences en termes d'isolation thermique et phonique</p> <p>Promouvoir dans les établissements recevant du public la garantie d'un air intérieur plus sain : prévoir des matériaux de construction, de décoration, de plantation, des fournitures, ameublement, jouets à faible émission polluante</p> <p>Lutter contre les nuisances sonores des deux roues</p> <p>Résorber les points noirs par la construction d'écrans acoustiques, mieux choisir l'implantation de nouveaux bâtiments sensibles</p> <p>Traiter l'acoustique interne des lieux les plus sensibles utilisés par les enfants</p> <p>Favoriser les mobilités douces</p> <p>Favoriser la construction de quartiers de courtes distances</p> <p>Augmenter la présence d'éléments naturels</p> <p>Aménager des espaces publics et collectifs à toutes les échelles, de l'immeuble au territoire, afin de répondre aux besoins et aux attentes des personnes et pour favoriser la cohésion et la mixité sociale : pieds d'immeubles sécurisés afin que les enfants puissent y jouer en toute quiétude, terrains de sport proches des habitations, parcs facilement accessibles,</p>	
Franche-Comté	Pays des Voges Saônoises	Réduire les risques sanitaires liés à l'environnement	Objectifs : Réduire les risques sanitaires liés à la pollution de l'air intérieur (radon)	Sensibiliser et former les professionnels du bâtiment	2012
Ile de France	Achères	Accès à la prévention et aux soins des populations qui en sont les plus éloignées	Favoriser la démarche communautaire dans la sensibilisation à la promotion de la santé	Action participative, création de jardins partagés Action participative, création de jardins d'insertion	2012
		Prendre en compte l'environnement dans la santé des Achérois	Prendre en compte les déterminants de la santé dans les politiques publiques notamment dans le cadre du projet du Grand Paris, prendre en compte la réflexion et les implications sur la santé de la construction du nouveau Port d'Achères	Etude d'impacts sur la santé des achérois du projet "Grand Port d'Achères"	
Ile de France	Saint Quentin en Yvelines	Fluidifier les parcours en santé mentale	Valoriser les expériences d'aménagement du territoire (déterminants environnementaux de la santé) favorables à la lutte contre la souffrance psychosociale		2011
Ile de France	Deux Rives de Seine	Adapter les réponses au plus près des besoins dans le secteur du médico-social	Objectif : Aménager l'espace urbain en direction de publics cibles	Action : Faciliter l'accessibilité urbaine	2012
Ile de France	Saint-Denis	Santé environnementale		Accompagner le rétablissement d'un environnement favorable à la santé globale des occupants dans 8 immeubles dégradés de la Plaine	2015

ARS	Collectivités	Axes	Objectifs	Actions	Date
Ile de France	Rueil-Malmaison	Axe Nutrition et l'activité physique		Maintien du capital santé (mise en place d'un parcours sportif-santé sur un quartier)	2012
Lorraine	Longwy	Favoriser la pratique d'activités physiques		Projet de parcours cyclo-pédestre transfrontalier	2013
Nord Pas de Calais	Lille, Lommes, Hellemmes	Sensibiliser les acteurs locaux sur la thématique santé environnement et développement durable		Mettre en place un projet alimentation/développement durable autour de l'animation d'un jardin potager "le jardin des voisins"	2012
Rhône-Alpes	Bourgoin Jallieu	Santé environnementale		L'environnement intérieur (Instaurer le choix de matériaux peu émissifs en polluants dans les rénovations et les nouvelles constructions)	2014
		Promotion et prévention de la santé		Equiper la ville de signalétique favorisant la marche à pied et le vélo, réinstaurer le pédibus pour les écoles Réalisation d'une cartographie des circuits de marche en ville	
Rhône-Alpes	Valence	Santé environnement		Mise en place de modes de déplacements doux : amélioration de l'attractivité des transports en communs, favorisation des déplacements en vélos ou à pied (augmentation des pistes cyclables, vélo en libre service, semaine de la mobilité) Contribution au plan local d'Urbanisme sur le volet santé et santé environnement	2012
Rhône-Alpes	Romans-sur-Isère	Réduire l'impact des déterminants environnementaux sur les milieux de vie	Distribution d'une eau potable de qualité	Mener une réflexion sur la réalisation d'un forage d'exploitation de la nappe molassique au niveau du réservoir du Maupas	2015
			Agir pour un urbanisme favorable à la santé	Aménager des jardins partagés Assurer une continuité entre les modes de déplacements doux et les transports collectifs pour favoriser la mobilité Développer les espaces verts Aérer le bâti pour permettre d'apporter de la luminosité naturelle dans les ruelles et à l'intérieur des logements	
Rhône-Alpes	Villeurbanne	Santé environnementale	intégrer les enjeux de santé dans des projets de réhabilitation de l'habitat et de rénovation urbaine	Etude d'impacts en santé sur l'usage des espaces publics par les enfants dans le cadre du projet de rénovation urbaine du quartier des Buers	2014

Annexe 12 : Analyse de la base de données

Cette analyse porte sur une base de données, réalisée à l'occasion de ce mémoire, comportant des informations sur 168 CLS. Le tableau suivant indique la proportion de CLS consultés selon la région.

Agences régionales de santé	Proportion de CLS consultés par région
Alsace	100%
Aquitaine	100%
Auvergne	100%
Basse-Normandie	100%
Bourgogne	100%
Bretagne	100%
Centre	89%
Champagne-Ardenne	100%
Corse	
Franche-Comté	13%
Guadeloupe	
Guyane	100%
Haute Normandie	100%
Ile-de-France	88%
Languedoc-Roussillon	30%
Limousin	100%
Lorraine	63%
Martinique	
Midi-Pyrénées	78%
Nord Pas de Calais	100%
Pays de la Loire	91%
Picardie	
Poitou-Charentes	67%
Provences Alpes Côte d'Azur	14%
Océan Indien	
Rhône-Alpes	100%

Il faut garder à l'esprit au cours de cette analyse, que les 168 CLS étudiés représentent 67% des CLS signés à ce jour. Il est donc possible que des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé soient inscrites dans les CLS non consultés, auquel cas, les résultats sous-estimeront en partie l'intégration des problématiques d'urbanisme favorable à la santé dans les CLS. Le tableau suivant comptabilise le nombre de CLS ayant inscrit des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé.

Nombre de CLS total	168	
CLS avec SE	99	59%
CLS avec urbanisme favorable à la santé	23	14%
CLS avec habitat insalubre	63	38%
CLS avec bruit	17	10%

Ainsi une proportion de 60% de CLS examinés (soit 100 CLS sur 168) comporte des actions relevant de la santé environnement, ce qui montre que la prise en compte de la promotion de la santé environnementale est bien amorcée au niveau des territoires (pour information la santé environnement a été défini par l'OMS en 1994 et le premier plan relatif à la santé environnement a été mis en place en 2008). Pour ce qui est des actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé, 23 CLS en contiennent soit 14% des CLS ce qui représente 62 actions. Ce chiffre est à relativiser car il s'agit d'un dispositif récent (les CLS les plus anciens étudiés datent de 2010). Les ARS interrogées ont toutes déclaré avoir au minimum un CLS en cours d'élaboration et deux de ces ARS sont suffisamment avancées dans la construction d'un CLS pour affirmer que celui-ci intégrera des actions relatives à l'urbanisme favorable à la santé. Ici uniquement les CLS signés ont été pris en compte.

Le tableau suivant indique le nombre de CLS ayant des actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé selon les régions :

Agences régionales de santé	Nombre de CLS consultés	Nb de CLS avec des actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé
Alsace	5	2
Aquitaine	11	3
Auvergne	9	0
Basse-Normandie	2	1
Bourgogne	10	0
Bretagne	6	1
Centre	8	2
Champagne-Ardenne	3	0
Corse		
Franche-Comté	1	1
Guadeloupe		
Guyane	1	0
Haute Normandie	7	0
Ile-de-France	53	5
Languedoc-Roussillon	3	0
Limousin	1	0
Lorraine	5	1
Martinique		
Midi-Pyrénées	7	0
Nord Pas de Calais	5	1
Pays de la Loire	10	1
Picardie		
Poitou-Charentes	10	1
Provences Alpes Côte d'Azur	1	0
Océan Indien		
Rhône-Alpes	10	4

Ce tableau montre que l'intégration de préoccupation de santé dans les choix d'urbanisme est déjà amorcée dans beaucoup de régions (12 sur 21 étudiées) alors que la promotion d'un urbanisme favorable à la santé est débutante.

Il convient d'étudier plus avant, maintenant, quels types d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé est mis en place et comment ces actions sont intégrées dans le CLS.

Les CLS étudiés ont globalement des articulations similaires (présentation du territoire, diagnostic, signataires, partenaires, fiches actions). Par contre les informations que contiennent les différentes parties des CLS ne sont pas les mêmes d'un CLS à l'autre. Certains CLS sont très complets alors que d'autres sont au contraire très brefs (financement absent totalement de certains CLS). Les axes stratégiques sont très divers et permettent une grande transversalité (exemple : axe de promotion de la santé qui regroupe des actions en nutrition, accès aux soins, santé mentale, addiction etc...). Parmi les axes stratégiques les plus représentés :

- Offre de soin (accessibilité aux soins, continuité des soins, soins de premier recours)
- Santé mentale
- Addiction
- Santé environnementale
- Nutrition

Bien souvent les actions inscrites dans les CLS sont décrites en annexes dans les fiches actions (ce qui n'est pas toujours le cas, en effet, certaines actions sont inscrites dans les CLS alors qu'elles étaient déjà mises en place et dans ce cas ne font pas l'objet d'une fiche action). Ces fiches présentent les actions opérationnelles qui découlent de l'action principale. Pour cette étude, les actions opérationnelles ont toutes été consultées car certaines

actions ne relevant pas de l'urbanisme favorable à la santé, étaient parfois déclinées sous forme d'actions opérationnelles qui elles relevaient de l'urbanisme favorable à la santé.

Parmi les CLS étudiés, trois comportent un axe ou un objectif dédié à l'urbanisme favorable à la santé (2%), il s'agit des CLS de Rennes, Blois et Romans sur Isère. Le tableau suivant présente les axes stratégiques auxquels sont rattachés les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé et le nombre de ces actions que ces axes comportent :

Axes stratégiques	Nombre d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé
Promotion d'un urbanisme favorable à la santé	23
Santé environnementale	16
Promotion de la santé	9
Cadre de vie/handicap	8
Nutrition/activités physiques	5
Santé mentale	1
Offre de soins	3

Les actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé sont majoritairement inscrites dans des axes de promotion de la santé environnementale, cependant cette analyse révèle une grande diversité de thématiques auxquelles sont rattachées ces actions. Le tableau suivant présente les thèmes abordés par ces actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé et le nombre de ces actions qui abordent ces thèmes :

Thème des actions	Nombre d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé
Nuisances sonores	8
Mobilité douce/activités physiques	21
Jardins partagés/solidaires	7
EIS/projet rénovation	5
Inclusion des personnes handicapées	2
Sensibilisation*	4
Modification du cahier des charges des aménageurs	4
Contribution à l'élaboration de documents d'urbanisme	1
eau	1
air	4
Cadre de vie**	5
Pesticides	3

*actions de sensibilisation à l'impact des choix d'urbanisme sur certains déterminants des professionnels du bâtiment et du grand public

** création d'espaces verts, de terrains de jeux, aménagement des pieds d'immeuble etc...

L'étude des fiches actions a montré que l'urbanisme favorable à la santé est plus souvent utilisé comme un moyen pour répondre à une problématique que comme un objectif. En effet, les actions par exemple de mise en place de pistes cyclable sont un moyen de parvenir à faire diminuer le taux d'obésité sur un territoire. Tandis que l'urbanisme favorable à la santé est un objectif pour les actions de modification du cahier des charges des aménageurs pour introduire des préoccupations de santé dans des projets d'aménagements.

Annexe 13 : Exemple de fiche action d'un CLS (CLS de Limoges, ARS Limousin 2011)

Fiche action 3.4.2-1 : Renforcer les interventions de la Maison des Adolescents sur les quartiers	
Rappel de l'axe stratégique du CLS concerné et de l'objectif opérationnel que cherche à atteindre l'action	<p>Axe stratégique 5 : améliorer la prise en compte de la santé mentale</p> <p>Objectif 2 : renforcer les interventions des professionnels à destination des jeunes des quartiers en situation de souffrance psychique</p>
Description de l'action	<p><u>1^{er} niveau de l'action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuivre et amplifier les actions à destination des jeunes et des intervenants de terrain visant à faire connaître aux jeunes des quartiers l'écoute, le soutien, l'accompagnement que peut leur apporter la Maison des adolescents. - poursuivre dans ce cadre les interventions des professionnels de la MDA auprès des jeunes et des équipes éducatives des collèges et lycées recevant des jeunes des quartiers. Participer à des actions organisées par les intervenants de terrain contribuant à cet objectif. - mettre en place sur les quartiers des interventions dédiées des professionnels de la MDA sur des thématiques ciblées générant une souffrance psychique chez certains publics jeunes des quartiers, au sein de groupes constitués avec les intervenants de terrain. Apporter dans ce cadre un appui technique. <p><u>2^{ème} niveau de l'action :</u></p> <p>Un renforcement des interventions nécessite un 0,5 ETP supplémentaire d'infirmier rattaché à la MDA pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faciliter l'orientation vers l'une des équipes de proximité du CHE susceptibles d'intervenir (MDA, EM de pédopsychiatrie, équipes du Pôle d'addicto) en assurant si nécessaire avec les intervenants de terrain un accompagnement individuel. - faire le lien pour la population jeune des quartiers souffrant d'une conduite addictive, dans une logique de mutualisation, avec l'équipe de prévention et l'équipe de liaison en addictologie, qui sont elles aussi très légères afin de développer le repérage précoce et faciliter l'accès aux soins. - faire le lien également avec l'équipe mobile de pédopsychiatrie en particulier en cas de besoins d'interventions à domicile - renforcer l'appui technique aux intervenants de terrain pour leur permettre, dans une relation continue avec des passages fréquents sur les quartiers que les équipes mobiles du CH ESQUIROL ne sont pas en situation d'assurer actuellement, de développer leur expertise dans l'accompagnement des jeunes en situation de souffrance psychique - travailler de façon continue avec tous les intervenants de terrain à partir des situations rencontrées chez les jeunes sur le repérage précoce en santé mentale. - apporter aux intervenants de terrain un appui technique sur les situations des jeunes en souffrance psychique rencontrées - contribuer à développer sur les quartiers des interventions des professionnels de la Maison des adolescents sur des thématiques ciblées générant une souffrance psychique chez certains publics jeunes des quartiers dont les jeunes en difficulté d'insertion professionnelle, au sein de groupes de jeunes dédiés constitués avec les intervenants de terrain.
Identification du responsable de l'action	<p><u>Structure identifiée</u> : CH Esquirol de Limoges</p> <p><u>Moyens engagés</u> : les équipes actuelles de la MDA, recours éventuels à d'autres structures du CHE si besoin</p>
Autres acteurs à mobiliser	<p><u>Structures identifiées</u> :</p> <p><u>Moyens engagés</u> :</p>
Calendrier prévisionnel	
Dispositif de suivi :	<ul style="list-style-type: none"> ■ Outils : ■ Indicateurs d'évaluation du résultat de l'action <ul style="list-style-type: none"> - nombre de personnes bénéficiant d'une prise en charge ; - nombre d'orientations ; - nombre de missions d'appui technique.
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	<p>Risques identifiés : un développement insuffisant des interventions au regard des besoins en l'absence d'une augmentation des moyens humains, les équipes de proximité du CHE étant très légères et déjà fortement mobilisées.</p> <p>Un mi – temps d'infirmier pour un renforcement plus étendu des interventions</p>

Annexe 14 : Tableau d'analyse du contexte d'inscription des axes stratégiques, objectifs et actions des CLS de Rennes, Romans sur Isère et Blois

	Axes stratégiques	Objectifs	Actions opérationnelles	Contexte
Rennes	Promouvoir un environnement urbain favorable à la santé	Favoriser l'activité physique et la mobilité active dans la Ville	Développer une politique urbaine favorable aux modes actifs de transports Promouvoir des activités physiques et sportives dans une démarche de santé et de mieux être Développer une information préventive sur la qualité de l'air à Rennes (en continue, lors de pics et vis à vis des pollens...) en cohérence avec la promotion de l'activité physique en ville Développer la connaissance et l'information des personnes pratiquant des loisirs nautiques en contact étroit avec l'eau sur la qualité des eaux et les précautions à prendre sur le plan sanitaire	Le diagnostic partagé a mis en évidence un usage encore important de la voiture dans la ville de Rennes bien que les mobilités actives soient en hausse. De plus, le fort développement démographique de l'agglomération et son étalement urbain influence le trafic routier.
		Développer une expertise en matière d'évaluation des impacts sur la santé (EIS) dans le cadre d'une réflexion globale sur la santé et l'urbanisme	Promouvoir les EIS par l'expérimentation et la diffusion d'expérience	Les EIS sont des outils promus par l'OMS, partenariat avec EHESP, ARS
		Réduire l'usage des pesticides sur le territoire	Développer les signatures de chartes "zéro phyto" avec les propriétaires fonciers Sensibiliser les enfants et le grand public à la découverte et au respect de la biodiversité dans la ville	Rennes est signataire de la charte de l'environnement depuis 2000, elle s'est engagée sur un objectif d'amélioration de la qualité de l'eau et réduction des pesticides utilisés.
		Développer une meilleure prise en compte de la Qualité de l'Air Intérieur dans les bâtiments et sensibiliser sur cette thématique	Améliorer la qualité de l'air intérieur des équipements municipaux Promouvoir la qualité de l'air intérieur dans les logements des particuliers	Cette action s'inscrit dans une démarche prévention des problématiques d'air intérieur. Il s'agit d'une préoccupation croissante que les signataires ont choisi d'anticiper
		Améliorer les réponses à apporter à l'habitat indigne sur le territoire rennais	Lutter contre l'habitat insalubre Contribuer aux échanges et actions partagées avec les différents acteurs de lutte contre le logement indigne	Le diagnostic a mis en évidence un parc de logements indignes du au vieillissement des immeubles et à des squats.
				Cet axe stratégique s'inscrit dans un des objectifs du PRS Breton qui est : Promouvoir un environnement favorable à la santé. De plus, la ville de Rennes appartient au réseau des villes santé de l'OMS qu'elle héberge. Proximité de l'EHESP et du RFVS influence les actions en santé de la ville de Rennes qui a choisi de faire des choix d'urbanisme favorables à la santé

	Axes stratégiques	Objectifs	Actions opérationnelles	Contexte
Romans sur Isère	Réduire l'impact des déterminants environnementaux sur les milieux de vie	Distribution d'une eau potable de qualité	Mener une réflexion sur la réalisation d'un forage d'exploitation de la nappe molassique au niveau du réservoir du Maupas	Le diagnostic a mis en évidence le besoin d'une sécurisation de l'alimentation en eau potable de la commune.
		Agir pour un urbanisme favorable à la santé	Aménager des jardins partagés Assurer une continuité entre les modes de déplacements doux et les transports collectifs pour favoriser la mobilité Développer les espaces verts Aérer le bâti pour permettre d'apporter de la luminosité naturelle dans les ruelles et à l'intérieur des logements	Cette action est en lien avec un objectif du PRS : Réduire l'impact des déterminants environnementaux sur les milieux de vie. Elle s'inscrit dans la Politique de la ville et l'opération de rénovation urbaine qui y est rattachée. Cet objectif s'inscrit dans un objectif du SCoT : Renouveler la qualité des centres urbains et fait écho au guide "Agir pour un urbanisme favorable à la santé" en reprenant les objectifs qui y sont listés sous forme d'actions opérationnelles
Blois	Mieux vivre dans sa ville : vivre dans un environnement sain et agréable	Opération zéro pesticide	Mettre en œuvre des méthodes alternatives pour entretenir les parcs, jardins et voiries de la ville	S'inscrit dans une démarche régionale qui vise à atteindre l'objectif du plan Ecophyto : réduire de 50% l'utilisation des pesticides à l'horizon 2018
			Actions ne faisant pas l'objet d'une fiche action : Rédiger pour les opérations de construction des cahiers des charges incluant le choix de matériaux et produits non polluants, préciser des exigences en termes d'isolation thermique et phonique Promouvoir dans les établissements recevant du public la garantie d'un air intérieur plus sain : prévoir des matériaux de construction, de décoration, de plantation, des fournitures, ameublement, jouets à faible émission polluante Lutter contre les nuisances sonores des deux roues Résorber les points noirs par la construction d'écrans acoustiques, mieux choisir l'implantation de nouveaux bâtiments sensibles Traiter l'acoustique interne des lieux les plus sensibles utilisés par les enfants Favoriser les mobilités douces Favoriser la construction de quartiers de courtes distances Augmenter la présence d'éléments naturels Aménager des espaces publics et collectifs à toutes les échelles, de l'immeuble au territoire, afin de répondre aux besoins et aux attentes des personnes et pour favoriser la cohésion et la mixité sociale : pieds d'immeubles sécurisés afin que les enfants puissent y jouer en toute quiétude, terrains de sport proches des habitations, parcs facilement accessibles,	Selon l'OIP, 48% des habitants en 2001 se disaient gênés par le bruit D'après un sondage en 2010 (TNS-SOFRES) 2/3 des français déclarent être gênés par le bruit à leur domicile. Le diagnostic a mis en évidence un taux d'admission en affection longue durée pour diabète supérieur aux taux enregistrés aux plans départemental, régional et national. De plus, celui-ci a identifié des points de vigilance dont fait parti l'asthme, en particulier chez les jeunes enfants ce qui explique la mise en place d'une action de promotion de la qualité de l'air intérieur.

Annexe 15 : Convention de coopération pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé- Rennes



Convention de coopération pour la promotion d'un urbanisme favorable à la santé

Entre :

- La Ville de Rennes représentée par Nathalie APPERE, Maire, agissant en cette qualité en vertu de la délibération du conseil municipal n°2014-088 en date du 30 juin 2014,

Ci-après désignée « la Ville de Rennes »,

- La Communauté d'agglomération Rennes Métropole, représentée par son Président, Monsieur Emmanuel COUET, dûment habilité à signer la présente en vertu de la délibération n°C14145 du 24 avril 2014,

Ci-après désignée « Rennes Métropole »,

- L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne, représentée par son Directeur général, Monsieur Alain GAUTRON, agissant en cette qualité en vertu du décret du 1^{er} avril 2010 portant nomination des directeurs généraux des agences régionales de santé,

Ci-après désignée « l'ARS »,

- L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), représentée par son Directeur, Monsieur Laurent CHAMBAUD, agissant en cette qualité en vertu de la délibération n° 61/2013 portant délégation du conseil d'administration au directeur,

Ci-après désignée « l'EHESP »,

- L'Association Santé Développement Durable (S2D), centre collaborateur de l'OMS pour les villes-santé francophones, représentée par son Président, Monsieur Jean SIMOS,

Ci-après désignée « l'association S2D »,

PRÉAMBULE

La qualité de vie des citoyens de demain se prépare avec ceux d'aujourd'hui. Cette responsabilité partagée oblige les élus et les techniciens des collectivités locales à envisager des réponses ajustées, sur des problèmes complexes dont les solutions proposées engagent pour un temps long. Les relations entre urbanisme, environnement et santé représentent un enjeu majeur. Tous les territoires sont concernés, des pistes d'amélioration et des outils se développent pour permettre de penser l'action dans sa globalité et de construire des réponses locales.

Dans le cadre des travaux sur le programme régional santé environnement de Bretagne (PRSE), initiés en 2009, l'organisation de séminaires urbanisme, environnement et santé a été décidée. L'objectif de ces journées était de mettre à disposition des collectivités et des aménageurs des outils permettant de mieux prendre en compte la santé et l'environnement.

C'est à cette occasion qu'un groupe de travail composé de représentants de la Ville de Rennes, de l'ARS, de l'EHESP, de l'association S2D et de Rennes Métropole s'est réuni pour la première fois en 2010. La mission de ce groupe de travail s'est ensuite élargie à une réflexion plus globale autour de la santé et de l'urbanisme et de la promotion des évaluations d'impacts sur la santé (EIS). Cette démarche, prônée par l'OMS, constitue une aide à la décision permettant de mettre, au centre des réflexions, la santé et la qualité de vie des populations, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

- CONSIDERANT que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental, et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité (1946),
- CONSIDERANT la Charte d'Ottawa de 1986, qui définit la promotion de la santé comme le processus conférant aux populations les moyens d'agir sur les déterminants qui contrôlent leur santé,
- CONSIDERANT le Traité d'Amsterdam de 1997, qui prévoit d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté européenne,
- CONSIDERANT le Consensus de Göteborg de 1999, qui promeut la réalisation d'évaluations d'impacts sur la santé (EIS) pour tous les projets ou politiques et offre un cadre commun pour leur déploiement à tous les niveaux (international, national et local),
- CONSIDERANT l'EIS comme un outil innovant porté par le mouvement pour l'instauration de la « santé dans toutes les politiques », mouvement initié par la charte d'Ottawa et fortement impulsé depuis 2006 par l'OMS,
- CONSIDERANT la Déclaration d'Adélaïde de 2010, qui promeut l'intégration de la santé dans toutes les politiques et rappelle que les déterminants de la santé et du bien-être ne relèvent pas exclusivement du secteur sanitaire mais également du domaine social, économique et environnemental,
- CONSIDERANT l'article L.122-1 du Code de l'Environnement qui renforce la prise en compte de la santé et de l'environnement dans les projets d'aménagement et d'urbanisme,
- CONSIDERANT le Programme Régional Santé Environnement de Bretagne (PRSE) 2011-2015, approuvé par arrêté préfectoral le 26 août 2011, qui préconise notamment la reconnaissance de l'urbanisme, de l'aménagement du territoire et du cadre de vie comme des déterminants de la santé,
- CONSIDERANT le Plan Local de Santé de la ville de Rennes, adopté en janvier 2013,
- CONSIDERANT le Contrat Local de Santé 2013-2015 conclu entre la ville de Rennes, l'ARS et leurs partenaires,

- CONSIDERANT l'implication de la ville de Rennes en tant que membre fondateur du réseau des villes-santé de l'OMS créé en 1987, et les différentes actions et expérimentations menées sur le territoire rennais dans le domaine de l'urbanisme et de la santé,
- CONSIDERANT le rôle de l'association internationale pour la santé et le développement durable (S2D), Centre collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones, dans la promotion des EIS auprès du monde francophone,
- CONSIDERANT l'implication de l'ARS dans le pilotage du Programme Régional Santé Environnement, qui constitue un volet de son Projet Régional de Santé, et dans la promotion d'un urbanisme favorable à la santé,
- CONSIDERANT l'implication de l'EHESP dans des activités de formations, d'expertise et de recherche autour des thématiques de l'EIS et de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé,
- CONSIDERANT l'ensemble des compétences de la Ville de Rennes et Rennes Métropole notamment en matière d'urbanisme et d'aménagement du territoire,

CECI ARRETE, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Article 1 : Objet de la convention

Répondant à un intérêt public local partagé par les différents signataires, la présente convention a pour objet de formaliser les liens entre les parties et leur engagement dans la promotion des démarches d'évaluation d'impact sur la santé (EIS).

Article 2 : Durée de la convention

La convention est conclue pour une durée de 3 ans. Elle prend effet à compter de sa notification aux parties.

À l'expiration de la durée de trois ans, la présente convention pourra être prorogée et/ou renouvelée, par accord exprès entre les parties selon l'une ou l'autre des modalités suivantes:

- elle pourra être prorogée de façon expresse, pour une durée maximale d'un an par voie d'avenant, selon les modalités administratives de chaque partie ;
- ou elle devra faire l'objet d'une nouvelle convention soit à l'expiration de la durée de trois ans prévue initialement, soit à l'issue de l'année de prorogation.

Dans l'un et l'autre cas, les parties s'engagent à s'informer mutuellement de leurs intentions trois mois au moins avant la date d'expiration de la convention, par un courrier transmis au secrétariat du réseau visé à l'article 4.

Article 3 : Engagements des parties

Les parties à la présente convention s'engagent à unir leurs efforts pour poursuivre les actions suivantes :

- Échanger sur les modalités d'intégration de la santé, de l'environnement et du développement durable dans les politiques et les projets, notamment ceux portés par les collectivités territoriales ;
- Développer les relations entre les champs de la santé et de l'urbanisme ;
- Sensibiliser et former les collectivités à la nécessité de la prise en compte de la santé dans les politiques ou les projets, en particulier dans le domaine de l'aménagement urbain ;
- Promouvoir l'utilisation et le développement des EIS et diffuser les expériences (rédaction d'articles, conférences/colloques, constitution d'une base de données...);
- Accompagner l'expérimentation et le suivi d'EIS menées en Bretagne.

La signature de la présente convention pourra être proposée par les parties à d'autres organismes partageant les valeurs et objectifs qui y sont développés et souhaitant promouvoir ou développer les actions visées au présent article.

Article 4 : Groupe de travail

Un groupe de travail est instauré, nommé « Réseau Bretagne Urbanisme et Santé » (RBUS). Le RBUS regroupe différents acteurs en lien avec la santé, l'urbanisme, l'environnement, le développement durable (cf. annexe 1). Il se réunit régulièrement, à titre indicatif une fois tous les trois mois. La Ville de Rennes assure l'animation et le secrétariat du réseau.

Un programme de travail annuel est déterminé chaque année. Le programme de travail de l'année 2014 est annexé pour information à la présente convention (cf. annexe 2).

Article 5 : Bilans annuels – propriétés des données

Un bilan écrit de la réflexion est produit chaque année.

Les données du bilan sont la propriété de toutes les parties signataires. Elles pourront être réutilisées, ou communiquées, par les différents partenaires pour toute publication (publications scientifiques, guides pour les acteurs locaux, etc.) sous réserve d'en indiquer la source et de mentionner les différentes parties.

Article 6 : Responsabilités-assurances

Les partenaires entendent limiter leurs engagements contractuels à ceux qui découlent des différentes clauses du présent texte. Les partenaires feront leur affaire personnelle de tous les risques et litiges qui pourraient survenir à l'occasion de l'exercice de leurs engagements et seront seuls responsables vis-à-vis des tiers, de la Ville et de Rennes Métropole, de tous accidents et dommages de quelque nature que ce soit et pour lesquels la responsabilité des collectivités précitées ne pourra être retenue. Les signataires disposeront d'une assurance de responsabilité civile couvrant les conséquences pécuniaires de leur responsabilité en raison des dommages corporels et/ou matériels causés à des tiers du fait de leur personnel, de leurs biens ou de leur activité.

Article 7 : Révision

Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention définie d'un commun accord entre les parties fera l'objet d'un avenant mis à leur signature, selon les modalités administratives de chaque partie.

Article 8 : Résiliation

Chacune des parties pourra mettre fin à la présente convention, par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve du respect d'un préavis de trois mois.

Article 9 : Litiges

En cas de litige relatif à l'objet ou à l'application de la présente convention, les parties s'emploieront à le résoudre de manière amiable au cours d'une phase préalable de conciliation.

À défaut d'accord, la juridiction compétente pour se prononcer sera saisie.

Article 10 : Annexes

Les annexes suivantes sont jointes à la convention :

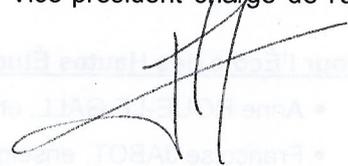
- Annexe 1 : participants au groupe de travail RBUS ;
- Annexe 2 : programme de l'année de travail 2014-15 ;
- Annexe 3 : réalisation et contribution du groupe de travail RBUS depuis 2011.

Fait à Rennes, le _____ en 5 exemplaires originaux de forme et de contenu identiques.

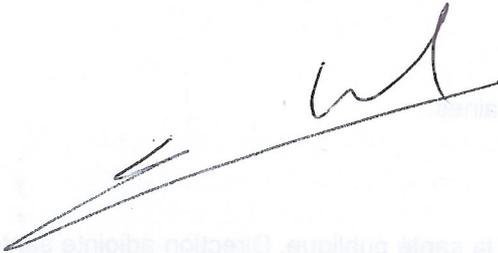
Pour Nathalie Appéré
Maire de Rennes
Charlotte Marchandise-Franquet
Adjointe au Maire déléguée à la santé



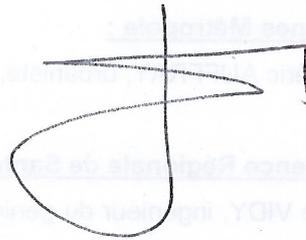
Pour Emmanuel Couet
Président de Rennes Métropole
Jean-Luc Gaudin,
Vice-président chargé de l'aménagement



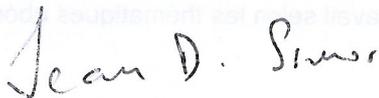
Laurent Chambaud
Directeur de l'Ecole des
hautes études en santé publique



Pour le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé Bretagne,
Jean-Michel Doki-Thonon,
Directeur de la santé publique



Jean Simos
Président de l'association
Santé développement durable



ANNEXE 1. PARTICIPANTS AU GROUPE DE TRAVAIL

Pour l'association santé développement durable (S2D), centre collaborateur OMS pour les villes santé francophones :

- Pascal THEBAULT, vice-président, directeur du CREAL Bretagne ;
- Jean SIMOS, président, enseignant chercheur de l'université de Genève (groupe recherche environnement-santé).

Pour l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) :

- Anne ROUE-LE GALL, enseignant chercheur, département Santé-Environnement-Travail ;
- Françoise JABOT, enseignant chercheur, département Sciences humaines et sociales.

Pour la Ville de Rennes :

- Alain JOURDREN, ingénieur territorial, responsable du service santé environnement ;
- Pauline MORDELET, ingénieur-chargée de mission air intérieur et EIS.

Pour Rennes Métropole :

- Frédéric AUFRAY, urbaniste, service des études urbaines.

Pour l'Agence Régionale de Santé (ARS) :

- Anne VIDY, ingénieur du génie sanitaire, direction de la santé publique. Direction adjointe santé-environnement,
- Christian ENFRIN, ingénieur principal d'études sanitaires, délégation territoriale 35, département veille et sécurité sanitaires et environnementales.

D'autres participants peuvent être associés à ce groupe de travail selon les thématiques abordées.

PARTAGER / STRUCTURER

- Formaliser la coopération entre les différents participants au groupe de travail,
- Créer une plateforme d'échanges et de ressources sur les EIS

PROMOUVOIR

- Inscrire la démarche d'EIS appliquée à l'urbanisme et la pérennité de son animation dans les dispositifs partenariaux : contrat local de santé et PRSE.
- Promouvoir l'expérience et le partage d'information (colloques, échanges inter-villes, formations, publications...).
- Co-organiser en novembre un congrès sur le thème urbanisme santé environnement avec la Société Française Santé Environnement, le Réseau Français des Villes Santé de l'OMS et la Direction Générale de la santé.

EXPERIMENTER

- Accompagner les expérimentations de la ville de Rennes et Rennes Métropole : suivi de l'EIS du projet de Halte Ferroviaire Pontchaillou.
- Mettre en place une démarche pour la prise en compte de la santé dans le plan local d'urbanisme.
- Appliquer la démarche EIS sur un nouveau projet d'aménagement urbain

ANNEXE 3 – RÉALISATION ET CONTRIBUTION DU GROUPE DE TRAVAIL RBUS DEPUIS 2011

Le groupe de travail s'est peu à peu structuré pour aboutir en 2014 à la volonté de consolider les coopérations interinstitutionnelles. Cette histoire a débuté déjà à Rennes il y a 26 ans, le 28 novembre 1988, lorsque, à l'initiative de la ville de Rennes et d'un colloque des Villes-santé de l'OMS organisé en coopération avec l'École Nationale de la Santé Publique, naissait le réseau francophone des Villes-Santé qui deviendra centre collaborateur de l'OMS-S2D (Santé et développement durable). Les préoccupations étaient novatrices, elles portaient sur la mise en place de systèmes d'information et de diagnostic communautaire à l'échelle de la ville, sur différentes réalisations ayant trait à la promotion intersectorielle de la santé, dont celles du lien entre santé et environnement. Depuis ces débuts, les intuitions des promoteurs se sont précisées, les chantiers et les productions se sont étoffés. Mais c'est toujours le même mouvement qui permet de développer une approche volontariste de la promotion de la santé appliquée en particulier au phénomène urbain : le volontarisme d'individus et de leurs organisations qui construisent une expertise partagée, sur des questions complexes, avec en finalité la justice sociale qui passe notamment par la réduction des inégalités sociales et environnementales de santé.

❖ REALISATION

2014 – Réalisation d'une plateforme de ressources et d'échanges sur les EIS (www.rbus-eis.org)

2014 – Organisation des 2èmes Journées du Réseau Bretagne Urbanisme et Santé dans le cadre du congrès national Santé Environnement « Paysage Urbanisme et Santé » - Rennes

2014 – Élaboration d'un projet de plaidoyer pour la coopération des acteurs en faveur d'un urbanisme favorable à la santé (objet mis en discussion lors du congrès « Paysage Urbanisme et santé »)

2011-2014 – Réalisation et suivi d'une EIS sur le projet d'aménagement de la Halte Ferroviaire de Pontchaillou (Rennes)

2013 – Inscription d'un axe « promouvoir un environnement urbain favorable à la santé » et de la démarche EIS dans le contrat local de santé signé entre la Ville de Rennes, l'ARS et d'autres partenaires (Contrat local de santé (CLS) et le cahier des fiches actions)

2013 – Co-organisation Journée régionale santé environnement organisée dans le cadre du PRSE Bretagne - Rennes

2011 – Organisation des 1ères journées régionales urbanisme environnement et santé – Rennes

❖ CONTRIBUTION

PARTICIPATION A DES COLLOQUES

2014 : 8^{ème} rencontre de l'institut Renaudot – Paris

2014 : Rencontre Territoriales de la Santé Publique - Nancy

2013 : Rencontres Nationales Santé Environnement – Lyon

2013 : Séminaire CNFPT de sensibilisation sur les EIS à l'attention des élus et techniciens – Pantin

2013 : Universités d'été de santé publique - Besançon

2013 : Colloque "Dynamique urbaine et enjeux sanitaires" - Nanterre

2013 : 13ème conférence internationale sur les EIS - Genève

2012 : 11e colloque francophone des Villes santé à La Chaux de Fonds - Suisse

2012 : 12ème conférence internationale sur les EIS - Québec

2012 : 4ème séminaire des rencontres nationales Déplacements Urbanisme et Environnement - Lyon

2011 : 4e colloque international des programmes locaux et régionaux de santé - Ottawa

EXPERIMENTATION DE LA DEMARCHE

2014 – Appui aux réflexions de l'EIS St Sauveur à Lille

2013 – Appui à la réflexion de l'EIS menée en région PACA

GUIDES ET RAPPORTS

2014 - Guide EHESP/DGS Roué Le Gall A, Le Gall J., Potelon J.L. et Cuzin Y., 2014 - « Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils »

2013 – Le Gall J. « La santé dans la ville vers un nouveau référentiel d'urbanisme » - Mémoire de stage Master Maîtrise d'ouvrage urbaine et immobilière Université de Rennes 2

Annexe 16 : Fiche sur l'intégration des problématiques urbanisme favorable à la santé dans le diagnostic des CLS : ce document est en cours d'écriture.

Fiche Contrats locaux de santé et Urbanisme Favorable à la Santé – Eléments de référence

Fiche sur l'intégration des problématiques d'urbanisme favorable à la santé dans les diagnostics des CLS

De l'intérêt d'intégrer de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans les diagnostics des CLS

Introduction sur le CLS : outil transversal, intersectorialité, lien avec le PRS, lien entre un urbanisme favorable à la santé et les CLS

Intégrer des préoccupations d'urbanisme favorable à la santé dès le diagnostic assure la prise en compte des déterminants de santé liés à l'urbanisme dans les axes stratégiques et les actions. Intérêts :

- Prévenir les maladies chroniques et les cancers
- Renforcer la lutte contre les inégalités sociales et environnementales en santé
- Capitalisation sur les diagnostics existants
- Logique d'articulation avec des initiatives locales en urbanisme (renforcement de la transversalité et décloisonnement + valorisation des actions de santé dans les initiatives locales d'urbanisme)

Prévenir les maladies chroniques et les cancers

Aujourd'hui l'étalement et la croissance urbaine sont de plus en plus importants. Près des trois quarts de la population Française vivent en milieu urbain. La promiscuité, l'intensification du trafic et la densification des constructions sont autant de facteurs qui influencent la santé des habitants.

Ces nouvelles problématiques en santé ont vu émerger de nouvelles maladies liées à la qualité de l'air, le manque d'exercice, le stress, le bruit...L'augmentation des maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète et l'asthme, nécessite la mise en place d'actions correctives à la source. En 2013, le cap des 3 millions de Français atteints de diabète est dépassé (données InVS), ce qui représente de fortes dépenses en matière de coût mais aussi de prise en charge dans les services de soins.

- Emergence de nouvelles maladies (cancers,...)
- Augmentation des maladies chroniques

Intégrer l'urbanisme favorable à la santé dans les diagnostics des CLS permettrait de mettre en place des actions dans les CLS dont le but serait de :

- Prévenir des maladies environnementales
- Prévenir des maladies chroniques
- S'adapter aux événements climatiques extrêmes
- Lutter contre les pics polliniques
- Prévenir des maladies vectorielles

L'urbanisme favorable à la santé participe non seulement à la prévention de nombreuses maladies mais aussi à la lutte contre la dégradation de l'environnement en diminuant les pollutions et nuisances.

Renforcer la lutte contre les inégalités sociales et environnementales en santé

Lien entre urbanisme et inégalités

Capitalisation sur les diagnostics et études existants

Les CLS sont des outils qui permettent de faire le lien entre des secteurs qui ne se côtoient pas ordinairement. La phase de diagnostic du territoire d'un CLS est l'occasion de capitaliser sur des diagnostics et études existants. Pour intégrer de l'urbanisme favorable à la santé dans la phase de diagnostic, il conviendrait de prendre en compte les diagnostics territoriaux qui ont été réalisés sur le territoire à l'occasion de la mise en place de documents de planification d'urbanisme comme les PLU et les SCoT. Des études urbaines de quartier sont parfois réalisées dans le cas de projets d'aménagement par des agences d'urbanisme et permettent de recueillir des informations à une échelle locale. Ces études sont des analyses urbaines de l'état actuel d'un quartier et sont axées sur ses caractéristiques d'accessibilité, de morphologie urbaine et sociale et déterminent l'ensemble des problématiques et enjeux urbains auxquels un quartier est soumis.

Diagnostic territorial des documents d'urbanisme sur le territoire (PLU, SCoT...)

Etude urbaines de quartier, diagnostics urbains de quartier réalisés par les agences d'urbanisme

Recouper ces données avec le diagnostic de santé (exemple, accessibilité et offres de soins)

Prendre en compte l'ensemble des informations des diagnostics urbains et les recouper avec les informations obtenues des diagnostics de santé permettrait de mettre en avant le lien entre l'urbanisme et la santé et d'identifier des besoins au sein du territoire. Faire correspondre les informations d'accessibilité et d'offres de soins, permettrait par exemple de déterminer des zones déficitaires en offres de soin et de comprendre les raisons du manque de médecin dans certains quartiers par cartographie des axes de transports, l'identification des transports en commun à proximité...

La prise en compte des documents d'urbanisme au moment du diagnostic permettrait de mettre en relation des besoins en santé sur la ville et des projets d'aménagement. Prenons l'exemple d'une ville dont le taux de maladies liées au surpoids de la population a augmenté dernièrement, si la rénovation de certains quartiers est planifiée, la construction de pistes cyclables pourrait venir s'inscrire dans les actions du CLS et serait incluse dans le projet de rénovation urbaine.

Logique d'articulation avec des initiatives locales en urbanisme et environnement

Prendre en compte l'UFS dans le diagnostic des CLS permettrait de :

- Renforcer la transversalité et le décloisonnement des problématiques de santé
- Valoriser des actions de santé dans les initiatives locales

Renforcer la transversalité et le décloisonnement des problématiques de santé

En prenant en compte l'UFS dans le diagnostic, les CLS pourraient faire le lien entre des projets de santé et des projets d'urbanisme. L'articulation entre ces deux types d'initiatives permettrait d'amorcer un décloisonnement et d'échanger autour de projets communs. Le bénéfice serait multiple :

- Sensibiliser les acteurs de l'urbanisme et les collectivités aux déterminants de santé liés à l'urbanisme
- Contribuer à l'introduction de santé dans des projets d'aménagement
- Mieux prendre en compte les déterminants de santé liés à l'urbanisme dans les CLS

Valorisation des actions de santé dans les initiatives locales

Les CLS sont des outils qui valorisent des actions déjà existantes, ils permettent en outre de donner de la visibilité à ces actions. Faire le lien entre des initiatives en urbanisme et des actions inscrites dans les CLS permettrait de mettre en valeur ces projets, non seulement en introduisant des préoccupations de santé, mais en les formalisant.

Exemple de démarches participatives.

Annexe 17 : Référentiel d'actions relevant de l'urbanisme favorable à la santé

Déterminants	Objectifs visés	Actions possibles	Compétences requises	Exemples de CLS
Comportements de vie sains	Favoriser l'équilibre nutritionnel Favoriser les mobilités actives Favoriser la pratique d'activités physiques	Mettre en place des jardins partagés Mise en place de signalétiques piétonnes Développer une politique urbaine favorable aux modes actifs de transports Mise en place de pistes cyclables Création d'une voie verte Création d'une aire de fitness intergénérationnelle	Gestion du domaine sportif et des loisirs Création, aménagement et entretien de la voirie Aménagement de l'espace communautaire	CLS Caen CLS Caen CLS Rennes
Cohésion sociale et équité	Favoriser la mixité sociale, générationnelle, fonctionnelle	Construire des espaces de rencontres, d'accueil et d'aide aux personnes vulnérables Créer des petits lieux d'animation de quartier : place et placette et petits aménagements	Actions sociales	
Démocratie locale/citoyenneté	Favoriser la participation au processus démocratique	Mise en place de groupement urbain de proximité Développement d'un partenariat avec les professionnels de l'urbanisme et l'ARS autour de la formation et l'information en urbanisme favorable à la santé	Actions sociales	
Accessibilité aux équipements, aux services publics et activités économiques Développement économique et emploi	Favoriser l'accessibilité aux services et équipements Assurer les conditions d'attractivité du territoire	Favoriser l'accessibilité des espaces publics et mobiliers urbains aux personnes fragiles (séniors, handicapés...) Contribution au Plan de Déplacements urbains (pour les communes de plus de 100 000 habitants) Contribution au Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics (PAVE)	Gestion des transports	
Habitat	Lutter contre l'habitat indigne Construire ou réhabiliter des logements	Promouvoir les EIS dans le cas de rénovation urbaine Promouvoir la qualité de l'air intérieur dans les logements des particuliers par le choix des matériaux de construction non polluants Favoriser la sobriété énergétique dans l'habitat privé et améliorer la qualité de vie des ménages du territoire	Politique du logement et du cadre de vie Equilibre social de l'habitat	CLS Eurométropole
Aménagement urbain	Aménager des espaces urbains de qualité	Promouvoir les EIS par l'expérimentation et la diffusion d'expérience Rédiger, pour les opérations de construction des cahiers des charges incluant le choix des matériaux et produits non polluants, préciser des exigences en termes d'isolation thermique et phonique Contribuer au Plan Local d'Urbanisme sur le volet santé et santé-environnement Appréhender et prendre en compte globalement les innovations environnementales et les problématiques de santé dans la conception et l'aménagement des établissements recevant du public Diminuer l'impact du bruit dans les bâtiments Qualité environnementale et sanitaire des bâtiments Aérer le bâti pour permettre d'apporter de la luminosité naturelle dans les ruelles à l'intérieur des logements	Aménagement de l'espace communautaire	CLS Rennes CLS Blois CLS Valence CLS Romans sur Isère
Sécurité-tranquillité	Assurer la sécurité des habitants	Renforcer l'éclairage public dans les lieux déficitaires Mise en place de marches citoyennes pour déterminer les besoins d'un quartier pour renforcer la sécurité et favoriser les déplacements pédestres	Politique de la ville	CLS Blois
Environnement nature	Préserver la biodiversité et le paysage existant	Création d'espaces verts et promotion de la biodiversité Création de parc de stationnement végétalisé Renforcer et améliorer le patrimoine arboré	Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie	
Adaptation aux changements climatiques	Favoriser l'adaptation aux événements climatiques extrêmes Lutter contre la prolifération des maladies vectorielles	Lutter contre le phénomène d'îlot de chaleur en favorisant l'implantation de végétations jouant le rôle de régulateurs thermiques Tenir compte des contraintes thermiques pour l'implantation des bâtiments	Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie	

Déterminants	Objectifs visés	Actions possibles	Compétences requises	Exemples de CLS
Air extérieur	Améliorer la qualité de l'air extérieur	Développer une information préventive sur la qualité de l'air en cohérence avec la promotion des mobilités douces Mise en place de pistes cyclables Végétalisation des bords de route (choix d'espèces non allergènes)	Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie	
Eaux	Améliorer la qualité de la gestion des eaux	Favoriser l'accès de la population à une eau de consommation de qualité notamment en organisant un aménagement de l'espace tendant au regroupement des habitations de manière à privilégier son alimentation par le réseau d'adduction publique en eau potable	Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie	CLS Rennes
Déchets	Inciter à une gestion de qualité des déchets	Mise en place de composteurs dans les jardins partagés Utilisation de matériaux de construction recyclables	Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie	
Sols	Améliorer la qualité et la gestion des sols	Développer les signatures de chartes "zéro phyto" avec les propriétaires fonciers Mettre en œuvre des méthodes alternatives pour entretenir les parcs, jardins et voiries de la ville	Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie	CLS Rennes CLS Blois
Environnement sonore et gestion des champs électromagnétiques	Améliorer la qualité sonore de l'environnement et gérer les risques liés aux champs électromagnétiques	Réduire les nuisances sonores par l'utilisation de matériaux isolants dans les constructions nouvelles Prévenir et limiter les risques sanitaires liés aux bruits provenant des infrastructures de transports terrestres Plan de prévention du bruit sur l'environnement pour la voirie d'intérêt communautaire	Protection et mise en valeur de l'environnement et du cadre de vie	

Annexe 18 : Plaidoyer à l'attention des ARS : ce document est en cours d'écriture.

Plaidoyer pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé dans les contrats locaux de santé

Promotion d'un urbanisme favorable à la santé

Pictogrammes, photos ou autres

L'aménagement urbain a un impact sur la santé des populations de manière multiple. Il influence à la fois la qualité de vie, les facteurs biologiques et le bien être des habitants, mais aussi les inégalités sociales et environnementales en santé.

En tant que collectivités vous élaborerez et faites vivre les CLS et vous disposez de leviers pour agir sur les déterminants de santé liés à l'urbanisme à travers cet outil.

Ce document a pour but de vous aider à mieux comprendre le lien entre urbanisme et santé, et à agir pour promouvoir un urbanisme favorable au bien-être et à la santé des habitants, dans les contrats locaux de santé.



Intérêt de l'urbanisme favorable à la santé

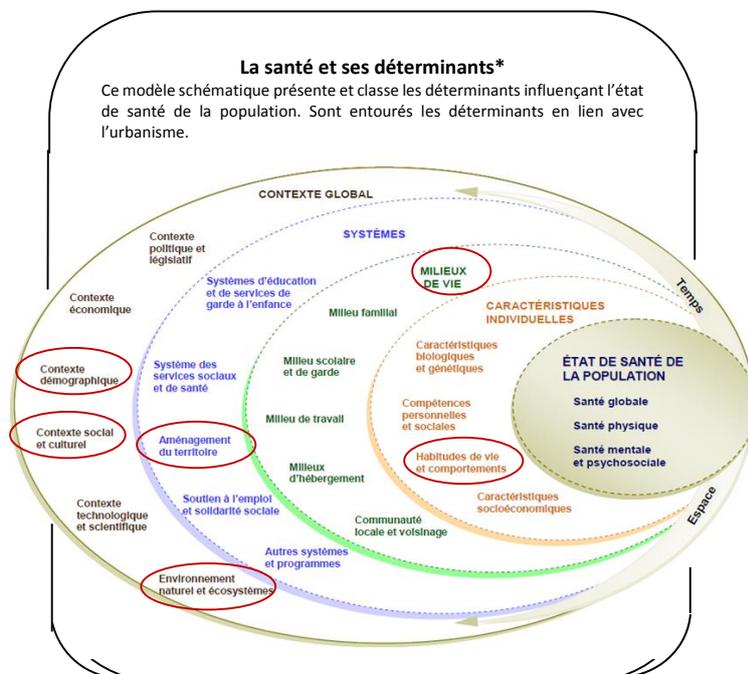
Qu'est-ce que l'urbanisme favorable à la santé?

L'urbanisme favorable à la santé est une notion établie en 1987 lors de la création du réseau ville-santé de l'OMS dont le but est de promouvoir la santé et le bien-être des populations dans les projets d'aménagements et plans d'urbanisme tout en respectant l'environnement et le développement économique.

En effet, les choix d'aménagements vont influencer de nombreux déterminants de la santé et du bien être des habitants.

L'urbanisme favorable à la santé intègre les enjeux de santé et d'environnement au cœur des processus d'aménagement. Favoriser la santé à travers des projets d'urbanisme signifie non seulement agencer l'espace pour permettre l'accès aux soins, mais aussi prendre en compte la qualité de vie et le bien être des habitants en réduisant les inégalités sociales et environnementales de santé.

*source : MSSS. *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, Résultats d'une réflexion comm* 2010.



Pourquoi promouvoir l'UFS ?

Agir pour la régression des maladies chroniques liées à l'environnement.

Aujourd'hui l'étalement et la croissance urbaine sont de plus en plus importants. Près des trois quarts de la population Française vivent en milieu urbain. La promiscuité, l'intensification du trafic et la densification des constructions sont autant de facteurs qui influencent la santé des habitants. Ces nouvelles problématiques en santé ont vu émerger de nouvelles maladies liées à la qualité de l'air, le manque d'exercice, le stress, le bruit...L'augmentation des maladies chroniques telles que l'obésité, le diabète et l'asthme, nécessite la mise en place d'actions correctives à la source.

En 2013, le cap des 3 millions de Français atteints du diabète est dépassé (données InVS), ce qui représente de fortes dépenses en matière de coût mais aussi de prise en charge dans les services de soin. La régression des maladies chroniques est un des défis du nouveau projet de loi en santé qui s'inscrit dans une stratégie de prévention plutôt que de guérison. La prise en compte des déterminants de santé au moment de la conception des projets

d'aménagement participerait à la prévention et à la réduction des maladies liées à l'environnement et réduirait l'impact des événements climatiques extrêmes.

Agir pour l'environnement.

Promouvoir un urbanisme favorable à la santé participe non seulement à la prévention de nombreuses maladies mais aussi à la lutte contre la dégradation de l'environnement en diminuant les pollutions et nuisances.

Agir contre les inégalités de santé.

La notion d'inégalités de santé fait référence aux écarts entre des sous-groupes de personnes pour certains indicateurs de santé.

La ville est un lieu de vie très concentré. Faire de la cohésion sociale un enjeu fort en santé est nécessaire pour établir un cadre de vie agréable et préserver le bien être des habitants. Prendre en compte la santé dans l'urbanisme est donc un moyen de lutter contre les inégalités en santé.

Intérêt des CLS

Qu'est ce qu'un CLS ?

Les Contrats Locaux de Santé sont des outils de contractualisation proposés par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, qui n'ont pas de caractère obligatoire. La loi précise « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (article L. 1434-17 du Code de la santé publique).

Les contrats locaux de santé sont signés par les Agences Régionales en Santé et les élus des collectivités territoriales. Cependant, la participation d'autres signataires dépend du territoire et de leur implication dans les axes stratégiques et

actions. Selon les cas, ils peuvent être signés également par les préfets et/ou conseils régionaux. Outre les signataires, les CLS sont portés par des partenaires qui participent à la réalisation du contrat. Ces partenaires peuvent être de nature diverse (centre hospitalier, éducation nationale, associations, mutualité, assurance maladie...)

Ces partenaires peuvent intervenir en tant que porteurs d'action, ils peuvent participer de manière financière ou être associés à la démarche d'élaboration du CLS en intervenant pendant la phase de diagnostic.

Aujourd'hui environ 250* CLS ont été signés sur tout le territoire français.

*source : indicateur CPOM Etat/ARS 2014

Quel est l'intérêt des CLS dans cette problématique ?

Les contrats locaux de santé sont des outils ayant des atouts intéressants pour promouvoir l'UFS.

Souplesse.

Les CLS sont des outils souples qui s'adaptent au plus près des territoires. Il n'existe pas d'action type et la révision annuelle ainsi que la durée courte du CLS permettent de modifier et d'adapter son contenu tout en restant à une échelle de temps d'un aménagement.

Cette souplesse permet d'intégrer des actions très diverses et l'urbanisme favorable à la santé peut avoir de multiples entrées dans les CLS.

Transversalité.

Les CLS ont pour vocation de réunir des acteurs des domaines à la fois de l'éducation, de l'accès aux soins, de la

culture, de l'aménagement du territoire, de l'environnement de vie, du logement, de l'urbanisme et des transports. Ce sont des outils intéressants pour favoriser les échanges transdisciplinaires, le partage d'informations et apporter une vision transversale de la santé.

Mobilisation des acteurs.

Les CLS sont des outils appréciés dans les collectivités car ils permettent de donner de la visibilité et de la légitimité aux actions mises en place. Ces deux qualités favorisent la mobilisation des partenaires qui peuvent ainsi valoriser publiquement leur travail et engagement.

Les CLS permettent de coordonner des actions déjà existantes et de faire un lien entre des plans et programmes régionaux.

Agir pour promouvoir un urbanisme favorable à la santé à l'aide des CLS

➤ Favoriser la signature des CLS avec un groupement de communes

Pourquoi ?

Les signataires des CLS et les territoires choisis sont déterminants dans le choix des actions qui y sont inscrites. Contractualiser avec un EPCI favorise l'intégration d'actions de promotion d'un urbanisme favorable à la santé. En effet, depuis la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (loi MAPTAM), les compétences des EPCI ont été renforcées. Les compétences d'urbanisme et d'aménagement de l'espace communautaire ont été déléguées aux EPCI. La loi ALUR du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme renoué a quant à elle transféré la compétence en matière de

SCoT, de PLU (i), de document d'urbanisme en tenant lieu et de carte communale aux EPCI

Il faut également garder à l'esprit que la loi NOTRe, portant nouvelle organisation territoriale de la République, signée le 7 août dernier, prévoit le renforcement des intercommunalités et affiche une volonté de créer un niveau d'intervention locale intercommunal. On notera aussi que les compétences du département seront transférées à la métropole automatiquement. Ces modifications seront à prendre en considération lors de la mise en place des CLS.

Recommandation

Favoriser les signatures des CLS par des EPCI, ce qui laisserait une liberté de choix plus grande dans les actions à inscrire.

➤ Favoriser une culture commune

Pourquoi ?

Les acteurs de l'urbanisme (architectes, bureaux d'études, urbaniste, services de la ville,...) ne sont pas toujours sensibilisés aux déterminants de santé liés à leurs activités. Face à ce constat, il conviendrait de favoriser l'acculturation des porteurs de projets d'aménagement pour que le niveau de connaissances s'harmonise et que les échanges entre ARS et aménageurs soient facilités. La sensibilisation des acteurs de l'aménagement permettrait de :

- Prendre conscience de l'importance du lien entre urbanisme et santé et de sa transversalité
- Favoriser le lien entre les services et amorcer un décroisement nécessaire à la prise en compte d'un urbanisme favorable à la santé

Recommandation

Favoriser la diffusion du guide « agir pour un urbanisme favorable à la santé auprès des acteurs de l'urbanisme (Bureaux d'Etudes, architecte, professionnels du BTP...)

➤ Solliciter l'avis environnemental en amont des projets d'aménagements

Pourquoi ?

L'évaluation environnementale des documents d'urbanisme a été initiée par la loi de protection de la nature datant du 10 juillet 1976. L'objectif de cette évaluation est d'accompagner l'élaboration de ces documents en introduisant des notions de développement durable et d'environnement dans le but d'améliorer la prise en compte des enjeux environnementaux et des enjeux de santé dans les choix d'aménagement.

L'évaluation environnementale est un outil avant tout de communication et de sensibilisation. Il fournit des recommandations que les maîtres d'ouvrage ou instances de pilotage décideront ou non de suivre. Cependant, généralement l'évaluation environnementale intervient de manière tardive dans la mise en place des documents d'urbanisme, juste avant l'enquête publique quand les documents sont quasi finalisés. Il est important que cet outil soit mis en place le plus en amont possible des documents d'urbanisme, dès la phase de cadrage.

Recommandation

Solliciter l'ARS pour leur avis sanitaire dès la première étape de conception d'un document de planification urbaine et tout au long du processus d'élaboration

➤ Favoriser l'intégration de l'urbanisme favorable à la santé dans les diagnostics des CLS

Pourquoi ?

C'est au cours de cette phase de diagnostic que les besoins et opportunités d'actions sur le territoire vont être identifiés. Il s'agit d'une étape déterminante, qui conditionnera les axes stratégiques inscrits par la suite dans le CLS. Il est donc important de pouvoir réfléchir dès cette étape sur l'importance et la prise en compte de la promotion d'un urbanisme favorable à la santé dans le CLS.

Le kit méthodologique préconise de capitaliser et valoriser les éléments dont vous disposez puis de recueillir des informations complémentaires sur les territoires de proximité concernés. Ce qui laisse une opportunité d'orienter le diagnostic vers des informations de santé liées à l'aménagement, ce qui est peu le cas actuellement.

Recommandation

Transmettre les diagnostics territoriaux réalisés à l'occasion de l'élaboration de documents de planification urbaine (SCoT, PLU, PDU...) lors de la phase de diagnostic des CLS
Favoriser l'intégration d'axes ou d'objectifs relatifs à l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS.

➤ Favoriser les processus de concertation avec la population locale

Pourquoi ?

Le processus de concertation avec la population locale est bénéfique à plusieurs points de vue. Impliquer la population dans les choix d'aménagement permet dans un premier temps de sensibiliser la population à la santé et de l'alerter sur la difficulté à concevoir des aménagements. Ces démarches de concertation permettent de rendre les

habitants acteurs de leur environnement et donc de s'approprier les aménagements. Recueillir l'avis de la population locale assure par la suite une utilisation régulière de ces aménagements, qui correspondront au mieux aux attentes et aux besoins des habitants.

Recommandation

Favoriser les échanges au sein d'une région et entre les régions par le biais de réunions dédiées aux CLS avec un temps d'échange sur l'UFS.

Annexe 19 : Engagement de la Charte Eco-quartier

Les 20 engagements de la Charte des EcoQuartiers

1	Réaliser les projets répondant aux besoins de tous en s'appuyant sur les ressources et contraintes du territoire	6	Travailler en priorité sur la ville existante et proposer une densité adaptée pour lutter contre l'étalement urbain	11	Contribuer à un développement économique local, équilibré et solidaire	16	Produire un urbanisme permettant d'anticiper et de s'adapter aux changements climatiques et aux risques
2	Formaliser et mettre en œuvre un processus de pilotage et une gouvernance élargie	7	Mettre en œuvre les conditions de la mixité (sociale et intergénérationnelle), du bien-vivre ensemble et de la solidarité	12	Favoriser la diversité des fonctions dans l'optique d'un territoire des courtes distances	17	Viser la sobriété énergétique et la diversification des sources au profit des énergies renouvelables et de récupération
3	Intégrer l'approche en coût global lors des choix d'investissement	8	Assurer un cadre de vie sain et sûr	13	Optimiser la consommation des ressources et développer les filières locales et les circuits courts	18	Limiter la production des déchets, développer et consolider des filières de valorisation et de recyclage
4	Prendre en compte les pratiques des usagers et les contraintes des gestionnaires dans les choix de conception	9	Mettre en œuvre une qualité architecturale et urbaine qui concilie intensité et qualité de vie	14	Privilégier les mobilités douces et le transport collectif pour réduire la dépendance à l'automobile	19	Préserver la ressource en eau et en assurer une gestion qualitative et économe
5	Mettre en œuvre des démarches d'évaluation et d'amélioration continues	10	Valoriser le patrimoine local (naturel et bâti), l'histoire et l'identité du quartier	15	Favoriser la transition numérique en facilitant le déploiement des réseaux et des services innovants	20	Préserver et valoriser la biodiversité, les sols et les milieux naturels

Abstract

Promoting healthy urban planning: How make a better use of local public health agreements in order to improve the consideration of the factors of health linked to the environment at a territorial level.

This document is the outcome of the DGS to promote health and well-being at the earliest possible stage in urban project process and to set priorities for its action. The DGS wants to study a tool in the hands of the ARS, public health agreements in order to continue to promote healthy urban planning specifically to local communities.

A data base on integration of healthy urban planning in public health agreements has been elaborated to deal with this issue. Following this several interviews were conducted with actors from the healthy urban planning fields in order to determine interest and the keys to improve public health agreements. In parallel, the other possible levers were explored by the content and the study of documents which may promote healthy urban planning.

This present document clearly brought out beginning awareness of health urban planning of ARS and local communities. This has resulted in 14 % of healthy urban planning actions in public health agreements. On the other hand, this document mentioned the importance of the diagnostic stage of public health agreement to determine the actions which are described in it. Some other approaches exist: health impact assessment and Eco-Neighborhood labeling, which allow to address health determinants in urban design stage.

To improve the awareness of healthy urban planning in public health agreements, this document recommends, amongst other things, the creation of a referential of healthy urban planning concrete actions which will be a collection of examples in order to improve healthy urban planning actions panel and to promote health impact assessment. Thus, healthy urban planning awareness of urban planning in health actors will have to continue.

Levenard	Jeanne	Novembre 2015
Mastère IMR-SET		
Promotion 2015		
Promotion d'un urbanisme favorable à la santé : comment mieux utiliser les Contrats Locaux de Santé pour une meilleure prise en compte des déterminants de santé liés à l'environnement au niveau des territoires.		
<p>Résumé :</p> <p>Ce travail est le résultat de la volonté de la DGS de promouvoir la santé et le bien-être le plus en amont possible des projets d'aménagements et d'établir les priorités d'actions pour y parvenir. La DGS a souhaité étudier un outil aux mains des ARS, le CLS, pour continuer à promouvoir l'urbanisme favorable à la santé notamment auprès des collectivités.</p> <p>Pour répondre à cette problématique, une base de données relative à l'intégration de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS a été créée. Ensuite, des entretiens ont été menés auprès des acteurs de l'urbanisme favorable à la santé pour déterminer l'intérêt et les clés d'amélioration des CLS. En parallèle, la possibilité d'existence d'autres leviers a été explorée par le recensement et l'étude d'autres documents pouvant porter des préoccupations de santé dans les choix d'urbanisme.</p> <p>Ce mémoire a mis en évidence une sensibilisation à l'urbanisme favorable à la santé débutante au sein des ARS comme des collectivités. Ce qui se traduit par une prise en compte de l'urbanisme favorable à la santé de 14% dans les CLS. D'autre part, ce mémoire a pointé l'importance de la phase de diagnostic des CLS qui détermine les actions qui y sont inscrites. Parmi les autres démarches existantes les évaluations d'impact en santé et la labellisation éco quartier permettent la prise en compte des déterminants de santé dès les phases de conception.</p> <p>Pour améliorer la prise en compte de l'urbanisme favorable à la santé dans les CLS, ce mémoire préconise, entre autre, la création d'un référentiel d'actions relevant d'un urbanisme favorable à la santé qui servira de recueil d'exemples pour enrichir le panel d'actions des CLS, tout en proposant l'inscription d'action de promotion des EIS. Cependant, la sensibilisation à l'urbanisme favorable à la santé des acteurs de la santé et de l'urbanisme devra être poursuivie.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Contrat locaux de santé, urbanisme, santé, aménagements</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		