



HAL
open science

Les inégalités de santé comme moteur de redéfinitions des politiques publiques dans le domaine de l'urbanisme

Capucine Frouin

► **To cite this version:**

Capucine Frouin. Les inégalités de santé comme moteur de redéfinitions des politiques publiques dans le domaine de l'urbanisme. Géographie. Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne - Paris 12, 2023. Français. NNT : 2023PA120036 . tel-04335567

HAL Id: tel-04335567

<https://hal.science/tel-04335567v1>

Submitted on 23 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université Paris-Est Créteil
École doctorale Ville, Transports et Territoires
Lab'Urba

Les inégalités de santé comme moteur de redéfinition des politiques publiques dans le domaine de l'urbanisme

Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en Urbanisme & aménagement de l'espace
présentée en public le 5 octobre 2023

Par **Capucine Frouin**

Sous la direction de **Corinne Larrue** et **Hélène Charreire**

Membres du jury :

Myriam Baron, Professeure, Université Paris-Est-Créteil — *examinatrice*

Hélène Charreire, Maîtresse de conférence, Université Paris-Est Créteil — *directrice de thèse*

Laurent Devisme, Professeur, École Nationale Supérieure d'Architecture de Nantes — *examineur*

Yankel Fijalkow, Professeur, École Nationale Supérieure d'Architecture Paris-Val de Seine — *rapporteur*

Sébastien Fleuret, Directeur de recherches, Université d'Angers — *rapporteur*

Corinne Larrue, Professeure, Université Paris-Est Créteil — *directrice de thèse*

Remerciements

Mes remerciements vont à Corinne Larrue et H  l  ne Charreire, pour leur patience, leurs conseils avisés et leur ouverture d'esprit pendant les hauts et les bas de ces cinq longues années.

Merci aux membres du jury qui ont bien voulu examiner et évaluer cette thèse, que sa lecture puisse vous être stimulante.

Mes remerciements aussi à toutes celles et ceux qui ont bien voulu me répondre, m'aider, m'accompagner à Niort, Paris et Choisy-le-Roi, en particulier à l'ARS-IDF et encore plus particulièrement à Nicolas Notin, qui a contribué à faire germer ce projet de thèse et l'a accompagné quelque temps ; et aux consultant  s de Novascopia et d'énergies Demain qui ont pris le temps de m'aider.

Merci à toute l'équipe du Lab'Urba, ses directions successives, et son personnel administratif, pour le soutien matériel et intellectuel, et les moments conviviaux, tout particulièrement Passerelle et le club de lecture de science-fiction sur ce dernier point.

En vrac, merci aux copain  s de Paris, de Caen, d'ailleurs, qu'iels aient écrit, écrivent, aimeraient écrire, n'écrirons jamais de thèse (grand bien leur en fasse), avec qui j'ai partagé un bureau, un verre au bar, une table au RU, des conversations pointues, des blagues, des chagrins et des frustrations, ou parfois tout à la fois, mais rarement en même temps : Margot, Swann, Lou, Justine, Victor, Joanne, Margot, Marie, Quentin, Lise, Romain, Paula, Séverin, Victor, Julie, Gaïa, Julien, et toutes les autres.

Mention spéciale pour Mikaël, Camille, Richard, Louis, Jeanne, Vincent, Sophie, Anthony et Loïc, une bien fine équipe. Sans vous c'  t été bien pire.

Je remercie mes frères et sœurs et leurs amoureux  ses, qui ont subi la même chose ou ont su voir que c'était un mauvais plan pour leur soutien, leur solidarité et leur existence en général, et mes parents, qui nous ont laissés faire ce qu'on voulait et nous ont couvert  s d'amour.

Merci enfin à Félix, qui m'a soutenue du presque début jusqu'à la fin. Je t'aime, c'est bientôt ton tour.

Sommaire

Note de lecture.....	9
Avant-propos.....	13
Introduction.....	17
Partie 1 : Construction d'un instrument pour réduire les inégalités sociales de santé par l'aménagement en ville.....	27
Chapitre 1. Aménagement, santé et inégalités sociales : les données du problème.....	33
1 Ville, santé et pauvreté.....	35
2 Conceptualiser les inégalités sociales de santé.....	49
3 Vers une approche par l'aménagement.....	69
Chapitre 2. L'EIS, une démarche pour réduire les inégalités sociales de santé ?.....	79
1. Une démarche au croisement de trois filiations idéologiques.....	80
2. Une démarche formalisée inscrite dans une tradition d'instruments de politique publique.....	86
3. Une démarche portée par des universitaires et des instances internationales.....	90
Chapitre 3. Les EIS comme 'solutions' aux inégalités sociales de santé ? Déploiement d'une démarche de santé publique.....	99
1 Au niveau national, une fenêtre entrouverte : l'apparition de l'EIS dans les politiques nationales.....	102
2 Des fenêtres d'opportunité régionales ? La mise en application d'une politique régionale : des déploiements divers par régions.....	112
3 L'inscription des EIS à l'agenda politique local.....	133
Chapitre 4. L'EIS au travers de ses rapports.....	143
1. Méthodologie.....	144

2. Portrait des EIS menées en France.....	149
3. Estimer la prise en compte des inégalités sociales de santé à partir des rapports des EIS.....	161
<i>Conclusion de la première partie.....</i>	<i>183</i>
Partie 2 : De la théorie à la pratique : quelles mécaniques de la pratique de l'EIS permettent-elles ou non de réduire les ISS ?.....	187
Chapitre 5. Un champ en cours de structuration : dynamique d'acteurs et actrices autour de l'EIS.....	203
1. Les régulateur·ices de l'EIS : assurer la qualité de la démarche.....	206
2. Les praticien·nes de l'EIS.....	217
3. Les collectivités : commanditaire et partie prenante, l'EIS de bout en bout.....	230
4. Les invité·es aux instances de gouvernance de l'EIS, reflets de la perception de la santé et de la démarche EIS ?.....	256
5. Les habitant·es dans l'EIS : une participation symbolique plutôt qu'effective.....	261
Chapitre 6. Le processus de l'EIS : opportunités pour la réduction des inégalités étape par étape.....	277
1. La sélection : une affaire d'opportunités.....	279
1bis. Une étape intermédiaire : Formuler la commande.....	290
2. Le cadrage de l'EIS.....	294
3. L'analyse des impacts, appuyée sur la participation des personnes concernées.....	322
4. Les recommandations dans nos études de cas : une intégration des publics-cibles à géométrie variable.....	353
5. L'EIS quand les expert·es sont parti·es : le suivi de l'EIS.....	381
<i>Conclusion de la deuxième partie.....</i>	<i>405</i>
<i>Conclusion générale.....</i>	<i>409</i>
Bibliographie.....	415
Annexes.....	447

Note de lecture

En français, « les habitants du quartier » peut désigner soit uniquement des personnes de genre masculin, soit des habitants et des habitantes : c'est le masculin générique. Ce dernier ne fait pourtant pas du masculin un neutre : de nombreuses études montrent que l'utilisation du masculin biaise les représentations en défaveur des femmes¹. De même, l'information n'est qu'une partie de l'acte de langage : derrière le masculin générique se trouvent aussi des enjeux symboliques, qui invisibilisent les femmes. C'est aussi une question d'exactitude : le masculin générique est imprécis².

Or, dans notre enquête, la majorité des personnes interrogées sont des femmes (22 sur 36). Dans les quartiers de nos projets, les femmes représentent la moitié des habitant·es. Les personnes qui mènent des EIS en France sont majoritairement des femmes aussi. Il nous semblait injuste, autant symboliquement et politiquement que scientifiquement, de les effacer.

Ce manuscrit est donc écrit en langage inclusif. Comme il n'existe pas encore de convention officielle, nous avons choisi d'utiliser le point médian, qui n'a pas d'autres usages en français. Nous avons aussi choisi, à la suite d'Éliane Viennot, linguiste spécialiste de la question³, de privilégier à la forme « habitant·e·s » la forme « habitant·es ».

1 Par exemple : Pascal Gygas et Noelia Gesto, « Féminisation et lourdeur de texte », *L'Année psychologique*, 2007, vol. 107, n° 2, p. 239-255.; Pascal Gygas et al., « Generically intended, but specifically interpreted: When beauticians, musicians and mechanics are all men », *Language and Cognitive Processes*, 1 avril 2008, vol. 23.; Alan Garnham et al., « Gender Representation in Different Languages and Grammatical Marking on Pronouns: When Beauticians, Musicians, and Mechanics Remain Men », *Discourse Processes*, 3 août 2012.; Benjamin D. Wasserman et Allyson J. Weseley, « ¿Qué? Quoi? Do Languages with Grammatical Gender Promote Sexist Attitudes? », *Sex Roles*, 1 novembre 2009, vol. 61, n° 9, p. 634-643.

2 Pour plus d'informations sur l'utilisation d'un langage non sexiste dans l'écriture scientifique, lire par exemple Mathieu Arbogast et Stéphanie Préfacier Condon, *La rédaction non-sexiste et inclusive dans la recherche: enjeux et modalités pratiques*, Paris, France, Institut national d'études démographiques, 2017, 39 p. ou Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, *Pour une communication publique sans stéréotype de sexe: guide pratique*, France, Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2015.

3 Éliane Viennot, « De la parenthèse au point médian. Des nouveaux habits de l'écriture inclusive et de la malhonnêteté de ses opposant·es », *Travail, genre et sociétés*, 2022, vol. 47, n° 1, p. 165-168.

Ainsi, les habitants deviennent les habitant·es. Les acteurs et les actrices deviennent les acteur·ices. Nous utilisons aussi parfois des doublets : les habitants et les habitantes, ou les habitantes et les habitants. Enfin, nous utilisons des contractions pour les pronoms et les déterminants, en l'absence de formes neutres. Ils et elles deviennent « iels ». Celles et ceux deviennent « celleux ».

La chercheuse utilise le nous majestatif, en accordant les participes passés au féminin singulier.

Avant-propos

L'idée de cette thèse naît pendant un stage à l'ARS Île-de-France à la fin de mon master 2 de recherches Aménagement Urbain, au sein de la Direction de la Promotion de la Santé Publique et de la Réduction des Inégalités, aux côtés de Nicolas Notin, chef de projet Grand Paris et Santé Urbaine. J'y écris un mémoire de recherche sur l'accès à l'alimentation dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, en mobilisant des ressources que l'ARS peut mettre à ma disposition.

Notre idée initiale était de mener cette thèse en CIFRE⁴, au sein de l'ARS. Les choses se sont finalement passées autrement, mais nous avons tout de même construit le sujet ensemble. Les questionnements autour des inégalités sociales de santé sont nés des discussions avec Nicolas, qui a fait des inégalités sociales de santé son cheval de bataille à la suite de Luc Ginot, son directeur. Nous sommes en 2018, à l'aube de la deuxième édition de l'AMISEAD (Appel à Manifestation d'Intérêt Santé Et Aménagement Durable), l'ARS promeut l'urbanisme favorable à la santé (UFS) comme moyen de réduire les inégalités sociales de santé, et aimerait se faire une idée d'une démarche qui s'y rattache, mais qui est encore en construction : l'EIS. Comprendre si cette démarche peut permettre la réduction des inégalités sociales de santé et sous quelles conditions est donc un des objectifs de l'ARS. Cette généalogie explique pourquoi Nicolas est resté impliqué dans le suivi de ma thèse jusqu'à son départ de l'ARS fin 2020.

Ma thèse s'est engagée sous la double direction de Corinne Larrue, spécialiste de l'aménagement et des politiques publiques, et d'Hélène Charreire, spécialiste de la géographie de la santé. Cette triple houlette avec Nicolas, a été très enrichissante pour mon analyse, en me donnant accès à deux champs scientifiques différents en même temps qu'en ancrant ma recherche dans des intérêts concrets, même s'il fut parfois difficile de les concilier, d'autant que j'y venais aussi avec mes intérêts personnels (et militant) pour la sociologie, notamment.

4 Convention Industrielle de Formation pour la Recherche.

Prétendre que mon sujet m'a passionnée du début à la fin serait mentir. Il y a eu des découragements, face à l'impression que l'EIS ne sert à rien, au sentiment que sa mise en place est loin d'être à la hauteur des ambitions qu'elle porte. La démarche me semblait tellement dévoyée que c'en était frustrant, d'autant plus qu'à ce moment-là, nous étions confiné·es : après des mois de mouvement social arrêté seulement par une pandémie mondiale, difficile d'envisager l'utilité sociale de mon travail.

J'en suis revenue : malgré son étroitesse, la focale de l'EIS permet d'éclairer des sujets plus larges : les inégalités sociales de santé en ville. Ce n'est qu'une petite pierre à l'édifice pour réduire les inégalités, mais c'est une pierre tout de même. L'EIS permet aussi de révéler ce qui pourrait sembler évident : pour réduire les inégalités sociales de santé, il faut les étudier finement, prendre le temps d'aller dans le détail, faire du cas par cas en fonction des situations (ce qui n'est pas toujours le cas dans la mise en application des EIS). En somme, faire dans la dentelle. Donner des budgets ne suffit pas. Sans cette finesse, on peut faire des projets favorables à la santé, mais pas favorables à la réduction des inégalités sociales de santé.

L'EIS enfin permet de saisir la nécessité de changer la façon de penser l'aménagement, en y intégrant les savoirs d'autres disciplines. La double direction de ma thèse s'inscrit d'ailleurs dans cette nécessité. À l'heure où la majeure partie de la population mondiale habite en ville et où le changement climatique devient chaque année plus palpable et rend les villes plus étouffantes, changer la fabrique de la ville pour y intégrer les problématiques de santé devient vital. Cette transition vers un nouveau paradigme de la fabrique de la ville est d'autant plus essentielle pour éviter (ou *a minima* limiter) l'augmentation des inégalités sociales (de santé) que ces changements globaux ne manquent pas d'entraîner. L'utilité de notre travail de thèse s'inscrit dans cette logique.

Introduction

Il est aujourd'hui largement admis que les déterminants de la santé sont multifactoriels : le cadre de vie influence la santé indépendamment des caractéristiques individuelles et affectent différemment les populations. La pandémie du COVID-19 en a été un exemple flagrant : elle accentue les inégalités en même temps qu'elle les met en lumière, et pousse à se ré-interroger sur l'influence de l'environnement urbain sur la santé.

En mars 2020, le confinement pour contenir la pandémie de COVID-19 exacerbe les inégalités sociales de santé. La multiplicité des déterminants qui l'affectent et la différenciation sociale de l'impact de ces derniers apparaissent de façon flagrante. Ainsi, particulièrement pendant les premiers mois de la pandémie, les articles de presse et les tribunes d'intellectuel·les et de scientifiques se multiplient pour attirer l'attention du grand public sur ce problème majeur et l'injustice qu'il représente, mettant, temporairement, la question sur le devant de la scène. En termes de travail : quand une partie de la population peut continuer son activité à distance à l'abri de son logement, les « premier·es de corvées »⁵ continuent d'aller travailler dans les hôpitaux, les supermarchés, ramassent les poubelles⁶ ou livrent les repas des premier·es⁷, les surexposant au virus. D'emploi : le chômage augmente de 7 % en mars 2020 et de 23 % en avril⁸, et touche particulièrement les jeunes. De genre : même quand les deux membres d'un couple hétérosexuel restent à la maison, ce sont les femmes qui s'occupent majoritairement des enfants et des tâches ménagères⁹, alors que les violences conjugales augmentent considérablement dès les premières semaines du

5 Alexandre Lemarié et Audrey Tonnelier, « Une partie de la majorité veut répondre aux « premiers de corvée » », *Le Monde.fr*, 12 mai 2020p.

6 Franz Durupt, « Ça se confirme, les « premiers de corvée » sont sous-payés et surexploités », *Libération*, 12 mars 2021p..

7 Pauline Pennanec'h, « Coronavirus : même pendant le confinement, les livreurs à domicile continuent à pédaler », *France Info*, 17 mars 2020p. [en ligne]p.

8 Maxime Vaudano, « Le confinement a-t-il vraiment mis 1,1 million de Français au chômage ? », *Le Monde.fr*, 29 mai 2020p.

9 Isabelle Delhomme, Xavier Pétillon et Yohann Rivillon, *Premier confinement et égalité femmes-hommes : une articulation des temps de vie plus difficile pour les femmes*, Pays-de-la-Loire, INSEE, 2022.

confinement¹⁰. De classe : dans les quartiers populaires, la police distribue les amendes avec plus ou moins de violence¹¹. Le logement : quand certain·es se réfugient dans leur spacieuse résidence secondaire avec jardin¹², d'autres restent dans des appartements où il est impossible de tenir les consignes sanitaires, ou de suivre dans de bonnes conditions ses cours en ligne, ou dans les 9m² de leur chambre d'étudiant·e¹³, sans parler des détenu·es dans les prisons¹⁴. Nous ne serons pas exhaustive : la liste est trop longue.

La pauvreté est clairement reliée à une surmortalité liée à la pandémie¹⁵, et les habitant·es des quartiers populaires sont les plus touché·es¹⁶. Parmi les facteurs pointés du doigt dans ces inégalités, l'organisation des villes. La densité urbaine, les difficultés pour accéder à des espaces verts, les difficultés d'accès aux services, la qualité des logements... L'échelle de la proximité est aussi remise en question, quand il est interdit de s'éloigner de chez soi de plus d'un kilomètre. Il apparaît donc qu'agir sur la santé implique une action intersectorielle, qui nécessite de s'interroger sur le cadre de vie des populations notamment dans les espaces urbains.

Si la pandémie en est un exemple particulièrement frappant, les inégalités sociales d'exposition aux nuisances environnementales, dans l'accès aux aménités et face à la maladie sont encore très importantes¹⁷ et se traduisent, par exemple en France, par une différence d'espérance de vie à 35 ans d'un peu plus de 6 ans entre les hommes ouvriers et les cadres

10 Le Monde avec AFP, « Hausse des violences conjugales pendant le confinement », *Le Monde*, 30 mars 2020p.

11 Auteur Associé, « Dans les cités, le sentiment d'injustice s'intensifie avec le confinement », *La gazette des Communes, club Santé Social*, 11 mai 2020p. [en ligne]p. ; Collectif, « Coronavirus : « Le confinement a considérablement aggravé la situation dans les quartiers défavorisés » », *Le Monde.fr*, 18 avr. 2020p.

12 Sylvie Luneau, « Coronavirus : les îles confrontées à l'afflux de Parisiens venus se « confiner » », *Le courrier des maires*, 21 mars 2020p.

13 Mona Guichard, « Etudiants confinés en résidence Crous : « je me bats sur tous les fronts » », *Bondy Blog*, 9 déc. 2020p. [en ligne]p.

14 Carole Lefrançois, « Le Covid-19 lui rend sa liberté : une ex-détenue raconte le confinement en prison », *Télérama*, 29 avr. 2020p. [en ligne]p.

15 Mona Guichard, « Etudiants confinés en résidence Crous : « je me bats sur tous les fronts » », *Bondy Blog*, 9 déc. 2020p. [en ligne]p.

16 Carole Lefrançois, « Le Covid-19 lui rend sa liberté : une ex-détenue raconte le confinement en prison », *Télérama*, 29 avr. 2020p. [en ligne]p.

17 Jérôme Ballet, Jean-Luc Dubois et François-Régis Mahieu, « La soutenabilité sociale du développement durable : de l'omission à l'émergence, *Socially Sustainable Development : from Omission to Emergence* », *Mondes en développement*, 2011, n° 156, p. 89-110.

supérieurs en 2013¹⁸. Ces inégalités sociales de santé s’observent aussi entre territoires et à toutes les échelles : entre les régions, les départements, les communes et, à des échelles très locales, entre des quartiers ou même au sein de ceux-ci. Cette persistance des inégalités sociales de santé et la prise de conscience qu’agir en santé nécessite de prendre en compte les déterminants du cadre de vie, amène à interroger comment les choix de planification et d’aménagement du territoire affectent la santé, la qualité de vie, et le bien-être des populations et comment ces choix peuvent limiter les inégalités de santé.

C’est le point de départ de l’urbanisme favorable à la santé (UFS). L’UFS s’appuie notamment sur les grands principes de la justice sociale et démocratique que sont l’équité, la durabilité, la coopération intersectorielle et la participation de la population aux démarches de prise de décisions¹⁹. La réduction des inégalités de santé est centrale dans les réflexions qui l’entourent : un projet d’aménagement peut contribuer à les réduire ou les augmenter, mais faute d’outils pour les appréhender, elles sont souvent peu prises en compte dans les projets²⁰, et l’UFS entend y remédier. Les démarches liant urbanisme et santé tentent de rendre compte de ces inégalités sociales et environnementales avec la notion d’impact différencié, défini comme la variation des effets d’une action sur les différentes populations impactées.

Une de ces démarches les plus prometteuses en termes de politiques publiques est l’EIS (Évaluation d’Impact sur la Santé). Son objectif est d’identifier les conséquences potentielles des politiques ou projets sur la santé des habitants avant leur mise en œuvre, pour limiter les impacts négatifs et renforcer les impacts positifs²¹. La démarche a une vingtaine d’années, mais les premières expérimentations en France n’arrivent qu’au début des années 2010, et les EIS ne se multiplient vraiment qu’à partir de 2018 : la démarche est donc naissante en France. Le souci d’une plus grande équité sociale est central dans les principes de l’EIS, et la

18 Nathalie Fourcade et al., *L’État de santé de la population en France*, Paris, Drees, 2017.

19 Hugh Barton et Catherine Tsourou, *Urbanisme et santé : Un guide de l’OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, Rennes, Organisation Mondiale de la Santé, S2D/Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable*, 2004.

20 Anne Roué - Le Gall et al., *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils*, Rennes, Guide EHESP/DGS, 2014, p. 22.

21 Jean Simos et Nicolas Prisse, « Health Impact Assessment in France » dans John Kemm (ed.), *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*, Oxford, Oxford University Press, 2013, p. 185-191.

participation citoyenne dans leur élaboration est recommandée²². Les EIS sont applicables à n'importe quelle politique publique, mais le cadre des projets d'urbanisme y semble particulièrement approprié : les temporalités longues des projets laissent le temps d'une réflexion suffisante, des temps sont dédiés pour amender le projet, les usagers doivent être consultés.

Si l'idée de réduction des inégalités de santé est au cœur de la démarche de promotion de la santé urbaine, sa prise en compte effective lors d'expérimentations en France depuis quelques années semble rencontrer des freins et difficultés : faute d'outils pour appréhender les ISS (Inégalités Sociales de Santé), elles restent souvent peu prises en compte²³. On peut légitimement s'interroger sur la capacité de ces démarches d'intégration de la santé à prendre en compte les impacts différenciés sur la santé des populations des territoires où elles s'appliquent.

L'EIS en tant que démarche potentiellement porteuse d'équité pour les populations des villes n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation poussée. Il s'agit d'un objet encore en structuration, aussi bien en tant qu'instrument de politique publique, puisqu'il n'apparaît que depuis peu dans les différents documents d'orientation stratégique au niveau national, que dans le champ scientifique, où il a surtout été saisi par le monde de la santé publique. Cette thèse s'inscrit donc dans un nouveau champ de recherche, qui étudie, au travers de l'urbanisme favorable à la santé, les moyens de construire une ville plus saine pour l'ensemble de sa population. Notre projet de recherche s'insère dans ce manque à combler.

L'approche par la santé de l'aménagement des villes permet de souligner le risque de renforcement des inégalités entre les populations, dans la mesure où l'exposition à des facteurs de risques est repérable sur le territoire. L'EIS permet de prendre en compte non seulement ces risques d'inégalités relativement évidentes, mais aussi les impacts plus insidieux sur les populations les plus vulnérables. C'est ce qui fait son intérêt en tant qu'objet d'étude en cours de conceptualisation, et l'originalité de ce travail de recherche.

Le programme de recherche est articulé autour de deux objectifs majeurs :

22 Françoise Jabot et Anne Roué Le Gall, « Quelle plus-value de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé pour les politiques urbaines ? », *Lien social et Politiques*, 2017, n° 78, p. 112-131.

23 A. Roué - Le Gall et al., *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils*, op. cit.

- L'analyse de la mise à l'agenda de la réduction des inégalités sociales de santé par le biais des EIS permet de les contextualiser. La mise en perspective des principes fondateurs de la démarche et leur mise en application par les acteurs qui portent ces politiques et qui les mettent en application, des premières expérimentations jusqu'à nos jours permet aussi de situer les outils qu'elles proposent dans les multiples prismes pris pour construire la ville durable, notamment vis-à-vis de la lutte contre les inégalités sociales.
- Une évaluation de la politique publique au prisme du renforcement des inégalités est ensuite envisagée, par l'analyse de la prise en compte des impacts différenciés, et par l'identification des mécanismes de freins et de blocages à cette prise en compte. L'idée sous-jacente est de produire des connaissances qui permettront d'apporter un appui à la redéfinition et à l'affinement des politiques visant la mise en place d'un urbanisme durable.

Ces deux objectifs répondent à l'ambition d'une plus grande justice sociale en ville. D'une part, ils engagent à réfléchir aux inégalités de santé par un prisme méthodologique innovant, liant EIS et évaluation des politiques publiques. D'autre part, ils contribuent plus globalement à une nouvelle manière d'envisager l'urbanisme, car ils pourront donner lieu à des pistes de réflexion pour les acteur·ices, voire à la formulation de préconisations.

La conceptualisation et la définition opérationnelle des impacts différenciés passent par le croisement des effets sanitaires d'un projet avec ses effets plus globaux, notamment économiques, sociaux, et environnementaux. Il s'agit de déterminer les conséquences effectives de choix urbains, et donc politiques, sur les populations selon leurs besoins et leurs caractéristiques spécifiques. C'est un préalable nécessaire à la réalisation de la thèse. Un état de l'art autour du thème des inégalités environnementales, des inégalités de santé, de la santé urbaine, et de l'épidémiologie urbaine appuie la réflexion pour identifier ensuite quelles sont les populations vulnérables que les politiques urbaines impactent potentiellement de façon différenciée, selon plusieurs critères : l'âge, le niveau de revenu ou d'éducation, la race et le genre, dans une perspective intersectionnelle.

Il est apparu nécessaire dans un premier temps de revenir sur la construction des politiques favorables à la santé afin de mieux les cerner. Ainsi, nous avons d'abord étudié l'histoire de ces politiques, de grands enjeux sanitaires auxquelles elles sont censées répondre ainsi que les grands principes fondateurs sur lesquels elles se basent. De même, l'étude des processus qui ont mené à la construction de ces politiques, les acteurs qui les ont initiées et les lieux de mise en œuvre des premières expérimentations, au niveau national, régional et local, permettent de présenter le cadre dans lequel les EIS se développent actuellement. Pour cela, nous nous sommes basée largement sur l'étude de la littérature grise. Nous avons commencé par analyser l'apparition de l'urbain et de l'urbanisme comme déterminants de la santé, d'abord dans les revues scientifiques internationales, puis dans les discours et les préoccupations des institutions nationales et régionales, à travers la littérature grise qu'elles produisent, notamment les guides et les plans. Cela donne un aperçu de la mise sur agenda de la santé urbaine à différents niveaux de gouvernance.

Dans un deuxième temps, un recensement des EIS menées en France a été effectué. Il s'agit là aussi essentiellement d'une étude des documents produits par ceux qui ont mis en place de telles démarches. La démarche d'EIS est construite autour de cinq étapes : sélection, cadrage, estimation, recommandations, et enfin suivi, et s'appuie sur des types de données diverses issues de sources multiples. Qui plus est, l'EIS présente un cadre, non réglementaire, qui permet aux acteur·ices d'adapter chaque démarche au contexte spécifique des projets. Les documents issus des EIS sont donc très variés : rapports, compte-rendu de réunions participatives, retours d'expériences... Leur analyse nous a permis d'évaluer la prise en compte présumée des impacts différenciés à partir des déterminants de santé retenus. Il en ressort une évaluation des rapports selon le degré de prise en compte des impacts différenciés.

À partir des résultats de la deuxième étape, trois études de cas ont été réalisées. L'objectif est de déterminer les limites et les freins à l'opérationnalisation de l'EIS d'une part, et à la prise en compte des impacts différenciés dans les projets d'urbanisme d'autre part. Un travail de terrain a été effectué pour chaque étude de cas, pour rencontrer ceux qui ont mis en place les démarches de promotion de la santé dans chaque projet.

Des entretiens ont ainsi été menés avec les promoteurs, pilotes et expert·es des EIS²⁴ dans les régions de nos études de cas, pour déterminer quel type d'EIS iels souhaitent développer et quelles valeurs accompagnent la mise en place. D'autres entretiens ont été menés avec les commanditaires des démarches d'EIS, ainsi que les participant·es aux démarches dans les comités techniques, notamment les collectivités, pour saisir leurs motivations initiales, et évaluer leur degré de satisfaction à son issue, ainsi que les raisons de cette satisfaction ou non. Des entretiens ont aussi été menés avec les équipes ayant réalisé les démarches, afin de les interroger sur le processus de mise en place et sur les raisons de leur choix de mettre en avant un déterminant de santé ou un autre. Ces entretiens ont ensuite été analysés de façon à recouper les motivations de chaque groupe de participant·es au regard de leur niveau d'implication dans le projet, et ainsi de dégager les facteurs permettant une meilleure prise en compte des inégalités de santé.

Notre travail est divisé en deux parties : la première, partagée en quatre chapitres, concerne la mise à l'agenda de la réduction des inégalités sociales de santé, et la construction de l'EIS pour répondre à ce problème.

Le premier chapitre décrit les relations historiques qui unissent santé, inégalités et aménagement dans les villes, et les évolutions des liens entre ces trois thématiques, des racines hygiénistes qui lient déjà les trois thématiques à l'émergence de la santé-environnement et la ville durable d'un côté et de la politique de la ville de l'autre, jusqu'à leur réunion dans l'urbanisme favorable à la santé.

Le deuxième examine la construction de l'EIS en tant qu'instrument de politique publique : son émergence au croisement de trois mouvements, sa définition, les valeurs qui l'animent et les acteur·ices qui portent sa construction.

Le troisième propose d'analyser la façon dont l'EIS s'inscrit dans les documents d'orientation stratégique au niveau national, régional et local. Cette inscription ne se traduit pas toujours pas une mise en application concrète, nous étudierons les modalités de cette mise en application dans les régions où la démarche s'est effectivement déployée.

Enfin le quatrième chapitre regarde les résultats de cette mise en application nationale, en dressant le portrait des EIS menées en France jusqu'en 2022 à travers leurs rapports. Plusieurs

24 La liste des entretiens est disponible en annexe 1.

indices permettant d'estimer la prise en compte des inégalités sociales sont déterminés à partir de ces rapports, qui seront testés dans la partie suivante.

La deuxième partie, séparée en deux chapitres, étudie l'EIS à partir de trois études de cas, dans l'objectif d'identifier les mécanismes et leviers qui permettent de réduire les inégalités sociales de santé.

Le cinquième chapitre considère le champ de l'EIS à partir des acteur·ices qui le structurent et de leur rôle dans sa mise en place et dans la réduction des inégalités sociales de santé : commanditaires, régulateur·ices, praticien·nes, autres parties prenantes et habitant·es.

Le sixième et dernier chapitre examine le processus de l'EIS étape par étape dans chacune de nos études de cas, en identifiant comment les inégalités sociales de santé sont prises en compte et quels mécanismes sont à disposition des acteur·ices pour tenter de les réduire.

Partie 1 : Construction d'un instrument pour réduire les inégalités sociales de santé par l'aménagement en ville

Cette première partie s'attache à démontrer comment l'EIS est construite et portée par les acteur·ices de la santé publique comme moyen de réduire les inégalités sociales de santé. Le déploiement des EIS en France peut être analysé en termes de fenêtre d'opportunité dans la lutte contre les inégalités sociales de santé, en lui appliquant le modèle développé par John W. Kingdon en 1984²⁵.

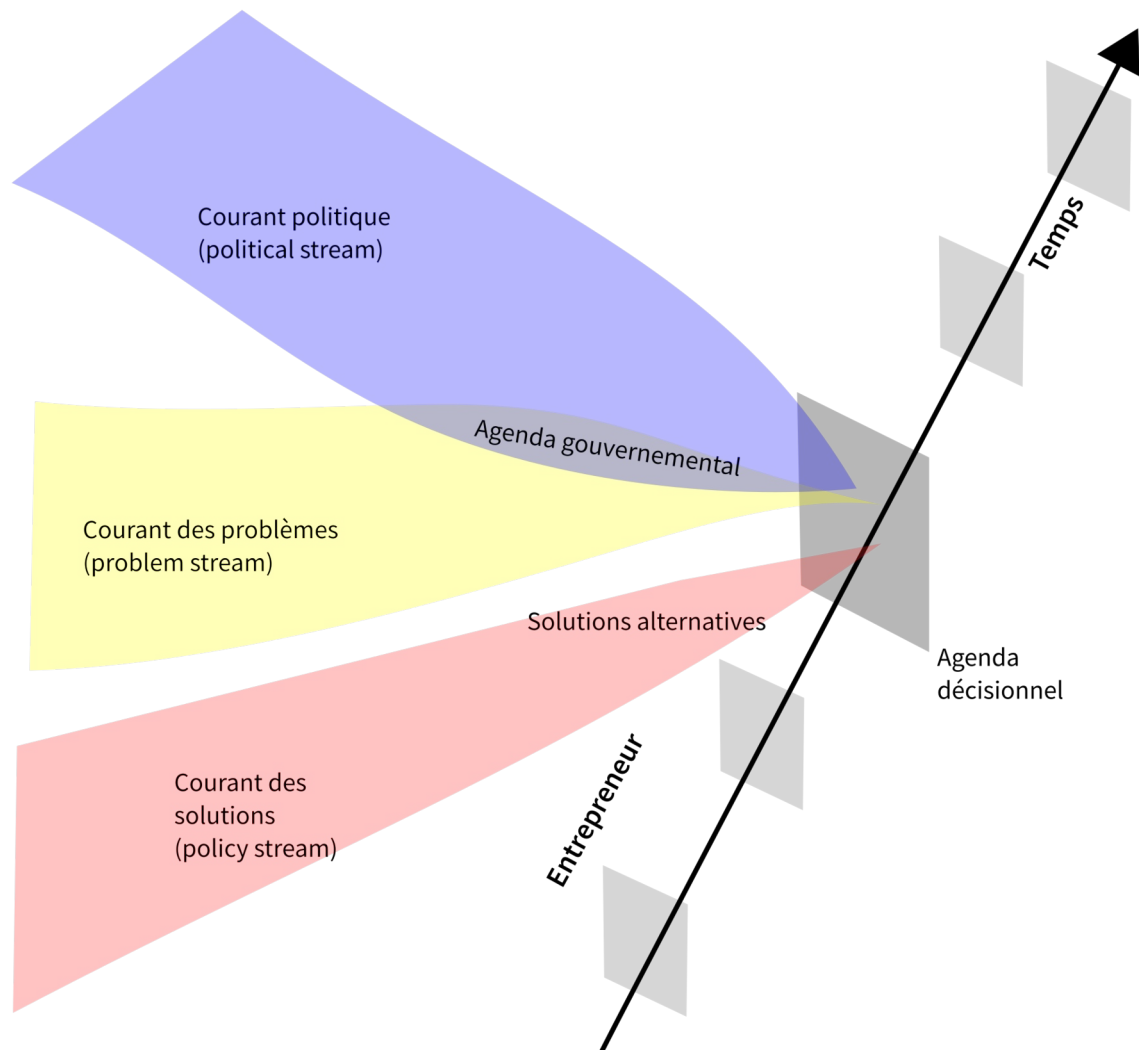


Figure 1: Schéma synthétique de la fenêtre d'opportunité, traduction d'après John Kingdon (P272)

D'après ce modèle (synthétisé dans la figure 1), pour qu'un problème politique puisse entraîner une action gouvernementale, il faut que s'alignent, ou se couplent (*coupling*) trois

25 John W. Kingdon, *Agendas, alternatives, and public policies*, Boston, Little, Brown, 1984, 240 p.

courants indépendants les uns des autres, qu'il désigne comme courant des problèmes (*problem stream*), courant politique (*political stream*) et courant des solutions (*policy stream*), dans ce qu'il appelle une fenêtre d'opportunité. Les solutions, ou alternatives (*alternatives*) ne sont pas construites pour répondre à un problème spécifique (*problem solving*), mais plutôt cherche à en trouver un auquel se greffer, et n'y répondent donc pas parfaitement. Elles sont portées par des entrepreneurs politiques (*policy entrepreneurs*). Le courant politique correspond à la conjoncture politique et varie donc dans le temps. On peut parler de problème politique dès lors que « les gens sont convaincus que quelque chose peut être fait pour améliorer la situation »²⁶. Selon cette approche, quand le courant des politiques et le courant des problèmes s'alignent, le problème est mis à l'agenda gouvernemental, c'est-à-dire que le gouvernement reconnaît le problème sans que cela engendre de décision et donc d'action. Une fenêtre d'opportunité peut être *political*, si elle s'ouvre à la suite d'un événement politique, ou *problem* si elle s'ouvre suite à un problème surgi soudain.

Cette première partie est construite sur une analyse non-exhaustive de la littérature scientifique sur les liens entre aménagement, santé et inégalités sociales, puis sur l'analyse de la littérature grise produite autour des EIS. Le détail de la méthodologie est donné au fur et à mesure.

Le premier chapitre porte sur le courant du problème, et sa construction historique analysée à travers l'enchevêtrement des liens entre aménagement, santé et pauvreté puis inégalités qui mène à l'émergence des inégalités sociales de santé comme problème politique.

Le deuxième chapitre s'intéresse au courant des *policies*, ou courant des solutions : la construction de l'EIS en tant qu'instrument de politique publique, qui doit permettre de réduire les inégalités sociales de santé.

Le troisième chapitre s'intéresse au courant du politique, au niveau national, mais surtout au niveau régional, nous éloignant ainsi un petit peu du modèle proposé par Kingdon. Nous nous pencherons sur l'appréhension de la démarche par celles et ceux qui tentent de la mettre

26 Ibid., p. 191 ; cité par Pauline Ravinet, « Fenêtre d'opportunité » dans Dictionnaire des politiques publiques, 5e édition., Paris, Presses de Sciences Po, 2019, p. 266.

en place, au niveau national, régional et local, et sur la façon dont elle est liée à la mise sur agenda de la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Enfin le quatrième chapitre propose de faire le portrait des EIS menées en France, en considérant quels types de démarche sont produites par cette mise à l'agenda, et quelle place y tient effectivement la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Chapitre 1. Aménagement, santé et inégalités sociales : les données du problème

Ce premier chapitre s'attache à décrire l'émergence en tant que problème politique des inégalités sociales de santé dans le milieu urbain, qui mène à la mise sur agenda de l'EIS en France. Nous nous penchons donc sur le premier courant identifié par Kingdon : le courant des problèmes, comme le synthétise la figure 2.

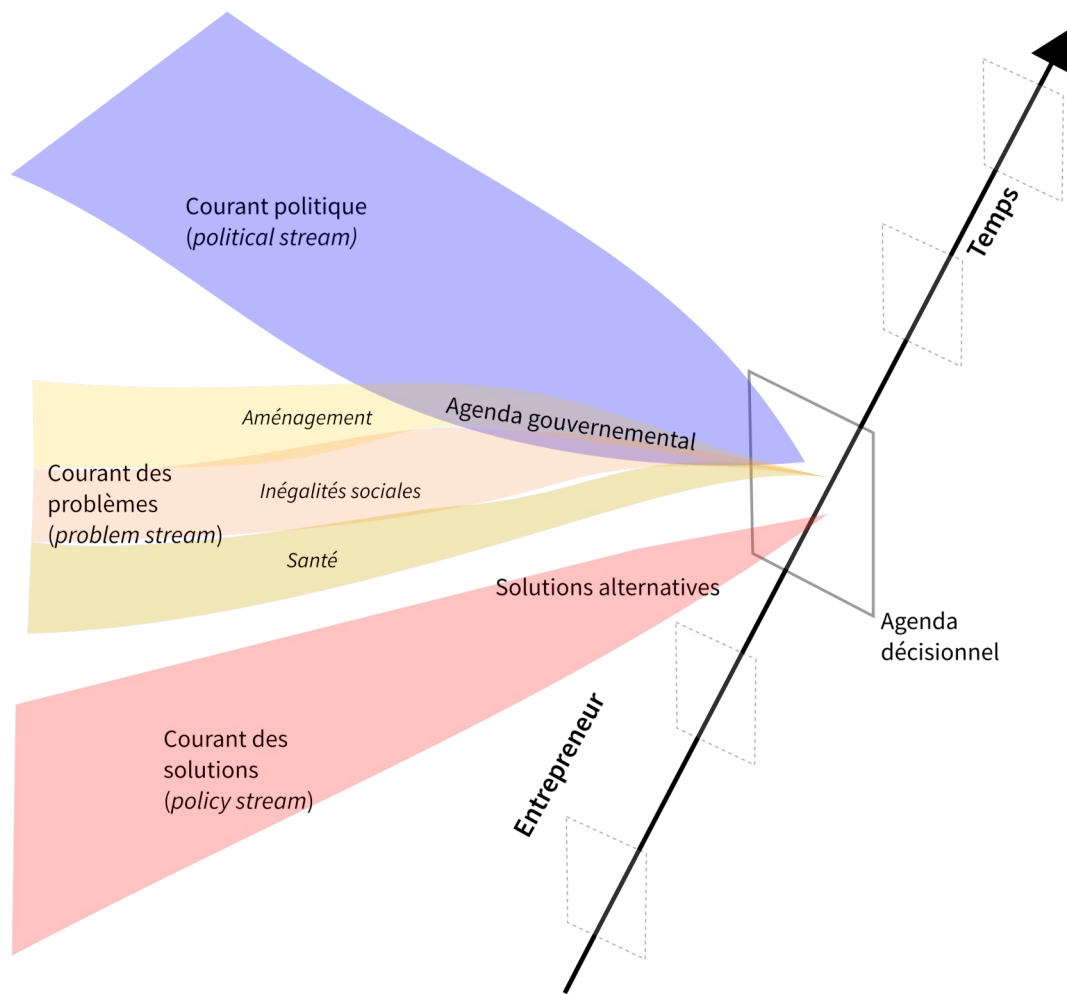


Figure 2: Schéma du courant du problème des inégalités sociales de santé en ville, adapté de Kingdon (P272) Réalisation : Capucine Frouin

Il s'agit d'abord de démêler les liens historiques qui unissent la santé, l'aménagement des villes et la lutte contre la pauvreté, en particulier à travers les idées hygiénistes, qui émergent au XIXe et continuent d'évoluer tout au long du XXe siècle. En effet, les profonds changements sociaux qu'entraîne l'industrialisation amènent les élites intellectuelles à s'interroger sur la façon d'améliorer les conditions de vie des plus pauvres en ville. Nous nous interrogerons ensuite sur la formulation du problème des inégalités sociales de santé, au-delà de la simple pauvreté des populations, et enfin sur comment, face aux difficultés qu'elle rencontre pour réduire les ISS, les acteur·ices de la santé publique se tourne finalement à nouveau vers l'aménagement comme un des éléments pour tenter de les réduire.

1 Ville, santé et pauvreté

Santé publique et aménagement des villes en tant que pouvoirs de la puissance publique, ont plus de choses en commun qu'il n'y paraît, à commencer par leurs racines hygiénistes. Cela leur donne à l'origine des objectifs communs, avec des moyens très différents. En effet, face aux conséquences sanitaires du développement rapide et incontrôlé des villes et de la multiplication de leur population, la rationalisation de la gestion de la ville et la normalisation de ses habitant·es, en particulier les populations les plus pauvres, apparaissent comme nécessaires à celles et ceux qui les gèrent. Or, il est difficile d'envisager une transition épidémiologique sans l'intervention plus ou moins coercitives des États²⁷. Les conditions de travail vont souvent à l'encontre des recommandations de santé publique, par exemple pour ce qui concerne le travail des enfants, mais aussi au regard de l'exposition à des produits nocifs, des heures travaillées... Le régime de propriété doit aussi être redéfini, notamment pour empêcher la location de taudis. Enfin, l'État doit intervenir dans l'acculturation des masses populaires aux nouvelles normes d'hygiène, qui prend du temps et surtout nécessite un certain niveau de vie. Ce développement du niveau de vie tient un rôle majeur dans la réussite du projet hygiéniste, mais plus généralement aussi dans celui des politiques de santé publique en général : c'est un préalable indispensable à l'amélioration des conditions de vie et de santé²⁸, et c'est donc ce à quoi s'attellent les hygiénistes. Cette préoccupation est le premier brin qui

27 La transition épidémiologique, ou transition sanitaire est une période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique, grâce à des changements socio-démographiques comme l'amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et au changement de l'organisation des services de santé. La structure des décès se modifie et les maladies infectieuses laissent progressivement la place aux maladies chroniques et dégénératives, et aux accidents. Abdel R. Omran, « The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971, vol. 49, n° 4, p. 509-538.

28 Patrice Bourdelais (ed.), *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques, XVIIIe-XXe siècles*, Paris, France, Belin, 2001, p. 26.

mène à l'émergence en tant que problème politique des inégalités sociales de santé en tant que problème politique.

Nous nous pencherons chronologiquement sur l'évolution de cette pensée hygiéniste qui ne dit pas toujours son nom, de ses origines à la fin du XVIIIe siècle au plus récent paradigme de la ville durable, en passant par la santé environnementale, et les liens, toujours présents quoique parfois distendus, avec les conditions de vie des populations les plus pauvres.

1.1 Néo-hippocratistes et approche par les milieux

Villes et santé sont historiquement intimement liées. La densité démographique des premiers regroupements sédentaires humains en Mésopotamie en font déjà le foyer d'épidémies dévastatrices dès la proto-urbanisation, pendant la transition Néolithique²⁹. Dans l'Antiquité et jusqu'à la révolution pastorienne, les miasmes présents dans l'air et la promiscuité des populations qui occupent la ville sont pensés comme des facteurs de transmission des épidémies. Les populations se réfugient dans les campagnes alentour après avoir mis en quarantaine les personnes touchées quand les épidémies se déclarent³⁰. Dans l'Égypte et la Grèce antique comme au Moyen-Âge, des mesures étaient prises par les pouvoirs publics pour tenter de réguler les épidémies de pestes (terme générique utilisé pour désigner toutes les maladies contagieuses) en particulier en isolant les malades, avec plus ou moins de succès. La grande Peste qui sévit en Occident entre 1347 et 1353 et tue selon les régions entre 25 et 50 % de la population européenne, entraîne la mise en place de règlements sanitaires et la nomination d'officiers de santé dans les villes, particulièrement touchées par la crise à cause de la promiscuité et de l'insalubrité³¹.

La ville est perçue comme un milieu corrompu jusqu'au XVIIIe siècle, particulièrement néfaste pour la santé : « Ces gouffres habités que l'on décore du nom de ville » écrit l'abbé

29 Stéphane Barry et Norbert Gualde, « La Peste noire dans l'Occident chrétien et musulman, 1347–1353 », *Canadian Bulletin of Medical History*, 1 octobre 2008, vol. 25, n° 2, p. 476.

30 Pierre Bertholon, *De la salubrité de l'air des villes et en particulier des moyens de la procurer*, Imprimerie de J. Martel aîné., Montpellier, 1786.

31 Sabine Barles, « Les villes transformées par la santé, XVIIIe-XXe siècles », *Les Tribunes de la sante*, 2011, n° 33, n° 4, p. 32.

Bertholon en 1786³². Le milieu joue un rôle primordial sur la santé pour le corps médical comme pour les scientifiques et intellectuel·les de l'époque, qui reprennent les théories exposées dans l'Antiquité par Hippocrate, d'où le nom de néo-hippocratistes, dans le traité *Des eaux, des airs et des lieux*³³. Selon cette approche mésologique, le climat, la météorologie, la topographie des lieux et en particulier les sols sont perçus comme les causes principales de maladie chez les humains, et les villes sont particulièrement pointées du doigt. En effet, la mortalité y est particulièrement élevée, et surpasse même la natalité : si la population des villes augmente à cette période, c'est grâce aux apports extérieurs de population venue des campagnes³⁴. Face à cette mortalité, un consensus médical émerge entre ces néo-hippocratistes, partagés par les architectes : il faut changer la ville. Les premières évolutions se font à partir de la Révolution française : les cimetières hors des murs des villes, une partie des fortifications est abattue pour permettre une meilleure circulation de l'air, des arbres sont plantés le long des boulevards, certaines rues sont pavées. Mais le véritable changement se fait au tournant du XIXe siècle, avec l'avènement des hygiénistes³⁵, qui ne considèrent plus seulement le milieu, mais aussi les gens qui y évoluent.

1.2 Le projet hygiéniste et la « question sociale » : normaliser les populations par les réformes de l'espace urbain

L'hygiénisme n'inaugure donc pas les mesures prises pour rendre le milieu urbain moins défavorable à la santé de celles et ceux qui l'habitent, mais tente de le systématiser, et ne se concentre plus simplement sur une action sur le milieu, mais aussi sur les populations. De plus, s'il est difficile de parler déjà de volonté de réduction des inégalités sociales, ses promoteurs et promotrices se penchent sur le problème que représentent les populations les plus défavorisées : c'est l'émergence de la « question sociale » comme préoccupation

32 *Ibid.*, p. 33.

33 Sabine Barles, « De l'hygiénisme à la santé environnementale, regards sur la ville », *Pollution Atmosphérique*, 1 novembre 2010, p. 12.

34 Robert Castel, *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Fayard, 1995, 490 p.

35 Cyrille Ferraton, *Associations et coopératives. Une autre histoire économique*, Erès., Toulouse, 2007, p. 19-23.

politique pour tenter d'améliorer le sort des groupes les moins favorisés socialement. À l'approche mésologique des néo-hippocratistes s'ajoute une approche sociale, et morale.

1.2.1 Améliorer les conditions de vie des pauvres en ville : traiter la « question sociale » par l'aménagement

La première vague hygiéniste en France voit le jour dans les années 1820, avec des médecins parmi ses pionniers. Parmi eux, Jean-Noël Hallé (1754-1822), promoteur de la vaccination et de l'enseignement de l'hygiène, Alexandre Parent-Duchâtelet (1790-1836), qui publie un ouvrage sur les égouts et décharges de Paris en 1824 et une enquête sur les prostituées parisiennes publiée en 1836, que l'on peut considérer comme une des premières enquêtes sociologiques, ou Louis-René Villermé (1782-1863), qui mène une des premières enquêtes statistiques sur l'habitat à Paris sur lequel nous reviendrons. Ce sont des figures de proue de l'hygiénisme, mais pas les seuls : ainsi quand nous parlerons d'hygiénistes nous parlerons à la fois de ces personnes, mais aussi de celles et ceux qui adhèrent aux mêmes thèses.

L'émergence de la « question sociale » liée à la question sanitaire

De vastes changements sociaux ont cours dans le monde occidental à partir de la fin du XVIIIe. L'exode rural amène en ville des populations de plus en plus nombreuses pour travailler dans les nouvelles usines, et les faubourgs se développent pour les loger. L'apparition du salariat causée par les mutations du travail³⁶, et le capitalisme du laisser-faire qui concentre les moyens de production dans les mains d'une minorité accentuent les inégalités sociales entre les riches et les pauvres : c'est l'émergence du prolétariat urbain, et avec lui de la « question sociale »³⁷. Cette expression apparaît au XIXe siècle et désigne l'interrogation et la déroute des classes dirigeantes confrontées à la situation des populations ouvrières les plus défavorisées en ville et à la précarité de leurs conditions de vie³⁸. Cette

36 Sylvie Monchatre, « Chapitre 1. Émergence du salariat et questions sociologiques » dans *Sociologie du travail salarié*, Paris, Armand Colin, 2021, p. 18-46.

37 R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit.

38 C. Ferraton, *Associations et coopératives. Une autre histoire économique*, op. cit., p. 19-23.

« question » doit amener une réponse³⁹, pour améliorer la situation sociale et sanitaire de ces populations. Le « paupérisme », c'est-à-dire la pauvreté collective et non plus individuelle, des populations des faubourgs entraîne des épidémies qui menacent la ville entière, y compris les bourgeois : la santé des populations les plus défavorisées influence celle de toute la ville, et devient donc un « objet à médicaliser »⁴⁰. L'image du pauvre change, elle devient plus inquiétante et menaçante dans la ville industrielle. Un lien est tissé entre propreté et morale : pour rendre inoffensive la part de la population la plus défavorisée, il faut changer ses mœurs, dans la rue, dans les habitations, et jusque dans les corps. Après l'épidémie de choléra en Europe en 1832, Georges Vigarello parle d'une « pastorale de la misère »⁴¹ mise en place dans les villes : la puissance publique se donne pour rôle de guider la population vers une vie meilleure, par les questions sanitaires. C'est l'émergence de la préoccupation des autorités politiques pour les plus pauvres en ville, avec une dimension philanthropique, mais aussi une vision régulatrice.

Le développement de la statistique, en particulier de la démographie, contribue à l'émergence de cette « question sociale ». En 1830, le médecin Louis-René Villermé observe que les différences de mortalité à domicile entre les différents arrondissements de Paris ne sont pas imputables uniquement aux caractéristiques du milieu dans lesquels les populations se trouvent. Il considère d'abord la proximité de la Seine, puis la disposition des lieux et les circonstances climatologiques, les vents, les eaux d'usages et n'y « voit pas la cause des différences qui nous occupent »⁴². Il s'interroge alors sur la densité de bâti et de population, et n'y trouve pas non plus d'explication satisfaisante. Le médecin considère alors les locations non imposables, et les considère comme des indices du degré de richesse des occupants, et donc de leurs conditions de vie (« la nourriture, le vêtement, la propreté »⁴³). Il découvre que cet indice est effectivement corrélé à celui de la mortalité. Non seulement plus les arrondissements ont de locations non imposées, plus la mortalité à domicile est élevée, mais

39 Brigitte Bouquet et Geneviève Crespo, « Présentation », *Vie sociale*, 2013, vol. 1, n° 1, p. 15.

40 Aquilino Morelle et Didier Tabuteau, *La santé publique*, Troisième édition., Paris, Presses Universitaires de France, 2017, p. 10.

41 Georges Vigarello, *Le propre et le sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil, 2014 [1985], p. 207.

42 Louis-René Villermé, *De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris*, Paris, La Fabrique, 2008 [1830], p. 304.

43 *Ibid.*, p. 301.

quand la part de ces locations augmente entre deux périodes, celle des décès à domicile augmente peu de temps après. Villermé constate :

« Donc la richesse, l'aisance, la misère sont, dans l'état actuel des choses, pour les habitants des divers arrondissements de Paris, par les conditions dans lesquelles elles les placent, les principales causes (je ne dis pas les causes uniques) auxquelles il faut attribuer les grandes différences que l'on remarque dans la mortalité»⁴⁴.

Ce constat marque les préoccupations des hygiénistes pour la seconde moitié du XIXe siècle, qui se tournent vers l'aménagement des villes pour tenter d'améliorer les conditions de vie des plus défavorisées.

L'urbanisme comme levier pour améliorer la santé des populations urbaines

Contre la ville industrielle, malsaine et insalubre, les hygiénistes inventent de nouvelles formes d'habitat : les cités ouvrières autour des villes minières ou industrielles, les cités utopiques comme le Familistère de Guise, dont la construction s'achève en 1884, ou les cités-jardins théorisées par l'urbaniste anglais Ebenezer Howard dans son livre *To-morrow : a Peaceful Path to Real Reform*, publié en 1898⁴⁵. Les grands travaux d'assainissement urbains, comme les travaux d'Hausmann à Paris qui débutent en 1853 sont aussi une réalisation hygiéniste. À Paris, des percées sont réalisées pour ventiler et aérer la ville, des parcs et des espaces verts sont mis en place pour faire respirer la ville et l'oxygéner, un système de collecte des eaux usées est mis en place. La découverte des îlots insalubres est un tournant fondamental de l'urbanisme : le « traitement spatial » des problèmes sanitaires (et sociaux). La loi de 1850 sur les logements insalubres entraîne la création de commissions des Logements insalubres dans les villes, mais elle est facultative et sa mise en place varie donc selon les villes. De plus, elle définit le logement insalubre à partir de l'appartement seul, comme unité d'habitation de la cellule familiale, et de son équipement et non par à l'échelle de la maison entière⁴⁶, ce qui ne satisfait pas les hygiénistes.

44 *Ibid.*, p. 311.

45 Ebenezer Howard, *To-Morrow: A Peaceful Path to Real Reform*, Londres, Cambridge University Press, 2010 [1898], 204 p.

46 Yankel Fijalkow, *Récits de la ville malade : essai de sociologie urbaine*, Saint-Etienne, Créaphis éditions, 2021, p. 26.

Depuis les travaux de John Snow sur le choléra à Londres en 1849⁴⁷, la carte fait partie des outils des hygiénistes, qui permet de spatialiser les problématiques de santé. La Commission des logements insalubres de Paris, de plus en plus dominée par les ingénieurs, met en place dans la dernière décennie du XIXe siècle les « casiers sanitaires » des maisons, qui permettent de considérer les immeubles dans leur ensemble et non plus les appartements individuels⁴⁸. Le casier sanitaire contient une description sanitaire précise des logements (avec entre autres le nombre d'occupant·es), des immeubles et de leur insertion dans les réseaux d'assainissement, un recensement des interventions sanitaires qui y ont eu lieu et une rubrique spéciale pour intégrer d'autres éléments relatifs à l'insalubrité si nécessaire. En tant qu'outils statistiques localisés, les casiers sanitaires permettent d'identifier des « maisons meurtrières » dans lesquelles se concentrent les décès liés à la tuberculose. Souvent, elles sont regroupées en îlots : les îlots insalubres⁴⁹. Six d'entre eux sont identifiés en 1906, et dix-sept autres sont ajoutés après la Première Guerre Mondiale. Leur transformation occupe une partie conséquente des opérations d'urbanisme à Paris au XXe siècle.

Réformer les mœurs, éviter les révoltes

L'hygiénisme ne fait pas que ré-arranger la forme de la ville, il tente aussi de réformer les populations qui y vivent : le contrôle des masses populaires voulu par les hygiénistes concerne à la fois leurs habitudes de vie que leurs velléités insurrectionnelles.

Les travaux d'Hausmann, menés à Paris entre 1853 et 1870, répondent à cette double problématique : assainir la ville comme milieu et traiter la « question sociale ». Ils permettent à la fois de débarrasser la capitale de ses taudis et de limiter la progression des épidémies entre les familles ouvrières, tout en gardant le contrôle sur les « classes dangereuses »⁵⁰. L'élargissement des rues rend plus difficile l'érection de barricades lors des soulèvements populaires, comme en 1830 et 1848, tout en permettant de rallier plus aisément les quartiers ouvriers aux casernes militaires.

47 John Snow, *On the mode of communication of cholera*, 2e édition., Londres, John Churchill, 1855 [1849], 169 p.

48 Yankel Fijalkow, « Mesurer l'hygiène urbaine en épargnant les propriétaires : Le casier sanitaire des maisons de Paris », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 1991, vol. 53, n° 1, p. 74.

49 Y. Fijalkow, *Récits de la ville malade*, op. cit., p. 36.

50 D'après l'expression de Louis Chevalier : Louis Chevalier, *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du 19. siècle: avec 13 plans et graphiques en dépliant*, Paris, Plon, 1958.

En parallèle de ce contrôle par l'extérieur, l'hygiène publique entre dans l'intimité des foyers et même des corps, en même temps qu'elle entend modifier le milieu dans lequel évolue la population. Il s'agit aussi de corriger les comportements individuels et les modes de vie jugés néfastes, en améliorant le cadre et les conditions de vie de la population, à la fois le logement, l'alimentation, et le travail, pour diminuer la mortalité et allonger l'espérance de vie.

1.2.2 La séparation progressive entre santé publique et urbanisme à la fin du XIXe siècle

Dès le milieu du XIXe siècle, la réforme de la ville migre progressivement des mains des médecins vers celles des ingénieurs, dans une vision plus technique⁵¹. Les médecins se replient sur la médecine curative (d'autant plus que la révolution pastoriennne semble donner les clés de la bonne santé des populations) et la médecine environnementale disparaît quasiment jusqu'à la fin du XXe siècle, et avec l'importance de la santé publique. Le ministère français de l'Hygiène est institué après la Première Guerre Mondiale et la Grippe espagnole, puis fondu dans le portefeuille du Ministère du Travail en 1924 avant d'être recréé et renommé « Ministère de la Santé Publique » dans les années 1930. Il n'a alors que peu de pouvoir, et se concentre surtout sur de la communication contre les « fléaux sociaux » : la tuberculose, la syphilis et le cancer, à défaut de pouvoir agir sur ce qui détermine ces fléaux, notamment l'habitat⁵². Ainsi, la santé publique et l'aménagement urbain ont déjà commencé à s'éloigner. Le projet hygiéniste ne disparaît pas pour autant, mais ce sont désormais les ingénieurs et les architectes qui le portent et tentent de l'appliquer.

Après la Première Guerre Mondiale, la loi Cornudet, votée en 1919 puis modifiée en 1924, fonde la naissance de l'urbanisme comme nous le connaissons, en obligeant les villes de plus de 10 000 habitant·es à se doter d'un Plan d'Aménagement, d'Embellissement et d'Extension. Cette loi est issue, entre autre, des réflexions de la section d'hygiène rurale et urbaine du Musée social (dont le premier président, Jules Siegfried, est le promoteur de la première loi sur les logements bon marché en 1894 qui annonce le logement social) et de la

51 S. Barles, « Les villes transformées par la santé, XVIIIe-XXe siècles », art cit, p. 33.

52 Renaud Bécot, Stéphane Frioux et Anne Marchand, « Santé et environnement : les traces d'une relation à haut risque », *Ecologie politique*, 7 mai 2019, vol. 58, n° 1, p. 13.

Société Française des Urbanistes, fondée en 1911 par neuf participants aux travaux du Musée social, dont sept architectes. L'urbanisme se fonde alors comme instrument du « progrès », qui, par le plan et la rationalisation, permettra de construire des villes saines, belles et à l'extension contrôlée⁵³.

Le mouvement moderne en Europe, porté par Le Corbusier, poursuit les réflexions hygiénistes sur l'aération des villes, les espaces verts et l'ensoleillement. La Charte d'Athènes fait suite à la quatrième édition des Congrès internationaux d'architecture moderne (CIAM) en 1933 et est ensuite retravaillée par Le Corbusier qui en fait un ouvrage publié en 1943⁵⁴. Cette Charte édifie d'une part la ville fonctionnaliste avec les quatre zonages précis entre espaces consacrés à l'habitat, au travail, aux loisirs et à la circulation. D'autre part, elle centre la ville autour de « l'homme » et de la nécessité d'avoir suffisamment d'air frais, d'espace et de soleil, dans la droite lignée des préoccupations des hygiénistes. La Charte a une influence considérable sur l'urbanisme de l'après-guerre, période de reconstruction et le développement des grands ensembles. Ainsi, l'Après-guerre en Europe est l'apogée de l'hygiène privée après deux siècles de changement des pratiques individuelles et d'efforts collectifs : la reconstruction permet par exemple d'équiper les logements de salles de bains, on met en place le tout-à-l'égout. La transition épidémiologique touche à sa fin : les grandes épidémies de tuberculose, de polio, ou de typhoïde sont terminées⁵⁵.

Cependant, rapidement, les grands ensembles construits durant l'après-guerre font l'objet de critiques, par celles et ceux qui les habitent comme des sociologues de la ville⁵⁶. La critique de cet urbanisme fonctionnel marque la séparation entre l'aménagement urbain et le projet hygiéniste dans les années 1970. La circulaire Guichard de 1973 marque la fin officielle des grands ensembles, paragon et paroxysme de l'urbanisme hygiéniste, et les débuts de la politique de la ville, qui tente de résoudre ces problèmes urbains. La « question sociale » s'est muée en « question urbaine ». Le problème, celui des populations les plus défavorisées dans la ville, et le désarroi des autorités politiques face à ce problème restent les mêmes, et

53 Marlène Ghorayeb, « La loi Cornudet, un urbanisme hygiéniste et social », *Droit et Ville*, 2019, vol. 88, n° 2, p. 43-58.

54 Le Corbusier et Jean Giraudoux (Préfacier), *La Charte d'Athènes, avec un discours liminaire de Jean Giraudoux. Urbanisme des Congrès internationaux d'Architecture moderne*, Paris, France, Plon, 1943, 242 p.

55 P. Bourdelais (ed.), *Les hygiénistes, op. cit.*, p. 5.

56 Jean-Claude Chamboredon et Madeleine Lemaire, « Proximité spatiale et distance sociale. Les grands ensembles et leur peuplement », *Revue française de sociologie*, 1970, vol. 11, n° 1, p. 3-33.

continuent aujourd'hui, avec les difficultés de la politique de la ville à ramener les quartiers prioritaires vers la norme des autres quartiers des villes.

1.3 Santé environnementale et développement durable : retour d'une approche par les milieux et « néo-hygiénisme »

Les Trente Glorieuses que nous venons de décrire sont l'âge d'or de la médecine et du « tout-curatif », mais aussi celui de la relégation de l'hygiène publique. La santé publique délaisse sa dimension sociale en se concentrant sur les comportements individuels, comme la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme⁵⁷. Pour autant, si elles se font discrètes, les préoccupations de la santé pour l'environnement ne disparaissent pas totalement. Les inquiétudes quant aux pesticides par exemple font leur apparition, avec par exemple le *Printemps Silencieux*⁵⁸ publié par Rachel Carson en 1963 qui met en lumière les effets des insecticides sur la biodiversité, la santé des écosystèmes, et conséquemment sur la santé humaine. Les « maux de la vie urbaine » sont dénoncés par les militant·es : problème des grands ensembles, singulièrement des maladies dues à leur mauvaise isolation, aliénation consumériste, pollution de l'air par les industries et l'usage croissant des automobiles⁵⁹.

1.3.1 La santé environnementale : le retour d'une approche par les milieux de vie

Alors que la transition épidémiologique est dans sa dernière phase : la prévalence des maladies non-transmissibles, comme les maladies cardio-vasculaires et les cancers, dépasse celle des maladies transmissibles, comme les maladies infectieuses et parasitaires. L'approche par le milieu de la santé fait alors son retour à la fin du XXe siècle, et avec elle, les débuts de la santé environnementale.

57 André Cicoella, « Santé et Environnement : la 2e révolution de Santé Publique », *Santé Publique*, 2010, vol. 22, n° 3, p. 345.

58 Rachel L. Carson, *Printemps silencieux*, traduit par Jean-François Gravrand et traduit par Baptiste Lanaspeze, Marseille, France, Wildproject, 2020 [1962], 343 p.

59 R. Bécot, S. Frioux et A. Marchand, « Santé et environnement », art cit.

On recherche dans l'environnement de vie, d'abord physique, mais aussi social, les raisons du développement de ces maladies nouvelles, et la ville se trouve à nouveau pointée du doigt. Deux visions s'affrontent dans la façon d'envisager le rôle de l'environnement dans le développement des maladies non-transmissibles : nous les illustrerons avec l'exemple du cancer. La première veut que l'on ne prenne en compte que les risques avérés : l'attribution des risques se fait à partir d'enquêtes épidémiologiques. Dans ce contexte, les polluants ne sont que rarement pris en compte, et l'environnement social ne l'est pas du tout. Cette position est défendue notamment par l'Académie de Sciences et de Médecine. Si on prend l'exemple du cancer, dans la première vision, certains comportements, comme la consommation d'alcool et celle de tabac, apparaissent comme déterminants. L'autre vision peint un tout autre tableau : elle prend une définition large de l'environnement comme tout ce qui ne tient pas des facteurs démographiques. Elle est mise en avant par les acteur·ices de la santé publique, et plus particulièrement par la promotion de la santé. En effet, depuis les années 1980, les cancers se multiplient en France, et moins de la moitié d'entre eux sont imputables à des changements démographiques (comme le vieillissement de la population) : les cancers liés à l'alcool et au tabac sont en baisse, alors que les cancers des enfants sont en augmentation. Il ne s'agit donc pas de se contenter de changer les comportements, mais bien de chercher les facteurs de l'environnement qui entraînent des pathologies.⁶⁰

1.3.2 De la question des inégalités en santé environnementale : la justice environnementale

Par ailleurs, cette approche par l'environnement remet aussi en avant le lien entre inégalités sociales et santé, d'abord par l'exposition. Le concept de justice environnementale (*environmental justice*) émerge aux États-Unis dans les années 1970, dans la lignée de la lutte pour les droits civiques des populations racisées. Un des points culminants est la publication du rapport *Toxic Waste and race in the United States*, par le pasteur B. Chavis Jr en 1987, qui fait état d'un cumul d'expositions aux polluants pour les populations déjà défavorisées socialement, essentiellement les populations noires⁶¹. Les porteurs de la justice

⁶⁰ *Ibid.*, p. 347.

⁶¹ Lionel Charles et al., « Les multiples facettes des inégalités écologiques », *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, 10 janvier 2007, Dossier 9.

environnementale constatent qu'aux difficultés sociales de ces populations s'ajoute une vulnérabilité accrue aux risques environnementaux, à cause de la localisation d'équipements polluants à proximité de leurs lieux d'habitation. En France, et dans la plupart des pays européens, le lien entre inégalités environnementales et inégalités sociales n'est pas fait de façon aussi systématique qu'aux États-Unis, principalement parce que l'environnement est présenté de façon très apolitique et consensuelle⁶², ce qui empêche une remise en question de ses dimensions sociales. La justice environnementale n'y trouve que peu d'échos, ni dans le domaine académique ni dans le domaine des politiques publiques, avant le début des années 2010⁶³. La déclinaison de la justice environnementale qui traverse l'Atlantique parle d'inégalités environnementales plus volontiers que d'injustices, et les considère sous l'angle des groupes sociaux plutôt que raciaux⁶⁴. Les mobilisations associatives jouent un rôle important dans le développement de la santé environnementale en France⁶⁵, spécialement pour lutter contre le changement climatique, qui accentue aussi les inégalités sociales de santé⁶⁶, alors qu'une partie de la population est en mesure de se prémunir de ses effets quand une autre y est laissée vulnérable.

1.3.3 Ville durable et néo-hygiénisme et retour de la santé dans la ville

L'interrogation du lien entre santé et cadre de vie, *a fortiori* celui des populations défavorisées, est donc antérieure aux interrogations sur le développement durable, mais a été absorbée par celles-ci, quand les politiques de préservation de l'environnement ont commencé à se développer⁶⁷.

62 David Blanchon, Sophie Moreau et Yvette Veyret, « Comprendre et construire la justice environnementale », *Annales de géographie*, 2009, vol. 665-666, n° 1-2, p. 35-60.

63 Cyria Emelianoff, « Connaître ou reconnaître les inégalités environnementales ? », *ESO, Travaux et Documents*, 1 janvier 2006, p. 35-43.

64 Séverine Deguen et Wahida Kihal-Talantikite, « Les inégalités environnementales et sociales de santé en France, un champ de recherche à développer », *Informations sociales*, 2022, vol. 206, n° 2, p. 35.

65 A. Cicoella, « Santé et Environnement », art cit.

66 Sharon Friel et al., « Global health equity and climate stabilisation: a common agenda », *The Lancet*, novembre 2008, vol. 372, n° 9650, p. 1677-1683.

67 Julien Forbat et Jean Simos, « La santé environnementale en Europe : un exercice fictif de politique publique ? », *Environnement, Risques & Santé* 16, n° 1 (1 janvier 2017): 59-70, <https://doi.org/10.1684/ers.2016.0954>.

La ville durable apparaît comme le nouveau paradigme de construction de la ville depuis les années 2000, ce qui a contribué à en éloigner les questions de santé publique⁶⁸. Pourtant, la ville durable, et particulièrement les éco-quartiers, sont taxés de « néo-hygiénistes » par certain·es chercheur·euses⁶⁹, qui voient dans les préoccupations à « conjurer le sale et le malsain »⁷⁰, entre autre par l’insertion d’espaces verts et la circulation de l’air, mais aussi dans l’ambition de moralisation des comportements de celles et ceux qui les habitent, une résurgence de l’idéologie prophylactique du XIXe, même si ses modalités exactes ont évolué. Ainsi, dans ces quartiers durables, les concepteurs conçoivent des bâtiments « propres » qui polluent peu, et demandent à leurs occupants d’adopter de nouveaux comportements au nom d’un bien collectif, conformes au développement durable, quand d’autres doivent être bannis, ce qui ne manque pas d’entrer en objection avec les usages habituels des habitant·es, dont les règles concernant le chauffage par exemple sont un des exemples les plus flagrants⁷¹. Chacun·e est incité·e à adopter des comportements « écoresponsables »⁷², et la préservation de l’environnement devient la nouvelle morale à suivre.

Qui plus est, récemment, les interrelations entre santé et changements environnementaux remettent la ville au cœur des questionnements, à l’heure où plus de la moitié de la population mondiale, et 8 personnes sur 10 en France, vivent en ville. Le changement climatique y est particulièrement sensible, de façon directe, par les îlots de chaleur urbains par exemple⁷³, ou indirecte, en cas de zoonoses causées par la perte d’habitat de certaines espèces⁷⁴. Les villes ne font pas que subir ces changements, mais en sont aussi responsables : par exemple, près de

68 Anne Roué - Le Gall et al., « Urbanisme favorable à la santé : agir pour la santé, l’environnement et la réduction des inégalités », *La Santé en Action*, mars 2022, n° 459, p. 10.

69 Francois Valegeas, *Concevoir et habiter un quartier dit durable : injonctions écologiques et dynamiques collectives à Beauregard (Rennes) et Les Brichères (Auxerre)*, phdthesis, Université Paris-Est, s.l., 2014, p. 38.

70 Pascal Tozzi, « Ville durable et marqueurs d’un « néo-hygiénisme » ? Analyse des discours de projets d’écoquartiers français », *Norois. Environnement, aménagement, société*, 30 juin 2013, n° 227, p. 100.

71 Vincent Renaud, *Fabrication et usage des écoquartiers français : éléments d’analyse à partir des quartiers De Bonne (Grenoble), Ginko (Bordeaux) et Bottière-Chénaie (Nantes)*, These de doctorat, Lyon, INSA, Lyon, 2012, p. 207-216.

72 P. Tozzi, « Ville durable et marqueurs d’un « néo-hygiénisme » ? », art cit, p. 107.

73 Morgane Colombert, Youssef Diab et Jean-Luc Salagnac, « Climat urbain : de l’évolution des villes au changement climatique » dans *Les risques liés au temps et au climat. XIXe colloque international de climatologie. Actes du colloque d’Epernay, 6-9 septembre 2006.*, Paris, Association Internationale de Climatologie, 2006, p. 172.

74 Jean-Paul Deléage et Jacques Luzi, « Covid-19 : une catastrophe industrielle », *Écologie & politique*, 2020, vol. 61, n° 2, p. 5.

80 % des émissions de gaz à effets de serre dans le monde sont produites en ville. Le concept de « *one health* » ou « une seule santé » en français est mis en avant par l’OMS pour tenter de rapprocher santé humaine, santé animale et santé de l’environnement dans son ensemble : la bonne santé de notre écosystème planétaire comme celle des écosystèmes locaux est nécessaire à la bonne santé des humains. La crise sanitaire du COVID-19 et les périodes de confinement ont (re)mis sur le devant de la scène cette notion, ainsi que celle de la santé en ville et des inégalités. Les confinements successifs mettent en évidence les inégalités de conditions de logement, notamment d’accès à un extérieur, qui vont de pair avec les inégalités sociales, et qui entraînent à la fois une contamination au COVID-19 plus importante dans les quartiers les plus défavorisés, mais a aussi des conséquences à court comme à plus long terme sur la santé mentale de leurs habitant·es, particulièrement les plus jeunes.

Ainsi, le développement des villes et la lutte contre la pauvreté, à défaut d’une lutte contre les inégalités, sont liées dès leur origine. La genèse des politiques publiques de réduction des inégalités sociales en ville est une politique de lutte contre les inégalités, ou plutôt contre les conséquences sanitaires de la pauvreté. La « question sociale » s’est aujourd’hui muée en « question urbaine », dans une société qui a continué ses évolutions avec la désindustrialisation et la mondialisation particulièrement⁷⁵, à laquelle les politiques de la ville tentent de répondre, les enjeux sont restés les mêmes : à la fois, réduire les inégalités entre les populations de ces quartiers pauvres et celles des quartiers alentour, mais aussi maîtriser les populations qui les occupent pour continuer de « faire société ». Pour autant, si les corrélations entre pauvreté et mauvaise santé d’un côté, et entre milieu de vie et santé de l’autre sont comprises dès le XVIIIe siècle, les mécanismes d’action des uns sur les autres ne sont identifiés que plus tardivement : ce sont les déterminants sociaux de la santé, et l’objet de notre partie suivante.

75 Jacques Donzelot et Olivier Mongin, « De la question sociale à la question urbaine », *Esprit* (1940-), 1999, 258 (11), p. 83-86.

2 Conceptualiser les inégalités sociales de santé

Les inégalités de santé⁷⁶ sont des disparités de santé évitables, sur lesquelles il est donc possible d'agir⁷⁷. Elles ont un effet cumulatif⁷⁸ qui agit tout au long de la vie. Les inégalités sociales sont peu ou prou une réalité qui existe depuis les débuts de l'humanité, mais « l'incorporation de l'inégalité » est un phénomène plus récent à l'échelle de notre existence. L'état de santé ne marquait pas le rang social : les modes de vie étaient suffisamment similaires pour que la famine, les sécheresses ou les épidémies frappent tout le monde de la même façon jusqu'au début du Moyen-Âge. Ce ne sont pas tant les progrès médicaux, comme la vaccination par exemple, qui ont joué un rôle dans l'apparition de ces inégalités, mais plutôt la transformation des conditions matérielles d'existence, avec le développement des villes d'abord, puis l'avènement du capitalisme⁷⁹. Dans les villes médiévales apparaît directement une ségrégation spatiale, ce qui entraîne une différenciation entre les populations, alors qu'en campagne, c'est surtout l'environnement qui crée des différentiels de santé entre les populations. Plus tard, l'industrialisation et la colonisation multiplient ces inégalités. La transformation des rapports sociaux alors que l'état de sanitaire moyen s'améliore constamment explique l'augmentation des disparités tout le long du gradient social⁸⁰.

C'est le deuxième brin qui nous mène à l'émergence des inégalités sociales de santé en ville comme problème politique : il nous montre comment s'affine progressivement la compréhension des mécanismes qui créent des inégalités sociales de santé. Nous verrons comment sont pensées les inégalités sociales de santé, en explorant d'abord ce qu'est un

76 Nous préférons au terme de disparités de santé, utilisé par certains chercheur·ses en épidémiologie, celui d'inégalités, utilisé en santé publique notamment par Thierry Lang. La disparité qualifie ce qui est différent, l'inégalité ce qui n'est pas égal. La dimension injuste, et donc politique, de l'inégalité, nous semble plus juste dans une thèse de sciences sociales. Ce sera donc le terme que nous utiliserons tout au long de cette thèse.

77 Je ne parle pas d'inégalités de santé injustes comme on le voit souvent, ici par exemple : Organisation Mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève, OMS, 2009, car cette notion est culturellement située, et donc floue.

78 Pierre Aïach, *Les inégalités sociales de santé: écrits*, Paris, Economica, 2010, 280 p.

79 Didier Fassin, *Les enjeux politiques de la santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000, p. 26.

80 *Ibid.*, p. 27.

déterminant de la santé et comme la conceptualisation des mécanismes qui les font agir et interagir s'affinent progressivement, puis nous considérerons les déterminants sociaux de la santé, catégorie spécifique de déterminants de la santé et sur le gradient social qui montre comment la santé et le rang social sont directement corrélés. Enfin nous verrons comment l'adoption d'une approche intersectionnelle permet d'affiner la considération par le gradient social en y ajoutant d'autres variables, ce qui permet de repérer plus finement les populations particulièrement victimes des inégalités sociales.

2.1 Comprendre la santé et ses déterminants pour appréhender les inégalités sociales de santé

Le terme de déterminant est utilisé dans la littérature sur les EIS, dans les EIS elles-mêmes, ainsi que de façon plus générale dans la promotion de la santé et les interventions de santé publique.

2.1.1 Qu'est-ce qu'un déterminant de la santé ?

Les déterminants de la santé sont souvent confondus avec les facteurs de risques. Le tableau 1.1 résume les différences entre les deux.

Déterminants	Facteur de risque
« facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » ⁸¹	Caractéristiques individuelles ou collectives dont la présence est associée à une modification de la probabilité d'un événement de santé ⁸²
Basé sur une causalité démontrée ou supposée	Approche probabiliste ou statistique et non sur la causalité

81 Organisation Mondiale de la Santé, *Glossaire de la promotion de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1998, p. 7.

82 François Alla, « Les déterminants de la santé » dans *Traité de santé publique*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 15.

Vision positive de la santé	Événement de santé négatif (maladie)
Vient des sciences sociales et de l'intervention en santé	Vient de l'épidémiologie

Tableau 1.1 : Différences entre facteurs de risques et déterminants de santé

Plutôt qu'une véritable différence conceptuelle, cette ambiguïté entre les termes tient plutôt de la position de la santé publique au croisement de différents champs disciplinaires.

Selon l'approche par les déterminants, la santé est influencée par de multiples déterminants, isolément ou combinés à d'autres⁸³. Elle dépend à la fois de caractéristiques individuelles, comme l'âge, le genre, l'éducation ; de déterminants liés aux comportements, comme l'alimentation, l'activité physique, ou l'abus de certaines substances ; de déterminants environnementaux, comme l'exposition à des nuisances ; et enfin de déterminants structurels, comme l'emploi, la pauvreté et le travail⁸⁴. Ainsi agir sur la santé implique d'avoir une action intersectorielle et de s'interroger sur les caractéristiques propres des individus, et sur le cadre de vie des populations.

Le système de soins et de santé est donc loin d'être le seul facteur influençant la santé des populations, et joue même parfois un rôle dans l'accentuation des inégalités sociales de santé. Le système de soins français, bâti sur un modèle universaliste, garantit à tous et toutes le même accès aux soins, mais ne remplit pas toujours son rôle et des inégalités persistent. L'égalité formelle qui le structure tend parfois à reproduire voire à renforcer les inégalités plutôt qu'à les réduire⁸⁵. Un système bâti sur l'universalisme proportionné⁸⁶, garantissant l'accès aux soins de tous et toutes en renforçant ou en modulant l'offre en fonction des besoins des différentes populations, permettrait de corriger les différences d'accessibilité selon les populations⁸⁷.

83 Ministère de la santé et des services sociaux, *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*, Québec, Gouvernement du Québec, 2010.

84 Michael Marmot et Richard Gerald Wilkinson, *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Copenhague, World Health Organization, 2003, p. 9.

85 Bruno Maresca et Sara Helmi, *Les inégalités territoriales de santé. Une approche des bassins de santé.*, Paris, CREDOC, 2014, p. 9.

86 Thierry Lang, « Inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la sante*, 15 juillet 2014, n° 43, n° 2, p. 37.

87 Laurent Chambaud, « Accès aux soins : éléments de cadrage », *Regards*, 2018, vol. 53, n° 1, p. 19-28.

2.1.2 Représenter les déterminants de la santé pour mieux comprendre leur influence

Pour visualiser les déterminants de la santé et les liens entre eux, de nombreux modèles de représentation ont été proposés pendant les dernières décennies. Ils traduisent la prise en compte grandissante des déterminants environnementaux puis sociaux de la santé.

Après le modèle biomédical, le modèle socio-environnemental

Jusque dans les années 1970, c'est le modèle bio-médical qui domine en plaçant la maladie au centre des préoccupations de santé comme « une conséquence de l'action d'un agent pathogène externe (micro-organisme, traumatisme, agent toxique...) sur un individu plus ou moins en capacité de se défendre »⁸⁸. En 1974, un rapport baptisé « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens »⁸⁹, dit rapport Lalonde du nom du ministre canadien de la Santé Nationale et du Bien-être social qui le signe, propose un nouveau cadre de référence, qu'il appelle « conception globale de la santé ». Selon ce modèle, présenté dans le tableau 1.2, quatre grandes catégories de déterminants pèsent sur la santé des individus : la biologie humaine, les habitudes de vie, l'environnement et l'organisation des soins de santé sur la santé d'un individu.

Catégorie	Caractéristiques des déterminants	Exemples de déterminants
Biologie humaine	Dépendent des caractéristiques internes à la biologie de l'individu et sont immuables.	Patrimoine génétique, Vieillessement...
Environnement	Facteurs extérieurs au corps humain, physiques ou sociaux. Possibilité de les contrôler en partie.	Sécurité alimentaire, Pollution de l'air et de l'eau, Milieu social...

88 François Alla, « Les déterminants de la santé » dans *Traité de santé publique*, Cachan, Lavoisier, 2016, p. 15.

89 Marc Lalonde, *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*, Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974.

Habitudes de vie	Ensemble des décisions d'un individu qui ont des conséquences sur sa santé. Dépendent de l'individu.	Alimentation, Exercice, Drogues.
Organisation des soins de santé	Qualité, quantité, agencement et nature des soins	Lieux de soin, Médicaments, Services d'hygiène publique...

Tableau 1.2 : Modèle conceptuel des déterminants de la santé d'après le rapport Lalonde

Ce rapport est considéré comme le premier jalon d'une nouvelle conception de la santé, qui sort du modèle bio-médical, dont on pouvait pourtant déjà voir des prémices moins formalisées en 1946 dans la charte de constitution de l'OMS. Ce modèle, que l'on peut caractériser de socio-environnemental, est ensuite progressivement affiné, pour préciser par exemple les différences entre environnements social et physique, et pour intégrer les déterminants sociaux de la santé.

Vers les déterminants sociaux de la santé

Le modèle développé par Margaret Whitehead et Göran Dahlgren, présenté en 1991 à l'OMS⁹⁰ par exemple (figure 3), se concentre sur les moyens d'agir sur l'équité en santé, et propose un modèle en conséquence, qui tient compte des différences d'influence entre les différentes catégories de déterminants.

90 M Whitehead et G Dahlgren, « What can be done about inequalities in health? », *The Lancet*, 26 octobre 1991, vol. 338, n° 8774, p. 1059-1063.

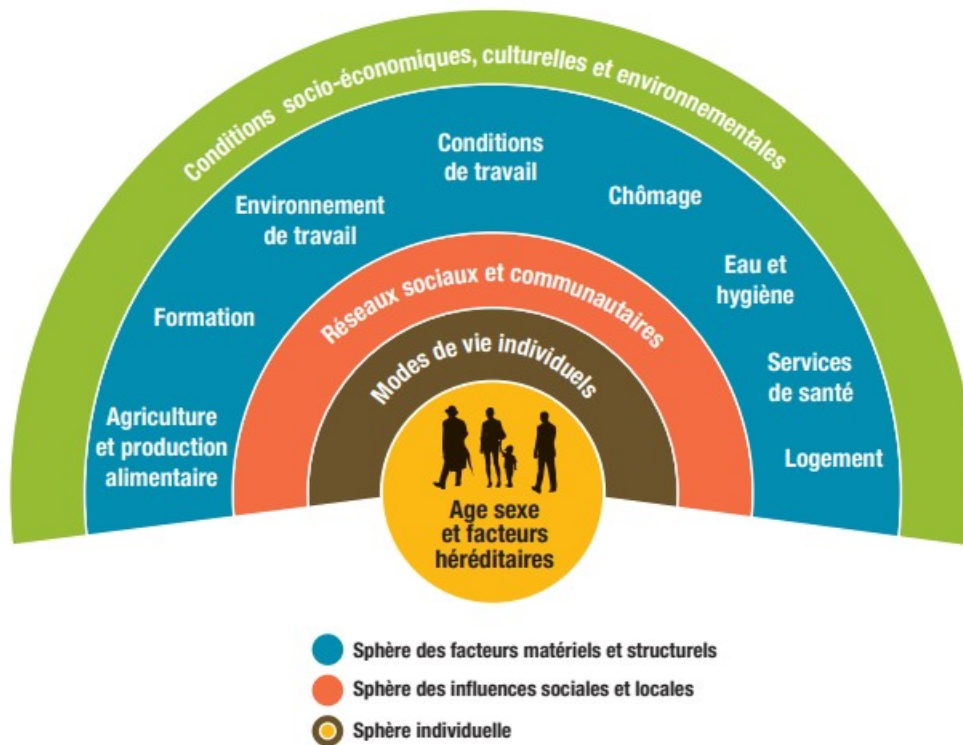


Figure 3 : Modèle de Whitehead et Dahlgren. Source : EHESP.

Selon ce modèle, la sphère individuelle comporte les facteurs biologiques, non modifiables (en jaune) et les comportements et le style de vie (en brun), comme la pratique de l'activité physique, l'alimentation, les addictions... Viennent ensuite les influences sociales et locales (en rouge), comme l'éducation, le statut, les réseaux de soutien, la famille ; puis les facteurs matériels et structurants (en bleu), comme le logement, le travail ; et enfin, les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales (en vert), qui sont les plus éloignés de l'individu. Ce modèle, à la différence du précédent, ne considère plus les comportements en lien avec la santé uniquement comme une question individuelle, mais comme pouvant être influencé par des déterminants extérieurs à l'individu, comme son cadre de vie.

Le modèle actuel

Le modèle développé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, présenté figure 4, reprend les grandes caractéristiques du modèle précédent en y ajoutant le temps et l'espace comme facteur d'influence.

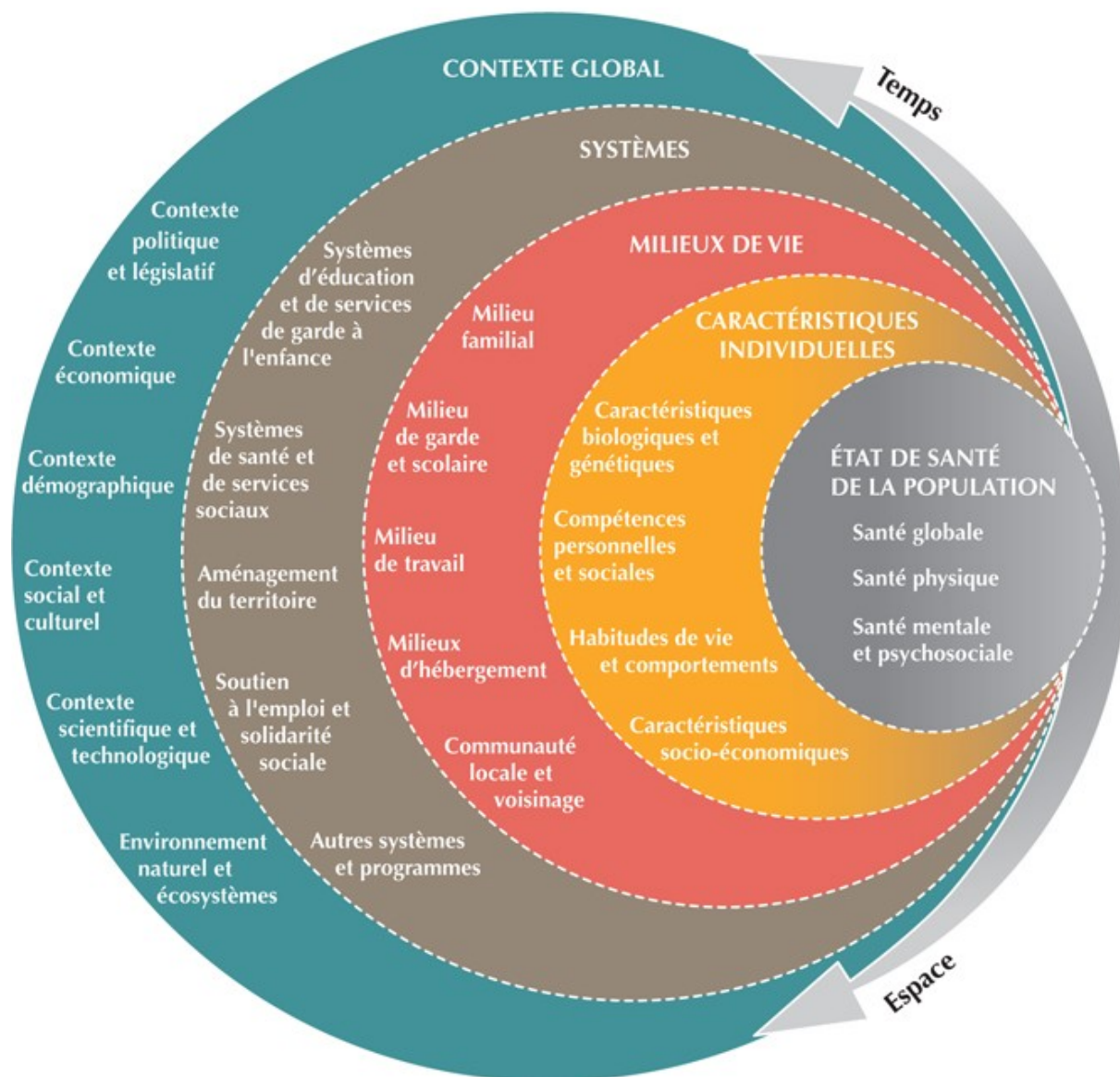


Figure 4: Schéma des déterminants de santé, d'après le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2010.

Les quatre grands champs de déterminants sont rebaptisés en caractéristiques individuelles, milieu de vie, systèmes et contexte global, et recourent globalement les quatre sphères décrites par Whitehead et Dahlgren. S'y ajoutent des sous-champs qui les précisent, pour les caractéristiques individuelles et les milieux de vie par exemple, ce qui permet de mettre en avant des déterminants particulièrement influents sur les inégalités sociales de santé, dont le milieu de travail, ou l'aménagement du territoire. Le modèle ajoute aussi, par rapport au modèle de Whitehead et Dahlgren, des dimensions spatiales et temporelles : ces déterminants et leurs interactions évoluent au fil du temps et varient selon les lieux.

Ces modèles aident à comprendre l'évolution de la prise en compte des déterminants de santé et de la complexité de leurs intrications et interactions. Aujourd'hui, les modèles les plus récents traduisent le fait que certains comportements, comme l'alimentation ou l'activité physique, ne sont pas seulement le résultat de choix individuels, mais qu'ils sont aussi modelés par les caractéristiques du lieu de vie. Par exemple, les comportements tels que la mobilité active peuvent dépendre à la fois de l'âge du sujet (déterminant individuel), des représentations liées à la marche ou au vélo, des caractéristiques du lieu de résidence (présence de piste cyclable), et des habitudes prises tout au long de la vie (pratique régulière du vélo, lieu de résidence dans l'enfance...). Ainsi, l'action sur les déterminants individuels ne saurait suffire pour garantir une « bonne » santé tout au long de la vie, et pour lutter contre les ISS. Une action sur des déterminants multiples liés au cadre de vie et à des systèmes plus globaux comme le système de santé ou le travail est nécessaire.

2.1.3 La ville, déterminant de la santé

Plus de la moitié de la population mondiale vit en ville aujourd'hui, et cette proportion va grandissant d'année en année⁹¹. Le concept de santé urbaine, qui émerge à la fin des années 1980⁹², se construit autour du constat de caractéristiques spécifiques des villes, en particulier

91 United Nations et Department of Economic and Social Affairs, *World urbanization prospects, the 2014 revision highlights*, New York, United Nations, 2014.

92 Alison Todd, « Health inequalities in urban areas: a guide to the literature », *Environment and Urbanization*, 1996, vol. 8, n° 2, p. 141-152.

en termes d'ampleur et de flagrance des inégalités entre les plus riches et les plus pauvres⁹³, qui en font un des déterminants de la santé. Si la recherche en santé urbaine se concentre principalement sur les villes des Sud, le concept est généralisable au Nord également⁹⁴ : il est utilisé par exemple par l'OMS avec le réseau des Villes-Santé⁹⁵, qui s'étend à la planète entière. La santé urbaine inclut deux aspects : la description de la santé des populations urbaines et des inégalités entre elles, et l'influence des déterminants de santé sur cette population⁹⁶.

En effet, l'aménagement des villes influence la santé et le bien-être des populations qui les occupent, comme le résume la figure 5. Par exemple, réduire la place de la voiture et favoriser les mobilités douces réduit, entre autres, la pollution atmosphérique, ce qui réduit les risques de maladies respiratoires. Mais l'aménagement est aussi générateur d'inégalités. L'environnement physique urbain détermine la santé en ville : il se réfère aux formes architecturales, aux infrastructures, à la qualité de l'air, de l'eau, au bruit, et à la présence et la qualité des espaces verts et de la biodiversité de façon plus générale. Les inégalités sociales de santé se traduisent dans les territoires par des inégalités dans l'exposition aux nuisances environnementales, et plus globalement dans l'exposition aux caractéristiques du contexte résidentiel et les conditions de logement, ainsi que dans l'implication des acteurs locaux⁹⁷.

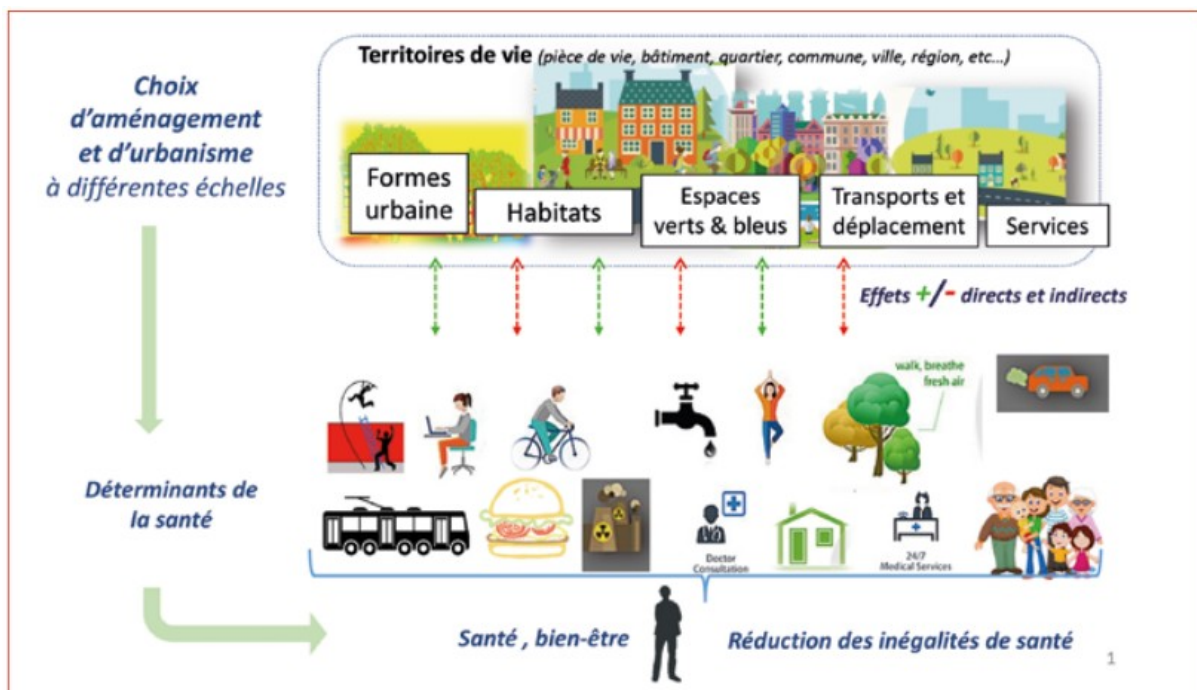


Figure 5: Représentation graphique des déterminants de la santé urbains, repris du guide IsADoRA, EHESP, 2019.

La ville, ou plutôt son organisation et son mode de fonctionnement, peut donc être considérée comme un important déterminant de la santé, dans la mesure où elle concentre à la fois les populations et les difficultés comme les pollutions et les inégalités, mais peut aussi devenir génératrice de santé⁹⁸, et participer à la réduction des inégalités sociales.

2.2 Des inégalités de santé à travers tout le spectre social : les déterminants sociaux de la santé et le gradient social

Parmi les déterminants exposés précédemment et en lien avec notre recherche, nous portons une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé, qui regroupent :

« ... les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances, qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est-à-dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde. »⁹⁹

Un modèle des mécanismes d'action des déterminants sociaux de la santé

La figure 6¹⁰⁰ représente les mécanismes d'actions des déterminants sociaux de la santé. Il s'agit d'une combinaison de déterminants structurels, qui dépendent du contexte socio-économique et politique global, et de la position socio-économique d'un individu ; ainsi que de déterminants intermédiaires, qui dépendent des premiers, et peuvent être individuels comme les conditions matérielles d'existence et les comportements, mais aussi collectifs, car

98 Cholé Voisin-Bormuth, *Des villes productrices de santé ?*, Paris, La fabrique de la cité, 2020.

99 Organisation Mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, op. cit.

100 Orielle Solar et Alec Irwin, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Genève, WHO Document Production Services, 2010, p. 48.

ils dépendent aussi du système de soins existant. Le modèle montre comment tous ces facteurs sont interdépendants.

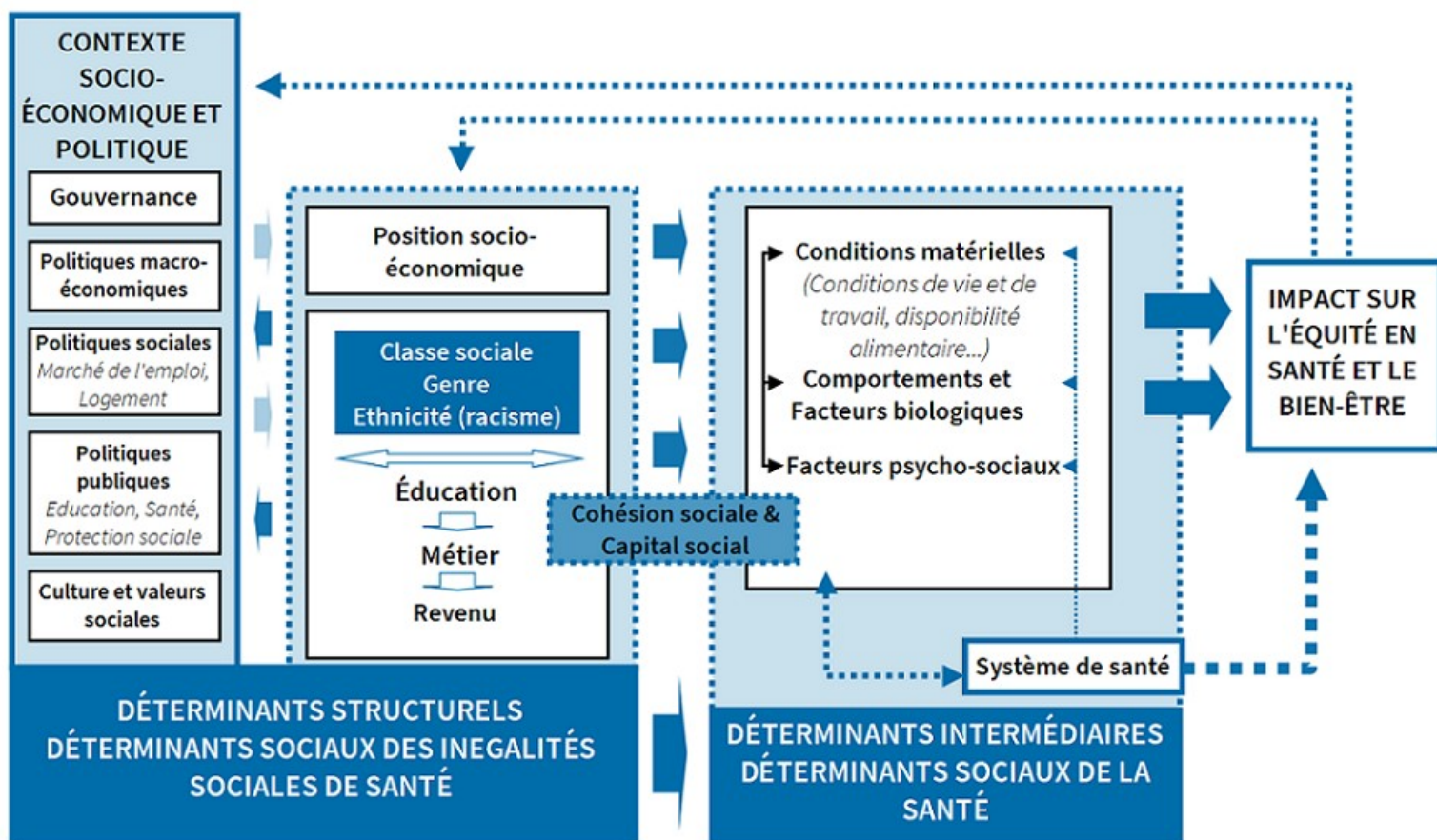


Figure 6: Schéma conceptuel des déterminants sociaux de la santé (traduit de Solar et Irwin, 2010)

Dans ce modèle, le contexte socio-économique tient une place importante : cela désigne tous les « mécanismes sociaux et politiques qui génèrent, configurent et maintiennent les hiérarchies sociales »¹⁰¹. Solar et Irwin insistent sur l'importance de ces déterminants : si peu d'études ont été menées sur ces sujets encore, celles qui ont été réalisées montrent l'importance de ces déterminants contextuels dans la répartition sociale des impacts sur la santé : ainsi, les politiques publiques, notamment l'aménagement, ont une influence importante sur l'état de santé des personnes. Nous verrons maintenant comment cela s'incorpore dans les individus¹⁰².

101 *Ibid.*, p. 25. Toutes les citations issues de ce rapport sont traduites par l'autrice.

102 La notion d'incorporation biologique est popularisée dans les années 1990, elle « renvoie littéralement à la façon dont une personne incorpore biologiquement le milieu dans lequel elle vit, « milieu » étant à considérer dans une définition large, incluant l'environnement physique et chimique mais aussi social et

L'influence de la position sociale sur la santé

Pour mieux comprendre de quelle manière ces déterminants agissent sur la santé, Richard D. Wilkinson et Michael Marmot présentent dans *Social Determinants of Health*¹⁰³ l'influence de dix déterminants sociaux de la santé — chacun faisant l'objet d'un chapitre de l'ouvrage : les disparités sociales, le stress tout au long de la vie, la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social, les toxicomanies, l'alimentation et les transports (qui incluent les transports actifs). L'encadré « Les déterminants sociaux de la santé d'après Marmot et Wilkinson » présente l'influence de ces déterminants sur la santé des individus à partir de l'ouvrage de Wilkinson et Marmot, complétés de références plus récentes s'il y a lieu. Il permet de se représenter comment ces déterminants sociaux de la santé influent sur la santé des populations comme sur les comportements. Nous nous pencherons ici surtout sur le premier d'entre eux, les disparités sociales de santé qui s'incorporent dans l'individu, et la notion de gradient social de santé qui en rend compte.

Ainsi, pour toute position sociale donnée, un individu est en meilleure santé que celui juste en dessous de lui, et en moins bonne que celui juste au-dessus. Cette notion permet de saisir que les inégalités sociales de santé ne concernent pas que les marges de la population, mais bien la société dans son ensemble, et sont structurelles. Elles ne s'observent pas uniquement en comparant les plus défavorisés au reste de la population, mais parcourent toute la société. Il ne s'agit plus d'opposer les précaires aux autres, mais bien d'observer les déclinaisons de ces inégalités au travers du gradient social de santé¹⁰⁴. Analyser la société en termes de pauvreté plutôt que d'inégalités favorise un discours dualiste et une vision binaire. La rhétorique de l'exclusion qui en résulte permet la concentration de la recherche comme des responsables politiques sur des catégories sociales spécifiques au bas de l'échelle sociale (les « exclus »), quand une analyse plus large qui prend en compte tout le spectre social permet une réflexion et une prise en compte de l'ensemble des déterminants et des processus qui

psychologique. » (Cyrille Delpierre et al., « Environnement social, incorporation biologique et inégalités sociales de santé », *médecine/sciences*, 1 août 2018, vol. 34, n° 8-9, p. 741.

103 Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, États-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, 292 p.

104 INSERM, *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, Paris, INSERM, 2014, 588 p.

rendent compte de ces inégalités¹⁰⁵. Cette notion de gradient social oblige à créer de nouvelles catégories pour penser les inégalités sociales de santé.

Les déterminants sociaux de la santé d'après Marmot et Wilkinson

En plus de la position sociale comme premier déterminant de la santé de la santé, Marmot et Wilkinson en décrivent neuf autres, sur lesquels agir pour diminuer les inégalités sociales de santé.

Le stress causé par des conditions sociales et psychologiques défavorables est aussi un déterminant de la santé : Barnes, Hall et Taylor parlent de « *wear and tear of everyday life* », que l'on pourrait traduire par « usure » qui varient selon la position sociale, et ce dès l'enfance et même la période prénatale. L'anxiété, l'isolement, l'inconfort psychique causé par la précarité financière, la mauvaise estime de soi et l'absence de contrôle sur la vie professionnelle et/ou familiale ont des effets négatifs sur la santé mentale comme physique à cause des réponses du corps au stress. Ces effets s'accumulent au cours de la vie, et augmentent inversement à la position sociale.

Le développement du fœtus est influencé par de très nombreux déterminants, comme les comportements nutritionnels, le stress, la consommation de tabac, d'alcool ou de drogue, et les soins prénatals qui peuvent augmenter le risque de développement à l'âge adulte de pathologies comme le diabète par exemple. De la même façon, le manque de stimulation et d'affection pour le nourrisson peut entraîner des retards de développement psychomoteurs, scolaires voire des difficultés comportementales, et à terme un risque de marginalisation. Les comportements favorables à la santé (alimentation, activité physique) sont également construits dès l'enfance, en imitant parents et pairs.

L'exclusion sociale et la pauvreté financière et le manque relatif qui l'accompagnent souvent, constituent également un déterminant important pour la santé des individus. Les difficultés d'accès à un logement décent, à l'éducation, aux transports, et plus globalement des éléments de base de la vie en société, à cause de la pauvreté, du racisme, des discriminations ou de l'hostilité sont liés à une moins bonne santé, physique et mentale, et à des risques augmentés de mort prématurée. Les individus qui vivent ou ont vécu dans des institutions comme des prisons, des hôpitaux psychiatriques, des structures d'accueil pour les enfants sont particulièrement vulnérables. Au-delà des effets directs de la pauvreté sur la santé, la vie dans un quartier défavorisé, qui concentre un faible taux d'emploi, des logements de mauvaise qualité,

105 R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, op. cit.

des accès limités aux services et aux transports influence aussi négativement la santé.

L'environnement psychosocial au travail est un déterminant de la santé ; le stress, l'impossibilité de mettre ses compétences à profit, et le manque de contrôle et de décision sur son travail ont des conséquences sur la santé mentale et physique.

Les périodes de chômage impactent également la santé mentale et physique¹⁰⁶ tout comme l'insécurité face à l'emploi, en augmentant les risques d'anxiété et de dépression, et à terme le risque de développement de maladies cardio-vasculaires.

Les bonnes relations et le soutien social et émotionnel influencent positivement la santé, car l'appartenance à un réseau donne aux individus l'impression d'être aimés, estimée, et valorisée ce qui diminue les risques de maladie cardio-vasculaire, et améliore la santé mentale.

La dépendance à l'alcool, l'usage de drogues et le tabagisme sont plus importants dans des situations de défaveur économique (en comparaison de population plus aisée), et fonctionnent comme des cercles vicieux, contribuant à augmenter les inégalités de santé.

L'accès à une alimentation saine est un déterminant majeur de la santé. Les populations

106 Mel Bartley, Jane Ferrie et Scott M Montgomery, « Living in a high unemployment economy: understanding the health consequences » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 81-104 ; Aileen Robertson, Eric Brunner et Aubrey Sheiham, « Food is a political issue » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 179-210 ; Michael Wadsworth, « Early Life » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 44-57 ; Martin J Davis et Jane Wardle, « Social patterning of individual health behavior : the case of cigarette smoking » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 240-255 ; Mark McCarthy, « Transport and Health » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 132-154 ; Lucy Barnes, Peter Hall et Rosemary C. R. Taylor, « The Social Sources of the Health Gradient: A Cross-National Analysis », *SSRN Electronic Journal*, 18 juillet 2010 ; Michael Marmot et Eric Brunner, « Social organization, stress and health » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 17-43 ; Stephen A. Stansfeld, « Social support and social cohesion » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 155-178 ; Michael Marmot et al., « Health and psychosocial environment at work » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 105-131 ; Mary Shaw, Danny Dorling et George Davey Smith, « Poverty, Social Exclusion, and minorities » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 211-239.

défavorisées ont des régimes alimentaires moins favorables à la santé, ce qui augmente les risques d'obésité, de surpoids, de diabète et de maladies cardio-vasculaires.

Les modes de déplacement actifs et les transports en commun sont favorables à la santé, car ils entraînent une activité physique, réduisent les risques d'accidents de la route, augmentent les interactions sociales et n'augmentent pas la pollution de l'air.

On aperçoit ici l'influence et l'intrication des déterminants sociaux en particulier dans la santé des individus. S'il revient à chacun d'avoir des comportements de vie sains, de ne pas trop fumer, de boire et d'avoir une alimentation saine, ces prises de décision ne sont en réalité pas seulement le fruit de décisions conscientes des individus, mais bien de mécanismes complexes qui agissent parfois depuis la période fœtale et tout au long de la vie¹⁰⁷ indépendamment de la volonté des individus. Pourtant, cette approche mérite d'être complétée par une approche intersectionnelle, qui ajoute à la position sociale d'autres facteurs d'influence qui permettent de mieux saisir les inégalités sociales de santé.

2.3 Du spectre à la nébuleuse : de l'intérêt d'une approche intersectionnelle des inégalités sociales de santé

L'approche par le gradient social de santé, désormais largement reprise dans les études sur les ISS, gagne à être enrichie d'une approche par l'intersectionnalité, encore peu mobilisée, pour lutter contre les inégalités sociales de santé, comme le propose la sociologue Estelle Carde¹⁰⁸. En effet, le statut socio-économique n'est pas le seul à avoir une influence sur la santé. En multipliant les axes de domination pris en compte, comme la race et le genre en plus de la position sociale, on passe d'une droite de corrélation à un nuage de points, on parvient à une compréhension plus fine des ISS, ce qui permet de proposer des solutions plus adaptées pour les réduire. La première étape pour se faire est d'identifier d'autres rapports de domination que la position sociale qui ont une influence sur la santé.

107 Michelle Kelly-Irving, « Life course epidemiology » dans *Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*, Paris, Editions Dicom, 2017, p. 92-97.

108 Estelle Carde, « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité », *Sciences sociales et sante*, 22 mars 2021, vol. 39, n° 1, p. 5-30.

L'intersectionnalité est développée par la juriste Kimberlé Crenshaw à la fin des années 1980¹⁰⁹, d'abord dans une perspective militante, en lien avec le *black feminism* et est rapidement reprise pour analyser les inégalités sociales. Selon cette grille de lecture, les inégalités ne sont pas seulement des entités indépendantes dont les effets s'additionnent sur les individus, mais au contraire s'imbriquent les unes dans les autres dans une « matrice de domination »¹¹⁰. Cela signifie que, par exemple, l'oppression subie par les femmes noires n'est pas seulement l'addition d'une oppression raciale et d'une oppression de genre, mais bien une forme d'oppression spécifique à l'articulation des deux. Cette grille d'analyse ne fonctionne pas que pour les femmes, mais pour tout rapport de domination. La définition qu'elle donne des inégalités sociales de santé la suivante : « toutes les différences de santé résultant d'un rapport de pouvoir sont des ISS »¹¹¹, c'est-à-dire qu'il existe des différences de santé entre des groupes situés différemment sur un axe inégalitaire donné : race, genre...

Approcher la santé par l'intersectionnalité

Pour Estelle Carde, sociologue à l'Université de Montréal, deux théories sociologiques influencent la recherche sur les ISS et se traduisent par des approches différentes : la théorie des causes fondamentales, et la théorie écosociale.

Pour la première, qui s'inscrit dans l'économie politique de la santé, les rapports de pouvoir et l'inégale répartition des ressources (connaissance, argent, prestige, réseaux) sont à la base de ISS¹¹². Les ISS persistent au cours des siècles même si ce ne sont plus les mêmes déterminants qui affectent la santé des populations : les facteurs de santé les plus proximaux ont changé avec la transition épidémiologique (l'exposition à des facteurs d'infection dans des logements insalubres par exemple, comme on l'a vu dans la première partie de ce chapitre), mais les plus distaux (comme la pauvreté relative) restent les mêmes. Ces « causes des causes », que l'on dit « causes fondamentales », déterminent l'accès aux ressources cruciales à la santé, ressources dites « flexibles » : par exemple l'alimentation, le logement, le travail.

109 Kimberlé Crenshaw, « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », *The University of Chicago Legal Forum*, 1989, vol. 140, p. 139-167.

110 Patricia Hill Collins, *Black feminist thought : knowledge, consciousness and the politics of empowerment*, New York, Routledge, 1991 [1990], p. 225.

111 E. Carde, « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité », art cit, p. 463.

112 Bruce G. Link et Jo C. Phelan, « Social Conditions As Fundamental Causes of Disease », *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, p. 80-94.

La liste des causes fondamentales (d'abord le rapport socio-économique, puis la race par exemple¹¹³) reste ouverte. Pour l'auteurice, cette approche, en repérant les rapports « fondamentalement » inégalitaires dans l'accès aux ressources qui permettent la santé, facilite le déploiement d'une analyse intersectionnelle qui, elle, éclaire les implications de ces rapports, même si la théorie des causes fondamentales ne permet pas d'expliquer comment ces rapports créent des différentiels de santé.

La théorie éco-sociale crée le concept « d'incorporation »¹¹⁴ (*embodiement*) pour expliquer les inégalités sociales de santé¹¹⁵. Cette théorie met en lumière les interactions entre l'individu et son environnement physique et social à toutes les échelles. La matérialité biologique de l'individu et le produit social qu'il est aussi se confondent. On peut ainsi sortir du dualisme nature/culture au profit d'une « co-construction du biologique et du social »¹¹⁶. Cela permet à Anne Fausto-Sterling, une des sociologues à l'origine de cette théorie, d'affirmer que « nous sommes toujours à 100 % biologique et 100 % social » (« *we are always 100 percent nature and 100 percent nurture* »)¹¹⁷, et que ce 100 % social est aussi différencié selon l'âge, la race, l'orientation sexuelle ou le statut socio-économique. Cette approche est notamment reprise par des chercheuses féministes pour contester le postulat selon lequel les différences de santé entre hommes et femmes tiennent du biologique pour soutenir plutôt qu'elles tiennent du traitement social différencié entre les individus selon le sexe qui leur est attribué¹¹⁸. En argumentant en faveur d'une dés-essentialisation et d'une dés-universalisation de la condition féminine comme de la condition masculine, ces auteurices montrent « l'imbrication et la co-construction des rapports sociaux qui, tous ensemble, participent à ce système dynamique que constituent l'individu et son environnement »¹¹⁹, ce qui permet de relier l'approche éco-sociale à l'intersectionnalité.

113 Jo C. Phelan et Bruce G. Link, « Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? », *Annual Review of Sociology*, 2015, vol. 41, n° 1, p. 311-330.

114 Lire la note 102 page 59.

115 Nancy Krieger, « Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective », *International Journal of Epidemiology*, août 2001, vol. 30, n° 4, p. 668-677.

116 Celia Roberts, « Biological Behavior? Hormones, Psychology, and Sex », *NWSA Journal*, 2000, vol. 12, p. 1-20.

117 Anne Fausto-Sterling, « The Bare Bones of Sex: Part 1—Sex and Gender », *Signs*, 1 décembre 2005, vol. 30, p. 1510.

118 E. Carde, « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité », art cit, p. 11.

119 *Ibid.*, p. 12.

L'approche par l'intersectionnalité est complémentaire des approches engendrées par ces théories : la théorie des causes fondamentales permet d'identifier les rapports sociaux fondamentalement inégaux, l'intersectionnalité examine leurs imbrications, et l'approche éco-sociale éclaire sur l'incorporation de ces rapports.

Illustrer l'intérêt de l'intersectionnalité pour les politiques de santé publique

Pour comprendre comment l'approche par l'intersectionnalité permet de saisir mieux encore comment le statut social s'incarne dans les individus que le gradient social seul, nous donnerons deux exemples. Le premier montre comment un trait défavorable influence la santé, le deuxième montre comment un trait *a priori* favorable peut devenir défavorable quand couplé à un autre, dans une « combinaison dissonante ».

Aux États-Unis, à niveau socio-économique égal, les personnes noires sont en moins bonne santé que les personnes blanches¹²⁰. La génétique contredit l'idée selon laquelle cette différence serait liée à une plus forte propension à développer certaines maladies. En revanche, la théorie éco-sociale permet d'analyser les liens entre l'environnement social des Noirs et leur état de santé : la détérioration de ce dernier est le résultat de réactions en chaîne qui impliquent leurs gènes, mais sont induites par les multiples discriminations subies tout au long de leur parcours de vie : discrimination à l'emploi, dans le logement, stress entraîné par des micro-agressions quotidiennes...¹²¹ La race perçue apparaît donc comme significative dans l'état de santé d'un individu. La théorie des causes fondamentales va dans le même sens : le statut racial a une influence directe sur l'accès aux ressources de façon directe, car il va de pair avec un prestige moindre, et de façon indirecte, car il entraîne un statut socio-économique moindre à cause du moindre accès à l'emploi des personnes noires.

120 *Ibid.*, p. 13.

121 Nancy Krieger, « Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology », *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1 mai 2005, vol. 59, n° 5, p. 350-355.

De la même manière, les traits de la masculinité hégémonique¹²², notamment la violence et le désir sexuel donnent un pouvoir plus important aux individus qui les adoptent sur les autres, qu'il s'agisse d'autres hommes et/ou de femmes¹²³. Ces traits sont des constructions sociales et non une nécessité biologique : ils sont défavorables à la santé des individus qui les adoptent notamment, car ils les poussent à adopter des comportements à risque. Cela explique le différentiel paradoxal de santé entre hommes et femmes, les hommes devant théoriquement vivre plus longtemps que les femmes au regard de leur statut socio-économique en moyenne plus élevé. Qui plus est, ces traits sont plus reconnus chez les individus majoritaires, poussant les individus minorisés (notamment les personnes racisées et les jeunes hommes) à les adopter de façon excessive pour montrer qu'ils sont de « vrais hommes », exposant d'autant plus leur santé. De façon peut-être contre-instinctive, correspondre effectivement à ces caractéristiques de la masculinité hégémonique peut aussi devenir défavorable. Aux États-Unis toujours, chez les hommes, les décès dus à l'absence de soins préventifs sont plus élevés au fur et à mesure que la position sur le gradient social est élevée¹²⁴. Pour les chercheuses, cela tient au fait que les hommes âgés d'aujourd'hui sont nés dans les années 1950, quand les caractéristiques normatives de la masculinité hégémonique sont particulièrement mises en avant. Par ailleurs, plus ils avancent en âge, moins il est aisé d'y correspondre : corps fatigué, perte de prestige et de revenus après le départ à la retraite. Ce déclin est particulièrement difficile à vivre pour les hommes à statut socio-économique élevé, qui se conformaient particulièrement bien à la norme et en tiraient le plus de bénéfices. Pour continuer à faire preuve de virilité malgré leur statut diminué, ils mettent l'accent sur un autre trait de la masculinité hégémonique : le dédain pour la santé, et ont donc peu recours au soin, et à la prévention. Ici, un statut social favorable habituellement est défavorable sur une trajectoire de vie masculine. Les chercheuses parlent

122 Le concept de masculinité hégémonique est introduit par la sociologue australienne Raewyn Connell en 1995, qu'elle définit comme « la configuration des pratiques de genre qui incarne la solution socialement acceptée au problème de la légitimité du patriarcat, et qui garantit (ou qui est utilisée pour garantir) la position dominante des hommes et la subordination des femmes ». (Raewyn Connell, *Masculinités: enjeux sociaux de l'hégémonie*, traduit par traduit par Clémence Garrot et al., Paris, France, Éditions Amsterdam, 2022 [1995], 331 p.) Parmi les traits qui incarnent cette masculinité hégémonique, on trouve la force physique, la maîtrise des émotions, l'agressivité, le courage, l'assurance, l'appétit sexuel...

123 Raewyn W. Connell et James W. Messerschmidt, « Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique ? Traduction coordonnée par Élodie Béthoux et Caroline Vincensini », *Terrains & travaux*, 2015, vol. 27, n° 2, p. 151-192.

124 Kristen W. Springer et Dawne M. Mouzon, « “Macho Men” and Preventive Health Care: Implications for Older Men in Different Social Classes », *Journal of Health and Social Behavior*, 1 juin 2011, vol. 52, n° 2, p. 212-227.

de « combinaison dissonante » pour ce type de situation, où une caractéristique *a priori* favorable, ici le statut socio-économique élevé, est défavorable à la santé d'un·e individu quand il est couplé à un autre.

L'approche intersectionnelle permet donc de mieux saisir comment une politique publique va affecter un groupe de population, en affinant sa lecture de cette dernière : par exemple, une politique de valorisation de la pratique du vélo en ville impactera différemment les hommes et les femmes, mais impactera aussi différemment les femmes blanches des femmes noires, les hommes aisés des hommes pauvres, les femmes noires nées en France des femmes noires nées en dehors de celle-ci, etc. Cette caractérisation fine permet de formuler des politiques publiques ciblées en direction de ces populations impactées différemment, pour réduire les inégalités entre elles et les autres. C'est en ce sens que nous nous intéressons à cette approche dans notre thèse.

Les ISS sont donc le produit de déterminants multiples issus à la fois de l'environnement de vie des individus, de leur histoire, de leur environnement social. Ils interagissent entre eux dans l'espace et dans le temps. Face au constat de l'existence de ces inégalités, c'est l'objet de la santé publique que de tenter de les réduire. L'approche intersectionnelle permet d'affiner le choix des populations ciblées par les politiques publiques, qui, on l'a vu, ont une influence importante sur la répartition sociale des impacts sur la santé, au-delà de l'approche souvent mobilisées, par les populations les plus défavorisées. Un dernier brin nous mène à l'émergence politique du problème des inégalités sociales de santé en ville : comment se rencontrent l'effort de la santé publique pour réduire les inégalités sociales et celui de l'aménagement des villes pour réduire la pauvreté ?

3 Vers une approche par l'aménagement

En 2021, dans un éditorial d'un numéro d'ADSP¹²⁵ consacré aux inégalités sociales de santé, Thierry Lang et Gwenn Menvielle rappellent que, malgré des années de recherche en France pour décrire l'ampleur des ISS, comprendre leur persistance et leurs déterminants, il n'y a pas d'améliorations notables quant à leur diminution¹²⁶. Les auteurs constatent que malgré l'existence d'outils permettant d'évaluer l'impact des politiques publiques sur la santé, en particulier sur les inégalités, ceux-ci ne sont que peu utilisés, et invitent à leur déploiement plus large, en particulier en dehors du champ sanitaire. Il existe en France un déséquilibre important entre le système de soins et la prévention : dans la patrie de Pasteur, la recherche médicale et la santé clinique sont locomotives en matière de santé, et c'est plutôt vers elles que vont les financements, au détriment de la santé publique¹²⁷. Le ministère de l'Environnement a en charge certains dossiers de santé publique, par le biais de la santé environnementale, on l'a évoqué plus haut¹²⁸. La santé publique reste tout de même est moins forte que la santé clinique, jusque dans son enseignement, et reste longtemps creuse, inconsistante, en France¹²⁹.

Notre objectif est de comprendre comment la santé publique et l'aménagement se mêlent dans un objectif commun : la réduction des inégalités sociales de santé, nouvel avatar des inégalités sociales tout court. Nous considérerons d'abord les efforts en termes d'aménagement pour réduire les inégalités sociales, puis ceux de la santé publique pour en faire de même, enfin sur l'alliance des deux, qui amène à la formulation du problème des inégalités sociales de santé en ville.

125 Actualités et Dossiers en Santé Publique, la revue du Haut Conseil de la Santé Publique (HSCP).

126 Gwenn Menvielle et Thierry Lang, « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », *ADSP*, 2021, vol. 113, n° 1, p. 2-2.

127 A. Morelle et D. Tabuteau, *La santé publique, op. cit.*, p. 41.

128 Lire 1.3.1 La santé environnementale : le retour d'une approche par les milieux de vie p. 44

129 A. Morelle et D. Tabuteau, *La santé publique, op. cit.*, p. 24.

3.1 La réduction des inégalités sociales par l'aménagement

En France, la politique de la ville est construite en réponse au constat de l'existence de poches de concentration de la pauvreté dans certaines zones urbaines, depuis la fin des années 1970. Elle concerne surtout les quartiers de grands ensembles, mais depuis 2015, le critère de pauvreté est le seul retenu pour déterminer les territoires qui bénéficient de la politique de la ville¹³⁰ et d'autres formes urbaines sont donc aussi concernées.

La politique de la ville doit contribuer à répondre à la fameuse « question urbaine » qui remplace la « question sociale » dont elle recouvre les enjeux en y ajoutant le prisme de l'aménagement. Les inégalités sociales se creusent, et cela se traduit notamment par le morcellement des villes, dans la différenciation de plus en plus importante entre les quartiers et une difficulté des habitant·es à « faire ville », ou « faire société ». Cette lecture faite par Jacques Donzelot en 1999 n'a pas perdu de sa réalité¹³¹, vingt-quatre ans plus tard. La politique de la ville vise donc à réduire les inégalités sociales entre les quartiers d'une ville, en mettant en place des dispositifs de soutien dans les quartiers les plus défavorisés, et notamment en leur allouant des moyens financiers spécifiques, pour la rénovation des quartiers surtout, mais aussi pour l'éducation, l'emploi, l'économie. Il s'agit donc d'un dispositif politique territorialisé mis en place pour favoriser une plus grande équité entre les territoires et les gens qui les occupent. La politique de la ville met en place des actions pour l'éducation, pour l'emploi, pour la sécurité, et pour la cohésion sociale, mais c'est surtout l'habitat et le cadre de vie qui est concerné, avec des programmes successifs de renouvellement urbain, coordonnés par l'ANRU (Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine), qui vise à « améliorer l'habitat, promouvoir la mixité sociale, désenclaver les quartiers et stimuler le développement économique grâce à des opérations de destruction-reconstruction, de réhabilitation et de relogement des [habitant·es]. »¹³²

130 Lire l'encadré « La sélection de la géographie prioritaire. » page 71.

131 J. Donzelot et O. Mongin, « De la question sociale à la question urbaine », art cit.

132 D'après le Ministère de la transition écologique et de la Cohésion des territoires : <https://www.ecologie.gouv.fr/renouvellement-urbain-dans-quartiers-prioritaires>

La sélection de la géographie prioritaire. Depuis la réforme de la politique de la Ville mise en place au 1er janvier 2015 pour contrer la « dilution de l'action publique » dénoncée en 2012 par la Cour des Comptes, la géographie prioritaire est définie uniquement sur le niveau de revenu des populations. Grâce aux données carroyées à 200m, l'ONPV (Observatoire National de la Politique de la Ville) relève les espaces où les populations ont les revenus les plus bas, par rapport à l'agglomération dans laquelle elles se trouvent d'une part, et de l'autre, par rapport aux revenus de la France métropolitaine. Les quartiers qui bénéficient de la politique de la Ville sont ainsi déterminés¹³³. Ce système remplace les différents zonages en place jusque-là, notamment les CUCS et les ZUS. On passe donc de près de 2500 quartiers bénéficiant de la politique de la Ville à 1500, et il n'y a plus de référence explicite ni à la forme du bâti ni aux difficultés liées à l'habitat, à part dans quelques territoires ultra-marins. Parmi ces quartiers, 200 quartiers prioritaires ont été identifiés comme présentant les «dysfonctionnements urbains» les plus importants. Ils sont visés en priorité par le nouveau programme national de renouvellement urbain (NPNRU). Ainsi, en Île-de-France, 37% des habitants des quartiers prioritaires vivent en dessous du seuil de pauvreté, et l'écart entre le taux de pauvreté dans ces quartiers et les autres quartiers de l'unité urbaine de Paris est de 38% d'après l'INSEE. Outre ce critère financier, les habitants des quartiers prioritaires ont des caractéristiques communes autres et cumulent les fragilités au-delà de la fragilité économique. Il apparaît donc que, par rapport aux unités urbaines qui les englobent¹³⁴, les quartiers prioritaires regroupent des populations globalement plus jeunes, moins diplômées, avec des taux de chômage et d'emplois précaires plus élevés et une plus forte proportion de familles monoparentales et de familles nombreuses, ainsi que d'étrangers.

Même si la rénovation physique des quartiers « prioritaires » n'est pas le seul moyen mis en place, c'est dans ces moments de renouvellement urbain que se concentrent les possibilités d'action. C'est donc largement par l'action sur la ville que l'on entend réduire les inégalités

133 ONZUS, *Rapport de l'observatoire national des zones urbaines sensibles 2014*, Paris, Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, 2014 ; Auriane Renaud et François Sémécurbe, *Les habitants des quartiers de la politique de la ville : la pauvreté côtoie d'autres fragilités*, Paris, INSEE, 2016 ; Cour des Comptes, *La politique de la ville, une décennie de réformes*, Paris, Cour des Comptes, 2012.

134 D'après l'INSEE, une unité urbaine est une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2000 habitants. Ici, pour un quartier de la politique de la Ville donné, on appelle unité urbaine englobante l'unité urbaine à laquelle il appartient.

sociales, avec un succès plutôt restreint, constaté par la Cour des comptes¹³⁵ et déploré par les scientifiques.

3.2 Des difficultés de la santé publique en France à réduire les inégalités sociales de santé

D'un autre côté, les ambitions affichées en santé publique et les moyens qui y sont consacrés en France ne sont pas en adéquation. En effet, la santé publique apparaît comme l'ultime avatar du biopouvoir tel que le théorise Michel Foucault dans son *Histoire de la Sexualité*¹³⁶. Le bio-pouvoir est ainsi défini comme la conjonction d'une « anatomo-politique du corps », c'est-à-dire la discipline du corps-machine¹³⁷, et d'une « biopolitique de la population », qui considère le corps-espèce, c'est-à-dire les humains dans leur ensemble et leur prolifération, santé, durée de vie, longévité... Cela correspond aux ambitions de la santé publique : non pas seulement guérir, mais aussi maintenir en bonne santé, produire de la santé et la maîtriser, en somme, la prévention. En somme, normaliser les populations, au niveau comportemental comme au niveau cognitif pour le bien commun : la santé pour tous et toutes. Didier Fassin montre pourtant que les réalisations de la santé publique sont loin de coïncider avec ces objectifs affichés, à partir d'enquêtes menées dans huit villes françaises et en banlieue parisienne¹³⁸. Il explique par exemple que le domaine de la santé publique est immense au niveau local, aussi bien en matière d'hygiène publique et de police sanitaire que de prévention médicale ou d'action socio-sanitaire. Les politiques publiques de lutte contre la

135 Cour des Comptes, *L'évaluation de l'attractivité des quartiers prioritaires*, Paris, Cour des Comptes, 2020 ; Jérôme David, « Politique de la ville : chronologie », *Revue française des affaires sociales*, 2001, n° 3, p. 17 ; Jacques Donzelot, « Face aux populismes : le double échec de la politique de la ville », *Tous urbains*, 2016, vol. 16, n° 4, p. 42-44 ; Renaud Epstein et Thomas Kirszbaum, « Ces quartiers dont on préfère ne plus parler : les métamorphoses de la politique de la ville (1977-2018) », *Parlement[s], Revue d'histoire politique*, 2019, vol. 30, n° 3, p. 23-46.

136 Michel Foucault, *Histoire de la sexualité*, Paris, France, Gallimard, 1976, p. 181-191.

137 Discipline qui s'incarne dans le dressage donc l'apprentissage des gestes, la majoration donc l'entraînement pour muscler et construire une résistance, et l'extorsion des forces, l'obtention de la force de travail ainsi construite donc intégrer l'individu au système de production capitaliste. Pierre Sauvêtre, « Michel Foucault : problématisation et transformation des institutions », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 1 novembre 2009, n° 17, p. 165-177.

138 Didier Fassin, « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique » dans Marie-Christine Granjon (ed.), *Penser avec Michel Foucault*, Paris, Karthala, 2005, p. 161-182.

toxicomanie par exemple, devraient permettre le contrôle et la surveillance des usagers de drogue, par la récupération des aiguilles, la maîtrise de la déviance dans la distribution de produits de substitution, l'encadrement des pratiques et l'accompagnement personnalisé des populations par un travailleur social tout en faisant de la prévention collective. Ainsi, on parviendrait à une double normalisation des individus, par la discipline, et de la population dans son ensemble par la régulation. Et pourtant, non. D'après l'auteur, « ce qui frappe alors, c'est au contraire l'indigence de la santé publique, la faiblesse de ses moyens, la modestie de ses réalisations, la disproportion entre ce qu'elle prétend être et ce qu'elle est effectivement »¹³⁹. Plutôt qu'un excès de pouvoir comme on le lui reproche souvent, c'est plutôt l'impuissance de la santé publique qui frappe dans cet exemple.

Ainsi, les inégalités sociales de santé restent très importantes malgré les efforts de réduction portés par la santé publique. Par exemple, les politiques de lutte contre le tabagisme ont permis une réduction plus importante de la consommation dans les classes supérieures que dans les classes populaires. Pour Didier Fassin :

« la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours, même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, une aggravation des écarts. »¹⁴⁰

Il apparaît donc comme nécessaire de mener des politiques spécifiques visant la réduction des inégalités, et pas seulement d'ajouter un versant « réduction des inégalités » à des politiques déjà existantes. Une approche différente, plus ciblée et volontaire semble nécessaire pour atteindre les populations les plus défavorisées¹⁴¹. Le HSCP identifie en 2002 dans son rapport de fin de mandature un « paradoxe français » de la santé publique : alors que le système de soins français est identifié comme l'un des plus performants au monde, la mortalité prématurée y est très élevée, et la mortalité accidentelle aussi¹⁴². En effet, alors que l'espérance de vie à 65 ans est une des plus élevées d'Europe, la mortalité prématurée (avant 65 ans donc) est élevée, en particulier chez les hommes. De la même manière, les inégalités

139 *Ibid.*, p. 169.

140 D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, *op. cit.*, p. 33.

141 A. Morelle et D. Tabuteau, *La santé publique*, *op. cit.*, p. 64.

142 Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France 2002*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002, p. 22.

sociales et spatiales, entre les genres, entre catégories sociales, entre régions, entre le Nord et le Sud du pays sont importantes également, elles semblent même aller en s'aggravant.

Ainsi, les inégalités sociales de santé restent très importantes malgré les efforts de réduction portés par la santé publique. Par exemple, les politiques de lutte contre le tabagisme ont permis une réduction plus importante de la consommation dans les classes supérieures que dans les classes populaires. Pour Didier Fassin, « la plupart des interventions qui ne se fixent pas pour but la diminution des disparités, que ce soit dans le domaine social ou sanitaire, produisent presque toujours, même lorsqu'elles réussissent à atteindre leur objectif d'amélioration de la santé de la population dans son ensemble, une aggravation des écarts. »¹⁴³ : il apparaît donc comme nécessaire de mener des politiques spécifiques visant la réduction des inégalités, et pas seulement d'ajouter un versant « réduction des inégalités » à des politiques déjà existantes. Une approche différente, plus ciblée et volontaire, semble nécessaire pour atteindre les populations les plus défavorisées¹⁴⁴. Le HSCP identifie en 2002 dans son rapport de fin de mandature un « paradoxe français » de la santé publique : alors que le système de soins français est identifié comme l'un des plus performants au monde, la mortalité prématurée y est très élevée, et la mortalité accidentelle aussi¹⁴⁵. En effet, alors que l'espérance de vie à 65 ans est une des plus élevées d'Europe, la mortalité prématurée (avant 65 ans donc) est élevée, en particulier chez les hommes. De la même manière, les inégalités sociales et spatiales, entre les genres, entre catégories sociales, entre régions, entre le Nord et le Sud du pays sont importantes également, elles semblent même aller en s'aggravant.

3.3 Donner à l'urbanisme une bio-légitimité

Malgré les difficultés de la santé publique à réduire les inégalités sociales de santé, les questions de santé publique gardent une place importante dans le débat médiatique et mobilisent les populations, alors qu'elle n'a qu'une place subalterne dans l'administration

143 D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, op. cit., p. 33.

144 A. Morelle et D. Tabuteau, *La santé publique*, op. cit., p. 64.

145 Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France 2002*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002, p. 22.

publique. Didier Fassin s'interroge alors sur ce qui fonde la légitimité de la santé publique. Pour lui, plutôt qu'une question de bio-pouvoir effectif, il s'agit plutôt de bio-légitimité. Pour lui, « la menace à l'intégrité des corps »¹⁴⁶ est un ressort de justification politique important. Il prend pour exemple la « nouvelle question sociale »¹⁴⁷ qui se pose dans les quartiers défavorisés. L'angle de la santé légitime l'action et la rend politiquement acceptable. Le thème de la santé est un terrain consensuel pour de nombreux acteur·ices. La légitimité du corps souffrant transcende les préjugés de déviance et devient donc une ressource pour les politiques publiques en faveur de ces catégories. Ainsi, le toxicomane est considéré comme personne menacée par des infections plutôt que comme délinquant dangereux : il devient alors possible de le traiter et de l'aider (même si la tolérance à son endroit est d'une stabilité variable selon les contextes, nous le verrons dans nos études de cas). De même, regarder les effets de l'exclusion et de la pauvreté sous l'angle de leurs effets sur la santé permet un changement de regard sur les populations concernées, en se débarrassant de l'idée de mérite : le pauvre relève d'une prise en charge médicale et son statut social passe au second plan, et les conséquences de sa situation médicale le dispensent de l'obligation morale de « s'en sortir ». Le cadre n'est plus celui de l'action sociale, mais de la santé publique, et singulièrement de la santé mentale. Pour l'auteur, il s'agit « [d'espaces] institutionnels construits par la requalification des situations sociales dans le champ de la santé publique et de la santé mentale »¹⁴⁸ qui permettent la mise en place de dispositifs d'actions multiples, qui puisent dans le référentiel de la souffrance. Ainsi, la bio-légitimité, en tant que reconnaissance politique du corps qui souffre par la société, brouille la frontière entre physique et psychique, mais aussi entre sanitaire et social, et permet l'action dans des domaines au-delà de la santé publique.

Avec cette clé de lecture de la bio-légitimité, l'alliance entre l'aménagement et la santé publique apparaît sous un jour nouveau : la santé publique trouve de nouveaux terrains et moyens d'action pour accomplir ses objectifs de préservation de la vie, et l'urbanisme gagne en légitimité, spécialement dans les quartiers prioritaires où les difficultés à répondre à la

146 D. Fassin, « Biopouvoir ou biolégitimité ? », art cit, p. 174.

147 Que l'on a nommé plus haut « question urbaine » à la suite du sociologue de la ville Manuel Castells, et de l'historien et sociologue de la ville Jacques Donzelot à sa suite (Manuel Castells, *La question urbaine*, Paris, Maspéro, 1981 [1972] ; J. Donzelot et O. Mongin, « De la question sociale à la question urbaine », art cit.).

148 D. Fassin, « Biopouvoir ou biolégitimité ? », art cit, p. 179.

« question urbaine » ont considérablement affaibli l'acceptabilité politique de certains projets. Le problème des inégalités sociales de santé n'est pas limité aux quartiers prioritaires pour autant, mais c'est un des terrains sur lesquels elles sont les plus prégnantes. Le champ de l'urbanisme semble en effet particulièrement propice au développement d'outils pour réduire les ISS, d'autant que, comme on l'a dit, la ville peut être considérée comme un déterminant de la santé.

À quoi ressemble un aménagement favorable à la réduction des inégalités sociales de santé ?

Un projet d'aménagement favorable à la réduction des inégalités sociales de santé doit être adapté au contexte territorial dans lequel il s'inscrit, on ne peut donc pas en faire une description valable de tout temps et en tout lieu. Pour autant, il existe des critères auxquels un projet doit répondre pour ce faire. En premier lieu, les espaces publics doivent être inclusifs pour toutes les populations, quel que soit leur statut social, leur genre, leur orientation sexuelle, leur âge, leur race perçue, leur religion, leur statut migratoire, leur validité. Il faut donc des assises, des fontaines, un éclairage public rassurant qui permet de voir et d'être vu·es. Il faut aussi des espaces dans lesquels les habitant·es du quartier peuvent se rencontrer, des espaces verts de qualité en quantité suffisante et la possibilité de faire de l'activité physique, soit en valorisant les mobilités actives comme la marche et le vélo, soit en installant des agrès sportifs en prenant soin de les installer à des endroits où chacun·e se sentent suffisamment à l'aise pour les utiliser. En deuxième lieu, il doit permettre à tous·tes d'accéder aux services et aux commerces dont iels ont besoin, notamment des services de santé, des transports en commun, des commerces alimentaires à des prix raisonnables. L'encadré « Un projet urbain favorable à la réduction des inégalités sociales de santé. » page 105 donne un exemple de ce que pourrait être un quartier aménagé de façon à réduire les inégalités sociales de santé. Il est construit à partir d'une synthèse de nos lectures sur les déterminants de la santé et la ville inclusive, ainsi que les revues de littérature et les recommandations dans les EIS. Il s'agit d'une proposition, d'un exemple qui n'est en aucun cas prescriptif.

Conclusion du chapitre

Ainsi, nous avons montré comment se constitue le courant du problème dans la mise à l'agenda de la réduction des inégalités sociales de santé par les EIS en France. Le traitement de la pauvreté — et non pas encore des inégalités, formulation plus tardive, en ville par l'aménagement remonte au XIXe siècle avec les hygiénistes et commence par le constat de différentiels de santé importants entre les classes sociales les plus défavorisées et le reste de la population. La lutte contre la pauvreté s'est pourtant départie de sa dimension sanitaire assez rapidement, pour ne plus se concentrer que sur la dimension sociale, traitée sans grands succès par l'aménagement urbain, ôtant à la santé publique une part conséquente de ses capacités. Dans le même temps, la façon de considérer l'influence du milieu de vie dans un sens large sur la santé des populations s'affine. Les ISS sont considérées comme le produit de déterminants multiples issus à la fois de l'environnement de vie des individus, de leur histoire, de leur environnement social. Ils interagissent entre eux dans l'espace et dans le temps. L'alliance entre l'urbanisme, donc le traitement des inégalités par l'organisation de l'espace, et la santé publique refait donc son apparition. Pour ce faire, une démarche émerge : l'évaluation d'impact sur la santé, ou EIS. C'est le courant des solutions.

Chapitre 2. L'EIS, une démarche pour réduire les inégalités sociales de santé ?

Dans ce chapitre, il s'agit de faire la généalogie de la démarche de l'EIS pour comprendre son émergence face au problème des inégalités sociales de santé, identifié dans le chapitre précédent. Pour Michel Foucault, faire la généalogie c'est chercher non pas l'origine et la continuité historique, mais plutôt la « singularité des événements hors de toute finalité monotone »¹⁴⁹, c'est-à-dire hors de toute assignation téléologique. En somme, il s'agit non pas de relever systématiquement les évocations des EIS, mais plutôt de chercher ses filiations dans des commencements multiples, des aléas, des débats et des points de convergence entre des courants de pensée. La généalogie permet de resituer les filiations et les débats autour d'une idée, ou ici d'une démarche. Ce chapitre nous permet d'explorer le courant des solutions dans le modèle développé par Kingdon. Nous verrons comment la démarche d'EIS s'est formalisée en tant qu'instrument d'évaluation des politiques publiques, et qui sont les entrepreneurs de solutions qui l'ont portée.

149 Michel Foucault, *Dits et écrits, 1954-1988, tome II, 1975-1979*, Paris, Gallimard, 1994, p. 136 ; cité dans Judith Revel, *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, France, Ellipses, 2009, p. 37.

1. Une démarche au croisement de trois filiations idéologiques

L'EIS est la traduction française de l'anglais *HIA* (*Health Impact Assessment*). La traduction du *assessment* par « évaluation » peut entraîner une confusion en français¹⁵⁰, car le terme d'évaluation renvoie plus souvent à l'évaluation des politiques publiques, traditionnellement *ex-post* la plupart du temps¹⁵¹, quand l'EIS a lieu *ex-ante*. Les *HIA* sont théorisées, mises en application et perfectionnées dans les pays anglophones avant d'être exportées dans les pays francophones, d'abord le Québec et la Suisse avant d'arriver en France une vingtaine d'années après les débuts de sa théorisation. Pour rendre compte de ce décalage chronologique, qui se traduit aussi, nous le verrons, par un décalage idéologique, le terme *HIA* sera utilisé dans les paragraphes qui suivent pour désigner la démarche telle qu'elle est théorisée à ces débuts dans le monde anglophone.

150 Louise Saint-Pierre, « Évaluation préalable des impacts des politiques sur la santé des populations : une démarche nouvelle », *La Santé en Action*, 2013, n° 424, p. 60 ; Ben Harris-Roxas, « Les EIS : méthodologie et déploiement. Introduction : concepts, évolution de la démarche à l'international et évaluation des EIS », Paris, Inpes, 2015.

151 Voir par exemple les travaux de E. Monnier : Éric Monnier, *Évaluations de l'action des pouvoirs publics*, 2eme édition., Paris, Economica, 1992, p. 102.

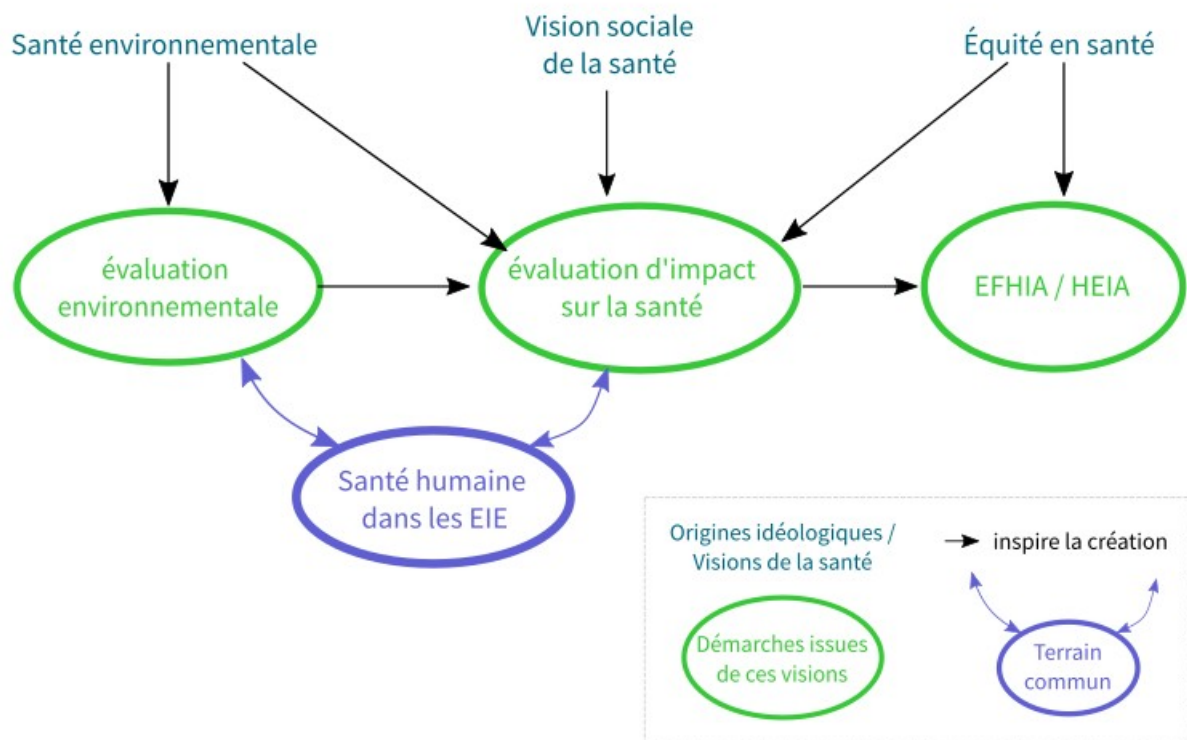


Figure 7 - Schéma des courants à l'origine des HIA, adapté de Harris-Roxas et Harris (2011).
Réalisation : Capucine Frouin.

Les filiations conceptuelles des *HIA* varient parfois légèrement selon les auteurs. Par exemple, John Kemm, théoricien initial des *HIA* en Grande-Bretagne, et Jayne Parry considèrent que les *HIA* trouvent leurs origines au croisement des études d'impact, en particulier les études d'impact environnemental, et de l'émergence et de la promotion des politiques publiques favorables à la santé¹⁵². Harris-Roxas et Harris¹⁵³ donnent à la *HIA* trois filiations liées, mais distinctes : la santé environnementale, la vision sociale de la santé (*social view of health*) telle qu'elle est portée par l'OMS, et l'équité en santé. C'est la vision d'Harris-Roxas et Harris que nous choisissons de développer ici, car elle nous semble la plus complète et la plus claire. Nous nous appuyerons sur le schéma 7 pour décrire les filiations de l'EIS dans les paragraphes qui suivent. Le schéma 7 résume les apports de ces trois filiations dans les EIS aujourd'hui. L'ordre de gauche à droite ne correspond pas à une apparition

152 John Kemm, Jayne Parry et Stephen Palmer (eds.), *Health Impact Assessment*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2004, p. 3.

153 Ben Harris-Roxas et Elizabeth Harris, « Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 juillet 2011, vol. 31, n° 4, p. 397.

chronologique. L'inscription plus ou moins forte dans une de ces filiations est visible à partir des différentes méthodes des *HIA* et des guides qui en résultent, en particulier dans les guides les plus anciens qui datent de la fin des années 1990¹⁵⁴, car les guides les plus récents tendent à s'uniformiser, notamment sur la question de la nécessité de réduire les inégalités de santé¹⁵⁵. L'inscription plus ou moins forte dans une filiation ou une autre donne à l'EIS une coloration différente à l'EIS, et fait varier légèrement leur contenu.

1.1 Première filiation des *HIA* : la santé environnementale

La santé environnementale, première filiation, étudie l'influence des déterminants de l'environnement physique (comme les pollutions de l'air, des sols, de l'eau, mais aussi la présence d'espaces verts par exemple) sur la santé humaine. L'idée est donc loin d'être nouvelle : elle est déjà développée par les hygiénistes au XIXe siècle¹⁵⁶. La représentation de la santé dans le champ de la santé environnementale se concentre sur les déterminants physiques et environnementaux.

La parenté entre évaluation d'impact sur la santé (*HIA* en anglais) et évaluation d'impact environnementale (*EIA* en anglais) est évidente, ne serait-ce que dans leur dénomination. L'évaluation d'impact environnemental apparaît dans les années 1960, en écho aux catastrophes environnementales, comme la découverte du trou dans la couche d'ozone dans les années 1950 ou les premières marées noires, la découverte de la disparition de la biodiversité avec la publication en 1962 de *Printemps silencieux*¹⁵⁷ de la biologiste américaine Rachel Carson, et l'inquiétude du public quant aux risques qu'elles représentent pour la santé humaine¹⁵⁸. L'intégration des *HIA* à différentes formes d'évaluations environnementales a, par ailleurs, été discutée à ses débuts : d'une part, pour répondre à la difficulté de prendre en

154 J. S. Mindell, A. Boltong et I. Forde, « A review of health impact assessment frameworks », *Public Health*, 1 novembre 2008, vol. 122, n° 11, p. 1181.

155 Katherine A. Hebert et al., « Health impact assessment: A comparison of 45 local, national, and international guidelines », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 avril 2012, vol. 34, p. 79.

156 Lire Chapitre 1 1 Ville, santé et pauvreté page 35.

157 R.L. Carson, *Printemps silencieux*, *op. cit.*

158 Lynton K. Caldwell, « Environmental Impact Analysis (EIA): Origins, Evolution, and Future Directions », *Impact Assessment*, décembre 1988, vol. 6, n° 3-4, p. 76.

compte de façon satisfaisante la santé dans les *EIA*¹⁵⁹ ; et d'autre part, peut-être plus pragmatiquement, pour éviter de multiplier les étapes lors de la mise en place de nouvelles politiques ou projets, ainsi que pour profiter du caractère réglementaire de l'*EIA*¹⁶⁰. Si dans les pays en voie de développement, la question semble rester ouverte¹⁶¹, dans les pays occidentaux le débat de l'intégration des *HIA* à d'autres démarches d'évaluation est désormais clos. Dans la plupart des pays, les *HIA* ne sont pas réglementaires, à la différence des *EIA* : elles sont donc facultatives et basées sur le volontariat. Qui plus est, si les objets considérés par les *EIA* et les *HIA* sont similaires, les objectifs et les méthodes sont différents. Si l'une des composantes des études d'impact environnemental est l'impact sur la santé humaine, la vision de la santé y est plus restreinte que dans la *HIA*, et ne se concentre que sur l'environnement physique et sur l'absence de maladie. Cette appréhension de la santé a pourtant eu une forte influence aux débuts de la théorisation de la démarche d'*HIA* : l'approche de la santé présentée dans les guides les plus anciens (au début des années 1990) suit le modèle biomédical, et plus récemment socio-environnemental¹⁶². En France, l'articulation entre évaluation environnementale et évaluation d'impact sur la santé gagnerait à être réfléchi : la plupart des projets sur lesquels sont menés des EIS, en particulier les projets de renouvellement urbain, sont soumis à une évaluation d'impact environnemental, qui est, elle, réglementaire. Dans certains cas, l'EIS est menée avant, dans d'autres après, et les évaluations pourraient se nourrir l'une l'autre.

Les *HIA* qui sont issues de cette filiation idéologique sont basées sur des données toxicologiques et épidémiologiques, donc plutôt sur des données quantitatives dans une approche positiviste, et se concentrent sur les risques sur la santé plutôt que sur la promotion de la santé.

159 Julie E. Martin, « Environmental health impact assessment: Methods and sources », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 mars 1986, vol. 6, n° 1, p. 7.

160 Rhajiv Bhatia et Aaron Wernham, « Integrating Human Health into Environmental Impact Assessment: An Unrealized Opportunity for Environmental Health and Justice », *Environmental Health Perspectives*, 1 août 2008, vol. 116, n° 8, p. 991-1000 ; Jean Simos et Philippe Arrizabalaga, « Utiliser les synergies entre évaluation environnementale stratégique (EES) et évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour promouvoir la prise en compte de l'environnement et de la santé dans les processus décisionnels publics », *Sozial- und Präventivmedizin*, 1 juin 2006, vol. 51, n° 3, p. 133-136.

161 Balsam S. Ahmad, « Integrating health into impact assessment: challenges and opportunities », *Impact Assessment and Project Appraisal*, mars 2004, vol. 22, n° 1, p. 2-4 ; John Kemm, *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*, Oxford, OUP Oxford, 2013, p. 91.

162 J.S. Mindell, A. Boltong et I. Forde, « A review of health impact assessment frameworks », art cit, p. 1179.

1.2 Deuxième filiation des EIS : la vision sociale de la santé

La vision sociale de la santé considère le rôle des déterminants sociaux comme des déterminants physiques et environnementaux dans la santé des individus. Elle promeut donc une approche holistique de la santé. Cette vision est portée par l'OMS dès sa création, qui définit la santé comme « un état de bien-être physique, mental et social complet, et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité »¹⁶³. On retrouve cette définition dans la charte d'Ottawa¹⁶⁴ qui décrit le rôle des déterminants de la santé¹⁶⁵ ainsi que dans le programme des Villes-Santé lancée par l'OMS-Europe. La *HIA* apparaît comme un moyen de promouvoir la santé dans toutes les politiques, et donc dans les domaines autres que la santé. Dans cette filiation, la *HIA* nécessite donc une approche intersectorielle. Le processus est aussi important que son résultat : il se traduit dans les apprentissages et les collaborations entre acteur·ices qui s'y nouent¹⁶⁶. Les données probantes sont plus diverses dans cette filiation des *HIA* que dans celles qui découlent de la santé environnementale : elles s'appuient sur les déterminants de la santé dans leur ensemble, même ceux sur lesquels il n'y a pas de données quantitatives, et sont considérées comme socialement construites. Les travaux de l'EHESP et de Jean Simos sur les EIS et sur l'urbanisme favorable à la santé de façon plus globale de cette filiation issue d'une vision sociale de la santé.

1.3 Troisième filiation de l'EIS : l'équité en santé

La nécessité de prendre en compte les impacts différenciés plutôt que de considérer le public comme homogène distingue cette filiation de celle de la vision sociale de la santé, qui a

163 Organisation Mondiale de la Santé, « Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. »

164 La Charte d'Ottawa est établie à l'issue de la première Conférence Internationale sur la promotion de la santé à Ottawa, au Canada, du 17 au 21 novembre. Elle vise l'égalité en matière de santé, en élaborant une politique publique saine, en créant des milieux favorables, en renforçant l'action communautaire, acquérant des aptitudes individuelles, et réorientant les services de santé.

(<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/charte-ottawa-promotion-sante-conference-internationale-promotion-sante.html>)

165 Organisation Mondiale de la Santé, « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ».

166 Erica Ison, « Health Impact Assessment in a Network of European Cities », *Journal of Urban Health*, 1 octobre 2013, vol. 90, n° 1, p. S109 ; Anna Ritsatakis, « Equity and the Social Determinants of Health in European Cities », *Journal of Urban Health*, 1 octobre 2013, vol. 90, n° 1, p. S96.

une approche plus globale. La dernière filiation considère les *HIA* comme un moyen de réduire les inégalités de santé, en se concentrant sur les impacts différenciés du projet ou plan que l'EIS étudie sur les populations, et en miroir sur l'approche de l'équité en santé. L'émergence de la problématique d'équité en santé apparaît à la fin des années 1980¹⁶⁷ et trouve son origine dans d'autres mouvements historiques, comme celui de la justice environnementale¹⁶⁸. La nécessité de réduire les inégalités de santé entre les populations, en particulier en ville où les écarts entre les plus privilégiés et les plus défavorisés sont les plus importants devient un objectif prioritaire des politiques de santé publique. En permettant l'analyse des impacts à la fois positifs et négatifs sur différents groupes de population, la *HIA* est identifiée, notamment par l'OMS comme un moyen efficace de réduire les inégalités de santé¹⁶⁹.

Les difficultés pour prendre en compte les impacts différenciés, qui ajoute inévitablement une couche de complexité à la démarche, a mené à des réflexions sur la mise en place de *HIA* « *Equity-focused* » (*EFHIA*) et de *Health Equity Impact Assessment (HEIA)*¹⁷⁰. Cependant, l'intérêt de développer des démarches spécifiques est discuté, et il semble que la majorité des spécialistes choisissent d'essayer de renforcer la prise en compte des inégalités dans les *HIA* plutôt que de multiplier les démarches¹⁷¹. La participation citoyenne à la démarche, notamment des populations les plus vulnérables, essentielle dans cette vision des *HIA*, est considérée comme donnée probante. D'après Ben Harris-Roxas et al., les *HIA* issues de cette filiation sont les plus politiquement engagées : les valeurs mises en avant par les parties prenantes y ont une influence plus importante que dans celles issues des autres filiations idéologiques.

167 M. Whitehead et G. Dahlgren, « What can be done about inequalities in health? », art cit, p. 1059 ; M. Marmot et R.G. Wilkinson, *Social Determinants of Health*, op. cit.

168 L. Charles et al., « Les multiples facettes des inégalités écologiques », art cit, p. 3.

169 D'après son site internet : https://www.who.int/health-topics/health-impact-assessment#tab=tab_1

170 Harris-Roxas B, Sarah Simpson et Liz Harris, *Equity-focused health impact assessment: a literature review*, Sydney, Australia, Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), 2004 ; Hassan N. Ayyoub, « Equity focused health impact assessment: social determinants of health », *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 24 décembre 2016, vol. 3, n° 9, p. 2357-2362 ; Sarah Simpson et al., « Equity-focused health impact assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 octobre 2005, vol. 25, n° 7, p. 772-782.

171 Mélanie Villeval, *Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle*, thèse, Toulouse 3, Toulouse, 2015, p. 43.

Ces trois filiations des *HIA* sont à l'origine des EIS telles qu'elles sont mises en place en France à partir des années 2010. Si elles sont toutes inspirées de ces trois filiations, elles s'inscrivent surtout dans la deuxième filiation, notamment les EIS menées en Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de COMODEIS¹⁷², mais on peut en rapprocher certaines de la troisième, particulièrement celle menée à La Rochelle par des universitaires de l'équipe de Yorghos Remvikos de l'Université Versailles Saint-Quentin, et l'EIS Hébert menée par le bureau d'études Énergies Demain. Ces filiations permettent de comprendre quelles idéologies sont à l'origine de l'émergence de cette « solution », pour reprendre la terminologie développée par Kingdon. Pour synthétiser, si à ses débuts, l'EIS est plutôt intégrée dans les Évaluations d'Impact sur l'Environnement¹⁷³, l'émergence d'une méthodologie propre, appuyée sur une définition large de la santé et une prise en compte des déterminants sociaux de la santé lui permet de se constituer rapidement en tant que démarche spécifique. Ce besoin de mettre en place une démarche spécifique reflète la prise de conscience des conséquences sur la santé des décisions politiques et des projets publics.

2. Une démarche formalisée inscrite dans une tradition d'instruments de politique publique

Si les EIS sont des démarches souples qui doivent être adaptées à l'objet qu'elles examinent, il ne s'agit pas moins d'une démarche définie avec des étapes à suivre et des valeurs à respecter. Il s'agira de montrer comment l'EIS est définie institutionnellement comme une démarche d'évaluation des politiques publiques. Nous verrons d'abord ce qu'est l'EIS, avant de voir en quoi l'EIS est en effet un instrument de politique publique.

172 Collectivités Mobilisées pour le Développement des EIS

173 Jean Simos et Nicola Luca Cantoreggi, « Vers une nouvelle santé urbaine ? Les enseignements à tirer après plus de 25 ans de “Villes-Santé OMS” », Urbia, 2015, vol. 18, p. 21-38.

2.1 Ce qu'est l'EIS : définition d'après le consensus de Göteborg

Le consensus de Göteborg¹⁷⁴ définit les EIS comme :

« ... une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population. »¹⁷⁵

Il s'agit d'une démarche multidisciplinaire et intersectorielle, qui s'inscrit dans une approche holistique¹⁷⁶. Comme elles doivent s'adapter à des contextes de réalisation différents, les EIS ne sont jamais identiques.

Les étapes de l'EIS chronologiques telles que définies par le consensus de Göteborg sont les suivantes.

174 Lire Chapitre 2. 3.1 Développement des EIS et portage international : Historique de l'apparition des EIS page 90.

175 Organisation Mondiale de la Santé Europe, « Consensus de Göteborg : Etude de l'Impact sur la Santé. Principaux concepts et méthode proposée. », traduit par S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones.

176 L. Saint-Pierre, « Évaluation préalable des impacts des politiques sur la santé des populations : une démarche nouvelle », art cit.

Sélection	La sélection du projet à évaluer, selon entre autres, la pertinence des enjeux de santé.
Cadrage	Il détermine les éléments du projet à analyser par l'EIS, sélectionne les déterminants de santé sur lesquels se concentrer, et identifie les populations vulnérables auxquelles l'analyse devra porter une attention particulière.
Analyse	Pendant cette étape, l'équipe évaluatrice évalue les impacts des différentes composantes du projet sur la santé des populations concernées : elle croise une revue de la littérature avec des données issues du terrain d'études, à la fois quantitative et qualitative.
Recommandations	Au regard des impacts identifiés lors de l'analyse, des recommandations sont proposées pour maximiser les impacts positifs, supprimer ou réduire les impacts négatifs, en particulier pour les populations vulnérables identifiées lors de l'étape de cadrage.
Évaluation et suivi	Elle permet à la fois d'observer les modifications apportées au projet initial, ainsi que son influence sur celles et ceux qui ont participé, notamment grâce à l'acculturation aux problématiques de santé.

Tableau 2.1 : Les étapes d'une EIS d'après le consensus de Göteborg

La participation citoyenne, qui va de pair avec la valeur de démocratie, structurante dans l'EIS, peut intervenir lors des trois étapes du milieu : cadrage, analyse, et formulation des recommandations. Ce cadre est très général, et doit s'adapter au contexte de réalisation.

En plus de l'approche systémique et globale de la santé, le consensus donne des valeurs à l'EIS :

- démocratie : elle donne aux citoyen·nes le droit de participer au processus de décision, qui doit être transparent ;
- équité : elle pousse les évaluateurs à s'intéresser non seulement aux impacts globaux d'une politique sur la population dans son ensemble, mais aussi aux impacts différenciés sur certains groupes sociaux, en particulier en fonction du genre, de l'âge, de la race ou des conditions socio-économiques ;
- développement durable : cela implique la considération des impacts sur la santé humaine, mais aussi sur la santé des écosystèmes dans leur ensemble à court et à long terme de l'objet évalué par l'EIS ;

- utilisation éthique des données probantes : le consensus rappelle le caractère scientifique de l'EIS, et la nécessité de s'appuyer sur des méthodes rigoureuses pour évaluer les données qualitatives comme quantitatives.

L'affichage de ces valeurs confirme l'intention initiale de construction des EIS comme un moyen de réduire les inégalités sociales de santé, à travers l'objectif d'équité et de démocratie.

Pour synthétiser, en théorie, d'après sa définition institutionnelle, l'EIS est une démarche prospective, conçue pour façonner des politiques publiques favorables à la santé en évaluant les impacts d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur l'état de santé d'une population et sur les inégalités sociales de santé, puis d'essayer de maximiser les impacts positifs et de réduire les impacts négatifs. Elle peut être appliquée au niveau local ou gouvernemental.

2.2 L'EIS, un instrument d'évaluation des politiques publiques ?

Les EIS s'inscrivent dans la tradition des instruments d'évaluation des politiques publiques : elles produisent de la connaissance pour informer et orienter la décision politique, ainsi que pour informer les citoyens.

L'EIS se rapproche de l'évaluation des politiques publiques avec laquelle elle est parfois confondue, mais elle a des spécificités qui lui sont propres. En premier lieu, elle accorde une grande importance aux préconisations, ce qui demande des compétences spécifiques, à la fois en promotion de la santé et sur les déterminants de la santé, mais aussi dans le domaine de l'objet de l'évaluation, comme en aménagement dans le cas d'une EIS sur un projet urbain par exemple. Pour réaliser une EIS pertinente en particulier sur la réduction des inégalités sociales de santé, il est nécessaire de comprendre les déterminants de la santé pour appréhender l'influence qu'aura sur eux le projet évalué, comme il est nécessaire de comprendre les contraintes et les enjeux du projet évalué, notamment pour pouvoir proposer des

recommandations pertinentes¹⁷⁷. Ensuite, la mise en avant de l'équité en tant que valeur, ainsi que la participation citoyenne, en fait un type d'évaluation plus ouvertement militante que d'autres formes d'évaluation et d'instruments des politiques publiques. En effet, si toute évaluation est basée sur un système de valeurs¹⁷⁸, celui des EIS est ouvertement affiché et plus clairement défini que dans d'autres démarches, comme l'évaluation d'impact environnemental par exemple.

Au même titre que l'évaluation des politiques publiques de façon générale, l'EIS est un champ professionnel en cours de structuration. Elles sont la plupart du temps réalisées par des consultant·es, en partenariat avec des fonctionnaires des collectivités territoriales, qui participent à la réalisation de l'EIS en tant qu'expert·es des projets évalués et siègent à ce titre dans les comités techniques et les comités de pilotage¹⁷⁹, ainsi qu'avec les commanditaires de l'évaluation qui servent de lien avec le personnel politique¹⁸⁰.

3. Une démarche portée par des universitaires et des instances internationales

3.1 Développement des EIS et portage international : Historique de l'apparition des EIS

177 Françoise Jabot et Caroline Massot, « Similitudes et différences entre l'évaluation d'impact sur la santé et l'évaluation de politiques publiques », *Santé Publique*, 2021, vol. 33, n° 1, p. 47-56.

178 Annie Fouquet, « L'Évaluation des politiques publiques. Concepts et enjeux » dans Sylvie Trosa (ed.), *Évaluer les politiques publiques pour améliorer l'action publique : Une perspective internationale*, Vincennes, Institut de la gestion publique et du développement économique, 2013, p. 21-33.

179 Lire Chapitre 4, p XXX

180 Nicolas Matyjasik, « Des évaluations de politiques publiques et des consultants. Émergence d'un champ professionnel et segmentation des rôles », *Revue française d'administration publique*, 2013, n° 148, p. 907-921.

Les EIS commencent à se développer comme démarche indépendante des évaluations d'impact environnemental au début des années 1990. Le Royaume-Uni est le précurseur des EIS dans le monde : dès les années 1990, les chercheurs et chercheuses de l'université de Liverpool travaillent sur la question. La première expérience y est menée en 1994¹⁸¹, et la première EIS en tant que telle y est menée en 1998¹⁸². Le premier ouvrage sur le sujet est publié en 1995¹⁸³, mis à jour en 2013 par la même équipe de Liverpool¹⁸⁴. Ce guide a été repris par l'OMS et est toujours utilisé aujourd'hui : il a notamment servi de base aux deux premières EIS menées à Rennes en France par l'EHESP. Le premier ouvrage décrivant la théorie, les valeurs de l'EIS ainsi que la façon dont elles sont mises en place est publié en 2003¹⁸⁵ par John Kemm¹⁸⁶, et mis à jour dix ans plus tard¹⁸⁷. Les guides se sont depuis multipliés, par pays en fonction des réglementations, et des types de projets évalués.

Le consensus de Göteborg, sous l'égide du bureau européen de l'OMS, définit l'EIS en 1999, par un document à l'intention des gouvernants¹⁸⁸⁻¹⁸⁹. En plus de donner une acceptation commune de ce qu'est une EIS, cette définition donne à la démarche une visibilité plus importante, et à partir du début des années 2000, les EIS se multiplient : dans les pays anglo-saxons, au Canada (spécialement au Québec), aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande, ainsi qu'en Europe. Dans cette dernière, elles sont promues par le programme des

181 Laura Parvu et al., *L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ (EIS). Analyse comparée de démarches territoriales et étrangères pour améliorer la santé et l'équité en santé. Etude réalisée par les élèves de 4ème année du Master « Risques, Sciences, Environnement et Santé » de Sciences Po Toulouse.*, Toulouse, Science Po Toulouse, 2015.

182 J. Kemm, *Health Impact Assessment*, *op. cit.*, p. 1.

183 M.H. Birley, *The health impact assessment of development projects*, London, UK, HMSO, 1995, 241 p., 8 p. pl.: fig., tab.boxes p.

184 Martin Birley, *Health Impact Assessment: Principles and Practice*, s.l., Routledge, 2013, 402 p.

185 J. Kemm, J. Parry et S. Palmer (eds.), *Health Impact Assessment*, *op. cit.*

186 Il est intéressant de remarquer qu'il est médecin de santé publique et pas chercheur universitaire.

187 J. Kemm, *Health Impact Assessment*, *op. cit.*

188 OMS Europe, « Consensus de Göteborg : Etude de l'Impact sur la Santé. Principaux concepts et méthode proposée. », traduit par S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones.

189 Voir Chapitre 2. 2.1 Ce qu'est l'EIS : définition d'après le consensus de Göteborg, p 87.

Villes-Santé¹⁹⁰, plus particulièrement en Suisse, au Royaume-Uni (surtout en Angleterre et au Pays de Galle), et en Finlande, dans des modalités très différentes¹⁹¹.

Depuis, les EIS se sont encore multipliées et diversifiées, en particulier dans les premiers pays à s'en être emparés. En 2020, des EIS ont été menées dans tous les continents, et semblent être globalement de plus en plus fréquentes, en particulier en Europe, en Amérique du Nord, et en Asie de l'Est¹⁹². L'Europe reste la région du monde (selon la classification de la Banque Mondiale¹⁹³) sur laquelle le plus d'EIS ont été menées.

La démarche s'est institutionnalisée dans certains pays, selon des modes différents, qui vont de l'obligation réglementaire ou législative, comme en Thaïlande à des engagements symboliques comme au Pays de Galle où la « section Promotion de la santé de l'Assemblée nationale s'est engagée publiquement à utiliser l'ÉIS comme stratégie pour établir les déterminants de la santé qui concernent toutes les politiques »¹⁹⁴. L'apparition en France des EIS est assez tardive par rapport à d'autres pays¹⁹⁵. En 2014, l'observatoire de la Société Française de l'Évaluation constate que « les Études d'Impact en Santé (EIS) restent quasi inexistantes en France »¹⁹⁶. Cette émergence décalée par rapport à d'autres pays, notamment les pays anglo-saxons, peut s'expliquer par la désectorisation progressive et l'augmentation de

190 Le programme des Villes-Santé est lancé par le bureau européen de l'OMS après la Charte d'Ottawa, en 1986. Les villes qui y adhèrent doivent généraliser la prise en compte de la santé à toutes leurs politiques sectorielles. Il s'organise en réseau. (Erwan Le Goff et Raymonde Séchet, « Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ? », *L'Information géographique*, 2011, vol. 75, n° 2, p. 99-117.)

191 Analyse de la mise en place des HIA dans près d'une vingtaine de pays et régions : (« L'EVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTE (EIS). Analyse comparée de démarches territoriales et étrangères pour améliorer la santé et l'équité en santé. Etude réalisée par les élèves de 4ème année du Master « Risques, Sciences, Environnement et Santé » de Sciences Po Toulouse. » 2015; Kemm 2013)

192 Mirko S. Winkler et al., « Current Global Health Impact Assessment Practice », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, janvier 2020, vol. 17, n° 9, p. 2988.

193 La Banque Mondiale découpe le monde en sept régions : l'Asie de l'Est et le Pacifique, l'Europe et l'Asie Centrale, qui ont été séparées pour l'étude, l'Amérique latine et les Caraïbes, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Amérique du Nord, l'Asie du Sud et l'Afrique sub-saharienne. Source : <https://data.worldbank.org/country> [consulté le 27 juin 2023].

194 Jennifer H. Lee et al., *Analyse transnationale sur l'institutionnalisation de l'évaluation d'impact sur la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014, 59 p.

195 Lire Chapitre 2. 3.1 Développement des EIS et portage international : Historique de l'apparition des EIS, p 90.

196 *Baromètre de l'évaluation des politiques publiques en France - 2014*, Paris, Société Française d'Evaluation, 2014, p. 20.

la transversalité de l'action publique, dans un contexte français historiquement très centralisé, avec des ministères très cloisonnés¹⁹⁷.

3.2 Les premières expériences d'EIS en France

Deux premières expériences à Rennes

Les premières expérimentations d'EIS en France sont réalisées à Rennes. La toute première étude-pilote est menée en 2008 par l'association S2D Santé Développement Durable¹⁹⁸, en collaboration avec la ville de Rennes, sur un projet de crèche, en complément d'une démarche HQE¹⁹⁹. Si elle ne concerne pas un projet urbain et à ce titre ne nous intéresse donc pas directement, il est intéressant de constater que la première impulsion vers le développement des EIS en France a lieu dans le cadre du programme des Villes-Santé de l'OMS, auquel la ville de Rennes est la première ville française à adhérer en 1987. Toutefois, il ne semble pas que ce programme ait joué un rôle véritablement important dans la diffusion des EIS en France au-delà de cette impulsion initiale²⁰⁰. On peut tout de même supposer que cette adhésion a favorisé une culture de la santé au sein de la ville, qui devait y pré-exister notamment grâce à l'installation au début des années 1960 de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP), ancêtre de l'EHESP, et un terreau favorable pour la mise en place des EIS.

La deuxième EIS menée en France concerne cette fois un projet urbain, l'aménagement d'une halte ferroviaire, la halte ferroviaire de Pontchaillou, en 2011, à Rennes toujours, et est

197 Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès, *Sociologie de l'action publique*, 2e éd., Paris, Armand Colin, 2018, 188 p.

198 D'après son site internet : « L'Association Internationale pour la promotion de la Santé et le Développement Durable S2D a pour objectif d'apporter un soutien technique et méthodologique à des actions menées dans ces domaines par des collectivités territoriales (...) en particulier par celles qui sont engagées dans les réseaux des Villes-Santé de l'OMS. » S2D est le centre collaborateur de l'OMS pour le réseau français des Villes-Santé, et est notamment responsable de la traduction française du guide de l'OMS sur l'*Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants* (H. Barton et C. Tsourou, *Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, op. Cit.). Son président est Jean Simos, figure majeure de la recherche sur les EIS francophones.

199 Emmanuelle Moulin, *L'Evaluation Impact Santé (EIS) Mise en place d'une méthodologie et application à un projet pilote : « La crèche Colette de la ZAC de Beauregard »*, Rennes, Association S2D, 2008.

200 Lire Chapitre 4 : 3.1 Le réseau des Villes-Santé de l'OMS : l'impulsion initiale ? page 136

menée par une ingénieure-stagiaire de l'EHESP²⁰¹. Elle est réalisée à la demande de la ville de Rennes, et associe le service des études urbaines de Rennes Métropole, l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), S2D et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne. Depuis cette EIS pilote en France, l'EHESP a été impliquée dans de nombreuses autres EIS en tant qu'appui méthodologique.

L'EIS de Plaine-Commune

La deuxième EIS française sur un projet urbain est menée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Observatoire Régional de Santé (ORS) d'Île-de-France²⁰² en 2014 sur les projets de transports en commun sur le territoire de Plaine Commune, intercommunalité de Seine-Saint-Denis. Elle marque une étape importante dans le développement des EIS en France, parce que la formation de l'équipe qui la mène n'a pas été réalisée par l'EHESP, mais par l'équipe IMPACT (International Health Impact Assessment Consortium) de l'université de Liverpool (ville de la première EIS, on s'en souvient). Ainsi, les méthodes mises en place dans l'EIS de Plaine Commune sont un peu différentes de celles mises en place dans l'EIS de Rennes. se concentre notamment sur les populations vulnérables. L'EIS les identifie avec précision : elle identifie par exemple les personnes illettrées, analphabètes ou non allophones comme un public spécifique.

Cela permet de clarifier les impacts des différents projets considérés sur ces populations, et de formuler de recommandations adaptées. Il s'agit également d'un des rapports les plus complets (et les plus volumineux) publiés jusqu'à présent en France. Cette EIS reflète l'intérêt des commanditaires, Plaine-Commune et l'ARS-IDF, et le contexte de l'étude : en effet, le territoire de Plaine Commune, comme celui du département de la Seine-Saint-Denis dans son ensemble, regroupe des populations en moins bonne santé et plus pauvres que la moyenne de France. L'enjeu des inégalités sociales de santé est clairement prépondérant dans ces territoires, et c'est ce qui préoccupe les commanditaires.

201 Laurine Tollec et al., *Construction et mise en oeuvre d'une démarche d'Évaluation des Impacts sur la Santé pour un projet d'aménagement urbain : Application à la halte ferroviaire de Pontchaillou et ses abords.*, Rennes, EHESP, 2011.

202 Anne Laporte et Muriel Dubreuil, *Évaluation des impacts sur la santé de projets transport à Plaine Commune (93)*, Paris, Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et Observatoire Régional de Santé IDF, 2014.

En 2015, l'INPES²⁰³ (devenue Santé Publique France depuis), qui avait déjà participé au financement de l'EIS de Plaine Commune, lance un appel à projets pour financer des expériences d'EIS en France. Les personnes envoyées pour encadrer scientifiquement et former à la démarche celles et ceux qui mènent les EIS lauréates ont suivi la formation d'IMPACT organisée par l'ARS et l'ORS-IDF, sur lequel nous reviendrons. Deux EIS seront financées dans ce cadre, l'EIS des Vergers du Tasta à Bruges, sur un projet de ZAC donc un projet d'aménagement, et celle du PAPI (Programme d'actions de prévention des inondations) de Noirmoutiers, donc sur un outil de contractualisation entre les collectivités territoriales et l'État. La première est menée par une alliance d'acteur·ices publiques, notamment l'EHESP et l'université de Bordeaux, la deuxième par l'ORS des Pays de la Loire et un consultant. On ne peut considérer ni l'une ni l'autre comme de véritables réussites en ce qui concerne la réduction des inégalités sociales de santé, mais comme de premières expériences, des pilotes pour développer la démarche plus avant par la suite.

Ainsi, au moment où les EIS se formalisent comme solution au problème des inégalités sociales de santé en France, elles sont portées sous deux formes légèrement différentes par deux groupes d'acteur·ices distincts quoique liés, car les membres de l'EHESP suivent la formation IMPACT quand elle se tient par exemple. Dans le premier cas, les EIS sont portées majoritairement par les chercheuses de l'EHESP et le réseau des Villes-Santé, dans le deuxième par l'ARS et l'ORS Île-de-France formés par IMPACT. Il s'agit donc pour le premier cas d'EIS portées majoritairement par des universitaires, dans le deuxième par une agence publique régionale épaulée par un établissement public national²⁰⁴. Les EIS ainsi produites en France ont donc, dans les premiers temps, une couleur légèrement différente selon leurs inspirateurs initiaux : l'accent n'est pas mis sur les mêmes choses, et la prise en compte des inégalités sociales de santé et des publics vulnérables par exemple n'y tient pas la même place.

203 Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé : il s'agissait d'un EPA sous la tutelle du ministère de la santé, en charge de la mise en œuvre des moyens de prévention et d'éducation dans le cadre de la politique de santé publique française. Il est dissous en 2016, et intègre l'Agence Nationale de Santé Publique (appelée aussi Santé Publique France) qui fusionne plusieurs institutions, qui le remplace dans ses missions.

204 Plus de détail sur le portage de l'EIS en Île-de-France Chapitre 4 : 2.2.2 En Île-de-France, une forte attention aux inégalités page 128.

Conclusion du chapitre

Ainsi, l'EIS est une solution qui émerge pour apporter des réponses au problème des inégalités sociales de santé en ville. Elle se situe au croisement de trois filiations idéologiques distinctes, mais liées : la santé environnementale, la vision sociale de la santé, et l'équité en santé. L'EIS est créé et initialement portée par des universitaires, avec le soutien de l'OMS, instance internationale, et plus particulièrement de l'OMS Europe. En France, ce sont les universitaires qui la portent en premier avant qu'elle ne soit saisie également par les acteurs et actrices de la santé publique de façon un petit peu différente.

La figure 8 synthétise la généalogie à l'origine de sa construction et les groupes d'acteur·ices qui la portent. Contrairement à d'autres objets portés dans le courant des solutions que décrit Kingdon, l'EIS semble avoir été construite pour répondre au problème des inégalités sociales de santé, même si ce n'est pas son unique objet, et non pas avoir été développée indépendamment puis retravaillée pour pouvoir y répondre : son objectif initial est la réduction des inégalités sociales de santé.

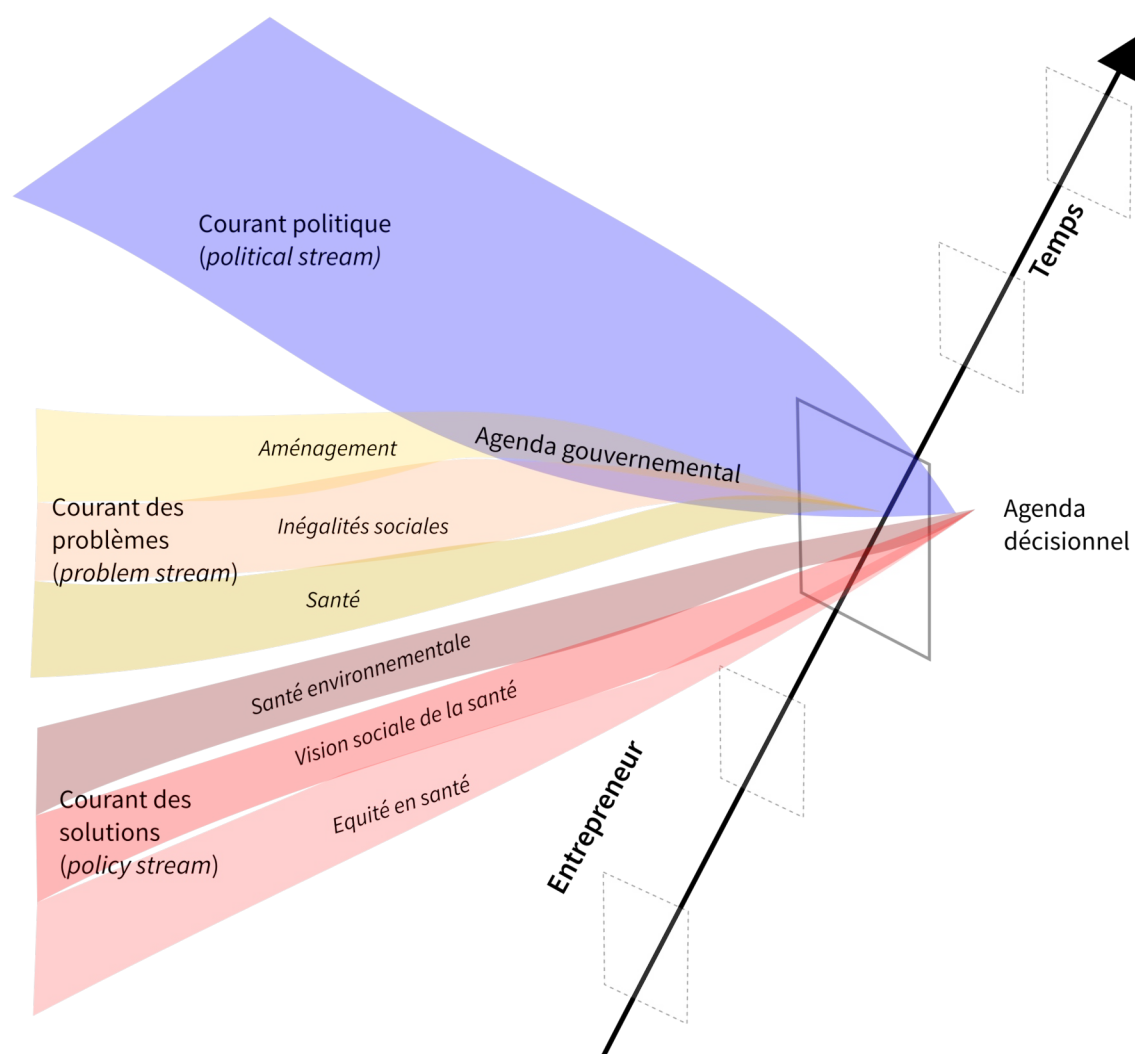


Figure 8: Schéma du courant des solutions qui met en avant l'EIS, adapté de Kingdon (P272)
Réalisation : Capucine Frouin

Chapitre 3. Les EIS comme ‘solutions’ aux inégalités sociales de santé ? Déploiement d’une démarche de santé publique

Le nombre des EIS en France augmente rapidement, en particulier depuis 2016, comme on peut le voir sur la figure 9. Des EIS ont été menées dans toutes les régions de France à l’exception de la Normandie, du Centre Val-de-Loire, et de la Corse. C’est dans la région Nouvelle-Aquitaine que le déploiement des EIS est le plus rapide, avec 18 EIS menées entre 2016 et 2022, et ce dans tous les départements, et pas uniquement dans les grandes villes comme c’est le cas dans d’autres régions. Cela correspond à des différences de politiques mises en place, notamment par les ARS. On remarque un ralentissement du nombre d’EIS menées en 2021, qui n’est pas très étonnant : la pandémie de COVID-19 a mobilisé les acteurs et actrices de la santé, en particulier les ARS, laissant peu de temps pour la promotion et l’accompagnement de démarches autres que celles directement liées à la gestion de la crise sanitaire. Comme la démarche n’est pas encore suffisamment saisie par la plupart des acteurs et actrices de l’aménagement pour leur permettre d’être directement à l’initiative d’EIS, peu ont été initiées en 2020 et 2021, mais de nouvelles démarches ont débuté en 2022, notamment en Nouvelle-Aquitaine, mais aussi dans d’autres régions.

Une forte production de littérature grise²⁰⁵ existe autour des EIS : elles apparaissent dans les plans gouvernementaux à différents niveaux, dans des documents qui en font la promotion produits par des acteur·ices divers, elles font l'objet de guides pour comprendre leur méthodologie, d'études commandées par divers organismes pour évaluer leur efficacité sur un aspect ou un autre, enfin elles donnent lieu à des rapports pour présenter leurs résultats, et à une production de documents pour en exposer l'avancement au fur et à mesure qu'elles se font. Il n'est pas question de prétendre à une analyse exhaustive de cette littérature grise, trop importante, mais de se pencher sur une partie de cette production comme traduction de comment l'EIS est appréhendée, comprise et promue, et quelle place tient la réduction des inégalités dans cette approche. Cette analyse de la littérature grise produite en France autour des EIS permet d'avoir un premier aperçu des jeux d'acteurs qui l'entourent, et de situer le rôle de chacun·e. Ce recensement permet de comprendre le rôle de chacun·e dans l'ouverture de la fenêtre d'opportunité. Il commence en 2008, avec la première expérience d'EIS menées à Toulouse sur un équipement public, et s'achève à l'été 2022.

En effet, si l'on reprend le modèle des fenêtres d'opportunité de Kingdon, le déploiement des EIS en France semble tenir de l'ouverture d'une fenêtre politique plutôt que d'une fenêtre de problème : l'influence de l'aménagement sur la santé de celles et ceux qui les habitent, et, plus récemment, son influence différenciée sur certaines catégories sociales, comme on l'a montré dans les premiers chapitres²⁰⁶. Ce troisième chapitre est consacré au courant du politique qui s'aligne avec les autres, et donc à l'ouverture ou non d'une fenêtre d'opportunité qui place le déploiement des EIS à l'agenda décisionnel. Le modèle de Kingdon ne correspond pour autant pas exactement au déploiement de l'EIS : il y a dans la mise en place de l'EIS des allers-retours entre niveau local et niveau national, ce qui traduit des fluctuations dans le courant des politiques. Nous explorerons dans ce chapitre les modalités de cette mise à l'agenda.

205 Entendue comme « tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale. » (Joachim Schöpfel, « Comprendre la littérature grise », *I2D - Information, données & documents*, 2015, vol. 52, n° 1, p. 32).

206 On a montré comment la question des inégalités sociales de santé a émergé comme un problème de santé publique, et comment il a échoué à l'aménagement de tenter de réduire ces inégalités après l'échec des politiques précédentes dans le chapitre précédent. On peut considérer cette émergence comme le courant des problèmes, on ne reviendra donc pas dessus dans ce chapitre.

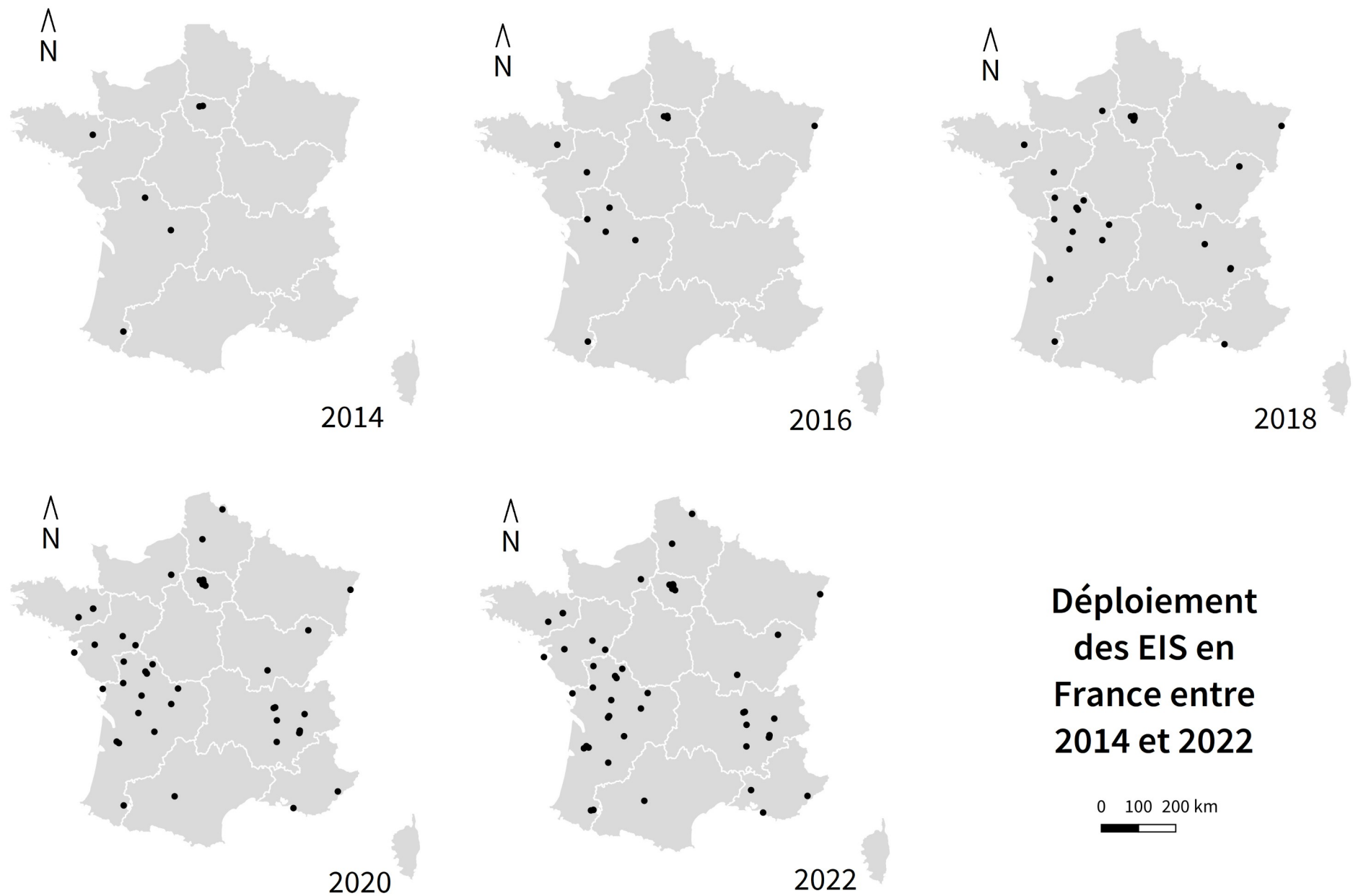


Figure 9: *Déploiement des EIS en France entre 2014 et 2022. Sources : Rapports EIS, IGN. Réalisation : Capucine Frouin*

1 Au niveau national, une fenêtre entrouverte : l'apparition de l'EIS dans les politiques nationales

Même si ce n'est pas l'échelon privilégié par ses promoteurs pour déployer les EIS comme instrument de réduction des inégalités sociales de santé dans les projets urbains, ces dernières y apparaissent tout de même depuis le début des années 2010, et y semblent devoir y tenir une place de plus en plus importante, comme l'indique le PNSE4 par exemple. Il s'agit là du courant des *policies* : la 'solution' qu'est l'EIS, promue par certains acteurs et actrices, notamment universitaires, fait son apparition dans les politiques de santé publique à l'échelle nationale.

Nous observerons comment les EIS sont inscrites (ou non) dans les versions successives des Stratégie Nationale de Santé (SNS) et des Plans Nationaux Santé Environnement (PNSE). Ces deux documents ont été sélectionnés parmi la myriade des plans qui organisent la santé publique en France, car tous deux donnent lieu à des déclinaisons régionales qu'appliquent les ARS.

1.1 L'émergence politique des EIS au niveau national

L'EIS est une réponse à la fois politique et scientifique aux inégalités sociales de santé en ville. Nous verrons d'abord comment l'EIS est une démarche issue des principes de l'urbanisme favorable à la santé, avant de nous pencher sur son émergence en tant que solution au niveau national.

L'EIS, inscrite dans l'urbanisme favorable à la santé

L'UFS émerge dans le sillage de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)²⁰⁷, qui fonde le programme des Villes-Santé de l'OMS (1987), et plus récemment de la déclaration d'Adélaïde (2010)²⁰⁸ qui promeut la santé dans toutes les politiques, et de celle de Shanghai (2016)²⁰⁹, qui s'attache à la nécessité d'intégrer la santé dans la ville durable. Il est formalisé en 2000 dans le guide *Healthy Urban Planning* (traduit en français en 2004 en *Urbanisme et santé, un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*²¹⁰) à destination des professionnel·les de la ville, et dans une moindre mesure des professionnel·les de santé. Son objectif est de faire évoluer les pratiques d'aménagement et d'urbanisme en y intégrant les enjeux de santé publique et de santé environnementale.

Un projet urbain favorable à la réduction des inégalités sociales de santé. Des aménagements sont prévus pour rendre l'espace public agréable à tout le monde : il y a certes un grand parc où sont plantées une variété d'espèces locales, mais aussi de plus petits espaces verts de-ci de-là, plantés et cultivés par les habitant·es du quartier, en lien avec les écoles, et les rues sont plantées d'arbres dont les hautes canopées rafraîchissent l'air²¹¹. Dans le quartier, la circulation est apaisée : 15km/h maximum, et tous les passages piétons sont sur d'importants dos d'ânes²¹². Les voitures se garent en dehors du quartier, sauf pour les PMR, et des places « dépose-minute » sont mises en place pour les enfants ou les personnes âgées. Des bus électriques gratuits passent régulièrement dans le quartier²¹³, sillonné aussi de pistes cyclables raccordées à un réseau plus large à l'échelle de la ville entière. Il y a aussi des fontaines pour

207 Organisation Mondiale de la Santé, « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé », art cit.

208 Organisation Mondiale de la Santé, « Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être ».

209 Organisation Mondiale de la Santé, « Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ».

210 H. Barton et C. Tsourou, *Urbanisme et santé : Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, op. cit.

211 Sur les liens entre espaces verts et santé : Françoise Jabot et Anne Roué-Le Gall, « L'évaluation d'impact sur la santé peut-elle influencer les politiques d'espaces verts dans l'espace urbain ? », *Santé Publique*, 27 mai 2019, vol. S1, HS, p. 210.

212 Sur les liens entre sécurité routière et santé publique : Claude Gilbert, « 5. Définir et occulter. Lorsque la sécurité routière éclipsé la santé publique » dans *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte, 2009, p. 113-130.

213 Sur les liens entre transports en commun et santé, l'EIS de Plaine Commune propose une revue de la littérature très complète : A. Laporte et M. Dubreuil, *EIS de Plaine Commune*, op. cit.

boire et remplir sa bouteille, des bancs pour faire des pauses et se rencontrer, dont certains sont couverts et permettent de recharger son téléphone portable, des jeux pour que les enfants de tous les âges puissent se dépenser, et pourquoi pas pour les adultes. Tout le monde peut s'y promener, s'y arrêter, y mener ses activités, seul·e ou avec son partenaire, habillé·e comme on le souhaite, voilée ou pas, sans être importuné·e. Tous les cheminements sont praticables en fauteuil roulant ou avec une poussette. La nuit, l'éclairage public est pensé de telle sorte que les transitions lumineuses se fassent de façon douce, et qu'aucune rue n'est l'air sombre. D'ailleurs, des boutons sur les lampadaires permettent de signaler aisément ceux qui ne fonctionnent pas²¹⁴. Un marché s'y tient deux fois par semaine, une fois le matin et une fois le soir. On y vend des fruits et légumes frais locaux et de saison à des prix raisonnables. Un jardin dans lequel travaillent des ouvriers et ouvrières en réinsertion embauché·es par la mairie se trouve sur le toit du supermarché local, qui vend à prix bas et en vrac, comme presque tout ce qui s'y vend, les produits qui y sont récoltés. Dans la maison de retraite construite pour anticiper le vieillissement de la population du quartier et éviter de devoir la loger trop loin de leur lieu d'habitation d'origine est incluse une crèche, pour limiter l'isolement des personnes âgées et donner plus de temps aux femmes du quartier, encore largement responsables de garder les plus petits sans cela. Un des immeubles contient aussi un centre de jour pour les personnes sans-abris, qui leur permet par exemple de stocker des affaires, dans lequel les habitant·es du quartier peuvent aller bénévolement pour aider aux démarches administratives des exilé·es sans papier, donner des cours de langue ou faire la conversation. Quelques logements spécialisés se trouvent au-dessus de la structure. Les pieds d'immeubles accueillent des services importants pour le bien-vivre dans le quartier. Une maison de santé, bien visible, accueille généralistes et spécialistes, notamment un·e dentiste, un·e pédiatre, un·e ophtalmologue et un·e orthophoniste²¹⁵. On y trouve aussi une maison pour toustes, qui anime des activités sportives et culturelles pour les habitant·es du quartier, dans l'espace public ou dans des salles réservées, comme des ateliers de sports en non-mixité, ou des projections de films. Elle prête aussi du matériel comme des jeux de plein air ou des jeux de société, et met à disposition des salles pour celles et ceux qui en ressentent le besoin, notamment les jeunes, qui ont même un accès à leur salle par l'extérieur et des clés pour y

214 Sur les liens entre éclairage nocturne et santé (des femmes) : Laura Nuyt, *Repenser la ville par le genre, Comment retravailler les espaces publics par le prisme du genre afin qu'ils génèrent de la mixité genrée ?*, Mémoire, . Faculté d'architecture, ingénierie architecturale, urbanisme, Université Catholique de Louvain, Louvain, 2021, p. 49.

215 Guillaume Chevillard, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousques, « "Déserts médicaux" en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, 2018, vol. 47, n° 4, p. 362-380.

entrer quand bon leur semble. Une recyclerie qui tient aussi lieu d'ateliers de réparation occupe un autre des rez-de-chaussée, les sans-abris du centre d'accueil peuvent y travailler quelques heures par semaine.

C'est un des volets de la « santé dans toutes les politiques »²¹⁶, qui vise à décompartmenter les politiques publiques, à sortir d'une vision en silo. En France, il se déploie depuis les années 2010, à l'initiative notamment de l'EHESP, qui publie en 2014 son propre guide pour mettre en place un urbanisme favorable à la santé : *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils*²¹⁷, organisé en deux parties, la première présentant les liens entre urbanisme et santé, la deuxième se présentant comme un outil pour le faire.

Un des enjeux de l'urbanisme favorable à la santé doit être la réduction des inégalités sociales de santé, comme de beaucoup de politique de santé publique. Le guide de l'EHESP en fait effectivement un des objectifs, et propose pour cela de l'intégrer dans les matrices d'évaluation des impacts des projets considérés.

L'émergence de l'EIS

Jean Simos et Nicolas Prisse identifient deux mouvements distincts dans le développement des EIS en France, qui répondent à des logiques et à des besoins différents : le développement au niveau national par le gouvernement centralisé, et celui au niveau local et régional²¹⁸. C'est le premier qui nous intéresse ici.

Pour ces auteurs, la mise sur agenda de l'EIS au niveau national a lieu au croisement de trois mouvements, qui ne manquent pas de rappeler les trois courants de Kingdon : la nécessité d'évaluer les politiques publiques, qui émerge en France depuis les années 1980, et notamment l'efficacité des politiques de santé publique : le courant du politique ; le besoin de s'attaquer au problème des inégalités sociales de santé : le courant des problèmes ; et enfin l'opportunité de s'inscrire dans un mouvement international puisque les EIS se développent

216 La santé dans toutes les politiques est une approche transversales des politiques publiques qui promeut la prise en compte des enjeux de santé quel que soit le domaine d'application initial, qui vise à réduire les inégalités sociales de santé. Elle est inscrite dans la gouvernance de la santé en France depuis la création du Comité interministériel pour la santé en 2014 mais est restée pour l'instant surtout de l'ordre du discours, même si on peut supposer que la crise du COVID-19 pourrait participer à la concrétiser (G. Menvielle et T. Lang, « Les inégalités sociales de santé », art cit, p. 18.).

217 A. Roué - Le Gall et al., *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils*, op. cit.

218 J. Simos et N. Prisse, « Health Impact Assessment in France », art cit, p. 20.

notamment dans le cadre des Villes-Santé de l'OMS²¹⁹ : le courant des solutions. Nous ne nous arrêterons ici que sur le premier, le deuxième et le troisième étant respectivement détaillé dans le premier et deuxième chapitre de cette thèse.

L'émergence de la « démocratie sanitaire »²²⁰ participe à ces efforts pour améliorer les politiques de santé publique et leur évaluation. Promulguée en France depuis une quinzaine d'années au niveau national, cette démocratie sanitaire se décline surtout au niveau régional, notamment à travers les conférences régionales de santé et de l'autonomie (CRSA). Celles-ci réunissent les acteurs de la santé publique, y compris des représentants des usagers, et rendent des avis publics, notamment sur les projets régionaux de santé, et organisent des débats publics²²¹. Dans le même temps, le Haut Conseil de Santé Publique qui se charge d'évaluer les plans nationaux de santé publique, se dote en 2011 d'un groupe de travail sur « l'Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) sur les documents de planification territoriale »²²², qui a produit en 2018 un rapport sur la question²²³. La réforme constitutionnelle de 2008 et la loi du 15 avril 2009 sur les études d'impact achèvent de paver la route à la promotion des EIS à l'échelle nationale. Pour faciliter la tâche aux ministères, qui doivent désormais présenter des études d'impact pour évaluer « les incidences économiques, financières, sociales, environnementales des réformes envisagées dans le cadre d'un projet de loi », le Secrétariat Général du Gouvernement produit une feuille de route pour la réalisation des études d'impacts, qui inclue cinq questions sur les conséquences pour la santé publique : une sur la santé et la sécurité des individus, une autre sur les conséquences positives ou négatives sur la prévalence de maladies, sur les nuisances environnementales, sur les comportements en lien avec la santé, et enfin sur les impacts différenciés, c'est-à-dire la façon dont le projet impacte différemment

219 *Ibid.*, p. 187.

220 Les ARS la définissent comme une démarche « qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. » Assez simplement, c'est la participation citoyenne aux politiques de santé. (Jean-Paul Arveiller et Philippe Tizon, « Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? », *Pratiques en santé mentale*, 2016, 62e année, n° 2, p. 2-2.)

221 Voir la présentation de la Commission

222 Voir : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Groupe?clef=121>. Ce groupe est composé de chercheurs, de membres permanents du HSCP, de représentant des collectivités et du secteur privé.

223 Haut Conseil de la Santé Publique, *Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) sur les documents de planification territoriale*, Paris, Haut Conseil de la Santé Publique, 2018.

certaines populations en fonction de leurs caractéristiques sociales, comme le genre, la race, la position socio-économique...²²⁴

Ainsi semble s'ouvrir au niveau national une fenêtre d'opportunité pour la mise en place des EIS pour réduire les inégalités sociales de santé : il est nécessaire d'évaluer les politiques publiques en particulier dans le domaine de la santé, et l'EIS apparaît comme un moyen de le faire. Elle s'inscrit alors dans les plans nationaux comme solution potentielle au problème des inégalités sociales de santé.

1.2 SNS et PNSE : l'inscription de l'EIS comme instrument de 'solution' aux ISS

L'apparition discrète des EIS dans la Stratégie Nationale de Santé pour réduire les inégalités sociales de santé

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) est le cadre de la politique de santé en France. Elle se place en amont des outils classiques de l'action publique et de toute décision opérationnelles²²⁵. En tant que document stratégique et feuille de route, elle donne des orientations générales plutôt que des mesures précises. En effet, son rôle n'est pas de « résoudre les problèmes », mais bien de donner un référentiel commun qui « énonce à la fois le cadre d'interprétation des problèmes à résoudre et les principes normatifs qui devront guider l'action réformatrice »²²⁶ à l'ensemble des acteurs et actrices de la santé. Le premier objectif de la SNS 2011-2015, et le deuxième de SNS 2018-2022 est « la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ». Elle est déclinée au niveau régional dans les Projets Régionaux de Santé (PRS), qui sont les feuilles de route des politiques des Agences Régionales de Santé.

224 Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet, *Dictionnaire des politiques publiques*, 5e édition., Paris, Presses de Sciences Po, 2019, 848 p.

225 Mélanie Heard et François Crémieux, « Stratégie nationale de santé » dans *Traité de santé publique*, 3e édition., Cachan, Lavoisier, 2016, p. 279.

226 *Ibid.*

La SNS mentionne les EIS (qui sont d'ailleurs appelées « études » et non « évaluations ») dans ses principes d'action, comme un moyen « d'appuyer les décisions sur l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles », mais ne développe pas au-delà de ça. En 2018, sur le site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé, les EIS ne sont mentionnées qu'en comparaison avec les études d'impact environnemental, dans un article publié en 2016²²⁷. En 2022, s'y ajoute la mention dans le PNSE4, et une autre dans le rapport Chauvin²²⁸, publié en mars de la même année, comme élément à mettre en œuvre dans le cadre « d'une seule santé »²²⁹. On peut supposer que dans la prochaine version de la SNS, les EIS tiendront une place plus importante, en tant que 'solution' qui désormais a fait ses preuves dans les régions. Ainsi, cette apparition traduit l'émergence des EIS comme une 'solution' disponible dans le courant des *policies*.

Dans les PNSE, une place grandissante de l'EIS pour l'aménagement et la planification

Les EIS sont plus présentes dans les PNSE (Plan National Santé Environnement), les « feuille[s] de route gouvernementale[s] pour réduire l'impact des altérations de notre environnement sur notre santé », qui orientent la politique nationale pour la santé environnement pour une période de 5 ans. Des actions plus précises sont données dans les PNSE successifs. Les deux premiers PNSE, qui courraient de 2004 à 2008 et de 2009 à 2013, ne mentionnent pas les EIS : la démarche n'était pas encore repérée en France. Elles sont en revanche mentionnées dans le PNSE3 (2015-2019) et le PNSE4 (2021-2025). Le tableau 3.1²³⁰ synthétise la place occupée par les EIS dans les PNSE3 et 4.

227 Visible ici : <https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/activites-humaines/article/evaluation-environnementale#:~:text=L'%C3%A9valuation%20environnementale%20est%20examin%C3%A9e,enjeux%20environnementaux%20dans%20celui%2Dci>. [consulté le 28 juin 2023]

228 Ce rapport, baptisé « Dessiner la santé publique de demain », a été commandé au président du Haut Conseil en santé publique pour « tirer les enseignements de la crise sanitaire » en juin 2021 et rendu public en mars 2022.

229 Le concept de « One Health » ou « une seule santé » en français est mis en avant depuis les années 2000. Il est construit sur le constat des liens entre la santé humaine, celle des animaux et celles des écosystèmes de façon plus large, et s'appuie sur une approche pluridisciplinaire et globale des enjeux de santé. La crise du Covid-19 l'a mis sur le devant de la scène et les travaux et interventions sur le sujet se multiplient.

230 La colonne positionnement indique sous quel axe prioritaire se décline l'action qui mentionne ou préconise la mise en place d'EIS. L'intitulé est celui de l'action.

Édition	Positionnement	Intitulé	Pilote	Indicateurs de suivi
PNSE3	<p>4. Renforcer la dynamique en santé environnement dans les territoires, l'information, la communication et la formation</p> <p>4.3. Promotion de la prise en compte des enjeux de santé environnement dans les déclinaisons locales des politiques publiques</p> <p>4.3.2. Mieux intégrer les enjeux de santé environnement dans l'aménagement et la planification urbaine</p>	<p>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</p>	<p>DGS en partenariat avec la DHUP</p>	<p>nombre de guides élaborés, de formations mises en place, de colloques ou forums organisés, de publications diffusées</p>
PNSE4	<p>Axe 3 : Démultiplier les actions concrètes menées par les collectivités dans les territoires</p> <p>ACTION 17 Renforcer la sensibilisation des urbanistes et aménageurs des territoires pour mieux prendre en compte la santé environnement</p>	<p>Accompagner une collectivité territoriale volontaire pour expérimenter une évaluation des impacts sur la santé (EIS), outil d'évaluation qualitative, à l'échelle d'un PDU et formuler des recommandations.</p>	<p>MTE/ DGITM</p>	<p>Niveau de réalisation de l'expérimentation d'une EIS avec la collectivité territoriale volontaire et de l'élaboration des recommandations (lancement/en cours/finalisation...)</p>
		<p>Développer, adapter ou s'appuyer sur des outils et méthodes d'intégration de la santé dans les opérations d'aménagement telles que les démarches d'évaluation d'impact</p>	<p>MSS/ DGS</p>	<p>- Nombre d'actions de communication (séminaires, colloques), de formations croisées (initiales et continues) valorisant les</p>

		sur la santé (EIS) ou d'accompagnement UFS et promouvoir le développement des solutions fondées sur la nature, notamment pour l'adaptation au changement climatique.		actions de terrain - Nombre d'organismes et de structures ayant intégré l'UFS dans leur offre de formation
--	--	--	--	---

Tableau 3.1 : Synthèse de la place de l'EIS dans les PNSE 3 et 4

Dans le PNSE3, la place de l'EIS est encore minime : elle apparaît dans une seule des 107 actions promues, avec un statut d'expérience ponctuelle et non un déploiement massif. La dénomination « étude » au lieu d'« évaluation » utilisée montre le peu de connaissances des rédacteur·ices. Si les deux termes ont co-habités aux débuts de l'EIS dans les pays francophones, les spécialistes, notamment en Suisse et au Québec, mais aussi en France à l'EHESP, avaient déjà tranchés pour le terme d'évaluation avant 2015, date de début du PNSE3. On constate donc que l'EIS n'est pas reliée à la question des inégalités de santé, qui ont pourtant leur place dans le PNSE dans son ensemble, mais sont plutôt perçues comme un outil pour intégrer la santé dans les politiques locales et notamment les projets d'aménagement et la planification urbaine. Néanmoins, cela permet de premières déclinaisons régionales²³¹ et marque le début d'un intérêt pour la démarche par les acteur·ices de la santé-environnement.

La place allouée aux EIS dans le PNSE4 est plus importante. La démarche apparaît dans l'action 17 du plan, tournée vers « la sensibilisation des urbanistes et aménageurs des territoires », elle-même liée au troisième axe de développement, tourné vers l'action locale en faveur de la santé-environnement. L'EIS est mentionnée dans les deux parties de l'action, la première, qui incite les collectivités à développer des EIS dans la planification, la deuxième, qui tient plus de la promotion des outils favorisant l'intégration de la santé dans l'aménagement, qui la présente au même titre que d'autres actions d'UFS. Une différence dans la perception de l'utilité de l'EIS apparaît donc entre les deux plans : dans le PNSE4, l'EIS est encore expérimentale pour ce qui est de la planification, mais semble être

²³¹ Lire Chapitre 4 : 2.1.1 Ce qu'est l'EIS : définition d'après le consensus de Göteborg, page 116.

suffisamment intégrée dans les questions d'aménagement pour que les collectivités n'aient plus besoin d'être accompagnées, mais simplement tenues informées de l'existence de l'outil.

La place de l'EIS comme un des instruments de solution privilégié pour répondre au problème des inégalités sociales de santé semble donc se renforcer, même s'il s'agit d'un commencement. Cette place plus importante allouée aux EIS dans le PNSE traduit aussi le succès rencontré par la démarche dans certaines régions, et on peut supposer qu'elle se répercutera à son tour dans les quatrièmes éditions des PRSE ainsi que dans la prochaine version du SNS.

Cette approche par l'échelon national ne saurait pourtant pas traduire la totalité du déploiement des EIS comme solution aux ISS. Dans les stratégies d'orientation nationale de la politique de santé, les EIS apparaissent comme des instruments parmi d'autres pour la réduction des inégalités sociales de santé. Si on reprend la métaphore de Kingdon, l'EIS semble donc, à ce stade, flotter sur le courant des *policies* comme une des 'solutions' potentielles proposées dans les stratégies nationales pour répondre au problème des inégalités sociales de santé, mais aussi plus généralement pour promouvoir la santé-environnement. Cette apparition correspond sans doute aux efforts d'entrepreneurs de solutions pour mettre en avant cet instrument de politique publique, qui contribue à l'alignement du courant des *policies* aux autres, pour permettre le déploiement des EIS dans les régions. On peut aussi se demander si la traduction régionale de ces orientations va plus vers la santé-environnement ou la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, les allers-retours entre l'échelon national et l'échelon régional ou parfois local, ou en quelque sorte l'épreuve du terrain façonnent la politique publique. Ainsi, la place plus importante allouée aux EIS dans le PNSE, traduit aussi le succès rencontré par la démarche dans certaines régions, et on peut supposer que cette place plus importante se répercutera à son tour dans la quatrième édition des PRSE, traduction régionale du PNSE, ainsi sans doute que dans la prochaine version du SNS.

L'apparition des EIS dans le cadrage des politiques de santé au niveau national favorise le passage de la lutte contre les inégalités sociales de santé à l'agenda décisionnel et non plus seulement à l'agenda gouvernemental : ce n'est plus seulement un problème identifié comme problème, mais un problème que l'on tente de résoudre. Ce courant des problèmes auquel se

greffe la ‘solution’ des EIS n’est pas le même partout. Si les inégalités sociales de santé existent sur tout le territoire et à toutes les échelles et que leur réduction fait partie des priorités de santé publique à l’échelle nationale, c’est parfois celui de la nécessité de mettre en place des politiques de santé-environnement qui est plutôt mis en avant. Cela n’est pas nécessairement contradictoire, mais traduit une compréhension différente de ce qu’est l’EIS, comme on l’a vu en évoquant sa généalogie dans le chapitre précédent. Le courant des politiques quant à lui, varie selon les régions : dans les régions où l’EIS ne s’est que peu ou pas déployée, on peut supposer que le courant des politiques ne s’est pas aligné avec les autres et que la fenêtre d’opportunité ne s’est pas ouverte.

2 Des fenêtres d’opportunité régionales ? La mise en application d’une politique régionale : des déploiements divers par régions

L’impulsion du déploiement des EIS se fait au niveau national, en interne essentiellement c’est-à-dire au sein des ministères plutôt qu’à l’initiative d’autres acteur·ices, comme on l’a évoqué précédemment, mais c’est au niveaux local et régional que sont proposées des solutions quant à sa mise en place. Si les objectifs des régions qui mettent en place des EIS sont globalement partagés — par exemple réduire les inégalités sociales de santé ou mettre en place la santé dans toutes les politiques, les moyens mis en place sont différents, et son application varie d’une région à l’autre. C’est sur ces différences que nous nous pencherons dans les paragraphes suivants, à partir de l’analyse des déclinaisons régionales de feuilles de route que sont le SNS et le PNSE, puis à partir des exemples de la Nouvelle-Aquitaine et de l’Île-de-France.

2.1 Des déploiements variables selon les régions : un instrument de 'solution' saisie différemment selon les territoires

Le déploiement des EIS est très variable d'une région à une autre, comme l'illustre la carte 10 ci-après. Les cercles proportionnels montrent combien d'EIS ont été menées par région en 2021. La Nouvelle-Aquitaine est visiblement la région qui en a lancé le plus (24 fin 2021), suivie par l'Île-de-France et l'Auvergne-Rhône-Alpes. Seules la Corse et la région Centre-Val de Loire n'en ont pas encore mené. Ces variations traduisent des différences dans la façon dont les EIS ont été saisies dans les déclinaisons régionales des feuilles de route de la santé publique. Ces différences traduisent aussi si la fenêtre d'opportunité s'est ouverte dans la région : pour cela, il faut que s'y soit aligné le courant des politiques.

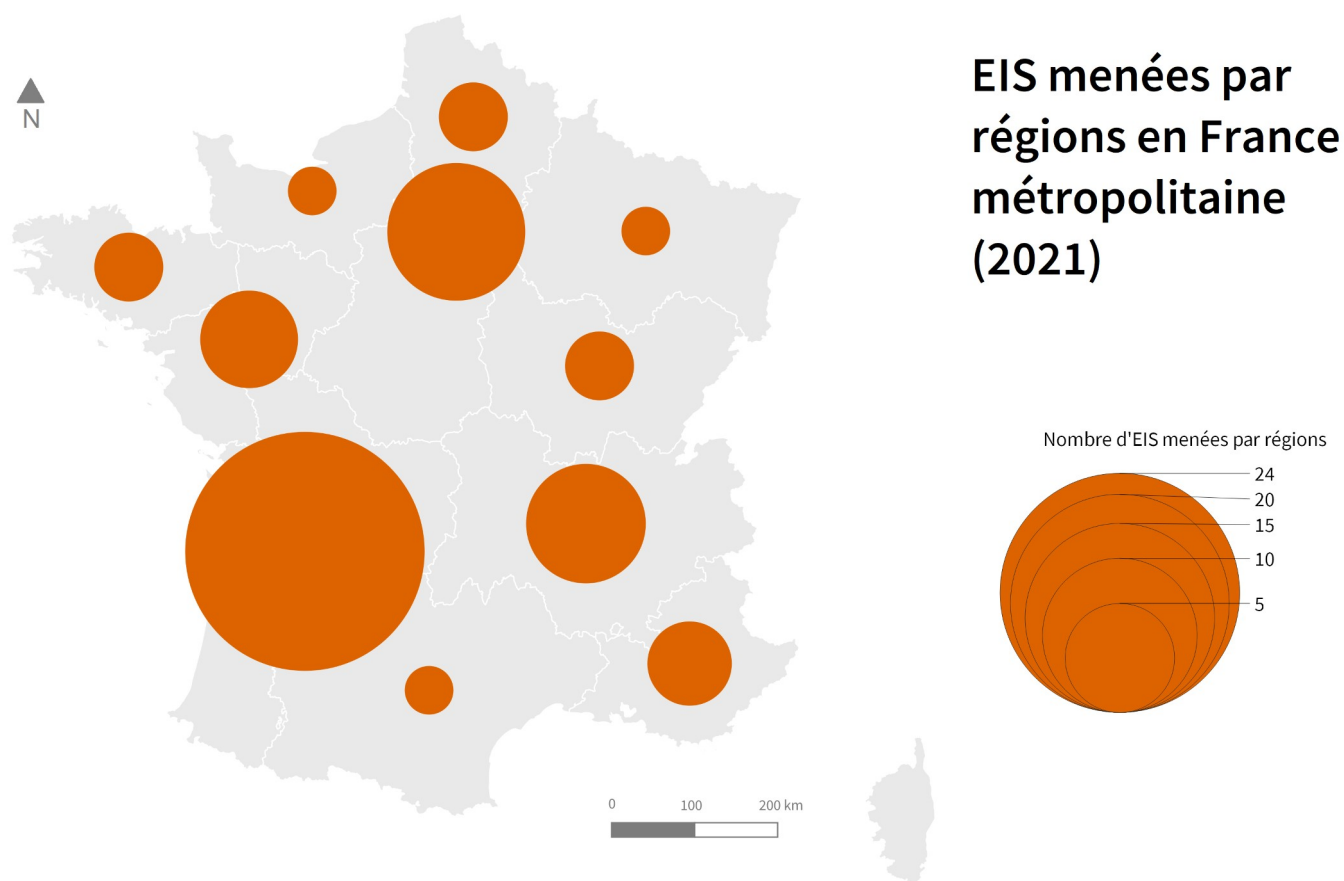


Figure 10: Carte des EIS menées en France par régions jusqu'en 2021 Sources : Rapports EIS, IGN. Réalisation : Capucine Frouin

2.1.1 La place des EIS dans les PRS et les PRSE : la fenêtre d'opportunité s'est-elle ouverte ?

C'est au niveau régional que revient la mise en application des politiques de déploiement des EIS, et particulièrement dans les ARS, antennes déconcentrées du ministère de la santé publique. Les ARS sont ainsi des actrices centrales dans la promotion d'un urbanisme favorable à la santé : comme elles rendent des avis sanitaires sur les projets d'urbanisme qui nécessitent des évaluations environnementales, elles peuvent par ce biais promouvoir une approche par les déterminants de la santé²³². En tant que pilote des politiques de santé dans les régions, par le biais des PRS et leur implication dans les PRSE, elles ont un rôle à jouer dans le déploiement des EIS en France à l'échelon local. La place allouée ou non aux EIS dans ces documents est un des indices qui révèlent si, au moment de leur écriture en tout cas, la fenêtre d'opportunité s'est ouverte dans la région.

Les EIS dans les PRS2 : une place qui varie

Les PRS2 sont émis par les ARS et présentent leurs stratégies et orientations politiques. Ils couvrent la période 2018-2022. C'est la déclinaison régionale du SNS. Ils contiennent, d'après le Ministère des solidarités et de la santé, un cadre d'orientation stratégique (COS), un schéma régional de santé (SRS) et un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Le cadre d'orientation stratégique détermine les objectifs généraux et les résultats attendus à l'horizon de 10 ans. Le schéma régional de santé est établi pour 5 ans et détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, tirés du SNS.

Le tableau 3.2 expose le recensement des thématiques auxquelles sont liées les EIS dans les PRS2, qui reflète la vision de l'intérêt de l'EIS selon les régions.²³³

232 Anne Roué Le Gall et Ysaline Cuzin, « Agir pour un urbanisme favorable à la santé: le rôle central des ARS », *Les Cahiers de l'IAU îdF - Territoires, incubateurs de santé ?*, 1 septembre 2014, p. 105-107.

233 Pour le détail, voir l'annexe 8.

Région	Thématiques
Auvergne-Rhône-Alpes	-
Bourgogne — Franche-Comté	Santé dans toutes les politiques / transversalité Démocratie sanitaire / développement de partenariat Renvoi au PRSE3
Bretagne	Réduction des inégalités sociales de santé Renvoi au PRSE3
Centre-Val de Loire	Santé dans toutes les politiques / transversalité Renvoi au PRSE3
Corse	-
Grand Est	Santé dans toutes les politiques / transversalité Réduction des inégalités sociales de santé Démocratie sanitaire / partenariat
Hauts-de-France	-
Île-de-France	Santé dans toutes les politiques / transversalité Enjeu de plaidoyer Réduction des inégalités de santé
Normandie	Réduction des inégalités sociales de santé Santé dans toutes les politiques / transversalité
Nouvelle-Aquitaine	Santé dans toutes les politiques / transversalité Démocratie sanitaire / implication des collectivités locales
Occitanie	-
Pays de la Loire	Santé dans toutes les politiques / transversalité Réduction des inégalités sociales de santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Démocratie sanitaire / implication citoyenne.

Tableau 3.2 — Synthèse des thématiques liées au EIS dans les PRS2 par régions

Les EIS ne sont pas mentionnées dans tous les PRS2 : la région Occitanie, la Corse, l'Auvergne-Rhône-Alpes et les Hauts-de-France ne les mentionnent pas, même si seule la

Corse n'en a pas encore mené. Pour les autres, il est intéressant d'observer que les EIS ne sont pas toujours liées aux mêmes thématiques. Presque toutes les ARS lient les EIS à l'intégration de la santé dans toutes les politiques, en mettant en avant la nécessaire transversalité de la prise en compte des impacts sur la santé de toutes politiques publiques. La thématique de démocratie sanitaire apparaît aussi fréquemment, liée directement à la participation citoyenne ou plus globalement au développement de partenariat entre les différents acteurs de l'aménagement, parmi lesquels les habitants et usagers. La réduction des inégalités sociales de santé apparaît également comme une thématique récurrente, pour plus de la moitié des projets qui mentionnent les EIS, mais elle n'est pas systématique. On constate aussi que seules quatre des régions qui mentionnent les EIS dans leur PRS2 les lient directement aux projets d'urbanisme : les autres restent plus vagues en parlant simplement de politiques publiques. On peut supposer que cette différence vient en partie des différences d'expertise ou d'expériences des EIS selon les régions : l'Île-de-France comme la Nouvelle-Aquitaine sont les régions où les EIS sont mises en place les plus précocement, et ont toutes deux déjà menés des EIS au moment où les PRS2 sont rédigés. En Bourgogne-Franche-Comté, si peu d'EIS ont été menées pour le moment, la proximité de la Suisse et des spécialistes des EIS qui y résident, ainsi que l'organisation des Universités d'Été de la Santé Publique à Besançon qui donnaient des formations sur les EIS jusqu'en 2018 expliquent peut-être cette plus importante expertise. Ces différences entre les régions montrent bien la flexibilité et l'adaptabilité aux besoins de l'EIS, mais aussi les ambiguïtés qui en résultent. Cela peut refléter aussi l'inexpérience dans ce domaine de certaines régions, ou le fait que l'ARS n'est pas l'acteur local principal de promotion de l'EIS, et n'a donc qu'une connaissance limitée du sujet. Les EIS en tant que 'solutions' portées par le courant des *policies* semblent donc être associées aussi par les ARS à l'échelle des régions à des thématiques différentes. L'analyse des PRSE3 en cours renforce cette idée.

Les EIS dans les PRSE3 :

Les ARS ne sont en effet pas les seules actrices de la promotion des EIS au niveau régional. Les PRSE sont les déclinaisons régionales du PNSE, qui couvrent la période 2017-2021. Les PRSE sont pilotés par les ARS, les DREAL et les Conseils régionaux quand ceux-ci le souhaitent. Le tableau ci-dessous résume la place que prennent les EIS dans les PRSE3, en

cours actuellement²³⁴. Comme il s'agit ici de montrer si la fenêtre d'opportunité s'est ouverte pour permettre le déploiement de l'EIS par région, nous avons choisi de ne porter notre analyse que sur les PRSE3, en cours, et pas sur les PRSE2.

Région	Intitulé de l'action	Actions proposées	Pilotes identifiés
Auvergne-Rhône-Alpes	Intégrer les enjeux de santé-environnement dans l'aide à la décision sur les documents de planification et les projets d'aménagement	Mention comme d'un outil	DREAL
Bourgogne — Franche-Comté	Promouvoir les Évaluations d'impact sur la santé (EIS) dans les projets d'aménagement et d'urbanisme	Sensibilisation Accompagnement de 4 à 5 EIS dans le cadre d'un AAP Mise en réseau	ARS et Conseil Régional
Bretagne	Promouvoir et accompagner les réalisations d'évaluations d'impact sur la santé (EIS)	Valoriser Promouvoir et accompagner Intégrer les inégalités socio-territoriales	-
Centre-Val de Loire	Engager sur la base du volontariat, la mise en place d'études d'impact sur la santé à l'échelle d'un quartier permettant d'intégrer au mieux les enjeux sanitaires et environnementaux	Expérimenter	ARS et collectivités locales
Corse	-	-	-
Grand Est	-	-	-
Hauts-de-France	-	-	-
Île-de-France	Diffuser les retours d'expérience d'EIS	Sensibiliser Favoriser Diffuser	ARS, ADEME IDF

234 Pour le détail, voir l'annexe 9.

		Accompagner dans le cadre de l'AMISEAD	
Normandie	Prendre en compte les enjeux de santé et d'environnement dans les projets d'aménagement et les documents de planification	Expérimenter	Collectivités, acteurs locaux
Nouvelle-Aquitaine	Promouvoir et développer les Études d'Impact sur la Santé (EIS)	Sensibiliser Accompagner les collectivités volontaires	ARS
Occitanie	Promouvoir un mode de co-construction de projet urbain intégrant la santé environnementale qui s'appuie sur un mode de participation citoyenne et de pluridisciplinarité	Inventorier les bonnes pratiques Accompagnement dans le cadre d'un AAP.	DREAL
Pays de la Loire	Mieux intégrer les enjeux de santé dans l'aménagement et la planification urbaine	Expérimenter Promotion Réalisation d'EIS	Collectivités, ARS, DREAL, DDT(M), Agrocampus.
Provence-Alpes-Côte d'Azur	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	Expérimenter	-

Tableau 3.3 — Place des EIS dans les PRSE3 par régions

Les EIS sont inscrites dans 10 des 13 PRSE3. La Corse, les Hauts-de-France et la région Grand Est ne les mentionnent pas, même si la dernière mentionne l'EIS dans son lexique. Selon l'avancement de la diffusion des EIS dans les régions, les actions proposées diffèrent, d'expérimenter à promouvoir et développer : cela reflète l'avancement de la réflexion et de l'intégration de la réflexion en fonction des régions. On notera que les intitulés de la PACA et

du Centre-Val de Loire sont les mêmes : cela correspond exactement à la recommandation du PNSE, et on peut supposer que cela reflète le peu d'investissement dans la démarche de la région au moment de l'écriture du PRSE. Dans les régions les plus expérimentées, comme la Nouvelle-Aquitaine, la Bretagne et l'Île-de-France, les objectifs pour les EIS sont plus ambitieux. En Île-de-France, les EIS apparaissent comme un élément de l'Urbanisme Favorable à la Santé et pas nécessairement comme une démarche à promouvoir en tant que telle : l'objectif est de créer des projets urbains plus favorables à la santé, peu importe le moyen mis en place par les collectivités pour y parvenir. Le PRSE semble donc être un meilleur moyen de saisir si une fenêtre d'opportunité s'est véritablement ouverte pour mettre en place des EIS, donc si le courant des politiques s'est aligné avec celui des problèmes et celui des *policies* dans les régions.

2.1.2 Des écosystèmes d'acteurs mobilisés différents

Le tableau 3.3 montre aussi que les institutions en charge de piloter ces actions varient : la plupart sont confiées aux ARS, mais ce sont parfois également les DREAL, notamment en Occitanie et en Auvergne-Rhône-Alpes. Cela explique pourquoi les EIS ne sont pas mentionnées dans les PRS2 de ces régions, comme on l'a vu sur le tableau 3.2, qui dépendent des ARS. En effet, les DREAL dépendent du Ministère de la Transition écologique et solidaire et non pas du Ministère des Solidarités et de la Santé. Le développement durable fait par ailleurs partie des valeurs de l'EIS, et la santé est une préoccupation majeure du développement durable, il n'est donc pas aberrant de confier le déploiement des EIS aux DREAL, mais cela reflète une vision de l'EIS plus proche de la santé environnementale que de la promotion de la santé dans ces régions. Par ailleurs, il s'agit de régions alors encore relativement inexpérimentées en matière d'EIS, avec peu de démarche à leur actif au moment de la rédaction du PRSE. En tout cas, dans le courant des problèmes, cela relie l'EIS à la santé-environnement plutôt qu'à la réduction des inégalités sociales de santé. On peut se demander si cette tutelle différente aura un impact sur le type des EIS menées dans ces régions.

Les Observatoires Régionaux de Santé²³⁵ sont également acteurs de l'EIS. Ils sont impliqués dans près de la moitié des EIS dont les rapports sont disponibles²³⁶, soit en fournissant les données de santé nécessaires, soit en participant directement à l'évaluation. Certaines ORS contribuent aussi à la diffusion des savoirs autour de l'EIS, en menant des formations et des journées d'étude auprès des acteurs de l'aménagement, ou en produisant et diffusant des outils de plaidoyer en sa faveur.

La place allouée ou non aux EIS dans ces documents est un des indices qui révèlent si, au moment de leur écriture en tout cas, la fenêtre d'opportunité s'est ouverte dans la région. De plus, les thématiques auxquelles elles sont liées, notamment la réduction des inégalités sociales de santé, et les acteurs qui ont la charge de sa mise en place, donnent une idée de la façon dont la démarche a été comprise, à défaut de voir comment elle sera appliquée. Ce sont, en quelque sorte, des photographies de l'état des réflexions autour de l'EIS dans une région à un moment T.

2.2 Études de cas sur les régions les plus dynamiques : là où les courants se sont rencontrés.

On l'a dit, le déploiement des EIS varie d'une région à l'autre, en mettant plus ou moins en exergue la question des inégalités sociales de santé. Nous nous pencherons ici sur deux régions particulièrement dynamiques sur la question : la Nouvelle-Aquitaine et l'Île-de-France. Ce sont les deux régions qui ont mené le plus d'EIS jusqu'en 2021. La Nouvelle-Aquitaine a mis en place un dispositif particulièrement efficace pour déployer les EIS sur son territoire, et l'Île-de-France est pionnière en se penchant sur les EIS dès 2013.

235 Les Observatoires Régionaux de la Santé sont des associations loi 1901 créées dans les années 1980 pour répondre au besoin de mieux connaître les territoires et leurs spécificité en matière de santé. Ils se rassemblent en une fédération nationale.

236 Lire Chapitre 4. 2.2 Les acteurs et actrices directement impliqués dans l'EIS page 154.

2.2.1 La Nouvelle-Aquitaine : un déploiement quantitatif et un dispositif de reproduction fort

La région Nouvelle-Aquitaine est dotée de la politique de déploiement des EIS la plus importante par rapport aux autres régions françaises. Au total, une vingtaine de réalisations au début de l'année 2022, et une dizaine en cours. Même si la crise sanitaire a ralenti ce déploiement, la région reste indubitablement la plus active sur le sujet.

Genèse du déploiement des EIS en Nouvelle-Aquitaine :

Si les EIS se déploient aussi dans les autres régions françaises, la Nouvelle-Aquitaine est la seule à avoir un dispositif spécifique pour favoriser son déploiement²³⁷. Plusieurs raisons peuvent être évoquées pour justifier ce déploiement plus rapide et spectaculaire, que l'on peut aussi analyser en termes de fenêtre d'opportunité²³⁸.

Tout d'abord, avant la création de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en 2016²³⁹, les ARS d'Aquitaine et du Poitou-Charentes s'intéressent déjà toutes les deux à la question du lien entre urbanisme et santé et à l'EIS. Côté Poitou-Charentes, la parution en 2014 du guide *Agir pour un Urbanisme Favorable à la Santé*²⁴⁰ suscite l'intérêt de l'ARS, qui confie à l'IREPS²⁴¹ l'organisation d'un premier colloque consacré à l'Urbanisme Favorable à la Santé et les EIS fin mars 2015. En 2015, l'INPES²⁴² (devenue Santé Publique France depuis), lance un appel à projets pour financer des expériences d'EIS en France : deux collectivités du Poitou-Charentes soutenues par l'ARS et l'IREPS y répondent : Bressuire, et La Rochelle. Même si elles ne sont pas retenues dans le cadre de cet appel à projets, les EIS sont tout de même financées dans le cadre du pôle du Pôle Régional de Compétence en éducation et promotion

237 A Paris aussi, mais ce n'est pas le même échelon de collectivité.

238 J.W. Kingdon, *Agendas, alternatives, and public policies*, op. cit.

239 La Nouvelle-Aquitaine est le résultat de la fusion de trois anciennes régions par la loi Maptam en 2016 : l'Aquitaine, le Poitou-Charentes et le Limousin, chacune dotée d'une ARS.

240 A. Roué - Le Gall et al., *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils*, op. cit.

241 Instance Régionale pour l'Éducation et la Promotion de la Santé : les IREPS ont le statut d'association, elles proposent des services et des ressources pour accompagner les projets de promotion de la santé dans les territoires pour les professionnels de santé, du social ou de l'éducation, dans le secteur public ou privé.

242 Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé : il s'agissait d'un EPA sous la tutelle du ministère de la santé, en charge de la mise en œuvre des moyens de prévention et d'éducation dans le cadre de la politique de santé publique française. Il est dissous en 2016, et Agence Nationale de Santé Publique (appelée aussi Santé Publique France) qui fusionne plusieurs institutions, le remplace dans ses missions.

de la santé du Poitou-Charentes, lui-même largement financé par l'INPES. Les deux EIS sont lancées début 2016 et sont accompagnées par des chercheurs·es : l'EHESP se positionne en appui méthodologique au bureau d'études à Bressuire, sur un projet de restructuration d'un groupe scolaire, et l'équipe de Yorghos Revmikos de l'Université de Versailles Saint-Quentin (UNVSQ) se charge de l'évaluation à La Rochelle, sur le renouvellement urbain d'un quartier prioritaire. Dans le même temps, en Aquitaine, un projet d'EIS a été retenu par l'INPES dans le même appel à projets, sur un projet de ZAC à Bruges, commandité par la métropole de Bordeaux. L'ARS organise une formation sur l'EIS à l'attention des personnels des ARS, de l'IREPS, et des collectivités, menée par l'EHESP. L'EIS de Bruges est donc aussi accompagnée par des chercheur·ses, notamment de l'Université de Bordeaux, en lien étroit avec l'EHESP. Cette EIS est lancée en décembre 2015, c'est donc la première EIS de Nouvelle-Aquitaine, avec quelques mois d'avance sur les deux autres. L'IREPS et l'ARS observent avec intérêt le développement de ces EIS.

En 2016, la fusion des régions du Poitou-Charentes, du Limousin et de l'Aquitaine pour former la Nouvelle-Aquitaine, et la création du même coup d'une nouvelle ARS (et d'une nouvelle IREPS par la même occasion) peut être considérée comme l'événement du *political stream* qui permet au groupe d'entrepreneurs politiques formé par le service santé-environnement de l'ARS Poitou-Charentes et l'IREPS de la même région de favoriser le déploiement des EIS. Dans le cadre de cette nouvelle ARS, le DG souhaitait mettre en avant et étendre aux autres territoires des actions remarquables menées dans les ARS existant précédemment, en particulier dans le cadre du PRSE 3 (2017-2021), en réflexion à ce moment-là. Le déploiement des EIS, avec comme indicateur quantitatif une ou deux EIS réalisées par département, a été retenu dans ce cadre, d'autant plus que le PNSE3 qui venait d'être lancé encourageait la réflexion sur le sujet. Si cet objectif a rapidement été mis de côté, notamment car le volontarisme des collectivités est un élément fondamental des EIS et que forcer la main des collectivités pour remplir des objectifs chiffrés n'a pas semblé être une bonne stratégie aux responsables du déploiement de la démarche²⁴³, il a tout de même pu servir de « moteur »²⁴⁴ au déploiement.

Pour soutenir le déploiement massif des EIS, l'ARS a confié sa mise en œuvre à l'IREPS, qui a créé le dispositif COMODEIS (Collectivités Mobilisées pour le

243 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

244 Entretien M.-L., responsable du pôle santé environnement à l'ARS de Nouvelle-Aquitaine.

Développement des Évaluations d'Impact sur la Santé), dispositif qui voit le jour en 2017. Toutes les EIS de la région ne font pourtant pas partie de COMODEIS : Bordeaux Métropole fonctionne en dehors du dispositif par exemple.

Par ailleurs, le déploiement des EIS en Nouvelle-Aquitaine garde encore largement la trace des anciennes régions administratives et des politiques des ARS pré-existantes : ainsi, c'est surtout dans l'ancien Poitou-Charentes que les EIS se déploient initialement, notamment dans la région autour de La Rochelle, même si ce marquage initial est de moins en moins visible. Le coordinateur COMODEIS au sein de l'IREPS, souligne d'ailleurs avec amusement comment les départements se pressent maintenant pour lancer des EIS et ne pas être « le dernier à ne pas en avoir »²⁴⁵.

S. est coordinateur de COMODEIS à l'IREPS de Nouvelle-Aquitaine. Il a une formation en sociologie et anthropologie avant de se tourner vers la santé publique et en particulier la santé communautaire. Il a d'abord travaillé pour la Banque Mondiale avant de rejoindre l'IREPS de Poitou-Charentes qu'il dirige avant la fusion des régions. Son parcours personnel le rend sensible à la question des ISS.

COMODEIS : les EIS comme un outil pragmatique et dynamique

COMODEIS est un dispositif de coordination qui permet à la fois la promotion et le plaidoyer pour l'EIS auprès essentiellement des collectivités, puis l'accompagnement des démarches d'EIS. Le rôle des coordinateurs et coordinatrices est à la fois de faire la promotion de l'EIS auprès des collectivités, en proposant des formations sur la question auprès des collectivités intéressées, puis de leur fournir des outils pour pouvoir en mener²⁴⁶. La vision des EIS développée par COMODEIS se veut à la fois pragmatique et dynamique. Pragmatique, car il faut en faire un objet d'aide à la décision utile aux collectivités. Le but est de créer des EIS « qui tiennent la route »²⁴⁷, qui apportent une vraie « plus-value »²⁴⁷ et qui

245 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

246 Une « boîte à outils COMODEIS » est disponible en ligne qui contient notamment un modèle de cahier des charges pour recruter un bureau d'études, une vidéo pour expliquer l'intérêt de l'EIS aux collectivités, une grille de sélection des projets, un annuaire de personnes-ressources, et différents outils de plaidoyer à destination notamment des élus (<https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/category/evaluation-dimpact-sur-la-sante/les-outils-comodeis/>)

247 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

soient facilement appropriables aussi bien par les élu·es que par les services techniques pour orienter des projets dans le bon sens. Ce but de développer une politique publique « avant tout réalisable, réaliste, et pertinente »²⁴⁷, par opposition à un « exercice de connaissances »²⁴⁷ comme peuvent l'être les EIS menées par des universitaires est très prégnant. D'où la nécessité d'en faire un objet dynamique aussi, capable d'évoluer en fonction des situations, mais aussi dans le temps.

Une fois qu'une collectivité a choisi de mener une EIS, COMODEIS impose une « formation-action »²⁴⁸ à celles et ceux qui s'approprient à mener l'EIS : à la fois des représentant·es des services techniques concernés, le bureau d'études, idéalement des élu·es « même si ça n'arrive presque jamais »²⁴⁸, mais aussi des habitant·es : en somme une sélection du comité technique, souvent plus étendu.

La formation-action dans le cadre de COMODEIS se déroule sur deux jours et a été construite avec un sociologue et les chercheur·ses de l'EHESP. Si la programmation exacte peut varier, la formule de base est toujours la même : un temps est consacré à la théorie, sur les déterminants de la santé et les EIS en impliquant les participant·es avec des jeux de rôles notamment ; la collectivité (et non pas le bureau d'études qui va mener l'EIS) présente le projet observé par l'EIS ; il y a une visite de terrain avec une grille d'observation ; et enfin une phase d'identification des principaux enjeux et composantes du projet, simulation des impacts potentiels, et priorisation et scoring pour préparer le cadrage de l'EIS. Cette formule est adaptée à chaque projet, en mettant l'accent sur l'une ou l'autre de ces composantes en fonction des besoins. Le bureau d'études peut choisir de co-animer une partie de la formation, notamment les étapes finales qui préparent le cadrage et la priorisation des déterminants, ou proposer une grille d'observation lors du passage sur le terrain. Cette formation permet de garantir « l'homogénéisation »²⁴⁹ des EIS menées dans le cadre de COMODEIS, et de s'assurer « qu'on ne part pas sur autre chose »²⁴⁹ qu'une EIS ou que la demande initiale de la collectivité : c'est donc aussi un outil de contrôle pour les coordinateurs.

COMODEIS enfin peut jouer le rôle de « médiateur »²⁴⁹ ou de facilitateur de communication entre les différent·es acteur·ices de l'EIS pendant son déroulement. En effet, Sébastien Lodeiro, coordonnateur de COMODEIS, insiste sur les débats et les dissensions que

248 Entretien avec P., PB Consultant, lire l'encadré page 258.

249 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

fait naître l'EIS dans ces différentes instances, dès la formation, le but étant qu'ils soient fertiles et non bloquants. Pour lui, l'EIS bouscule véritablement les façons de travailler habituelles de certain·es, notamment entre des services qui n'ont pas du tout l'habitude de collaborer. Ainsi, les EIS sont perçues comme un bon moyen de rassembler autour de la table des acteurs et actrices qui se parlent pas ou peu habituellement, et de sortir des politiques publiques en silo. La création d'une « culture commune » autour de la santé est résolument un point fort identifié. Cela dépasse le cadre même de chaque EIS individuelle. L'IREPS tente depuis fin 2021 de mettre en place un réseau des praticiens et praticiennes de l'EIS en Nouvelle-Aquitaine, qui permette de relier les collectivités porteuses de projet et les bureaux d'études qui mènent les EIS, les expert·es, à la fois entre eux et les un·s aux autres. Cela s'inscrit aussi dans cette vision pragmatique et dynamique de l'EIS : collaborer doit permettre d'optimiser la démarche et d'accélérer son déploiement.

La place des ISS dans les EIS menées dans le cadre de COMODEIS est évidemment variable, mais globalement reste assez réduite. Cette question a été peu évoquée lors de la journée du 9 décembre 2021, qui proposait de faire le bilan de 5 ans de déploiement du dispositif avec les acteurs et actrices concerné·es. À part justement dire qu'il y a des progrès à faire sur ce sujet difficile à appréhender., la thématique a été peu abordée. Cependant, si elle est peu abordée frontalement, pour le coordinateur COMODEIS, la bonne prise en compte des populations les plus défavorisées fait partie des critères de qualité d'une EIS. Ainsi pour lui, c'est un objectif en filigrane, qui traverse les EIS même si aucun temps spécifique n'y est consacré. C'est, pour les coordinateurs de COMODEIS, un des points à développer maintenant que la « culture commune » de l'EIS a commencé à émerger.

Le PRSE3 de Nouvelle-Aquitaine a fait l'objet d'une évaluation en 2022, dont les résultats ne sont pas encore publiés. Dans ce cadre, trois de ses « actions remarquables » doivent subir une évaluation spécifique, et c'est le cas pour COMODEIS. Les questions qui se posent, et qui apparaîtront sans doute le PRSE4, sont tout à fait intéressantes : s'assurer de la qualité des EIS menées, et dans ce cadre réfléchir à comment mieux prendre en compte la question des inégalités.

2.2.2 En Île-de-France, une forte attention aux inégalités

Avec une dizaine de réalisations à son actif en 2022 et plusieurs EIS en cours, c'est une des régions les plus dynamiques sur la question. C'est aussi une des pionnières, avec l'EIS de Plaine-Commune qui débute en 2013. En déployant l'EIS comme « outil de réduction des inégalités »²⁵⁰, c'est la région qui lie de la façon la plus évidente la démarche à la réduction des inégalités sociales de santé.

Genèse du déploiement des EIS en Île-de-France : l'EIS de Plaine Commune

En 2013, le Pôle besoins, inégalités sociales, territoires de l'ARS IDF, à la décision de son directeur, entreprend de mener une première EIS dans la région. Le territoire de Plaine Commune est sélectionné pour le potentiel d'amélioration des inégalités de santé qu'il représente, ainsi que pour le dynamisme de l'intercommunalité, et les projets évalués sont validés par son DGA et par le directeur du Pôle. L'EIS de Plaine Commune, menée par l'ARS en partenariat avec l'ORS et financée par l'INPES, débute en 2013 pour une durée de 18 mois. Elle sert d'expérimentation et de modèle d'application de la méthode EIS dans la région, mais aussi en dehors de celle-ci. En effet, le financement de la démarche par l'INPES est conditionné à l'acculturation d'autres régions à l'EIS.

L'équipe IMPACT²⁵¹ est missionnée pour ces formations, et pour organiser des formations-actions pour le binôme ARS/ORS d'évaluatrices qui mènent l'EIS. Le choix de l'équipe de Liverpool plutôt qu'une équipe francophone, comme celle du Centre de Collaboration National pour les Politiques Publiques de Santé (CCNPPS) rattaché à l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), celle de l'Université de Genève (UNIGE), dirigée par Jean Simos, ou celle de l'EHESP est motivée par leur « sensibilité sur les inégalités »²⁵⁰ et le « plaidoyer pour la réduction des inégalités » porté en particulier par son directeur à l'époque, Alex Scott-Samuel, quand les universités francophones ont une « approche classique de l'EIS ». Trois types de formations sont proposées, toutes gratuites pour les participant·es grâce au financement de l'INPES, qui se déroulent entre octobre et

250 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

251 *International Health IMPACT Assessment Consortium*, rattachée à la faculté de Santé Publique de l'Université de Liverpool. L'équipe n'existe plus aujourd'hui : aucune publication n'est parue depuis 2016 et sa page web sur le site de l'université de Liverpool n'est plus en ligne depuis avril 2021.

décembre 2013 : la formation « Sensibilisation à l'EIS »²⁵² se tient sur une journée à destination des décideurs politiques, elle a pour objectif de montrer l'intérêt de l'EIS pour la prise de décision et d'apprendre à consulter un rapport d'EIS, et qui réunit une petite quinzaine d'élus franciliens²⁵³ ; la formation intitulée « Acquisition des fondamentaux de l'EIS », est à destination des techniciens des collectivités, des associations, des personnels des ARS et des aménageurs, elle réunit une vingtaine de personnes sur une journée et cherche à former des relais pour sensibiliser à l'EIS, capables de comprendre son fonctionnement, et éventuellement à participer à des EIS. La formation « Maîtrise et conduite d'une EIS » est destinée à former des personnes à piloter des EIS, pendant quatre jours : leur institution doit ensuite les mettre à disposition pour « 4 mois minimum pour mener une EIS »²⁵⁴. L'objectif est de réunir des binômes ARS/ORS de toutes les régions de France : il n'est pas atteint, mais, dans les institutions publiques régionales, la plupart des personnes qui mènent des EIS (notamment dans celles avec lesquelles nous avons mené des entretiens) l'ont suivie.

E. est chargée de développement de projet "Évaluation d'Impact sur la Santé" — EIS à l'ARS d'Île-de-France quand nous la rencontrons. Elle participe à l'EIS de Plaine Commune et recrute IMPACT pour assurer la formation. Elle est diplômée en Santé Publique et a fait des formations complémentaires à l'EHESP sur l'approche populationnelle de santé publique. Elle est aussi diplômée de naturopathie et tenante d'une approche holistique de la santé. Elle est formée par IMPACT à l'EIS. Elle a depuis quitté ses fonctions pour devenir consultante indépendante sur la santé des populations.

Ainsi, l'EIS de Plaine-Commune a permis l'acculturation et la formation à l'EIS de nombreuses personnes à travers la France, en plus des membres de ses comités de pilotage et technique. Elle est aussi exemplaire par l'application méticuleuse de la méthodologie de l'EIS, en particulier pour les aspects concernant la réduction des inégalités : identification précise des publics impactés par le projet au-delà des publics habituels, par exemple les personnes non allophones ou illettrées ; élaboration de recommandations fines et précises en direction de ces publics... Notamment grâce à la participation des habitant·es à l'EIS. Des *focus-groups* ont été organisés grâce aux associations locales et ont permis de faire émerger

252 ARS IDF, « Brochure "Parlez-vous EIS ?" »

253 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

254 ARS IDF, « Brochure "Parlez-vous EIS ?" », art cit.

des impacts qui n'apparaissent pas sur la population générale et donc de formuler des recommandations pour les limiter ou les accentuer. Cette EIS est considérée comme une réussite par le groupe projet qui l'a menée à bien, car elle a « donné envie à beaucoup d'acteurs de se lancer »²⁵³, mais elle pêche par le suivi des recommandations : « on ne sait pas organiser le portage des recommandations », « on aurait dû avoir un plan d'action »²⁵³. Cependant, cette difficulté a permis la place d'une vigilance particulière sur cette question, en particulier dans le cadre de la deuxième édition de l'AMISEAD.

Le jury de l' Appel à Manifestation d'Intérêt Santé Environnement et Aménagement Durable 2 est composé d'expert·es et de chercheur·ses sur la santé en ville, de la construction durable, de services de l'état en charge de l'environnement, de la région, d'associations spécialisées dans le développement social, et de l'ANRU, pour décider d'accorder des financements aux équipes candidates²⁵⁵.

Les critères de sélection des projets sont :

- Le contexte et les enjeux du territoire, c'est-à-dire s'il y a déjà sur le territoire une démarche en santé ou développement durable, si les enjeux de santé sont clairement exposés dans la candidature et si le·a porteur·se de projet a une bonne connaissance de l'état de santé et des inégalités sociales de santé sur son territoire ;
- Le portage politique et technique de la candidature ;
- L'organisation du projet, c'est-à-dire si les attentes du commanditaire correspondent aux possibilités de l'AMI en termes de calendrier, de partenariats locaux... En somme si le projet choisi est pertinent et que l'accompagnement est pensé et viable ;
- Enfin, les approches innovantes, catégorie un peu hétéroclite qui observe si des pistes sont déjà évoquées en termes d'aménagement durable, de prise en compte des inégalités sociales de santé, d'adaptation au changement climatique, à un cadre de vie favorable à la santé, et sur les modalités de concertation.

Viennent ensuite des auditions qui déterminent l'obtention ou non d'un financement.

L'AMI propose trois niveaux d'accompagnement : un premier niveau « Initiation » pour lancer la réflexion sur les questions d'urbanisme et santé : cinq collectivités sont accompagnées dans ce cadre ; un deuxième niveau « conduite de projet » pour les porteurs qui souhaitent mettre en place une EIS ou une démarche d'urbanisme favorable à la santé, accordé à six candidatures (dont nos deux EIS en région parisienne) ; et enfin un niveau « Suivi, évaluation et conduite de démarches approfondies pour bâtir un urbanisme favorable à la santé »²⁵⁶, qui ne concerne qu'une seule collectivité.

255 Extrait de carnet de terrain, 16 avril 2019.

256 Règlement de l'AMI SEAD II, disponible ici : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/34262/download>.

Une aide importante au déploiement : les Appels à Manifestation d'Intérêt « Santé, Environnement, Aménagement Durable » (AMISEAD)

Les deux éditions de l'Appel à Manifestation d'Intérêt « Santé, Environnement, Aménagement Durable » (AMISEAD) visent à financer des projets d'aménagement qui intègrent les enjeux de santé, de préservation de l'environnement et d'équité. Il apporte un accompagnement technique et/ou financier à ses lauréats. Comme COMODEIS en Nouvelle-Aquitaine, il vise aussi à créer une communauté et un réseau d'acteurs et actrices sensibilisés aux questions de santé et d'aménagement en Île-de-France.

L'AMI fait suite à des ateliers de sensibilisation à l'EIS organisés par l'ARS, porté par la direction Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités²⁵⁷. À cette occasion, des discussions s'engagent entre l'ADEME IDF et l'ARS IDF, et la ville de Nanterre sur la réalisation d'une EIS, et aboutissent à un partenariat entre l'ADEME et l'ARS pour organiser un AMI commun pour « encourager la prise en compte de la santé et de l'environnement dans l'élaboration des projets urbains (...) et promouvoir la démarche EIS »²⁵⁸. Les deux parties sont intéressées par l'aménagement durable et souhaitent « remettre de l'humain au centre des préoccupations »²⁵⁹. L'AMI est inscrit dans le PRSE 3. La première édition de l'AMI a lieu en 2016, et cinq projets sont accompagnés, dont trois EIS²⁶⁰, et accompagne une vingtaine de collectivités sensibilisées à l'urbanisme favorable à la santé. Un rapport de capitalisation sur l'expérience de ce premier AMI paraît en 2019. Le deuxième AMI en finance douze en 2019, dont trois EIS. Ce deuxième appel à projets propose trois modalités d'accompagnement. Un premier niveau « Initiation » pour lancer la réflexion sur les questions d'urbanisme et santé ; un deuxième niveau « conduite de projet » pour les porteurs qui souhaitent mettre en place une EIS ou une démarche d'urbanisme favorable à la santé : c'est à ce niveau-ci que sont financés deux des EIS ; et enfin un niveau « Suivi, évaluation et conduite de démarches

257 S'il y a eu une ré-organisation de l'agence entre 2013 et 2015 et que la répartition exacte des missions ainsi que les noms des services ont changés, les services et les personnes à l'origine des AMI côté ARS sont les mêmes que celles à l'initiative l'EIS de Plaine Commune.

258 MEDIECO et VIZEA, *Rapport d'évaluation des études financées dans le cadre de l'AMI SEAD*, Paris, ARS IDF, ADEME IDF, 2019.

259 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

260 L'un des projets résultera plutôt sur une démarche d'Urbanisme Favorable à la Santé qu'une EIS en tant que telle.

approfondies pour bâtir un urbanisme favorable à la santé »²⁶¹, dans lequel s'inscrit la dernière EIS accompagnée. Cette proposition d'accompagnement au suivi des démarches, notamment d'EIS, suit le constat des difficultés de portage et d'application des recommandations de l'EIS de Plaine Commune²⁶² : le financement du suivi des recommandations par l'ARS apparaît alors comme nécessaire.

Dans la deuxième édition de l'AMI, la prise en compte des inégalités sociales de santé fait partie des critères de sélection des projets, et s'il s'agit d'un seul critère dans l'évaluation des projets candidats, son importance est accentuée lors de la réunion du pré-jury, à l'insistance notamment de N.²⁶³. La réduction des inégalités sociales de santé tient donc une place importante dans l'AMI, à l'image de la vision de l'EIS promue en Île-de-France.

Il n'y a qu'en Île-de-France que la branche régionale de l'ADEME joue un rôle dans la promotion des EIS. Ce partenariat permet de mobiliser à la fois l'expérience de l'ADEME sur les questions d'urbanisme durable, notamment l'Approche Environnementale de l'Urbanisme et sa capacité financière et de portage de projet de ce type, et celle de l'ARS pour intégrer plus directement les questions de santé, et notamment celle des inégalités sociales de santé. Il est intéressant de remarquer que l'attention aux ISS est très présente dans l'AMI, aussi bien dans le choix des projets financés que dans le suivi et le déroulement de la démarche. Le rapprochement avec l'ADEME, pour laquelle la lutte contre les inégalités n'est initialement pas une mission, aurait pourtant pu faire pencher la démarche plus du côté de la santé environnementale et de la transition énergétique. Les projets dans des territoires signataires de CLS²⁶⁴ ou « socialement en difficulté (notamment les quartiers prioritaires de la politique de la ville, les zones périurbaines avec un faible IDH-2, etc.) »²⁶⁵, les zones exposées à des nuisances environnementales multiples et les déserts médicaux sont privilégiés.

On peut noter que les trois personnes en charge de la coordination de ces AMI, N. et E. à l'ARS et N. à l'ADEME²⁶⁶, ont quitté leur poste depuis, entre 2020 et 2022. Toutes ont été remplacées, mais il n'y a pourtant pas, semble-t-il, de nouvel AMI à l'horizon. La dynamique de déploiement des EIS en Île-de-France en pâtit et, en dehors de Paris où l'équipe de la ville

261 Règlement de l'AMI SEAD II, disponible ici : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/34262/download>.

262 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

263 N., ARS IDF, lire l'encadré page 134.

264 Lire Chapitre 4 : 3.2 L'inscription des EIS dans les CLS page 137.

265 Règlement de l'AMI SEAD II (lire note 261 page 133)

266 Lire les encadrés N., ARS-IDF, page 134, E., ARS-IDF page 129 et N., ADEME-IDF page 134.

et Espaces Ferroviaires lancent des démarches, il n'y a à notre connaissance pas eu de nouvelles démarches engagées. Peut-être est-ce aussi, car nous sommes entre deux PRS, celui de 2023-2028 étant encore en élaboration, et qu'il n'y a pour l'instant pas de financements prévus.

N. est chef de projet santé urbaine à l'ARS d'Île-de-France quand nous le rencontrons. Il est très actif dans la promotion des EIS en Île-de-France avec une attention particulière pour la réduction des inégalités. Il fait partie de l'équipe qui organise l'AMISEAD et participe à ce titre au COTECH et COPIL de l'EIS de Choisy-le-Roi quand elle débute. Il est urbaniste et diplômé de Sciences Po. Il a quitté son poste depuis pour s'occuper de promotion du vélo.

N. est chargée de mission Villes et Territoires durables à l'ADEME Île-de-France quand nous la rencontrons. Elle est issue d'une formation de géographie et de Sciences Po. Elle participe à l'organisation de l'AMISEAD. Elle a quitté son poste pour devenir directrice de projet transition écologique et énergétique d'une collectivité.

Les autres régions, notamment la PACA et l'Occitanie, la Bourgogne-Franche-Comté, en partie à cause de sa proximité avec la Suisse et de l'association Équiterre, ainsi que la Bretagne, où se situe l'EHESP qui a introduit l'EIS en France, ont aussi des politiques de déploiement des EIS qui s'intéressent de façon plus ou moins directe aux inégalités sociales de santé. Les ARS de plusieurs d'entre elles ont lancé des appels à projets envisageant la possibilité de financer des EIS.

Ainsi, le déploiement des EIS à l'échelle régionale est très divers. Si la quasi-totalité des régions en France aujourd'hui ont conduit au moins une EIS, en écho aux feuilles de route nationales, l'ampleur de ce déploiement, les moyens mis en place pour ce faire, les acteurs et actrices sollicités, et la compréhension même de ce qu'est l'EIS, et par conséquent la place que tient la réduction des ISS en leur sein varie d'une région à l'autre : quand certaines y relient directement les EIS, d'autres semblent l'appréhender plutôt comme un outil de santé

dans toutes les politiques, ou de santé-environnement. La fenêtre d'opportunité ne semble pas s'être ouverte partout, et en tout cas pas de la même manière.

Par ailleurs, il semble exister plusieurs visions, cultures, philosophies de l'EIS même, et en conséquence des différences dans la façon dont elles sont promues. Ainsi, la Nouvelle-Aquitaine par le biais de COMODEIS fait la promotion d'EIS brèves, financées, et à but pédagogique. L'objectif de deux EIS par département a été rapidement délaissé, car non réaliste ou productif, mais reflète tout de même un état d'esprit : l'objectif est de déployer la démarche quantitativement, en permettant aussi à des petites communes d'en mener plutôt qu'à confiner la démarche aux grandes métropoles, et en en faisant un instrument pédagogique : mener une EIS doit permettre d'apprendre à mener une EIS. Les retours d'expérience sur ces EIS varient : certaines collectivités semblent en être tout à fait contentes quand d'autres le sont moins. Certaines EIS obtiennent des financements, mais ne sont jamais lancées, par manque de soutien de la part des équipes municipales par exemple, et doivent donc rendre la somme qui leur avait été remise pour ce faire, quand d'autres s'appêtent à lancer une deuxième démarche. Ailleurs, la vision promue de l'EIS est différente : par exemple, si les ARS sont prêtes à financer quelques EIS expérimentales pour faire la main des évaluateur·ices, c'est ensuite aux collectivités de financer les suivantes.

On peut s'interroger sur les raisons de ces différences de mise en place en fonction des régions. Il nous semble que les différences sont surtout humaines : dans certaines régions, des personnes sensibilisées à la question se sont saisies de la problématique, dans d'autres non. Entre les régions qui ont commencé à déployer les EIS, il semble aussi que ce soit des questions humaines qui conditionnent au moins en partie le déploiement. En Nouvelle-Aquitaine, S. tend à vouloir développer des EIS accessibles à tous et toutes. En Île-de-France, pour E., et N., sous la houlette de Luc Ginot, c'est la volonté de réduire les inégalités sociales de santé qui domine.

3 L'inscription des EIS à l'agenda politique local

Les premières concernées pour mener les EIS sur les projets d'urbanisme sont les communes et les intercommunalités, puisqu'elles disposent de la compétence d'aménagement de leur territoire. La plupart des EIS sont commanditées par des communes²⁶⁷, mais on en trouve aussi à l'échelle d'intercommunalités, comme à Plaine Commune par exemple. La difficulté majeure pour la réalisation des EIS au niveau local, c'est leur financement. Une EIS intermédiaire coûte en moyenne 20 000 euros (c'est le financement accordé par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine), ce qui n'est pas anodin pour une petite commune. La démarche d'EIS s'accorde avec d'autres dispositifs de promotion de la santé dans les territoires : on trouve par exemple des EIS inscrites dans les objectifs des Contrats Locaux de Santé (CLS), comme c'est le cas à Valence, ou à Paris. Cela permet potentiellement d'accéder à d'autres financements, et de donner à la démarche une légitimité plus importante notamment auprès des acteurs politiques. En plus de la mise en place de projets favorables à la santé, les EIS représentent aussi une opportunité de marketing territorial pour les communes qui les mènent, en les plaçant comme figure d'excellence de l'innovation en santé.

3.1 Le réseau des Villes-Santé de l'OMS : l'impulsion initiale ?

En France, c'est dans le cadre des Villes-Santé que la première EIS à Rennes a pu être lancée et financée²⁶⁸. Cependant, au-delà de cette impulsion initiale, le rôle du réseau semble limité. En effet, si on retrouve un certain nombre de communes ayant réalisé des EIS²⁶⁹ dans les membres du réseau, on en trouve aussi qui n'en font pas partie, et le rôle joué par celui-ci n'est que rarement mentionné dans les rapports, en dehors de ceux des EIS réalisées par

267 Lire Chapitre 4. 2.2.1 Les commanditaires : page 154.

268 Erwan Le Goff, *Les Villes-Santé en Bretagne : quels choix de gestion et d'aménagement des espaces ?*, Géographie, Rennes 2, Rennes, 2012, 325 p.

269 Notamment Angers, Bordeaux, Brest, La Rochelle, Lille, Lyon, Marseille, Nantes, Paris, Poitiers, Rennes, Strasbourg, Toulouse et Villeurbanne.

l'EHESP ou menées à Rennes. Si on peut supposer qu'une certaine culture de la santé engendrée par l'appartenance au réseau a pu pousser ces villes à initier des EIS, ce rôle reste indirect. Ainsi, le réseau des Villes-Santé n'a pas joué le rôle qu'on aurait pu s'attendre à le voir jouer en tant que porteur de 'solution' dans le courant des *policies*.

3.2 L'inscription des EIS dans les CLS

Les Contrats Locaux de Santé (CLS), créés par loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoire) sont spécifiquement pensés pour réduire les inégalités sociales de santé. Ils sont passés entre l'État *via* une ARS et une collectivité territoriale, initialement de façon privilégiée dans les zones rurales isolées et les quartiers urbains en difficulté, où la problématique des ISS est particulièrement prégnante²⁷⁰. C'est un outil de contractualisation transverse qui permet le développement de partenariats et de collaborations entre les acteurs et actrices de la santé sur un territoire. Il est construit en concertation avec les acteurs et actrices de la santé du territoire : habitant·es, associations et professionnel·les de la santé et du social notamment. Dans le cadre d'une territorialisation de plus en plus importante de la santé depuis les années 1990, et malgré le fait que la santé ne soit pas une compétence locale²⁷¹, les CLS permettent une appropriation des questions de santé par les élus locaux, dans la continuité des volets santé des contrats urbains de cohésion sociale notamment²⁷². Le CLS est constitué d'un diagnostic local de santé, qui contient un état des lieux du territoire en matière de santé (souvent réalisé par l'Observatoire Régional de Santé, impliqué fréquemment dans les EIS, ou par les Observatoires Locaux de Santé), et un état des lieux des besoins des acteurs et actrices dans le champ d'action du CLS, d'un plan d'action spécifique articulé autour des axes prioritaires de l'ARS, puis des modalités de suivi et d'évaluation.

Les CLS sont *a minima* mentionnés dans plus de la moitié des rapports d'EIS que nous avons analysés, soit que leur coordinateur·ice soit mentionné comme partie prenante ou

270 Nadine Haschar-Noé et Émilie Salaméro, « La fabrication d'un contrat local de santé "expérimental". Négociations et compromis sous tensions », *Sciences sociales et santé*, 2016, vol. 34, n° 2, p. 81-105.

271 Olivier Renaudie, « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *Revue française d'administration publique*, 2020, vol. 176, n° 4, p. 901-912.

272 Sébastien Fleuret, « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? », *Sciences sociales et sante*, 20 juin 2016, Vol. 34, n° 2, p. 107-115.

commanditaire de l'EIS, soit qu'ils s'alimentent l'un l'autre. En tant que démarche de promotion de la santé ancrée territorialement, les connexions entre les deux sont en effet nombreuses. Ainsi, les EIS peuvent être inscrites dans les CLS : selon la chronologie, peuvent y être inscrit la réalisation d'une évaluation précise ou plus généralement la volonté d'en développer, ou plus rarement à l'inverse, la signature d'un CLS peut faire partie des recommandations ou des conséquences générales d'une EIS, après avoir lancé l'acculturation d'une commune ou d'une intercommunalité aux questions de santé. Les recommandations de l'EIS peuvent s'inscrire dans les actions du CLS. Les deux démarches s'articulent aussi autour des diagnostics locaux de santé : ce diagnostic justifie leur mise en place sur un territoire donné. Ils alimentent l'EIS pendant la phase de cadrage ou de sélection, ou peuvent, dans l'autre sens, être alimentés par l'EIS. Les deux démarches s'articulent avec les autres dispositifs et démarches territoriales, mais aussi entre elles, notamment pour la participation habitante puisque les deux portent des valeurs de démocratie sanitaire.

CLS et EIS apparaissent comme complémentaires, puisqu'ils partagent les mêmes valeurs et ont des objectifs similaires. Le premier, inscrit sur une durée plus longue, permet la mise en place d'une stratégie de longue durée de réduction des inégalités sociales de santé sur un territoire. Le deuxième, sur une durée plus courte et généralement un territoire plus restreint, met en application les principes du premier, et permet de l'alimenter. La mise en synergie des deux est donc nécessaire pour optimiser l'utilisation des ressources : mise en cohérence pour améliorer la portée et la pertinence de l'une comme de l'autre, mutualisation des expériences et choix de thématiques transversales.

3.3 Le portage de l'EIS dans les grandes métropoles et dans les zones rurales : une inégalité de moyens ?

Si de plus en plus d'EIS sont mises en place dans le milieu rural, on remarque tout de même que la grande majorité d'entre elles continuent d'avoir lieu en contexte urbain, et en particulier dans les grandes métropoles. Dans certaines d'entre elles, en particulier à Paris et à Bordeaux, des dispositifs spécifiques sont mis en place pour favoriser ce déploiement.

À Paris, une équipe dédiée pour mener des EIS

Paris est la seule commune en France à notre connaissance qui dispose d'une équipe spécifique qui se consacre à cette activité. L'équipe est composée de quatre personnes²⁷³, et est rattachée à la Direction de la Santé Publique, et plus particulièrement au Service Parisien de Santé Environnementale, dont un des objectifs est de « mettre en place un urbanisme favorable à la santé et réaliser des évaluations d'impact sur la santé sur des projets urbains structurants de la mandature ». Le service consacré aux EIS a été fondé en octobre 2017, à l'initiative de l'élu attaché à la Santé à l'époque, et de la membre de son cabinet attachée à la Santé Environnement. Ainsi, la fenêtre d'opportunité s'est bien ouverte à Paris, suite à la volonté politique. Les membres de l'équipe sont issus de formation de sciences dures, ingénieur sanitaire ou biochimie, même si elles ont suivi des formations aux EIS et avaient des appétences pour les questions de santé plus globalement avant de rejoindre l'équipe.

Si l'« équipe EIS » de Paris a mené une EIS sur l'« héritage de la candidature de Paris aux JO 2024 », c'est-à-dire l'empreinte que laissera la tenue des Jeux Olympiques en région parisienne, essentiellement les équipements construits pour l'occasion, elles se consacrent depuis exclusivement à des EIS sur des projets d'aménagement, dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Elles sont aussi associées aux EIS menées sur le territoire parisien par des aménageurs privés, pour l'instant celles menées par Espaces Ferroviaires. Les EIS qu'elles mènent sont des EIS longues, très documentées, où la participation habitante joue un rôle prépondérant et où la question des inégalités sociales de santé est largement interrogée. La possibilité de mener des EIS en interne permet de solliciter directement les services concernés, et d'assurer la mise en application des préconisations de l'EIS en participant au suivi des opérations d'urbanisme. Seulement, en dehors des grandes métropoles ou peut-être même en dehors de Paris, il semble difficile de mettre en place un service consacré aux EIS dans toutes les municipalités, faute de moyens financiers et d'intérêt.

E. est ingénieure Évaluation d'Impact sur la Santé dans l'équipe EIS de Paris au sein du Service Parisien de Santé Environnement. Elle est ingénieure en écologie de l'environnement spécialisée dans l'évaluation d'impact sanitaire. C'est une des premières membres de l'équipe EIS de Paris, elle travaillait donc déjà au SPSE. Elle a travaillé sur

273 Lire les encadrés C., B., G., E, Ville de Paris, page 140 - 140.

l'EIS des Portes du Vingtième et sur celle de l'Héritage des Jeux Olympiques au moment où nous la rencontrons. Elle a suivi la formation EIS à l'EHESP.

C. est ingénieure Évaluation des Impacts sur la Santé dans l'équipe EIS de la Ville de Paris, au Service Parisien de Santé Environnement. Elle est ingénieure du génie sanitaire de formation, et socialisée à la promotion de la santé, et a été recrutée au moment de la fondation de l'équipe pour mener des EIS. Elle a participé aux EIS des Portes du Vingtième et de l'héritage de la candidature des JO au moment où nous la rencontrons. Elle a suivi la formation en ligne du CCNPPS sur l'EIS.

B. est ingénieur des administrations parisiennes au sein du Service Parisien et Santé Environnementale. Il est diplômé en bio-chimie et a longtemps fait partie d'un laboratoire d'hygiène. Il fait partie des membres initiaux de l'équipe EIS de la ville de Paris. Il a été formé à l'EIS à l'Université d'été de la Santé Publique de Besançon, et a été maire-adjoint délégué à la participation à Viry-Châtillon.

G. est chargée d'évaluation d'impact sur la santé au sein de l'équipe EIS de la ville de Paris. Elle a participé à l'EIS des Portes du Vingtième et commence celle de Chapelle Charbon quand nous la rencontrons, elle vient d'être recrutée. Elle est titulaire d'une thèse en Sciences de l'Environnement. Elle participe aux COTECH et COPIL de l'EIS Hébert.

La métropole de Bordeaux met en place un dispositif spécifique

À Bordeaux, la Métropole a pris un autre parti et a décidé d'un accord-cadre avec un bureau d'études, qui mène pour elle toutes les EIS sur son territoire. Le contrat doit durer 4 ans, et a commencé en 2019. Cela fonctionne par bon de commande : la Métropole commande une EIS, le bureau d'études prévoit d'y consacrer un certain nombre d'heures et le commanditaire peut choisir d'approfondir certains points en rajoutant d'autres bons de commande s'il le juge nécessaire. Il n'y a pas de nombres d'EIS à mener par an spécifiquement, mais l'idée est d'en mener à peu près une par an. La volonté de mener des EIS est inscrite dans son CLS, et dans son plan d'action pour un territoire durable à haute qualité de vie, qui présente les orientations stratégiques pour le développement durable de la

Métropole de Bordeaux²⁷⁴. Le dispositif est donc moins coûteux qu'à Paris puisqu'il n'y a pas d'équipe résidente, mais, en assurant la continuité du lien et de la proximité entre commanditaires et bureau d'étude, permet de ne pas seulement expérimenter les EIS, mais d'en faire une démarche fréquente sinon routinière sur les projets jugés pertinents. La méthode des bons de commande permet aussi d'assurer le suivi des recommandations sur certains projets. Trois EIS ont été lancées depuis l'accord-cadre, qui suivent la première EIS rapide menée sur une copropriété à Cenon. Toutes ces EIS considéraient des projets urbains en territoire de la politique de la ville. Le déploiement des EIS à Bordeaux tient de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité au niveau local : l'appel à projets de l'INPES sur les EIS met l'objet EIS sur le tapis, qui est saisie par deux chargées de mission en train de préparer le CLS de la Métropole (courant du politique), qui porte cette 'solution' (courant des *policies*) pour lutter contre les inégalités sociales de santé (courant des problèmes) auprès de l' élu en charge de la santé qui l'accepte (courant du politique).

I. est coordinatrice du CLS de Bordeaux Métropole et chargée de mission qualité de vie. Elle est à l'origine du développement des EIS dans la métropole. Elle est diplômée en sociologie de la famille et en habitat et urbanisme.

Ces dispositifs ne sont pas envisageables dans des villes de plus petites envergures, faute de moyens financiers, techniques, ou de projets à évaluer. On l'a vu précédemment²⁷⁵, la grande majorité des EIS sont menées en ville. Il est intéressant de constater que les EIS menées en milieu rural, si elles sont peu nombreuses (15 % des EIS menées avant 2022), portent souvent sur des plans plutôt que sur des projets, notamment des plans de déplacement, et donc des territoires beaucoup plus vastes, avec des moyens financiers notamment plus importants. On pourrait donc proposer, si on souhaite poursuivre la métaphore de la fenêtre d'opportunité qui semble ici rencontrer une limite, ajouter un quatrième courant, celui pragmatique des moyens. Cela explique aussi pourquoi ce sont si souvent sur des quartiers prioritaires que sont menées les EIS : en plus du fait que ce sont, en théorie, les territoires sur lesquels les populations ont le différentiel de santé le plus important par rapport au reste de la

274 Entretien avec I., Métropole de Bordeaux, lire l'encadré page 141.

275 Lire Chapitre 4.2. Portrait des EIS menées en France page 152

population, ce sont aussi des opérations d'urbanisme importantes qui sont menées dans ce cadre, et le coût d'une EIS ne représente qu'une part minimale du budget qui y est consacré.

L'inscription à l'agenda politique local de la réduction des inégalités sociales de santé avec l'EIS comme moyen d'y parvenir semble donc devoir passer par des dispositifs de contractualisation comme les CLS ou par l'inscription des communes ou intercommunalités dans des réseaux plus larges sur les questions de santé, comme les villes-santé de l'OMS-Europe. Il existe une inégalité de moyens entre les collectivités urbaines et les collectivités rurales dans le financement des EIS, ce qui est défavorable à la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, si les inégalités entre habitant·es les plus importantes se trouvent en ville, l'état de santé des habitant·es des territoires ruraux pauvres est aussi moins bon que dans les territoires favorisés, et les difficultés d'accès aux soins et les déserts médicaux, accentuent ce différentiel.

Conclusion du chapitre

Ainsi, la mise sur agenda de l'EIS comme solution pour réduire les inégalités sociales de santé en France varie selon les régions, et ne suit pas donc pas tout à fait le modèle proposé par Kingdon. La figure 11 montre les allers-retours de cette mise sur agenda.

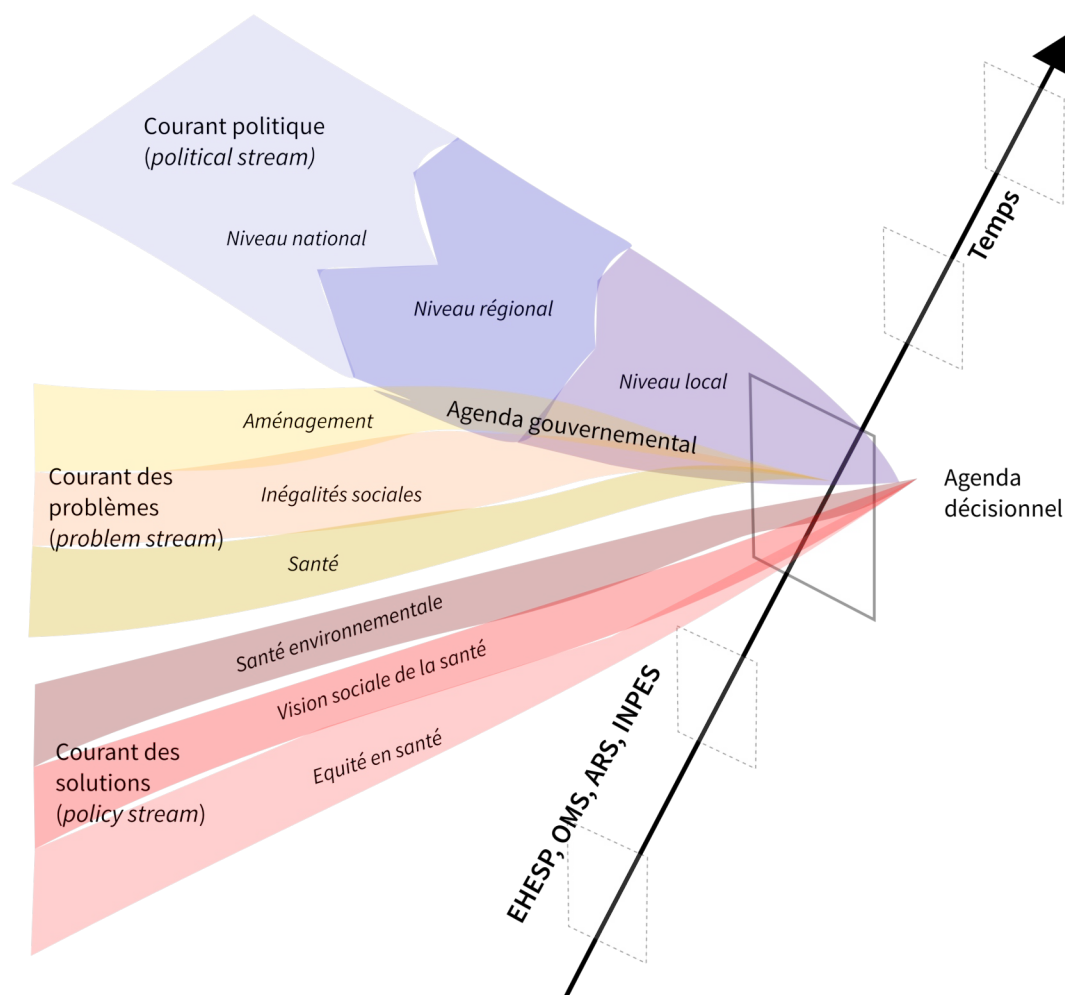


Figure 11: Schéma du courant du politique qui ouvre la fenêtre d'opportunité, adapté de Kingdon (P272). Réalisation : Capucine Frouin

Ainsi, la promotion de l'EIS apparaît dans les feuilles de route des politiques nationales, en particulier le SNS et le PNSE, qui sont déclinées dans les régions par le biais du PRS et des PRSE, avant d'être appliquées au niveau local dans les collectivités, mais c'est à partir d'expériences au niveau local que les EIS ont été promues auprès des niveaux supérieurs, et qu'elles ont pu apparaître dans les plans. De plus, la fenêtre ne s'est pas ouverte de la même manière dans toutes les régions : en effet, sans une politique volontaire des régions et des moyens spécifiques alloués pour ce faire, le déploiement des EIS se fait de façon bien moins rapide et efficace. Quant à la réduction des inégalités sociales de santé, les stratégies des régions semblent varier. La Nouvelle-Aquitaine met en place une politique de déploiement

des EIS très volontariste, et a mis en place un dispositif spécifique pour en faire la promotion et accompagner les collectivités qui en mènent : elle produit ainsi un grand volume d'EIS, qui se concentrent plus ou moins –plutôt moins– sur la réduction des inégalités. En Île-de-France, deuxième région pour les EIS, le discours de l'ARS met très en avant la lutte contre les inégalités sociales de santé, dans une région où elles sont les plus importantes. On s'interroge alors : est-ce que les EIS qui en résultent sont plus orientées sur la réduction des ISS ? La question est d'autant plus légitime que, dans un marché professionnel encore en cours de structuration, les prestataires privés qui mènent des EIS sont très peu nombreux·ses, et donc les mêmes dans tout le pays. Le portrait des EIS menées en France à partir de leur rapport donne de premiers éléments de réponse

Chapitre 4. L'EIS au travers de ses rapports

De cette mise sur agenda au croisement du courant des problèmes, de celui des politiques et de celui des solutions découlent des démarches marquées par elle. Dans ce chapitre, nous nous attacherons à analyser les EIS à travers les rapports qui sont produits à leur issue, et la place qu'y prend la réduction des inégalités sociales de santé.

Nous nous pencherons d'abord sur la méthodologie mise en place pour analyser les rapports, puis nous dresserons le portrait des EIS menées en France jusqu'en 2022, en nous intéressant aux projets sur lesquelles l'EIS porte et sur les acteurs et actrices qui y participent. Enfin, nous verrons comment ont été prises en compte les inégalités sociales de santé.

1. Méthodologie

1.1 Analyse des rapports d'EIS

1.1.1 Méthode d'analyse

Une première étape a été de réaliser une revue de la littérature, à partir d'articles scientifiques en français et en anglais pour mieux saisir notre objet de recherche – les EIS, et notre sujet – leur capacité à produire une réduction des inégalités sociales de santé, à travers plusieurs thèmes qui se recoupent mutuellement. Ces thèmes regroupent l'émergence de l'évaluation des politiques publiques en France, et notamment l'évaluation environnementale, les politiques publiques de santé en France et dans le monde, en particulier les déclinaisons locales des politiques de l'OMS, les inégalités socio-territoriales et les inégalités sociales de santé en France, la santé environnementale et l'évolution de la place de la santé humaine dans le développement durable, la chronologie du développement des EIS dans le monde, et plus récemment la participation citoyenne, en particulier la démocratie sanitaire et la participation dans les projets de renouvellement urbain.

Cette revue de la littérature scientifique s'est accompagnée d'une analyse de la littérature grise produite autour de l'EIS, notamment les guides et outils produits pour mener à bien les EIS, les documents de plaidoyer produits en faveur de l'EIS et les feuilles de route des institutions de santé publique pour en faire la promotion. Cette analyse permet d'une part d'identifier les acteurs et actrices impliqués dans la promotion et le déploiement des EIS en France, d'autre part de saisir ce déploiement même.

La revue de la littérature est complétée par des entretiens exploratoires avec quelques expert·es qui ont déjà mené des EIS. L'objectif principal de ces entretiens est de saisir à la fois le déroulement concret d'une EIS, les différentes étapes mises en place et les méthodes

appliquées, ainsi que l'importance que tiennent les ISS dans l'EIS, et enfin sur celles et ceux qui font les EIS mêmes. Cette revue de la littérature, l'analyse de la littérature grise ainsi que les entretiens exploratoires avait pour objectif de saisir les éléments d'évaluation de l'EIS, en particulier sur son efficacité pour réduire les inégalités sociales de santé pour construire la grille d'analyse des rapports déjà publiés.

Ces trois premières étapes ont permis de saisir de premiers éléments d'évaluation de l'EIS, en particulier sur son efficacité pour réduire les inégalités sociales de santé : cela nous a permis de construire une grille d'analyse des rapports déjà publiés.

L'analyse des rapports des EIS déjà publiés en France constitue l'étape suivante de notre travail de recherche. La théorie voudrait qu'en vertu de la transparence affichée dans les EIS, tous les rapports soient accessibles en ligne, mais en réalité, sur les 55 rapports d'EIS menées en France depuis une dizaine d'années, 40 rapports complets ont été publiés. Les 15 autres sont disponibles soit à l'état de synthèse, de brochures, ou parfois simplement de mentions dans des comptes-rendus de conseils municipaux ou autres. La plupart de ces rapports ont été obtenus sur la plate-forme collaborative de l'EHESP ou sur le site de l'IREPS de Nouvelle-Aquitaine. Les autres ont été obtenus en les demandant aux collectivités qui les ont menées ou collectés auprès des bureaux d'études les ayant réalisées. Le tableau 4.1 résume les critères utilisés pour comparer les rapports.

Ces critères sont établis pour pouvoir comparer les démarches. La première catégorie permet de caractériser le rapport et le type de démarche menée. La deuxième permet d'établir où les EIS sont menées et sur quel type de projets. La troisième identifie les personnes qui participent à l'EIS : qui mène la démarche, qui demande à ce qu'elle soit réalisée, qui la finance. Cela permet de se faire une première idée des réseaux d'acteur·ices impliqué·es. La quatrième catégorie concerne les déterminants retenus dans la démarche : une de nos hypothèses est que le choix des déterminants influe sur la prise en compte des inégalités sociales de santé. La dernière enfin concerne les publics cibles de la démarche, indice le plus évident de la prise en compte des ISS.

Rubriques	Critères
Le rapport / l'EIS	Identifiant de l'EIS
	Nom du projet
	Année de publication du rapport
	État du rapport
	Type d'EIS
	Durée de l'EIS
	Volume du rapport
	Volume du rapport avec les annexes
	Commentaires supplémentaires
Le projet	Lieu du projet
	Région du projet
	Type de projet
	Élément de contexte du projet
	Type de tissu urbain
Acteur·rices	Évaluateur·rices
	Type d'évaluateur·rices
	Commanditaires
	Type de commanditaires
	Financeur·ses
	Composition du Comité de Pilotage
	Composition du Comité Technique
Déterminants	Déterminants retenus
	Hiérarchisation des déterminants retenus
	Commentaires sur les déterminants
	Modèle de déterminants retenus
Impacts	Populations cibles et/ou populations vulnérables identifiées

différenciés	Présence de recommandations spécifiques
	Commentaires

Tableau 4.1: Critères de comparaison des rapports

Cette analyse a permis de compléter la chronologie du déploiement des EIS en France, ainsi que de comparer les rapports entre eux, et d'en dresser une typologie selon la prise en compte apparente des ISS. Cependant, cette typologie, qui sera présentée par la suite, apparaît comme un indice de la volonté de prendre en compte les ISS dans l'EIS, et ne reflète pas nécessairement la réussite de cette volonté, par ailleurs très difficile à quantifier. Sans le récit de la réalisation de l'EIS, il est difficile de considérer l'implication des décideurs politiques par exemple, qui apparaît pourtant à la fois dans la littérature et pour les experts consultés comme cruciale.

Ainsi, pour accéder au récit de cette réalisation et mieux comprendre l'implication de chacun·e des acteur·ices, nous avons suivi trois EIS du début à la fin de leur mise en œuvre. Ces trois études font office d'études de cas dans cette recherche. Pour ce faire, nous avons assisté à certaines réunions des différentes instances de ces EIS, en tant qu'observatrice participante, ainsi qu'aux ateliers de participation citoyenne quand il y en a de dédiés. Nous avons réalisé des entretiens avec l'équipe évaluatrice ainsi que certain·es membres de ces instances. Le détail de la méthode utilisée pour les études de cas est donné au début de la partie suivante.

1.1.2 Présentation du corpus des rapports analysés

Le tableau 4.2 présente les différents statuts du corpus de rapports d'EIS en France en 2022.

Statut du rapport	Nombre
Rapports complets	40
Rapport intermédiaire	1

Synthèses	4
Mémoires	2
Plaquette	1
Mention	7
Total	55

Tableau 4.2 : Statut des rapports d'EIS en France en 2022

Les rapports complets sont, comme leur nom l'indique, des rapports d'EIS entiers, avec ou sans annexes, dont le volume, sans les annexes, varie entre 31 et 270 pages, avec une moyenne d'une centaine de pages, et une médiane en dessous de 70²⁷⁶. Ces rapports complets sont donc des objets assez diversifiés.

Un rapport intermédiaire est un rapport non finalisé, mais qui contient les éléments qui nous intéressent. Les synthèses sont des documents d'une vingtaine ou trentaine de pages qui présentent tous les éléments de l'EIS de façon synthétique (présentation du projet évalué, de la démarche d'EIS et des déterminants de santé, de la population, puis les résultats de l'EIS, analyse des déterminants et recommandations) sous forme de fiche ou non. Les plaquettes font moins d'une dizaine de pages et présentent très brièvement la démarche d'EIS, le projet évalué et les résultats de l'EIS. Les mentions enfin, correspondent à des EIS qui ont dû être menées, mais dont aucun document n'a été mis en ligne : il peut s'agir du vote de financement dans un PV de conseil municipal, d'une mention sur le site internet d'une commune ou d'une ARS. Deux des rapports disponibles sont le mémoire de recherche d'étudiantes qui ont participé à mener une EIS.

Le corpus que nous allons analyser dans cette partie est composé des rapports complets et les synthèses longues : même si le niveau de détail est différent, les éléments qui nous importent, c'est-à-dire les déterminants retenus et le modèle de déterminant utilisé, l'identification de populations-cibles ou/et de populations vulnérables, sont présents dans toutes ces formes.

²⁷⁶ Voir Annexe 6 : Caractéristiques des rapports étudiés.

2. Portrait des EIS menées en France

Dresser le portrait des EIS menées en France jusqu'en 2022 permet de mettre en évidence leurs caractéristiques communes ainsi que leurs particularités. Cela permet de comprendre sur quel type de projets sont menées des EIS, et d'avoir une première appréhension des réseaux d'acteurs impliqués dans leur promotion et leur réalisation.

2.1 Projets évalués

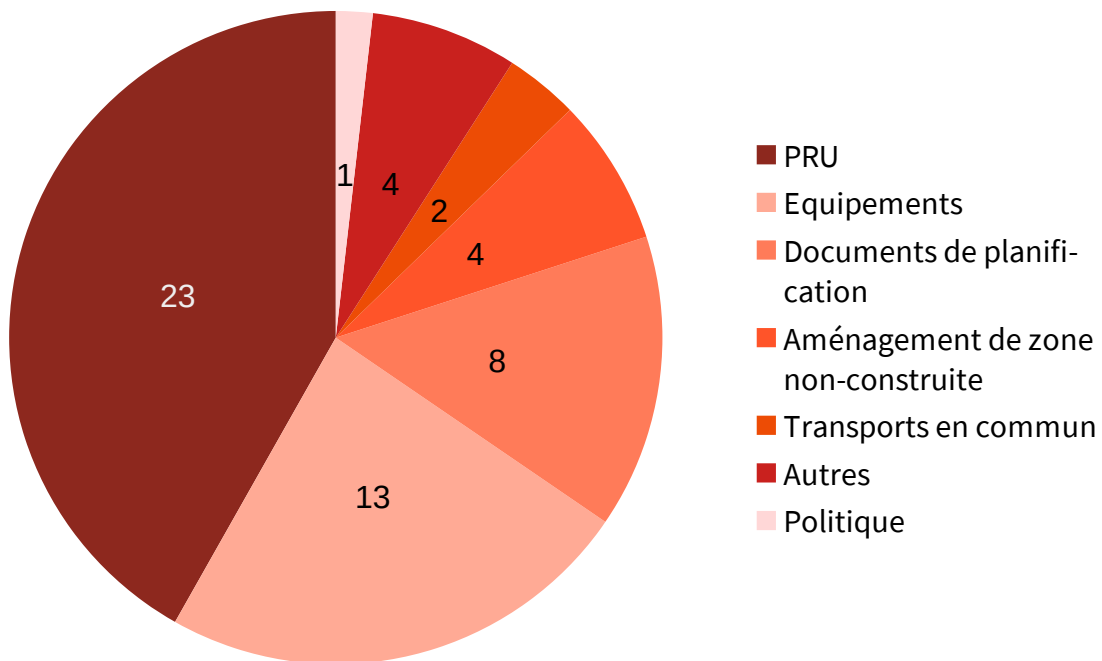


Figure 12: Schéma des types de projets évalués par les EIS en France

Les types de projets évalués par les EIS menées en France sont résumés dans le schéma ci-dessous.

Ainsi, un peu moins de la moitié des EIS sont menées sur des projets de renouvellement urbain, en centre-ville ou dans des quartiers périphériques, et un petit quart sur des projets d'implantation ou de réhabilitation d'équipements publics, pris dans un sens large : parcs, maisons de la santé, parcours de santé, maison des associations, par exemple. Les projets

d'aménagement sur des espaces non bâtis ou les reconversions de friches sont peu nombreux : cela s'explique notamment car près de la moitié des EIS menées sur des projets urbains le sont sur des territoires en politique de la ville, qui par définition sont habités .

On remarque aussi que neuf rapports d'EIS ne portent pas sur des projets urbains. Huit portent sur des documents de planification, à différentes échelles : SCOT, PLU ou PLUi, Plan de mobilité... Et un sur une politique publique : la politique de jeunesse de la ville de Chambéry. Ces rapports ne pourront avoir le même statut que les autres puisqu'ils portent sur des objets différents, mais ils sont révélateurs de la façon dont la démarche y est perçue et appréhendée, et sont donc tout de même intégrés au corpus dans son ensemble.

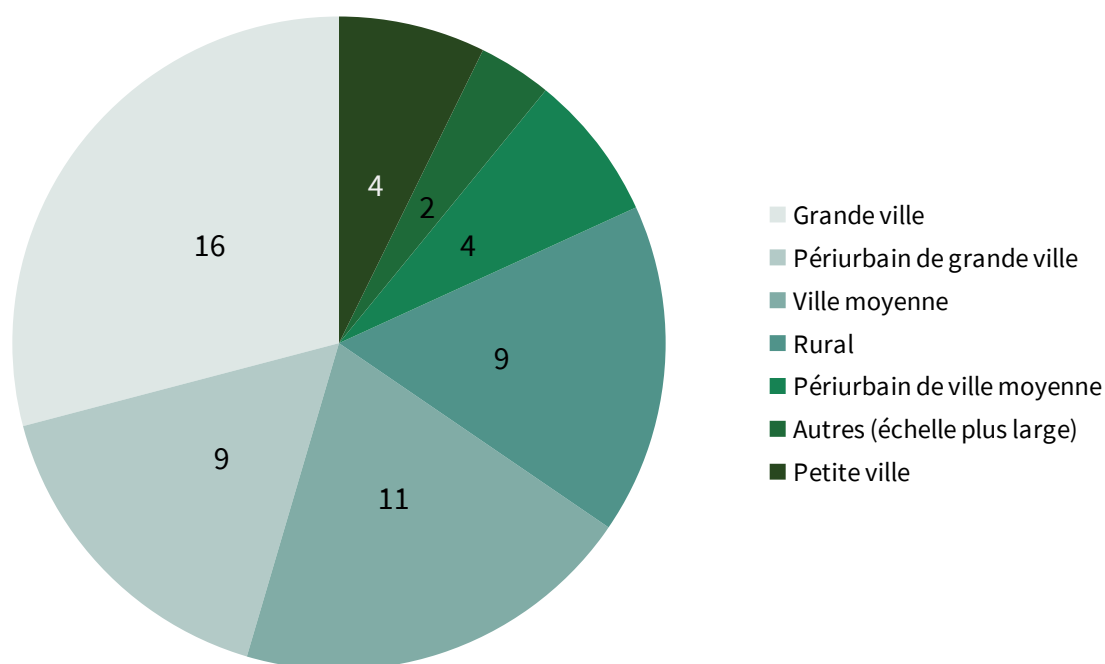


Figure 13: Contexte urbain des EIS

La catégorie « Autres » compte des politiques publiques non spatialisées : une sur dispositif de maisons-relais à l'échelle de la Picardie, dont le rapport est à l'état de plaquette et qu'il est donc difficile d'analyser, la deuxième sur l'allocation de fonds FEDER pour des projets en politique de la ville dans des espaces très différents des alentours de Noirmoutier.

Ce sont dans et autour des grandes villes que les EIS se développent le plus : un peu plus de la moitié des EIS spatialisées y sont menées, et en particulier dans les villes centres, dans

lesquelles la moitié des démarches ont été menées. Neuf EIS ont été menées en milieu rural, soit un peu moins d'un cinquième du total. Sur ces neuf EIS, cinq ont été menées sur des documents de planification. On peut supposer que, dans un environnement très peu dense, les projets urbains ne concernent qu'une population trop peu nombreuse pour qu'il y soit pertinent de mener une EIS, et que l'échelle plus large des documents de planification est donc plus intéressante.

Vingt-six EIS sur vingt-neuf sont menées sur des territoires prioritaires de la politique de la ville. Dix-huit d'entre elles sont menées sur des projets de renouvellement urbain, donc plus des deux tiers, les autres portant surtout sur des implantations ou des rénovations d'équipement (cinq d'entre elles), une sur un document de planification et les deux restantes sont menées sur autre chose que des projets urbains. Cette part importante de projet en politique de la ville va de pair avec l'objectif des EIS de réduire les inégalités sociales de santé : les moyens sont ciblés sur les territoires qui concentrent les inégalités et qui en ont donc *a priori* le plus besoin.

2.2 Les acteurs et actrices directement impliqués dans l'EIS

Les rapports permettent aussi d'identifier les types d'acteurs et actrices qui participent directement à l'EIS (à la différence de celles et ceux qui en font la promotion ou l'enseignent par exemple). Pour compléter ce tableau de présentation des EIS telles qu'elles ont été menées en France jusqu'à la fin 2021, nous nous pencherons donc sur les acteurs et actrices directement impliqués dans la réalisation des EIS, c'est-à-dire les personnes qui les commandent, les personnes qui mènent les évaluations, et les personnes qui les pilotent et les financent. Nous construisons notre réflexion à partir de cette catégorisation commanditaire / praticien·ne / pilote, qui est issue des travaux sur le projet urbain.

2.2.1 Les commanditaires :

Le commanditaire de l'EIS est la personne ou le groupe de personnes qui demande à ce qu'une EIS soit menée, et qui formule une commande dans ce sens. Dans l'immense majorité

des cas, il a un pendant technique et un pendant politique que l'initiative vienne de l'un ou de l'autre. Le rôle du commanditaire ne s'arrête pas à la commande elle-même. Il prend ensuite la tête du comité de pilotage et du comité technique, souvent en binôme avec les expert·es sélectionné·es pour l'assister dans l'EIS, bureau d'études, universitaires, ou plus rarement une équipe interne. Le commanditaire de l'EIS peut ne pas être une seule personne ou entité, mais un groupe de personnes ou entité : le commanditaire peut par exemple être une commune, ou une intercommunalité et une association. La figure 14 et le tableau 4.3 présentent les différents types de commanditaires pour une EIS.

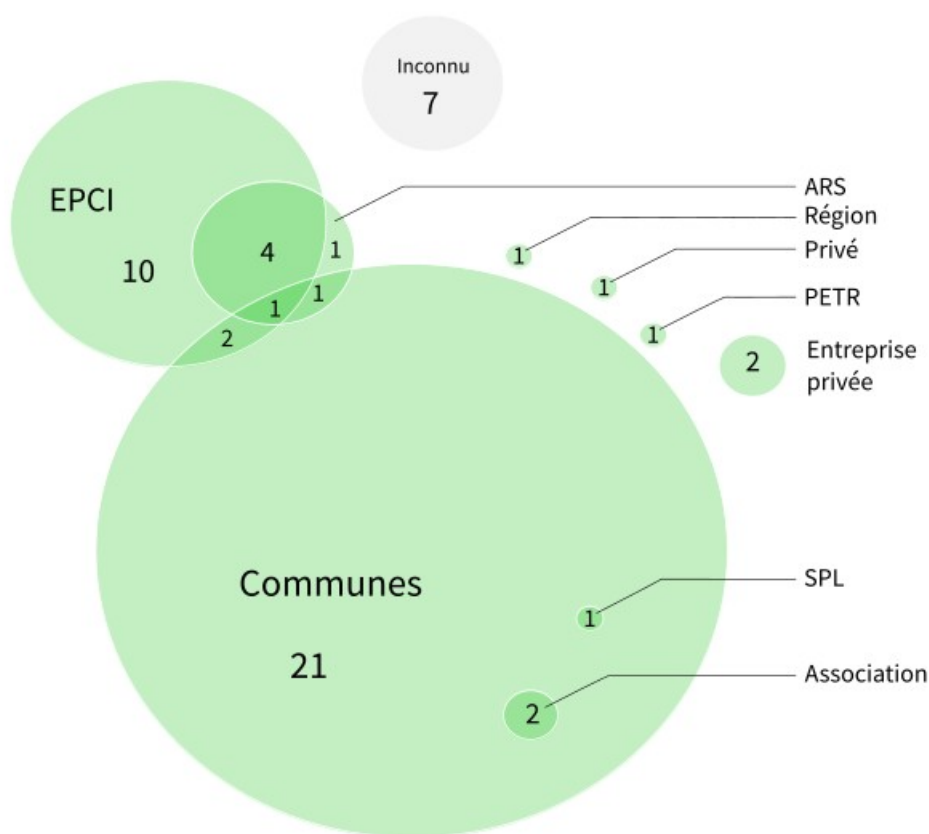


Figure 14: Combinaison de commanditaires des EIS

Commanditaires	Nombre de rapports
Commune	29

EPCI / EPT	17
ARS	6
Association	2
Aménageur privé	2
PETR	1
Région	1
SPL	1
<i>Inconnu</i>	7

Tableau 4.3: Commandes d'EIS par type d'entité

La figure 14 décrit les différentes combinaisons de commanditaires trouvées dans les rapports. Ainsi, si la majeure partie des EIS sont menées par un commanditaire unique, neuf d'entre elles, soit un peu moins du quart, le sont par des commanditaires multiples.

Le tableau 4.3 compte le nombre de fois où un type de commanditaires a demandé la réalisation d'une EIS, seule ou en partenariat avec d'autres. La très grande majorité des EIS sont commandées par des communes ou des intercommunalités : quarante-six des cinquante-cinq rapports comptent au moins une de ces deux entités. L'échelon local est donc le plus mobilisé, ce qui est cohérent avec l'échelle des projets évalués, on l'a vu²⁷⁷. On remarque aussi que ce sont presque exclusivement des acteurs publics qui commandent des EIS. Néanmoins, deux EIS ont été commanditées par un aménageur de statut privé. Il s'agit d'Espaces Ferroviaires : c'est la première entreprise qui se lance dans une EIS, mais si d'autres le font également, il serait intéressant d'observer comment ces acteurs, qui ont des agendas différents de ceux du public, s'emparent des EIS, et notamment de la question de la réduction des inégalités sociales de santé.

2.2.2 Les évaluateurs et évaluatrices

Les évaluateur·ices mènent l'EIS, au sens de mener l'enquête. Il ne s'agit jamais d'une personne seule (à l'exception de l'EIS menée dans le cadre d'un stage de master et présentée

²⁷⁷ Voir Chapitre 4. 2.1 Projets évalués page 152.

sous la forme d'un mémoire), mais d'un groupe de personnes. Ce groupe applique la méthodologie de l'EIS : pendant la phase de cadrage, il analyse les composantes du projet et identifie les déterminants de la santé et les populations les plus pertinentes à analyser dans le cadre de l'EIS ; puis lors de la phase d'analyse, il propose une revue de la littérature pour affiner les premières analyses, rencontre des acteurs et actrices impliqués dans le projet, participe à ou organise la concertation avec les habitant.es pour proposer des orientations de recommandations ; enfin dans la phase de recommandations, il formule des préconisations pour rendre le projet plus favorable à la santé. À chacune de ces étapes, les évaluateur·ices soumettent les résultats de leur enquête et réflexions aux commanditaires et aux comités techniques et de pilotage qui l'entourent pour les discuter et les valider. Les différents documents produits au cours de l'EIS, notamment le rapport final, sont écrits par cette équipe évaluatrice. La figure 15 présente les différentes combinaisons d'équipe évaluatrice.

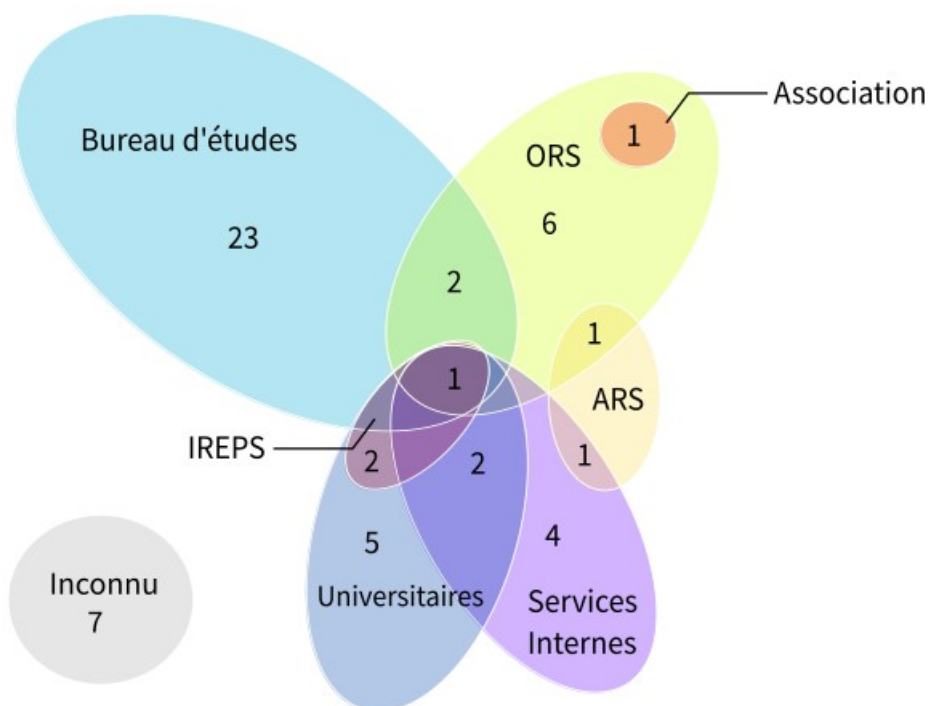


Figure 15: Les évaluateurs des EIS

Les bureaux d'études mènent seuls la grande majorité de leurs EIS : cela peut s'expliquer par la pluralité des compétences de chaque individu au sein d'un bureau d'études, ou par la nécessité de rester compétitifs économiquement. Cependant, concernant les autres évaluateurs, les partenariats sont très nombreux, comme le montrent les nombreux croisements et recouvrements sur la figure 15 : près de la moitié pour les ORS, les universitaires et les EIS menées par des services internes. Ces partenariats illustrent la multitude des compétences et connaissances nécessaires pour mener à bien une EIS.

Le tableau 4.4 présente le nombre de participations par type d'acteur·ices dans l'équipe évaluatrice d'une EIS.

Évaluateur·ices	Nombre de rapports
Bureau d'étude	26
ORS	11
Universitaires	10
Services en interne	8
IREPS	3
ARS	2
Association	1
<i>Inconnu</i>	7

Tableau 4.4 : Les évaluateurs et évaluatrices des EIS

Quatre catégories principales d'acteur·ices mènent des EIS : les bureaux d'études, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) de plusieurs régions, les services internes des collectivités (quelle que soit l'échelle concernée : commune, intercommunalité, ou région, on ne trouve pas d'EIS menée par des départements) et les universitaires.

Les bureaux d'études mènent la grande majorité des EIS

En France, les bureaux d'études mènent la grande majorité des EIS, mais ceux qui ont les compétences nécessaires pour mener à bien des EIS sont peu nombreux. Novascopia est un des premiers à avoir pris position sur la thématique et a aujourd'hui développé une vraie

expertise sur les EIS. On peut citer aussi Énergies Demain, qui travaille avec Bordeaux Métropole et développe une branche santé depuis 2017, le cabinet Planète Publique, Patrick Berry Consultant qui a travaillé sur les outils COMODEIS, notamment la formation. Le cabinet d'architecte AIA Environnement s'est également positionné sur la thématique urbanisme favorable à la santé, mais n'a jamais mené d'EIS et lui préfère d'autres méthodologies.

À l'exception de Novascopia, qui se préoccupe de santé dès ses débuts, la plupart de ces bureaux sont initialement spécialisés soit dans l'analyse des politiques publiques, soit dans le développement durable. Cela donne aux EIS des teintes particulières, plus ou moins orientées vers la santé-environnement et donc plutôt vers une analyse des impacts du milieu physique, ou plutôt vers les déterminants sociaux de la santé, et notamment les ISS. Aucun de ces prestataires n'a vraiment de région de prédilection, et on peut les retrouver partout où sont menées des EIS

Les Observatoires Régionaux de Santé : entre appui et participation active

La participation des ORS aux EIS se fait souvent sous la forme d'un soutien à une autre catégorie d'acteur·ices, notamment les collectivités : iels font souvent appel aux ORS pour leur fournir un appui méthodologique pour mener à bien la démarche, ou les sollicitent pour obtenir des données de santé localisées. En effet, les ORS ont aussi un rôle important dans la promotion de la démarche, et à ce titre peuvent former les collectivités à la démarche, qui les sollicitent à nouveau une fois qu'elles initient des démarches.

Certaines d'entre elles mènent pourtant des EIS de leur côté, notamment l'ORS d'Auvergne-Rhône-Alpes, dont une des chargées de mission a suivi la formation IMPACT en 2014, et a mené trois des six EIS menées exclusivement par un ORS. Les observatoires régionaux de Santé font aussi partie des expérimentateurs dans les régions : l'ORS-IDF participe à l'EIS de Plaine-Commune par exemple.

Les universitaires : expérimenter l'EIS

Il existe des affinités évidentes entre les EIS et la science : elle se nourrit de littérature scientifique pour analyser les impacts des projets et formuler ensuite des recommandations, la démarche a été construite par des universitaires et initialement elle était menée surtout par

eux. Les premières expériences d'EIS en France ont été menées par des universitaires, que ce soit l'EHESP à Rennes ou à l'université de Toulouse. La position des universitaires et chercheur·ses qui travaillent sur les EIS est souvent celle à la fois de formateur·rice et de promoteur·rice sur les EIS. En plus de l'EHESP, l'IFERISS (Institut Fédératif d'études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société), en lien avec Science Po Toulouse, et l'Université Versailles Saint Quentin ont pris position pour la promotion de l'EIS ou ont contribué à en mener. La réalisation des EIS par des universitaires peut être une garantie de neutralité et d'indépendance vis-à-vis du personnel politique, comparée à des EIS menées par des bureaux d'études : l'obligation de résultat n'est pas la même. Si les chercheurs disposent d'une ressource d'expertise forte, leurs ressources politiques sont variables.

Cependant, il est difficile d'imaginer une implication des universitaires dans la réalisation des EIS autrement que ponctuelle, dans le cadre de projet de recherche-action pour tenter d'améliorer la méthodologie par exemple, ou en appui méthodologique éventuellement. En revanche, les chercheur·ses sont également sollicité·es pour l'évaluation des EIS, soit d'EIS en particulier, comme ça a été le cas pour l'EHESP et le potentiel de déploiement de la démarche en Pays de la Loire, soit sur son efficacité sur certains aspects. On compte par ailleurs parmi la commission du HCSP qui a rendu fin 2019 un rapport sur l'intérêt de l'EIS sur les documents d'urbanisme, plusieurs des figures importantes de la recherche sur les EIS, parmi lesquels Jean Simos, qui préside le groupe de travail, Anne Roué-Le Gall, de l'EHESP, et Yorghos Remvikos, de l'UVSQ.

Les services internes des collectivités :

Les collectivités elles-mêmes réalisent parfois des EIS. La ville de Paris dispose d'une équipe en interne pour mener des EIS, composée de cinq personnes, et rattachée au pôle de Santé-environnement. Cette équipe mène donc en interne les EIS sur les projets parisiens. Les avantages de l'existence d'une telle équipe sont évidents : l'accès aux données est facilité, et tout comme la coordination, à la fois entre les services, mais surtout avec les élu·es, plus faciles à impliquer et à convaincre de s'impliquer.

Cependant, il est difficile d'imaginer la mise en place d'une telle équipe ailleurs qu'à Paris ou dans une grande ville. En effet, en dehors du cas de l'équipe EIS de la mairie de Paris, que l'on peut considérer comme exceptionnel, les EIS menées par des équipes internes

sont des premières EIS, des projets pilotes pour les villes. Les objectifs apparaissent donc un peu différents : au-delà de la volonté de se rapprocher des élu·es transparait la volonté d'acculturation aux questions de santé, de montée en compétences d'une partie des technicien·nes et de sensibilisation des élu·es d'une part, et de l'autre celle de rapprocher les différents services pour construire des politiques publiques moins en silo. Pour le moment, cela donne des EIS peu orientées vers la réduction des inégalités de santé. On peut cependant supposer que, si cela fonctionne (et les quelques retours d'expériences semblent aller dans ce sens) et que des relations durables se nouent entre les différent·es acteur·ices, cela pourra effectivement avoir un impact sur la réduction des inégalités sociales de santé à plus long terme. À cause de la nature systémique des inégalités sociales de santé, des politiques publiques décloisonnées qui s'attaquent à plusieurs facteurs en même temps ne pourraient qu'être plus efficaces pour les réduire.

La réalisation d'EIS en interne peut aussi être confiée à des stagiaires, de façon donc ponctuelle. Les agences d'Urbanisme ont aussi un rôle à jouer dans la réalisation des EIS : l'APUR (Atelier Parisien d'Urbanisme) par exemple a mené une étude d'Urbanisme Favorable à la Santé sur le projet des Papeteries de Nanterre, l'agence d'Urbanisme de Bordeaux comme celle de Toulouse sont impliquées... Ce sont des acteur·ices intéressantes pour la réalisation des EIS : l'accès aux données de santé leur est facile, elles ont l'habitude de travailler main dans la main avec les collectivités.

2.2.3 Les pilotes qui financent la démarche

Le tableau 4.5 et la figure 16 présentent les différents financeurs qui ont mené des EIS en France.

Financeur·ses	Nombre de rapports
ARS	26
EPCI	7
Commune	8
Santé Publique France (INPES)	4

ADEME (branche régionale)	4
DREAL	2
Région	2
Entreprise	1
<i>Inconnu</i>	24

Tableau 4.5 : Les financeur·ses des EIS

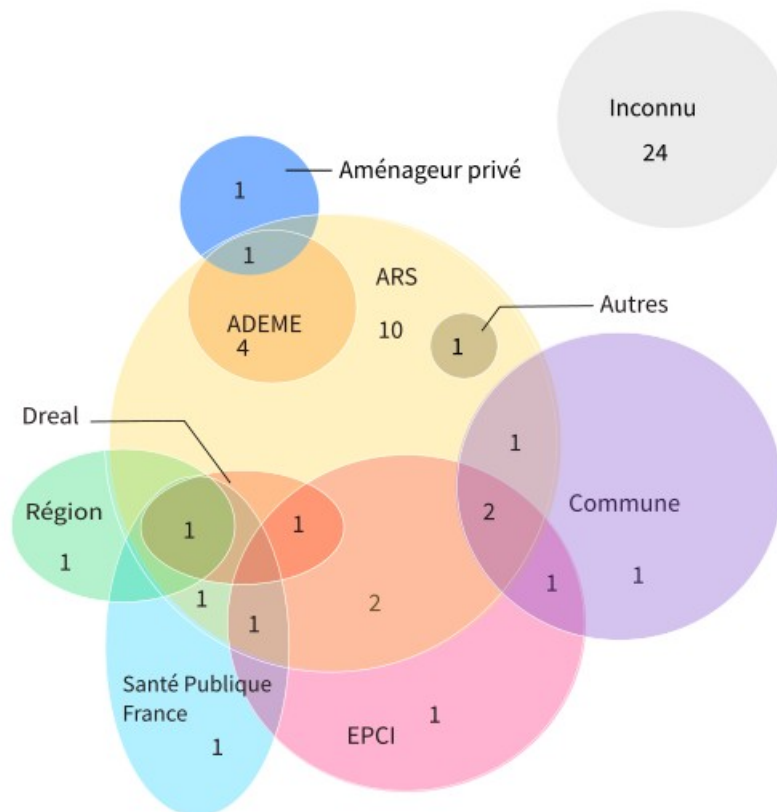


Figure 16: Combinaisons de financeur·ses des EIS

Plus encore que pour les commanditaires, il est rare que des EIS ne soient financées que par un type d'acteur·ices, on le voit sur la figure 16 et son enchevêtrement de combinaisons. Ce sont souvent des subventions accordées par plusieurs organismes publics ensemble.

L'échelon régional apparaît comme l'échelon principal pour le financement des EIS : sur les vingt-neuf EIS dont les financeur·ses sont connu·es, vingt-cinq sont financées par au moins un acteur régional ; dix par des acteurs locaux, et quatre par un financement national. Ces financements viennent pour la plupart des ARS, souvent à travers des appels à projets régionaux : elles participent au financement des deux tiers d'entre elles. Les DREAL sont impliquées dans les Plans Régionaux Santé-Environnement, c'est par ce biais qu'elles participent au financement d'EIS. Les financements par les régions viennent par ce biais également.

Les financements de communes ou d'intercommunalités sont souvent des compléments à un financement régional plus élevé. Pour le cas où une ville seule finance une EIS, il s'agit d'une EIS pilote menée par un stagiaire : le financement est celui de ce poste uniquement. Les quatre EIS financées par Santé Publique France, anciennement INPES, sont quatre EIS pilotes dans des régions, au début du développement des EIS, avant de passer le relais au niveau régional.

On voit aussi que deux EIS sont financées par un acteur privé, ce sont les mêmes que celles évoquées pour parler des commanditaires, nous ne reviendrons donc pas sur l'intérêt de voir un aménageur privé s'intéresser à l'EIS, néanmoins il est intéressant de noter que la démarche, financée aussi par l'ARS et l'ADEME, est la première lancée par Espaces Ferroviaires, qui a donc décidé ensuite que les résultats de cette expérience étaient suffisamment intéressants pour qu'il en finance ensuite lui-même en intégralité.

Ainsi, nous avons pu dessiner l'écosystème d'acteurs et actrices qui travaillent sur les EIS en France, c'est-à-dire les personnes qui les commandent, les personnes qui mènent les évaluations, et les personnes qui les financent. Cette grande diversité des parties prenantes impliquées, ce sont autant d'intérêts qui sans nécessairement diverger ou s'opposer, varient de façon de comprendre et d'interpréter ce que sont les EIS et de comment les mettre en place : cela explique la grande diversité des EIS, ainsi que les divers degrés de prise en compte des ISS en leur sein.

Dresser le portrait des EIS menées en France jusqu'en 2022 permet d'en constater la diversité. Les types de projet qu'elles évaluent, le contexte urbain dans lequel elles se situent,

ainsi que les parties prenantes impliquées dans la réalisation directe de l'EIS ou dans son financement varient. Il est possible de dire qu'une EIS-type est menée par un bureau d'études sur un projet de renouvellement urbain en politique de la ville à la demande d'une commune ou d'une intercommunalité et financée en partie par une ARS (c'est le cas de deux de nos études de cas), mais les variations sont suffisamment grandes pour qu'on ne puisse pas les ignorer. Cette diversité implique aussi des variations dans la façon dont sont prises en compte ou non les ISS : certains contextes y semblent favorables, et tout comme certains types d'acteurs et actrices aussi, quand d'autres font porter à l'EIS d'autres objectifs. Il s'agit donc maintenant de voir comment.

3. Estimer la prise en compte des inégalités sociales de santé à partir des rapports des EIS

Nous nous attacherons ici à analyser les rapports issus des EIS au regard de leur pertinence pour prendre en compte les inégalités sociales de santé. Plusieurs éléments nous semblent pouvoir indiquer la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les EIS : le choix des déterminants pris en compte, de façon à sélectionner ceux qui ont le plus d'influence sur les inégalités, le choix des publics cibles de la démarche, enfin le déroulé de l'EIS, et notamment la participation. C'est sur ces trois catégories d'éléments que nous allons nous pencher.

3.1 Les déterminants pris en compte : reflet de la prise en compte des ISS ?

La comparaison entre tous les rapports concernant le choix des déterminants est difficile. On ne trouve pas toujours les mêmes déterminants sous les mêmes étiquettes, comme par exemple le cadre de vie qui parfois couvre exclusivement l'environnement bâti, parfois aussi l'attractivité d'un territoire ; et d'autre part certains déterminants apparaissent sous des étiquettes différentes, comme par exemple les espaces verts, parfois rangés dans l'environnement physique, parfois dans le cadre de vie. La catégorisation ci-dessous est une proposition de synthèse, elle n'est pas basée sur un seul modèle de déterminants, mais sur une synthèse des catégorisations trouvées dans les rapports. La liste des déterminants de la santé considérés n'est disponible que dans 42 des 55 rapports de notre corpus, et c'est donc sur ces 42 rapports que se base notre analyse.

Catégorie de déterminants	Contenu
Comportements individuels	Comportements individuels, caractéristiques individuelles, habitudes de vie, modes de vie, alimentation, activité physique.
Cohésion sociale	Cohésion sociale, intégration, liens sociaux, famille, communauté locale, capital social et culturel, climat social.
Environnement physique	Environnement physique, nature en ville, qualité des milieux, ressources naturelles, climat, changement climatique (îlots de chaleurs urbains), qualité de l'air et pollutions.
Cadre de vie	Aménagement urbain, environnement bâti, environnement extérieur (quand il est distinct de l'environnement physique), la gestion des déchets, les espaces verts et le bruit.
Accessibilité aux services publics et équipements	Accessibilité aux services publics, équipements, équipements de santé, commerces.

Développement économique	Développement économique, environnement économique, emploi, travail.
Sûreté	Sûreté, sécurité, tranquillité publique, perception de la sécurité.
Transports et mobilités	Transports en commun, accessibilité
Démocratie locale	Démocratie locale, participation citoyenne
Logement	Accessibilité au logement, qualité des logements
Contexte global	La catégorie contexte global concerne les cadres politiques plus larges dans lesquelles s'insère le projet.

Tableau 4.6 : Classification des catégories de déterminants

Cette classification n'est pas parfaite, notamment car certaines catégories sont clairement moins fournies que d'autres. Si certains de ces déterminants pourraient être regroupés dans une catégorie plus large, par exemple le logement ou la sécurité dans le cadre de vie, la démocratie locale dans la cohésion sociale, la récurrence de ces thèmes traités indépendamment des autres dans les rapports des EIS justifie cette distinction.

3.1.1 Quels déterminants sont traités dans les rapports des EIS ?

Le tableau 4.7 montre le nombre de catégories de déterminants et le nombre de déterminants présents en moyenne, le nombre médian, ainsi que le maximum et le minimum de catégories traitées. Pour la première ligne, il y a en moyenne cinq catégories de déterminants dans les rapports, et douze déterminants.

	Nombre de catégories de déterminants	Nombre de déterminants
Moyenne	5	12
Médiane	4	9
Maximum	9	68
Minimum	2	3

Tableau 4.7 : Nombre de déterminants dans les rapports

On constate une grande disparité, dans les catégories comme dans les déterminants. Cela reflète le choix fait dans certains rapports de tendre à l'exhaustivité en traitant dans l'évaluation des impacts du plus grand nombre de déterminants possible, tandis que d'autres font le choix de se concentrer sur quelques-uns (ce qui, *a priori*, correspond plus à la méthodologie de l'EIS). La grande différence dans le nombre de déterminants traités dépend aussi de la division plus ou moins fine au sein des catégories.

Le tableau 4.8 renvoie au nombre de rapports qui mentionne une catégorie de déterminants, et à celui de déterminants total traités par catégories. Par exemple, si on considère la première ligne, la deuxième colonne nous indique que trente-et-un rapports traitent des déterminants en lien avec la cohésion sociale, et la troisième que, dans l'ensemble des rapports, il y a au total quatre-vingt-huit déterminants qui y sont liés.

Catégorie de déterminants	Nombre de rapport	Nombre de déterminants
Cohésion sociale	31	88
Comportements individuels	29	108
Cadre de vie	28	75
Environnement physique	27	105
Accessibilité aux services et équipements	19	51
Développement économique	11	49
Sûreté	7	12

Transports et mobilités	6	25
Logement	5	8
Démocratie locale	4	5
Contexte global	2	12

Tableau 4.8 : Traitement des catégories de déterminants dans les rapports

Certaines catégories sont traitées dans la grande majorité des rapports, quand d'autres ne le sont qu'occasionnellement. Ainsi, les quatre premières apparaissent dans un rapport sur deux ou plus, même dans les trois quarts d'entre eux pour la cohésion sociale. Le nombre de rapports dans lequel une catégorie de déterminants est prise en compte n'est pas proportionnel au nombre de déterminants traités. Par exemple, même s'ils ne sont mentionnés que dans un quart des rapports, il y a presque autant de déterminants relatifs au développement économique que de déterminants relatifs à l'accessibilité aux services et équipements, qui sont mentionnés dans presque un rapport sur deux. Cela veut dire que les rapports qui se préoccupent des impacts du projet évalués sur les déterminants du développement économique le font en essayant de les caractériser finement.

3.1.2 Pourquoi certains déterminants sont-ils plus choisis que d'autres ?

Hiérarchiser les déterminants pour déterminer lequel à le plus d'influence sur la santé, ou les inégalités sociales est difficile. Choisir les déterminants en fonction de leur action sur les inégalités sociales de santé est donc impossible. Pourtant, ce choix doit influencer la prise en compte finale, en permettant une action plus ou moins forte sur les publics-cibles, ou en permettant une opérationnalisation plus ou moins importante des recommandations.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour justifier la sélection de certaines catégories de déterminants plutôt qu'une autre. La première, c'est qu'il s'agit des déterminants sur lesquels le projet urbain peut agir le plus efficacement. La seconde, on peut

se demander si cela ne va pas de pair soit avec les éléments que les projets urbains ont l'habitude de prendre en considération ou avec la considération habituelle de la santé. Enfin nous nous pencherons sur les déterminants peu pris en considération dans les rapports qui nous éclairent sur la possibilité que ces choix soient effectués en fonction de la temporalité de l'EIS.

Les déterminants sur lesquels le projet urbain a le plus d'impact ?

Pour certaines catégories, cette hypothèse tient la route : indubitablement, le projet urbain agit sur le cadre de vie, qui est pris en considération dans 28 des 42 rapports. Mais cela ne tient pas pour toutes les catégories, notamment sur l'environnement physique et la cohésion sociale. La question de la qualité de l'air par exemple, dépasse très largement le cadre d'un projet urbain, ainsi que celle des pollutions en général, à l'exception peut-être des nuisances sonores. De même, des décennies de politique de la ville montrent bien qu'il est bien difficile d'agir efficacement sur la cohésion sociale par l'aménagement urbain²⁷⁸.

Les thématiques habituelles des projets urbains ?

On peut alors supposer que, même si la formulation sous forme de déterminants est différente, les déterminants les plus fréquemment cités sont des « habituées » des projets urbains. Les élu·es et les technicien·nes impliqué·es dans l'EIS ont l'habitude de manipuler des catégories comme le cadre de vie ou l'accès aux services et aux équipements. De même, la question de la cohésion sociale est un classique des projets urbains, en particulier dans le cadre de la politique de la ville, même si elle est difficile à traiter et l'est donc rarement efficacement.

Les questions d'environnement physique, par l'évaluation environnementale et le nouveau paradigme de la ville durable sont aussi fréquemment évoquées dans le projet urbain. Qui plus est, ce sont des sujets faciles à relier à la définition la plus commune de la santé, celle de l'absence de maladie, de la santé comme palliative. C'est aussi par cette définition que l'on peut sans doute expliquer la présence en tête de cette classification de la catégorie des comportements individuels, la moins habituelle dans les projets urbains sans doute, mais

²⁷⁸ Emmanuel Bellanger & Anaïs Collet & Fabien Desage & Pierre Gilbert, « Rénovation urbaine. L'espace comme remède à la question sociale ? », *Métropolitiques*, 5 avril 2018.

que l'on relie en revanche aisément à la santé. Le choix de ces déterminants correspondrait donc à une question d'habitude : habitude de traitement dans les projets urbains, définition habituelle de la santé.

L'EIS a beau être une démarche nouvelle en France, les élu·es et des technicien·nes tendent à favoriser le travail sur des sujets familiers, qui apparaissent comme les plus rentables puisqu'il n'y a pas besoin d'apprentissage supplémentaire, pas besoin de créer de nouvelles modalités de coordination avec d'autres institutions ou services, pas besoin de prévoir de nouveaux comportements, en somme, pas de remise en question des modes de mises en place habituels.

Les déterminants peu sollicités, révélateurs de la question de la temporalité de l'EIS et du projet urbain

On peut aussi se pencher sur les déterminants moins sollicités pour expliquer leur présence moindre. La question de la sûreté peut sans doute être reliée au fait qu'une grande partie des EIS portent sur des quartiers prioritaires de la politique de la ville, et que cette problématique y est récurrente. Le déterminant « démocratie locale » n'est que peu pris en compte dans l'évaluation des impacts du projet. On peut supposer que si, pour alléger le processus, la participation liée au projet et celle liée à l'EIS sont réalisées conjointement, et que les habitant·es n'ont pas encore été consulté·es et qu'il n'y a donc rien à évaluer encore.

Le déterminant « logement » pourrait être en tête du classement puisque le projet urbain l'impacte clairement et efficacement, mais la temporalité de l'EIS ne permet souvent d'apporter que des modifications marginales au projet sur ce plan, et se penche généralement plutôt sur les espaces publics plutôt que sur cette question-ci, d'autant plus que cette question n'est pas toujours entre les mains de celles et ceux qui mènent l'EIS. La question des transports peut sans doute s'expliquer de la même manière : c'est une problématique qui dépasse largement l'espace du quartier, et elle est adressée plus tôt dans le projet urbain. On remarque que, si elle est traitée dans peu de rapports, elle regroupe tout de même beaucoup de déterminants : cela s'explique, car un des rapports d'EIS porte justement sur des projets de transports en commun. Ainsi, une hypothèse se dessine : le choix des déterminants repose aussi sur la temporalité de l'EIS par rapport au projet urbain. Au moment où celle-ci intervient, les marges de manœuvre concernant les fondamentaux du projet, comme la

programmation, ne sont plus modifiables, et limitent donc les choix possibles, souvent aux espaces publics du quartier. On ne peut pourtant pas envisager de la mener le plus en amont possible, comme pour l'EIE qu'on retrouve dans sa généalogie de l'EIS. Celle-ci part d'une évaluation du milieu avant le projet et tente de limiter les effets défavorables à l'environnement d'abord en les évitant, les réduisant ou les compensant en dernier recours. L'EIS en revanche a besoin d'éléments concrets à évaluer. Ainsi, le timing de lancement de l'EIS semble fondamental.

La faible représentation de la catégorie développement économique, quoiqu'elle apparaisse tout de même dans un cinquième des rapports, s'explique sans doute aussi partiellement par le fait qu'elle échappe à celles et ceux qui mènent l'EIS, même si les marges de manœuvre ici ne sont pas limitées par la temporalité du projet et de l'EIS, mais plutôt par la perception des acteur·rices sur cette question comme n'étant pas entre leurs mains.

La question du contexte global n'apparaît que dans deux rapports, écrits par ailleurs par la même équipe évaluatrice. Si cette catégorie peut sembler être une sorte de catégorie excédentaire et fourre-tout pour les déterminants qui n'entrent nulle part, il n'en est rien. Cela permet d'aborder le cadre politique structurel dans lequel s'insère le projet urbain, et les dynamiques plus profondes qui pourtant ont une influence très forte sur la santé.

Finalement, les déterminants choisis dans les EIS sont souvent les mêmes, que l'on peut considérer comme des « habitués » des projets urbains, leur choix résultant d'une dépendance au sentier des élu·es et technicien·nes. Pourtant, les représentations des personnes impliquées de ce qu'est la santé sont moins centrales qu'initialement imaginées : les acteur·ices non formé·es aux questions de santé sont assez perméables et acceptent facilement la définition de la santé donnée par les personnes qui conduisent l'EIS. Ce sont des questions plus pratiques, liées à l'anticipation de l'opérationnalisation des recommandations, qui limitent la prise en compte des ISS dans les EIS : la sortie théorique du sentier est possible, mais la sortie opérationnelle semble plus difficile. En effet, le choix des déterminants ne semble pas se faire en fonction de ceux qui ont le plus d'impact sur les inégalités sociales de santé : ce n'est jamais formulé ainsi, même s'il est indubitable que ces choix ont une influence sur les ISS. On peut donc supposer que ce n'est pas sur le choix des déterminants que les équipes qui

réalisent des EIS basent la réduction des ISS, mais sur d'autres facteurs, notamment le choix des publics-cibles de l'EIS.

3.2 Le choix des publics-cibles dans l'EIS

Les publics-cibles sont un autre indice de la prise en compte des ISS dans les rapports des EIS. Pour E. chargée de développement scientifique de l'EIS à l'ARS-IDF et membre du groupe-projet de l'EIS fondatrice de Plaine Commune : « L'EIS ne peut traiter l'équité que si tu arrives à recenser, à bien comprendre le profil de la population du territoire, et recenser les groupes qui peuvent être en difficulté »²⁷⁹. Ce peuvent être des populations directement impactées par le projet évalué, par exemple les enfants pour un projet d'implantation d'école, ou plus généralement particulièrement sensibles à une composante du projet, par exemple les personnes allergiques pour un projet prévoyant la mise en place de nouveaux espaces verts. L'identification de ces publics participe de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les EIS, en répondant aux besoins spécifiques de populations plus vulnérables plutôt qu'en formulant uniquement des recommandations générales adaptées à ce qui est censé être la population dans son ensemble, excluant de fait les minorités.

Si ces publics-cibles doivent en théorie être identifiés spécifiquement pour chaque EIS en phase de cadrage, en fonction du projet évalué, de son contexte, des caractéristiques de la population sur son territoire, et selon les objectifs de l'EIS, puis faire l'objet d'une analyse des impacts, et enfin de recommandations spécifiques, ce n'est pas toujours le cas.

On trouve dans certains rapports une distinction entre publics vulnérables et publics-cibles : les premiers sont les populations les plus vulnérables parmi celles impactées par le projet évalué par l'EIS, les deuxièmes sont les cibles des recommandations de l'EIS pour minimiser les impacts positifs et limiter les impacts négatifs du projet. Il existe une confusion quant au rôle de l'identification des populations vulnérables dans les EIS et celle des publics-cibles. Dans certaines d'entre elles, les publics-cibles vers lesquels sont formulées des recommandations spécifiques sont les mêmes que les populations vulnérables identifiées en phase de cadrage. Dans d'autres, notamment lorsque l'EIS identifie des populations

²⁷⁹ Entretien avec E., ARS Île-de-France, lire l'encadré page 129.

vulnérables de façon globale, les publics-cibles sont des populations particulièrement impactées par le projet, qu'elles soient dans une situation de vulnérabilité ou non, par exemple les habitants et habitantes d'un immeuble en rénovation, ou les usagers et usagères d'un endroit, en somme des groupes géographiques. Si on peut supposer que l'identification précise des populations concernées par une recommandation ou une autre peut être utile pour argumenter de la nécessité de les mettre en place auprès d'un·e élu·e par exemple, la formulation de recommandations en direction de ces publics n'est pas au service de la réduction des inégalités sociales de santé.

La typologie ci-dessous est construite à partir des différents degrés d'intégration de ces populations vulnérables à l'analyse de l'EIS, de l'absence d'identification à la formulation de recommandations spécifiques, tels qu'ils apparaissent dans les rapports des EIS.

Degré d'identification	Explication
0. Pas d'identification de public-cible ou de publics vulnérables	Ces rapports n'identifient pas de publics-cibles et ne formulent des recommandations que pour la population concernée par l'EIS dans son ensemble.
1. Identification d'un public vulnérable	Ces rapports identifient un ou des publics vulnérables parmi les publics impactés par le projet urbain, sans analyser les impacts du projet sur elles en particulier ou formuler de recommandations vers ces publics en particulier.
1bis. Adéquation publics-cibles / publics vulnérables (si identifiés indépendamment)	Dans ces rapports, les publics vulnérables sont ou <i>a minima</i> font partie des populations-cibles
2. Identification d'impact sur les populations vulnérables en particulier	Ici, les publics-vulnérables et les publics-cibles de l'EIS doivent être les mêmes, et faire l'objet d'une analyse des impacts spécifiques ou être identifiés comme particulièrement sensibles à un impact en particulier, même si ce n'est pas nécessairement fait sur tous les déterminants.
3. Recommandations en direction de ces populations vulnérables	Enfin le dernier degré de prise en compte est atteint quand des recommandations spécifiques sont proposées pour les populations vulnérables et non pas seulement vers la population générale.

Tableau 4.9 : Degré de prise en compte des publics vulnérables dans les rapports des EIS

On a évoqué plus haut²⁸⁰ l'intérêt d'avoir une approche intersectionnelle des inégalités sociales de santé dans l'objectif de les réduire. Cette approche semble particulièrement intéressante dans l'identification des publics-cibles dans le cadre des EIS. En effet, croiser les vulnérabilités devrait permettre d'identifier à la fois les publics les plus vulnérables et d'en faire une priorité absolue des recommandations, mais aussi d'identifier des publics qui seraient restés en dehors des radars autrement, et de proposer aussi des recommandations spécifiques dans leur direction. Il semble n'y avoir aucun rapport d'EIS mobilisant ce type d'identification pour le moment, même si on en aperçoit les prémisses dans certains rares rapports, comme celui de l'EIS menée par Espaces Ferroviaires sur le projet Hébert, qui

280 Lire Chapitre 1 : 2.3 Du spectre à la nébuleuse : de l'intérêt d'une approche intersectionnelle des inégalités sociales de santé page 63.

identifie les jeunes filles comme un public particulièrement vulnérable et formule des recommandations à leur endroit.

3.3 Les types d'EIS et les possibilités qu'elles portent

Le dernier facteur visible dans les rapports et qui influence la prise en compte des ISS dans les EIS est le cadre de sa réalisation, quand il est décrit, qui peut être résumé au type d'EIS mené. Ainsi, le type d'EIS mené, le temps consacré à l'évaluation, et l'organisation de la participation citoyenne sont des indices de cette prise en compte.

3.3.1 Durée de l'EIS

Les divers documents sur les EIS font état de trois types d'EIS selon le temps qui y est consacré et les méthodes mobilisées pour les réaliser :

- Les EIS rapides, ou documentaires, *desktop* en anglais sont réalisées sur une période courte, quelques jours ou quelques semaines, et sont réalisées à partir de données déjà existantes.
- Les EIS intermédiaires durent plus longtemps que les EIS documentaires, et créent aussi de nouvelles données sur les projets qu'elles évaluent, essentiellement qualitatives, notamment en recueillant l'avis d'experts et/ou d'habitants.
- Les EIS longues, ou complètes, ou compréhensives sont menées sur des périodes plus longues, jusqu'à plusieurs années, et créent de nouvelles données, qualitatives et quantitatives.

Cependant, on peut s'interroger sur le bien-fondé de cette catégorisation. Le tableau ci-dessous présente les différents formats d'EIS dans notre corpus, croisé avec le temps consacré à l'évaluation. Trente-et-un rapports sont pris en compte ici : les rapports n'étant que des mentions ou des plaquettes, les EIS en cours dont les rapports ne sont pas encore disponibles, celles qui ne portent pas sur des projets urbains ne sont pas pris en compte dans l'analyse.

Durée de l'EIS\ Format d'EIS	Moins de 6 mois	6 à 8 mois	9 à 12 mois	Plus de 12 mois	Non précisé	Total
Documentaire	1	1	1	0	2	5
Intermédiaire	4	10	8	6	6	34
Compréhensive	0	0	0	3	0	3
Non précisé					13	13
Total	5	11	9	9	21	55

Tableau 4.10 : Formats d'EIS et temps consacré à l'évaluation

L'immense majorité des EIS menées sont des EIS « intermédiaires ». Les EIS documentaires sont peu nombreuses et les EIS compréhensives encore moins. En revanche, on constate que le critère du temps consacré à l'EIS est mis à mal. Si les EIS complètes durent plus de douze mois (et notre échantillon de deux exemples ne saurait être considéré comme représentatif en réalité), on trouve que les EIS documentaires sont menées sur un à neuf mois, les intermédiaires sur quatre mois à deux ans. Qui plus est, les calendriers de projet ne révèlent pas combien de temps est consacré à l'EIS par les évaluateurs : une évaluation menée en quatre mois par une personne à temps plein aura demandé plus de temps que celle menée en neuf par une personne qui n'y consacre que quelques heures par semaine. Pour cette raison, il semble plus judicieux de distinguer les formats d'EIS par les méthodes mises en place que par le temps consacré : c'est pourquoi les termes d'EIS documentaires et d'EIS compréhensives seront préférablement utilisés.

Pourtant, s'il existe une distinction claire entre les EIS documentaires et les autres, la distinction entre EIS intermédiaires et EIS complètes est plus floue, au-delà du temps qui y est consacré : ni les moyens ni les méthodes qui y sont allouées ne semblent différer. L'idée que les EIS intermédiaires ne portent que sur une partie des composantes du projet, ou sur une partie des déterminants, quand les EIS longues sont exhaustives, est parfois avancée, mais certains rapports d'EIS intermédiaires tendent à l'exhaustivité aussi. On trouve aussi l'idée que les EIS complètes sont des projets de recherche, menée donc par des scientifiques. Qui plus est, la distinction entre les EIS intermédiaires et EIS compréhensives apparaît dans la littérature grise pour présenter la démarche EIS et dans les rapports des EIS eux-mêmes, elle

n'apparaît en revanche pas dans la littérature scientifique. Les EIS intermédiaires semblent être le résultat pragmatique de l'application de la méthode des EIS à des projets réels, à sa mise en place opérationnelle.

3.3.2 Le format de l'EIS dépend de qui la mène ?

Les EIS les plus longues sont les plus pertinentes du point de vue de la prise en compte des ISS puisqu'au delà de « plaquer » une méthode en l'adaptant marginalement aux particularités du terrain comme le font souvent les bureaux d'études, la méthode est explicitement réinterrogée et reconstruite au fur et à mesure. Cela se voit notamment parce qu'il est plus difficile d'y retrouver certains éléments, comme le schéma des différentes familles de déterminants, qui correspondent à une forme de cochage de case, presque scolaire, par les bureaux d'études. Elles sont souvent menées par des universitaires²⁸¹, pas seulement. On peut aussi penser aux EIS menées en régie par l'équipe EIS de la ville de Paris, ou à l'EIS menées par l'ARS et l'ORS IDF sur les projets de transports en commun en Seine-Saint-Denis. La possibilité de mettre en place de telles démarches existe pour les universitaires puisque les contraintes qui pèsent sur eux et elles sont différentes de celles qui pèsent sur les bureaux d'études, notamment parce qu'il ne s'agit pas de commandes calibrées pour être financées six mois, comme c'est souvent le cas pour les EIS menées par les bureaux d'études, on l'a vu. Le temps accordé à l'EIS est donc plus long, voire beaucoup plus long.

Ces EIS plus longues, en plus d'identifier de façon plus fine les populations vulnérables les plus importantes à prendre en compte pour réduire les ISS, interrogent aussi des catégories de déterminants différentes de celles des EIS plus courtes. Elles se penchent notamment sur les déterminants économiques, quand il est rare que les EIS plus courtes s'y penchent au-delà de superficiellement, se penchant plutôt sur le cadre de vie et la cohésion sociale. C'est une autre des différences de contraintes entre universitaires et bureaux d'études : la nécessité d'opérationnalité des recommandations. En effet, les bureaux d'études construisent les recommandations pour qu'elles puissent être mises en place aisément par les communes, qui sont souvent leurs commanditaires. Au-delà de la vision de la santé que cela traduit, il est plus

281 J'utilise ici universitaires plutôt que scientifiques puisque justement, il y a parfois des scientifiques dans les équipes des bureaux d'études.

facile pour une commune de mettre en place des recommandations concernant le mobilier urbain que sur la politique d'emploi, d'autant plus dans le cadre d'un projet d'aménagement urbain.

Il ne s'agit donc pas ici d'opposer nécessairement universitaires et opérationnel.les. Une des clés pour réaliser des EIS pertinentes du point de vue de la prise en compte des ISS, en plus du temps accordé, serait la pluridisciplinarité des équipes. Ainsi pour prendre en compte les ISS, il faut des EIS plus longues que six mois, et des équipes pluridisciplinaires qui mêlent des scientifiques, pour construire une méthodologie d'enquête pertinente et donner des outils aux opérationnel.les, qui eux parviennent plus facilement à des résultats applicables. La pluridisciplinarité ne s'arrête pas là : la participation est une autre spécialité intéressante à avoir dans une équipe EIS, en particulier pour la réduction des ISS.

3.4 Participation citoyenne

La participation est un objet mobilisé dans les EIS intermédiaires ou compréhensives pour évoquer la prise en compte des ISS, en évoquant le principe de démocratie, central dans les EIS, et dans une certaine mesure celle de justice sociale, liée à l'*empowerment* de la communauté. La participation est considérée par la plupart des opérateurs de l'EIS comme des personnes qui en font la promotion comme une clé pour réduire les inégalités sociales de santé, à l'image de cette enquêtée :

« Pour moi la prise en compte des ISS, elle passe par l'identification des angles morts dans la population, c'est-à-dire les populations qu'on n'arrive pas à capter dans les mécanismes actuels [conseil citoyen, participation réglementaire...], et toute la stratégie qui va être mise en place pour avoir accès à ces populations et en tenir compte. »²⁸²

Cette mobilisation des habitant·es a lieu dans les différentes instances de l'EIS (les comités techniques ou les comités de pilotage, parfois les deux), mais aussi en dehors de celles-ci, les habitant·es ou usager·ères des lieux étant sollicité·es pour des enquêtes également.

282 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

Des niveaux de participation variables

Le terme de participation regroupe une grande diversité de lien entre habitant·es et décisionnaires. Sherry Arnstein décrit une échelle de la participation qui compte huit barreaux qui passent dans l'ordre par la manipulation, la thérapie, l'information, la consultation, la réassurance (*placation*), le partenariat et la délégation de pouvoir jusqu'au contrôle citoyen²⁸³. Elle considère les deux premiers barreaux comme de la non-participation, les trois suivants comme une coopération symbolique (*tokenism*), et les trois derniers comme un pouvoir effectif donné aux citoyen·nes. La plupart des EIS menées en France²⁸⁴ sont situées dans la deuxième catégorie, entre information et réassurance : les habitant·es sont consulté·es et peuvent donner leur avis, mais leur capacité décisionnelle en tant que telle n'est pas sollicitée.

Niveau de participation	Nombre de rapports
Non-participation	14
Information	6
Consultation	10
Réassurance	15
Co-construction/délégation de pouvoir	0
<i>Inconnu</i>	<i>14</i>
Total	55

Tableau 4.11: Niveau de participation dans les rapports des EIS menées en France

Le tableau 4.11 présente le niveau de participation habitante tel qu'il est visible dans les rapports des EIS produits en France. Le nombre de rapports avec une non-participation est important, ce qui peut étonner, car la démocratie fait partie des obligations de l'EIS. Il s'agit pour partie des EIS rapides, qui se basent sur les données existantes et ne produisent donc pas de nouvelles connaissances et ne font donc pas participer les habitant·es. Certaines EIS se basent aussi sur la participation déjà organisée dans le cadre du projet urbain, il n'y a donc pas de participation spécifique pour celle-ci. Elles apparaissent donc comme sans participation

283 Sherry R. Arnstein, « A Ladder Of Citizen Participation », *Journal of the American Institute of Planners*, 1969, vol. 35, n° 4, p. 216-224.

284 Dans d'autres régions du monde, il existe des EIS citoyennes, qui sont décidées et menées par les habitant·es directement (B. Harris-Roxas et E. Harris, « Differing forms, differing purposes », art cit, p. 401).

même si les habitant·es sont *a minima* consulté·es dans le cadre du projet urbain. Dans la majorité des EIS, la participation tient de la concertation ou de la réassurance : l'avis des habitant·es est recueilli dans le premier cas, dans le deuxième un diagnostic est partagé entre les décideur·ses et population locale, sans pour autant laisser aux premier·es le pouvoir de décider de ce qui sera effectivement mis en place. Aucun des rapports n'entre dans cette catégorie de délégation de pouvoir. La participation reste donc symbolique et non effective dans les EIS.

Une participation basée sur l'expertise d'usage des habitant·es

Les processus de participation sont parfois décrits dans les rapports. Ce sont le plus souvent des entretiens, individuels ou plus souvent collectifs (alors parfois baptisés « *focus group* », héritage anglophone de la formation IMPACT ?), des enquêtes quantitatives ou micro-trottoirs auprès des populations locales, ou des ateliers de co-construction des recommandations. Les enquêtes quantitatives permettent de saisir l'opinion générale sur une question, mais ne recueillent pas les idées des participant·es puisque les questions sont formatées pour pouvoir faire des analyses quantitatives. Elles ne permettent pas non plus de cibler les répondant·es. Dans les entretiens individuels ou collectifs, le public est sélectionné, fréquemment pour correspondre aux publics-cibles de l'EIS : les personnes âgées, les enfants représenté·es par les assistant·es maternel·les ou les parents d'élèves, les jeunes (avec un succès relatif), les femmes. En revanche, un seul rapport rapporte la tenue d'un *focus group* avec des personnes sans emploi, qui représentent les personnes précaires. Il est difficile de savoir combien de personnes sont concernées à chaque fois : les profils sociologiques des participant·es ne sont pas donnés de façon systématique, pas plus que les modes de recrutement. De la même manière, il est impossible de connaître le contenu exact des échanges lors de ces entretiens : s'agit-il seulement de recueillir l'avis de la population sur le projet évalué ou peut-elle aussi être force de proposition ? Enfin, dans le cadre de certaines EIS, des ateliers de co-construction des recommandations sont mis en place. Dans certains cas, il s'agit d'ateliers « mixtes », qui réunissent habitant·es, professionnel·les du quartier et technicien·nes en charge du projet ; dans d'autres, les publics ne sont pas mélangés. Il est difficile de déterminer quelle méthode est la meilleure : la première semble plus efficace, permettant aux deux parties de se répondre l'une à l'autre directement, au risque que les

habitant·es se censurent face à des personnes jugées plus légitimes à donner leur opinion ; la deuxième permet de rassembler plus d'habitant·es et leur permet de s'exprimer plus librement, mais ne permet pas les allers-retours entre concepteur·rices du projet et futur·es utilisateur·ices. Quoiqu'il en soit, si ces ateliers semblent permettre la co-construction des recommandations, elle ne donne pas pour autant de pouvoir de décision aux habitant·es, qui ne participent pas ensuite au vote des recommandations et donc à la décision de les mettre effectivement en place ou non.

C'est surtout l'expertise d'usages des habitant·es qui est mobilisée dans l'EIS²⁸⁵, entendue comme « expertise du quotidien fondée notamment sur un savoir-faire lié à la pratique et à l'usage d'un territoire »²⁸⁶, pour construire une analyse pertinente des déterminants et pour répondre au mieux à leur besoin dans les recommandations : le savoir des habitant·es est censé compléter le savoir technique des professionnel·les qui mènent l'EIS²⁸⁷, c'est ce que dit É.²⁸⁸, chargée de développement scientifique des EIS à l'ARS-IDF : « Ce qui est intéressant dans l'EIS, c'est que faire intervenir les bénéficiaires du projet, dont les groupes vulnérables, c'est qu'ils vont t'aider à valider certaines hypothèses de ton étude ».

Une participation difficile

Dès les années 2000, des difficultés quant à l'opérationnalisation de la participation dans l'EIS sont relevées²⁸⁹, qu'ils s'agissent de difficultés organisationnelles, communautaires, politiques, théoriques ou méthodologiques²⁹⁰, et la France ne fait pas exception²⁹¹. En effet,

285 Lea den Broeder et al., « Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 septembre 2017, vol. 66, p. 36.

286 Sabrina Moretto, « Chapitre 8. Quand la pratique de l'espace devient expertise d'usage : l'exemple de mobilisations associatives dans le cadre d'une politique de déplacements urbains » dans Yves Bonny et al. (eds.), *Espaces de vie, espaces enjeux : Entre investissements ordinaires et mobilisations politiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2016, p. 7.

287 Anja Röcke, *Losverfahren und Demokratie: Historische und Demokratietheoretische Perspektiven*, Münster, Lit Verlag, 2005 cité dans Yves Sintomer, « Du savoir d'usage au métier de citoyen ? », *Raisons politiques*, 2008, vol. 31, no 3, p. 122.

288 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

289 John Wright, Jayne Parry et Jonathan Mathers, « Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values », *Bulletin of the World Health Organization*, janvier 2005, vol. 83, p. 61.

290 François-Pierre Gauvin et Marie-Christine Ross, *La participation citoyenne dans l'évaluation d'impact sur la santé : survol des enjeux*, Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2012.

291 Émeline Rococo et al., « La participation citoyenne dans les évaluations d'impact sur la santé en France », *Santé Publique*, 2021, vol. 33, n° 1, p. 27-35.

dans le temps réduit qui est souvent celui des EIS intermédiaires, il est difficile d'amener à participer les populations *a priori* les plus concernées, d'autant plus qu'il n'y a pas toujours de spécialiste de la participation dans les équipes évaluatrices –c'est même rare. Ce sont souvent les conseils de quartier ou les conseils citoyens qui sont sollicités pour représenter les habitant·es, avec les limites quant à leur représentativité, en particulier pour les publics « les plus éloignés » notamment les jeunes et les personnes précaires²⁹², qui sont pourtant souvent des cibles privilégiées des EIS. Cependant, il est difficile de discerner à partir des rapports seuls si la participation est mobilisée comme véritable outil d'*empowerment* des communautés, qui permet donc de réduire efficacement les ISS, ou si, sous couvert de donner l'opportunité de s'exprimer à quelques-uns, elle limite la prise en compte des besoins des plus en difficultés.

Enfin, une dernière considération concernant le format de l'EIS semble pertinente : le volontarisme est un des éléments déterminants pour la réussite d'une EIS²⁹³. En faire une obligation réglementaire lui nuirait puisque cela obligerait à une standardisation de la démarche, et lui enlèverait de la souplesse, pourtant fondamentale pour son bon déroulement.

Ainsi, trois grandes catégories d'indices éclairent sur le degré de prise en compte des inégalités sociales de santé dans les EIS. La première concerne les déterminants pris en compte : si tous sont pertinents pour améliorer la santé des populations d'un territoire, tous n'ont pas le même impact sur les inégalités sociales de santé. La deuxième concerne les populations-cibles : si dans certains rapports, ce choix semble être fait de façon pertinente en fonction du territoire, dans d'autre ce choix semble être fait à partir d'idées préconçues de

292 Jeanne Demoulin et Marie-Hélène Bacqué, « Les conseils citoyens, beaucoup de bruit pour rien ? », *Participations*, 2019, vol. 24, n° 2, p. 16.

293 Emily Bourcier, « An Evaluation of Health Impact Assessments in the United States, 2011 - 2014 », *Preventing Chronic Disease*, 2015, vol. 12 ; Clare Davenport, Jonathan Mathers et Jayne Parry, « Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making », *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1 mars 2006, vol. 60, n° 3, p. 196-201 ; Ben Harris-Roxas et Elizabeth Harris, « The impact and effectiveness of health impact assessment: A conceptual framework », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 septembre 2013, vol. 42, p. 51-59 ; Gary R. Krieger et al., « Barbarians at the gate: storming the Gothenburg consensus », *The Lancet*, 19 juin 2010, vol. 375, n° 9732, p. 2129-2131 ; Elizabeth Kelley Sohn et al., « Avenues of Influence: the Relationship between Health Impact Assessment and Determinants of Health and Health Equity », *Journal of Urban Health*, 1 octobre 2018, vol. 95, n° 5, p. 754-764.

quelles populations sont particulièrement fragiles. De plus, le choix de population-cibles doit aussi mener à la formulation de recommandations dans leur direction, ce qui n'est pas toujours le cas. Ce constat permet de dresser une typologie des rapports quant au degré de prise en compte des populations-cibles. Enfin, la dernière catégorie concerne le déroulement et le format de l'EIS : la durée de l'EIS, les personnes qui la mènent ainsi que la participation des habitant·es ou non à la démarche sont aussi déterminantes pour la prise en compte des inégalités sociales de santé. Si l'analyse des rapports permet de formuler ces hypothèses, il est nécessaire de les vérifier en suivant le déroulement de démarches.

Conclusion du chapitre

Les rapports des EIS permettent d'avoir une première vision de la façon dont cette 'solution' au problème des inégalités sociales de santé est mise en application en France. Les EIS sont surtout mises en place dans des territoires où les inégalités sociales de santé sont importantes, mais plutôt entre la population du territoire même qu'entre ses habitants eux-même, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les EIS ont surtout lieu dans des milieux urbains, mais les campagnes ne sont pas totalement exclues non plus, même si les EIS qui s'y déroulent y ont plutôt lieu sur des plans que sur des projets urbains. Les acteurs et actrices de l'EIS sont nombreux·ses et diversifié·es, aussi bien dans les personnes qui les mènent et les personnes qui les financent que dans leurs parties prenantes en général. L'absence d'uniformité des rapports montre la diversité d'application de la démarche d'EIS, même si elle tend à s'uniformiser, puisque les (bonnes) pratiques se diffusent dans les réseaux d'acteurs et d'actrices de l'EIS, qui ont par ailleurs souvent suivi les mêmes formations. Notre typologie, si elle permet de tirer des points communs entre les rapports estimés les plus réussis du point de vue de la prise en compte des ISS, ne saurait suffire : se

Chapitre 4.

pencher sur des démarches d'EIS dans leur intégralité et non pas seulement sur les rapports
semble nécessaire.

Conclusion de la première partie

L'EIS apparaît donc bien comme un instrument destiné à réduire les inégalités sociales de santé. Les liens entre ville et inégalités de santé se sont distendus au fil du temps, après que les hygiénistes les aient mis en évidence, puis sont revenus sur le devant de la scène dans les dernières décennies. Les Évaluations d'Impact sur la Santé, portées initialement par des universitaires et des acteur·ices publiques, ont été développées comme un instrument destiné à répondre au problème des inégalités sociales de santé, et à mettre la santé dans toutes les politiques. Leur application majoritairement au projet urbain correspond à la convergence avec le courant des problèmes décrit par Kingdon : cela reflète l'alliance entre l'urbanisme, en quête de légitimité pour tenter de résoudre les difficultés sociales en ville, et la santé publique, qui après s'être concentrée sur les comportements individuels pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé, complète cette approche par l'action sur l'espace. La littérature grise au tour de l'EIS permet d'observer comment la démarche d'EIS comme solution au problème des inégalités sociales de santé se déploie en France et dans quelles régions la fenêtre d'opportunité s'est ouverte.

En suivant le modèle de Kingdon, nous avons donc montré comment convergent d'abord le courant des problèmes et celui des solutions, puis comment, dans certaines régions, le courant du politique s'est joint aux deux autres, ouvrant la fenêtre d'opportunité permettant la mise à l'agenda de la réduction des inégalités sociales de santé par les évaluations d'impact sur la santé.

Les EIS menées en France sont le résultat de cette mise à l'agenda. Nous en avons dressé le portrait : quels types de projet sont évalués, quels réseaux d'acteur·ices se déploient autour, quelle place y tiennent les inégalités sociales de santé.

Cette vision fournie par les rapports des EIS nous a permis de formuler des hypothèses concernant les facteurs favorisant ou défavorisant la prise en compte des inégalités sociales de santé dans la démarche. Il apparaît alors comme nécessaire de se pencher sur des cas de démarche particulière, pour appréhender directement tout au long du processus la façon dont la théorie est mise en place, et c'est l'objet de la partie suivante.

Partie 2 : De la théorie à la pratique : quelles mécaniques de la pratique de l'EIS permettent-elles ou non de réduire les ISS ?

Cette deuxième partie est construite à partir d'études de cas de trois EIS menées en France entre 2019 et 2021. L'objectif des études est de saisir comment la réduction des inégalités sociales de santé est appréhendée dans la mise en opération de l'EIS.

Les EIS sont des démarches flexibles et adaptables selon les contextes, et non des outils applicables à l'identique et à l'infini dans tous les contextes. Les acteur·ices de l'EIS les façonnent en fonction de leur représentation de la démarche et de la santé en général, et du système de valeurs qui les animent, et qui ne transparaît pas nécessairement dans les rapports. Le suivi de bout en bout des démarches, c'est-à-dire de la première réunion à la dernière et le rendu du rapport final, permet ainsi d'observer l'opérationnalisation des processus théoriques de l'EIS mais aussi celle de ses valeurs, et notamment la place accordée à la réduction des inégalités sociales de santé.

1. Méthodologie des études de cas

Il s'agit d'une part de dresser un portrait de celles et ceux qui mènent les EIS, ainsi que leur rôle, leur implication, et leurs marges de manœuvre dans l'EIS, et d'autre part d'observer le déroulement de la démarche.

Pour cela, l'enquêtrice cherche à répondre aux questions suivantes :

- La première est de déterminer si les ISS sont centrales dès le cahier des charges, en considérant la place que prend la question et s'il semble y avoir déjà des réflexions engagées sur la question : cela permet de comprendre les représentations de la démarche et de la santé des commanditaires dès son amorce.
- La deuxième, quels sont les enjeux prioritaires mis en avant dans les réunions de lancement ? Des temps de réflexions spécifiques y sont-ils consacrés ? Ainsi, on saisit les représentations de la démarche et de la santé des évaluateur·ices, en charge de cette première réunion, et quelle place semble tenir pour elleux la réduction des inégalités sociales de santé.
- Comment sont sélectionnés les publics cibles, qui sont, on l'a dit, un point-clé pour la prise en compte des inégalités sociales de santé.

- Le bureau d'études en charge de la démarche met-il en avant la réduction des inégalités sociales de santé, en y revenant régulièrement par exemple, et sinon, qui porte la question et de quelle manière ? Cela permet d'éclairer sur le rôle de chacun·e dans la démarche.
- On l'a dit, on suppose que les élu·es ont un rôle important à jouer dans la démarche : on se demande donc quand est-ce qu'ils et elles s'impliquent, et si la question de la réduction des inégalités sociales de santé leur semble importante.
- Le rôle des personnes qui financent l'EIS se pose aussi : comment s'impliquent-elles, ou non, dans l'EIS ? Ont-elles un rôle prescriptif ou se contentent-elles de financer la démarche ? Quelle influence le cadre de financement a-t-il sur le déroulé de la démarche et sur le produit final ?
- On se demande aussi comment sont impliqués les habitant·es dans la démarche, à quelles étapes et selon quelles modalités : la participation est présentée par les bureaux d'études comme un élément crucial pour la réduction des inégalités sociales de santé, il s'agit donc de voir ce qu'il en est réellement.
- Enfin, car une de nos études de cas concerne la première EIS en France commanditée par une entreprise privée, on se demande donc si cela fait des différences par rapport à une EIS commanditée par une collectivité, notamment concernant l'appréhension des inégalités sociales de santé, et si les objectifs affichés de l'EIS sont les mêmes. On s'attend à ce que les ISS tiennent une place moins importante que dans une EIS menée par une collectivité, car ce n'est pas le rôle d'une entreprise privée de réduire les inégalités sociales.

Pour répondre à ces questions, pour chaque études de cas, nous avons :

Analysé des documents produits en lien avec l'EIS

L'analyse des cahiers des charges écrits par les commanditaires pour trouver des prestataires pour mener les EIS permet d'identifier les objectifs affichés de l'EIS, et si la réduction des inégalités sociales en fait partie, quelle place prennent les ISTS et les publics vulnérables dans la commande, et si des publics-cibles particuliers y sont pré-identifiés, et plus globalement de saisir les objectifs affichés de l'EIS.

Ensuite, l'analyse des documents produits autour de l'EIS, notamment les rapports intermédiaires, les comptes-rendus et les présentations des réunions, les rapports finaux mais aussi d'autres éléments selon les études de cas, comme des carnets de recommandations, permet de compléter cette approche.

Observé des réunions

L'observation lors des réunions autour de l'EIS, portait à la fois sur le déroulement et sur le contenu de ces réunions. Une grille d'observation a été construite²⁹⁴, que d'autres éléments peuvent et doivent venir compléter. Les objectifs sont de comprendre comment les ISS sont abordées, comment sont sélectionnés les publics-cibles de l'EIS et les déterminants à analyser de l'autre, et globalement d'observer la dynamique de ces réunions, l'implication apparente de chacun, les marges de manœuvre laissées aux prestataires.

Une attention particulière est portée aux méthodes utilisées par les évaluateurs, notamment dans les démarches participatives.

Conduit des Entretiens

De courts entretiens avec les différentes parties prenantes de l'EIS, notamment des membres des COPIL et COTECH ont eu lieu, pour comprendre à partir de brefs portraits de ces participants les attentes quant à l'EIS et leur compréhension de leur rôle en son sein. Grâce à ce tableau des acteurs et de leur représentation de la santé et de la démarche d'EIS, l'objectif est de compléter la mise en récit de la démarche. Nous avons également mené des entretiens plus poussés avec certains de ces acteur·ices, notamment les initiateur·ices de l'EIS, pour saisir leurs motivations et la place que prend pour eux la réduction des ISS dans la démarche, ainsi que pour suivre l'évolution de la démarche après le rendu du rapport de recommandations.

294 Présentée annexe 7.

2. Sélection et présentation des terrains

Trois terrains d'études ont été sélectionnés : la première EIS étudiée débute au printemps 2019 et se termine en février de l'année suivante, les deux autres commencent à la fin de l'année 2019 et se termine à l'été 2021.

Le projet évalué est un projet de renouvellement urbain dans le quartier prioritaire du Pontreau - Colline Saint-André, dans le cadre du contrat de ville, projet qui prévoyait notamment la création d'un axe de circulation pour les mobilités douces au sein du quartier, et d'espaces semi-privatifs en pied d'immeuble. L'EIS se concentre sur l'aménagement des espaces publics. L'EIS s'est déroulée entre le printemps 2019 et le rapport final a été rendu en mars 2020.

Quartier du Pontreau - Niort

Le commanditaire de l'EIS est la Communauté d'Agglomération du Niortais (CAN). La nécessité de développer des EIS est inscrite dans son CLS, et celle-ci à vocation à être « essaimée à d'autres projets d'aménagement et/ou d'équipement sur le territoire de l'agglomération ».

Le projet évalué est un projet de renouvellement urbain dans le quartier prioritaire du Pontreau - Colline Saint-André, dans le cadre du contrat de ville, projet qui prévoyait notamment la création d'un axe de circulation pour les mobilités douces au sein du quartier, et d'espaces semi-privatifs en pied d'immeuble. L'EIS se concentre sur l'aménagement des espaces publics. L'EIS s'est déroulée au cours du printemps et de l'automne 2019 et le rapport final a été rendu en mars 2020. La figure 17 montre le périmètre du projet du Pontreau.²⁹⁵

Événement	Date
Réunion de pré-lancement — Groupe décisionnel	22 mars 2019
Comité technique 1	20 juin 2019
Formation COMODEIS	26 —27 septembre 2019
Atelier mixte 1	Octobre 2019
Atelier mixte 2	Novembre 2019
Comité technique 2	10 décembre 2019
Comité de pilotage — Groupe décisionnel	15 janvier 2020

Ce terrain a été sélectionné, car il s'agissait d'un projet de renouvellement urbain dans une ville moyenne, en dehors de l'Île-de-France. Les particularités du contexte socio-sanitaire de la région parisienne, où les inégalités sont très fortes, en font certes un territoire d'étude pertinent, mais sortir de ce contexte particulier pour tester la répliquabilité des observations qui y sont faites permet de monter en généralité. D'autre part, cela permettait d'observer le déploiement de la démarche d'EIS en Nouvelle-Aquitaine, notamment les actions de l'IREPS et la formation COMODEIS.

²⁹⁵ Une carte de localisation du quartier dans la ville est disponible annexe 2.

Le quartier du Pontreau

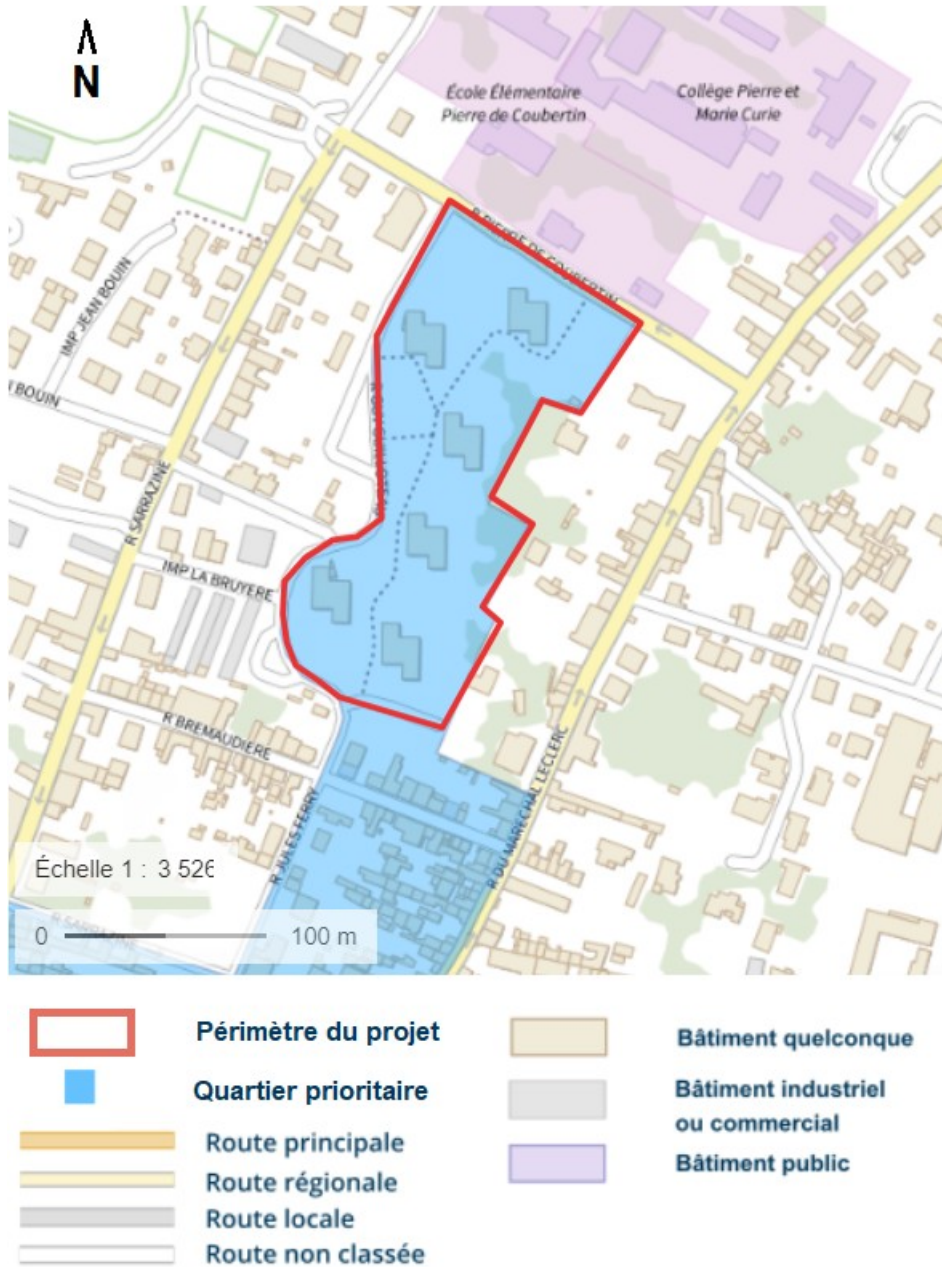


Figure 17: Le périmètre du projet du Pontreau. Source : Géoportail.
Réalisation : Capucine Frouin

Quartier Sud — Les Navigateurs — Choisy-le-Roi

Le commanditaire de l'EIS de Choisy-le-Roi est Grand-Orly-Seine-Bièvre.

L'EIS sur le Quartier Sud de Choisy-le-Roi a eu lieu dans le cadre du renouvellement urbain du quartier. Il s'agit d'un quartier prioritaire de la politique de la ville d'intérêt national. L'EIS est lauréate de l'AMISEAD 2, l'ADEME et l'ARS IDF sont donc toutes les deux associées à la démarche, notamment en appui technique à la démarche, en participant aux comités techniques. Le calendrier prévoit un début des opérations fin octobre 2019 pour une durée de 6 mois, mais a été fortement perturbée d'abord par le mouvement social de la fin de l'année 2019, puis par la crise du covid-19 et les confinements. On peut situer la fin de l'EIS à l'été 2021. L'EIS porte sur l'ensemble du projet, avec une focale sur le vieillissement à domicile et la place des personnes âgées dans le quartier, déjà forte en proportion et qui devrait augmenter avec le vieillissement de la population.

Événement	Date
Réunion de lancement	15 janvier 2020
Atelier de cadrage	2 mars 2020
<i>Confinement 17 mars-11 mai 2020</i>	
Point d'étape avec les nouveaux élu·es	Juin 2020
Focus-group 1	15 octobre 2020
<i>Confinement 30 octobre — 15 décembre 2020</i>	
Comité de pilotage	13 janvier 2021
<i>Début du confinement : 3 avril 2021</i>	
Focus-group 2	15 avril 2021
<i>Fin du confinement : 3 mai 2021</i>	
Point final avec les élu·es	1 juillet 2021

La situation de l'EIS dans un quartier prioritaire de grands ensembles en renouvellement urbain, avec donc une population vulnérable, en fait un terrain pertinent. La figure 18 montre le périmètre du projet²⁹⁶. La population-cible de l'EIS est déjà officiellement identifiée dans ce projet dès le cahier des charges : les personnes âgées. Il était alors intéressant de se demander si ce choix aurait une influence sur la conduite de l'EIS, si cela faciliterait la démarche, et permettrait des recommandations plus

²⁹⁶ Une carte de localisation du quartier dans la ville est disponible en annexe 3.

précises et pertinentes grâce à une simplification du processus, ou si cela restreindrait sa capacité d'action. Finalement, cette population-cible a été abandonnée. L'observation du déroulement de l'EIS dans ce cadre donc sous l'œil de l'ARS et de l'ADEME est intéressante aussi, notamment dans le choix des déterminants qui seront retenus.

Le Quartier des Navigateurs

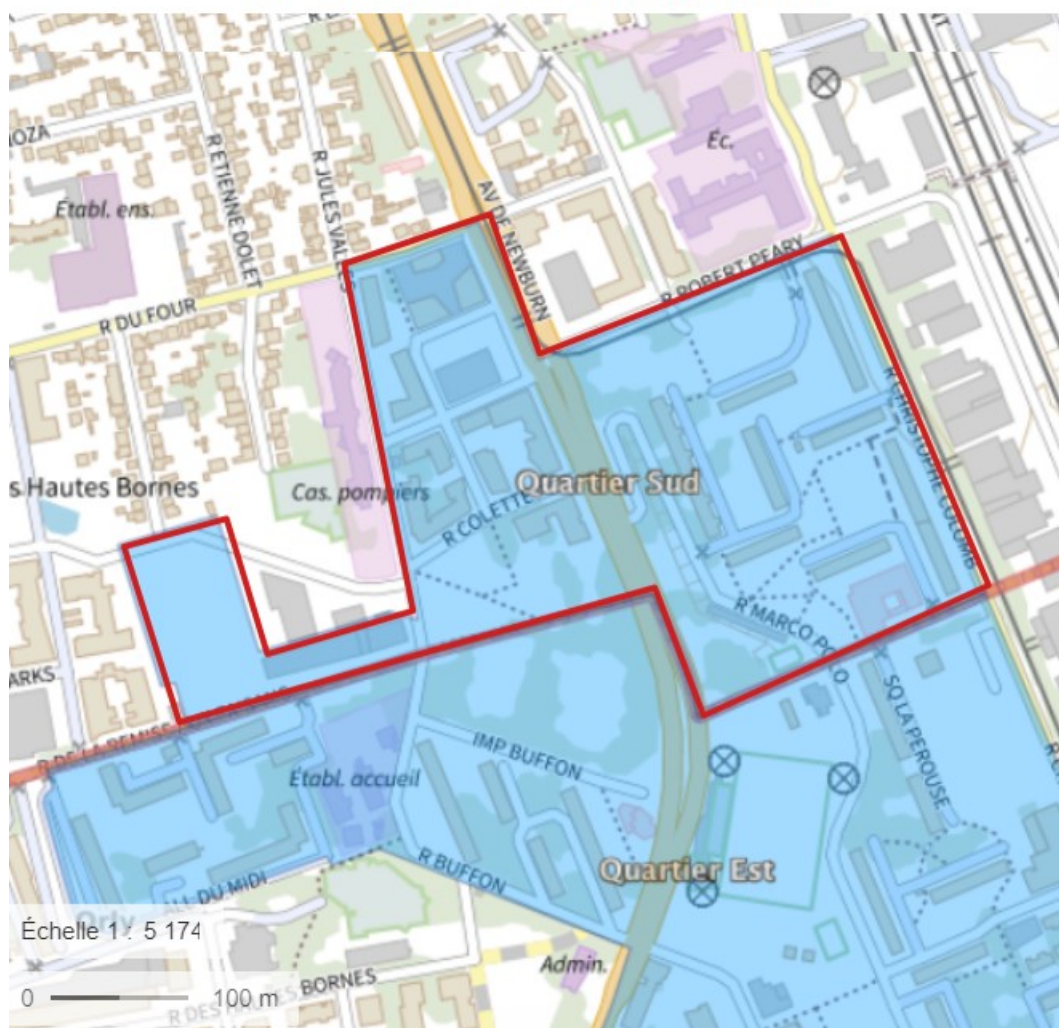


Figure 18: Périmètre du quartier des Navigateurs. Source : Géoportail.
Réalisation : Capucine Frouin

Quartier Hébert – 18^e arrondissement de Paris

Le commanditaire de l'EIS Hébert est Espaces Ferroviaires, filiale de la SNCF qui valorise son foncier. Le terrain du projet, entre porte de la Chapelle et Porte d'Aubervilliers à Paris, est inoccupé quand l'EIS commence à l'automne 2019, et devrait s'y construire un quartier mixte, avec logement (dont 60% de logements sociaux) et activités, à proximité d'un quartier de la politique de la ville. La figure 19 montre la localisation du projet²⁹⁷.

Le projet Hébert est déjà pensé pour être exemplaire en matière de développement durable quand l'EIS commence, mais comme il en est déjà à un état assez avancé, les recommandations de l'EIS ne pourront servir qu'à l'améliorer de façon marginale, et portent surtout sur les espaces publics. L'EIS devait durer 4 mois, mais comme pour l'EIS de Choisy-le-Roi, le mouvement social et la crise sanitaire ont allongé le calendrier. Le rapport final a été rendu au début de l'été 2021.

Événement	Date
Réunion de lancement élargie	4 février 2020
Comité technique 1 (cadrage)	5 mars 2020
<i>Confinement : 17 mars — 11 mai</i>	
Comité de pilotage 1 (cadrage)	2 juin 2020
Comité technique 2 (analyse)	21 juillet 2020
Ateliers scolaires	2 septembre 2020
Comité technique 3 (analyse)	24 septembre 2020
Atelier acteur·ices intervenant auprès des populations précaires en errance	4 décembre 2020
Atelier jeunesse	19 décembre 2020
Comité technique 4 (analyse)	1 ^{er} mars 2021
Atelier jeunesse non-mixte	6 mars 2021
Comité de pilotage 2 (analyse)	30 mars 2021
Comité technique 5 (recommandations)	11 mai 2021
Atelier technique de co-construction des recommandations	7 juin 2021
Atelier associations de co-construction des recommandations	8 juin 2021
Atelier « grand public » de co-construction des recommandations	8 juin 2021
Comité technique 6 (recommandations)	10 juin 2021
Comité de pilotage 3 (recommandations)	28 juin 2021

²⁹⁷ Une carte de localisation du quartier dans la ville est disponible en annexe 4.

Espaces Ferroviaires est une entreprise privée²⁹⁸, et l'EIS la première menée par une entreprise, il était donc intéressant de se pencher sur la situation. Une EIS menée à Paris, dans la seule ville de France avec une équipe consacrée à mener des EIS était intéressante aussi. Ce n'est pas cette équipe qui mène l'EIS dans notre cas, mais elle y intervient tout de même.

Le périmètre du projet Hébert



Figure 19: Périmètre du projet Hébert. Source : Géoportail. Réalisation : Capucine Frouin

²⁹⁸ Plus précisément, une Société par actions simplifiée (SAS).

3. Évaluation des études de cas d'après les rapports

Afin de situer les différentes EIS les unes par rapport aux autres, des critères de prise en compte des ISS dans les EIS ont été pondérés comme sur le tableau 1. Ces critères sont établis à partir des hypothèses énoncées en première partie²⁹⁹, avec un critère supplémentaire concernant la précision des recommandations, pour évaluer combien les inégalités sociales de santé sont prises en compte à partir de ce qui transparaît dans les rapports. Cela permet de dresser des profils de la prise en compte des EIS dans les rapports, et de positionner nos études de cas les unes par rapport aux autres.

Les pondérations ont été attribuées de manière empirique en fonction de la perception de la chercheuse et ne doivent pas être considérées comme des valeurs exactes. Pour autant, elles permettent d'estimer la prise en compte des ISS et nous semblent donc pertinentes. L'évaluation est faite de la façon suivante :

Pour le choix des déterminants, le choix est jugé « plaqué » si la comparaison avec les autres rapports du bureau d'études révèle que, quel que soit le contexte, les mêmes déterminants sont pris en considération. La sensibilité des publics-cibles choisis aux déterminants sélectionnés telle que décrite dans la revue de la littérature scientifique permet de déterminer si le choix est « pertinent pour la santé, mais pas pour les ISS » ou « pertinent pour la réduction des ISS ».

Il y a « non-participation » si aucun moyen de consulter les parties prenantes n'est décrit, « information » si des réunions publiques avec les habitant·es sont prévues, « consultation » si l'expertise d'usage des professionnel·les du quartier est mobilisée dans des entretiens ou des *focus-group* ou que les habitant·es sont invité·es dans des ateliers qui rassemblent aussi d'autres types de parties prenantes, « réassurance » quand l'évaluation des impacts ou/et les recommandations sont soumises aux habitant·es dans des réunions spécifiques pour obtenir leur avis, et co-construction si les habitant·es sont invitées à formuler des recommandations ou estimer des impacts.

²⁹⁹ Lire Erreur : source de la référence non trouvéeErreur : source de la référence non trouvée page Erreur : source de la référence non trouvée.

Le format de l'EIS est en général écrit littéralement dans les rapports. Une EIS intermédiaire peut valoir 2 ou 3 points en fonction de sa durée : en dessous de six mois, 2, au dessus, 3.

L'identification des publics-cibles et la formulation des recommandations dans leur sens est écrite dans les rapports. Concernant la pondération pour l'identification d'au moins un public-cible : 1 point si le public-cible n'est pas en adéquation avec les publics vulnérables (critère suivant), 2 si les deux ne sont pas distincts et qu'ainsi public vulnérable = public-cible.

Enfin, concernant la précision des recommandations, l'estimation est faite en fonction du degré d'opérationnalité apparent : identification de porteur·se potentiel·le, proposition de localisation, précision du *bench-marking*...

Critère	Degré	Pondération
Choix des déterminants	Pas de choix	0
	Choix « plaqué »	1
	Choix pertinent pour la santé, mais pas pour les ISS	2
	Choix pertinent pour la réduction des ISS ³⁰⁰	4
Participation	Non-participation	0
	Information	1
	Consultation	2
	Réassurance	3
	Co-construction/délégation de pouvoir	4
Format de l'EIS	Documentaire	1 — 1,5
	Intermédiaire	2 — 3
	Complète	4
Identification des publics-cibles	Pas d'identification de public-cible ou de publics vulnérables	0
	Identification d'un public vulnérable	1— 2

300 Lire Chapitre 4. 3.2 Le choix des publics-cibles dans l'EIS page 172.

	Adéquation publics-cibles / publics vulnérables (si identifiés indépendamment)	2
	Identification d'impact sur les populations vulnérables en particulier	3
	Recommandations en direction de ces populations vulnérables identifiées	4
Précision des recommandations	Recommandations vagues	1
	Recommandations opérationnelles	4

Tableau 1: Pondération par degré des critères de prise en compte des ISS dans les rapports des EIS.

La figure 20 montre comment se positionnent nos trois études de cas en fonction de ces critères. L'EIS Hébert semble être la plus favorable à la réduction des inégalités sociales de santé, d'après ce qu'on peut lire dans le rapport qui en est issu, suivie de l'EIS de Niort puis de l'EIS de Choisy-le-Roi.

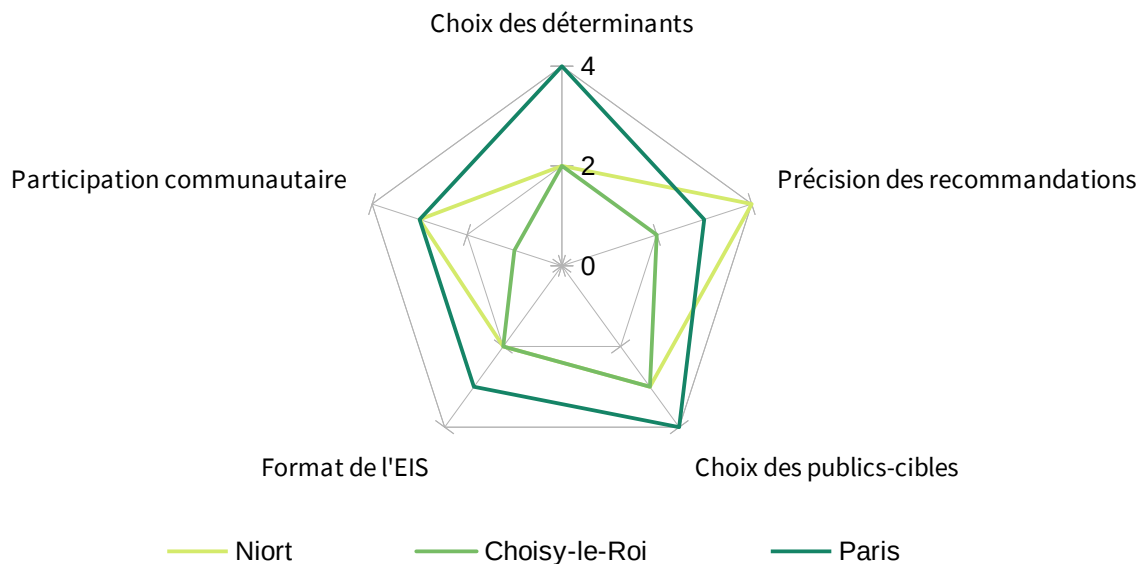


Figure 20: Prise en compte des ISS d'après le rapport de nos trois études de cas d'après les critères établis dans le Tableau 1.

L'observation du déroulement de la démarche et de l'articulation entre les acteur·ices impliqué·es permet d'examiner comment se construit concrètement la prise en compte des inégalités sociales de santé dans la démarche, et d'estimer si ces marques issues des rapports reflètent la réalité de l'EIS. C'est l'objet de cette partie.

Chapitre 5. Un champ en cours de structuration : dynamique d'acteurs et actrices autour de l'EIS

On peut dresser à partir de nos études de cas le réseau d'acteurs et actrices autour de la démarche. Celui-ci est varié, d'autant que celles et ceux qui se limitent à un seul rôle (commande, promotion, pratique) autour de l'EIS sont plutôt rares, soit que l'on passe d'un rôle à un autre de façon pérenne au cours du temps, soit que l'on passe régulièrement de l'un à l'autre. La figure 21 présente le positionnement des principaux types d'acteurs et actrices impliqués dans les EIS (dans des rectangles colorés) et de quelques-uns des plus importants représentant·es de chaque catégorie (dans la même couleur). La majorité des acteur·ices ne sont pas fixé·es sur un seul pôle, mais se positionnent entre plusieurs d'entre eux. Par exemple, certain·es universitaires ne se contentent pas de piloter les EIS et de définir la norme de ce qu'elles sont, mais en mènent de temps en temps, certains bureaux d'études font la promotion des EIS en plus d'en mener, en intervenant auprès de collectivités lors de retour d'expériences par exemple, ou auprès d'étudiant·es, certaines collectivités mènent des EIS en plus de les commander. Cette déviation entre les rôles se fait plutôt entre pratique de l'EIS et promotion, et il est plutôt rare que des institutions habituellement en position de mener des EIS deviennent commanditaires. Chacun de ces types joue un rôle différent dans le déroulement de l'EIS, et dans la réduction des inégalités. Ce schéma justifie l'étude du réseau

d'acteurs et d'actrices autour de l'EIS en termes de champ plutôt qu'avec une simple analyse selon la fonction.

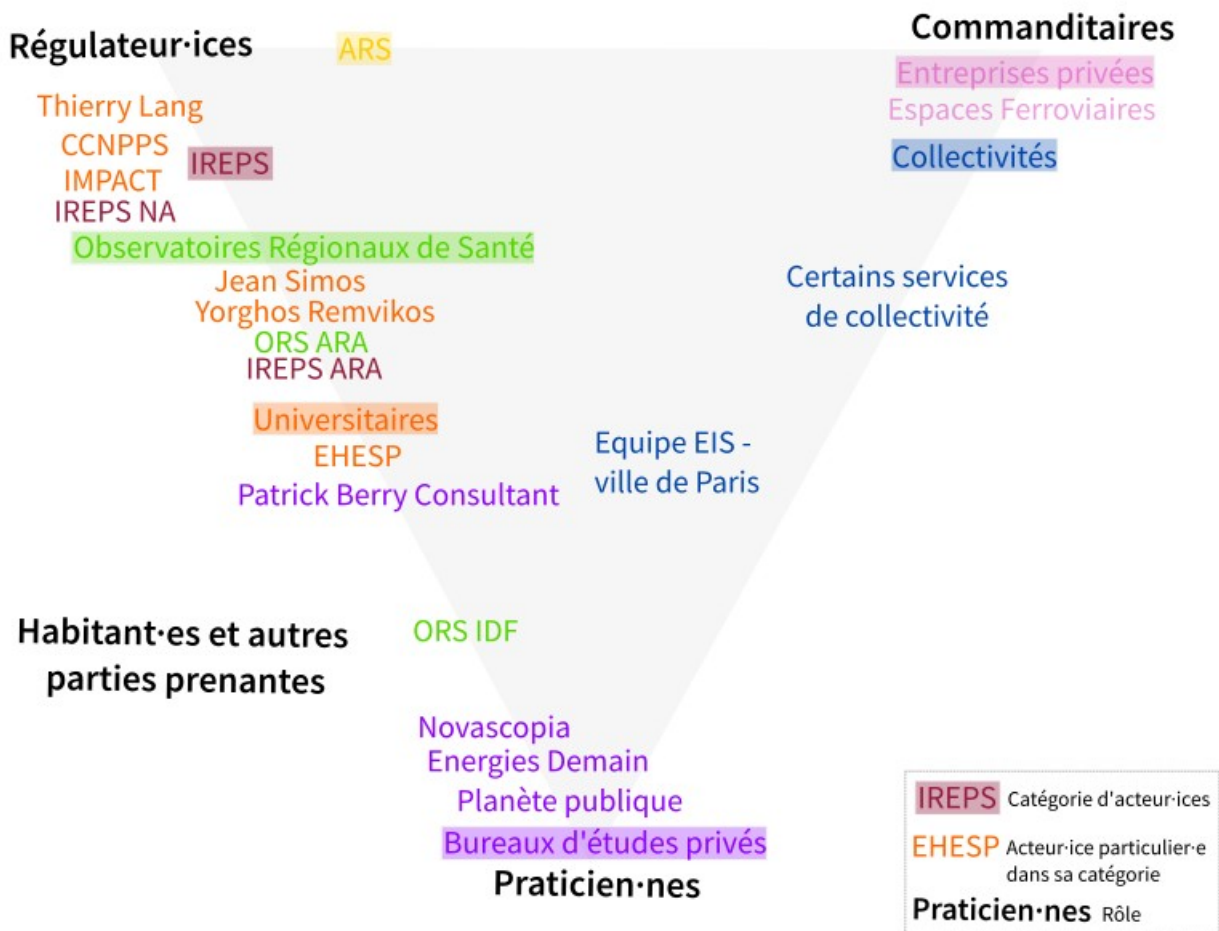


Figure 21 : Positionnement des différents acteurs et actrices de l'EIS par rapport aux rôles qu'ils endossent. Réalisation : Capucine Frouin

Le champ de l'urbanisme favorable à la santé, dont l'EIS est un instrument, est encore en structuration en France. Si on peut voir se dessiner sa structure, celle-ci est encore très mouvante, car de nouveaux·elles agent·es continuent de l'investir, même si, *a priori*, les grandes catégories sont déjà en place. Parmi les agent·es investi·es dans l'urbanisme favorable à la santé se mêlent bureaux d'études privés et publics ou institutions qui en prennent le rôle, ORS, ARS, universitaires et, un peu en marge, les collectivités. Parmi les

enjeux, la réduction des inégalités sociales de santé : selon l'agent·e qui domine le champ, cette question prend une place plus ou moins importante, et peut passer d'un enjeu symbolique à un enjeu effectivement pris en compte.

La notion de **champ théorisée par Pierre Bourdieu** permet de rendre compte des jeux d'acteurs et actrices autour de l'urbanisme favorable à la santé. D'après Bourdieu, un champ est « un monde social [...] qui obéit à des lois sociales plus ou moins spécifiques »³⁰¹, un « microcosme » qui dispose par rapport au macrocosme d'une « autonomie partielle », un « espace » qui comporte « des rapports de force, des rapports de domination », à la fois « champ de forces » et « champ de luttes ». S'y rencontrent des agents, individus ou institutions. La distribution de capitaux détermine la position dans le champ³⁰². Le champ est structuré par le poids relatif de chaque agent, poids déterminé par le volume de son capital, qui déforme plus ou moins l'espace ; et inversement, les actions des agent·es sont contraintes, de façon directe ou plus souvent indirecte, par la structure de l'espace, plus ou moins fortement selon leur poids. La structure du champ détermine les possibilités d'action des agent·es, et leur position dans sa hiérarchie. Cette structure est l'objet de lutte : les agents, dotés de dispositions acquises que Bourdieu nomme habitus, peuvent résister aux forces du champ, tenter d'en modifier les structures plutôt que de s'y plier, pour les conformer à leurs dispositions. Tant la réalité que la représentation du champ sont objet de lutte : une « révolution symbolique » peut complètement redéfinir les règles du champ. En somme, « les agents sociaux sont insérés dans la structure en des positions qui dépendent de leur capital et ils développent des stratégies qui dépendent elles-mêmes, en grande partie, de ces positions, dans les limites de leurs dispositions. »³⁰³. De façon générale, plus un agent a une position favorisée dans la structure, plus il tend vers la conservation de la structure, et à l'inverse, moins cet agent a un poids important dans la structure, plus sa stratégie tend vers la transformation de celle-ci.

301 Pierre Bourdieu, *Les usages sociaux de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Paris, France, Editions Quae, 1997, p. 14-23. Toutes les citations en suite jusqu'à nouvelle indication sont extraites du même texte.

302 Les capitaux de base sont le capital, c'est-à-dire le patrimoine et les revenus d'un individu, le capital social, c'est-à-dire le réseau de relations qu'un individu peut mobiliser dans son intérêt et le capital culturel, c'est-à-dire les ressources culturelles dont dispose un individu. Le capital symbolique englobe les trois autres formes, lorsqu'elles sont perçues de l'extérieur et reconnues comme légitime.

303 P. Bourdieu, *Les usages sociaux de la science, op. cit.*

Nous nous attachons dans ce chapitre à décrire le champ de l'EIS et l'ensemble des agent·es qui le composent, aussi bien celles et ceux qui les mènent que celles et ceux qui en font la promotion, les pilotent et les régulent. Nous appréhendons ces agent·es à partir de leur rôle au sein des EIS (régulateur·ices, commanditaires, praticien·nes). Même si la figure 21 montre que cette division ne permet pas d'appréhender totalement la place que tient chaque catégorie d'acteurs et actrices dans le cadre de l'EIS, elle permet de mettre en évidence les différents rôles qui s'y tiennent et les dynamiques des relations entre acteur·ices. Nous décrirons donc le rôle et la position de ces agent·es dans le champ.

1. Les régulateur·ices de l'EIS : assurer la qualité de la démarche

Tout autour de la démarche d'EIS, on trouve des institutions qui en font la promotion, et pilotent leur mise en place : elles fournissent les cahiers des charges pour les collectivités qui souhaitent en mener, accompagnent la démarche méthodologiquement dans ou hors des comités techniques, s'assurent que la méthodologie est respectée et peuvent servir de médiateur entre les commanditaires et les bureaux d'études en cas de conflits. Ces régulateur·ices jouent un rôle clé dans la prise en compte des ISS : leur vision de la démarche transparaît dans leur façon de la transmettre, et de s'assurer qu'elle se passe correctement. Nous nous pencherons d'abord sur les rôles des régulateur·ices, puis sur les forces en place pour promouvoir l'EIS en France enfin sur les visions de la démarche portée par chacune d'entre elles.

1.1 Le rôle des régulateur·ices de l'EIS : assurer la qualité de la démarche

Nous avons déjà décrit une partie des rôles que tiennent les institutions publiques qui font la promotion de l'EIS, de l'acculturation pour les collectivités au financement (et donc à la sélection) des démarches à financer dans le chapitre 3. Leur rôle, une fois la collectivité convaincue, et le projet choisi, se poursuit, pour contrôler que la démarche se déroule conformément à ce qu'elles en attendent. Dans le champ de l'EIS, ces régulateur·ices disposent d'un capital social, mais surtout d'un capital économique important – iels financent la plupart des démarches, qui leur y donne un poids certain pour faire appliquer leur volonté.

1.1.1 S'assurer du bon déroulement de la démarche

Le premier rôle que doivent jouer les régulateur·ices des EIS dans le déroulement de celles-ci est la participation aux instances de la démarche, comité de pilotage comme comité technique. Leur rôle y est de s'assurer que l'EIS se déroule bien : pas de blocage entre les participant·es, pas de détournement de la démarche et de ses valeurs.

En Île-de-France, des régulateur·ices qui mettent en avant les ISS

Dans l'EIS Hébert et l'EIS des Navigateurs, ce rôle est rempli par des représentant·es de l'ARS Île-de-France, N.³⁰⁴ ou E.³⁰⁵, ou de l'ADEME IDF, N.³⁰⁶, dans le cadre de l'AMISEAD 2. Dans les comités de pilotage, l'un comme l'autre interviennent effectivement régulièrement pour rappeler qu'un des objectifs de l'EIS est de réduire les inégalités sociales de santé, et estiment si la thématique est suffisamment investie ou pas par les évaluateurices. En effet, on l'a dit, en Île-de-France, la promotion de l'EIS se fait autour de la réduction des inégalités sociales de santé. Ainsi, lors de la première réunion de nos comités techniques dans nos deux études de cas francilienne, E.³⁰⁷ est présente et intervient pour rappeler ce qu'est l'EIS et quels

304 N., ARS IDF, lire l'encadré page 134.

305 E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

306 N., ADEME IDF, lire l'encadré page 134. Elle n'intervient que dans l'EIS Hébert.

307 E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

sont les objectifs qu'elle poursuit, en insistant sur les enjeux sociaux et la participation citoyenne³⁰⁸.

Ces interventions ne se limitent pas au début de parcours, mais continuent pendant toute la durée de la démarche. Par exemple, pendant la réunion de cadrage à Choisy-le-Roi N. fait le point sur la question du vieillissement dans le quartier et annonce qu'une étude spécifique va être lancée sur les personnes âgées, et qu'il n'est donc plus nécessaire d'en faire un des publics-cibles de la démarche. N.³⁰⁹ rappelle alors que l'un des objectifs premiers des EIS est la réduction des inégalités sociales de santé, et que cela passe habituellement par les publics-cibles, et qu'il faut donc y être particulièrement vigilant maintenant que l'EIS n'en a plus³¹⁰. Dans les réunions de cadrage de l'EIS Hébert, E. remet souvent sur le devant de la scène la réduction des ISS et la participation.

Ainsi, pour nos EIS franciliennes, les régulateur·ices insistent sur la réduction des inégalités sociales de santé : leur objectif principal en siégeant dans les instances de la démarche est de s'assurer que cette question n'est pas évacuée. Il est intéressant de constater que, dans l'EIS Hébert, l'équipe EIS de la Ville de Paris tient un rôle similaire en mettant régulièrement la thématique sur le tapis également : on ne peut parler de régulateur·ices les concernant, car elles sont plutôt conviées en tant qu'exemple à suivre et force de proposition pour ce faire, mais il est indéniable qu'elles participent à la normation de la démarche aux valeurs promues par les véritables régulateur·ices.

Dans l'EIS de Niort, des régulateur·ices pour faciliter l'appropriation de la démarche

Dans l'EIS de Niort, le rôle de régulateur·ice est bicéphale, entre l'ARS et COMODEIS. Contrairement à l'Île-de-France où l'ARS et l'ADEME sont rassemblées sous la même bannière et ont la même fonction, en Nouvelle-Aquitaine, les rôles sont plus répartis : l'ARS siège aux instances de l'EIS, COMODEIS assure la formation et la gestion des conflits s'il y en a.

Plutôt qu'une introduction pendant les premières réunions, en Nouvelle-Aquitaine et donc à Niort, la formation à l'EIS dans le cadre de COMODEIS pour les parties prenantes au début de la démarche permet de s'assurer que celle-ci part sur de bonnes bases et que tout

308 Extraits de carnet de terrain, 19 novembre 2019, 15 janvier 2020.

309 N., ARS IDF, lire l'encadré page 134.

310 Extraits de carnet de terrain, 2 mars 2020.

un.e chacun.e comprend les possibilités et les limites de la démarche³¹¹. En revanche, le rôle de régulateur directement au sein des comités techniques est moins important : un représentant de l'ARS est présent aussi, mais intervient de façon plus ponctuelle, et pas sur la réduction des inégalités sociales de santé, mais sur des sujets plus généraux concernant le fonctionnement de la démarche et ses objectifs, notamment de répondre aux besoins des citoyen·nes³¹². COMODEIS intervient aussi en cas de conflits entre les parties prenantes de la démarche s'il y en a, sous forme de « points qualité » occasionnels, pour « repositionner certaines choses [avec les élus ou responsables de dossier] pour que l'EIS aille, à mon avis [...] dans le bon sens et pas qu'on reste sur des *a priori* ou de mauvaises expériences »³¹³ nous explique S., même s'il n'y en a pas eu besoin dans l'EIS de Niort malgré les tensions autour de certains sujets. Dans l'EIS des Navigateurs, un tel dispositif aurait peut-être permis de sauver la démarche.

Ainsi, en Nouvelle-Aquitaine, dans les instances de l'EIS, les régulateur·ices tiennent plutôt le rôle de facilitateur, quand en Île-de-France, c'est celui d'orientation dans le sens voulu, la réduction des inégalités sociales de santé, qui domine.

1.1.2 Contrôle de qualité et capitalisation

Le rôle de régulateur·ice est aussi de contrôler la qualité de la démarche, et ce contrôle se fait selon des modalités différentes selon les régions de nos études de cas. S. nous expose les critères de qualité des EIS pour COMODEIS, qui concerne autant la forme que le fond de la démarche : « réaliser une matrice d'impact », « travailler le plus précisément possible sur la qualification des impacts », « intégrer la population dès le départ de l'EIS », « être capable d'identifier les publics qui cumulent des facteurs défavorables en matière de santé qui vont être impactés par le projet », « essayer de classer les recommandations par champs thématiques et pas d'en mettre dans tous les sens », « essayer de caractériser comment les impacts se combinent, peuvent se démultiplier voir se contredire. »³¹⁴ Il précise que « [ce sont]

311 Lire l'encadré « Formation-action dans COMODEIS » page 126.

312 Extraits de carnet de terrain, 11 juin 2019, 20 juin 2019.

313 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

314 *Idem*.

des critères qui sont importants et qu'on répète tout au long de l'accompagnement de la collectivité et du cabinet d'études. » Ces constats sont issus des efforts de capitalisation des porteurs·ses de la démarche : « on a posé des points qualité qu'on a exigés et on a un peu fait évoluer le cahier des charges pour être un peu plus exigeants là-dessus. »³¹⁵

En Île-de-France, personne ne nous a énoncé aussi clairement les critères de qualité exigés dans l'EIS, mais on peut supposer qu'ils sont similaires, au moins dans la façon de les formuler : N.³¹⁶ par exemple dit facilement qu'une démarche, ou un bureau d'études est bon ou bien, en donnant les raisons de son jugement : une bonne connaissance de la littérature, ou des recommandations vraiment opérationnelles³¹⁷, mais cette évaluation n'est pas formalisée. On peut s'interroger sur l'influence sur la prise en compte des inégalités sociales de santé de cette absence de critères précis : le contrôle pendant la démarche est censé la garantir, mais l'absence de critères énoncés peut peut-être amener à des détournements dans les cas où les régulateur·ices seraient occupés ailleurs, comme c'est le cas dans l'EIS de Choisy-le-Roi, la crise sanitaire ayant bien occupé les ARS pendant la démarche.

La première édition de l'AMISEAD a fait l'objet d'un rapport de capitalisation³¹⁸ qui présente les réussites et les difficultés pendant ce premier appel à manifestation d'intérêt, et que l'on pourrait donc considérer comme une évaluation des démarches, mais cette évaluation globale n'a pas été reconduite pour la deuxième édition, en tout cas pas pour les EIS : une enquête de capitalisation a été menée auprès des collectivités lauréates du niveau « initiation » par Novascopia, qui a abouti à des portraits de territoires et des entretiens filmés avec les acteur·ices de l'AMI et les collectivités lauréates³¹⁹. Néanmoins, la capitalisation à l'issue de la première édition a permis d'affiner les exigences pour les EIS : dans la première édition, plusieurs des démarches initialement envisagées comme des EIS et présentées comme telles, notamment celles des Papeteries de Nanterre, réalisée par l'APUR, tiennent plutôt d'une démarche d'urbanisme favorable à la santé, alors que les EIS lancées dans le deuxième, si elles ne sont pas toutes réussies, ont *a minima* respecté la méthodologie de la démarche.

315 *Idem*.

316 N., ARS IDF, lire l'encadré page 134.

317 Extrait de carnets de terrain, 2018 – 2019.

318 MEDIECO et VIZEA, *Rapport d'évaluation des études financées dans le cadre de l'AMI SEAD*, *op. cit.*

319 Consultables ici : <https://www.novascopia.fr/amisead/>

Les régulateur·ices de l'EIS divisent ainsi leur rôle de régulateur en plusieurs étapes : pendant la démarche, ils et elles s'assurent que la démarche file droit et ne perd pas de vue ses objectifs, et après qu'elle se soit achevée, ils et elles s'assurent de la qualité des résultats et s'en servent pour affiner leurs conseils pour la fois suivante. Dans nos études de cas, ce sont des institutions publiques au niveau régional qui tiennent le rôle de régulateur·ice, mais ailleurs, et surtout avant, c'étaient souvent les universitaires qui le tenait. Nous nous pencherons maintenant sur leur rôle dans la démarche.

1.2 L'EIS sous l'œil des universitaires

Les EIS ont été créées par des universitaires et, en France, ce sont les premier·es à les promouvoir et les réguler. Aucun·e universitaire ne participe au pilotage de nos études de cas, mais il nous semblait important de resituer leur rôle dans le pilotage du déploiement des EIS.

Les universitaires, premier promoteur·ice et prescripteur·ice de l'EIS en France

Les universitaires ont tenu et tiennent parfois encore un rôle prééminent dans la promotion et le pilotage des EIS en France, particulièrement l'EHESP, mais aussi d'autres équipes, en France, notamment celle de Thierry Lang à Toulouse ou celle de Yorghos Remvikos à l'université de Versailles-Saint-Quentin, Ana Rivadeneyra à l'ISPED à Bordeaux, comme à l'étranger, comme l'équipe suisse menée par Jean Simos, ou le Centre National Pour la Promotion de la Santé au Québec, mené par Thierno Diallo. Le rôle était central aux débuts de l'EIS : c'est l'EHESP, assistée rapidement par Jean Simos et Thierno Diallo, encore en Suisse à cette époque, qui ont les premières expérimentée l'EIS sur le territoire français, ont écrit sur la façon de les réaliser, ont accompagné des collectivités dans la réalisation des démarches, ont participé à leur évaluation. Les universitaires dominent clairement le champ à ses débuts, leur légitimité s'appuyant sur leur capital scientifique³²⁰.

Qui plus est, la démarche intègre une revue de la littérature scientifique. Ils disposent donc d'une légitimité certaine pour mettre en place des EIS, et participer à dicter les bonnes

³²⁰ Le capital scientifique est une forme de capital symbolique qui rassemble les ressources sociales et culturelles, liées à la science. P. Bourdieu, *Les usages sociaux de la science*, *op. cit.*

pratiques en la matière. L'EHESP notamment est à l'origine de nombreux outils pour faciliter la réalisation d'une évaluation d'impact sur la santé, disponible sur internet³²¹, notamment pour la sélection du projet puis pour la construction d'une matrice d'impacts, élément auquel l'équipe est particulièrement attachée. L'EHESP n'est pas la seule à travailler à fournir des outils pour rendre la pratique de l'EIS plus pertinente et efficiente dans la réduction des inégalités sociales de santé : la grille Urban-ISS³²² utilisée à Hébert a été développée par l'IFERISS à Toulouse. Cela sans compter la production scientifique autour de l'EIS qui permet d'affiner la démarche.

321 Consultable ici : <https://real.ehesp.fr/mod/folder/view.php?id=91094> (consulté le 29/03/2023).

322 Lire l'encadré « La grille Urban-ISS » page 259.

Les outils proposés par l'EHESP pour mener des EIS : En tant que pionnière dans le déploiement des EIS en France, l'EHESP a développé (ou adapté) un certain nombre d'outils permettant de mener des EIS, à destination des collectivités commanditaires pour certains et des bureaux d'études évaluateurs pour d'autres. Sur la plateforme destinée à la mise en réseau des praticien·nes de l'EIS³²³ cinq outils sont mis à disposition :

- une définition précise des différentes étapes de l'EIS ;
- une grille d'analyse préalable, qui correspond à une grille de sélection. Elle se divise en deux parties. La première, qui observe l'opportunité de mener une EIS, comporte une section « examen rapide du projet » sur les caractéristiques du projet et de l'EIS, une section « évaluation rapide des impacts » qui s'intéresse aux impacts directs et indirects, probables ou improbables du projet et aux populations concernées, une section « estimation du contexte » qui interroge le portage technique, financier, et politique de l'EIS ainsi que son calendrier. La deuxième partie évalue les impacts positifs ou négatifs sur la population dans son ensemble ou sur des groupes spécifiques sur les déterminants classés entre « comportements et habitude de vie », « conditions de vie », « compétences personnelles », « environnement physique », « cadre de vie », « environnement socio-familial », « environnement socio-économique » et « services publics (dont santé) » ;
- un outil « matrice d'impact » qui interroge les déterminants affectés (appelés « Variables ») par rapport aux composantes du projet. Elle estime le sens de l'impact (positif, négatif, neutre), l'intensité de l'impact, la probabilité de cette affectation, l'étendue de l'impact (c'est-à-dire microlocal, local, régional ou national), les populations affectées, les effets sur les ISTS, et enfin sur quelles données s'appuyer pour affirmer les choses ;
- un outil « modèle causal », qui permet de visualiser les composantes des projets, les effets directs qu'elles entraînent, l'impact de ces effets sur les déterminants de santé, et enfin les impacts sur la santé ;
- un « tableau de synthèses des informations disponibles pour l'estimation des impacts », qui reprend les déterminants choisis, les composantes du projet qui les affectent, le mécanisme par lequel les deuxièmes affectent les premières, la « preuve » que ce mécanisme existe (littérature scientifique, entretiens, données locales), les données manquantes pour prouver ce lien, s'il est possible de faire une estimation de cet impact, et s'il est possible de le modifier.

323 Consultable ici : <https://real.ehesp.fr/mod/folder/view.php?id=91094> [consulté le 15/05/2023].

Des difficultés à maintenir leur rôle de régulateur·ice

L'EHESP a aussi tenté d'animer un réseau de praticien·nes de l'EIS, de la même manière que le tente plus tard COMODEIS à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine. Cette tentative s'est soldée par un échec : après une première journée consacrée à la thématique à l'automne 2019 et la création d'un site hébergé par l'université, quelques échanges ont eu lieu qui n'ont pas porté leur fruit³²⁴. La principale critique faite notamment par les bureaux d'études privés est que les conditions matérielles de production dans un bureau d'études leur échappent. Ainsi, pour certain·es représentant·es des bureaux d'études présent·es ce jour-là, l'équipe de l'EHESP attend des bureaux d'études un travail bénévole, sans financement, dans le groupe de travail pour mettre en réseau les acteurs et actrices de l'EIS, et ne tient pas compte de la concurrence entre eux³²⁵.

L'échec de cette tentative de mise en réseau tient peut-être aussi au côté trop naïf (« bisounours » pour P.³²⁶) en même temps que « donneur de leçons »³²⁷ des universitaires dans l'EIS. Il ne s'agit pas que de l'EHESP : S. nous fait aussi part de l'arrêt de la collaboration de COMODEIS avec l'équipe de l'UVSQ à cause de différences d'attentes des deux côtés et de difficultés d'ajustement. Yorghos Remvikos, lors d'une journée consacrée aux EIS organisée par l'équipe EIS de la Ville de Paris³²⁸, déplore les difficultés à mettre en place des EIS favorables à la réduction des inégalités sociales de santé à cause d'un niveau d'exigence trop bas de ceux qui les régulent.

Les universitaires font donc la promotion d'une EIS « pure », au plus proche de sa définition dans le consensus de Göteborg. S'il existe des affinités évidentes entre EIS et monde scientifique, des tensions naissent rapidement entre certain·es promoteurs et promotrices des EIS et les universitaires, et traduisent le déclin des universitaires du champ de l'EIS. Les premier·es reprochent aux second·es de ne pas adopter le « principe de réalité », c'est-à-dire d'avoir des attentes quant aux EIS qui ne sont pas réalisables et réalistes, d'en

324 Entretien avec P., PB Conseil, lire l'encadré page 258.

325 Extrait de carnet de terrain, 23 octobre 2019.

326 Entretien avec P., PB Conseil, lire l'encadré page 258.

327 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

328 Extrait de carnet de terrain, 26 septembre 2019.

faire « un exercice de connaissance, de recherche universitaire »³²⁹, en somme, d'adopter une démarche trop élitiste dans le développement de la démarche : « les premières EIS n'avaient pas de matrices d'impacts forcément, qu'on ne faisait pas une analyse panoramique de l'ensemble des impacts sur la santé, qu'on fouillait peu les impacts contradictoires, parfois même les impacts n'étaient pas clairement formulés, caractérisés par les premiers bureaux d'études qui se sont mis là-dessus », ce qui leur a valu des « critiques » au début du déploiement de la démarche.

Ainsi, le capital scientifique qui donnait aux universitaires au début du déploiement de la démarche une grande légitimité a été progressivement dévalorisé au profit de ce que l'on pourrait qualifier de capital d'expérience, c'est-à-dire une forme de capital symbolique qui donne une « aura » de crédibilité aux promoteurs et promotrices de l'EIS. On peut aussi supposer que les universitaires ont participé certes au lancement de la démarche, mais au fur et à mesure qu'elle se normalise, ont moins de temps à consacrer à son pilotage, ou estime que ce n'est plus leur rôle, et ont donc laissé la position dominante à d'autres acteurs. La réalité n'est sans doute pas si binaire entre éviction et place laissée.

1.3 Deux écoles de l'EIS : outil pédagogique ou approche structurée ?

En somme et pour simplifier, il existe deux écoles dans le déploiement des EIS : la première fait de l'EIS une approche structurée, qui permet de caractériser un impact. Pour les tenants de cette vision, on mesure la qualité de l'EIS par rapport à l'écart à la norme établie par le consensus de Göteborg et les bonnes pratiques identifiées. La deuxième école fait de l'EIS un outil pour renforcer la santé dans toutes les politiques : elle devient alors une démarche d'accompagnement, dans laquelle le plus important tient à l'acculturation produite plutôt qu'à la matrice d'impacts construite.

La première école conduit à la mise en place de démarches plus coûteuses (comme celle d'Hébert par exemple, qui a coûté 80 000 euros, ou de façon plus générale les EIS menée par l'EHESP) quand la deuxième se limite à un budget de 25 000 euros (comme l'EIS de Niort,

329 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

celle de Choisy, ou les EIS accompagnées par COMODEIS en Nouvelle-Aquitaine de façon générale). La première école ne permet que difficilement la mise en place massive d'EIS, et même ne le souhaite pas, quand la deuxième permet un déploiement rapide et peu sélectif. Le reproche fait à la première école par la deuxième, c'est d'être aveugle aux réalités des collectivités, en particulier des collectivités qui ne sont pas des grandes métropoles, qui n'ont pas toujours les moyens financiers et humains pour mettre en place de telles démarches. C'est aussi d'être aveugle à celles des bureaux d'études qui ne peuvent pas avec de tels financements mettre en place des démarches très fines sur les matrices d'impact, en somme d'élitisme. *A contrario*, la première école reproche à la seconde de ne pas mener de vraies EIS, mais des démarches partielles qui ne remplissent pas les critères de qualité nécessaires, en somme, de laxisme. La première école privilégie donc la qualité de l'EIS, quand l'autre met en avant la présence d'une fenêtre d'opportunité pour mettre en place les EIS dans les collectivités. La première école n'est donc pas très favorable à ce que les EIS soient confiées à des bureaux d'études privés, à travers des appels à projets : d'après elle, cet usage économique de l'EIS empêcherait de développer ou de défendre les valeurs portées par l'EIS, notamment la réduction des inégalités sociales.

La réalité n'est évidemment pas aussi binaire, et les tenant·es de la première école travaillent au développement d'outils pour faciliter la réalisation d'EIS pertinentes selon leur critère, quand celles et ceux de la deuxième mettent en place des critères de qualité des EIS et posent des exigences minimales notamment quant à la méthodologie développée dans l'EIS. Un de nos enquêtés, partisan de la deuxième école, résume :

« C'est pas l'un contre l'autre, [...], mais il ne fallait pas que le curseur aille trop sur les objectifs des universitaires, et il fallait qu'il reste très ancré dans la plus-value des collectivités. »³³⁰

Un autre évoque un juste milieu à trouver entre les deux³³¹. Pour la réduction des inégalités, il est difficile de déterminer laquelle est la plus efficace, les deux misant sur des aspects différents de l'EIS, et sur des temporalités différentes. D'un côté, si on considère que l'acculturation aux principes de l'EIS est favorable à la réduction des inégalités sociales de

330 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, 4 janvier 2022, lire l'encadré page Erreur : source de la référence non trouvée.

331 Entretien avec P., PB Conseil, 13 janvier 2022, lire l'encadré page 258.

santé grâce au changement de définition de la santé qu'elle entraîne, alors la première est plus efficace, car elle acculture plus de collectivités. D'un autre, si on considère la temporalité même de l'EIS, alors la deuxième, qui prend plus de temps et fait de la réduction des inégalités une part importante de la démarche, est plus efficace. Il est difficile de trancher en faveur de l'une ou l'autre école, puisque nous ne disposons pas de mesure de l'impact des EIS sur la santé des populations habitantes et usagères des projets observés, et encore plus sur la réduction des inégalités sociales.

Le rôle des régulateur·ices de l'EIS est donc prescripteur : en sélectionnant les démarches financées puis en les accompagnant, les régulateur·ices participent à orienter les démarches en fonction de ce qu'ils pensent qu'elles doivent être. Le rôle des universitaires dans le pilotage des EIS s'est amoindri au fur et à mesure que d'autres institutions s'en emparent, mais l'impulsion initiale est la leur. Il n'en reste pas moins que deux écoles de l'EIS semblent exister, la première en faisant une démarche pédagogique pour permettre de former aux questions de santé les acteur·ices de la ville, en particulier les collectivités quitte à perdre un peu de qualité à l'échelle d'une démarche individuelle, et la deuxième, inspirée plutôt de l'approche universitaire, qui fait de l'EIS une démarche longue, élitiste, qui n'est pas à la portée de toutes les bourses, centrée sur la réduction des ISS à l'échelle du projet : cela correspond peu ou prou aux méthodes de Novascopia pour la première, à celle d'Énergies Demain pour la deuxième.

2. Les praticien·nes de l'EIS

Les praticien·nes de l'EIS sont en charge de mener la démarche : répondre à la commande, organiser les réunions, collecter les données, analyser l'impact du projet sur les déterminants et en particulier pour les populations vulnérables, de formuler les recommandations et finalement de rédiger le rapport qui rend compte des résultats de l'EIS. Ce groupe est donc au centre du champ de l'EIS. Les praticien·nes de l'EIS peuvent être

considéré·es comme expert·es du domaine, tout particulièrement les universitaires et les bureaux d'études. On définit l'expertise comme la production d'une connaissance spécifique pour l'action³³². La légitimité de cette expertise trouve sa source notamment dans la compétence des acteur·ices concerné·es, leur savoir et leurs savoir-faire liés à la réalisation des EIS³³³.

Nous nous pencherons donc d'abord sur la formation reçue par les praticien·nes de l'EIS, puis verrons ici comment les bureaux d'études³³⁴ privés s'emparent de la démarche et contribuent à la diffusion d'EIS. Les pratiques des uns et des autres sont marquées par les conditions matérielles de réalisation de la démarche, notamment par les financements accordés et la formation disponible pour les parties prenantes de l'EIS. Réciproquement, ces pratiques marquent les territoires et les collectivités dans lesquelles ils agissent par les méthodologies développées et l'importance accordée notamment à la réduction des inégalités et à la participation citoyenne en leur sein. Les bureaux d'études privés ne sont pas seuls à réaliser des EIS, et nous considérerons ensuite les autres types d'acteurs et actrices qui en mènent et qui tiennent lieu de bureau d'études dans ce cadre.

2.1 Apprendre à mener une EIS

Une EIS ne s'improvise pas, il faut apprendre à les mener. En fonction des contenus des formations, ce sont certaines formes ou certaines valeurs de la démarche qui sont mises en avant, notamment la prise en compte des inégalités sociales de santé. Notre hypothèse est que cet apprentissage doit avoir une influence sur la façon dont sont prises en compte les ISS dans les EIS. Le système de valeur à l'origine des EIS est très important, et la perception qu'ont les

332 Pierre Lascoumes, « L'expertise, de la recherche d'une action rationnelle à la démocratisation des connaissances et des choix », *Revue française d'administration publique*, 2002, vol. 103, n° 3, p. 369.

333 Corinne Delmas, *Sociologie politique de l'expertise*, Paris, la Découverte, 2011, p. 9.

334 Tous les organismes privés qui mènent des EIS ne se désignent pas comme « bureaux d'études », d'autres y préfèrent la terminologie de « cabinet de conseil ». La différence entre les deux tient au rôle que tient l'évaluateur dans la démarche : grossièrement, un·e consultant·e-conseiller·e participe à la définition de la commande quant l'expert·e dans un bureau d'études est exécutant·e. Dans l'EIS, les évaluateur·ices peuvent parfois tenir le rôle de conseiller·es, par exemple dans les EIS menées par Énergies Demain pour le compte de la Métropole de Bordeaux, mais pour faciliter la compréhension, nous parlerons uniquement de bureaux d'études et d'expert·es, car il correspond à la situation de nos études de cas, et de la majorité des autres également.

praticien·nes à la fois de la santé et de la démarche et de ses objectifs influence fortement les EIS. La formation suivie est donc très importante, en particulier pour celles et ceux qui n'ont pas de formation en santé publique.

L'observation des types de formation suivis par les praticien·nes de l'EIS dans nos études de cas éclaire sur la structuration du champ, et sur la position de chaque agent·es en son sein. Ainsi, l'observation des acteur·ices qui dispensent des formations permet d'illustrer aussi la perte de la position dominante des universitaires dans les formations, au profit notamment des bureaux d'études. En parallèle, l'EIS se diffuse, s'institutionnalise et cesse par là d'être un objet scientifique pour devenir une étude normalisée au fur et à mesure qu'elle est appropriée par les acteur·ices du monde professionnel. Les professionnel·les de l'EIS, en particulier les praticien·nes, doivent être formé·es pour pouvoir mener à bien des démarches.

Il existe pour être formé à l'EIS pour les praticien·nes ou pour les collectivités intéressées plusieurs types de formations. Nous nous pencherons ici sur les formations suivies par nos enquêté·es, et sur la place que tiennent les ISS dans ces formations.

Les sessions régulières organisées par les universitaires : une époque révolue ?

La formation « Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) appliquée aux projets d'aménagement et d'urbanisme » dispensée par l'EHESP était la seule formation permanente consacrée exclusivement à l'EIS en France. Elle s'adressait à un assez large public : professionnel·les de santé, élu·es et services techniques de collectivités, bureaux d'études, personnels des ARS, et se déroulait sur quatre jours puis deux jours et demie. La formation apparaît pour la première fois dans le catalogue de l'EHESP en 2014. À ses débuts, la formation attirait un large public : en 2019, nous avons tenté de nous y inscrire sans réussir à avoir de place, car la session annuelle était pleine. Les bureaux d'études et cabinets de conseils que nous suivons y ont envoyé leurs consultant·es au début : Y.³³⁵, évaluateur principal dans l'EIS de Niort, l'a suivie, comme les deux premières membres de l'équipe EIS de la Ville de Paris. Mais les membres recruté·es ensuite n'y sont plus allés, les bureaux d'études comptant sur les personnes formées pour apprendre aux autres : ni M. ni A.³³⁶, pourtant recrutées par Novascopia alors que la formation se tient encore, n'ont été se former à

335 Y., Novascopia, lire l'encadré page 241.

336 M., Novascopia, lire l'encadré page 242 ; A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

l'EHESP. Ainsi, en 2020, la session est annulée à cause de la crise sanitaire, et en 2021, elle l'est aussi faute d'inscrit·es avant de disparaître du catalogue pour être remplacée par une formation plus généraliste consacrée à l'urbanisme favorable à la santé dans son ensemble.

Une formation extraordinaire et fondatrice : IMPACT dans le cadre de l'EIS de Plaine-Commune

L'équipe IMPACT, qui fait partie de l'Université de Liverpool a lancé les EIS en Europe et dans le monde, autour notamment d'Alexis Scott-Samuel, et la question des inégalités sociales de santé est centrale dans la formation proposée. L'équipe IMPACT n'existe plus depuis 2019, et ne peut donc plus dispenser de formation. La formation organisée lors de l'EIS de Plaine-Commune a permis de former une grande partie des personnes pionnières de l'EIS en France, notamment dans les ORS et les ARS, et à l'EHESP. L'objectif est de réunir des binômes ARS/ORS de toutes les régions de France. Cela faisait partie des conditions du financement de la démarche par l'INPES, mais d'autres personnes ont été formées aussi, notamment des universitaires parmi lesquelles Françoise Jabot, membre central de l'équipe qui travaille sur les EIS à l'EHESP, ainsi que E.³³⁷, évaluatrice dans l'EIS Hébert, alors ingénieure d'études dans l'équipe de l'IFERISS à Toulouse au côté de Thierry Lang.

Pour IMPACT, l'EIS est un outil de réduction des inégalités, la thématique tient donc une place importante dans les contenus de la formation : c'est la raison pour laquelle l'équipe a été choisie « plutôt que la Suisse ou le Québec »³³⁸. Trois types de formations sont proposés, toutes gratuites pour les participant·es grâce au financement de l'INPES, qui se déroulent entre octobre et décembre 2013 :

- la formation « Sensibilisation à l'EIS »³³⁹ se tient sur une journée à destination des décideurs politiques, elle a pour objectif de montrer l'intérêt de l'EIS pour la prise de décision et d'apprendre à consulter un rapport d'EIS, et qui réunit une petite quinzaine d'élus franciliens³⁴⁰ ;
- la formation intitulée « Acquisition des fondamentaux de l'EIS », est à destination des techniciens des collectivités, des associations, des personnels des ARS et des

337 E., *Énergies Demain*, lire l'encadré page 233.

338 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

339 ARS IDF, « Brochure "Parlez-vous EIS ?" », art cit.

340 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

aménageurs, elle réunit une vingtaine de personnes sur une journée et cherche à former des relais pour sensibiliser à l'EIS capables de comprendre son fonctionnement, et éventuellement à participer à des EIS ;

- la formation « Maîtrise et conduite d'une EIS » est destinée à former des personnes à piloter des EIS, pendant quatre jours : leur institution doit ensuite les mettre à disposition pour « 4 mois minimum pour mener une EIS »³⁴¹.

Le MOOC en ligne du CCNPPS : un format plus adapté aux besoins actuels des praticien·nes de l'EIS

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), au Québec, propose aussi des formations à la réalisation des EIS, et notamment une formation en ligne disponible depuis mai 2019 gratuitement pour tous et toutes, et qui remplace une première version en ligne depuis 2014. La formation compte 9 modules, avec des exercices et études de cas et une évaluation finale. Le temps total estimé est d'à peu près 5h, avec des modules de cours entre 20 et 50 minutes. L'intérêt de la formation, en plus du fait qu'elle est en français, réside dans le fait qu'elle est accessible à tout le monde et gratuite, et elle l'annonce en tout cas, qu'elle est suffisante pour pouvoir se lancer dans les EIS ensuite. Cela peut représenter une alternative intéressante à la formation de l'EHESP fort onéreuse. Il est intéressant de remarquer que le module le plus long est celui consacré à l'étape de sélection de l'EIS, appelée ici « dépistage », qui apparaît donc comme une étape véritablement cruciale.

Cette formation accorde un place importante aux ISS, avec des points dans presque toutes les étapes décrites et des techniques directes pour les prendre en compte. Elle est cependant très synthétique et n'approfondit pas beaucoup le thème. Cette formation est beaucoup suivie par les nouvelles arrivantes dans les bureaux d'études : dans nos enquêtes, les consultantes juniors A. chez Novascopia et C.³⁴² chez Énergies Demain l'ont suivie, mais s'accordent pour dire que ça ne suffit pas pour savoir mener une EIS.

L'intérêt de ses sessions régulières est qu'elles dispensent la même formation pour tout le monde et permettent donc la construction d'une base commune entre les personnes qui

341 ARS IDF, « Brochure «Parlez-vous EIS ?» », art cit.

342 A., Novascopia, lire l'encadré page 276 ; C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

mènent des EIS. Entre bureaux d'études, les pratiques de l'EIS varient beaucoup malgré cette base commune, ce qui est moins vrai parmi les acteur·ices du secteur public, qui peuvent donc échanger plus facilement sur les bonnes pratiques et les façons de procéder. Les formations en présentiel permettent aussi la mise en place des prémices d'un réseau d'acteurs et actrices de l'EIS, qui s'y rencontrent. Maintenant que ces personnes sont en lien, il n'est plus besoin de se rencontrer dans le cadre de ces formations, et les nouveaux arrivants peuvent s'insérer dans le réseau par d'autres biais.

2.1.1 Une offre de formation extérieure qui disparaît au profit de formations au sein de l'entreprise

Aux origines de l'EIS, les formations étaient menées essentiellement par les universitaires, c'est une de leur casquette, mais ces sessions sont de moins en moins fréquentes et la formation aux EIS revient maintenant essentiellement soit aux autres promoteurs de l'EIS comme les IREPS et les ORS, soit aux collègues des bureaux d'études. Il est intéressant de constater aussi que ces formations sont tenues par des spécialistes de la santé publique et pas de l'urbanisme.

On peut se demander pourquoi les sessions régulières ont disparu. Est-ce parce que le besoin a disparu, car toutes les équipes potentiellement concernées sont formées ? Pourtant, de nouveaux bureaux d'études entrent sur le marché de la réalisation des EIS. Ce constat discrédite aussi l'hypothèse selon laquelle ce serait à cause d'une perte d'intérêt pour la démarche au profit de démarches moins codifiées issues de l'UFS, comme le montre aussi la multiplication des démarches notamment en Nouvelle-Aquitaine, mais aussi ailleurs en France. Est-ce parce que les nouvelles personnes recrutées dans les bureaux d'études se forment autrement, en observant les membres seniors ? Cette hypothèse est plus vraisemblable : c'est le cas dans les bureaux d'études suivis pendant les études de cas. Les nouvelles recrues apprennent en faisant, après avoir suivi le MOOC du CCNPPS pour apprendre les bases. C'est aussi le signe d'une normalisation de l'EIS, qui devient une étude comme les autres : pour la plupart des autres types d'études et d'évaluations, il n'y a pas de formation théorique particulière. On peut s'interroger sur les conséquences de cette absence sur la qualité des EIS en termes de prise en compte des inégalités sociales de santé. Les

sessions régulières permettent de mettre en place des bases communes pour l'ensemble des praticien·nes de l'EIS, alors que la formation par la pratique au sein des bureaux d'études entraîne une divergence progressive des techniques de l'EIS, adaptées aux pratiques de chaque organisation. Cet apprentissage au fil de l'eau s'exempte souvent du cadre théorique de l'EIS que les formations régulières permettent d'approfondir, notamment sur les inégalités sociales de santé et leurs mécanismes. Ça n'est pas un problème pour qui a suivi une formation de santé publique, comme c'est le cas d'une partie des praticien·nes de l'EIS, cela l'est plus pour qui est issu d'une formation d'urbanisme et aménagement. La prise en compte des ISS devient donc dépendante de ce qu'en connaît et perçoit chaque bureau d'études, à son détriment parfois.

2.1.2 L'enseignement de l'EIS à l'université ?

Depuis peu, certaines universités inscrivent dans leur cursus une initiation à l'EIS, dans les masters de santé publique, comme sans surprise à l'EHESP, mais aussi dans les formations de sciences sociales, comme d'urbanisme, de géographie ou de sociologie. C'est le cas à l'École d'Urbanisme de Paris en enseignement optionnel pour une partie des étudiant·es dans le cadre de cours sur « urbanisme et santé », mais aussi pour au moins deux de nos enquêtées les plus fraîchement sorties de master dans d'autres universités : C.³⁴³ et M.³⁴⁴. Cette tentative d'intégrer l'EIS dans le cursus des étudiant·es appelé·es à travailler sur la ville montre aussi la normalisation de la démarche. Le contenu exact de ses formations ne nous est pas accessible et nous ne pouvons donc pas connaître la place qu'y tient la réduction des inégalités sociales de santé, mais il est très improbable que les déterminants de santé et la vision holistique de la santé telle qu'elle est portée par l'OMS n'y soient pas abordée : cela permet aux étudiant·es qui suivent ces formations de porter un regard santé sur le projet urbain, et peut-être de les rendre attentif·ves à ces problématiques dans leurs futures pratiques. Qui plus est, même si ces formations restent relativement exceptionnelles, leur existence révèle que la démarche a été identifiée par des personnes en dehors de sa promotion immédiate comme donnant un regard intéressant à transmettre aux futur·es acteurs de la ville. Cela traduit la normalisation

343 Entretien avec C., *Énergies Demain*, lire l'encadré page 255.

344 Entretien avec M., *Ville de Choisy-le-Roi*, lire l'encadré page 228.

progressive de la démarche, qui perd progressivement son statut d'innovation pour devenir une démarche intégrée dans les processus de fabrication de la ville.

M. est coordinatrice du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville de Choisy-le-Roi. C'est son premier emploi en sortant de l'école, et elle ne l'a pris que depuis quelques mois quand l'EIS commence. Elle fait partie du Comité Technique de l'EIS de Choisy. Elle est diplômée d'un master en géographie de la santé, et a été initiée à l'EIS dans ce cadre.

Ainsi, notre hypothèse initiale selon laquelle la formation suivie joue un rôle important dans la façon dont sont appréhendées les inégalités sociales dans l'EIS, ne semble pas se vérifier après observation : la formation théorique semble n'avoir qu'un poids limité sur la façon de conduire des EIS, qui est bien plus influencée par les conditions matérielles de production qui varient beaucoup entre les différents bureaux d'études et entre bureaux d'études, universitaires et structures publiques. L'observation des formations, de leur contenu, mais aussi et surtout de leur format semble donc révélatrice de l'évolution de l'EIS, d'une démarche exceptionnelle et expérimentale vers une démarche normalisée. Le capital culturel acquis lors de l'obtention d'un diplôme ou d'une certification n'est donc plus valorisé comme aux premiers temps de l'EIS, comme le traduit la réduction voire la disparition des formations universitaires en sessions régulières des EIS. Il doit donc être remplacé par une autre forme de capital : c'est ce sur quoi nous nous pencherons maintenant.

2.2 Un marché structuré par de gros bureaux d'études qui tend à se diversifier

En France, en raison de la relative nouveauté de la démarche, les bureaux d'études en mesure de mener des EIS sont peu nombreux. Ce sont majoritairement des bureaux d'études privés, mais parfois aussi d'autres acteur·ices qui tiennent lieu de bureaux d'études : des ORS, des agences d'urbanisme ou des universitaires.

Les bureaux d'études privés dominent le marché

Dans notre corpus d'EIS, trois d'entre eux se partagent la quasi-totalité des EIS réalisées par des bureaux d'études privés : Novascopia, Énergies Demain et Planète Publique. Aucun d'entre eux n'a la santé comme seul domaine d'études, ni même vraiment comme domaine premier. Ainsi, Novascopia se présente comme un cabinet de conseil en « stratégies territoriales et partenariales » spécialisé dans l'habitat, la santé, les stratégies territoriales, et l'inclusion et les impacts sociaux, tout cela avec une approche par la qualité de vie³⁴⁵. Énergies Demain est spécialisé dans la planification énergétique, la rénovation énergétique des bâtiments, et la qualité de vie des populations.³⁴⁶ Planète publique se présente comme un cabinet de conseil en politique publique, spécialisé sur la santé et l'environnement³⁴⁷. C'est Novascopia qui domine le marché, avec neuf EIS menées jusqu'en 2022, pour cinq pour Planète Publique et quatre pour Énergies Demain.

De nouveaux acteur·ices apparaissent dans le champ de l'EIS : sur les années 2021 et 2022, de nouveaux bureaux d'études sont apparus, tandis qu'au sein des bureaux d'études déjà positionnés sur le marché, les EIS semblent de plus en plus confiées aux nouvelles recrues plutôt qu'aux membres seniors et expérimentés, qui préfèrent se tourner vers d'autres formes d'intégration de la santé dans l'urbanisme, ou de santé dans toutes les politiques. En effet, la normalisation de la démarche EIS qu'entraîne sa multiplication, et la standardisation des montants alloués à son financement provoque sa normation et sa fixation. La durée de la démarche est corrélée à ces financements, et la démarche perd en souplesse si elle doit se tenir dans un temps réduit. Ainsi, chez Novascopia, on préfère se tourner vers d'autres démarches UFS³⁴⁸, alors que chez Énergies Demain, on contourne le problème en changeant le mode de financement de l'EIS : plutôt qu'une somme fixée à l'avance, l'équipe propose l'adoption d'un système de bon de commande, qui permet d'étendre les financements de l'étude en fonction des besoins de la démarche : c'est le fonctionnement adopté pour les EIS menées pour la métropole de Bordeaux³⁴⁹ et pour le projet Hébert³⁵⁰.

La place des structures publiques tenant lieu de bureaux d'études

345 D'après leur site internet : <https://www.novascopia.fr/services> [consulté le 5 mai 2023].

346 D'après leur site internet : <https://energies-demain.com/> [consulté le 5 mai 2023].

347 D'après leur site internet : <https://www.planetepublique.fr/> [consulté le 5 mai 2023].

348 Entretien avec Y. et M., Novascopia, lire les encadrés page 241 et 242.

349 Entretien avec I., Bordeaux Métropole, lire l'encadré page 141.

350 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

En plus des bureaux d'études privés, d'autres structures mènent des EIS et tiennent lieu de bureaux d'études. Parmi elles, les universitaires, sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici, les agences d'urbanisme des grandes villes, comme l'APUR à Paris, des services consacrés dans certaines collectivités, comme l'équipe dédiée à Paris, les IREPS comme celle de l'Auvergne-Rhône-Alpes, et les Observatoires Régionaux de Santé, notamment celui de la même région. Les agences d'urbanisme et les services des collectivités échappent complètement aux règles du marché : la collectivité dont elles dépendent leur confient une mission, qu'elles ont éventuellement inventée elles-mêmes. Les IREPS et les ORS doivent aussi parfois répondre à des marchés publics pour mener des EIS, mais sont, semble-t-il, la plupart du temps sollicitées par les collectivités.

Toutes ces structures sont rattachées à un territoire en particulier, même s'il peut être assez étendu quand il s'agit d'une région. Cela les dote d'un capital culturel conséquent : leur connaissance du territoire est avantageuse pour accéder à des données fines sur ce dernier, et donc pour la réduction des inégalités sociales de santé, car à données fines : analyse fine (ou possibilité de). Rien d'étonnant donc à ce qu'Énergies Demain se soit regroupé avec l'IPR (Institut Paris Région), qui compte l'ORS-IDF dans l'EIS Hébert. Cet ancrage territorial leur donne aussi un capital social important, en leur permettant l'accès à un réseau d'acteur·ices formé·es à l'urbanisme favorable à la santé, ou à la santé (publique) plus globalement, au fur et à mesure des démarches, qui peuvent être sollicité·es à nouveau si nécessaire. Ainsi, si on ne peut considérer que les institutions publiques qui participent à l'EIS dominent le champ, les capitaux fournis par leur ancrage territorial leur permettent de s'y maintenir.

2.3 Stratégies des bureaux d'études privés dans un marché concurrentiel

Les contraintes notamment financières qui pèsent sur les bureaux d'études et cabinets de conseils sont plus importantes que pour les structures publiques, ce qui les pousse à répondre à beaucoup plus d'appels d'offres pour pouvoir se financer et faire du profit. Ils sont donc souvent en concurrence sur les mêmes marchés, et chacun tente de se démarquer pour pouvoir

les remporter³⁵¹. En effet, les bureaux d'études qui travaillent sur l'EIS ne représentent pas un groupe uniforme, et chacun a ses méthodes et ses techniques pour mener à bien la démarche. Chacun apporte des compétences spécifiques, et donne du poids à certains aspects de l'EIS plutôt qu'à d'autres, notamment la réduction des inégalités sociales de santé : en somme, les bureaux d'études ne misent pas tout à fait sur les mêmes capitaux pour faire peser le rapport de force dans le champ de l'EIS. Ainsi, comme pour la promotion de l'EIS, ce sont des visions différentes de la démarche qui s'affrontent, cette fois-ci plus directement, à travers les réponses aux appels d'offres pour mener des EIS.

Chez Novascopia, l'efficacité pour réduire les coûts

Novascopia développe une stratégie d'efficacité et de rationalisation, comme nous le verrons dans le chapitre suivant, qui leur permet de proposer des EIS qui correspondent aux financements proposés par les ARS des régions qui financent la démarche. La démarche est donc calibrée pour entrer dans les clous de ces financements.

La participation des parties prenantes est au cœur de cette approche, et cela, même s'il n'y a pas de spécialiste de la question dans l'équipe. Les évaluateur·ices s'appuient beaucoup d'une part sur des entretiens avec des « acteur·ices-clés »³⁵² du quartier qui leur sont indiqués par le comité technique, puis sur un « atelier mixte » qui rassemblent professionnel·les du quartier, associations et habitant·es³⁵³ et qui se réunit deux fois. L'objectif de ces ateliers est de permettre à tous les points de vue de s'exprimer et de se confronter. Les différentes étapes de l'EIS se chevauchent dans les calendriers (comme souvent) de façon à optimiser les rencontres : les ateliers mixtes alimentent ainsi à la fois la phase d'analyse et celle de recommandations par exemple.

L'équipe s'appuie aussi régulièrement sur des étudiant·es pour mener des enquêtes quantitatives auprès des habitant·es du quartier : c'est le cas dans l'EIS de Niort, mais aussi dans l'EIS d'Angers, menée en 2017 sur un projet de renouvellement urbain, et dans celle de Poitiers, menée en 2019 sur la réhabilitation d'un groupe scolaire dans un quartier prioritaire.

351 Nous ne parlerons ici que de Novascopia et Énergies Demain, évaluateur·ices dans nos études de cas.

352 Extrait de carnet de terrain, avril 2019.

353 Lire Erreur : source de la référence non trouvéeErreur : source de la référence non trouvée page Erreur : source de la référence non trouvée.

Cela permet d'entraîner les étudiant·es sur un cas réel, et évite à l'équipe d'y consacrer du temps elle-même.

L'équipe qui participe aux EIS est composée majoritairement d'urbanistes, à l'exception de Y., issu du monde de la santé publique et de L., doctorante en CIFRE en urbanisme et aménagement, plutôt politiste, spécialisée dans la santé publique, recrutée après la fin de nos études de cas. Il n'y a donc ni spécialiste de la concertation, on l'a déjà dit, ni, avant l'arrivée de L., de la bibliographie scientifique, compétence importante dans les EIS pendant la phase d'analyse. Pourtant, chez Novascopia, pas de groupements : « on estime qu'on a les compétences en interne »³⁵⁴ nous explique une de nos enquêtées. Cela traduit encore la volonté d'optimisation du coût de l'EIS.

On peut s'interroger sur l'effet d'une telle méthode d'optimisation sur la réduction des inégalités sociales de santé. C'est la participation des parties prenantes qui doit garantir cette prise en compte. Pourtant, il faut bien noter que les parties prenantes ne veut pas forcément dire habitant·es. Cette méthode efficace ne laisse pas toujours le temps ni de saisir les populations les plus vulnérables, ce qui mène souvent à un choix de publics-cibles assez standardisé, ni à une concertation qui permet de les faire participer. Une de nos enquêtées nous explique que c'est par manque de moyens : ça « demanderait plus de temps ou d'investissement »³⁵⁵. On ne peut donc considérer que les EIS produites par Novascopia prennent en compte finement les inégalités sociales de santé.

Pourtant, c'est le bureau d'études qui a mené le plus d'EIS en France. En effet, M. nous explique que les références comptent dans l'obtention des marchés : « plus on en fait et plus on est crédible sur ce type de mission »³⁵⁶ : on touche là une forme de capital symbolique spécifique dans le champ de l'EIS : le capital d'expérience. L'approche de Novascopia correspond très bien à la vision de l'EIS promue par COMODEIS : des EIS menées assez rapidement, à bas coûts, qui permettent d'acculturer les collectivités aux questions de santé. On peut donc considérer qu'il sort vainqueur de la lutte pour le contrôle du champ de l'EIS.

Chez Énergies Demain, collaborations et approche scientifique

354 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

355 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

356 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

Les EIS menées par Énergies Demain sont plus longues et complètes que celles menées par Novascopia. Elles sont aussi plus onéreuses : 80 000 euros pour l'EIS Hébert, soit quatre fois le financement accordé dans le cadre de l'AMISEAD2, un peu moins pour COMODEIS, où le financement s'élève à 25 000 euros.

E. est cheffe de projet Impact Santé chez Énergies Demain, où elle a fondé le Pôle sur la santé, en charge de l'EIS Hébert. Elle est diplômée de Philosophie et Ethique appliquée à la santé, de Psychologie et Affaires Culturelles et de Promotion de la Santé. Elle a pour Médecin du Monde travaillé sur la santé reproductive des femmes en squat autour de Bordeaux, puis à l'INSERM où elle était coordinatrice du projet AAPRISS (Apprendre et Agir pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé) créée par l'IFERISS (Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société) qui a contribué à développer les EIS en France. Sa sensibilité aux inégalités sociales de santé existait avant cette expérience et n'a fait qu'être renforcée par ces expériences.

La prise en compte des inégalités sociales de santé tient un rôle central dans leur approche de l'EIS. Rien d'étonnant à cela, E.³⁵⁷, qui fondent la branche « Santé » chez Énergies Demain, était chargée de projet à l'INSERM, rattachée à l'IFERISS, auprès de l'équipe de Thierry Lang, grand spécialiste des inégalités sociales de santé en France. De ce passé universitaire, elle a gardé des liens avec le monde scientifique, qui se traduisent par exemple dans l'expérimentation de la grille Urban-ISS dans l'EIS Hébert, et un attachement à la bibliographie. Chez Énergies Demain aussi, la prise en compte des inégalités sociales de santé passe par la participation habitant·e, et particulièrement celles des populations vulnérables considérées comme cibles de la démarche. C'est particulièrement le cas dans l'EIS Hébert, car c'est « l'angle mort » du projet, dont l'identification a valu à l'équipe l'obtention de la mission, mais c'est aussi le cas dans les autres démarches qu'elle a mené, notamment celle d'Oloron-Sainte-Marie, terminée en 2023 sur la revitalisation du centre-bourg, et celle de Cenon, sur le programme d'amélioration de l'habitat d'une copropriété. Les ateliers participatifs, qui réunissent séparément différents types de publics, alimentent la phase d'analyse puis la phase de recommandations.

On l'a déjà mentionné avec l'expérimentation de la grille Urban-ISS : l'équipe d'Énergies Demain participe parfois à des groupements : sur l'EIS Hébert, c'est un

³⁵⁷ E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

groupement avec l'Institut Paris-Région pour l'obtention des données de santé et le portrait de territoire. Pas de spécialiste de la participation ici non plus, mais l'équipe se greffe souvent à la participation déjà existante. C'est donc sur le capital scientifique que l'équipe s'appuie pour tenter de prendre le contrôle du champ de la démarche.

Du propre aveu de E., sur les EIS, le bureau d'études perd de l'argent plus qu'il n'en gagne, et ce même si les démarches qu'il propose sont plus onéreuses que les autres. Énergies Demain est une plus grosse structure que Novascopia : 35 membres chez le premiers, huit chez le second ; elle peut donc se permettre plus facilement de mener des EIS plus onéreuses, quitte à ne pas en remporter beaucoup et à y passer du temps : le capital économique important de la structure lui permet de se maintenir dans le champ malgré l'approche qu'elle adopte qui ne semble pas favorable à celui-ci : mener des EIS longues et qu'elle considère « de qualité », plutôt que de répondre au plus d'appels d'offres possible, quitte à ne pas toujours avoir les moyens de mener les démarches à bien. Leur approche correspond donc bien à la deuxième vision de l'EIS, portée aussi par les universitaires, qui en fait une démarche complète, basée sur une analyse fine des impacts sur la santé et des inégalités sociales de santé.

Ainsi, les praticien·nes de l'EIS ont une place centrale dans la réduction des inégalités sociales de santé dans les EIS : leur rôle d'évaluateur·ices leur permet de décider quelle place accorder à la thématique pendant l'évaluation. Ils tiennent aussi une position dominante dans le champ de l'EIS : le capital « d'expérience » acquis au fur et à mesure des démarches menées leur assure une légitimité. Pourtant, la concurrence entre bureaux d'études oblige à faire des choix de méthodes, qui sont plus ou moins favorables à cette prise en compte : tous les bureaux d'études ne s'appuient pas exactement sur la même répartition des capitaux, et n'ont par conséquent pas les mêmes stratégies pour s'assurer du maintien de leur position sur un marché concurrentiel. Dans nos études de cas, Novascopia s'appuie surtout sur ce capital d'expérience qui lui permet de multiplier les démarches en les menant de façon efficace, rapide, et conforme aux financements qui leur sont accordés, quand Énergies Demain se base plutôt sur son capital scientifique, grâce à l'appui du capital économique du reste de la structure. Du point de vue de la réduction des inégalités sociales de santé à l'échelle de la

démarche en elle-même, c'est plutôt la deuxième approche qui semble permettre une meilleure prise en compte.

3. Les collectivités : commanditaire et partie prenante, l'EIS de bout en bout

Réaliser une EIS dépend en premier lieu de celles et ceux qui demandent sa réalisation : les commanditaires³⁵⁸. Leur tout premier rôle est de formuler une commande, essentiellement à travers un cahier des charges pour sélectionner un prestataire pour la mener : ce cahier des charges définit les marges de manœuvre et les invariants du projet, et les objectifs de l'EIS. C'est l'occasion de voir apparaître (ou pas) la réduction des inégalités sociales de santé. Ensuite, les commanditaires pilotent les réunions des différentes instances de l'EIS : le comité technique, qui rassemble les technicien·nes impliquée·es dans la démarche, et le comité de pilotage qui rassemblent les élu·es correspondant·es. Les comités techniques, selon les étapes, aident d'abord les évaluateur·ices à comprendre le projet évalué et le contexte social et territorial dans lequel il s'insère, aident à la formulation des recommandations, participent à la préparation du suivi, et de façon générale, préparent les comités de pilotage et la présentation de l'avancement de la démarche aux élu·es. Le rôle des comités de pilotage est surtout de valider les orientations prises : le cadrage sélectionné, l'évaluation des impacts, les recommandations formulées et les modalités de suivi de ces dernières. Les commanditaires jouent aussi le rôle de coordination des différentes parties prenantes, notamment l'équipe évaluatrice et la maîtrise d'œuvre du projet. Ce rôle de coordination, de fédération des parties prenantes est fondamental en particulier quand l'EIS dure plus longtemps que prévu³⁵⁹, comme ça a été le cas pour nos trois études de cas. Un de nos enquêtés définit le rôle du commanditaire ainsi :

358 Lire Chapitre 4. 2.2.1 Les commanditaires : page 154

359 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

« Il y a un rôle [...] d'animation du partenariat, parce [...] c'est pas juste une étude c'est vraiment un partenariat, [...] et puis ensuite il y a ce côté responsable de la mise en œuvre derrière : c'est à nous de nous assurer que ce qu'on a prévu de faire, on le fera. »³⁶⁰

En effet, les commanditaires ont aussi le rôle de s'assurer de l'application des recommandations de l'EIS après sa réalisation, souvent difficile, car toutes les recommandations ne dépendent pas des commanditaires, et même quand c'est le cas, les moyens pour assurer le suivi sont souvent un impensé de la démarche, même si les évaluateur·ices essayent souvent de l'anticiper.

P. est le directeur de projet de l'EIS Hébert à Espaces Ferroviaires au moment où nous le rencontrons. C'est avec lui que se déroulent les séances hebdomadaires de passage de la grille Urban-ISS. P. est diplômé du Master stratégies territoriales urbaines de Sciences Po, les politiques locales sont donc sa spécialité. Lors d'un échange dans un Women's College aux États-Unis, il a eu des cours sur les inégalités notamment raciales et gender studies. Il travaillait chez un aménageur public avant de rejoindre Espaces Ferroviaires, qu'il ne considère « pas vraiment comme une entreprise privée privée ». La question des inégalités sociales le touche aussi par ses convictions politiques. Il a quitté ses fonctions peu après le rendu du rapport de l'EIS.

Les objectifs et les attendus des commanditaires varient d'une EIS à l'autre. Dans nos études de cas, la volonté d'expérimenter la démarche pour y acculturer les équipes et pouvoir ensuite la reproduire ou s'en inspirer pour d'autres projets apparaît comme la volonté première à Niort, quitte à ne pas la mener sur le projet le plus pertinent, mais sur un projet un peu « facile » pour s'assurer que la démarche se déroule sans trop de heurts notamment avec le pendant exécutif : les élu·es³⁶¹. À Paris comme à Choisy-le-Roi, c'est la volonté d'améliorer un projet déjà exemplaire en matière de transition écologique. Alors que dans le premier cas, la question des inégalités sociales de santé était « un angle mort » assez évident du projet et le travail sur cette dimension était donc une attente importante des commanditaires, dans le deuxième, le projet tenait déjà partiellement compte des inégalités sociales, et les attentes précises quant à l'EIS étaient donc plus floues. Dans les trois cas, les commanditaires attendent de l'EIS qu'elle fournisse des arguments scientifiques pour appuyer

360 Entretien avec P. Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

361 Extrait de carnet de terrain, 13 juin 2020.

certain aspects du projet, pour pouvoir les défendre, de pouvoir « appuyer leurs instincts sur de la science »³⁶² : cela ressort surtout pour l'EIS Hébert, mais le thème revient pour toutes les démarches. La réduction des inégalités sociales n'apparaît donc pas toujours comme un objectif, une attente directe quant à l'EIS avant qu'elle débute, mais on peut supposer que c'est à cause d'une connaissance encore assez floue de ce que recouvre la démarche : l'acculturation progressive à l'EIS semble leur donner au fur et à mesure une meilleure compréhension des possibilités qu'elle offre, notamment celle de réduire les ISS.

Dans les commanditaires, on trouve pour les EIS menées par des collectivités, à Choisy-le-Roi et à Niort donc, à la fois des technicien·nes et des élu·es. Les premiers travaillent en lien plus étroit avec l'équipe évaluatrice et suivent la démarche de façon plus quotidienne que ne le font les seconds, qui sont consultés moins régulièrement pour valider les orientations prises par l'équipe EIS, en cohérence avec les autres politiques publiques développées sur le territoire qu'ils administrent. Parmi les technicien·nes, une personne (ou un binôme) est souvent désignée pour être l'interlocutrice privilégiée du cabinet de conseil qui mène l'EIS. Ainsi, en général, le pendant technique du commanditaire participe activement aux phases de cadrage, d'analyse et surtout de co-construction des recommandations. Dans l'étude de cas de Hébert à Paris, commanditée par une entreprise, cette distinction n'existe pas de la même manière : même si les technicien·nes parisien·nes et les élu·es sont aussi impliqués dans la démarche, leur participation n'est pas quotidienne.

Une de nos enquêtées déclare que « c'est l'élu qui va déterminer la portée politique du truc, mais si les services techniques ne sont pas impliqués, tu [ne] ne présenteras rien de pertinent en COPIL »³⁶³ : ainsi, les élu·es permettent que les recommandations soient effectives, mais les technicien·nes doivent avant cela avoir offert des recommandations suffisamment efficaces pour la réduction des ISS. Les deux pendants du commanditaire semblent ainsi aussi importants l'un que l'autre.

Nous interrogeons la place que prennent les inégalités sociales de santé dans les réflexions des commanditaires de l'EIS, sur les moyens à leur disposition pour tenter de les réduire, et de quelle manière ils orchestrent ou non cette réduction. Avant cela, les conditions premières nécessaires à la prise en compte des inégalités sociales communes à chaque catégorie d'acteur·ices seront analysées, ainsi que les spécificités de chacun·e d'entre eux.

362 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

363 Entretien avec E., Énergies Demain, 25 février 2021.

3.1 Les technicien·nes dans l'EIS : garant·es de la formulation de recommandations pertinentes ?

Les techniciens et les techniciennes font partie des services techniques des collectivités. Ce sont surtout les chargés de mission qui participent aux EIS. Ils siègent dans les comités techniques.

3.1.1 Les technicien·nes dans l'EIS : spécialistes du territoire et du projet

Les technicien·nes de la collectivité commanditaire sont les plus impliqués dans l'EIS après l'équipe évaluatrice elle-même, en particulier la personne en charge de coordonner ou de piloter la démarche. Typiquement, après avoir sélectionné un projet pour faire l'objet d'une évaluation, les technicien·nes écrivent le cahier des charges de l'EIS afin de recruter un·e prestataire·rice pour mener l'EIS –sauf si elle est menée en interne. Une fois qu'une équipe évaluatrice a été choisie, le rôle des technicien·nes est en premier lieu de l'aider à embrasser les enjeux du projet et de son territoire, en leur fournissant des documents et diagnostics déjà réalisés, en leur permettant de rencontrer des acteur·ices important·es pour comprendre la dynamique du quartier ou en leur accordant des entretiens aussi, et en leur présentant chaque aspect du projet de façon plus précise que dans le cahier des charges. Ils et elles participent ensuite au cadrage de l'EIS en suggérant ou validant des déterminants et des périmètres géographiques et populationnels de l'EIS, répondent aux interrogations de l'équipe évaluatrice, participent à la construction des recommandations, au cours des comités techniques qui préparent souvent les comités de pilotage, ou plus librement selon les besoins tout au long de l'EIS.

Selon le niveau d'implication des élu·es dans la démarche, le personnel technique doit aussi porter auprès d'eux et elles un plaidoyer pour les y intéresser, comme ça a été le cas à Niort, où les technicien·nes ont servi de relais auprès de l'exécutif pour les faire participer à l'EIS : insistance par mail, courrier, inscriptions aux agendas, arrangements avec les secrétaires...³⁶⁴ auprès de « son » élu·e ou auprès des autres : le·a pilote de l'EIS est

³⁶⁴ Entretien avec C., Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241.

particulièrement chargé·e de la mise en lien entre les évaluateur·ices et les autres acteur·ices de la démarche, peu importe si cela sort des relations hiérarchiques ordinairement établies³⁶⁵.

Au sein même des technicien·nes, il y a différents services de la collectivité qui sont impliqués dans l'évaluation. On suppose que les invité·es dans les comités de pilotage et les comités techniques des EIS reflètent la perception de la démarche des services commanditaires, en charge de l'organiser. De façon générale, les mêmes groupes sont invités aux comités techniques et aux comités de pilotage, les premiers réunissant les technicien·nes pour préparer les seconds, qui réunissent les personnes détentrices du pouvoir exécutif, élu·es comme dans les collectivités ou non. Parmi les invité·es, on compte les services techniques de la ou des collectivités concernées, et d'autres acteurs et actrices. Les services techniques présents dans les instances de gouvernance de l'EIS sont présentés dans le tableau 5.1. Les services en gras sont les services pilotes de l'EIS, qui ne sont donc pas invités, ceux en noir sont les services municipaux, ceux en italiques sont ceux des intercommunalités, ceux sans traitement ceux des communes. Les services équivalents sont présentés sur la même ligne : certains apparaissent donc plusieurs fois, car ils regroupent plusieurs compétences.

Thème	Niort	Paris	Choisy-le-Roi
Aménagement	<i>Aménagement durable du territoire et l'Habitat</i>	Direction de l'urbanisme	<i>Aménagement</i>
Santé publique	Service communal d'hygiène et de santé <i>Contrat Local de Santé</i>	Direction de l'Action Sociale, l'Enfance et de la Santé (Équipe EIS de la Ville de Paris)	Service communal d'hygiène et santé <i>Contrat Local de Santé</i>
Logement	Aménagement durable du territoire et l'Habitat	Direction du logement et de l'habitat	Logement social
Cohésion sociale	<i>Cohésion sociale et de l'insertion</i> Mission accessibilité/inclusion	Direction de l'Action Sociale, l'Enfance et de la Santé	Affaires sociales et solidarités <i>Développement social</i>

365 Joël Idt, *Le pilotage des projets d'aménagement urbain : entre technique et politique : une analyse basée sur les cas de Paris, Lille et Chartres*, These de doctorat, Paris 8, Paris, 2009, paragr. 10.

Espaces verts	Jardins et espaces naturels	Direction des espaces verts	
Voirie	Voirie, signalisation et éclairage	Direction de la voirie	
Démocratie locale, participation		Direction de la démocratie des citoyens et des Territoires.	<i>Initiative citoyennes</i>
CCAS	CCAS		CCAS
Propreté	<i>Déchets ménagers</i>		
	Propreté urbaine		
Sécurité	Sécurité et tranquillité publique		
Attractivité et emploi		Direction de l'attractivité et de l'emploi	

Tableau 5.1: Les services des collectivités participant aux instances de gouvernance de l'EIS dans nos études de cas

On constate que les services mobilisés sont souvent les mêmes, sous des noms qui varient parfois. Dans l'ensemble, on retrouve pour chacune des trois EIS les services en charge de l'urbanisme et aménagement, les services de santé, les services en charge du logement et de l'habitat, ceux qui s'occupent de la cohésion et des affaires sociales. On retrouve dans l'EIS de Niort et dans celle de Paris les services des espaces verts et la voirie, mais pas à Choisy-le-Roi. A Paris comme à Choisy-le-Roi, les services en charge de la concertation ou des approches par les habitant·es sont présents, et enfin les centres sociaux sont impliqués à Niort et à Choisy-le-Roi. Enfin, on trouve aussi des services spécifiques mobilisés en fonction des besoins de l'EIS : à Niort, les services en charge des déchets et de la propreté sont impliqués au niveau de la commune comme de l'intercommunalité. Il s'agit d'une thématique importante dans le projet d'aménagement. Le service en charge de la sécurité et la tranquillité publique est mobilisé à Niort également : la thématique est aussi abordée dans les autres démarches par d'autres biais : on peut supposer que les autres collectivités n'ont pas de services spécifiques pour le sujet.

Y. est consultant et co-fondateur de Novascopia. Il est consultant principal sur l'EIS de Niort. Il est issu d'une formation en Santé Publique et promotion de la santé et a travaillé entre autres à l'IREPS du Poitou-Charentes avant la fondation de Novascopia.

Les services mobilisés sont donc ceux qui sont concernés par le projet urbain en général, à l'exception des services de santé qui n'y participent habituellement pas sauf parfois dans des projets qui impliquent la lutte contre l'habitat indigne. On constate aussi que les services liés aux affaires sociales sont très présents, aussi par le biais des CCAS. C'est plutôt fréquent dans les projets sur des territoires en politique de la ville, comme c'est le cas pour nos études de cas, et bien moins en dehors de ceux-ci. Finalement, ce n'est pas tant sur la vision de l'EIS que cela donne des indices, mais plutôt sur celle des personnes qui doivent être impliquées dans un projet urbain, sur les personnes dont l'avis sur le projet est pertinent. D'ailleurs, dans certaines des premières EIS qui ont été menées, les comités techniques comme de pilotage de l'EIS étaient liés à ceux du projet dans son ensemble, pour éviter de multiplier les sollicitations tant les personnes conviées étaient semblables³⁶⁶. Cette pratique semble avoir été abandonnée pour laisser place à des réunions séparées.

C. est coordinatrice du CLS de la Communauté d'Agglomération du Niortais au Centre Hospitalier de Niort, et c'est l'interlocutrice principale du bureau d'études pour l'EIS de Niort. Elle connaît bien le consultant principal sur l'EIS chez Novascopia, Y., avec qui elle a travaillé à l'IREPS de Poitou Charentes. C. est issue d'une formation en promotion de la santé, et sa sensibilité aux inégalités sociales de santé est lisible dans son parcours professionnel.

Les équipes techniques contribuent directement à la prise en compte des inégalités, puisqu'elles participent au choix des populations-cibles de l'EIS, voire les proposent grâce à leur connaissance des problématiques des quartiers observés, puis elles prennent part à l'analyse des impacts et enfin, elles construisent avec l'équipe évaluatrice les recommandations de l'EIS. Le rôle de plaidoyer auprès des élu·es est essentiel également pour assurer l'application des recommandations, notamment par l'organisation d'un suivi de la démarche.

366 Entretien avec Y., Novascopia, mai 2019, lire l'encadré.

3.1.2 « Les deux ont leurs avantages et leurs inconvénients ! »³⁶⁷ : l'influence des pilotes de l'EIS

Dans une EIS, si les services d'aménagement, de santé et de renouvellement urbain des collectivités sont toujours impliqués, ce n'est pas toujours le même service qui commande et pilote l'EIS. À Choisy-le-Roi, c'est l'équipe en charge du renouvellement urbain qui commande l'EIS ; à Niort, c'est la coordinatrice du Contrat Local de Santé, rattachée à l'hôpital de Niort. Dans les deux cas, les deux services sont présents autour de la table, mais l'un ou l'autre sont les invités tandis que les autres pilotent la réunion. On y entend donc plutôt parler le service invité après la présentation du projet, tandis que la forme générale et les sujets abordés pendant la réunion sont plutôt choisis par le service pilote. Notre troisième étude de cas étant une EIS menée par un aménageur privé, il ne peut pas y avoir de service qui prédomine. Le service commanditaire influence la façon de conduire la démarche, en fonction de ces compétences.

M. est consultante chez Novascopia au moment où nous la rencontrons. Elle a participé à six EIS au moment où nous la rencontrons. Elle a une formation d'urbaniste. Elle s'intéresse particulièrement à l'aménagement durable et aux liens entre santé et environnement. Elle a été formée à l'EIS par ses collègues et avec COMODEIS dans le cadre d'une EIS. Elle a depuis quitté ses fonctions pour rejoindre un autre cabinet de consultant-es spécialisé dans l'environnement.

Pour une de nos enquêtées, M., qui a mené six EIS au moment où nous l'avons rencontrée :

« Quand c'est la direction du renouvellement urbain [qui est commanditaire de l'EIS], c'est des profils [...] qui comprennent bien les enjeux urbains, mais qui connaissent moins les enjeux de santé, alors que quand des services de santé, c'est plus facile pour parler de santé, mais par contre ils ne maîtrisent pas bien la façon de mener des projets urbains donc c'est pas plus facile. »³⁶⁸

367 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

368 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

En effet, d'après nos observations, les services de santé publique ont, logiquement, une meilleure connaissance de la promotion de la santé, des déterminants et des inégalités sociales de santé que les services d'urbanisme et d'aménagement. Ainsi, la compréhension des possibilités de l'EIS et le cadrage vers des déterminants pertinents pour réduire les impacts sur la santé du projet sont plus rapides, et dépasse la question de l'accès à des services de santé et éventuellement des thématiques de santé-environnement, comme les pollutions. Ainsi, à Niort, l'intérêt de considérer la cohésion sociale comme un déterminant de la santé apparaît dès la première réunion du comité technique³⁶⁹. La vision plus large de ce qu'est la santé dès le début, sa définition plus ouverte, le permet, même si à Choisy-le-Roi, la grande préoccupation pour le développement durable permet d'envisager déjà une gamme de déterminants assez large³⁷⁰.

Du côté des services d'aménagement, la meilleure connaissance des processus d'aménagement et de la conduite du projet permet une description plus précise de son avancée et des marges de manœuvre envisageables dans les recommandations de l'EIS.

En revanche, les deux services ont une bonne connaissance des publics vulnérables, même si cette connaissance se fait par des biais différents. Si les services d'aménagement et de renouvellement urbain les connaissent, c'est sans doute, car les projets des EIS concernées sont dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville, dans lesquels des diagnostics populationnels sont régulièrement établis.

Cette analyse a été affinée en observant les profils des individus au sein des services : à Choisy-le-Roi par exemple, la coordinatrice du CLS est issue d'une formation de géographie de la santé. Elle est donc formée à l'analyse des dimensions spatiales et territoriales des inégalités de santé, et dispose de connaissances au moins théoriques sur la façon de mener des projets à défaut d'en avoir l'expérience. Pourtant, le profil hybride de cette coordinatrice n'a pas été véritablement mis à profit puisqu'à Choisy-le-Roi, les aménageurs étaient aux commandes de la démarche plutôt que les services de santé publique. Cependant, on peut supposer qu'ailleurs, cette double casquette pourrait être mise à profit dans la réalisation des EIS.

Pour autant, toutes ces EIS ont été menées dans des quartiers prioritaires, dans des territoires avec des contrats locaux de santé qui obligent la territorialisation de la santé.

³⁶⁹ Extrait de carnet de terrain, 20 juin 2018.

³⁷⁰ Cahier des charges de l'EIS de Choisy-le-Roi, 2019.

Cependant, si les deux services se valent en tant que pilote, ils ne sont pas toujours égaux en tant qu'invitée : pour une autre enquêtée, dans des territoires qui ne sont pas en politique de la ville et où les services de santé sont plus éloignés des considérations territoriales, les services de santé sont moins aidant dans l'EIS quand ils ne sont pas pilotes et n'ont pas de connaissance préalable de la démarche EIS. Elle est alors parfois mal comprise, car elle « va à l'encontre de leurs façons de travailler » et de leur activité « très réglementée » habituelle³⁷¹.

Concernant la réduction des inégalités sociales de santé, il est difficile de conclure à partir de seulement deux cas d'études sur quel service est le plus favorable. Aucun des deux cas de figure ne semble plus favorable à la prise en compte des ISS, au moins dans le cas où les quartiers considérés sont des quartiers prioritaires de la politique de la ville. La réduction des inégalités sociales –et donc des ISS même si ce n'est pas toujours formulé de cette manière, fait partie des réflexions des services aménageurs. Leur connaissance des difficultés des populations dans les quartiers dans lesquels ils et elles travaillent compensent les faibles connaissances concernant la promotion de la santé. De la même manière, quand la coordination est confiée aux services santé/social, la réduction des inégalités est déjà au cœur des réflexions. Finalement, il semble que ce soit l'implication des deux services qui soit la plus favorable.

3.1.3 Des recommandations opérationnelles et réalistes : co-construire les recommandations avec les équipes techniques

Les commanditaires tiennent une place importante dans la formulation des recommandations et encore plus dans leur mise en application. La co-construction des recommandations avec les technicien·nes tient un rôle important dans la prise en compte effective des inégalités sociales de santé dans les EIS. En effet, pour qu'une EIS permette effectivement de réduire les inégalités sociales de santé, il faut en premier lieu que les recommandations, qui sont le produit fini de l'EIS, puissent être mises en application : des recommandations trop éloignées des réelles possibilités d'application n'ont pas d'intérêt. En

371 Entretien avec E., *Énergies Demain*, lire l'encadré page 233.

tant qu'expert·es de leur domaine et grâce à leur bonne connaissance des quartiers scrutés par l'EIS,

M. est responsable des espaces vers de la ville de Niort. Il a une formation d'urbaniste et travaillait auparavant comme directeur de projet urbain. Son parcours personnel le rend sensible à la question des inégalités sociales, en particulier dans les quartiers défavorisés.

Les recommandations des EIS menées en interne par la ville de Paris par exemple ont systématiquement des recommandations co-construites avec les technicien·nes : cela permet qu'elles soient « vraiment opérationnelles »³⁷² et donc faciles à mettre en place. Dans l'EIS Hébert, les technicien·nes aussi ont participé à la construction des recommandations, au cours d'ateliers d'experts consacrés, pendant la phase de construction des recommandations. Les recommandations issues de l'EIS sont donc réalistes et applicables.

Cette adhésion des élu·es à l'EIS permet aussi de faire sortir de l'EIS des recommandations qui leur conviennent, et qu'ils et elles seront donc en mesure de porter.

L'adhésion des technicien·nes à la démarche permet de formuler des recommandations pertinentes et intéressantes, qui iront aussi défendre la démarche auprès de leurs élu·es. Ensuite, l'adhésion des élu·es permet la mise en place effective des recommandations, que ce soit par une application directe ou en portant un plaidoyer auprès d'autres élu·es au niveau supérieur. Les commanditaires ne représentent pas un bloc uniforme, mais sont composés de plusieurs types d'acteurs et actrices : les services techniques et les élu·es pour les collectivités.

3.2 Les élu·es dans l'EIS

La réduction des inégalités sociales de santé est éminemment politique, et même si la politique ne s'arrête pas aux décisions des élu·es, en tant que responsables de la décision de mise en place des politiques publiques, leur rôle dans cette réduction ne doit pas être minimisé, dans l'EIS en particulier. La tendance française à l'universalisme y semble défavorable : réaliser que mettre en place des mesures favorables au plus grand nombre peut revenir à les mettre en place au détriment de populations plus fragiles n'est pas toujours aisé.

³⁷² Entretien avec E., Ville de Paris, SPSE, page 139.

Si aucun·e élu·es n'a répondu à nos sollicitations, notre enquête nous a tout de même permis d'échanger avec des membres de cabinet venus les représenter, ainsi qu'avec des expertes de l'EIS et des membres des comités techniques et comités de pilotage qui ont pu nous donner leurs impressions sur la place des élu·es dans l'EIS, et nous ont ainsi permis de dresser le tableau qui suit.

3.2.1 Un rôle clé dans l'EIS : faire appliquer les recommandations

Le rôle du personnel politique dans l'EIS est d'abord de valider les orientations de l'EIS, et les recommandations qui en émergent, en vérifiant leur cohérence avec le reste des politiques publiques développées sur leur territoire. Leur portage politique est indispensable à leur mise en œuvre. Il est donc nécessaire de les embarquer dans l'EIS, pour qu'ils en comprennent l'intérêt d'une part, et pour que leur implication les pousse à ne pas oublier les recommandations qu'ils ont participé à formuler ou qu'ils ont validé en comité de pilotage. C'est dans ces instances que les élu·es sont principalement mobilisé·es, ainsi parfois que pendant la phase d'enquête pendant le cadrage, comme à Niort ou à Choisy-le-Roi.

L. est chargée d'études à l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes. Elle est titulaire d'une thèse en épidémiologie appliquée à l'environnement et était initialement spécialisée sur l'environnement et la santé dans le milieu du travail. Elle a ensuite travaillé sur l'impact du traitement des déchets sur la santé. Elle a été formée à l'EIS par IMPACT dans le cadre de l'EIS de Plaine-Commune et a travaillé sur quatre EIS quand nous l'avons rencontrée, soit en tant qu'opératrice soit en tant qu'accompagnatrice sur la méthodologie.

Les élu·es peuvent être à l'origine même du développement des EIS. À Paris comme à la métropole de Bordeaux par exemple, c'est la volonté d'élues motivées par la démarche par des techniciens qui ont permis l'émergence de mesures spécifiques pour développer les EIS, à Paris sous la forme d'une équipe dédiée, à la Métropole de Bordeaux par la signature d'un accord-cadre avec un bureau d'études pour mener des EIS³⁷³. La forte adhésion des élus permet parfois la mise en œuvre rapide des recommandations. D'après une de nos

373 Lire Chapitre 4 : 3.3 Le portage de l'EIS dans les grandes métropoles et dans les zones rurales : une inégalité de moyens ? page 138.

enquêtées³⁷⁴, l'EIS du quartier des Buers à Villeurbanne à laquelle elle a participé et dont le périmètre compte un collège, recommandait la réduction de la vitesse sur le périphérique pour réduire l'exposition des collégiens à la pollution atmosphérique. Alors que l'équipe évaluatrice estimait que ce serait une des recommandations les plus difficiles à mettre à exécution, les élus de la commune s'en sont saisis et l'EIS leur a servi de plaidoyer pour aller porter la question auprès de la métropole de Lyon, et c'est une des premières recommandations de l'EIS qui a été mise en place, permettant ainsi de réduire l'impact du projet sur la santé des collégiens, qui faisaient partie des publics-cibles de l'EIS. De la même manière, à Paris, pour l'EIS des Portes du XXe dans laquelle les élu·es ont été impliqués dans les recommandations de bout en bout, une des chargées de mission qui a mené la démarche explique qu'« [elles ont] a eu un fort soutien de notre élu santé, et sur les cent recommandations qui ont été proposées, il y en a 99 qui ont été adoptées ! »³⁷⁵. La situation parisienne est évidemment exceptionnelle, car l'existence de l'équipe au sein même de la collectivité permet de tenter de convaincre les élu·es par l'intérieur.

F. est directeur territorial à la ville à Niort en charge de projet de rénovation urbaine. Il est urbaniste de formation et sensible à la question des inégalités. Avant cela il était responsable de l'action sociale au CCAS de Niort. Il a aussi été conseiller municipal de sa ville d'habitation dans une liste ancrée à gauche.

À l'inverse, un portage trop faible et une implication restreinte dans l'EIS sont nuisibles au portage des recommandations : à Niort par exemple, si les élu·es ont voté l'application des recommandations, leur application effective n'est pas garantie pour toutes : des doutes sont émis sur certains éléments, par exemple sur la création d'espaces consacrés à la réparation des véhicules pour les personnes du quartier qui n'emmènent pas leurs voitures au garage³⁷⁶. L'activité existe de fait dans le quartier, et la recommandation entend la réglementer pour réduire les nuisances environnementales qu'elle cause avec la pollution des huiles de vidange et des déchets mécaniques abandonnés ainsi que les incivilités que ces nuisances entraînent³⁷⁷. Mais accepter la mise en place d'un tel dispositif est politiquement délicat, comme pour

374 Entretien avec L., ARS ARA, lire l'encadré page 246.

375 Entretien avec E., Ville de Paris, SPSE, lire l'encadré page 139.

376 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

377 Entretien avec C., Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241.

n'importe quel dispositif normalisant des usages considérés comme nuisibles par une partie de la population.

3.2.2 Une mobilisation variable

Pour mener à bien l'EIS, l'implication des technicien·nes comme des élu·es est nécessaire d'après beaucoup de nos enquêté·es. F. nous explique par exemple que :

« À mon avis, la clé de cette démarche... Il y a deux enjeux : un c'est qu'il faut un portage politique fort [...], il faut une volonté politique, sans volonté politique on sait que c'est difficile à mettre en œuvre, deuxièmement, il faut que les techniciens s'en saisissent. »³⁷⁸

Pour certain·es, le portage politique des élus est fondamental dans les EIS, notamment pendant la phase d'application des recommandations : sans ça, même les recommandations les mieux pensées ne sauraient être efficaces puisqu'elles ne seraient pas mises en place. Pour une de nos enquêtées : « il ne faut pas oublier que dans l'EIS, ce ne sont que des recommandations. La décision ne revient pas à l'équipe EIS, mais aux élus. »³⁷⁹ Or, la mobilisation des élu·es varie d'une EIS à l'autre. De fait, les élu·es ne sont pas toujours faciles à mobiliser dans la continuité de l'EIS, à l'échelle de la durée de la démarche, mais aussi et surtout dans celle de son suivi. L'absence de continuité des équipes de l'exécutif causée par les élections successives est « un frein »³⁸⁰ à la démarche : « Le technicien, il reste la majorité du temps plus longtemps que l'exécutif, mais du coup il faut qu'il refasse le travail. »³⁸¹ Dans le cadre de l'EIS de Niort, les élu·es mobilisé·es dans le cadre de l'EIS sont nombreux·ses, mais se sont impliqués seulement à la fin de la démarche, avec 9 élu·es présent·es au comité de pilotage (baptisé groupe décisionnel dans l'EIS de Niort) de validation des recommandations, contre seulement 2 au précédent³⁸² qui validait la tenue de l'EIS. Qui plus est, une de nos enquêtées explique :

378 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

379 Entretien avec L., ORS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 246.

380 *Idem.*

381 *Idem.*

382 Extraits de carnet de terrain, 15 janvier 2020.

« On avait un élu aux espaces publics qui était plutôt convaincu, là on vient de renouveler notre conseil municipal [suite aux élections municipales au printemps 2020], donc il va y avoir à nouveau un travail à faire de sensibilisation des nouveaux élus sur cette démarche [...]. Le problème c'est qu'on a conduit cette démarche avec une équipe municipale, qu'elle est très renouvelée, et que ceux qui ont suivi ne seront pas forcément présents pour la mise en œuvre. Donc pour nous il y a un enjeu de mobilisation des élus sur le travail que l'on a fait et sur sa mise en œuvre. »³⁸³

De la même manière, à Choisy-le-Roi, s'il existait un portage politique de l'EIS initialement, la mairie a changé non seulement de maire, mais aussi de couleur politique aux élections municipales de 2020, alors que l'EIS, qui aurait dû être achevée quelques mois plus tôt, avait pris du retard à cause de la crise sanitaire. Il a donc fallu former le nouveau personnel politique arrivé à la mairie. Une des évaluatrices nous explique les modalités de cette nouvelle formation :

« Il y a eu deux présentations auprès des élus, en novembre [2020] et en janvier [2021], en gros où chaque prestataire [...] avait un quart d'heure chacun pour présenter la démarche, et les principaux résultats, une réunion de trois heures donc, l'EIS arrivait en dernier donc ça n'avait pas beaucoup d'intérêt si ce n'est leur dire qu'il y avait une démarche santé en cours [...]. Mais donc voilà, c'est un petit peu compliqué de les mobiliser et même si je pense qu'ils ont été très réceptifs quand on leur a présenté la démarche, qu'ils sont intéressés et convaincus des enjeux et de l'intérêt que ça peut avoir, est-ce qu'ils se montreront porteurs pour la suite, je n'en suis pas convaincue. »³⁸⁴

Malgré l'intérêt manifesté, les craintes de notre enquêtée se sont effectivement concrétisées, et les élus n'ont pas porté ces recommandations. Le temps nécessaire à l'installation de cette nouvelle équipe et le temps d'acculturation à l'EIS ont participé aussi à l'allongement de la durée de l'EIS, et à sa fin un peu vaporeuse, par une dernière réunion de présentation des recommandations et de remise du rapport final en comité très réduit.

L'EIS Hébert, menée par une entreprise, est particulière : il n'y a pas de personnel politique parmi les commanditaires (même si cela n'ôte pas la dimension politique des choix

383 Entretien avec F. Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

384 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

pris dans le cadre de l'EIS), le portage des recommandations est donc différent, d'autant que le commanditaire, Espaces Ferroviaires, tient particulièrement à ce que l'application des recommandations lui revienne :

« Si on veut que l'EIS serve vraiment à quelque chose, il faut que celui qui la pilote soit celui qui pourra mettre en œuvre ce qui en sortira, sinon y aura toujours une espèce de jeu de dupe... [...] On a souhaité que sur la quasi-totalité des recommandations, [Espaces Ferroviaires] soit pilote, que ce soit à nous de les mettre en œuvre, à différents degrés, de différentes façons [...] c'est à nous de nous assurer que ce qu'on a prévu de faire, on le fera »³⁸⁵.

Ainsi, le rôle des élus du 18^e arrondissement, sur lequel se trouve le projet Hébert, est moindre que dans une EIS menée par une collectivité. Ce rôle consiste surtout à valider les orientations et les recommandations du projet, d'où une présence sporadique aux comités de pilotage : seule l'élue santé du 18^e arrondissement a assisté aux comités de pilotage.

3.2.3 Calendrier électoral, mandat, arbitrages politiques et réduction des inégalités

Si, d'après une de nos enquêtées³⁸⁶ et nos observations, de façon générale, les élus s'intéressent à la question de la réduction des inégalités sociales de santé, il se joue aussi derrière leurs choix de soutenir et de mettre en place les recommandations de l'EIS des considérations politiques. En effet, l'EIS est rarement la seule étude ou le seul point de vue à prendre en considération dans les arbitrages des élus pour considérer les recommandations qui seront effectivement appliquées et celles qui seront laissées de côté. À Hébert, d'après une de nos enquêtées, « on voit bien qu'il y a un sujet qui a été édulcoré, suite à une demande politique : le sujet des populations en errance pour faire court »³⁸⁷, alors qu'une autre raconte comment, dans le suivi des recommandations, il faudra faire des arbitrages entre les recommandations de l'EIS et celles de l'étude sécurité menée en même temps, qui fait état de situations incompatibles avec une partie des recommandations de l'EIS concernant

385 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

386 Entretien avec L., ORS ARA, lire l'encadré page 246.

387 Entretien avec M.-P., Ville de Paris, direction de l'Urbanisme, lire l'encadré page 252

notamment la « promenade du faisceau », qui longe les rails à l'arrière du projet³⁸⁸. Même sans considérer l'étude de sécurité à laquelle nous n'avons pas eu accès, l'EIS recommande par exemple la mise en place de jardins partagés à cet endroit, qui aurait un impact positif sur la cohésion sociale et l'alimentation, mais relève un impact potentiel négatif de « mésusages » sur le sentiment de sécurité³⁸⁹. De la même manière, à Niort par exemple, une partie des recommandations de l'EIS entre en contradiction avec celles de la police :

« [La police] a remis en cause certains aménagements paysagers : eux ils veulent table rase pour qu'on voit bien partout. [...] Nous on est plutôt pour que les véhicules restent à l'extérieur [du quartier], et la police nationale, qu'on consulte aussi dans les aménagements, nous dit nous on souhaite rentrer avec nos véhicules [...], on souhaite pas faire les patrouilles à pied, par exemple. Et ces deux recommandations dans l'oreille d'un élu, je peux vous dire que les recommandations iront vers la sécurité plus que vers la santé »³⁹⁰.

En réalité, le choix de la sécurité est aussi une question de santé, et il s'agit ici plutôt de choisir un public à privilégier par rapport à un autre : à Hébert par exemple, la proposition de recommandations de mise en place d'équipements à destination des populations toxicomanes « en errance »³⁹¹ entre en contradiction avec la volonté de créer un espace public favorable pour les jeunes filles, puisque les premiers font peur aux deuxièmes et leur empêche donc l'accès à l'espace public :

« Au final on s'aperçoit aussi qu'on a aussi des enjeux qui sont contradictoires : quand on parle de sentiment de sécurité par exemple et notamment pour les jeunes filles... [...] Pendant les entretiens, elles nous ont fait part quand même beaucoup du sentiment

388 Voir l'annexe 5.

389 Rapport final de l'EIS Hébert, page 156.

390 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

391 Cette expression est celle mobilisée par les acteurs et actrices dans le cadre de l'EIS qui regroupe dans cette catégorie hétéroclite toutes les personnes qui vivent dans la rue, de jour ou de nuit, qu'elles aient ou non un endroit où dormir ou un emploi ou soient consommatrices de drogues. Dans le cas de l'EIS Hébert, il s'agit de populations consommatrices de drogues déplacés après l'un des démantèlement de la « colline du crack » porte de la Chapelle en mai 2021, et de populations exilées en provenance d'Afrique et d'Asie centrale, dont les campements sont aussi souvent installés et démantelés dans le Nord-Est parisien. Nous parlerons plutôt de sans-abris.

qu'elles avaient dans le quartier de croiser des personnes qui étaient sous l'emprise de la drogue, et qui... Voilà, c'est revenu de nombreuses fois. »³⁹²

M.-P. est cheffe de projet urbain à la Ville de Paris dans la Direction de l'Urbanisme. Elle est architecte de formation et a suivi un troisième cycle en urbanisme. Elle a travaillé dans le privé avant de rejoindre la Mairie de Paris. Elle est en charge du suivi du projet Hébert.

On peut pourtant s'interroger sur l'importance relative des élu·es par rapport aux technicien·nes. Alors que, pour les commanditaires de nos études de cas, le rôle des élu·es est fondamental, certaines praticiennes, qui ont participé à plus de démarches et peuvent faire des comparaisons³⁹³, nuancent le rôle des élus. Finalement, le personnel politique, s'il joue un rôle important dans les EIS notamment pour en faire appliquer les recommandations, ne s'implique qu'assez sporadiquement dans les EIS de façon générale. Cette mobilisation peu importante des élu·es semble être la norme dans les EIS, au moins pour celles qui ne sont pas menées directement par les services en interne des collectivités.

3.3 Commanditaire privé·e : plus de moyens, plus de prise en compte des inégalités sociales ?

Le commanditaire de l'EIS Hébert est une structure privée : Espaces Ferroviaires. C'était une première en France en 2019, même si c'est une tendance remarquée sur d'autres études, renforcée notamment par le recours aux AMI et appels à projets innovants³⁹⁴. Ce même commanditaire a, depuis, lancé d'autres EIS sur ses projets parisiens. Espaces Ferroviaires est certes de statut privé, mais entretient des liens très forts avec le secteur public en tant que filiale de la SNCF. Ce n'est donc pas n'importe quelle entreprise privée. Nous nous sommes interrogée sur ce que cela change du point de vue de l'EIS, comme du point de vue du projet. Nous verrons d'abord ce que le statut particulier d'un tel commanditaire change à la façon

392 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

393 Notamment L., ORS ARA, lire l'encadré page 246, E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233 et M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

394 Joël Idt et Pauline Sylvestre, « Les prestataires privés en urbanisme et aménagement face au politique », *RIURBA*, 2019, n° 8.

dont est menée l'EIS, l'influence de l'EIS sur les commanditaires, puis ce que cela change à la prise en compte des inégalités sociales de santé.

3.3.1 Plus impliqué·e qu'une collectivité n'a les moyens de l'être

Dans le cas Hébert, un commanditaire privé permet une plus grande souplesse pour l'équipe qui mène l'EIS. Les chefs de projet sont aussi plus disponibles :

« La différence qu'on voit avec Espaces Ferroviaires, c'est qu'ils ont du temps et des moyens. Ils ont une volonté de s'intéresser à toutes ces démarches, à comment on les suit dans le temps parce qu'ils ont que un projet. Une collectivité, elle a plein de projets, elle est limitée dans le temps parce qu'à un moment ça dure six ans, elles ont clairement pas le temps de... Elles sont contentes d'avoir leur EIS, une petite cerise sur le gâteau, ça permet une meilleure acceptabilité sociale du projet on va dire, tant que c'est pas instrumentalisé, mais sinon ils ont pas le temps. »³⁹⁵

Par exemple, l'équipe commanditaire a dégagé du temps toutes les semaines pour l'expérimentation de la grille Urban-ISS en phase de cadrage pour identifier au mieux les populations les plus vulnérables. Pour le bureau d'études, il s'agissait de « proposer une réponse opérationnelle à cette prise en compte et pas juste faire du plaidoyer »³⁹⁶ :

« Ça les pousse à questionner leur projet, à prendre en compte des choses auxquelles ils n'avaient pas pensé avant, à vraiment s'accoutumer à la démarche d'intégration d'enjeux de santé dans un projet urbain, et à chercher aussi à reproduire cette démarche, à la diffuser et à pas simplement l'instrumentaliser sur un projet. Il y a vraiment une recherche de... On questionne un projet, pour vraiment faire quelque chose d'encore mieux que ce qu'on avait prévu à la base. »³⁹⁷

D'après nos enquêtées, la mise en place de la grille a permis une vraie réflexivité sur le sujet des inégalités sociales de santé : les commanditaires ont réalisé qu'une partie des publics avaient été oubliés dans le projet initial, notamment les femmes, et les seniors. C. qui a accompagné l'EIS le confirme : « Le plus intéressant [...] c'est quand même la réflexivité des

395 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

396 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

397 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

acteurs. [...] ». Cette réflexivité a eu un impact conséquent sur leur façon de voir le projet. Pour notre enquêtée, un acteur privé a des enjeux différents d'une collectivité : pour elle, il peut se permettre de jouer le jeu sans en répondre à une collectivité, et dispose de marges de manœuvre plus importantes pour modifier le projet. On peut nuancer le premier point : certes, il ne pèse pas d'enjeux électoraux sur Espaces Ferroviaires, et l'acceptabilité politique des décisions prises est donc plus à distance que pour une EIS menée directement par une collectivité. Néanmoins, l'avis de la mairie du 18^e pèse lourd dans les décisions prises, notamment sur l'enjeu très politique des « populations en errance », et l'aménagement d'équipements spécifiques à destination de ces personnes est finalement abandonnée conformément à sa volonté –et celles des habitant·es interrogé·es, d'autant plus que c'est aussi un enjeu pour Espaces Ferroviaires que de se faire bien voir de la mairie de Paris³⁹⁸. Des commanditaires privés ont des budgets plus conséquents, et potentiellement extensibles, comme ça a été le cas pour l'EIS Hébert après une réévaluation à la fin de la période d'analyse, une autre forme de flexibilité plus importante qu'une collectivité. Finalement, pour elle :

« Ils [Espaces Ferroviaires] ne sont pas du tout dans l'attente de résultats, ils sont beaucoup plus dans la volonté de comprendre pourquoi on fait ça, qu'est-ce que ça a à voir avec leur projet, parce qu'ils ont du temps, du coup ils peuvent se permettre de s'acculturer, de se rendre disponibles, plus qu'une collectivité qui va avoir l'habitude d'avoir un bureau d'études avec qui ils vont faire une étude et qui va leur rendre un rapport, et ils seront satisfaits de ce rapport. »³⁹⁹

Ainsi pour elle, la disponibilité d'Espaces Ferroviaires explique cette différence de fonctionnement. On peut supposer en effet que son personnel n'est mobilisé que par la conduite du projet, à défaut de l'être par la conduite de l'EIS uniquement, alors que dans une collectivité, les projets sont multiples : à Niort, la pilote de l'EIS est aussi coordinatrice du CLS et de l'Atelier Santé-Ville⁴⁰⁰, à Choisy-le-Roi le chargé de mission et le chef de projet ont aussi d'autres missions sur le territoire de Grand-Orly-Seine-Bièvre⁴⁰¹. Cette multitude de missions empêche l'implication active des commanditaires dans l'EIS : iels confient alors la

398 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

399 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

400 Lire l'encadré C., Centre Hospitalier de Niort, page 241.

401 Lire les encadrés L. et S., respectivement pages 400 et 285.

réalisation de l'étude à un prestataire, puis attendent alors passivement que l'étude se fasse et se satisfont du résultat final. Évidemment, c'est une vision caricaturale, car les commanditaires sont obligés de s'impliquer dans l'EIS pour la rendre intéressante, et de s'acculturer à la question de la santé. Néanmoins, si on devait compter les heures consacrées à l'EIS chez Espaces Ferroviaires et dans nos autres études de cas, il y a fort à gagner qu'elles seraient bien plus nombreuses chez le premier, même en prenant en compte le fait que les .

C. est chargée d'études territoriales (Qualité de vie, rénovation énergétique et mobilité) chez Énergies Demain au moment où nous la rencontrons, et a travaillé sur l'EIS Hébert. C'était la première à laquelle elle participait, et son premier emploi après son diplôme. Elle est titulaire d'un master de géographie spécialisé dans l'environnement et la santé. Au cours de sa formation, elle a été initiée aux EIS par Muriel Dubreuil, qui avait participé côté ORS-IDF à l'EIS de Plaine Commune, pendant deux fois quatre heures. Elle a aussi suivi le MOOC du CCNPPS sur l'EIS. Elle a depuis quitté ses fonctions.

La plus grande liberté politique de commanditaires qui dépendent moins d'une collectivité leur donne une autonomie vis-à-vis des enjeux du projet. Dans notre cas, il est nécessaire pour ce commanditaire privé d'avoir une politique d'affichage favorable par rapport aux questions portées par le service santé-environnement de la ville de Paris, et pour cela, mener une EIS aux objectifs ambitieux est une très bonne stratégie. Selon le directeur du projet Hébert, pour une entreprise privée, mener une EIS est « un moyen pas cher de s'acheter une conscience » auprès de la collectivité avec laquelle il est obligé de travailler en bonne entente⁴⁰². Ainsi, le capital économique d'un commanditaire privé plus important qu'un commanditaire public lui permet de se positionner dans le champ de l'EIS, et s'intéresser à la question des ISS lui permet d'augmenter son capital social en maintenant ou en créant de bonnes relations avec la ville de Paris. Pour E.⁴⁰³, la différence entre travailler avec un aménageur [privé] et avec une collectivité, est remarquable, et il y a à gagner à travailler avec des aménageurs « sans que les collectivités lâchent le truc » et se désintéressent de l'EIS.

402 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

403 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

3.3.2 Une acculturation couronnée de succès : l'intégration des leçons de l'EIS dans les pratiques de l'entreprise

La tenue de l'EIS sur le projet Hébert a changé les pratiques d'Espaces Ferroviaires. On l'a dit, la démarche a été systématisée sur ses opérations parisiennes (deux autres EIS ont été lancées en 2021 et 2022⁴⁰⁴, dont une avec la même équipe évaluatrice), et la réflexion est ouverte pour la mettre en place aussi dans d'autres grandes villes, grâce aux outils développés pour l'occasion⁴⁰⁵. L'enquêtrice, responsable développement durable et innovation à Espaces Ferroviaires, qui développe donc une vision stratégique, explique que la santé a été inscrite dans les choses à observer dans le volet diagnostic des futurs projets urbains et que la nécessité d'avoir une compétence santé (au même titre qu'une compétence environnement) a été ajoutée aussi dans la sélection de la maîtrise d'œuvre des projets par le biais du processus de management environnemental défini dans le cadre de la certification ISO 14001 de l'entreprise. Elle précise aussi que de nouveaux métiers doivent être associés dans la conception des projets urbains, notamment une « approche sociologique et anthropologique », des personnes compétentes sur les « questions de genre », « la santé », et elle évoque aussi la nécessité d'avoir une meilleure analyse des données urbaines pour avoir une meilleure compréhension des territoires, une vision plus globale de ce dernier, sur l'emploi, l'économie, les populations vulnérables, le tissu associatif, les projets autour, en somme un « diagnostic social ». Ces compétences sont à associer dans les équipes directement ou sous forme de partenariat. On peut donc considérer que l'acculturation d'Espaces Ferroviaires à la question de la santé s'est faite de façon très efficace et a permis une appropriation marquée de la démarche et de ses leçons, et a permis des changements durables puisque désormais inscrits dans les pratiques de l'entreprise et déjà reproduits sur d'autres opérations. La tenue de l'EIS sur le projet Hébert a donc changé des pratiques d'Espaces Ferroviaires.

C. est cheffe de projet urbain au sein d'Espaces Ferroviaires, en charge du projet Hébert. Elle rejoint l'EIS en cours de route. Elle est sociologue de formation et titulaire d'un master en urbanisme et transports. Elle a travaillé d'abord sur le développement local et la rénovation urbaine en Seine-Saint-Denis, en particulier sur la santé mentale et l'insalubrité

404 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

405 Entretien avec N., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 257

avant de rejoindre Espaces Ferroviaires. Elle est par ailleurs militante féministe, et sensibilisée par sa formation et son parcours à la lutte contre les inégalités.

N. est responsable développement durable et innovation au sein d'Espaces Ferroviaires. C'est elle qui est à l'initiative de l'EIS Hébert. Elle est diplômée en biologie puis en écologie agricole internationale et développement durable, notamment sur la sécurité alimentaire. Avant de rejoindre Espaces Ferroviaires, elle a travaillé dans l'éducation populaire puis dans des bureaux d'études de conseil en développement durable dans l'urbanisme et l'immobilier. Son parcours personnel la rend particulièrement sensible à la réduction des inégalités.

3.3.3 Un projet réinterrogé au regard des inégalités sociales de santé

On s'attendrait volontiers à ce qu'un commanditaire privé ne se préoccupe pas des inégalités sociales de santé. Après tout, ce n'est pas son domaine d'action contrairement aux pouvoirs publics. Pourtant, la prise en compte des ISS dans l'EIS Hébert est importante, avec des commanditaires plus prêts à se mouiller que la mairie d'arrondissement. On peut supposer que c'est parce qu'ils subissent une moindre pression à répondre aux attentes des citoyen·nes.

Ainsi, le bilan du point de vue de la prise en compte des ISS, deux ans après la fin de l'étude, est plutôt positif : les recommandations sont en train d'être intégrées aux fiches de lot et dans un outil de suivi, les publics-cibles identifiés sont pertinents. Ce bilan est à nuancer au regard de la particularité d'Espaces Ferroviaires par rapport à d'autres aménageurs : s'il s'agit bien d'une entreprise privée, c'est aussi une filiale de la SNCF, donc d'une entreprise publique. En ce sens, Espaces Ferroviaires est plus proche des valeurs du secteur public que d'autres aménageurs, plus libéraux : le fait qu'elle soit la première entreprise à commanditer une EIS en France en atteste d'ailleurs sans doute. Ainsi, il n'est pas dit qu'une autre entreprise se lance dans la démarche, et que, le cas échéant, l'attention portée aux inégalités sociales de santé soit la même. En effet, cela ne fait pas partie des missions d'entreprises privées que de tenter de les réduire, comme le remarque un de nos enquêtés pour parler d'une autre EIS menée sur un grand projet par une collectivité qui n'est pas maître d'ouvrage sur

l'ensemble des opérations : pour les autres opérateurs, la santé est « un argument marketing » et ils ne se sentent pas concernés « du tout » par la réduction des ISS⁴⁰⁶.

P. est sociologue au sein de son propre cabinet de conseil, PB Conseil. Il se préoccupait d'environnement et notamment de la gestion de l'eau avant de s'intéresser aux EIS. Il a participé à la création du contenu de la formation COMODEIS, et donne les formations depuis. Il a participé à plusieurs EIS, et a suivi la formation EIS de l'EHESP.

Pour l'EIS Hébert, le travail sur la réduction des inégalités est passé par l'utilisation d'une grille d'identification des publics-cibles lors de la phase de cadrage, la grille Urban-ISS développée dans le cadre d'un programme de recherche de l'IFERISS⁴⁰⁷ à Toulouse⁴⁰⁸, assistée par l'agence d'urbanisme de la métropole, l'AURba. Cet outil, conçu pour être mis en place en phase de sélection, permet d'identifier l'opportunité de mener l'EIS, mais aussi (et surtout) si le projet observé représente un risque d'aggravation des inégalités sociales de santé. Finalement, la grille a permis de classer les déterminants de la santé selon leur importance pour la réduction des inégalités sociales de santé, et les populations les plus impactées par le projet. Cette grille devait permettre de faire de « l'étude des inégalités sociales de santé [...] le fil conducteur de cette EIS tout au long de ses phases »⁴⁰⁹. Concrètement, l'expérimentation de la grille a consisté en des points hebdomadaires d'une heure en moyenne entre l'équipe évaluatrice et les commanditaires, qui y ont donc consacré un temps considérable. L'objectif était de « proposer une réponse opérationnelle à cette prise en compte et pas juste faire du plaidoyer. »⁴¹⁰ Pour l'opérateur :

« C'est quelque chose qu'on avait un peu en tête [la répartition inégale des impacts], [...] sans que ce soit très opérationnel dans mon métier d'aménageur, [...], mais le faire de

406 Entretien avec P., PB Conseil, lire l'encadré page 258.

407 Institut Fédératif d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société.

408 Geneviève Bretagne, Jeanne Blanc-Février et Thierry Lang, « Tackling social inequalities in health: acceptability and feasibility of a systematic approach toward health impact assessment of urban projects », *Global Health Promotion*, 1 juin 2022, vol. 29, n° 2, p. 5-13.

409 Note de cadrage de l'EIS Hébert, Énergies Demain, mai 2020.

410 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

façon aussi méthodique, ça l'objectivise un peu, ça le met par écrit, ça le rend un peu plus concret et ça permet après d'essayer de le traiter. »⁴¹¹

Il semble donc exister un réel intérêt pour la réduction des inégalités sociales de santé chez Espaces Ferroviaires, avec une équipe qui y consacre du temps et des moyens.

La **grille Urban-ISS** consiste en 22 questions sur les déterminants de santé, par exemple « Quel impact le projet peut-il avoir sur l'isolement social ? » divisées en huit thématiques, par exemple l'espace public ou les comportements individuels. Pour chaque question, une note de -2 à 2 est attribuée pour chaque type de population, caractérisée selon leur niveau de revenus : population aisée, population moyenne supérieure, population moyenne inférieure, populations modestes ; ou selon d'autres caractéristiques liées à l'âge, au genre, ou au handicap : Femmes, petite enfance, PMR. Les réponses sont entrées dans un tableur Excel qui détermine automatiquement s'il y a une opportunité ou non de mener une EIS en fonction du nombre de points obtenus, et si le projet a un impact sur les inégalités sociales de santé, en présentant un compte-rendu sur l'impact du projet sur le gradient social. Dans notre étude de cas, comme l'équipe évaluatrice n'a pas participé à l'étape de sélection, la grille a été adaptée pour identifier les publics les plus impactés par le projet et définir ces impacts en phase de cadrage pour réajuster le cadrage thématique issu de l'analyse préliminaire et orienter et prioriser l'analyse par la suite en fonction des « angles morts » identifiés ainsi. La grille a ensuite été réutilisée lors des ateliers pendant la phase d'analyse et celles de recommandations.

Il semble donc qu'il existe une place pour les entreprises privées dans la réalisation des EIS, grâce d'une part à leur maîtrise de bout en bout de l'opération, c'est-à-dire dans la sélection des projets, dans le déroulement puis dans le suivi de la démarche, mais aussi, car ces dernières ont les moyens financiers et humains de mener des démarches de qualité du point de vue de la méthodologie appliquée comme de la prise en compte des inégalités sociales de santé. Certain·es spécialistes de l'EIS appellent de leur vœu la prise en charge de l'EIS par l'aménageur plutôt que par la collectivité :

411 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

« Pourquoi ne pas faire valoir une EIS, au démarrage, avec l'aménageur, avec [...] tous ceux qui sont impliqués sur un projet urbain, et de la même manière qu'on va faire appel à un paysagiste ou à une personne spécialisée pour telle ou telle partie du projet urbain, on fait appel à un opérateur pour mener une EIS ? »⁴¹²

Pour ce faire, d'après notre enquêtée, il suffirait d'inscrire dans le cahier des charges au moment de la recherche de l'aménageur la nécessité de réaliser une EIS. Cela permettrait à la fois de partager le coût de l'opération, mais aussi d'en faciliter le suivi, puisque l'aménageur « va suivre l'évolution de son projet, pendant toute la durée de l'aménagement et souvent un projet d'aménagement ça dure longtemps, donc ça permet pendant dix ans de suivre le truc. »⁴¹³ Dans les collectivités, l'alternance politique fait que le personnel exécutif change régulièrement, ou les personnes en charge du suivi s'en vont, ce qui limite les possibilités d'un suivi efficace.

Qui plus est, le fait d'en être commanditaire oblige à manifester un minimum d'intérêt pour le sujet : faire appliquer les recommandations de l'EIS, qui ne sont pas prescriptives, à l'aménageur est une difficulté pour les collectivités quand le rapport de force ne leur est pas favorable. Cependant, cette étude de cas n'est pas généralisable : Espaces Ferroviaires est une entreprise qui, par ses liens très forts avec le secteur public, s'investit dans des missions « d'intérêt général »⁴¹⁴, ce qui ne sera pas nécessairement le cas de n'importe quelle entreprise privée. Comme le fait remarquer un de nos enquêtés chez Espaces Ferroviaires, en distinguant d'ailleurs son entreprise d'une entreprise privée : « un privé, il fera au plus ce que la ville lui demande sur [la réduction des inégalités] »⁴¹⁵. Pour autant, on peut supposer qu'une entreprise volontaire pour mener une EIS, donc de bonne volonté, le fera peut-être de la même façon que les commanditaires de l'EIS Hébert.

Les commanditaires sont donc impliqués·es activement à toutes les étapes de l'EIS, de la description du projet au choix des publics-cibles, jusqu'à la formulation des recommandations et leur mise en application. Leur place est donc centrale dans le champ, ce qui semble favorable à la réduction des inégalités sociales de santé : la réduction des inégalités fait en

412 Entretien avec L., ORS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 246.

413 *Idem*.

414 Entretien avec N., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 257.

415 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

théorie partie des objectifs des services publics. Pour les commanditaires privés, on peut supposer que leurs moyens plus importants et leur bonne volonté, tant que l'EIS reste volontaire, permettront aussi d'aboutir à des démarches qui prennent en compte les inégalités.

Nous n'avons pas complètement fait le tour des personnes qui participent aux EIS : en plus des trois rôles de régulateur·ice, de commanditaire et de praticien·nes, d'autres catégories contribuent à la co-construction de la démarche : d'autres parties prenantes, dans les collectivités ou autour du territoire du projet y sont impliquées aussi.

4. Les invité·es aux instances de gouvernance de l'EIS, reflets de la perception de la santé et de la démarche EIS ?

En dehors des commanditaires, des praticiennes et des régulateur·ices de l'EIS, il existe des participant·es à l'EIS sans rôle aussi défini, mais qui s'y impliquent de diverses façons, en participant aux comités techniques, en répondant aux enquêtes menées par les opérateurs pour comprendre les attentes des usagers, en facilitant le contact vers d'autres participant·es éventuel·les. Nous les désignerons ici comme les parties prenantes⁴¹⁶ de l'EIS : cela inclut notamment les habitant·e investi·es ou non par les conseils citoyens et autres instances de démocratie locale, des professionnel·les du quartier, comme les enseignant·es des écoles ou leurs élèves, les policiers, ou les commerçants, et les populations usagères du quartier, éventuellement la maîtrise d'ouvrage du futur projet urbain le cas échéant. Ces parties

416 Le terme de « partie prenante » est emprunté à la théorie des *stakeholders* développée dans les années 1980 dans le champ des théories du management organisationnel et des *business ethics*. Il désigne tout groupe ou individu pouvant affecter le projet ou être affecté par celui-ci : il désigne donc aussi, à la différence d'acteur ou actrice, celles et ceux qui peuvent être affecté·es par le projet sans pouvoir l'affecter (Laurent Viel, *La légitimité des parties prenantes dans l'aménagement des villes. Éthique de la conduite des projets urbains*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, 2017, p. 10.). Les praticien·nes, régulateur·ices et commanditaires sont donc aussi des parties prenantes de l'EIS, mais nous nous intéressons ici aux groupes qui n'entrent dans aucune de ces catégories.

prenantes, si elles ont un rôle moins précis que les autres parties prenantes participent néanmoins à la définition de la couleur que prend l'EIS, notamment pour ce qui est de la réduction des inégalités, et cela à deux égards : d'une part, en tant qu'expert·es du quartier ou du lieu observé, elles peuvent porter des enjeux variés, notamment sur des points précis qui permettent d'y améliorer la vie ; et d'autre part, les institutions sélectionnées pour participer à l'EIS traduisent la vision de la démarche et les objectifs de celles et ceux qui la pilotent. Nous nous pencherons sur le rôle tenu par cette diversité de parties prenantes, et sur leur influence éventuelle sur la réduction des inégalités sociales ou au moins leur prise en compte, en observant d'abord celles qui sont invitées à participer aux instances de gouvernance de l'EIS, puis celles qui ne le sont pas avant de nous pencher plus spécifiquement sur la participation habitante au sein de l'EIS et sur l'absence quasi totale de pouvoir détenu par les habitant·es malgré l'affichage démocratique et équitable de la démarche.

Les autres parties prenantes de l'EIS sont les personnes concernées par le projet que l'EIS examine, qu'elles aient la capacité de l'affecter ou non. Selon les démarches, ces parties prenantes changent. Nous nous pencherons d'abord sur les invités des comités de pilotage et des comités techniques, puis sur les parties prenantes qui n'y sont pas conviées et ont donc moins de pouvoir dans la façon de se dérouler de l'EIS. En revanche, les personnes invitées à participer sans faire partie des acteurs et actrices habituelles du projet urbain sont plus intéressantes.

4.1 Les autres invité·es des instances de gouvernance de l'EIS, entre volonté d'exhaustivité et reflet de la perception de la démarche

Pour l'EIS Hébert, on compte dans les parties prenantes invitées l'École Normale Sociale (ENS)⁴¹⁷, dont les locaux doivent être relocalisés dans le futur quartier, qui siège par ailleurs au comité de pilotage en tant que représentante des habitant·es, et la maîtrise d'ouvrage du futur quartier. À Niort, les parties prenantes sont la police municipale et nationale, représentée au comité de pilotage par la préfecture, le bailleur social des immeubles du quartier objet de

417 Lire l'encadré de X., École Normale Sociale, page 265.

l'EIS, Deux-Sèvres Habitat, et des représentantes du conseil citoyen⁴¹⁸, qui ne sont pas conviés aux comités de pilotage. À Choisy-le-Roi, les parties prenantes comptent le bailleur social et le réseau des médiathèques qui ne participent pas non plus aux comités de pilotage.

Des acteur·ices habituel·les dans les projets urbains

Les bailleurs sociaux et la maîtrise d'œuvre urbaine sont des acteur·ices que l'on s'attend à voir dans l'EIS, car ils sont directement liés au projet urbain. À Niort comme à Choisy-le-Roi, les bailleurs doivent mener des réhabilitations dans leurs immeubles en parallèle du projet de renouvellement urbain par exemple. Les décisions d'organisation de l'espace des uns ou des autres jouent un rôle sur les autres : à Niort par exemple, où la problématique du traitement des déchets joue un rôle important, le bailleur social ne souhaitait pas mettre en place les équipements nécessaires pour que le tri sélectif se fasse dans les immeubles malgré l'idée émise au début de l'EIS de le sortir de la voie publique⁴¹⁹, et la démarche a dû prendre en compte cette décision et a abouti à des recommandations sur les bacs de tri⁴²⁰. La présence de la maîtrise d'ouvrage du projet semble évidente aussi : c'est leur projet que l'EIS scrute et qui devra être repensé au regard des recommandations de l'EIS. De plus, ces deux catégories de parties prenantes font partie de celles qui sont souvent invitées dans les autres instances du projet urbain.

Des parties prenantes plus inattendues : les invitations élargies dans les comités techniques

Ce sont plutôt les autres parties prenantes invitées qui sont peut-être plus révélatrices de la vision de l'EIS. À Hébert, l'invitée est l'ENS, qui doit faire directement partie du quartier lorsqu'il sera réalisé. L'ENS tient aussi un rôle important dans l'EIS en dehors même de ces instances : elle a été mise « au cœur du projet » par la maîtrise d'œuvre, et elle doit donc tenir un rôle dans la mise en application des recommandations de la démarche. L'ENS est pilote pour trois d'entre elles et partenaires pour douze autres⁴²¹. C'est aussi grâce à l'ENS qu'ont été recruté·es les jeunes pour les ateliers de concertation. Sa place au sein des instances de

418 Lire l'encadré « Conseil citoyen », page 264.

419 Entretien avec F., ville de Niort, lire l'encadré page 247.

420 Rapport de l'EIS de Niort, Novascopia, 2020, page 47.

421 Rapport de l'EIS Hébert, Énergies Demain, 2021, pages 182 à 217.

décision de l'EIS est donc assez logique, mais aussi révélatrice de la vision de l'EIS comme une entreprise partenariale. Pour autant, l'administrateur de l'ENS est aussi invité en qualité d'habitant du quartier, dans lequel il réside effectivement. C'est prendre un raccourci que de faire ainsi cumuler les fonctions en une seule personne, d'autant plus que cet administrateur n'est pas représentatif des habitant·es ni du point de vue démocratique, car il n'a pas été élu, ni du point de vue sociologique, car son profil n'est pas celui des habitant·es du quartier (plus diplômé, plus âgé, non issu de l'immigration).

Les **conseils citoyens** sont obligatoires dans les quartiers prioritaires depuis 2014⁴²² et mis en place surtout depuis 2016 pour favoriser la participation des habitants des quartiers prioritaires. Le rapport Bacqué-Mechmache dont ils s'inspirent recommandait plutôt de s'appuyer sur la création à l'initiative des habitant·es de « table de quartier »⁴²³. Le conseil citoyen est composé d'un collège « représentants des associations et acteurs locaux », engagé volontairement, et d'un collège « habitants », qui sont tiré·es au sort. Au moment de leur mise en place, les conseils citoyens doivent constituer une « révolution démocratique »⁴²⁴ et permettre de renouveler le public de la participation dans les quartiers populaires en particulier. Le cadre de référence dit en effet que « la composition du conseil citoyen doit permettre la représentation de la population des habitants du quartier dans toutes ses composantes, y compris les résidents non communautaires, et en particulier les personnes et les collectifs les plus éloignés des instances de concertation classiques »⁴²⁵. Les conseils citoyens doivent « favoriser l'expression de celles et ceux qui vivent les QPV », « co-construire les contrats de villes », et « soutenir les initiatives citoyennes »⁴²⁶, en somme, permettre aux habitant·es des QPV de s'impliquer dans la gouvernance des projets concernant leur quartier.

422 Loi de programmation pour la ville et la cohésion sociale dite « loi Lamy », 21 février 2021.

423 Agence Nationale de la Cohésion des Territoires, « Les conseils citoyens. Vade-mecum pour l' élu local ».

424 Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), « Les conseils citoyens : une révolution démocratique », octobre 2016, p. 4. En ligne : <https://web.archive.org/web/20170521103427/http://www.cget.gouv.fr/ressources/publications/en-bref-27-les-conseils-citoyens-une-revolution-democratique> [accès le 16 avril 2023].

425 Ministère du Droit des Femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, *Conseils Citoyens. Cadre de référence*, juillet 2014, page 5. En ligne : <https://web.archive.org/web/20151010230603/http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/cadre-de-referance-conseils-citoyens.pdf> [accès le 18 mars 2023].

426 Agence Nationale de la Cohésion des Territoires, « Les conseils citoyens. Vade-mecum pour l' élu local », art cit.

À Niort, les invité·es sont des représentantes du conseil citoyen, qui doivent représenter les habitant·es du quartier. Elles sont conviées au comité technique et peuvent donc donner leur avis sur les propositions qui seront ensuite présentées au groupe décisionnaire, mais n'ont pas elles-mêmes de pouvoir de décision. La présence de la police municipale et la police nationale est plus inattendue encore. Cela traduit peut-être la volonté d'exhaustivité d'invitations parmi les parties prenantes de l'EIS. Pour autant, on peut s'interroger sur la nécessité d'une telle invitation : la police n'a pas de compétences en urbanisme, ni sur les inégalités sociales ou sur la santé. On peut concéder à la police municipale une connaissance du quartier, mais la présence de la police nationale dans les instances décisionnaires de l'EIS semble superflue, car le quartier est plutôt calme⁴²⁷. D'autant plus que les propositions faites semblent appauvrir le projet du point de vue de la santé plutôt que l'enrichir, notamment concernant les espaces verts. Un de nos enquêtés raconte : « [La police] a remis en cause certains aménagements paysagers : eux ils veulent table rase pour qu'on voie bien partout. »⁴²⁸ Cette demande, qui semble un peu excessive dans un quartier plutôt calme, traduit donc sans doute une volonté politique émise par une mairie de droite.

Enfin à Choisy-le-Roi, la partie prenante invitée aux COTECH (mais pas au COPIL) de l'EIS est le réseau des médiathèques. Une fois de plus, cela semble traduire une volonté d'exhaustivité dans les personnes invitées, et peut-être celle de représenter une partie des publics-cibles, les jeunes et les enfants, qui sont les plus concerné·es par les médiathèques. En réalité, le réseau des médiathèques n'a pas participé à l'évaluation en dehors des ateliers de participation, car l'EIS est allée de difficulté en difficulté à cause de la crise sanitaire et des élections législatives, et que les réunions des instances de décision de l'EIS ne sont pas toutes tenues comme prévues.

X. est secrétaire bénévole de l'ENS et participe à l'EIS Hébert dans les comités techniques. Il est professeur de mathématiques à la retraite et a été syndicaliste toute sa vie. Il a donc une sensibilité personnelle à la question des inégalités. L'École Normale Sociale (ENS) forme de futur·es assistant·es sociaux·les, et abrite aussi un centre social qui mène par exemple des activités d'aide à la parentalité, d'aide linguistique, accueille des clubs de

427 D'après une de nos enquêtées, C. (Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241), s'il semble bien exister un sentiment d'insécurité ressenti par les habitant·es du quartier, les chiffres en revanche montrent qu'elle n'est pas effective.

428 Entretien avec F., ville de Niort, lire l'encadré page 247.

femmes, une ludothèque, un pôle numérique, des écrivains publics. Les étudiant·es de l'ENS participent à la vie du centre social.

Ainsi, les parties prenantes qui participent aux instances de gouvernance de l'EIS sans faire partie des services techniques des villes semblent révélatrices, dans une certaine mesure, de la perception de la démarche des régulateur·ices de la démarche. La volonté d'étendre la plus large invitation possible tend à montrer la volonté d'associer le plus d'acteur·ices concerné·es possible pour s'assurer de la représentation de la pluralité des points de vue dans la démarche, et témoigne peut-être d'une transition engagée vers une vision de la santé comme holistique. On pourrait supposer que l'association (ou non) de représentant·es des habitant·es est un témoin de la démocratie, et de la prise en compte des ISS dans chacune des démarches. Nous verrons comment ce constat est à nuancer.

5. Les habitant·es dans l'EIS : une participation symbolique plutôt qu'effective

Le lecteur ou la lectrice aura sans doute remarqué que les habitant·es n'apparaissent qu'assez peu dans les EIS que nous avons observées, et cela même si c'est beaucoup sur la participation habitante que comptent les opérateurs des EIS pour prendre en compte les ISS⁴²⁹. La participation est mobilisée dans les EIS intermédiaires et complètes pour garantir la prise en compte des ISS, en invoquant le principe de démocratie, central dans les EIS, et dans une certaine mesure celle de justice sociale, liée à l'*empowerment* de la communauté. De façon générale, dans les projets urbains, la participation des populations est difficile, et fonctionne rarement correctement. Baser toute la prise en compte des ISS dessus semble donc déjà une stratégie déficiente. Nous l'étudierons en gardant ce fait en tête. Il est difficile de discerner à partir des rapports seuls si la participation est utilisée comme un véritable outil d'*empowerment* des communautés, qui permet donc de réduire efficacement les ISS, ou s'il

429 Lire Chapitre 4. 3.4 Participation citoyenne page 178.

s'agit au contraire de poudre aux yeux, qui, sous couvert de donner l'opportunité de s'exprimer à quelques-uns, limite la prise en compte des besoins des plus en difficultés. C'est pourquoi nous observerons comment les dispositifs participatifs sont déployés dans nos trois études de cas. La participation des habitant·es varie dans nos cas d'études, mais nous verrons comment, de façon générale, elle est réduite à une participation symbolique plutôt qu'une délégation effective de pouvoir, ne laissant aux habitant·es aucun pouvoir dans le champ de l'EIS.

5.1 En dehors des instances officielles de l'EIS, les publics-cibles de l'EIS représentés sans pouvoir de décision

En dehors des parties prenantes conviées dans les instances de décision de l'EIS, les autres acteur·ices du quartier sont convié·es à donner leur avis, à l'enrichir à partir de leurs expertises sans pour autant y prendre de décisions. Si on reprend l'échelle de la participation de Sherry Arnstein⁴³⁰, ces parties prenantes sont cantonnées à la consultation, dans une coopération symbolique plutôt que dans une participation effective, un véritable pouvoir dans la décision prise.

À Hébert, parmi les groupes qui participent à l'EIS sans être invités à participer à ces instances de gouvernance, on compte plusieurs associations de prévention pour les usagers de drogues qui ont participé soit à un atelier au cours d'un « atelier acteurs intervenant auprès des populations précaires en errance » en phase d'analyse, soit d'un « atelier associations de co-construction des recommandations » en phase de recommandations. Ces associations auraient pu être directement concernées par le projet si l'ambition acquise au cours de l'EIS de faire du quartier un lieu accueillant y compris pour les « populations en errance » et « usagères de drogues »⁴³¹ avait été soutenue plutôt qu'amenuisée par le pendant politique des instances de gouvernance de l'EIS. Finalement, en l'absence de recommandations spécifiques ou de logement social à destination de ces populations comme cela avait été envisagé à un

430 S.R. Arnstein, « A Ladder Of Citizen Participation », art cit.

431 Extrait de carnet de terrain, 5 mars 2020.

moment⁴³², la possibilité d'une participation active de ces associations, en portant des recommandations par exemple, disparaît, et leur participation à titre de consultation seulement n'est pas tellement surprenante. L'autre groupe participant à l'EIS sans être invité à participer à ces instances décisionnaires est celui des habitant·es du quartier notamment les jeunes. En phase d'analyse, un premier atelier rassemble quatre jeunes hommes de 18 à 26 ans pour une visite du quartier⁴³³ guidée par les jeunes, puis un temps d'échange. Le deuxième, en non-mixité sans garçons, compte sept participantes « entre 9 et 13 ans »⁴³⁴, recrutées par l'intermédiaire du centre social⁴³⁵. Enfin, un atelier « grand public » avec les habitant·es a lieu également en distanciel pendant la phase de recommandations. La particularité de l'EIS Hébert est qu'elle a lieu sur un espace encore non construit, où il n'y a donc pas d'habitant·es à interroger directement.

C. est chargé de mission au cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris, chargé de la politique de la ville, de la vie associative, du handicap et des centres sociaux quand l'EIS commence, et de la politique de la ville, des grands projets urbains, de la concertation et des centres sociaux après les élections de mai 2020. Il participe aux COTECH et COPIL de l'EIS Hébert. Il a un parcours de juriste et Sciences Po. Il n'a pas été convaincu de l'intérêt de l'EIS.

L'atelier jeunes en non-mixité sans garçons est organisé pour compenser la non-mixité de fait sans jeunes filles du premier. Il compte sept participantes « entre 9 et 13 ans »⁴³⁶, recrutées par l'intermédiaire du centre social. Le premier temps de l'atelier a lieu en salle à l'ENS avec les jeunes filles. Le deuxième temps consiste en une promenade entre la salle et la place Hébert⁴³⁷. Pendant l'atelier, les jeunes filles parlent des espaces qu'elles fréquentent et ceux qu'elles ne fréquentent pas, des difficultés avec les garçons, que cela concerne le partage des espaces publics du quartier, où elles se sentent la plupart du temps ni bienvenues ni à l'aise voire pas en sécurité, ou les relations en général et les normes sociales qu'ils contribuent à

432 Entretien avec C., cabinet du maire du 18^e arrondissement, lire l'encadré page 268.

433 Compte-rendu de l'atelier jeunesse, 19 janvier 2020.

434 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

435 Pour plus de détails, lire l'encadré « atelier jeunes en non-mixité sans garçons » page 268.

436 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

437 Voir la carte de situation : figure 19 page 201 ; et l'annexe 5.

faire peser sur elles pour qu'elles restent à leur place. Elles expriment aussi leur volonté d'avoir des endroits où elles peuvent se retrouver « entre filles », pour l'instant, la laverie.

De la même manière, à Niort, plusieurs associations locales ainsi que les centres sociaux aux alentours du quartier participent à un « atelier mixte » lors de « deux temps de travail interdisciplinaire »⁴³⁸ sans être convié·es pour autant dans les instances de gouvernance de l'EIS. Les mêmes personnes participent aux deux temps de travail. Elles sont choisies pour leur bonne connaissance du quartier, et présentent une « diversité de points de vue » en termes de « compétences et [de] positionnement »⁴³⁹. On y trouve des représentant·es du conseil citoyen, des associations de parents d'élèves des écoles à proximité, des associations de sports, des syndicats de locataires ainsi que quelques techniciens de la municipalité et de l'intercommunalité en particulier sur la question des déchets. Une seule participante, qui fait partie de l'association de parents d'élèves, est aussi identifiée comme habitante. Ce choix des participant·es traduit une fois encore la volonté d'exhaustivité, et est en cohérence avec les publics-cibles de l'EIS : les enfants et les jeunes, représenté·es par leurs mères dans les parents d'élèves, et peut-être aussi par les associations sportives et les centres socio-culturel. S'il n'y a pas de représentant·es direct·es des personnes âgées, autres cibles de la démarche, au moins trois des cinq membres du conseil citoyen présent·es sont retraité·es au moment des ateliers. Une fois de plus, les personnes présentes semblent donc cumuler les fonctions, notamment celles d'habitant·es, avec une autre fonction de représentation.

Enfin à Choisy-le-Roi, les personnes qui participent aux ateliers sont sensiblement les mêmes que celles qui participent aux instances de gouvernance de l'EIS : organisés sur le même modèle qu'à Niort avec deux ateliers censés réunir les mêmes personnes (l'opérateur est le même même si ce ne sont pas les mêmes individu·es), pendant la crise sanitaire en 2020, le premier atelier s'est tenu sans habitant·es malgré l'invitation qui leur avait été envoyée, et le deuxième a dû avoir lieu en distanciel sans habitant·es non plus.

On observe que, cette dernière catégorie de partie prenante qui participe à l'élaboration des recommandations sans participer à la prise de décision, représente les publics-cibles de l'EIS : les jeunes et les « personnes en errance » pour l'EIS Hébert, les personnes âgées et les

438 Rapport de l'EIS de Niort, Novascopia, février 2020, page 19.

439 *Ibid.*

enfants pour l'EIS de Niort, et il en aurait été de même si l'EIS de Choisy-le-Roi s'était déroulée comme prévu. Les personnes les plus directement concernées par l'EIS en théorie sont donc invitées à participer à la démarche, à donner leur avis et à contribuer à la construction de recommandations pour l'adapter à leurs besoins, mais n'ont pas de pouvoir de décision en son sein, qui demeure entre les mains des instances politiques, à l'image du reste des habitant·es des projets sur lesquels se déroulent les EIS : c'est sur cette participation habitante que nous allons maintenant nous pencher.

5.2 Deux opérateurs, deux façons d'organiser la participation

Les opérateurs de l'EIS Hébert et de celles de Niort et de Choisy sont différents, et les façons d'envisager la participation habitante le sont aussi. Les moments de sollicitation sont les mêmes : l'étape d'analyse puis celle d'élaboration des recommandations, mais les modalités de mobilisation varient. Ainsi, à Choisy et à Niort, le choix fait est d'avoir des ateliers « mixtes » qui mêlent habitant·es, associations et professionnels dans les mêmes temps d'échange, qui pour la plupart cumulent plusieurs fonctions. À Hébert, le choix fait est de séparer ces temps d'échange, en rencontrant individuellement chaque catégorie d'agent·es.

5.2.1 À Hébert, une participation tournée vers les groupes-cibles sans représentation dans les instances de gouvernance

À Hébert, comme on l'a évoqué précédemment, les habitant·es ont été consulté·es par le biais d'ateliers, spécifiques à certains publics puis plus général, et en dehors du cadre strict de l'EIS, plusieurs réunions publiques d'information auprès des habitant·es ont eu lieu. Des ateliers de participation avec les enfants du quartier ont été organisés dans le cadre du projet, mais en dehors de l'EIS, sur lesquels se sont appuyées les évaluatrices pendant la phase de cadrage. Nous avons déjà évoqué les deux premiers ateliers en phase d'analyse, nous nous pencherons donc plutôt sur ce dernier atelier plus général. Il rassemble douze participant·es, six organisateur·ices et six habitant·es qui incluent un jeune recruté par le biais de l'ENS. Nous n'avons pas assisté à cet atelier, mais avons eu accès à son compte-rendu. Les personnes

participantes sont déjà au courant du déroulement du projet pour la plupart, et posent des questions précises tout en mettant en avant des points de vue manifestement élaborés. Ce sont des habitant·es devenu·es expert·es du projet, on peut leur supposer une adhésion à des associations ou collectifs de défense des usagers : une des participant·es par exemple insiste sur l'accessibilité PMR. Cet atelier a lieu en phase de recommandations : les recommandations sont présentées et l'avis des participant·es collecté. Toutes les propositions ne font pas l'objet de réactions, mais beaucoup de réactions se font autour des publics plus vulnérables : les PMR, les jeunes, adolescent·es et enfants, les populations précaires, les publics usagers de drogues, et les jeunes filles, même si le sujet de la non-mixité fait, sans grande surprise, réagir négativement une partie des participant·es, les commanditaires ont préféré ensuite parler « d'aménagement inclusif » : « L'idée reste la même, mais on essaie d'utiliser des termes un peu moins polémiques »⁴⁴⁰ nous explique C.,

La façon de faire à Hébert, en séparant les groupes, est louée par une partie des participant·es : « C'était bien parce qu'il y n'y avait pas de mélange des genres, tout le monde n'était pas mis autour de la table, chaque groupe d'acteurs était interrogé... parce que chacun poursuit des objectifs différents »⁴⁴¹. Cela semble aussi favorable aux prises de paroles habitantes : en l'absence de personnes perçues comme plus expertes ou légitimes à donner leur avis, les habitant·es sont plus à même de prendre la parole. L'absence de jeunes filles dans le premier atelier destiné aux jeunes le montre : elles n'étaient pas « à l'aise » pour prendre la parole en présence des garçons nous rapporte une enquêtée⁴⁴². Cette attention à la représentativité de la participation est importante pour le bureau d'études : il ne s'agit pas de « proposer simplement une concertation pour faire de la concertation, mais vraiment avoir une logique de chercher les publics invisibles »⁴⁴³ car il s'agissait d'un « angle mort » du projet. Pour une des opératrices de l'EIS : « Le positionnement premier, c'est de ne pas sursolliciter. Que ce soit les citoyens, les acteurs, les services, les commanditaires... L'idée c'est que l'EIS elle s'articule [avec le reste] »⁴⁴⁴, en particulier pour la participation : l'EIS « se greffe » sur les dispositifs de participation qui existent déjà. Pour autant, la population générale n'a été qu'assez peu sollicitée directement, et, on l'a dit, elle n'est pas associée aux instances de

440 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

441 Entretien avec M.-P., Ville de Paris, lire l'encadré page 252.

442 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

443 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

444 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

décision. L'équipe évaluatrice argue des difficultés d'inviter des habitant·es en temps de crise sanitaire⁴⁴⁵, mais on peut aussi supposer que cela simplifiait la tâche aux commanditaires comme à l'équipe évaluatrice de consigner les habitant·es aux ateliers participatifs plutôt que de les inviter directement dans les instances décisionnelles. Cela leur évitait d'avoir à chercher des habitant·es aptes et volontaires pour cela, ce qui semble-t-il correspond aussi à la tendance dans les EIS de façon générale : les habitant·es ne sont que rarement convié·es directement. C'est ce que regrette un des participants à l'EIS, censé représenter les habitant·es à travers l'École Normale Sociale : « Les habitants ont été peu représentés : il y a une réunion, ils étaient là, mais aux autres je les ai pas vu »⁴⁴⁶. Pour lui : « si les habitants s'exprimaient davantage, il y aurait peut-être eu un plus quand même »⁴⁴⁷. Pour autant, il ne rejette pas complètement la participation comme elle a été organisée à Hébert :

« C'est quand même un problème, de faire participer les gens et puis après ça fait flop parce qu'il n'y a pas de suite. C'est plus prudent de passer par des associations qui sont plus à même de comprendre à quel niveau ça se passe. »⁴⁴⁸

Cette remarque est intéressante, car elle permet de mettre en évidence le sentiment de manque de légitimité qu'il ressent, sentiment sans doute partagé par les habitant·es en général : ceux-ci ne sont pas vraiment en mesure de comprendre comment fonctionnent les processus et donc ne se sentent pas légitimes à s'exprimer et participer aux instances de l'EIS.

5.2.2 À Choisy-le-Roi et Niort, une représentativité limitée des habitant·es participant·es

La méthode de prise en compte des ISS dans nos deux autres études de cas est la même puisqu'il s'agit du même bureau d'études, et une des opératrices de l'EIS de Choisy-le-Roi nous l'expose : en phase d'analyse, un « atelier mixte habitants/acteurs locaux [plutôt des associations que des techniciens de la collectivité précise-t-elle plus tard] qui travaillent dans le quartier », qui se réunit deux fois : d'abord un atelier « sensible » sur le quartier actuel,

445 Énergies Demain, *Rapport de l'EIS Hébert*, encadré page 13.

446 Entretien avec X., Ecole Normale Sociale, lire l'encadré page 265.

447 *Idem*.

448 *Idem*.

suivi d'un débriefing sur le quartier et la façon dont il est perçu. Un deuxième atelier sur le quartier futur doit porter des réflexions sur les impacts sur la santé du projet, et éventuellement faire émerger des recommandations. Il n'y pas d'agenda précis de ce qu'il faut faire, mais « on essaie de réfléchir sur le projet »⁴⁴⁹ explique-t-elle. Le premier atelier a lieu à la fin de la phase de cadrage, le deuxième pendant la phase d'analyse des impacts. Cette méthode est ensuite adaptée aux projets évalués, comme nous allons le voir.

À Choisy-le-Roi, l'échec de la participation

À Choisy-le-Roi, la participation repose sur les ateliers menés entre l'automne 2020 et le printemps 2021. L'objectif du premier atelier, qui a lieu en octobre 2020, est de « repérer collectivement les enjeux / besoins / préoccupations en l'état actuel du quartier »⁴⁵⁰ par une visite de terrain, équipé·e d'une grille, puis un temps d'échange collectif. L'atelier regroupe une dizaine de participant·es en incluant les opératrices, et aucun·e habitant·es du quartier. Le deuxième atelier a eu lieu en avril 2021 en distanciel, après deux tentatives de report d'un atelier sur site. L'objectif était de présenter les recommandations déjà élaborées et de les confronter au point de vue des personnes présentes, une dizaine une fois de plus, qui ne sont pas tout à fait les mêmes que celles du premier atelier. On peut considérer que les efforts de participation pour l'EIS de Choisy-le-Roi n'ont pas bien pris : pas d'habitant·es malgré l'invitation, peu de participant·es, une seule visite de terrain, ce qui ne correspond pas à la méthode de travail habituelle du bureau d'études et à ce qu'il avait prévu de mettre en place. Une des opératrices résume : « ça n'a pas très bien marché. Le premier atelier n'a pas bien pris [...] ça ne nous a pas fourni beaucoup de matière. », et explique qu'il a été difficile de « mobiliser tout le monde »⁴⁵¹.

À Niort, une participation mixte appuyée sur le conseil citoyen

À Niort, ce mélange de participant·es aux statuts différents dans les « ateliers mixtes » est vu d'un bon œil par certains de nos enquêtés, qui trouvent intéressant cette alliance entre

449 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

450 Rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi, Novascopia, 2021, page 21.

451 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

des personnes qui ont des « points de vue différents »⁴⁵², même si l'un d'entre eux remarque que « Les gens qui prennent la parole ne sont pas forcément les plus représentatifs [...] on retrouve surtout des retraités », et qu'il a « retrouvé des habitants que j'avais déjà vu dans d'autres dispositifs. »⁴⁵³ En effet, la participation habitante à Niort s'appuie sur le conseil citoyen. Il recouvre le quartier prioritaire « Pontreau — Saint-André » dans son ensemble et non pas seulement les tours du Pontreau : il s'agit donc bien d'habitant·es des alentours, mais pas nécessairement des tours elles-mêmes. Si la pauvreté financière, seul critère pour dessiner la géographie prioritaire depuis 2014⁴⁵⁴, rassemble les tours de logement social du Pontreau et l'habitat individuel privé délabré de la Colline Saint-André dans le même quartier prioritaire, les problématiques entre les deux entités sont assez différentes, tout comme les populations qui les habitent. On l'a dit précédemment, et une de nos enquêtées, pilote de l'EIS, le confirme : ce sont « surtout des femmes âgées [...], qui sont déjà impliquées dans la vie locale qui ont participé à l'EIS »⁴⁵⁵. Parmi les limites du dispositif des conseils citoyens mises en avant par les nombreuses évaluations du dispositif qui ont déjà eu lieu malgré sa relative nouveauté⁴⁵⁶, il y a la représentativité des membres des conseils citoyens. Son ambition de renouvellement du public de la participation a échoué : le mode de sélection par tirage au sort a été rapidement abandonné dans la plupart des cas comme moyen seul de sélection⁴⁵⁷, les personnes les plus éloignées de la vie démocratique, essentiellement les jeunes et les précaires participent que peu même s'ils sont sélectionnés et, s'il leur arrive de tenter l'expérience, iels n'y restent pas⁴⁵⁸, parce que la norme participative ne convient pas à leurs pratiques, parce qu'iels ne se sentent pas légitimes à participer, ou parce qu'iels ne se sentent pas concerné·es⁴⁵⁹. Cela se vérifie donc bien à Niort. Les publics les plus difficiles à atteindre par la participation sont pourtant aussi ceux auxquels l'EIS s'intéresse prioritairement.

452 Entretien avec F., Ville de Niort, 19 mai 2020, lire l'encadré page 247.

453 Entretien avec M., Ville de Niort, 20 mai 2020, lire l'encadré page 245.

454 Loi de programmation pour la ville et la cohésion sociale dite « loi Lamy », 21 février 2021.

455 Entretien avec C., Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241.

456 J. Demoulin et M.-H. Bacqué, « Les conseils citoyens, beaucoup de bruit pour rien ? », art cit, p. 12.

457 Myriam Bachir et Rémi Lefebvre, « La fabrique des publics de la participation : l'aléatoire et l'obligatoire dans la constitution des conseils citoyens à Amiens et Lille », *Participations*, 2019, vol. 24, n° 2, p. 175.

458 J. Demoulin et M.-H. Bacqué, « Les conseils citoyens, beaucoup de bruit pour rien ? », art cit, p. 16.

459 Alice Daquin et al., « Des conseils citoyens inadaptés à la participation des jeunes ? Retour sur trois expérimentations dans des quartiers populaires de la périphérie lyonnaise », *Participations*, 2019, vol. 24, n° 2, p. 83-109.

Une enquête a aussi été menée par des étudiant·es en BTS dans un lycée à proximité du quartier. Les objectifs de cette enquête sont d'identifier ce qui participe ou nuit « à la qualité de vie et au bien-être »⁴⁶⁰ dans le quartier et autour de celui-ci, de comprendre les pratiques et usages des habitant·es et leurs attentes quant au renouvellement urbain, en particulier concernant les publics vulnérables. L'enquête s'adressait prioritairement aux habitant·es, aux commerçants et professionnels du quartier et à ses usager·es fréquent·es et a récolté plus d'une centaine de réponses⁴⁶¹. C'est un questionnaire quantitatif sans approche qualitative. Finalement, c'est surtout le degré de satisfaction des habitant·es quant à l'état actuel de leur quartier qui est interrogé : une seule question, la dernière, concerne leurs attentes. Si cette enquête a certainement contribué à éclairer ou à conforter les choix de cadrage pour l'EIS, il s'agit là aussi de recueil de la parole habitante, de consultation donc sur l'échelle de Arnstein⁴⁶² sans délégation de pouvoir. Ainsi, même avant d'atteindre les instances décisionnaires, les intérêts des habitant·es du quartier sont représentés par d'autres agent·es que les habitant·es mêmes, par le biais des étudiant·es ou du conseil citoyen.

A. se demande s'ils vont assez loin sur les publics-cibles. C'est une des difficultés de la démarche : « dans les ateliers, la microconcertation qu'on fait dans les EIS, on n'arrive pas à faire venir les publics-cibles qu'on vise à travers l'EIS »⁴⁶³, notamment, ici, les jeunes, par manque de temps et de moyens : cela « demanderait plus de temps ou d'investissement » explique-t-elle ensuite. Le même constat est fait par une des commanditaires de l'EIS de Niort : une des populations cibles, les jeunes, ne s'est quasiment pas exprimée pendant cette phase de concertation. Pour elle, il faudra trouver un moyen de les solliciter pour la construction des espaces publics malgré tout, une fois la démarche terminée⁴⁶⁴.

Ainsi, la participation à Hébert semble prendre plus en compte les points de vue des publics-cibles sans pour autant leur donner de pouvoir de décision. Quand celle à Niort se contente des publics habitués de la participation, mais leur accorde une place dans les instances de gouvernance, sans pour autant leur donner le droit d'y voter la mise en

460 Enquête « Qualité de Vie au Pontreau. Participation à l'étude d'évaluation d'impacts sur la santé du projet de renouvellement urbain », étudiant·es du BTS SP3S1 du lycée de la Venise Verte, 2020, page 2.

461 Entretien avec C., Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241.

462 S.R. Arnstein, « A Ladder Of Citizen Participation », art cit.

463 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

464 Entretien avec C., Communauté d'Agglomération du Niortais, lire l'encadré page 241.

application des décisions prises. La deuxième option semble plus favorable à la réduction des inégalités sociales de santé, mais il est en réalité difficile de trancher. Les habitant·es qui siègent là disposent certes d'une place similaire à celles des autres parties prenantes, mais on peut s'interroger sur leurs capacités à s'y exprimer. Même si ces dernier·es le pouvaient, on peut s'interroger sur leur légitimité à représenter l'ensemble des habitant·es, car aucun dispositif de recueil des avis des autres habitant·es n'est mis en place, et que ces représentantes qui siègent dans les instances de l'EIS ont toutes des profils similaires, peu représentatifs des habitant·es du quartier, *a fortiori* des publics cibles de l'EIS. À Hébert, les habitant·es ne sont que consulté·es sans accorder de pouvoir de décisions, mais l'effort pour recueillir l'avis des publics cibles permet de construire des recommandations dans leur sens.

5.3 La participation dans les EIS « intermédiaires » : pas assez de moyens pour la mettre en place de façon efficace ?

Ainsi, la participation, dans les conseils citoyens comme dans les autres dispositifs institutionnels mis en place pour « faire participer » les citoyen·nes est souvent « un entre-soi de classes moyennes déjà engagées dans la vie associative ou politique »⁴⁶⁵ et peine à représenter l'ensemble des habitant·es d'un quartier. C'est ce que relève une opératrice d'EIS : « dans les réunions de travail, les habitants qu'on a, c'est ceux qui sont connus de la collectivité, c'est déjà des personnes qui sont dans les instances du projet de renouvellement urbain. »⁴⁶⁶

« Quand on travaille à la conception, on associe les habitants, et on a toujours les mêmes habitants. Et ce qui est décidé par une partie de la population peut être remis en cause par celle qui n'y a pas participé. »⁴⁶⁷

A. est consultante chez Novascopia. Elle a travaillé sur l'EIS de Choisy-le-Roi. Elle est urbaniste spécialisée sur l'habitat. Elle a été formée à l'EIS par ses collègues et par

465 Marion Carrel et Julien Talpin, « Cachez ce politique que je ne saurais voir ! Ethnographie des conseils de quartier roubaisiens », *Participations*, 2012, vol. 4, n° 3, p. 180.

466 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

467 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

COMODEIS au cours d'une EIS, et a participé à deux EIS au moment où nous la rencontrons. Elle a depuis quitté Novascopia pour un poste de chargée de mission Habitat dans une grande collectivité.

Cette non-représentativité des habitant·es est très souvent relevée dans la participation en général, et pas uniquement dans le cadre de l'EIS. Elle revêt pourtant un caractère particulièrement important dans l'EIS, qui essaie d'améliorer les projets pour convenir aux besoins et améliorer la santé de l'ensemble des habitant·es.

« L'EIS si on veut qu'elle soit pertinente, [...] et conduite avec des habitants, il faut qu'elle soit posée à des échelles qui parlent aux habitants. [...] L'EIS, si on veut que ça réponde aux usages, il faut que ce soit mené sur des échelles de petite dimension. »⁴⁶⁸

M. est chargée de mission et coordinatrice des projets ISS à l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. Après des études d'infirmière, elle fait une thèse au côté de Thierry Lang et travaille notamment avec E. (Énergies Demain) sur le développement des EIS dans le cadre du programme AAPRISS. Elle est donc formée et sensible à la question des ISS. Elle a suivi la formation IMPACT dans le cadre de l'EIS de Plaine Commune.

Alors que la recherche semble s'accorder sur les bénéfices de la participation citoyenne des populations dans les politiques publiques, et les politiques de santé particulièrement, elle s'entend également sur les difficultés à la mettre en place convenablement, et celle dans les EIS ne fait pas exception⁴⁶⁹. S'il existe différentes méthodes et moyens d'intégrer les populations au processus de l'EIS, dans la plupart des démarches, c'est la mobilisation de l'expertise d'usage des habitant·es qui est utilisée sans leur accorder pour autant de pouvoir de décision. Leur participation est symbolique.

De toute façon, à Niort, pour un des nos enquêtés :

« On n'est pas sur une équipe [municipale] qui souhaite partager la partie conception des aménagements, on a un système assez pyramidal [...] Le maire est très présent dans les

468 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

469 L. den Broeder et al., « Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature », art cit.

dispositifs de validation des projets, et des fois, ça peut remettre en question une dimension plus collective. »⁴⁷⁰

Si on ne la trouve pas si frontalement énoncée dans nos autres études de cas, cette réflexion illustre un problème supplémentaire de la participation, qui va au-delà de l'EIS en elle-même. En effet, même dans le cas d'une participation bien construite, qui permet de recueillir les points de vue de tous les publics, y compris les plus éloignés de la participation, la garantie de la prise en compte de ces points de vue n'existe pas. Un de nos enquêtés, qui fait partie des parties prenantes de l'EIS Hébert, va plus loin encore : « [les commanditaires] ne peuvent pas susciter des espoirs auxquelles ils ne pourraient pas répondre parce que ce n'est pas une instance de décision »⁴⁷¹.

Une de nos enquêtées, à la question de la façon de mettre en place une participation pertinente dans les EIS, conclue sur cette interrogation :

« Si on veut mettre en place vraiment des démarches participatives qui ne sont pas juste des entretiens auprès des personnes, mais de vouloir aller plus loin, il va falloir investir davantage. Ça va faire exploser les tarifs. C'est une vraie question, après concrètement, comment on fait ? »⁴⁷²

Ainsi, certain·es chercheur·ses s'accordent même pour dire que « même si c'est un idéal, la participation pourrait ne pas être possible dans la majorité des EIS »⁴⁷³, expliquant que dans le cadre de l'EIS, la tension entre le temps des politiques publiques et celui nécessaire pour mettre en place une participation satisfaisante pousse à l'interrogation : « si une évaluation ne dispose pas du temps ou des ressources nécessaires pour mener à bien une participation communautaire significative, est-il même sage de l'essayer ? »⁴⁷⁴ Cette approche, peut-être radicale, est celle adoptée dans les EIS rapides ou documentaires et met en évidence une des difficultés de la mise en place de l'EIS par rapport aux valeurs qu'elle défend. La question du

470 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

471 Entretien avec X., Ecole Normale Sociale, lire l'encadré page 265.

472 Entretien avec M., IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 277.

473 Jane Parry et John Wright, « Community participation in health impact assessments : intuitively appealing but practically difficult : Editorials », *Bulletin of the World Health Organization : the International Journal of Public Health*, 2003, 81(6), p. 388. Traduction de l'autrice, texte original : « *Whilst ideal, participation may simply not be possible for the majority of HIAs.* »

474 *Ibid.* Traduction de l'autrice, texte original : « *if an assessment has not got the time or resources to bring about meaningful community participation, is it wise to attempt it at all?* »

format des EIS se pose donc : alors qu'une de nos enquêtées, en charge de la mise en place de la démarche en Île-de-France à l'ARS, estime que « sur une EIS courte, il ne faut pas forcément faire participer les [habitants·es] »⁴⁷⁵, on peut s'interroger sur l'intérêt de la mettre en place dans les EIS dites « intermédiaires » également⁴⁷⁶, en tout cas avec le format des EIS tel qu'il est développé en France.

Finalement, les habitant·es sont consulté·es dans les EIS, mais, malgré l'insistance de la littérature sur la nécessité de cette participation, car elle est censée garantir la prise en compte des inégalités sociales de santé, il n'y a de véritable participation avec délégation de pouvoir dans aucune de nos études de cas. Non seulement l'EIS telle qu'elle est mise en place dans nos études de cas, mais aussi ailleurs en France ne représente pas une démarche d'*empowerment* des populations qu'elle observe, mais il semble même qu'elle ne prenne pas en compte les inégalités sociales de santé selon ses propres critères. Ainsi, les habitant·es sont des agent·es sans tellement de pouvoir dans le champ de l'EIS. Il en serait peut-être autrement dans des quartiers plus bourgeois, dans lequel les habitant·es se reconnaissent une légitimité plus grande que dans les quartiers populaires⁴⁷⁷, car ils et elles disposent *a minima* d'un capital culturel plus important, qui les rapproche d'un niveau d'égalité avec les technicien·nes du projet présent·es dans les réunions de concertation. Le rare public de la concertation dans les quartiers populaires en atteste d'ailleurs : ce sont en général, et au moins dans nos études de cas, des personnes plus favorisées au moins en termes de capital symbolique que les personnes qu'elles doivent représenter. On peut donc s'interroger sur la nécessité d'adapter les modalités de concertation au contexte du projet évalué, et de se tourner vers des modalités autres que les réunions publiques dans les quartiers plus populaires ou auprès des publics plus difficiles à atteindre. En dehors de nos études des cas, des exemples de mobilisation autre de la population et en particulier des publics-cibles de l'EIS sont proposés. Par exemple, dans l'EIS menée sur le parc Zénith de Lyon en 2015, la participation s'articule autour d'entretiens

475 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

476 Lire Chapitre 4. 3.3.1 Durée de l'EIS page 175 sur la durée de l'EIS.

477 Matthieu Adam, Georges Henry Laffont et Laura Seguin, « Participation et mobilisations habitantes dans l'urbanisme durable : héritage des mouvements sociaux urbains ou évacuation du politique ? », *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, 30 septembre 2015, Vol. 6, n°2, p. 8.

individuels ou en groupe auprès des publics-cibles : les jeunes enfants, les personnes âgées et les étudiant·es.

Conclusion du chapitre

Le champ de l'EIS est donc structuré par quatre types d'acteur·ices différents : les commanditaires, qui s'appuient sur leur capital social pour développer des démarches, les praticien·nes, en concurrence sur le marché de l'EIS, qui mettent en place des stratégies appuyées sur la mise en avant de capitaux différents, et qui s'inscrivent dans deux écoles de l'EIS, deux visions qui correspondent à deux types de régulateur·ices différents. La première en fait de l'EIS une démarche pédagogique pour permettre de former aux questions de santé les acteur·ices de la ville, en particulier les collectivités quitte à perdre un peu de qualité à l'échelle d'une démarche individuelle, et la deuxième, inspirée plutôt de l'approche universitaire, qui fait de l'EIS une démarche longue, élitiste et onéreuse, centrée sur la réduction des ISS à l'échelle du projet. Si on s'appuie sur le nombre d'EIS réalisées, c'est plutôt la première de ces écoles qui dominant le champ de l'EIS, mais la deuxième garde ses partisan·nes et certain·es commanditaires semblent adhérer à cette deuxième vision.

Le quatrième type d'acteur·ices, ce sont les habitant·es. Le respect des valeurs affichées de l'EIS voudrait qu'ils participent à la co-construction de l'EIS, pourtant, ce n'est le cas dans aucune de nos études. La participation des citoyen·nes reste largement symbolique dans les EIS, et ne concerne que très peu les publics les plus vulnérables, cibles des EIS : les capitaux à leur disposition ne leur permettent pas de participer à la structure du champ.

Cette approche par les acteur·ices de l'EIS nous permet ainsi de situer le rôle de chacun·e dans le déroulé de la démarche, et la prise en compte des inégalités sociales de santé. Les personnages sont maintenant en place : nous pouvons nous intéresser au déroulé même de la démarche.

Chapitre 6. Le processus de l'EIS : opportunités pour la réduction des inégalités étape par étape

L'EIS est une démarche codifiée avec des étapes à respecter : sélection, cadrage, analyse des impacts, formulation des recommandations et suivi⁴⁷⁸, ponctué de comités techniques et de comités de pilotage avec les élu·es pour valider les orientations prises. Nous nous interrogeons sur ce qui, dans les étapes et éléments de son processus, favorise la prise en compte des inégalités sociales de santé. En effet, malgré le canon de l'EIS donné par le consensus de Göteborg, le déroulé des EIS varie : le contexte social et territorial varie, les méthodes mises en place par les bureaux d'études ne sont pas les mêmes, les personnes impliquées sont différentes, les ressources à leur disposition aussi.

Les moyens financiers et humains mis en place pour l'EIS Hébert sont bien plus importants que dans les EIS de Niort et de Choisy-le-Roi. Si toutes les démarches sont qualifiées d'EIS intermédiaires, il est clair que la première est bien plus complète que les deux autres, et que le temps qui y a été consacré est bien plus important. Pourtant, l'EIS Hébert et celle des Navigateurs ont été financées dans le cadre du même AMISEAD 2, avec donc des ambitions similaires initialement. Les objets qui en ressortent sont pourtant très différents. En plus de cela, l'EIS de Niort s'est déroulée avant la pandémie qui perturbe considérablement

478 Lire Chapitre 2. 2.1 Ce qu'est l'EIS : définition d'après le consensus de Göteborg page 87.

les possibilités de travailler des deux autres. Se pose donc la question de comparer ce qui est comparable. Il ne s'agira donc pas ici de déterminer qui a fait le mieux, mais plutôt de déterminer quels éléments, dans chacune de nos études de cas, sont plus ou moins favorables à la réduction des inégalités sociales de santé.

Le tableau 6.1 décrit les actions concrètes mises en place par les bureaux d'études pendant les différentes phases de la démarche, dans l'ordre chronologique, même s'il arrive fréquemment qu'elles se chevauchent.

Phase	Étapes		
Sélection	Candidature pour un financement		
<i>Formulation de la commande</i>			
Cadrage	Formation des parties prenantes/des commanditaires		
	Cadrage géographique	Cadrage des déterminants	Cadrage populationnel
Analyse des impacts	Revue de la littérature		
	Profil de territoire		
	Analyse des impacts du projet sur les déterminants de la santé et la santé		
	Préparation des recommandations		
Formulation des recommandations	Formulation des recommandations		
	Anticipation du suivi		
Suivi	Définition des modalités de suivi		
	Bilan de la démarche		

Tableau 6.1: Les étapes concrètes pendant les différentes phases de l'EIS

Nous étudierons le processus de l'EIS étape par étape : sélection des projets, cadrage de la démarche, estimation des impacts sur la santé, formulation des recommandations et suivi

après le départ des expert·es⁴⁷⁹, en tirant à chaque fois quels leviers et mécanismes permettent de réduire les inégalités sociales de santé.

1. La sélection : une affaire d'opportunités

La phase de sélection est la première de l'EIS. Dans la grande majorité des EIS, les projets à évaluer ont déjà été sélectionnés par le commanditaire avant l'arrivée de l'équipe qui va la mener. La sélection tient d'un effet d'opportunité la plupart du temps, plutôt que de la pertinence du projet. Nous verrons d'abord comment c'est l'opportunité de financement qui déclenche, la plupart du temps, le choix de mener une EIS plutôt que l'identification d'un projet vraiment pertinent, puis ce que ce mode de financement fait à la sélection de l'EIS, et enfin sur les autres critères de sélection qui devraient être considérés pour faire de l'EIS une véritable opportunité de réduire les inégalités sociales de santé.

1.1 La sélection des projets dans nos études de cas, au gré des opportunités de financement

En France, les EIS financées exclusivement, même majoritairement par leurs commanditaires sont très rares⁴⁸⁰. Les cadres de financement varient selon les régions et certaines ne financent des EIS que très ponctuellement, mais dans les régions de nos études de cas, l'Île-de-France et la Nouvelle-Aquitaine, des dispositifs spécifiques sont mis en place⁴⁸¹. Ainsi, les EIS de Choisy-le-Roi et de Paris sont financées par la deuxième édition de l'AMISEAD⁴⁸² de l'ARS et l'ADEME IDF, et celle de Niort est financée dans le cadre du

479 Pour une vue d'ensemble sur les étapes de l'EIS, lire Chapitre 2. 2.1 Ce qu'est l'EIS : définition d'après le consensus de Göteborg page 87.

480 Lire Chapitre 4. 2.2.3 Les pilotes qui financent la démarche page 161.

481 Lire Chapitre 4 : 2.2 Études de cas sur les régions les plus dynamiques : là où les courants se sont rencontrés. page 122

482 Lire l'encadré « AMISEAD 2 » page 131.

dispositif COMODEIS. Nous nous pencherons sur ce que ces cadres de financement spécifiques entraînent quant à la façon de sélectionner les projets dans le cadre de l'EIS.

1.1.1 À Choisy-le-Roi comme à Hébert, l'opportunité de faire un projet exemplaire

À Choisy-le-Roi, la décision de mener une EIS correspond à un jugement d'opportunité grâce à une possibilité de financement :

« La décision de mener l'EIS, [...] ça répondait à une volonté [de S⁴⁸³.] de répondre autant que possible à des appels à projets pour enrichir le projet urbain, selon un effet d'opportunité, donc c'est intéressant pour nous parce que ça permet de vraiment remettre sur le devant de la scène la question de la santé, notamment auprès des élus, ça permet d'enrichir le projet. »⁴⁸⁴

D'après un de nos enquêtés, l'objectif de l'équipe à ce moment-là est de « revoir et évaluer le projet, vu par le prisme de la santé et [...] [améliorer] encore le projet », réflexion engagée au moment de la candidature à l'AMI qui se poursuit dans le cahier des charges, pour en faire « un quartier exemplaire »⁴⁸⁵. La place accordée à la réduction des inégalités est donc assez minime au moment de la sélection de la démarche, même si l'objectif est plutôt d'enrichir le projet sur le volet social.

J. est chargé de mission volet social du NPNRU à Grand-Orly Seine-Bièvre quand nous le rencontrons. Il prend son poste en cours d'EIS à Choisy-le-Roi et devient un des principaux interlocuteurs des bureaux d'études. Il est urbaniste de formation, spécialisé dans les villes du Sud et a une sensibilité personnelle sur la question des inégalités. Il a quitté son poste depuis.

S. est chef de projet renouvellement urbain à Grand-Orly Seine-Bièvre quand nous le rencontrons. C'est un des principaux interlocuteurs du bureau d'études pour l'EIS de Choisy-le-Roi. Il est ingénieur des travaux publics, diplômé aussi en urbanisme et maîtrise

483 S., Grand Orly Seine Bièvre, lire l'encadré page 285.

484 Entretien avec J., Grand Orly Seine Bièvre, lire l'encadré page 285.

485 Entretien avec L., Grand Orly Seine Bièvre, lire l'encadré page 400.

d'ouvrage publique. Il a quitté son poste pour un poste plus orienté stratégie au sein de la même structure.

À Hébert, le lancement de la démarche est assez similaire. N.⁴⁸⁶, responsable développement durable et innovation, connaissait la démarche et a eu vent de l'AMI, et la candidature s'est construite « en quelques jours » à partir de là⁴⁸⁷ grâce à l'aide de l'ARS IDF, contactée rapidement. Pour un de nos enquêtés, la santé était « un impensé du projet à ce moment-là », en tout cas formulé comme tel⁴⁸⁸. Le projet a donc été choisi parce que le calendrier leur semblait correspondre, mais aussi parce qu'une réflexion importante sur la qualité de vie était déjà engagée dans le quartier, et parce que l'équipe de projet était « très à l'écoute »⁴⁸⁹. Il s'agit là d'un élément important, qui n'est énoncé par aucun·e autre participant·es de notre enquête et qui pourtant nous semble fondamental : le volontarisme des équipes en charge de mener les EIS est un élément clé de sa réussite. La réduction des inégalités sociales de santé n'est donc pas au cœur du lancement de l'EIS Hébert au moment de la sélection du projet, même si le contexte urbain du projet, à proximité de quartiers prioritaires de la politique de la ville et dans un quartier globalement défavorisé y est favorable.

1.1.2 À Niort, l'opportunité de former les équipes

À Niort, l'EIS est financée dans le cadre de COMODEIS. L'initiative de l'EIS vient de la coordinatrice du CLS, sensibilisée à la démarche par l'IREPS, ainsi que par ses liens personnels avec son coordinateur, S.⁴⁹⁰, ancien collègue de l'IREPS Poitou-Charentes avant la fusion des régions. La volonté de mener une EIS est inscrite dans le Contrat Local de Santé, ce qui permet un co-financement avec COMODEIS⁴⁹¹. Le choix du projet du Pontreau est fait, car il s'agit d'un quartier prioritaire de la politique de la ville, avec des enjeux de santé supposés importants et qui n'avaient pas été pris en compte encore : « on [avait] pas eu cette

486 Entretien avec N., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 257

487 Extrait de carnet de terrain, 19 juin 2019.

488 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

489 Entretien avec N., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 257

490 S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

491 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

approche ni l'association de la population ni l'approche santé »⁴⁹² nous explique une des parties prenantes côté ville de Niort. Un autre projet, en politique de la ville également, est considéré, mais celui du Pontreau est choisi à cause de son calendrier, qui pour les commanditaires, correspond au projet de l'EIS. Une des évaluatrices estime pourtant que c'était en fait trop tôt : il y avait alors un pré-programme défini par la ville en interne, ni très défini, ni très clair, qui s'est précisé au fur et à mesure de la démarche⁴⁹³.

La coïncidence entre le calendrier du projet et celui de l'EIS n'est pas le seul critère qui fait choisir le projet du Pontreau par rapport à l'autre projet évalué : cela semblait aussi être un sujet plus « facile »⁴⁹⁴ par rapport à l'autre, plus complexe. En effet, pour un de nos enquêtés, côté ville, « on voulait en faire une action expérimentale qui permette de former les équipes [...] à la prise en compte des enjeux de santé dans les aménagements »⁴⁹⁵. Les préoccupations vont donc au-delà du quartier du Pontreau, et l'idée d'acculturation à la santé dans l'aménagement occupe déjà une place importante. L'idée est de tester la démarche, puis de se servir des enseignements tirés pour d'autres projets avec plus d'enjeux notamment concernant les inégalités sociales de santé. L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé n'est donc pas au cœur du choix du projet à évaluer.

La sélection dans COMODEIS : dans le cadre de COMODEIS, des outils sont mis à disposition des collectivités qui souhaitent réaliser une EIS, parmi lesquelles une grille de sélection, construite à partir des grilles CEARC⁴⁹⁶ développées par l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, celle du CCNPPS, et celle de l'EHESP. L'outil est en deux parties. La première, en neuf questions, détermine s'il est possible de réaliser une EIS : portage politique et technique, compatibilité de calendrier, ressources nécessaires... Une question concerne la participation citoyenne, et une autre les impacts potentiels sur les inégalités sociales de santé. La deuxième partie invite à interroger les conséquences du projet sur différents « facteurs qui influencent la santé »⁴⁹⁷ organisés en catégories : conditions de vie, cadre de vie, transports et déplacements, environnement naturel, accessibilité aux services,

492 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

493 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276

494 Extrait de carnet de terrain, 11 juin 2019.

495 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

496 Cultures, Environnements, Arctique, Représentations, Climat, du nom du laboratoire d'origine des chercheurs et chercheuses qui l'ont développée.

497 IREPS Nouvelle-Aquitaine, « Grille de sélection COMODEIS », accessible ici :

éducation et culture, capacité des habitant·es à agir dans leur vie et à faire des choix, solidarités locales et enfin développement des enfants, avec une catégorie « autres » également. L'impact sur chaque déterminant est catégorisé : positif, négatif ou pas d'impact ; les populations impactées sont identifiées, puis l'impact doit être décrit.

1.1 Ce que le mode de financement fait à la sélection de l'EIS

Au regard de nos trois études de cas, on peut tirer des conclusions sur ce que le mode de financement fait à la sélection de l'EIS. Pour les EIS menées dans le COMODEIS, il n'y a pas d'échéance à respecter pour obtenir des financements : s'il existe du côté de l'IREPS des objectifs quant au nombre d'EIS à mener par an, il n'y a pas de contraintes sur les collectivités. On s'attendrait donc à ce que la sélection soit faite sans précipitation, affinée et accompagnée. Ce n'est pourtant pas tout à fait le cas. On l'a dit, à Niort, une évaluatrice estime que le projet n'était pas assez avancé. De plus, certaines EIS qui obtiennent des financements dans le cadre de COMODEIS n'ont finalement pas lieu, faute de consensus ou de portage, avant l'attribution du marché⁴⁹⁸. Pour S., « ce n'est pas grave, ça s'arrête, ils redonnent l'argent à l'ARS et nous on le donne à une autre collectivité. »⁴⁹⁹ Ce n'est pas forcément de la faute d'une sélection trop hâtive : parfois les porteurs de projets s'en vont, et la crise sanitaire a aussi compliqué la situation dans de nombreuses ARS et a obligé au ralentissement voire à l'annulation de certaines démarches. Pourtant, la sélection des EIS par COMODEIS est effectuée par les commanditaires directement, à partir d'une grille disponible sur le site du dispositif⁵⁰⁰.

En Île-de-France, dans le cadre de l'AMISEAD 2, l'étape de sélection est dédoublée : le choix des projets est fait par les commanditaires, puis la décision de financement ou non est faite par le jury, qui permet aussi de faire des ajustements. Pour une de nos enquêtées, l'étape

<https://santeterritoiresnouvelleaquitaine.org/2022/12/16/grille-de-selection-comodeis/> [consulté le 15/05/2023].

498 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

499 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

500 Lire l'encadré La sélection dans COMODEIS page 287.

de sélection est « bien faite »⁵⁰¹ en Île-de-France, avec un rôle important des régulateur·ices qui s'assurent dès le début de la démarche que les inégalités sociales sont prises en compte dans le projet de l'EIS.

Une fois de plus, on voit deux visions de l'EIS se dessiner. La première, portée par COMODEIS, est construite pour permettre au plus de collectivités de mener des EIS et donc diffuser la démarche le plus largement possible, et acculturer les collectivités aux enjeux de santé dans les projets urbains. Le critère de qualité des démarches n'est pas abandonné pour autant, mais il intervient après le début des démarches, en comptant notamment sur la formation de participant·es qui intervient en phase de cadrage⁵⁰². La deuxième, en Île-de-France, accorde une place importante à la réduction des inégalités sociales de santé dans la phase de sélection : les régulateurs y tiennent un rôle plus important dès le début de la démarche. Une méthode de sélection alternative à ces deux modes existe à Bordeaux, grâce à l'accord-cadre signé entre la métropole de Énergies Demain⁵⁰³. C'est, à notre connaissance, la seule situation dans laquelle l'équipe évaluatrice participe à la sélection, en dehors des EIS pilotes menées par des universitaires au début de la diffusion de la démarche en France. La responsable à la Métropole identifie un projet sur lequel pourrait être menée une EIS, puis un atelier de travail avec les services et acteur·ices concernées, appelées réunion de sélection, a lieu, dans le but de définir un objet EIS puis une autre a lieu avec l'équipe évaluatrice. À l'issue de ces réunions, les participant·es estiment si c'est opportun de réaliser une EIS, en se servant notamment des grilles de sélection développées par l'EHESP : y a-t-il un portage politique ? Des marges de manœuvre ? Des enjeux concernant l'équité ? Est-ce que la temporalité du projet correspond à celle de l'EIS ?⁵⁰⁴ Et choisissent en fonction des résultats de lancer une EIS ou non. Ainsi, des expert·es de l'EIS sont sollicité·es dès la phase de sélection : on peut supposer que cela permet de mettre en place des EIS plus pertinentes que dans d'autres situations, ou *a minima* des EIS qui vont jusqu'au bout.

501 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

502 Lire Chapitre 6. 2.1 Cadrer la démarche pour les commanditaires : des formations et introductions à la démarche inégales page 299.

503 Lire Chapitre 4 : 3.3 Le portage de l'EIS dans les grandes métropoles et dans les zones rurales : une inégalité de moyens ? page 138.

504 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

1.2 Le financement au détriment d'autres critères

La phase de sélection, dans la très grande majorité des cas, est effectuée avant le choix d'un bureau d'études, et donc, sans expert·es des EIS. « En gros le projet est déjà sélectionné et nous on vient ensuite faire le cadrage » nous rapporte une de nos enquêtées⁵⁰⁵. Si les financeur·ses sont présent·es pour réguler un minimum la façon de sélectionner les projets sur lesquels mener des EIS, on peut tout de même s'interroger sur la pertinence d'un tel mode de faire. En effet, les évaluateur·ices déplorent souvent une sélection faite trop vite et sur des projets peu pertinents.

1.2.1 « On participe très peu à l'étape de sélection »⁵⁰⁶ : la sélection, une étape menée sans expert·es

Pour une de nos enquêtées, ne pas accompagner (suffisamment) les collectivités dans la phase de sélection peut entraîner de la déception pour les collectivités, qui n'obtiennent pas ce qu'elles espéraient obtenir par la démarche : « Quand on a une sélection qui est mal faite, quelles que soient la qualité, la compétence des opérateurs, je ne vois pas comment atteindre à la fois les objectifs de l'ARS, de la collectivité, qui parfois sont très divergentes, si la sélection a pas été bien faite. »⁵⁰⁷

Au-delà de la pertinence même de la démarche, c'est un risque de faire dévier l'EIS de sa vocation originale, pour en faire un objet autre, par mauvaise compréhension de la démarche, ou par instrumentalisation politique.

« C'est d'ailleurs un problème [...] le fait d'arriver en phase cadrage, quand la sélection est bien faite, tout va bien. Mais pour toutes les EIS [...] la sélection n'est pas... Le jugement d'opportunité ne relève pas de la pertinence du projet. Il relève d'une forme d'instrumentalisation politique »⁵⁰⁸

505 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

506 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

507 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

508 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

Elle poursuit et donne l'exemple de l'EIS de Morlaàs, où son équipe et elle ont assez rapidement compris que l'enjeu n'était pas de revitaliser en santé le centre-ville, mais de faire pression sur l'ARS pour obtenir l'ouverture d'une nouvelle pharmacie dans le bourg :

« On a vu vraiment des choses de ce type [...] où tu sens que la phase sélection elle a été faite vraiment dans le sens de ces enjeux pour la collectivité plus que dans l'idée d'aller au bout d'une démarche innovante pour intégrer les enjeux de santé, pour acculturer les gens à ça... Là on n'était pas du tout sur ça à la base. C'était des co-bénéfices éventuels, mais c'était du tout l'entrée. »⁵⁰⁹

Dans cette situation, on devine que la réduction des inégalités sociales de santé, à l'échelle du projet, n'est pas la préoccupation principale des commanditaires. Pourtant, on pourrait dire que, dans une commune rurale comme Morlaàs où l'accès aux soins est limité, l'ouverture potentielle d'une pharmacie tient de la réduction des inégalités entre ruraux et urbains. Cela pose la question de l'échelle de la réduction des inégalités sociales de santé dans l'EIS : réduction des inégalités entre les populations à l'échelle du projet, ou entre les populations du territoire de projet et la population générale ? La question se pose de la même façon dans les quartiers prioritaires, où la population est en moins bon état de santé que la population globale. En France, un peu moins de la moitié des EIS ont lieu sur des projets en politique de la ville (nos études de cas ne font pas exception, à part Hébert qui n'est pas encore habité et est tout de même à proximité immédiate d'un quartier prioritaire) : la volonté de celles et ceux qui le promeuvent est de réduire les écarts de santé entre les habitant·es et le reste de la population, mais pas tellement celles entre les habitant·es.

1.2.2 Le bon moment pour mener l'EIS

Le critère des financements apparaît donc comme le critère premier dans le choix de lancer une EIS : le jugement d'opportunité l'emporte sur la pertinence des projets examinés. Il semble souvent que les critères de sélection suivent la découverte d'une opportunité de financement plutôt que l'inverse. Un des critères ainsi négligés, c'est le moment de lancer l'EIS. Trop tôt et il n'y a rien à évaluer, trop tard et les marges de manœuvre sont trop

509 Entretien avec E., *Énergies Demain*, lire l'encadré page 233.

restreintes. Les acteur·ices de deux de nos trois études de cas estiment qu'elle a été lancée au mauvais moment : trop tôt dans l'EIS de Niort, pour laquelle il n'y avait pas encore de programme à évaluer, et trop tard pour celle d'Hébert, où les marges de manœuvre sont trop restreintes.

À Niort, ce sont les évaluatrices qui estiment que la démarche a commencé trop tôt : il n'y avait alors qu'un « pré-programme établi par la ville en interne »⁵¹⁰. Celui-ci n'est pas très défini ou clair, et s'affine en fait au fur et à mesure de l'EIS. Ainsi, certains sujets, en particulier la question de la localisation des parkings, sont remis en cause par elles et sont mal reçus par les technicien·nes : cela n'avait pas été défini comme un « impondérable » au début de la démarche faute de réflexion suffisante sur le sujet. En revanche, les autres parties prenantes de l'EIS semblent plutôt satisfaites du moment du lancement de la démarche, qui permet « d'alimenter leurs réflexions »⁵¹¹.

À l'inverse, pour l'EIS Hébert, les évaluatrices estiment que l'EIS est lancé à un moment opportun, mais les autres parties prenantes non, qu'elles soient ou non convaincues de l'intérêt de la démarche. L'un d'entre eux explique :

« Une des grosses difficultés des études d'impact santé c'est qu'elles arrivent au mauvais moment. Elles arrivent à la fin du projet urbain, lorsque les formes urbaines ont déjà été... Les grands ensembles ont déjà été déterminés, les formes urbaines... Ce qui fait que les marges de manœuvre pour appliquer les recommandations de l'EIS sont très faibles. »⁵¹²

Pour lui, l'EIS devrait être menée « en amont et sur une échelle plus large pour formuler des recommandations plus larges et peut-être 'plus scientifiques' »⁵¹³ Pour une autre, l'« effet wahou » aurait été plus fort si la démarche avait été lancée plus tôt : « je pense qu'elle aurait été beaucoup plus pertinente deux ans avant [...] elle aurait eu une action pour modeler le projet plus forte. »⁵¹⁴ Elle explique tout de même que :

« L'EIS aurait peut-être permis de faire émerger des éléments plus forts. Là on est plutôt dans des mesures correctives, ou des mesures complémentaires. La mesure corrective

510 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

511 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

512 Entretien avec C., Mairie du XVIII^e arrondissement, lire l'encadré page 268.

513 Entretien avec C., cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris, lire l'encadré page 268.

514 Entretien avec M.-P., ville de Paris, lire l'encadré page 252

elle apporte assez peu de choses [...], ce qui est intéressant c'est qu'elle vient confirmer que le projet était loin d'être sot [...] ça c'est bien parce que ça donne des billes à l'aménageur.

»⁵¹⁵

Au-delà de l'opinion des participant·es, la concordance entre le temps du projet et celui de l'EIS semble importante pour la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, lancée trop tôt, l'EIS ne permet pas de faire une évaluation fine des impacts sur la santé des composantes du projet, or, c'est souvent dans la finesse que se trouvent les impacts différenciés, et donc l'opportunité de réduire les inégalités sociales de santé. À l'inverse, cela pourrait permettre de sélectionner des déterminants sur lesquels l'EIS se penche rarement, car souvent, ils sont déjà « impondérables » au moment où elle intervient, notamment le logement. Pour une EIS lancée trop tard, la situation est à l'inverse : les éléments que l'on ne peut plus changer sont trop nombreux, et les recommandations de l'EIS doivent se prononcer à la marge du projet, avec des marges de manœuvre trop restreintes pour réduire les ISS. Ainsi, on ne peut plus sélectionner certains déterminants et on est obligé de se rabattre sur les espaces publics, souvent le dernier élément programmé précisément dans les projets urbains. Cela dit, l'EIS de Niort, lancée trop tôt pour les évaluateur·ices, a tout de même choisi de se pencher sur les espaces publics, contredisant cette hypothèse. Peut-être faudrait-il conjuguer cette sélection anticipée à une formation à la démarche pour les commanditaires, qui permettraient de mieux comprendre les enjeux de l'EIS.

1.2.3 Sélectionner des projets en politique de la ville ?

On l'a dit⁵¹⁶, en France, de très nombreuses EIS sont menées sur les projets situés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Nos études de cas ne font pas exception : les projets évalués à Niort et Choisy-le-Roi sont dans des QPV, et celui d'Hébert, dont le périmètre n'est pas habité pour le moment est à proximité immédiate d'un quartier prioritaire également⁵¹⁷. Pendant l'étape de sélection, choisir des projets dans des quartiers prioritaires semble garantir qu'il existe effectivement une opportunité de réduction des inégalités sociales

515 Entretien avec M.-P., ville de Paris, lire l'encadré page 252

516 Lire Chapitre 4. 2.1 Projets évalués page 152.

517 Regarder les cartes de situation pages 197, 199 et 201.

de santé, puisque, par définition, les populations présentes dans le quartier sont plus pauvres que celles des quartiers alentour, et par conséquent, en moins bonne santé. C'est un des critères officiels de la sélection des projets retenus dans le cadre de l'AMISEAD par exemple⁵¹⁸. C'est un des objectifs de la politique de la ville que de normaliser les quartiers prioritaires, notamment leur état de santé. Au-delà de l'EIS-même, un protocole de collaboration a été signé en 2017 entre l'ARS-IDF et l'ANRU pour mettre en place un urbanisme favorable à la santé dans les quartiers prioritaires. Celui-ci a mené à la création d'un groupe de travail « santé », et à la publication d'un document sur la santé et le bien-être dans les quartiers prioritaires⁵¹⁹, qui présente l'EIS comme un outil pour réduire les ISS dans les quartiers prioritaires.

En ce sens donc, mener des EIS sur des quartiers prioritaires est donc une idée pertinente, car elle permet de réduire les inégalités entre ces quartiers et les autres. Pour autant, il existe aussi des inégalités entre les personnes en leur sein, leur population n'est pas plus homogène qu'ailleurs : les rapports de domination ne disparaissent pas au seuil des quartiers défavorisés. Ainsi, une partie des populations de ces quartiers cumulent les défaveurs, ce qui a un effet multiplicateur sur les impacts sur leur santé. Il est donc nécessaire d'être particulièrement vigilant·e à la sélection des publics-cibles quand l'EIS porte sur un quartier en renouvellement urbain, et de s'assurer que, sous prétexte que l'ensemble de la population est défavorisée, la sélection des publics-cibles ne soit faite à la va-vite.

Ainsi, la phase de sélection du projet sur lequel sera réalisée une EIS tient un rôle important dans la réduction des inégalités de sociales de santé : elle permet d'identifier des projets sur lesquels il est pertinent de travailler et de vérifier que les attentes des commanditaires correspondent aux possibilités de la démarche. Pourtant, deux facteurs peuvent entraver cette sélection judicieuse. D'abord, la sélection tient souvent d'une opportunité de financement que d'une démarche réflexive sur l'intérêt d'évaluer un projet. Ainsi, ce sont souvent les projets dont le calendrier semble, pour les commanditaires, coïncider à peu près avec les exigences de l'EIS qui est sélectionné, sans tellement d'interrogations sur la pertinence de mener une EIS dessus. Ces modalités ont des

518 Extrait de carnet de terrain, 16 avril 2019.

519 ANRU+, *La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain. Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé*, Paris, 2021.

conséquences sur le déroulement de l'EIS, que nous verrons ensuite. Enfin, nous nous pencherons sur les autres critères de sélection des EIS, parfois négligés. En effet, comme elle est effectuée la majeure partie du temps sans expert·es, directement par les commanditaires avec l'aide éventuelle des régulateurs qui les financent, la sélection n'est pas toujours bien faite, d'autant que la réduction des inégalités n'est pas toujours au centre de leurs préoccupations. La coïncidence entre la temporalité du projet et celle de l'EIS n'est pas toujours optimale non plus. Le projet de l'EIS est souvent affiné pendant la commande, étape intermédiaire entre la sélection et le cadrage qui permet de sélectionner un prestataire pour mener l'EIS, sur lequel nous allons revenir, puis le cadrage finit de définir les contours de la démarche.

1bis. Une étape intermédiaire : Formuler la commande

Dans cette partie intermédiaire entre la sélection et le cadrage, nous nous pencherons sur la commande formulée par les commanditaires auprès des bureaux d'études. Elle n'apparaît pas directement dans les rapports d'EIS, puisque ce sont les commanditaires de la démarche qui la rédige. Cette rédaction a lieu la plupart du temps entre la phase de sélection et le début de la phase de cadrage, dont elle constitue un des premiers éléments. Il est envisageable d'écrire une commande avant la phase de sélection, qui demande à l'équipe évaluatrice de déterminer sur quel projet travailler, mais, comme on l'a dit précédemment, cela n'arrive que très rarement, et nos cas d'études ne font pas exception. La commande traduit les volontés des commanditaires, il est donc intéressant de s'interroger sur la place qu'y tiennent ou non les inégalités sociales de santé.

Un exercice convenu

Comme pour n'importe quelle étude, la commande retranscrit les attentes des commanditaires quant à l'EIS, dans un cahier des charges, à destination des futurs

prestataires, et peut être précisée ensuite. C'est l'occasion de voir apparaître pour la première fois la question des inégalités sociales de santé, et la place qui pourra leur être donnée dans la future étude. Le pendant technique du commanditaire rédige le cahier des charges, et le fait valider par le pendant exécutif. Au regard de la nouveauté de la démarche dans les collectivités, la plupart des EIS de notre corpus sont les premières menées par les commanditaires, c'est le cas pour nos trois études de cas, et à cause de cette inexpérience, les commandes sont souvent standardisées.

À Niort et à Choisy-le-Roi, des marchés publics ont été lancés pour recruter le bureau d'études qui mènera l'EIS. Pour l'EIS Hébert, il n'y a pas eu de commande publique (puisque'il ne s'agissait pas d'un commanditaire public), mais une consultation plus informelle, pendant lequel les commanditaires de l'EIS ont interrogé plusieurs bureaux d'études recommandés par l'ARS et l'ADEME IDF dans le cadre de l'AMISEAD. Dans tous les cas, un cahier des clauses techniques particulières (CCTP) a été rédigé pour permettre aux candidats de répondre à l'appel.

La rédaction de ces CCTP suit des formes convenues, d'autant plus que des modèles sont fournis par les promoteurs et financeurs de l'EIS au niveau régional : ARS et ADEME Île-de-France pour les EIS financées par l'AMISEAD, IREPS via COMODEIS pour celles en Nouvelle-Aquitaine. Pour autant, ils reflètent l'état de la réflexion au moment de la formulation de la commande autour de la question de la réduction des ISS, ou l'importance qui lui est accordée.

La première apparition des inégalités sociales de santé ?

Dans le CCTP de l'EIS de Niort, la réduction des inégalités est inscrite dans la présentation de la démarche, dans les valeurs des EIS et comme un objectif poursuivi par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le déploiement de la démarche. Elles apparaissent à nouveau dans la rubrique consacrée aux « aspects méthodologiques », où elles sont liées à la participation et la nécessité de prendre en compte « le point de vue de la population ». Il est alors précisé que « la démarche a un objectif de réduction des inégalités sociales de santé ; une vigilance particulière est accordée aux populations vulnérables ».

Dans le CCTP de l'EIS de Choisy-le-Roi, les inégalités sociales de santé apparaissent aussi en premier lieu dans l'exposition de la démarche de l'EIS, présentée comme un

instrument permettant de réduire les inégalités sociales de santé, puis dans les valeurs de l'EIS. Elles sont ensuite liées à la participation avec une attention particulière portée aux publics vulnérables. Elles réapparaissent dans la description des étapes de l'EIS et des livrables attendus à chaque fois : à l'issue de la phase d'analyse, l'estimation des impacts devra porter « une attention particulière sur les effets potentiels sur les inégalités (sociales, environnementales, territoriales) ». Enfin, la « maîtrise des concepts d'inégalités sociales et territoriales de santé, justice environnementale, recherche d'équité en santé » est demandée dans les compétences requises.

Comme dans les autres cas, la nécessité de réduire les inégalités sociales de santé apparaît pour la première fois dans le CCTP de l'EIS Hébert au moment de la présentation de la démarche, même si, comme cette présentation est plus succincte, les valeurs de l'EIS ne sont pas développées. Elles apparaissent ensuite dans la rubrique consacrée à l'intérêt de mener la démarche sur le projet Hébert, comme un des objectifs de la démarche puis de façon récurrente dans la description des attendus des étapes de cadrage et d'analyse de l'EIS. Les enjeux « d'inclusion sociale » sont évoqués plusieurs fois également, y compris dans la description du projet déjà imaginé par le commanditaire. Les enjeux de santé sur le quartier y sont déjà identifiés. Les populations vulnérables y sont évoquées, identifiées comme les « jeunes enfants, personnes âgées, familles socio-économiquement vulnérables [...] dont l'état de santé se dégrade potentiellement plus rapidement ». Dès la rubrique « objet du marché », elles apparaissent comme devant être identifiées pendant la phase de cadrage.

La réduction des ISS et la participation

Dans les trois cas, la réduction des inégalités sociales de santé est liée à la participation. Dans le CCTP de Choisy-le-Roi, il est écrit que « lorsque l'EIS est axée sur la réduction des inégalités, la participation citoyenne est un point d'attention important. » Dans celui d'Hébert, une rubrique est carrément nommée « Populations vulnérables et participation citoyenne » : la participation doit permettre de « définir les attentes et besoins de ces populations vulnérables ». À Niort, la participation est liée au conseil citoyen et au contrat de ville. On l'a dit⁵²⁰, la participation est très mise en avant dans les EIS, en particulier pour la réduction des inégalités sociales de santé. Les ISS apparaissent de façon plus évidente dans le cahier des

520 Lire Chapitre 4. 3.4 Participation citoyenne page 178.

charges de Choisy : l'enjeu de la réduction des inégalités sociales est un enjeu central dans la promotion des EIS en Île-de-France, ce n'est donc pas une surprise. On remarquera tout de même que la commande pour Niort ne précise pas les compétences requises pour l'EIS dans le CCTP, mais dans des annexes qui ne nous sont pas accessibles.

Enfin, les deux CCTP issus de commanditaires publics insistent sur l'opportunité que représente l'EIS pour sortir d'une réflexion « en silo » et pour acculturer les personnels de la structure commanditaire aux enjeux de santé au-delà des agent·es qui en sont déjà spécialistes. Cet aspect est très régulièrement mis en avant dans la promotion des EIS : elles doivent permettre le développement de collaborations entre les différents services au-delà du cadre de l'EIS, ce qui, conjugué à l'assimilation des enjeux de santé par tout le monde devrait favoriser l'émergence de la santé dans toutes les politiques. Cet enjeu semble dépasser celui de la réduction des inégalités, pour autant, il n'est pas complètement sans rapport avec lui : au regard de la complexité des déterminants de la santé, et *a fortiori* des déterminants sociaux de la santé, la coopération ou *a minima* l'échange d'informations entre les différents services d'une même collectivité ne peuvent qu'être favorables, ou au moins ne pas être défavorables, à leur réduction.

La réduction des inégalités sociales de santé est éminemment présente dans les commandes exprimées par les cahiers des charges des EIS. Les cahiers des charges se ressemblent : les enjeux de l'EIS sont présentés dans le même ordre, même s'ils sont moins détaillés dans celui de l'EIS Hébert. On peut imaginer qu'il existe un cahier des charges pour une EIS type originel pour les moutures franciliennes et nouvelle-aquitaines, distribué lors d'une formation suivie par leur deux groupes de créateurs et créatrices (peut-être la formation IMPACT ?), et que dans les autres régions françaises, les cahiers des charges des EIS se ressemblent également, donnant lieu à des commandes standardisées sur tout le territoire national. Ainsi, si on se fie au cahier des charges, la réduction des inégalités sociales de santé tient une place importante dans nos trois études de cas, en lien avec la participation.

2. Le cadrage de l'EIS

Pendant la phase de cadrage de l'EIS, l'équipe évaluatrice définit les contours de l'EIS. Elle fixe les composantes du projet à considérer en fonction des marges de manœuvre disponibles, identifie les déterminants de la santé sur lesquels il serait le plus pertinent de se pencher, et les bornes géographiques sur lesquelles s'appuyer, et détermine quels publics vont faire l'objet d'une attention particulière. Pour ce faire, le bureau d'études doit faire une brève analyse du projet et de l'environnement urbain dans lequel il s'insère, ainsi que des populations qui y vivent. C'est souvent l'occasion de mener de premiers entretiens avec les parties prenantes du projet. Le moment du cadrage de l'EIS est donc un moment clé pour la prise des inégalités sociales de santé, celui qui définit les éléments que la démarche va évaluer. En général, un comité technique a lieu au début de la démarche pour lancer la démarche, puis un deuxième accompagné d'un comité de pilotage à la fin pour valider les éléments retenus, qui sont ensuite fixés dans une note de cadrage.

La phase de cadrage est le moment d'acculturation à la démarche pour les commanditaires, par le bureau d'études ou par un autre organisme, comme l'IREPS en Nouvelle-Aquitaine par COMODEIS. La place qu'y tiennent ou non les ISS est intéressante à observer. Nous nous pencherons ensuite sur le cadrage en lui-même : le cadrage géographique, mais surtout le cadrage populationnel et le cadrage des déterminants, qui sont de véritables clés pour la prise en compte des inégalités sociales de santé. Nous verrons comment ces cadres font généralement l'objet de peu de négociations, mais peuvent être amenés à évoluer plutôt du fait des commanditaires que de l'équipe évaluatrice.

2.1 Cadrer la démarche pour les commanditaires : des formations et introductions à la démarche inégales

Le premier lieu de l'apprentissage de l'EIS, c'est la formation, l'initiation ou l'introduction à la démarche donnée aux équipes qui vont y participer. Dans toutes les EIS que

nous avons observées, ainsi sans doute que dans toutes les EIS menées en France⁵²¹, la première réunion des parties prenantes commence par une présentation de la démarche de l'EIS, de ses étapes, mais aussi de ses valeurs et de ce qu'on peut en attendre : c'est le minimum de formation que reçoivent les différentes parties prenantes de la démarche, qui tient plutôt de l'établissement de bases communes. Ailleurs, des temps spécifiques sont réservés à la formation des participant·es à la démarche.

En Nouvelle-Aquitaine, des formations longues et uniformisées

En Nouvelle-Aquitaine, le dispositif COMODEIS fournit une formation à l'EIS sur deux jours au début de la démarche⁵²². L'objectif de la formation est de sensibiliser aux thématiques de l'EIS celles et ceux qui s'appêtent à la mener, notamment à la réduction des inégalités. La formation doit aussi permettre de placer la démarche dans le contexte du projet, entre autres par une visite de terrain, et de faire se rencontrer une première fois les personnes qui s'appêtent à participer à l'EIS ensemble : c'est la première étape pour sortir des réflexions en silo. C'est aussi le premier temps du cadrage : une analyse rapide des impacts potentiels des différentes composantes du projet sur les déterminants de la santé à travers leurs effets est effectuée collectivement. Les participant·es sont invité·es à donner leur lecture du projet à travers un modèle causal. Les publics-cibles de l'EIS sont identifiés aussi.

À Niort, cette formation a eu lieu les 26 et 27 septembre 2019, et a regroupé une vingtaine de personnes⁵²³. La sélection des personnes qui y participent est discutée pendant la première réunion de l'EIS, puis après la réunion dans un cadre moins formel⁵²⁴ : le nombre de places est limité et il faut donc choisir avec soin les personnes qui en bénéficient. La liste des participant·es recoupe largement celle du comité technique, à l'exception du représentant de l'ARS. Deux places sont gardées pour un élu·e « volontaire » de l'agglomération et de la commune, mais aucun·e d'entre elleux ne peut se libérer pour l'ensemble de la formation : cela traduit peut-être leur manque d'intérêt pour la démarche à ses débuts. Deux représentant·es du conseil citoyen sont convié·es aussi, différent·es de ceux qui participent

521 Tous les rapports que nous avons analysés présentent au moins rapidement la démarche, ses étapes et ses valeurs dans leurs premières pages.

522 Lire Chapitre 3, 2.2.1 *COMODEIS : les EIS comme un outil pragmatique et dynamique* p 123.

523 Nous n'avons pas assisté à la formation mais avons eu accès aux résultats des réflexions, à la liste des participant·es invité·es ainsi qu'aux supports de présentation.

524 Extrait de carnet de terrain, 20 juin 2019.

au comité technique. Ce ne sont donc pas les mêmes personnes qui reçoivent la formation et celles qui interviennent ensuite dans l'EIS : cela explique peut-être en partie la discrétion de ses habitant·es dans les réunions ensuite, peu sûr·es de ce dont il est question.

De cette formation sont ressortis plusieurs éléments de cadrage et de dimensions du projet à analyser : les liens entre les différentes polarités du quartier et entre le quartier et son environnement, notamment avec les écoles et le collège à proximité et les commerces, les fonctions des espaces publics et pieds d'immeubles, la question du stationnement et des mobilités actives et enfin les enjeux de sécurité et de tranquillité publique, et la localisation des dysfonctionnements. Cela a permis au bureau d'études de créer une cartographie des impacts puis de construire une matrice d'impact et de choisir les déterminants plus précis sur lesquels s'attarder : « espaces publics et pratiques sociales », « espaces verts et nature en ville », « mobilités et déplacement » et « gestion des déchets, propreté et hygiène »⁵²⁵. La question de la réduction des inégalités est abordée dans cette formation, notamment lors de la présentation de la démarche et de ses valeurs au cours de la première demi-journée de formation. Si la majeure partie du comité technique a ainsi pu être formée, pour les autres, les réunions de lancement puis les premiers comités techniques sont l'occasion d'apprendre ce qu'est l'EIS. La définition de la santé de l'OMS, ainsi que celle de l'EIS donnée par le consensus de Göteborg sont mobilisées⁵²⁶. Les publics-cibles de l'EIS sont évoqués à plusieurs reprises et sont définis assez rapidement à partir des propositions de l'équipe évaluatrice et des constats faits sur le terrain.

En dehors de COMODEIS, une mise au point qui dépend du bureau d'études

En dehors de la Nouvelle-Aquitaine, la formation à l'EIS est plus restreinte : elle est effectuée par le bureau d'études en charge de mener l'EIS, et prend une demi-heure dans le temps des premières réunions. Les éléments diffusés, sur l'EIS, les déterminants de la santé comme sur les inégalités sociales de santé dépendent donc de l'équipe évaluatrice et de sa conception de la démarche.

La réunion de pré-lancement de l'EIS Hébert ne réunit que huit participant·es (dont la chercheuse), sans le bureau d'études qui n'a pas encore été officiellement désigné. Les enjeux

⁵²⁵ Rapport de l'EIS du Pontreau, mars 2020.

⁵²⁶ Extraits de carnet de terrain, 13 et 20 juin 2019.

de la démarche à Hébert y sont présentés. L'objectif de cette réunion de pré-lancement est de définir les objectifs de l'EIS pour affiner la commande pour le bureau d'études : elle réunit entre autres l'ARS qui finance la démarche par le biais de l'AMISEAD, l'équipe évaluatrice de la ville de Paris en tant qu'experte de la démarche, une technicienne de la ville de Paris liée au projet, et les équipes concernées du commanditaire : l'équipe du projet et la responsable innovations, à l'origine de la démarche. E., qui représente l'AMISEAD, présente la démarche d'EIS⁵²⁷.

Les inégalités sociales de santé sont évoquées pendant la réunion en lien avec la concertation habitante : l'identification des populations vulnérables « peu touchées par la concertation »⁵²⁸ comme une des recommandations pour « mener à bien l'EIS ». Dans les pistes de réflexion évoquées ensuite pour poursuivre la démarche, le compte-rendu de la réunion souligne l'importance de « ne pas se contenter des ateliers de concertation, mais [d']aller chercher d'autres populations, les groupes cibles que l'on souhaite entendre » afin « d'identifier les groupes de population vulnérable et de contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé » et de s'appuyer sur le réseau local d'acteurs et d'actrices pour tenter de les atteindre. Un point de vigilance sur la construction des espaces publics afin qu'ils puissent être investis par les publics-cibles de l'EIS, qui doivent encore être identifiés, est posé également.

La majorité des actrices présentes à cette réunion est déjà largement acculturée à l'EIS, soit qu'elles en mènent, soit qu'elles en fassent la promotion, mais ce n'est pas le cas pour l'équipe de commanditaires : on peut supposer que l'insistance sur les inégalités sociales de santé montre la volonté notamment de l'ARS⁵²⁹, à l'origine de l'AMI, de faire de la réduction des inégalités une priorité dans la démarche.

La réunion de lancement, en février 2020, réunit les mêmes personnes et y ajoute l'équipe évaluatrice de l'EIS, et l'élu en charge du renouvellement urbain de l'arrondissement accompagné d'un chargé de mission. Pendant cette réunion, c'est l'équipe évaluatrice qui présente la démarche, de façon plus complète et pédagogique que pendant la réunion de lancement. La définition de la santé de l'OMS et celle de l'EIS donnée par le consensus de

527 E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

528 Compte-rendu de la réunion de pré-lancement de l'EIS Hébert, 19 novembre 2019.

529 Extrait de carnet de terrain, 19 novembre 2019.

Göteborg sont données, avec une insistance sur le risque d'aggravation des inégalités sociales⁵³⁰. Cette présentation de la démarche se conclut sur le fait que la dimension sociale du projet, notamment en termes de prise en compte des inégalités sociales est un « angle mort », quelque chose « qui n'a pas encore été pensé »⁵³¹ du projet que ne s'est pas encore penché « sur les impacts différenciés selon les différents groupes de populations vulnérables » et que c'est donc dans cette analyse que réside la plus-value de l'EIS. La prise en compte des inégalités sociales est donc mise en avant dans les premiers temps de l'EIS Hébert : cette idée tient donc une place importante dans l'acculturation à la démarche, des commanditaires en particulier, mais aussi des autres membres du comité technique.

À Choisy-le-Roi, la première réunion réunit huit personnes, la coordinatrice de l'Atelier Santé-Ville et du CLS, des représentant·es de l'ARS et de l'ADEME en tant qu'organisme financeur dans le cadre de l'AMI, une représentante du centre social, les deux : comme dans les autres réunions de lancement de l'EIS, la définition de la santé de l'OMS ainsi que celle de l'EIS par le consensus de Göteborg est donnée⁵³², et la réduction des inégalités sociales de santé est présentée dans les enjeux transversaux de la démarche, au même titre par exemple que la favorisation de la participation citoyenne. L'EIS y est présentée comme un outil d'aide à la décision pour les « acteurs locaux ». La participation est aussi présentée comme « au cœur de la démarche ». La population cible de l'EIS désignée dans le cahier des charges était les personnes âgées, en anticipation du vieillissement de la population du quartier, mais il n'y a pas beaucoup de personnes âgées : au cours de cette première réunion, la possibilité de mener une étude spécifique sur le vieillissement est évoquée⁵³³, et sera validée plus tard. Le bureau d'études présente les différentes étapes de l'EIS de façon poussée, en insistant sur l'assistance concrète dont elles auront besoin à chacune de ces phases et sur le caractère collaboratif de la démarche. Des axes à observer pendant le cadrage sont désignés : « espaces verts/forte présence du végétal », « solidarités / cohésion sociale / Vivre-ensemble » et « adaptation / anticipation du vieillissement », et d'autres sont présentés comme intéressant : « environnements physiques », « comportements sains » et « enfance / éducation / prévention » : on voit là poindre un deuxième public-cible de l'évaluation potentiel, qui sera lui aussi validé plus tard. Les inégalités sociales de santé ne sont pas beaucoup abordées

530 Extrait de carnet de terrain, 4 février 2020.

531 Compte-rendu de la réunion de lancement élargi de l'EIS Hébert, 4 février 2020.

532 Extrait de carnet de terrain, 15 janvier 2020.

533 Extrait de carnet de terrain, 15 janvier 2020.

directement, mais infusent les échanges, tant, car les commanditaires souhaitent préserver les solidarités présentes entre les habitant·es du quartier, c'est un de ses points forts sur lesquels ils insistent, que parce que leur réflexion est déjà engagée sur les publics auxquels être vigilant·es.

Ainsi, les formations des commanditaires sur nos trois cas d'études ont des bases communes attendues, mais il existe des variations quant à l'importance de certains thèmes, notamment les inégalités sociales de santé. La formation COMODEIS en Nouvelle-Aquitaine n'en fait pas un thème central, mais en parle tout de même à la fois pendant la présentation de la démarche lors de la première demi-journée et au moment du pré-cadrage sur les populations-cibles. À Choisy-le-Roi, le bureau d'études est le même qu'à Niort, même si ce ne sont pas les mêmes personnes, et les supports se ressemblent donc entre l'introduction à l'EIS dans les premières réunions. La réduction des inégalités y est abordée et les publics-cibles de l'EIS y sont discutés. C'est à Paris que la thématique tient la place la plus importante dans la formation, mais c'est aussi, car c'est sur ce thème qu'a répondu le bureau d'études, et ce à quoi s'attendaient les commanditaires. C'est le seul projet qui n'est pas dans un territoire en politique de la ville, et dont le commanditaire n'est pas une institution publique, dont la réduction des inégalités n'est pas le cœur de métier : la question n'était donc que très peu traitée dans le projet initial. Ainsi, à l'issue des premières réunions de l'EIS, les membres du comité technique et en particulier le cercle restreint qui le constitue c'est-à-dire le service commanditaire et les services invités les plus impliqués, ont une connaissance théorique de ce qu'est l'EIS et de ce qu'elle recouvre, et ont entendu parler des inégalités sociales de santé, et de la façon dont l'EIS peut les prendre en compte et contribuer à les réduire.

2.2 Cadrer l'EIS : occasions, facilités et opportunités manquées

La sélection des périmètres de l'EIS est un point clé pour la prise en compte des inégalités sociales de santé, aussi bien les périmètres physiques comme le périmètre géographique sur lequel mener l'analyse ou le périmètre des composantes du projet à analyser, qui va souvent de pair et qui identifie l'emprise à étudier, que le périmètre des

déterminants, qui complète le premier, mais surtout le périmètre populationnel, qui détermine les public-cibles de la démarche. Nous nous pencherons d'abord sur le périmètre géographique et verrons comme le consensus dans son choix est souvent facile à obtenir, puis sur le périmètre populationnel, qui fait l'objet d'intenses négociations dans l'EIS de Paris et beaucoup moins dans nos deux autres études de cas, ainsi que sur les difficultés à prendre effectivement en compte toutes les populations effectivement potentiellement impactées par le projet, et enfin nous nous arrêterons sur le cadrage des déterminants, plus que tout autre influencé par les représentations de la santé des personnes qui mènent la démarche.

2.2.1 Le cadrage géographique : peu de contradictions, mais des interrogations sur la pertinence

Pendant la phase de cadrage, l'équipe de l'EIS choisit les échelles les plus intéressantes à observer dans l'EIS en fonction des déterminants et des étapes de l'EIS : par exemple, si les recommandations doivent *a priori* se cantonner à l'échelle du projet observé, l'échelle d'analyse des impacts peut être plus large, pour obtenir une vision plus globale sur les populations, sur les flux, la gentrification...⁵³⁴

Des périmètres généralement peu débattus

En réalité, le cadrage géographique de l'EIS fait rarement l'objet de beaucoup de négociations directes pendant la phase de cadrage, au moins dans nos études de cas. Il est adapté en fonction des déterminants. Par exemple, pour l'EIS de Choisy-le-Roi, pour l'alimentation, l'analyse a été menée à l'échelle du quartier élargi et même de la ville entière. Le projet prévoyait la mise en place d'agriculture urbaine, mais l'analyse a montré qu'il y en avait déjà à proximité qui permettait d'alimenter la cuisine centrale de la ville, l'idée a été repensée pour en faire une offre complémentaire⁵³⁵. De la même manière, les recommandations ne sont pas toutes construites à la même échelle. La figure 22 montre que les recommandations non plus ne sont pas toutes formulées à la même échelle : la carte 1 montre les recommandations concernant les équipements publics, qui nécessite une vision

534 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

535 Entretien avec J., Grand-Orly Seine-Bièvre, lire l'encadré page Erreur : source de la référence non trouvée.

élargie, et la carte 2 les recommandations qui concernent les espaces de rencontre, qui se font à l'échelle du quartier.

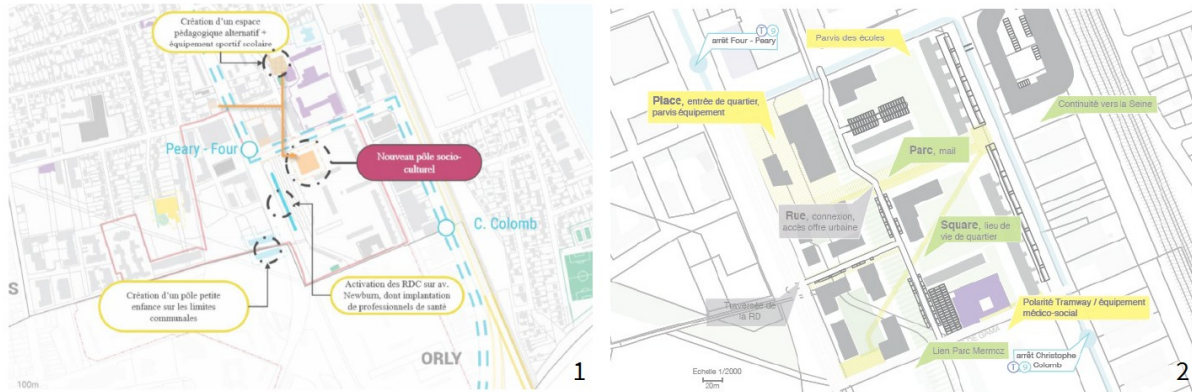


Figure 22: Différentes échelles de recommandations pour l'EIS de Choisy-le-Roi. Source : Novascopia, rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi, respectivement pages 61 et 62.

Il en est de même dans nos autres études de cas : à Niort, les recommandations relatives aux déplacements se font à une échelle plus large que celle du périmètre du projet directement, relativement restreint puisqu'il s'agit uniquement des pieds d'immeubles du quartier. « [...] Ça ne peut pas se faire à l'échelle d'un espace comme celui des tours du Pontreau, c'est une politique beaucoup plus large, qui est liée aux transports publics, aux mobilités en général. »⁵³⁶ Pour y parvenir, les recommandations de l'EIS ont été intégrées dans des schémas plus larges. De la même manière, à Paris, une partie prenante commente et donne en exemple les équipements sociaux :

« Ce que j'ai trouvé intéressant c'est qu'on a eu pas mal de dialogue [...] entre la Ville au sens large et les prestataires, ce qui a permis d'éviter certaines impasses, d'avoir un projet qui était trop auto-centré sur le périmètre de l'opération qui fait cinq hectares parce qu'on voit bien que les enjeux de santé, ça ne se joue pas à cette échelle-là. [...] C'était trouver le bon équilibre entre une réponse locale et des interrogations et des actions qui se situent forcément à une autre échelle. »⁵³⁷

Quoiqu'il en soit, dans le choix du périmètre géographique de l'EIS, la question des inégalités sociales de santé n'est pas abordée : les critères de choix sont ceux de la pertinence

⁵³⁶ Entretien avec F., ville de Niort, lire l'encadré page 247.

⁵³⁷ Entretien avec M.-P., ville de Paris, lire l'encadré page 252.

du niveau d'action, et se font plutôt en fonction des déterminants choisis. On peut tout de même noter qu'à Choisy-le-Roi, il a été demandé en phase de cadrage à l'équipe évaluatrice d'analyser le projet du NPNRU dans son ensemble au regard des déterminants de la santé, afin d'identifier les éléments plus pertinents sur lesquels se pencher dans l'EIS, les manques à combler. En réalité, dans toutes les EIS, le projet envisagé est analysé dans la phase de cadrage, mais pas de façon aussi systématique, et cela ne donne habituellement pas lieu à un rendu spécifique, comme c'est le cas ici : ce rapport est disponible en annexe de l'EIS. Si la question des inégalités sociales de santé n'est pas abordée directement dans cette analyse du projet, celle-ci permet de donner un relief particulier au cadrage de la démarche, et aux réflexions quant à la spécificité de mener une EIS sur un quartier prioritaire de la politique de la ville. Le reste de l'EIS ne s'est pas bien déroulée et il ne reste pas grand-chose de cette coloration spécifique dans le rapport final, mais l'idée n'en est pas moins intéressante.

Le périmètre géographique et les limites de l'EIS : arbitrages politiques

C'est dans l'EIS Hébert que la question du périmètre pertinent revient le plus souvent. C'est ce que relève un de nos enquêtés : « Sur Hébert, on s'est vite retrouvé avec des problèmes de périmètre, qui ont été constants. »⁵³⁸ C'est surtout la question des sans-abris, en particulier les usager·es de drogues, qui semble poser problème ici⁵³⁹. Ainsi, il a été souligné plusieurs fois que certains problèmes dépassent les bornes de l'EIS, et qu'il est difficile voire impossible d'espérer les traiter à cette échelle, par différent·es acteur·ices mais tout particulièrement ceux de la mairie du 18^e. Pour un de nos enquêtés, c'est là une des limites claires de l'EIS :

« C'est toute la question de l'échelle et du périmètre qui peut être difficile, et sur lesquels forcément on ne prend pas les arbitrages qui sembleraient les plus opportuns dans le cadre de l'EIS, mais c'est la limite de l'EIS, de s'intéresser au projet, aux réponses qui peuvent être apportées dans le projet. »⁵⁴⁰

Ainsi, la question des périmètres peut aussi servir de motif pour refuser la mise en place d'une recommandation pour des raisons politiques : le périmètre géographique se confond

538 Entretien avec C., cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris, lire l'encadré page 268.

539 Nous revenons plus en détail sur la question des sans abris dans l'EIS Hébert dans la sous-partie suivante :

Chapitre 6. 2.2.2 Le choix des publics-cibles : les habituel·les, les négocié·es et les oublié·es, page 309.

540 Entretien avec C., cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris, lire l'encadré page 268.

avec celui des prérogatives du commanditaire. Cela dépend de la volonté des commanditaires ou de la commune dans laquelle le projet s'insère. À Hébert, la mise en place de toilettes publiques dans les futurs espaces publics a été refusée au motif que cela dépassait les prérogatives des commanditaires, ainsi que pour éviter la fixation des populations de sans-abris, alors que les toilettes publiques « servent à tout le monde, en particulier aux enfants ! » nous explique un de nos enquêtés⁵⁴¹. Une de nos enquêtées nous explique qu'ailleurs, sur une EIS hors de nos cas d'études, menée à Villeurbanne, un élu est parvenu à faire baisser la vitesse sur le périphérique pour limiter la pollution atmosphérique dans un collège, en portant la recommandation auprès de l'intercommunalité⁵⁴². Sur le périmètre géographique comme sur les autres périmètres, ce sont des arbitrages politiques qui règlent les négociations. Le périmètre géographique se confond avec celui des prérogatives et des objectifs des commanditaires.

Le périmètre pertinent dans les EIS, entre échelle de l'habitant·e et réponses à des problématiques plus larges

Finalement se pose la question du périmètre idéal dans l'EIS. Nos enquêtés ne s'accordent pas sur cette question. Un de nos enquêtés qui a participé à l'EIS de Niort estime que l'EIS doit se faire à l'échelle du quartier si on veut y faire participer les habitant·es :

« L'EIS si on veut qu'elle soit pertinente, [...] et conduite avec des habitants, il faut qu'elle soit posée à des échelles qui parlent aux habitants. [...] L'EIS, si on veut que ça réponde aux usages, il faut que ce soit mené sur des échelles de petite dimension. »⁵⁴³

Pour un autre, praticien surtout en Nouvelle-Aquitaine, l'échelle du projet urbain est adaptée s'il s'agit d'un projet de petite taille. Il compare l'EIS de Châtelleraut, sur la réhabilitation d'un immeuble ancien dans le centre-ville, où l'EIS a permis d'apporter « une plus-value très directe », et l'EIS de l'Île-de-Nantes, sur un projet d'une ampleur bien supérieure, où pour lui l'EIS a surtout servi d'argument marketing dans une sorte de *health-washing* car les commanditaires n'avaient pas du tout la main sur suffisamment d'éléments pour appliquer les recommandations de toute façon⁵⁴⁴. Mais à Paris, C., un de nos enquêtés

541 Entretien avec X., École Normale Sociale, lire l'encadré page 265.

542 Entretien avec M., IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 277.

543 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

544 Entretien avec P., PB Consultant, lire l'encadré page 258.

considère au contraire que « [...] l'EIS pourrait avoir un intérêt si elle était non pas effectivement sur un projet urbain, mais sur un quartier plus large, et avec différentes échelles d'étude selon les sujets ». ⁵⁴⁵ On l'a dit, en théorie, les périmètres varient justement en fonction des enjeux. Peut-être que cette nuance a échappé à C. : il est arrivé sur l'EIS à la fin de la phase de cadrage, et n'a pas reçu de formation sur le sujet, a dû s'acculturer au fur et à mesure de la démarche. Son collègue qui a suivi la démarche de bout en bout a un avis sur la question plus nuancé même s'il n'a pas été complètement conquis par la démarche non plus ⁵⁴⁶. Finalement, une de nos enquêtées conclut sur la question : pour elle, l'objectif est de parvenir à « atterrir sur des propositions qui [font] suffisamment consensus, ou qui [font] suffisamment écho à des démarches ou des positions politiques qui sont prises à l'échelle de l'arrondissement ». ⁵⁴⁷ Le bon périmètre est donc celui sur lequel on tombe d'accord.

Ainsi, la question du périmètre géographique de l'EIS est un sujet qui fait rarement l'objet de beaucoup de négociations, même s'il peut être remis en cause plus tard, et la réduction des inégalités sociales de santé n'entre pas vraiment en jeu dans ce choix, sauf s'il s'agit de sujets politiquement sensibles. On ne saurait reprocher aux acteurs et actrices de l'EIS Hébert ce périmètre ineffectif pour réduire les impacts différenciés sur les exilé·es, il n'est pas possible de réguler des dynamiques internationales depuis un projet urbain aussi conséquent qu'il soit, mais ce constat interroge sur le type de projet sur lesquels les EIS sont menées en général. Une praticienne de l'EIS, va plus loin : « J'aimerais élargir le périmètre, sur des questions beaucoup plus sociétales. » ⁵⁴⁸ La question se pose donc, ne serait-il pas pertinent de se servir (aussi) de l'EIS pour scruter des politiques plus structurantes, à une échelle plus importante, qui aurait une action plus importante sur la réduction des inégalités sociales (de santé) ?

2.2.2 Le choix des publics-cibles : les habituel·les, les négocié·es et les oublié·es

⁵⁴⁵ Entretien avec C., cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris, lire l'encadré page 268.

⁵⁴⁶ Entretien avec Ch., cabinet du maire du 18^e arrondissement, lire l'encadré page 316.

⁵⁴⁷ Entretien avec M.-P., ville de Paris, lire l'encadré page 252.

⁵⁴⁸ Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

Le choix des publics-cibles dans l'EIS a lieu pendant l'étape de cadrage, parfois pendant l'étape de sélection, ce qui le fait déjà apparaître dans les cahiers des charges à destination des opérateurs et opératrices de l'EIS. Cette sélection a lieu à partir d'une analyse des populations présentes sur le territoire, celles étant identifiées comme plus vulnérables que les autres faisant l'objet d'une analyse plus fine des impacts sur la santé. La population n'est donc plus perçue comme d'un bloc unique, mais comme constituée de différents groupes ayant leurs propres caractéristiques et sensibilité en termes de santé. Nous nous pencherons d'abord sur l'identification des publics cibles dans nos études de cas, et sur le peu de négociations que cela entraîne, car le choix s'oriente très souvent sur les mêmes publics, à l'exception de l'EIS Hébert où la tentative d'introduire un public différent se solde par un échec partiel. Nous considérerons ensuite les publics qui échappent très souvent à l'EIS et qui pourtant sont particulièrement sensibles.

Les habituel·les : qui l'EIS choisit de considérer comme public-cible ?

Dans nos études de cas, les publics-cibles sélectionnés sont effectivement les populations fragiles identifiées sur les espaces de projet, comme doit le faire l'EIS.

Pour l'EIS de Niort, les populations-cibles ont été identifiées et validées très rapidement. Lors de la première réunion du comité restreint, la question de faire des enfants un public-cible est proposée : ils sont en réalité « peu nombreux »⁵⁴⁹ dans le quartier, mais les écoles à proximité justifient pour les participant·es de les y inclure⁵⁵⁰. Lors de la réunion du comité technique deux semaines plus tard, en quelques minutes et sans tellement de négociations, « les enfants et les adolescents », « les personnes âgées et personnes à mobilité réduite » et « les résidents des tours » sont validé·es comme publics cibles de la démarche, avec l'intention de porter une attention particulière aux problématiques de santé mentale⁵⁵¹. Il s'agit de publics que l'on retrouve souvent dans l'EIS.

La présence dans les publics-cibles des résident·es des tours du Pontreau reflète une des particularités de la méthodologie mise en place par Novascopia pour l'appréhension des publics-cibles de l'EIS, que l'on retrouve également dans les rapports des autres EIS menées par ce bureau d'études. Ainsi, en plus des populations vulnérables identifiées dans l'espace du

549 Extrait de carnet de terrain, première réunion du comité restreint de l'EIS du Pontreau, 11 juin 2019.

550 Regarder la carte de situation, figure 17 page 197.

551 Extraits de carnet de terrain, première réunion du comité technique de l'EIS du Pontreau, 20 juin 2019.

projet, les populations concernées par le projet, c'est-à-dire les habitant·es, ou les usager·es de façon plus générale des espaces du projet sont aussi inscrites comme population-cible. Populations-cibles et populations vulnérables ne se recouvrent pas totalement. Cette façon de faire permet de créer une cohérence entre les populations désignées comme cibles dans la phase de cadrage et celles visées pendant la phase de recommandations, et de formuler ainsi des recommandations précises. De plus, dans notre cas, comme les tours du Pontreau sont des tours d'habitat social dans un quartier prioritaire de la politique de la ville, cette population est aussi une population relativement précaire. Il est donc justifié d'y être vigilant·e dans le cadre de l'EIS. La raison avancée dans le rapport de l'EIS pour ce choix n'est pourtant pas celle de leur relative précarité, mais celui qu'il faut les impliquer, car c'est leur cadre de vie qui est concerné⁵⁵². Pour autant, si cet argument peut s'entendre en matière de participation, on peut s'interroger sur l'intérêt de définir une telle population comme cible dès la phase de cadrage. Par la nature même du projet, les habitant·es des tours sont les populations-cibles du projet, il n'est donc pas nécessaire de le préciser : leurs besoins en tant que population générale sont de toute façon pris en compte dans le projet. Un tel mélange des genres minimise la place accordée aux populations les plus vulnérables, qui se trouvent ainsi fondues dans une masse de population auxquelles faire attention pour des motifs variés. On peut imaginer que cela soit favorable à la réduction des inégalités sociales de santé. Si tous les publics sont des publics-cibles, plus aucun ne l'est vraiment, et les actions en faveur des populations les plus fragiles se trouvent diluées dans les autres.

À Choisy-le-Roi, les personnes âgées sont désignées dès le cahier des charges comme la population visée par l'EIS, non pas qu'elles soient particulièrement nombreuses dans le quartier, mais plutôt pour anticiper le vieillissement de la population. La possibilité de mener une étude séparée est évoquée, puisque le quartier comme la ville sont plutôt jeunes. Ainsi, peu de négociations lors de la réunion de lancement en comité restreint : le public-cible est tout choisi⁵⁵³. Pourtant, le commanditaire choisit rapidement de mener une étude spécifique sur la question du vieillissement, extérieure à l'EIS, par un autre bureau d'études. Ce n'est donc plus la peine de mener l'EIS sur le vieillissement : les deux études diraient sensiblement la même chose. Il n'y a plus le temps de chercher à constituer un autre public-cible. L'EIS se retrouve donc sans public-cible à la fin de sa phase de cadrage même si pendant le premier

552 Novascopia, *Rapport de l'EIS de Niort*, février 2020, page 19.

553 Extrait de carnet de terrain, réunion de lancement de l'EIS de Choisy en comité restreint, 15 janvier 2020.

comité technique qui se tient un mois et demi après la première réunion, la possibilité de se pencher plus particulièrement sur « les femmes ou les enfants »⁵⁵⁴ est évoquée. Qu'à cela ne tienne, elle poursuit sa route malgré tout, aussi parce que la crise sanitaire et le confinement qui commence quelques semaines plus tard restreint la possibilité de se réunir et de réfléchir collectivement à la question. Pendant la phase d'analyse, l'impact sur des populations particulières de certaines composantes du projet est montré, et la revue de la littérature insiste aussi parfois sur ces impacts différenciés, mais aucune population cible de l'EIS n'est énoncée dans le rapport, et aucune recommandation n'est formulée vers un groupe spécifique, pas même les habitant·es du quartier, public habituellement désigné comme cible dans les EIS menées par Novascopia.

Ces deux EIS correspondent donc au schéma habituel de choix des publics cibles dans les EIS. En effet, les enfants sont les publics qu'on retrouve le plus souvent comme cibles de l'EIS, dans presque les trois quarts des EIS qui en précisent. On trouve ensuite les personnes âgées, dans plus des deux tiers. Ce sont donc les publics habituels de l'EIS. Il ne s'agit pas de nier la vulnérabilité effective de ces populations, qui sont effectivement sensibles à l'environnement urbain, mais plutôt de s'interroger sur l'apport effectif de l'EIS sur ces questions, qui sont déjà de plus en plus fréquentes dans les projets urbains. De façon caricaturale, on pense de plus en plus souvent à installer des jeux pour les enfants ou des bancs pour les personnes âgées, quand il est plus rare de trouver des aménagements pensés pour d'autres publics. Les personnes précaires (sous des intitulés parfois différents, comme chômeurs) et les femmes (régulièrement lié à leur statut de mère) sont aussi régulièrement mentionnées, dans six EIS sur dix. Il s'agit déjà de populations moins souvent intégrées dans les réflexions. Pour les personnes précaires, si le projet en question est mené dans un quartier prioritaire, on considère implicitement que cela va améliorer leur situation, donc leur santé, et si le projet n'a pas lieu dans le cadre de la politique de la ville, elles n'apparaissent que très rarement, car peut-être pas suffisamment nombreuses pour avoir un impact. Les réflexions autour de l'aménagement de la ville pour les femmes sont nombreuses, sans qu'elles aient encore donné beaucoup d'émules en matière de mise en application, au-delà de mesures sécuritaires. D'autres populations vulnérables enfin sont rarement prises pour cibles dans les

554 Extrait de carnet de terrain, première réunion du comité technique de l'EIS de Choisy, 2 mars 2020.

EIS, par exemple les jeunes qui sont aussi mentionné·es dans deux EIS sur cinq, ou les personnes étrangères qui reviennent dans un peu moins d'une EIS sur cinq, sans même parler de publics carrément oubliés dans les EIS, comme nous le verrons bientôt.

On peut regretter qu'une plus longue réflexion ne soit pas portée sur ce choix. On l'a dit, dans un cas comme dans l'autre, la question des publics-cibles est rapidement évacuée au cours des premières réunions, sans plus de justification que leur présence dans un quartier même en faible proportion.

Les négocié·es : l'exemple des sans-abris à Hébert, négociations et arrangements autour d'une catégorie dévalorisée d'usager·es du quartier

Pour l'EIS Hébert, la grille Urban-ISS⁵⁵⁵ permet une analyse fine des populations potentiellement impactées par le projet urbain. Pour chaque déterminant, les impacts sur chaque groupe de populations sont déterminés et permet ainsi de faire ressortir cinq publics particulièrement concernés : les femmes, les personnes âgées en particulier à cause du risque d'isolement social, les ménages modestes, les jeunes entre 16 et 26 ans, et les « personnes très précaires en errance ». C'est surtout cette catégorie de personnes qui nous intéresse ici, car les deux autres sont assez fréquemment choisies comme public-cible dans les EIS, quand la dernière apparaît, à notre connaissance, pour la première fois dans une EIS.

Les pratiques de vie des sans-abris sont considérées comme déviantes par les personnes extérieures, notamment les pratiques de l'espace public. Celui-ci est pensé comme lieu de passage, or les personnes sans abris sont contraintes d'y rester et le dévie ainsi de son usage normal⁵⁵⁶. Les sans-abris sont donc largement vu·es comme des populations indésirables à éloigner plutôt que comme des habitant·es à part entière de la ville, comme le traduit la prolifération des aménagements et mobiliers urbains anti-SDF et le traitement sécuritaire plutôt que social de la question⁵⁵⁷. Ne pas avoir de domicile éloigne les populations sans abri de la citoyenneté : l'inscription sur les listes électorales qui donne l'accès au vote par exemple

555 Lire l'encadré « La grille Urban-ISS » page 259.

556 Claudia Girola, « Chapitre xv. Et pourtant les personnes sans abri sont toujours là... Des frontières aux fondements de l'espace public » dans Denis Merklen et Étienne Tassin (eds.), *La diagonale des conflits : Expériences de la démocratie en Argentine et en France*, Paris, Éditions de l'IHEAL, 2018, p. 263-277.

557 Daniel Terrolle, « La ville dissuasive : l'envers de la solidarité avec les sdf », *Espaces et sociétés*, 2004, vol. 116-117, n° 1-2, p. 143-157.

est conditionnée au domicile, même si la loi DALO de 2007⁵⁵⁸ permet de s'inscrire aux personnes qui peuvent prouver avoir des liens avec une commune⁵⁵⁹. Les projets urbains ne prennent généralement pas en compte ces populations marginales, pour qui la configuration des espaces publics est pourtant très importante⁵⁶⁰.

Pendant la phase d'analyse s'est tenu un **atelier participatif avec des « [acteur·ices] intervenant auprès des populations précaires en errance »**, qui rassemble l'équipe EIS de la Ville de Paris, une représentante du CAARUD⁵⁶¹ Aurore, l'équipe évaluatrice accompagnée d'une animatrice pour la concertation. Il s'agit donc d'une personne qui s'occupe essentiellement des personnes sans-abri usagères de drogues. Le premier temps de l'atelier rappelle que les marges de manœuvre d'Espaces Ferroviaires sont limitées aux espaces publics et à l'offre de logement et à moyen voire à long termes, quand le quartier sortira de terre, mais que les informations qui seront transmises pourront permettre des améliorations à plus court terme aussi et serviront à convaincre notamment la ville de Paris de mettre des choses en place pour améliorer la vie des personnes concernées. Ensuite, la représentante de l'association décrit les publics qu'elle suit, les lieux qu'elles fréquentent et les difficultés qu'elles rencontrent, notamment pour se déplacer et trouver des endroits tranquilles. Elle décrit les éléments qui donnent une impression d'insécurité ou qui mettent vraiment en insécurité ces publics en errance, parmi lesquelles la pression policière, les difficultés d'hébergement pour les groupes la nuit, qui peuvent entraîner des violences, et les risques liés aux voitures et aux accidents de la route. À l'inverse, la création de relations et de solidarités entre habitant·es et usagèr·es de drogues entraîne un sentiment de sécurité plus important, pour les deux parties. Elles parlent aussi des difficultés d'accès aux soins, à l'eau, aux commerces, le manque d'endroits pour se reposer en sécurité, pour ranger ses affaires ou ses documents administratifs,

558 « Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (1). »

559 Laetitia Overney, « Prendre (sa) part. Habiter, c'est participer », *Participations*, 2017, vol. 19, n° 3, p. 23-48.

560 Alain Malherbe et Elisabetta Rosa, « Sans-abrisme et projet urbain: inconciliable? », *Zoom in| Zoom out on the Brussels city centre*, 2018, p. 109.

561 Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers et Drogues (CAARUD) sont des établissements médico-sociaux qui accueillent les usagers et usagères de drogues, avec des conditions réduites : ne pas consommer sur place, et respecter le personnel et les autres usager·es. Leur mission sont entre autre d'accueillir, d'informer, de dispenser des soins de première nécessité, de permettre l'accès à l'hygiène et au dépistage, de servir de médiation sociale et d'aide à la réinsertion, ainsi que de mettre à disposition du matériel de prévention des infections. Une des missions des CAARUD est aussi d'intervenir à proximité des centres pour rencontrer les usagers éventuels et de participer à la veille en matières de drogues et de toxicomanie. Il n'y a pas aux alentours du quartier Hébert de structures permanentes mises en place mais une équipe mobile ainsi qu'un espace de repos.

ainsi que l'absence de poubelles pour les seringues, d'endroit où charger son téléphone. Pour elle, les grandes structures d'hébergement collectif ne conviennent pas aux populations usagères de drogues, notamment car il faut y être sobre : mieux vaut des espaces individuels avec des espaces collectifs pour socialiser et un accompagnement socio-psychologique.

La question des populations sans-abris, en particulier usagères de drogues⁵⁶² apparaît dès la première réunion de l'EIS, évoquée par les membres de l'équipe EIS de la mairie de Paris, en particulier G.⁵⁶³ qui travaille à l'EIS de Gare des Mines, à proximité immédiate du site Hébert⁵⁶⁴ et qui partage cette problématique. Pour une des commanditaires :

« On nous a fait réaliser que ces populations en errance, ces populations usagères de drogue, étaient aussi des [habitant·es] du quartier. C'est bête à dire, mais on les voit toujours un peu comme des gens qu'on ne veut pas dans le quartier, qu'on essaie de faire fuir, mais en fait ils [et elles] sont là, c'est aussi des [habitant·es] du quartier, et à ce titre c'est important... [...] C'est toujours le même problème : on ne veut pas créer d'aménagement, mais aussi le fait qu'il n'y ait pas d'aménagement créé des conflits. [...] Du coup on a vraiment essayé d'en faire un quartier qui soit agréable pour eux [et elles], mais dès qu'on dit... Agréable, enfin adapté au moins. Du coup la crainte c'est qu'ils s'installent. »⁵⁶⁵

La tentative d'inclure leurs besoins dans le projet urbain, sans avoir été un échec complet, ne peut être considérée comme couronnée de succès non plus. La phase de cadrage permet de faire des sans-abris une des populations-cibles de l'EIS. Pendant la phase d'analyse, un atelier participatif avec des « [acteur·ices] intervenant auprès des populations précaires en errance » a été mis en place⁵⁶⁶, des échanges plus informels ont aussi eu lieu avec d'autres associations, notamment celles qui participent ensuite à l'atelier « associations » de la phase de recommandations. La mise en place d'hébergement spécialisée est évoquée à la suite de cet atelier et du reste de la phase d'analyse lors du comité de pilotage du 30 mars 2020, ainsi que d'un certain nombre de dispositifs dans l'espace public : des fontaines, des bornes

562 L'argumentaire autour du sujet dans l'EIS confond largement les deux.

563 Entretien avec G., SPSE, lire l'encadré page 140.

564 Regarder la carte page 201.

565 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

566 Lire l'encadré « atelier participatif avec des « [acteur·ices] intervenant auprès des populations précaires en errance », page 314.

de rechargement pour les téléphones portables, des casiers ou des consignes, des récupérateurs de seringues⁵⁶⁷ :

« On aimerait mettre en place une conciergerie, et cette conciergerie, comme on la veut la plus inclusive possible et que les associations nous ont dit que les besoins de ces personnes en errance c'est beaucoup de pouvoir stocker des affaires, prendre une douche, accéder à des sanitaires... Ou aussi accéder à un CAARUD donc un centre de jour *et caetera...* »⁵⁶⁸

Pendant la phase de construction des recommandations, un atelier avec les habitant·es a lieu, juste après l'annonce par Anne Hidalgo de sa volonté de déloger les usager·es et trafiquants de drogues du jardin d'Éole, proche du site, et dans le même temps de mettre en place plus de CAARUD dans Paris⁵⁶⁹. Pendant cet atelier, les habitant·es expriment leurs réticences voire leurs refus de voir mis en place de tels dispositifs dans leur quartier, et cette réticence est confirmée par X., qui travaille dans le quartier et relaie la parole d'associations habitantes « inquiètes »⁵⁷⁰. Qui plus est, la mairie du 18^e arrondissement, en particulier les membres du cabinet du maire ne voit pas cette idée d'un bon œil non plus. C'est le cas de C.⁵⁷¹, et de Ch.⁵⁷², qui estiment l'un comme l'autre que le problème va au-delà du 18^e arrondissement : la réponse doit être apportée dans un périmètre plus large que celui de l'EIS.

Ch. est chargé de mission au cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris en charge de l'urbanisme et la nature en ville quand nous le rencontrons, puis de l'urbanisme, du logement et de la vie locative après les élections de mai 2020. Il a une formation d'ingénieur, puis d'urban design et de Sciences Politique. Il participe aux COTECH et COPIL de l'EIS Hébert.

Finalement, les objectifs les plus ambitieux sont abandonnés, notamment les logements spécialisés et le centre d'accueil. Les recommandations mentionnent toujours les « personnes en errance » comme public-cible pour sept des vingt-quatre recommandations, sans préciser

567 Compte-rendu du comité de pilotage n°2 de l'EIS Hébert, 30 mars 2020.

568 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

569 L'interview en question est disponible ici : <https://www.franceinter.fr/emissions/l-invite-de-7h50/l-invite-de-7h50-08-juin-2021>.

570 Entretien avec X., Ecole Normale Sociale, lire l'encadré page 265.

571 Entretien avec C., cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris, lire l'encadré page 268.

572 Entretien avec Ch., cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris, lire l'encadré page 316.

de quelle manière la recommandation s'appliquent à elleux spécifiquement, sauf dans l'une d'entre elles, qui recommande de faire de la maison relai prévue « un lieu d'accueil pour les populations précaires et/ou désocialisées »⁵⁷³. Certaines mesures ont simplement changé de public-cible, ou plutôt celui-ci a été élargi. Il y a aussi des équipements sportifs qui permettent de recharger les téléphones qui apparaissent toujours.

« On avait quelques craintes parce qu'on avait des recommandations qui visaient à être assez inclusives notamment vis-à-vis des populations usagères de drogues, et on savait que ça pouvait être compliqué dans le contexte actuel à la fois temporel et géographique, aussi bien auprès des associations et des habitants... C'est vrai qu'auprès des associations ça a eu tout de suite un effet épidermique, mais aussi des services de la ville parce qu'après c'est eux qui gèrent ces espaces. »⁵⁷⁴

Finalement, les ambitions quant aux personnes sans abris sont clairement revues à la baisse : une de nos enquêtées nous explique : «[...] à un moment on s'est demandé si on faisait pas [...] de l'hébergement [pour les sans-abris] parce que c'était un besoin qui était fort. Donc ça, c'est quelque chose qui a été refusé par la ville de Paris. »⁵⁷⁵

« Au début on a supprimé le logement et puis après au fur et à mesure on a tout détricoté parce que c'était trop politique. Après c'est un peu la limite de l'aménageur, qui peut faire des propositions, mais au bout d'un moment c'est des questionnements qui nous dépassent un petit peu. »⁵⁷⁶

L'échec de cette tentative d'inclure effectivement les sans-abris dans l'EIS peut être imputé à plusieurs facteurs. En premier lieu, le contexte dans lequel s'est déroulée l'EIS : c'est ce que relève une actrice de la Ville de Paris : « Je pense que sans toute cette actualité [le démantèlement de la « colline du crack » en mai 2021 et la nouvelle répartition des personnes usagères de drogues dans le Nord de Paris], les sujets auraient pu aller plus loin. »⁵⁷⁷

En second lieu, la dimension politique de la question, exprimée surtout par la mairie :

573 Énergies Demain, *Rapport de l'EIS Hébert*, page 201.

574 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

575 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

576 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

577 Entretien avec M.-P., Ville de Paris, lire l'encadré page 252.

« La ville était mal à l'aise, parce que c'est vrai que nous à un moment on a proposé de créer de l'hébergement au sein du logement social [...] parce que c'était un besoin qui était fort. Donc ça c'est quelque chose qui a été refusé par la ville de Paris. »⁵⁷⁸

Cette sorte de NIMBY⁵⁷⁹ est exprimé par les habitant·es, les associations, le personnel politique, mais aussi par la direction générale d'Espaces Ferroviaires, soucieuse de la commercialité des quelques logements privés inclus dans le projet. Pour C., « installer [dans le quartier Hébert] les réponses qui seraient évidentes [pourrait] créer de la stigmatisation »⁵⁸⁰, il explique que « on [la mairie du 18^e] a préféré installer des logements au pied de la butte Montmartre pour ces populations-là, pour éviter les effets de fixation. » Notre enquêtée commanditaire conclue : « Là-dessus, c'est un des volets qu'on a pas pu le plus développé »⁵⁸¹.

Les oublié·es : des publics vulnérables que l'EIS oublie de prendre en considération

Les sans-abris ne sont qu'un exemple des populations difficiles à prendre en compte dans l'EIS. Certaines dimensions de la domination sociale restent impensées dans l'EIS, partiellement ou totalement : la race, la nationalité, la validité et la transidentité et la sexualité.

Dans l'EIS, des variations autour des critères d'âge, de genre et de précarité sont prises en compte, on l'a dit. Les autres caractéristiques sociologiques le sont moins régulièrement, voire pas du tout. Concernant la race, l'universalisme à la française empêche la création de statistiques raciales par l'État, ce qui empêche la mise en évidence des personnes racisées⁵⁸² dans les territoires de projet, et donc d'en faire des publics cibles, ni même de mesurer l'ampleur des inégalités de santé les concernant. Pour autant, les travaux sur la question

578 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

579 *Not In My BackYard*, que l'on peut traduire par « pas dans mon jardin ». L'expression apparaît dans les années 70, initialement surtout pour les conflits sur les enjeux écologiques. Il s'agit d'une réaction qui rejette la mise en place de certaines installations près de chez soi même si on est en accord sur le principe avec la nécessité de la mettre en place quelque part. (Denise Jodelet, « Le phénomène Nimby » dans *L'Environnement, question sociale*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 91-97.)

580 Entretien avec C., cabinet du maire du 18^e arrondissement de Paris, lire l'encadré page 268.

581 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

582 Les personnes racisées sont les personnes non perçues comme blanches : c'est le terme mobilisé par les militant·es de l'antiracisme politique pour s'auto-désigner. La racisation « désigne le processus par lequel un groupe dominant définit un groupe dominé comme étant une race », à la différence de la « racialisation » qui permet d'observer les logiques de production des hiérarchies raciales. Les personnes blanches sont donc racialisées mais en aucun cas racisées (Sarah Mazouz, *Race*, Paris, Anamosa, 2020, p. 48-49.)

menés notamment en Amérique du Nord mettent en évidence des différentiels de santé en fonction de la race⁵⁸³. Ce n'est pas une revendication nouvelle, mais depuis la crise sanitaire du COVID-19, les travaux en langue française, qui demandent à ce que ces questions soient considérées en France aussi se multiplient⁵⁸⁴. Le critère de la nationalité, ou plutôt de la non-nationalité française, pourrait permettre de contourner partiellement les manques concernant la race, dans un contexte où la production de statistiques raciales est impossible. Ils ne sont pourtant que peu mobilisés, sans doute aussi parce qu'obtenir l'autorisation de faire des études statistiques à partir de ces critères prend bien trop longtemps pour pouvoir être tenté dans le cadre d'une EIS. Une EIS de notre corpus tente d'intégrer les étrangers dans leurs réflexions en introduisant la possibilité qu'une partie des personnes ne parlent ou ne lisent pas le français⁵⁸⁵. Il s'agit de l'EIS de Plaine Commune : un des impacts différenciés identifié est que, face à une réorganisation des transports en commun, ces personnes seraient perdues, incapables de comprendre rapidement le nouveau fonctionnement du réseau, et donc empêchées de se déplacer. Pour y parer, l'EIS propose la mise en place d'une signalétique usant de pictogrammes, et la présence de médiateur·ices pour guider les usager·es dans les premiers temps de la mise en service du nouveau réseau.

La non-validité des personnes est abordée presque uniquement pour les handicaps de la mobilité. La législation française oblige en effet les concepteurs à appliquer des normes permettant notamment la circulation de fauteuils roulants dans les nouveaux espaces publics et la construction de logements aux normes dans les projets immobiliers. Les autres formes de handicap ne sont en revanche qu'assez peu prises en compte. Si la santé mentale est abordée dans l'EIS, notamment pour justifier la création de nouveaux espaces verts, c'est surtout l'amélioration de la santé mentale de la population générale qui est abordée. Des travaux ont pourtant été menés pour montrer comment adapter les espaces publics pour les personnes neurodivergentes⁵⁸⁶ ou selon les pathologies (handicap mental ou cognitif, surdité, cécité). De

583 Par exemple : J.C. Phelan et B.G. Link, « Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? », art cit ; Chantel Ramraj et al., « Equally inequitable? A cross-national comparative study of racial health inequalities in the United States and Canada », *Social Science & Medicine*, 1 juillet 2016, vol. 161, p. 19-26.

584 Par exemple : E. Azria et al., « Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19 », *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité & Senologie*, décembre 2020, vol. 48, n  12, p. 847-849 ; Judite Blanc, « Racisme et disparités de santé. L'impératif de l'équité en santé », *L'Autre*, 2021, vol. 22, n  3, p. 270-273.

585 A. Laporte et M. Dubreuil, *EIS de Plaine Commune*, op. cit.

586 Le concept de neurodiversité a été conçu par l'Australienne Judy Singer dans les années 1990. Il est utilisé pour désigner les personnes avec un fonctionnement cognitif diff rent, notamment celles qui reçoivent des

nombreux travaux ont été menés par exemple sur l'adaptation de l'environnement urbain aux personnes autistes, en travaillant notamment sur les ambiances sonores et sensorielles⁵⁸⁷, et concluent d'ailleurs généralement que de tels environnements sont aussi favorables aux populations neurotypiques. Des travaux similaires existent sur d'autres formes de handicap, comme la surdité, la cécité, le handicap mental ou cognitif, les troubles déments comme la maladie d'Alzheimer. Pour autant, c'est toujours en suivant une norme valido-centriste que sont construits les espaces publics⁵⁸⁸, et les EIS ne remettent pas en cause ces normes. Un de nos enquêtés souligne pourtant l'intérêt de se pencher sur de telles questions, en particulier pour ce qui concerne la conception des espaces publics : « Est-ce qu'on sait faire ? C'est là que l'EIS peut bousculer le plus ce qui nous semble être des évidences »⁵⁸⁹.

Les critères concernant la sexualité et la transidentité ne sont, à notre connaissance, jamais abordés dans les EIS, faute une fois encore de statistiques peut-être permettant de repérer ces populations, homosexuelles ou transgenres, alors que les inégalités de santé les concernant sont très importantes. Les espaces publics, déterminant de santé très souvent choisi dans les EIS, jouent un rôle particulièrement important dans leur inclusion dans la ville⁵⁹⁰.

Ainsi, les groupes les plus fragiles en termes de santé et les plus affectés par les inégalités sociales de santé que peut produire la ville ne sont que très rarement désignés comme cibles de l'EIS.

diagnostics psychiatriques, par exemple les personnes autistes, bipolaires ou hyperactives. Le terme est repris par les associations de personnes concernées pour dé-médicaliser leur conditions en présentant leur fonctionnement comme une alternative et non comme une pathologie. On parle aussi parfois de « neuroatypie », les personnes qui ne sont pas neurodivergentes sont ainsi qualifiées de neurotypiques. (Brigitte Chamak, « 5. Le concept de neurodiversité ou l'éloge de la différence » dans *Santé mentale : guérison et rétablissement*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2015, p. 41-49.

587 Danielle Toronyi, « Hidden geographies: design for neurodivergent ways of hearing and sensing », *Cities & Health*, 4 mai 2021, vol. 5, n° 1-2, p. 133-137 ; Anthony Clarke, Jos Boys et John Gardner, *Neurodivergence and Architecture*, Melbourne, Elsevier, 2022, vol.5, 387 p ; Eurydice Rayanna Lo Chan, « Neurodivergent Themed Neighbourhoods as A Strategy to Enhance the Liveability of Cities: The Blueprint of an Autism Village, Its Benefits to Neurotypical Environments », *Urban Science*, juin 2018, vol. 2, n° 2, p. 42.

588 Mathilde Mus, « Quelle place pour les personnes handicapées dans la société ? », *Le Journal des psychologues*, 2013, vol. 304, n° 1, p. 33-37.

589 Entretien avec C., mairie du 18^e arrondissement, lire l'encadré page 268.

590 Par exemple : Petra L. Doan, *Planning and LGBTQ Communities: The Need for Inclusive Queer Spaces*, New-York, Routledge, 2015, 379 p ; Viviane K. Namaste, « Genderbashing. Sexuality, Gender and Regulation of Public Space » dans Susan Stryker et Stephen Whittle (eds.), *The Transgender Studies Reader*, New York, Routledge, 2006, p. 584-600.

Pour une approche intersectionnelle dans le choix des publics cibles

En plus de choisir des publics cibles parmi des publics invisibles dans l'EIS, adopter une démarche intersectionnelle dans le choix des publics cibles serait sans doute fructueux. En effet, on l'a dit⁵⁹¹, certain·es individu·es cumulent des caractéristiques sociales défavorables pour leur santé, dont les effets se multiplient plutôt que de s'additionner. Pour nos études de cas, les difficultés pour prendre en compte la race par exemple rendent difficile la possibilité d'avoir une approche véritablement intersectionnelle. Pourtant, on peut tout de même proposer des pistes pour considérer plusieurs caractéristiques sociales des individus observé·es dans nos études de cas, à partir des données effectivement disponibles.

La considération de la catégorie « jeunes filles » peut être vue comme un premier pas vers l'intersectionnalité, puisque le public considéré a deux caractéristiques sociales, qui permet de formuler des recommandations spécifiques vers ce groupe, différentes de celles formulées pour « les jeunes » dans leur ensemble. À Niort, le public des « jeunes » est identifié aussi, sans considérer le genre des jeunes en question. Les jeunes en question sont surtout ceux qui n'ont pas d'endroits pour se retrouver et font donc du bruit dehors et posent des problèmes de voisinage. Il s'agit donc vraisemblablement de groupes de jeunes hommes, qui s'approprient l'espace public différemment des jeunes femmes, en l'occupant⁵⁹² quand, à partir de l'adolescence, les jeunes filles sont confinées à la sphère domestique⁵⁹³. À Hébert le genre des personnes sans-abris pourrait être pris en considération. Si les femmes ont moins de risque de se retrouver sans domicile et ont plus de chance d'obtenir un hébergement d'urgence que leurs homologues masculins, les risques de santé pour les femmes sans-abris sont plus importants⁵⁹⁴, ou au moins différents de ceux des hommes, notamment en matière d'hygiène, d'accès à la prévention pour les usagères de drogues⁵⁹⁵, et de risque d'agression sexuelle. À Choisy-le-Roi, même si ce public-cible a été finalement abandonné, les hommes et les femmes âgées ont des problématiques de santé un peu différentes. Au-delà des différences de

591 Lire Chapitre 1 2.3 Du spectre à la nébuleuse : de l'intérêt d'une approche intersectionnelle des inégalités sociales de santé page 63.

592 Édith Maruéjols-Benoit, *Mixité, égalité et genre dans les espaces du loisir des jeunes : pertinence d'un paradigme féministe*, phdthesis, Université Michel de Montaigne - Bordeaux III, Bordeaux, 2014.

593 Chafik Hbila, « Faciliter l'accès à l'espace public », *Cahiers de l'action*, 2011, vol. 32, n° 2, p. 83-94.

594 Marie Loison et Gwenaëlle Perrier, « Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection », *Déviance et Société*, 2019, vol. 43, n° 1, p. 77-110.

595 Florent Schmitt, « L'accès des femmes aux CAARUD : une discrimination négative indirecte » dans *Espaces genrés des drogues : parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*, Lormont, Le Bord de l'eau, 2022, p. 71-98.

pathologies développées, la retraite a une influence différente selon le genre des personnes : alors que la plupart des études se penchent sur la retraite des hommes, celles sur les femmes montrent qu'elles sont globalement mieux insérées socialement que les hommes, car ce n'est qu'un de leur rôle (celui de travailleuse) qui disparaît quand elles prennent leur retraite : elle garde leur fonction avec le reste de la famille, et celui d'exécution des tâches ménagères. Elles sont aussi plus à même de remplacer leur activité salariée par une activité bénévole. Aussi, les plus faibles retraites des femmes, qui ont souvent des carrières plus précaires et hachées que les hommes, leur donnent un statut socio-économique moins élevé que les hommes en arrivant à l'âge de la retraite⁵⁹⁶. Ainsi, déterminer le genre des personnes âgées d'un quartier permettrait de proposer des solutions plus adaptées à leurs besoins effectifs.

Ces exemples montrent l'intérêt d'un choix fin des publics cibles de l'EIS : une approche intersectionnelle permettrait d'obtenir un cadrage de la population plus fin, puis de proposer des recommandations plus précises en direction des populations effectivement les plus défavorisées et les plus « oubliées » dans le projet initial.

Finalement, le choix des publics cibles de l'EIS dépend beaucoup d'habitude des participant·es aux EIS, et ne fait, une fois de plus, pas l'objet de beaucoup de négociations ou de remises en question dans la plupart des cas. Si ce sont effectivement des publics vulnérables, comme les enfants, les personnes âgées et dans une moindre mesure les femmes et les personnes précaires (sans qu'une définition bien précise de ce dont il s'agit ne soit donnée dans la plupart des cas), ce ne sont pas nécessairement les publics les plus vulnérables qui sont pris en compte. On peut mettre en cause l'absence de statistiques qui empêche de voir la présence de ces populations spécifiques et de justifier de s'en préoccuper. On pourrait aussi considérer qu'il serait trop militant et donc mal vu par les participant·es à l'EIS de se pencher sur ces groupes particuliers, comme le montre le tollé suite à la mention de la non-mixité pour les jeunes filles dans l'EIS Hébert, ou l'échec de la tentative d'y inclure les populations sans abris.

⁵⁹⁶ Izarne Lizaso et Mainer Larrañaga, « Le genre à la retraite : effets différenciés sur la santé » dans *Genre et socialisation de l'enfance à l'âge adulte*, Toulouse, Érès, 2010, p. 191-203.

2.2.3 Le cadrage des déterminants

Le choix des déterminants de santé observés dans l'EIS joue un rôle important dans la réduction des inégalités sociales de santé. En effet, on l'a dit⁵⁹⁷, tous n'ont pas le même impact ni sur la santé de façon générale, ni sur toutes les populations.

Dans nos études de cas, des déterminants habituels de l'EIS

Dans l'EIS Hébert, les déterminants retenus dans l'analyse sont l'alimentation saine, l'activité physique, le sentiment de sécurité, la cohésion sociale, l'accessibilité, divisée en l'offre culturelle et l'offre de soins, l'accès à l'offre de logement pour les populations spécifiques, les déterminants environnementaux, c'est-à-dire la « surchauffe urbaine » et les nuisances sonores, et la qualité des espaces publics. Les déterminants environnementaux ne font pas l'objet de recommandations, car l'équipe évaluatrice considère que le sujet a déjà été traité dans d'autres études, et le commanditaire préfère se concentrer sur les déterminants sociaux, « angles morts » du projet jusque là.

À Niort, les déterminants retenus sont les espaces publics et les pratiques sociales, les espaces verts et la nature en ville, la mobilité et les déplacements, et la gestion des déchets, l'hygiène et la propreté. On peut considérer ce dernier comme original : il ne fait pas partie des déterminants habituellement considérés en tant que tels, il est d'habitude assimilé à d'autres, comme le cadre de vie. Il est intéressant à considérer, car il est à la croisée de plusieurs enjeux importants pour la réduction des inégalités sociales de santé, car il a une influence sur le quartier perçu, donc sur le bien-être des habitant·es et leur santé mentale, sur la cohésion sociale, car l'ouverture aux autres dépend aussi de la perception de son environnement.

À Choisy-le-Roi, les déterminants retenus sont la végétalisation et l'adaptation aux dérèglements climatiques, les activités physiques et le mode de vie actif vus comme co-bénéfiques pour la santé et le climat, et les espaces publics et les relations sociales. Le cadrage initial prévoyait de se pencher sur les déterminants, mais a progressivement dérivé ensuite au regard des difficultés à mener l'EIS.

597 Lire Chapitre 4. 3.1 Les déterminants pris en compte : reflet de la prise en compte des ISS ? page 165.

Des déterminants peu négociés

Pour construire le cadrage des déterminants, Novascopia et Énergies Demain usent de méthodes similaires : analyse des données socio-démographiques et économiques du quartier et entretiens avec des personnes-ressources.

En plus de cela, à Niort, la formation-action donnée dans le cadre de COMODEIS permet plus de discussion au sujet des déterminants à sélectionner. Le bureau d'études, à l'issue de cette formation, produit une cartographie des impacts, présentée figure 22. Elle représente une première idée des impacts du projet sur les déterminants de la santé et sur la santé, et aide à sélectionner les déterminants à considérer. Nous n'avons pas assisté à cette formation, néanmoins, la question de la propreté urbaine a été abordée par les techniciens à cette occasion, et intégrée aux déterminants à prendre en compte dans l'analyse des impacts.

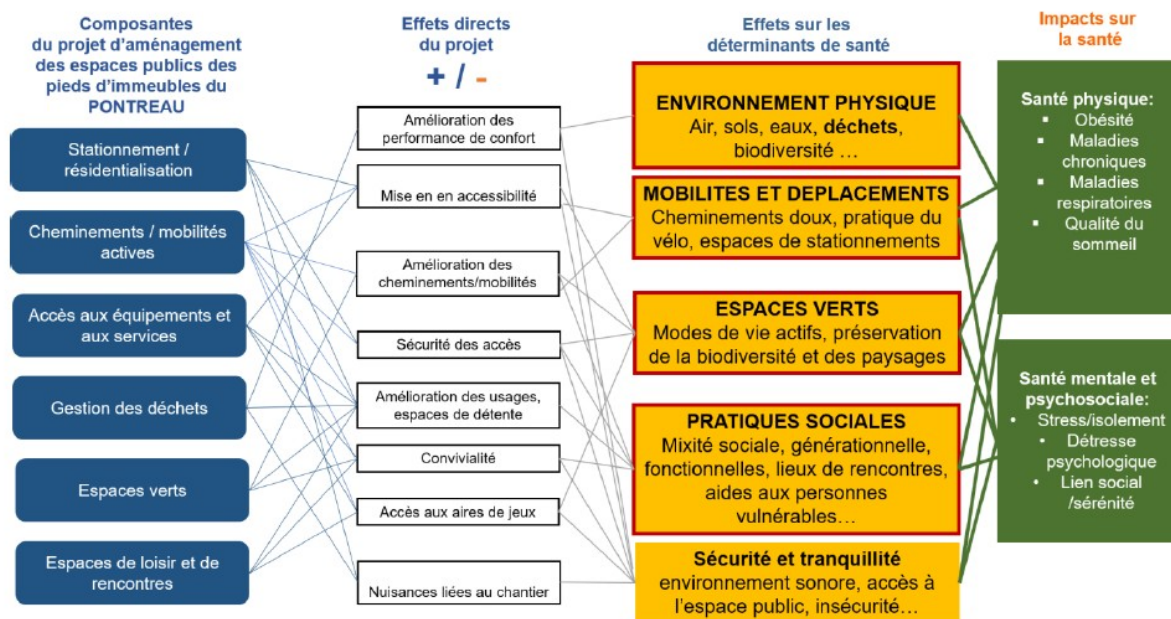


Figure 23: Cartographie des impacts de l'EIS du Pontreau. Source : Novascopia, Rapport de l'EIS du Pontreau, 2020, page 20

Ainsi, dans aucune de nos études de cas, le choix des déterminants ne fait l'objet de tellement de négociations, c'est plutôt après l'étape de cadrage que certains sont remis en cause, par exemple le logement à destination de populations spécifiques dans l'EIS Hébert. Les réunions de cadrage se déroulent sans que les propositions des bureaux d'études ne soient

remises en question. Le choix des déterminants ne représente pas, comme on le supposait dans notre partie précédente, le point d'appui privilégié par les praticien·nes pour la réduction des inégalités sociales de santé puisque ce sont souvent les mêmes déterminants qui sont sélectionnés. Ils ne sont donc pas choisis en fonction du projet pour réduire les ISS.

Ainsi, même la formation des commanditaires assure une bonne compréhension de la démarche, de ses forces et de ses limites, mais c'est surtout la sélection des différents périmètres d'action qui peut permettre la réduction des inégalités sociales de santé, et tout particulièrement le périmètre populationnel, qui définit les publics-cibles de la démarche. Ces choix dépendent beaucoup d'habitudes. Dans nos études de cas, les publics désignés sont effectivement des publics vulnérables, mais ce ne sont pas nécessairement les publics les plus en difficultés qui sont pris en compte, à l'exception de l'EIS Hébert, où les choix plus originaux, qui sont aussi plus adaptés au terrain du projet, entraîneront ensuite de la contestation de la part du personnel politique et des habitant·es. Il en est de même pour les déterminants de la santé : ceux qui sont les plus choisis sont ceux qui correspondent aux habitudes des commanditaires, et qui sont les plus consensuels. Un des objectifs de l'EIS est pourtant de provoquer le changement dans la façon de faire les politiques publiques – en l'occurrence les politiques d'aménagement – en y ajoutant une préoccupation pour leurs impacts sur la santé avec une attention particulière à la répartition de ces impacts, notamment en créant de nouvelles collaborations. Comme, dans nos études de cas, c'est la première EIS des commanditaires, l'apprentissage de l'EIS et de son intérêt est encore au cours au moment de l'étape de cadrage, qui marque le début de la démarche. La création de nouvelles collaborations et l'apprentissage d'une nouvelle vision de la santé semblent effectivement avoir lieu : c'est un des résultats salués par les commanditaires à la fin des démarches. On peut supposer que, dans les démarches suivantes, des choix plus osés et hors des sentiers battus pourront être fait.

Les bureaux d'études ont un rôle à jouer dans ce changement de comportements, en proposant d'examiner des publics rarement considérés ou en s'attaquant à des déterminants de la santé inhabituels, en introduisant en quelque sorte une certaine innovation⁵⁹⁸ dans les façons

598 On définit l'innovation comme « *une idée nouvelle qui peut être soit une recombinaison d'idées anciennes, soit un schéma qui modifie l'ordre présent, soit une formule ou une approche unique perçue comme nouvelle par les individus concernés* » (Corinne Grenier et Sandra Guitton-Philippe, « Politiques publiques et

de concevoir les projets. Dans nos études de cas, c'est ce que fait (un peu) Énergies Demain, en proposant par exemple de considérer les jeunes femmes ou les personnes sans-abris comme public-cibles. Cela va de pair avec le positionnement de chacun des bureaux d'études dans une des visions de l'EIS décrites précédemment. En ne bouleversant qu'assez peu les idées pré-établies des commanditaires, Novascopia évite des négociations trop longues qui font durer l'EIS et reste dans une optique d'efficacité de la démarche, qui satisfasse les commanditaires et les acculture à l'EIS, même si les périmètres choisis ne sont pas les plus pertinents, en misant sur la diffusion des bénéfices de l'EIS *a posteriori*. Le positionnement d'Énergies Demain sur des EIS plus longues, fouillées et onéreuses, lui permet de remettre en question certaines idées des commanditaires, et de proposer des choix plus risqués et innovants par rapport aux habitudes de travail des commanditaires, quitte à ce que cela entraîne des négociations difficiles et parfois des échecs. C'est le cas ici pour une partie des recommandations vers les personnes sans-abris.

Faire ces pas de côté nous semble important pour la prise en compte des inégalités sociales de santé : face aux difficultés à réduire les inégalités sociales de santé, changer d'approche semble nécessaire.

Ainsi, réaliser un cadrage pertinent apparaît comme une des conditions les plus importantes pour prendre en compte les inégalités sociales de santé dans les projets urbains examinés : tout le reste de la démarche est déterminé par ce cadrage. Pourtant, il ne fait l'objet que de très peu de négociations et de discussions dans nos études de cas, mais est parfois renégocié plus tard, pendant l'analyse des impacts ou la formulation des recommandations, comme ça a été le cas, nous le verrons, au Pontreau et à Hébert. On peut supposer que ce décalage tient au fait que le cadrage peut sembler peu concret aux parties prenantes de la démarche, inexpérimentées, qui ne réalisent ce qu'il implique qu'une fois que des propositions concrètes sont faites. Peut-être est-ce aussi le temps nécessaire à l'appropriation de la démarche qui ne rend les parties prenantes suffisamment confiantes pour tenter des négociations qu'un peu plus tard.

innovation : proposition d'un modèle d'agir de l'innovation dans le champ sanitaire et social », *Management & Avenir*, 2010, vol. 35, n° 5, p. 194-209.) en somme, l'inverse de la dépendance au sentier.

Une fois le cadrage défini, vient le moment de conjuguer ensemble tous les éléments sélectionnés, pour estimer les impacts sur la santé des différentes composantes du projet évalué.

3. L'analyse des impacts, appuyée sur la participation des personnes concernées

Pendant la phase d'analyse des impacts, l'équipe évaluatrice estime les impacts du projet sur les déterminants de santé selon les populations, à partir d'une revue de la littérature. Elle dresse alors une matrice d'analyse des impacts, qui, en fonction des déterminants sélectionnés en phase de cadrage, estime l'impact sur la santé de chaque composante du projet en fonction des différents publics⁵⁹⁹. C'est donc pendant cette étape que les impacts sur les populations les plus vulnérables sont estimés : la phase d'analyse des impacts a donc son importance dans la réduction des inégalités sociales de santé.

C'est la période où les praticien·nes de l'EIS sollicitent le moins les commanditaires : les éléments à observer ont été déterminés collectivement en phase de cadrage, et si la validation des orientations prises est nécessaire pour s'assurer que tout se passe comme convenu, les commanditaires ne sont que peu sollicités pendant cette période. En revanche, la participation citoyenne s'organise partiellement pendant cette phase d'analyse. C'est sur la phase d'analyse que l'EHESP a fourni le plus d'outils⁶⁰⁰. C'est en effet la phase de l'EIS la plus proche de la démarche scientifique. C'est, en somme, la phase pendant laquelle les expert·es sont laissés·es à leur travail scientifique, avant de revenir à des prises de décision plus collectives pendant l'élaboration des recommandations.

599 La plupart des matrices d'impacts en France sont construites à partir de l'outil construit par l'EHESP, que nous présentons dans l'encadré « Les outils proposés par l'EHESP pour mener des EIS » page 217.

600 Lire l'encadré Les outils proposés par l'EHESP pour mener des EIS page 217.

3.1 **Rendre compte des impacts sur la santé : l'analyse des impacts dans les rapports des EIS**

Entre les bureaux d'études, les méthodes mises en place pendant la phase d'analyse des recommandations se ressemblent. La phase d'analyse est une étape assez codifiée, en France en tout cas. L'utilisation d'une matrice d'impact pendant la phase d'analyse est un des chevaux de bataille de l'EHESP, qui crée pour cela plusieurs outils à destination des praticien·nes de l'EIS⁶⁰¹, car ses chercheuses considèrent que la compréhension des impacts est un point clé pour réduire les inégalités sociales de santé⁶⁰². Pour autant, d'une EIS à l'autre, cette étape ne fait pas l'objet de la même attention, et les publics cibles y tiennent une place variable.

Dans l'EIS Hébert, la phase d'analyse représente près des deux tiers du volume du rapport final, en plus de la matrice d'impacts présentée en annexe, signe de l'importance que revêt cette étape dans le travail de l'EIS. Elle s'étend de juillet 2020 à mars 2021. Elle commence par une revue de la littérature, un profil de territoire, puis l'analyse des impacts en elle-même.

La phase d'analyse dans l'EIS de Niort est bien moins longue et poussée. Elle s'étend de juillet à décembre 2019, et occupe un peu moins d'une quinzaine de pages sur les 70 que représente le rapport sans les annexes. Les impacts identifiés sont donc moins précis que dans l'EIS de Paris. Cette phase d'analyse s'organise par grands axes qui regroupent plusieurs déterminants, avec d'abord un « état des connaissances » sur le sujet, des « constats » faits à partir du profil territorial du quartier, et enfin une analyse des impacts sur la santé du projet.

Enfin, l'analyse des impacts dans l'EIS des Navigateurs ressemble à celle de l'EIS de Niort, avec la même organisation. Elle occupe une vingtaine de pages, soit un peu moins du tiers du rapport. La particularité de l'EIS de Choisy-le-Roi est qu'au moment de l'analyse, il n'y a plus de public-cible. Nous parlerons donc plutôt de populations vulnérables la concernant. Elle ne fait pas pour autant complètement l'impasse sur les inégalités sociales de santé, mais observe les mêmes publics que dans l'EIS de Niort, menée par le même bureau

601 Lire l'encadré « Les outils proposés par l'EHESP pour mener des EIS » page 217.

602 Extrait de carnet de terrain, journée EIS à l'EHESP, 23 octobre 2019.

d'études, qui sont identifiés pendant cette phase d'analyse, et qui correspondent aussi aux publics « habituels » de l'EIS⁶⁰³.

Étude de cas par étude de cas, nous avons étudié l'analyse des impacts telle qu'elle apparaît dans les rapports pour identifier quelle place est accordée aux inégalités sociales de santé et à leur réduction, à travers d'abord la place accordée à la littérature scientifique et aux données territoriales, qu'elles préexistent à l'analyse ou soient produites pour l'occasion, puis sur l'analyse des impacts en elle-même et son rôle dans la prise en compte des inégalités sociales de santé.

3.1.1 La revue de la littérature, une étape clé pour une analyse fine

La revue de la littérature scientifique est une étape importante dans les EIS, car elle permet d'identifier des données probantes sur lesquelles la démarche s'appuie.

De l'importance de la revue de la littérature dans la caractérisation des impacts sur les populations les plus vulnérables

La revue de la littérature permet de caractériser finement les impacts, notamment les impacts différenciés et ceux sur les populations les plus vulnérables. Ce n'est donc pas une étape à négliger. Dans ce domaine, les bureaux d'études qui mènent beaucoup d'EIS ont un avantage considérable, celui de pouvoir accumuler les connaissances et de pouvoir les mobiliser rapidement d'une EIS à l'autre. C'est ce que nous rapporte A., qui travaille chez Novascopia et a participé aux démarches de Niort et de Choisy-le-Roi : l'équipe travaille en cumulant les savoirs déjà acquis. D'ailleurs, certains passages de la revue de la littérature entre les deux rapports sont identiques, notamment sur les déterminants que les deux démarches examinent, sur les espaces publics et la cohésion sociale.

Cette revue de la littérature représente pourtant un point faible qui participe des difficultés de l'EIS à prendre en compte les inégalités sociales de santé : l'absence de littérature sur certains sujets, par exemple en France, l'impact de la race sur les déterminants de la santé. En plus des difficultés de l'EIS pour inclure véritablement dans ces publics-cibles

603 Lire Chapitre 6. 2.2.2 Le choix des publics-cibles : les habituel·les, les négocié·es et les oublié·es page 309

l'ensemble des personnes vulnérables sur lesquelles le projet a une influence, il est difficile aussi de caractériser les impacts du projet sur les publics cibles. Un de nos enquêtés ne manque pas de le souligner : il explique qu'une des difficultés de l'EIS en phase d'analyse, c'est la caractérisation de « comment les impacts se combinent, peuvent se démultiplier, voir se contredire, mais là-dessus [ils sont] un peu dépourvu[s] parce que même au niveau de la recherche, ils ne sont pas très fournis sur ces enjeux-là. »⁶⁰⁴ En effet, les mécanismes à l'origine des inégalités sociales de santé et notamment les effets cumulatifs et multiplicateurs sont encore mal connus, et difficiles à prouver de façon définitive à cause de leur complexité. Un argument supplémentaire pour les étudier sous l'angle de l'intersectionnalité⁶⁰⁵.

Dans l'EIS Hébert, une revue de la littérature centrée sur les populations vulnérables

L'EIS Hébert a la revue de la littérature la plus détaillée, construite à partir de la littérature scientifique sur chacun des déterminants, ainsi qu'à partir d'autres rapports d'EIS. Elle s'attarde fréquemment sur les populations cibles de la démarche.

La revue de la littérature porte sur les déterminants choisis en phase de cadrage, regroupés en trois catégories⁶⁰⁶ : les déterminants individuels de santé qui regroupent l'alimentation saine, l'activité physique et le sentiment de sécurité, les déterminants socio-économiques qui comptent la cohésion sociale, l'isolement social, l'accès à l'offre culturelle, l'offre de soins et l'offre de logement pour les populations spécifiques, ces trois derniers déterminants étant observés sous le prisme de l'accessibilité, et enfin les déterminants environnementaux qui regroupent l'adaptation au changement climatique, et la qualité de l'espace qui compte l'ambiance sonore et les caractéristiques de l'espace public.

La structure de la revue de la littérature est la même pour tous les déterminants, nous prendrons l'exemple de l'offre de logement spécifique pour l'illustrer. D'abord, celui-ci est défini de façon générale, avec une typologie des structures, en distinguant hébergement et logement, et en donnant les possibilités de financement. Les liens avec la santé sont décrits ensuite, en commençant par les impacts positifs sur la santé mentale d'un logement adéquat,

604 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

605 Comme proposé Chapitre 1 2.3 Du spectre à la nébuleuse : de l'intérêt d'une approche intersectionnelle des inégalités sociales de santé page 63 et Chapitre 6. 2.2.2 Le choix des publics-cibles : les habituel·les, les négocié·es et les oublié·es page 309.

606 Ces catégories sont celles données dans le texte et pas les nôtres.

les risques sur la santé de logement de mauvaise qualité, notamment pour les enfants, les personnes âgées et les personnes sensibles. Un schéma, présenté figure 24 illustre les impacts sur la santé du logement. La section suivante identifie les publics vulnérables : les ménages à faible revenu, les enfants, les jeunes, les personnes âgées, les personnes seules et notamment les parents divorcés. Dans cette section, les autrices insistent sur l'importance du logement dans l'état de santé : « les problématiques de santé et de mal-logement s'alimentent mutuellement et favorisent le cumul des vulnérabilités, et renforcent ainsi les inégalités sociales de santé. »⁶⁰⁷ Sont ensuite décrites les composantes du milieu urbain qui influencent l'offre de logement pour les populations spécifiques, puis les points de vigilance et leviers, et conclue :

« L'offre de logements spécifiques renvoie à une offre de logements accessibles à des publics plus vulnérables, mais pour lesquels le logement constitue un véritable facteur d'inclusion sociale.

La programmation des logements sociaux et des logements spécifiques s'accompagne d'une réflexion à une échelle plus large pour prendre en compte les possibilités de parcours résidentiels des ménages, et ne pas obliger les populations à quitter aussi leur quartier lorsqu'elles s'y sentent bien et souhaitent changer de logements. »⁶⁰⁸

607 Énergies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 69.

608 Énergies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 72.

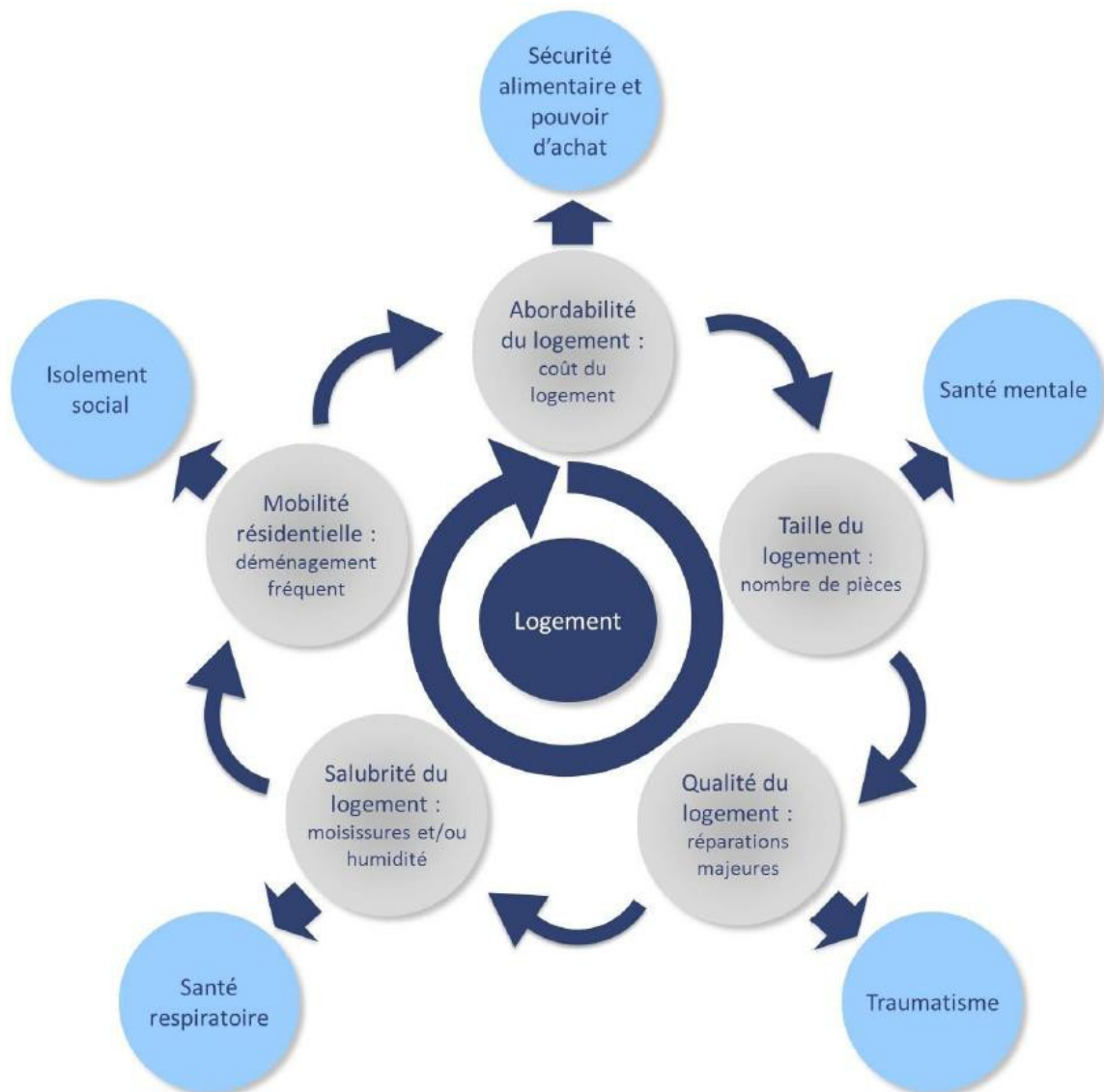


Figure 24: Source : Direction de la Santé publique de la Montérégie, EIS du projet de revitalisation du Vieux-Sorel, rapport sur les impacts potentiels et recommandations, Québec, Ville de Sorel-Tracy (2015)

Des encadrés éclairent sur des points précis, comme la spécificité de l'accès à la culture ou l'influence du confinement sur les inégalités sociales concernant le logement.

De cette revue de la littérature découlent des orientations à creuser, des points sur lesquels poursuivre l'enquête, encore non éclairés.

À Niort et Choisy-le-Roi, des revues de la littérature brèves et généralistes

Dans l'EIS de Niort, comme dans celles de Choisy-le-Roi, la revue de la littérature est moins importante. À Niort, les impacts sont divisés en quatre catégories : espaces publics et pratiques sociales, espaces verts et nature en ville, mobilités et déplacements et gestion des déchets, propreté et hygiène. Pour chaque catégorie est donné d'abord un état des connaissances déterminant par déterminant, avec éventuellement un paragraphe sur les impacts différenciés quand il y a lieu d'être, avec une petite bibliographie qui compte une petite dizaine de références à chaque fois, des articles scientifiques, des études menées par des organismes publics comme l'IAU⁶⁰⁹ et éventuellement les rapports d'autres EIS.

Celle de Choisy-le-Roi est similaire, à la différence qu'une synthèse avec les éléments à retenir est donnée à la fin de chaque présentation d'axe. Elle est divisée en trois axes : végétalisation et adaptation aux dérèglements climatiques, activités physiques et modes de vie actifs, des co-bénéfices santé/climat, et espaces publics et relations sociales.

Les populations vulnérables et les impacts différenciés n'ont qu'une place très marginale dans ces revues de la littérature. Dans l'EIS de Choisy-le-Roi par exemple, elles n'apparaissent que dans les synthèses à la fin de chaque axe, et pour exposer des constats déjà relativement connus : dans celle du deuxième axe par exemple, il est dit que l'activité physique bénéficie à tout le monde, « indépendamment de son âge, de son sexe, de sa condition physique », et que la faible pratique de l'activité physique « renvoie aussi aux inégalités sociales et spatiales »⁶¹⁰. De plus, les arbitrages effectués pour déterminer les sujets sur lesquels les impacts différenciés sont mentionnés sont difficiles à saisir, et non explicités. Par exemple, dans l'EIS de Niort, concernant l'insécurité et le sentiment de sécurité dans l'espace public, les populations plus ou moins affectées ne sont pas mentionnées, quand la littérature scientifique montre que ce sont les femmes⁶¹¹ et les personnes âgées⁶¹², cible de l'EIS, qui sont les plus affectées par ce sentiment d'insécurité ; alors que, dans la même EIS, l'impact de l'isolement social selon le genre ou l'âge est décrit avec une plus grande précision.

609 Institut Aménagement et d'urbanisme d'Île-de-France devenu en 2019 Institut Paris-Région (IPR).

610 Novascopia, *Rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi*, 2021, page 34.

611 Marylène Lieber, « Le sentiment d'insécurité des femmes dans l'espace public : une entrave à la citoyenneté ? », *Nouvelles Questions Féministes*, 2002, vol. 21, n° 1, p. 41-56. par exemple.

612 Loïc Riom et al., « "Plus on est vieux, plus on se protège" : le sentiment de sécurité chez les personnes âgées », *Retraite et société*, 2015, vol. 71, n° 2, p. 57-74.

3.1.2 Décrire le territoire et celles et ceux qui l'habitent pour anticiper les impacts sur la santé

Dans nos trois EIS, la qualification des impacts s'appuie sur une description des territoires de projet. Cette description, entamée pendant la phase de cadrage, s'appuie à la fois sur les données socio-démographiques et les connaissances déjà produites sur le quartier d'étude, ainsi que celles, surtout qualitatives, produites pendant l'EIS. Comprendre les mécanismes qui animent le territoire du projet permet de tenter d'anticiper les impacts sur la santé que le second aura sur le premier.

A Hébert, un profil de territoire qui met en avant les publics cibles

Le profil de territoire doit ainsi permettre de compléter les manques identifiés dans la revue de la littérature et la phase de cadrage, et « de donner une image objective du territoire d'étude, aussi bien sur sa population, les services, et les activités qui s'y déroulent, ainsi que sur les projets et politiques en place et qui encadrent les aménagements et les évolutions du secteur. »⁶¹³ Il présente donc les projets autour du secteur Hébert, les quartiers prioritaires qui l'entourent, et les résultats confirment les publics cibles choisis pendant la phase de cadrage. C'est aussi l'occasion de parler plus précisément des « populations précaires en errance », de décrire leurs profils, les endroits qu'ils et elles fréquentent, avec un encadré dédié au « sentiment d'appartenance » et « solidarités » entre ces personnes et les autres habitant·es du quartier. Les publics cibles tiennent donc une place importante dans le profil de territoire : c'est à travers ce filtre qu'est analysé le territoire. Il ne s'agit pas d'une présentation exhaustive, mais d'une exposition orientée pour montrer de quelle façon les inégalités sociales de santé affectent et sont affectées par les caractéristiques du quartier, et qui valide les orientations prises en phase de cadrage et en met d'autres en avant. Un profil de santé des habitant·es révèle aussi un état de santé globalement moins bon qu'ailleurs : les autrices insistent sur la question de l'alimentation, et montrent le cumul de facteurs de défaveur sociale dans le périmètre du projet Hébert (figure 25).

613 Énergies Demain, rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 89.

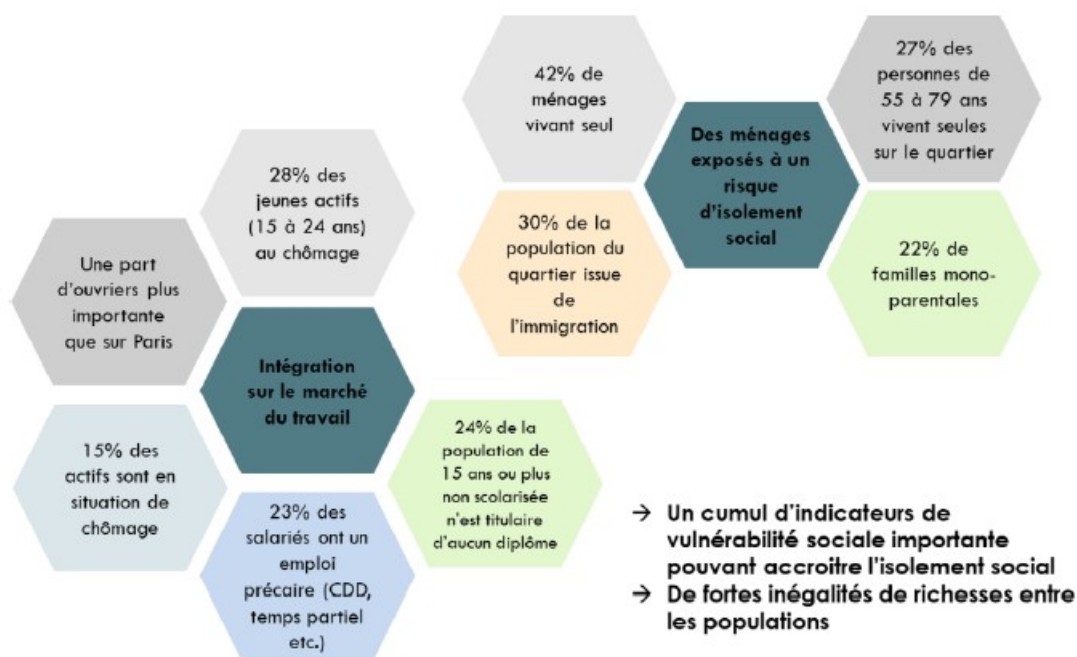


Figure 25: Résumé des indicateurs de vulnérabilités sociales des populations dans l'EIS Hébert. Source : Rapport de l'EIS Hébert, page 109.

Le profil de territoire est complété par des « données contextuelles territoriales »⁶¹⁴, selon la même répartition que dans la revue de la littérature, à partir des déterminants identifiés en phase de cadrage : description de l'offre commerciale et de services, de l'offre culturelle et sportive et les écoles. La mobilité est étudiée également, à partir de cartographies et de données d'enquête à l'échelle nationale, régionale et communale, notamment la marchabilité par public (enfants et jeunes, adultes et personnes âgées) avec un petit point sur les populations précaires en errance : les publics-cibles sont à nouveau mis en avant. Les logements sont ensuite décrits, observés par leurs caractéristiques et leur occupation en passant par les logements sociaux, leur attribution et leur manque sévère à Paris. Enfin sont présentées les caractéristiques de l'environnement autour du quartier Hébert : les points noirs environnementaux, et individuellement le bruit, la qualité de l'air, et les espaces verts. À la fin de chacune des grandes rubriques, une synthèse des grands enjeux et conclusions qui en résultent est proposée. Un tableau synthétise en une page les grands enjeux de santé identifiés, en précisant ceux auxquels les publics-cibles sont particulièrement sensibles.

614 Énergies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 111.

À Niort et à Choisy-le-Roi, de brefs « constats »

Les profils de territoire sont plus brefs dans les EIS des Navigateurs et du Pontreau. Une rubrique intitulée « Constats » décrit la situation dans le quartier au regard des déterminants identifiés, à partir de l'enquête de terrain et de données issues déjà existantes sur le quartier, en moins de deux pages. Ces constats décrivent les espaces et les équipements plutôt que les personnes qui les occupent, avec parfois leur avis sur les atouts et faiblesses qu'elles y perçoivent. La description des caractéristiques des populations du quartier est plutôt faite assez brièvement également, pendant la phase de cadrage. Une conclusion synthétise parfois en quelques lignes les grands enjeux identifiés, mais ce n'est pas systématique.

Les publics cibles n'apparaissent pas à chaque fois. Ainsi, dans l'EIS de Niort, c'est surtout dans la première thématique, qui explore la cohésion sociale et les espaces publics que ces populations vulnérables sont évoquées. Dans la deuxième, sur la nature en ville, sont mentionnées les femmes et les personnes âgées sur les questions d'insécurité, ainsi que les personnes allergiques. La troisième thématique, sur les déplacements, n'évoque que les PMR et la dernière ne fait des constats que sur la population générale. Aux Navigateurs, le constat est similaire : la première thématique, qui concerne la végétalisation et l'adaptation au changement climatique, ne mentionnent aucun public spécifique. La deuxième, sur l'activité physique et les modes de vie actifs mentionne les enfants et les adolescents, et la dernière sur les espaces publics et les relations sociales mentionnent les femmes, les personnes âgées, les enfants et les adolescent·es. Le rôle prépondérant des femmes dans la convivialité et la solidarité au sein du quartier est mentionné notamment.

Ces constats permettent d'étayer les choix faits pendant la phase de cadrage. En revanche, les populations cibles ne sont pas au centre de ces descriptions : elles apparaissent à la marge plutôt que comme cadre pour orienter les réflexions.

3.1.3 Anticiper et catégoriser les impacts à travers une matrice

La dernière étape de l'analyse des impacts est leur catégorisation via une matrice d'impact, le plus souvent inspirée de celles créées par l'EHESP⁶¹⁵. Pour S., cela fait même partie des critères de qualité d'une EIS : pour lui, « réaliser une matrice d'impacts » et

615 Lire l'encadré « Les outils proposés par l'EHESP pour mener des EIS » page 217.

« travailler le plus précisément possible sur la qualification des impacts »⁶¹⁶ sont nécessaire pour une EIS réussie.

À Hébert, une caractérisation systématique et des impacts différenciés mis en avant

L'analyse porte sur les impacts potentiels du projet sur la santé des populations, à partir des trois composantes sélectionnées en phase de cadrage : l'aménagement de surface des espaces publics, l'animation des rez-de-chaussée et pieds d'immeubles, et le bâti social et les différentes offres d'habitat sur le futur quartier. Elle se déroule en trois phases : une phase d'estimation des impacts, une phase de caractérisation des impacts et enfin une phase de priorisation des impacts, sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Pour chaque grande catégorie de composantes, élément par élément, l'impact sur la santé est développé sur quelques pages, en insistant sur les impacts différenciés : si l'impact est plus marqué pour une population en particulier, ou s'il est dans l'autre sens pour une partie de la population, avec des rappels réguliers dans des encadrés des éléments de l'analyse du quartier. Après chaque composante, un tableau synthétique résume l'impact de chaque composante sur la santé, en présentant le sens de l'impact (positif ou négatif), les populations particulièrement concernées, et le score global de l'impact, la figure 26 en est un exemple. Alors que les mécanismes à l'œuvre ne sont pas donnés, les populations concernées le sont : cette insistance traduit l'importance de la thématique. De plus, ces populations sont en cohérence avec celles annoncées dans la phase de cadrage.

616 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

L'aménagement du mobilier urbain sur la Traverse a ...	Cet impact concerne ...	Son score opérationnalité (marge de manœuvre et temporalité d'apparition) est ...	Son score santé (probabilité et intensité) est ...	Donc son niveau de priorité est ...
... un impact positif sur la qualité des espaces publics	... plus particulièrement les personnes âgées, les jeunes et les populations précaires en errance	... 4 (marge de manœuvre certaine et temporalité d'apparition à moyen terme)	... de 4 (probabilité moyenne et intensité moyenne)	Elevé (8)
... un impact positif sur la pratique d'activité physique	... plus particulièrement les jeunes	... de 4 (marge de manœuvre certaine et temporalité d'apparition sur le moyen terme)	... de 6 (probabilité élevée et intensité forte)	Très élevé (10)
... un impact positif sur la cohésion sociale	Tous les groupes de populations	... de 4 (marge de manœuvre certaine et temporalité d'apparition sur le moyen terme)	... de 5 (probabilité moyenne et intensité forte)	Elevé (9)
... un impact négatif sur la pratique sportive des jeunes filles	... tout particulièrement les femmes et jeunes filles	... de 5 (marge de manœuvre certaine et temporalité d'apparition à court terme)	... de 6 (probabilité élevée et intensité forte)	Très élevé (11)

Figure 26: Exemple de tableau synthétique des impacts d'une composante dans l'EIS Hébert. Source : *Énergies Demain, rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 151.*

Une version plus développée de chacun de ces tableaux existe dans la matrice d'impacts présentée en annexe du rapport. Un extrait de cette matrice, développée à partir de celle de l'EHESP, est présenté figure 27⁶¹⁷, sur la même composante que la figure précédente, la Traverse⁶¹⁸. Sur les 80 impacts identifiés, 50 concernent au moins une population spécifique cible de l'EIS⁶¹⁹, soit un peu moins des deux tiers. L'impact sur les déterminants de la santé et celui sur la santé sont distingués, le premier agissant sur le deuxième : le mécanisme qui améliore (ou détériore) la santé est rendu apparent par cette distinction entre les deux. On note que l'impact négatif concerne un groupe de population spécifique seulement, les jeunes filles. Il s'agit donc d'un impact différencié négatif. Ceux-ci, qui impactent négativement une population alors qu'ils impactent positivement les autres groupes, apparaissent cinq fois dans

617 Toutes les colonnes ne sont pas présentées ici.

618 La Traverse est une nouvelle rue qui doit être ouverte dans le projet Hébert, voir annexe 5.

619 Certains impacts sont attribués aux futures populations du quartier ou aux habitants des quartiers alentours, mais on ne saurait considérer des groupes aussi hétérogènes comme des populations spécifiques.

l'analyse, et sont représentés en italique. Cela donne de la nuance dans l'analyse des impacts. Tous les impacts négatifs ne sont pas des impacts différenciés, et certains impacts positifs le sont également, à la différence qu'ils n'impactent pas négativement les autres populations : ils touchent positivement la population dans son ensemble, mais ont un impact particulièrement marqué sur les groupes désignés.

Les populations cibles de la démarche et les impacts différenciés tiennent donc une place considérable dans cette analyse. La caractérisation fine qu'incarnent particulièrement les impacts négatifs différenciés permet une anticipation plus juste des conséquences du projet sur la santé, et donc la formulation de recommandations plus pertinentes pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Implémentations	Catégories / déterminants de la santé potentiellement impactés	Impacts sur les déterminants de la santé		Impact sur la santé	Population
		Positifs	Négatifs		Populations ou groupes potentiellement affectés
Aménagement mobilier urbain	Qualité des espaces publics	Amélioration de l'offre qualitative de mobilier urbain dans l'espace public et de l'accès aux services du quartier (possibilité de repos, ...)		↑ Bien-être psychologique ↑ Pratique d'activité physique ↓ Stress, dépression, anxiété	Personnes âgées, Jeunes, Populations précaires en errance
	Activité physique	Favoriser la pratique d'une activité physique sur l'espace public		↓ Surpoids et obésité ↑ Bien-être physique et psychologique ↑ Etat de santé global ↓ Diabète, pathologies cardiovasculaires, certains cancers	Jeunes
			<i>Si pas envisagé : risque potentiel d'inégalités de genre. Limitation de la pratique d'activité physique pour les jeunes filles</i>		↓ Bien-être psychologique ↑ Stress
	Cohésion sociale	Favoriser des échanges entre les populations Améliorer la mixité sociale, générationnelles et réduire l'isolement social des personnes		↑ Bien-être psychologique et estime de soi ↓ Stress, dépression, anxiété	Tous les groupes de populations

Figure 27: Extrait de la matrice d'impact de l'EIS Hébert. Source : Énergies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, 2021, annexe 7.

Au Pontreau, une caractérisation ponctuelle des impacts sur les populations cibles

Dans l’EIS de Niort, une rubrique « Impacts du projet » décrit les impacts du projet dans son ensemble sur les déterminants de la santé, avec d’éventuelles précisions sur les populations-cibles de la démarche. Les personnes âgées sont mentionnées par rapport au risque du relogement sur leur isolement et leur éventuelle perte de repères, ainsi que les opportunités que représente l’ouverture du quartier pour une partie de la population, notamment les jeunes, mais sans plus de précision. En revanche, ces publics sont en adéquation avec les populations cibles annoncées pendant la phase de cadrage.

Composantes	Intervention	DTS Impactés	Sens de l'impact	Description DTS	Probabilité	Population affectée	Arguments	
Accès aux équipements et services	Création de pistes cyclables	B2	Jaune	Rencontre, socialisation et entraide	Certain		AM, LS	
		D1	Vert	Accessibilité des publics aux services de soins			LS	
		D2	Vert	Accessibilité des publics aux services sport, culturels, loisirs			AM, LS	
		D3	Vert	Accessibilité des publics aux commerces			AM, LS	
		A5	Jaune	Mobilité et modes de vie actifs				LS
		C1	Vert	Mixité sociale, générationnelle / des			AM, LS	
	Valorisation des cheminements sur l'ensemble du quartier du Pontreau	A5	Vert	Mixité sociale, générationnelle	Certain		AM, LS	
		C1	Vert	Mixité sociale, générationnelle			AM, ENQ	
		C2	Vert	Mixité sociale, générationnelle			AM, LS	
		D1 D2	Vert	Mixité sociale, générationnelle			AM, LS	
	Réhabilitation et phase d'agrandissement de l'espace commercial "Intermarché"	C1	Vert	Mixité sociale, générationnelle / des	Certain		AM, LS	
		D3	Vert	Mixité sociale, générationnelle / des			ENQ	
		B1	Vert	Mixité sociale, générationnelle / des			AM, LS	
		B3	Vert	Mixité sociale, générationnelle / des				

Figure 28: Extrait de la matrice d'impact de l'EIS de Niort. Source : Novascopia, Rapport de l'EIS de Niort, 2020, page 79.

En plus de cette analyse somme toute assez sommaire, une grille d’estimation des impacts est disponible en annexe, qui ressemble elle aussi à celle de l’EHESP⁶²⁰, dont un extrait est présenté sur la figure 28. Elle décrit les composantes, l’intervention, le ou les déterminants impactés, le sens de l’impact, représenté par une couleur, vert pour positif, jaune pour neutre et rouge pour négatif, la description du déterminant, la probabilité, la ou les populations affectées et enfin les arguments c’est-à-dire les données sur laquelle est appuyée cette estimation d’impact (ENQ pour enquête, AM pour ateliers mixtes et LS pour la

620 Lire l’encadré : « Les outils proposés par l’EHESP pour mener des EIS » page 217.

littérature scientifique⁶²¹). La description précise de l'impact n'est pas donnée, ni les mécanismes expliquant cet impact en fonction des populations. On le voit sur la figure 28 : plusieurs impacts sont attribués au déterminant « mixité sociale, générationnelle » pour l'intervention « valorisation des cheminements sur l'ensemble du quartier du Pontreau », sans que le sens de ces impacts, tous positifs, ou les populations affectées, ici les jeunes et les personnes âgées, ne changent et sans description plus poussée de ce que sont ces impacts. Cette grille est un peu plus précise sur les impacts sur les populations cibles de la démarche que ne l'est le corps du texte. Elles y sont représentées par des pictogrammes : population générale, habitantes des tours du Pontreau, personnes âgées, enfants et jeunes, en adéquation toujours avec les populations sur lesquelles porter une attention prioritaire pendant la phase de cadrage. Sur les 53 impacts identifiés, 26 sont liés à des populations spécifiques⁶²², soit un peu moins de la moitié. De plus, les impacts sur ces populations ne sont pas décrits. Dans notre exemple figure 28, les impacts concernant la « création de pistes cyclables » sont détaillés déterminant par déterminant, alors que ceux concernant la « valorisation des cheminements pour l'ensemble du quartier du Pontreau » fonctionnent tous pour les personnes âgées et la population générale.

Les populations cibles n'apparaissent donc pas comme étant au centre des réflexions dans cette analyse. Les impacts ne sont pas détaillés, et il est finalement difficile de comprendre comment ils impactent une population plus qu'une autre.

À Choisy-le-Roi, une caractérisation des impacts qui reste floue sans public-cible

Comme dans l'EIS du Pontreau, le rapport de l'EIS des Navigateurs commence par donner en une page ou deux selon les déterminants les impacts sur la santé de chacun des déterminants, sans caractériser systématiquement l'impact sur les populations cibles. Les publics vulnérables ne sont pas détaillés dans le premier axe sur l'adaptation au réchauffement climatique, mais le sont dans la caractérisation des impacts sur l'activité physique et les modalités actives, qui mentionnent les impacts sur les enfants, les adolescent·es et les

621 Nous reviendrons sur le dispositif mis en place pendant la phase d'analyse et notamment les sources de données mobilisées dans la sous-partie suivante.

622 Nous ne pouvons pas considérer les habitant·es des tours du Pontreau comme des populations spécifiques, comme les aménagements ne peuvent avoir d'impact spécifiques sur cette population qui n'a d'autres caractéristiques communes que son lieu de résidence.

personnes allergiques. Les enfants sont mentionnées également dans le troisième axe sur les espaces publics et les relations sociales.

Une grille d'analyse des impacts est disponible en annexe du rapport, plus détaillée que dans le rapport de l'EIS de Niort, comme montrée sur la figure 29⁶²³. Par grandes catégories de déterminants, cette grille décrit entre autres les interventions (donc les composantes du projet), le mécanisme par lequel cette composante agit sur la santé, les publics les plus impactés, qui sont représentés par des pictogrammes : parents de jeunes enfants, personnes âgées, population générale, habitant·es du quartier, enfants et adolescent·es. On pourra remarquer qu'en l'absence de population cible, ce sont les mêmes publics que dans l'EIS de Niort, menée par le même bureau d'études, qui sont identifiés pendant cette phase d'analyse. Les catégories de déterminants ne correspondent pas aux axes présentés dans le corps du rapport, mais plutôt aux thématiques du NPNRU, identifiées dans l'analyse spécifique⁶²⁴ de ce projet en phase de cadrage : les mobilités et déplacements, les espaces publics, les équipements et services, l'habitat et les actions sociales d'accompagnement.

	Interventions NPNRU	Mécanisme	DTS impacté	Sens de l'impact	Public (le + impacté)	Probabilité	Temporalité	Actions liées ou complémentaires	Vigilance/Risque
H A B I T A T	Diversification de l'offre de logements : Démolition de 403 LLS et construction de 750 logements dont 95 locatifs sociaux	Le développement d'une offre en accession (sociale/abordable/libre) créé de la mixité sociale dans le logement	Mixité sociale, générationnelle, des genres			Certain	Moyen terme		
		La diversification des typologies (vers davantage de petits logements) répond aux besoins des jeunes et des seniors.	Mixité sociale, générationnelle, des genres			Certain	Moyen terme		
		Pour les ménages relogés en dehors du quartier = risque de dilution des réseaux sociaux et familiaux, en particulier au détriment des personnes âgées et isolées, perte des valeurs de solidarité	Rencontre, sociabilisation, entraide			Possible	Court terme	Relogement qui répond à la demande (charte de relogement)	Risque encore plus marqué en période de pandémie
	Augmentation sensible de l'offre de logements : Démolition de 403 LLS et construction de 750 logements dont 95 locatifs sociaux	Les bâtiments qui se vident dans l'attente de la démolition, déstabilisent la vie du quartier et augmente le sentiment d'insécurité	Rencontre, sociabilisation, entraide			Certain	Court terme	Gestion régulière par Valophis	
		L'augmentation de la densité de population induite par la construction de logements est susceptible de faire disparaître le caractère familial et le sentiment d'appartenance au quartier.	Rencontre, sociabilisation, entraide			Possible	Moyen terme	Affirmer les valeurs du quartier et accompagner le changement	
		L'augmentation de la densité de population induite par la construction de logements est susceptible d'améliorer le sentiment de sécurité dans les espaces publics par l'augmentation de leur fréquentation	Mixité sociale, générationnelle, des genres			Possible	Moyen terme	Les commerces aussi	
		L'augmentation de la densité de population induite par la construction de logements est susceptible d'accroître les nuisances liées au voisinage / de nuire à la tranquillité	Mixité sociale, générationnelle des genres - Rencontre, sociabilisation, entraide.			Probable	Moyen terme		
	Requalification / Amélioration des conditions de logement et du confort dans le logement	Adjonction d'un espace à vivre extérieur individualisé (balcons, loggias, terrasses), double orientation	Confort climatique			Certain	Court terme	Bioclimatisme	
		Amélioration du fonctionnement des parties communes et nouveaux usages (local vélo et poussettes...)	Rencontre, sociabilisation, entraide			Probable	Court terme		
		La présence d'un ascenseur et/ou de rez-de-chaussée accessibles favorisent le maintien à domicile des seniors et PMR	Mixité sociale, générationnelle, des genres			Certain	Moyen terme		

Figure 29: Extrait de la matrice d'impacts de l'EIS de Choisy. Source : Novascopia, Rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi, 2021, annexe 5.

623 La colonne « Thématiques Eco-Quartier » a été supprimée par souci de lisibilité.

624 Que nous avons évoquée ici : Chapitre 6. 2.2.1 Le cadrage géographique : peu de contradictions, mais des interrogations sur la pertinence page 307.

La grille donne une idée un peu plus précise de la place des populations vulnérables. Cependant, si elle identifie systématiquement les populations les plus impactées pour chacun des 74 déterminants, moins de la moitié d'entre eux, 33, concernent au moins une population spécifique. En revanche, la description des mécanismes à l'œuvre permet de comprendre concrètement le fonctionnement de ces impacts, et donc potentiellement de tenter de les renforcer ou les restreindre au moment de la formulation des recommandations. Par exemple, sur la figure 29, le mécanisme « diversification des typologies [d'habitat] (vers davantage de petits logements) répond aux besoins des jeunes et des seniors » est un impact différencié : pour les populations identifiées, la construction de nouveaux logements à un impact plus positif encore que sur les autres groupes.

Même si le lien direct entre compréhension des mécanismes des impacts différenciés et réduction des inégalités sociales est délicat, on peut supposer qu'une personne qui consulte cette matrice d'impacts sera plus sensibilisée et attentive au lien entre typologie du logement et besoin de populations particulières. Pour autant, l'adaptation de l'offre de logement aux besoins de la population n'est pas d'une grande originalité, même si l'éclairage sanitaire, ajouté à l'idée de cohésion sociale, peut introduire une dimension nouvelle et appuyer l'argumentation en sa faveur en cas de débat sur le sujet.

Ainsi, à l'issue de l'étude de la phase d'analyse présentée dans les rapports, on peut distinguer plusieurs facteurs qui favorisent la prise en compte des inégalités sociales de santé. D'abord, une revue fine et détaillée de la littérature permet une caractérisation fine des impacts par la suite, particulièrement pour qualifier les impacts différenciés sur certains groupes de populations. Ensuite, une description précise du territoire et des populations qui l'habitent donne une idée nette des dynamiques et des mécanismes qui les animent. La conjugaison de ces deux premiers éléments permet enfin la caractérisation systématique des impacts par groupe de population, ce qui assure de pouvoir ensuite formuler des recommandations adaptées à chacun d'entre eux. Il semble donc que c'est dans l'EIS Hébert que la caractérisation des impacts, telle qu'elle apparaît dans le rapport, est la plus à même de réduire les inégalités sociales de santé. Cela n'est pas très étonnant, car c'est aussi la démarche la plus longue, notamment pour la phase d'analyse. Cette phase, objet de la partie suivante, permet d'aboutir aux rapports des EIS.

3.2 Le processus d'analyse : co-construire avec les publics concernés pour réduire les inégalités sociales de santé

Se pencher sur le processus qui permet de faire émerger l'analyse des recommandations permet d'en faire ressortir les éléments structurants qui favorisent la prise en compte des inégalités sociales de santé, ou qui les limitent, de toucher concrètement les conditions de réalisation de la démarche. Nos trois études de cas s'appuient, en théorie, sur les publics concernés par l'EIS pendant la phase d'analyse, mais leurs méthodes sont différentes, notamment dans la mobilisation des publics concernés.

3.2.1 À Hébert, l'analyse sous le signe de l'exhaustivité

C., évaluatrice sur le projet Hébert, nous rapporte que la phase d'analyse est la plus longue, et la plus chronophage pour les praticien·nes : cela représente la moitié, ou même plus du temps passé sur l'EIS⁶²⁵, d'ailleurs, à Hébert, un avenant a été signé en cours de démarche pour augmenter le temps dédié à la phase d'analyse des impacts. En effet, trois comités techniques sont organisés pendant les huit mois, entre fin juillet 2020 et fin mars 2021, qui séparent le premier comité technique de la phase d'analyse et le comité de pilotage final. On peut supposer que le deuxième confinement, entre le 30 octobre et le 15 décembre 2020, au moment où des ateliers participatifs devaient avoir lieu, a ralenti la procédure.

Occasion	Date
Comité technique 2	21 juillet 2020
Ateliers scolaires	2 septembre 2020
Comité technique 3	24 septembre 2020
<i>Début du confinement le 30 octobre</i>	
<i>Atelier acteur·ices intervenant auprès des populations précaires en errance</i>	<i>4 décembre 2020</i>
<i>Fin du confinement le 15 décembre</i>	

625 Entretien avec C., *Énergies Demain*, lire l'encadré page 255.

Atelier jeunesse	19 décembre 2020
Comité technique 4	1 ^{er} mars 2021
Atelier jeunesse non-mixte	6 mars 2021
Comité de pilotage 2	30 mars 2021

Tableau 6.2: Chronologie de la phase d'analyse de l'EIS Hébert

La phase d'analyse de l'EIS Hébert est ponctuée de plusieurs étapes de validation des orientations prises, à la fois auprès des publics concernés par l'EIS et des commanditaires et du comité technique de l'EIS. Le tableau 6.2 présente ces différents points d'étape. En italique, les événements qui ont eu lieu pendant le confinement.

La forme écrite du rapport de l'EIS oblige à présenter dans un certain ordre les étapes de l'EIS, mais il est évident qu'elles ne sont en réalité pas aussi délimitées dans le temps. Ainsi, la revue de la littérature et le profil de territoire se chevauchent, et ce sont les premiers résultats des deux qui sont présentés lors du premier comité technique de la phase d'analyse, le deuxième depuis le début de la démarche. L'objectif de ce comité, nous explique C., évaluatrice dans l'EIS Hébert⁶²⁶, est de valider les orientations prises et peut proposer aussi d'autres pistes d'investigation. Le deuxième comité technique de la phase d'analyse, deux mois après le premier, revient sur les éléments identifiés comme à préciser lors de la réunion précédente. À partir d'une revue de la littérature plus poussée et d'une étude précise du projet, les grands enjeux concernant les déterminants jugés trop peu précis auparavant ont été dégagés par l'équipe évaluatrice. Enfin, le troisième et dernier comité technique de la phase d'analyse a lieu le 1^{er} mars 2021, et présente les résultats obtenus : il expose la caractérisation fine des impacts et présente la méthodologie de priorisation développée plus bas, et prépare le comité de pilotage du 30 mars. Entre cette réunion et la précédente ont eu lieu les ateliers avec les publics-cibles (ou leurs représentant·es pour les personnes sans-abris), qui permettent d'affiner la réflexion.

Interroger les publics cibles dans des ateliers spécifiques

Lors du premier comité technique, les populations spécifiques tiennent une place importante dans les discussions : la question de l'appropriation des agrès sportifs par les

⁶²⁶ Entretien avec C., *Énergies Demain*, lire l'encadré page 255.

femmes par exemple est mise en avant à la fois par l'équipe EIS de la ville de Paris, invitée, et par l'ADEME, exemples à l'appui, ou dans les réflexions concernant l'isolement social. De la même manière, dans le profil territorial, les publics cibles tiennent une place importante dans le discours et dans les réflexions. De plus, la stratégie de participation citoyenne pendant la suite de la démarche est discutée, en lien avec l'assistance à maîtrise d'ouvrage spécialisée dans la participation, qui participe ensuite aux ateliers. L'objectif, comme dans le reste de l'EIS, est de combler les angles morts de l'EIS, et donc de mobiliser les populations pour l'instant invisibles sur les thématiques qui les concernent tout particulièrement. Ces dernières sont les jeunes en premier lieu, et aussi « d'autres groupes spécifiques et/ou vulnérables », c'est-à-dire les femmes et les « populations très précaires en errance ». De façon générale, au cours de cette réunion, les membres de l'équipe EIS de la ville de Paris mettent beaucoup en avant cette question de la prise en compte des populations « invisibles ». Elles s'appuient notamment sur leurs expériences de l'EIS, que ce soit sur celles des Portes du XXe ou celle de Gare des Mines, à proximité, qui partage le même profil territorial et des problématiques similaires puisqu'elle est toute proche.

Lors du deuxième comité technique de la phase d'analyse, les modalités de participation aussi ont été précisées, et permettent de proposer quatre ateliers, dont un avec les scolaires, qui clôture un cycle déjà entamé avant l'EIS et auquel l'équipe évaluatrice ne fait qu'assister, sur lequel nous ne reviendrons donc pas. La possibilité d'en mettre en place un cinquième, concernant les personnes âgées est proposée aussi par quelqu'un du groupe⁶²⁷ mais ne sera finalement pas retenue. Il s'agit surtout pour l'équipe de faire valider les orientations proposées, il n'y a donc que peu d'interventions de la part des autres personnes présentes. C'est après ce comité technique que sont lancés les trois ateliers qui concernent les publics scolaires, les acteur·ices intervenant auprès des populations précaires en errance⁶²⁸, et les jeunes⁶²⁹. Ces ateliers se concentrent sur les populations qui n'ont pas encore eu voix au chapitre dans la démarche, qui demeurent habituellement en dehors des radars de la participation, et qui sont aussi les publics cibles de l'EIS. Enfin, le dernier comité technique et

⁶²⁷ Nos notes sont malheureusement imprécises sur ce point.

⁶²⁸ À ce sujet, lire l'encadré « atelier participatif avec des « [acteur·ices] intervenant auprès des populations précaires en errance », » page 314.

⁶²⁹ Cet atelier est décrit ici : Chapitre 5. 5.1 En dehors des instances officielles de l'EIS, les publics-cibles de l'EIS représentés sans pouvoir de décision page 267 et suite.

le comité de pilotage ont lieu avant l'atelier consacré aux jeunes femmes⁶³⁰, qui apparaît comme nécessaire après leur absence pendant l'atelier « jeunes ».

Finalement, au-delà de la sensibilité des commanditaires comme de l'équipe évaluatrice, plusieurs facteurs dans le processus de l'analyse dans l'EIS Hébert permettent d'expliquer la présence importante du prisme des « inégalités sociales de santé » qui apparaît dans le rapport. En premier lieu, les membres du comité technique, notamment l'équipe EIS de la ville de Paris, mais aussi les représentantes de l'AMI amènent de façon quasiment systématique la question lors des réunions, et mettent en avant les impacts différenciés sur certaines populations en fonction de leur expertise. Ensuite, les allers-retours entre l'équipe évaluatrice (sans doute nécessaire, car l'analyse a duré très longtemps) et le comité technique, avec trois comités techniques, permettent une co-construction de l'analyse, et la validation ainsi que l'enrichissement des réflexions au fur et à mesure de l'EIS. Le tir peut toujours être rectifié. Enfin, la parole est donnée à ces populations cibles victimes des inégalités, ou *a minima* à des personnes qui les représentent pour les personnes sans-abris. Le recueil direct de la parole des jeunes et *a fortiori* des jeunes filles, difficiles à obtenir (d'ailleurs dans nos autres études de cas, notamment à Niort, l'enquête auprès de ce public n'a pas fonctionné), permet de combler un angle mort de l'EIS, comme par exemple, permettre aux jeunes de se retrouver dans des espaces qui leur sont dédiés. S'il est évident que l'échantillon de quatre jeunes hommes et sept jeunes filles ne sauraient être considéré·es comme représentatif·ves de l'ensemble de leurs classes d'âge, la volonté de bien faire est évidente, et elle permet aussi d'anticiper efficacement sur les recommandations, avec de premières pistes lancées par les publics des ateliers.

3.2.2 À Niort, la recherche de l'efficacité

La phase d'analyse de l'EIS de Niort débute en juillet 2019, et se termine au mois de décembre de la même année. La figure 30 montre le déroulement de l'ensemble de l'EIS, avec la phase d'analyse en jaune.

630 Lire l'encadré « atelier jeunes en non-mixité sans garçons » page 268.

Calendrier détaillé de la mission

- A = Tenue de l'atelier
- D = Tenue du groupe décisionnel
- E = Enquête « terrain »
- C = Tenue du comité technique

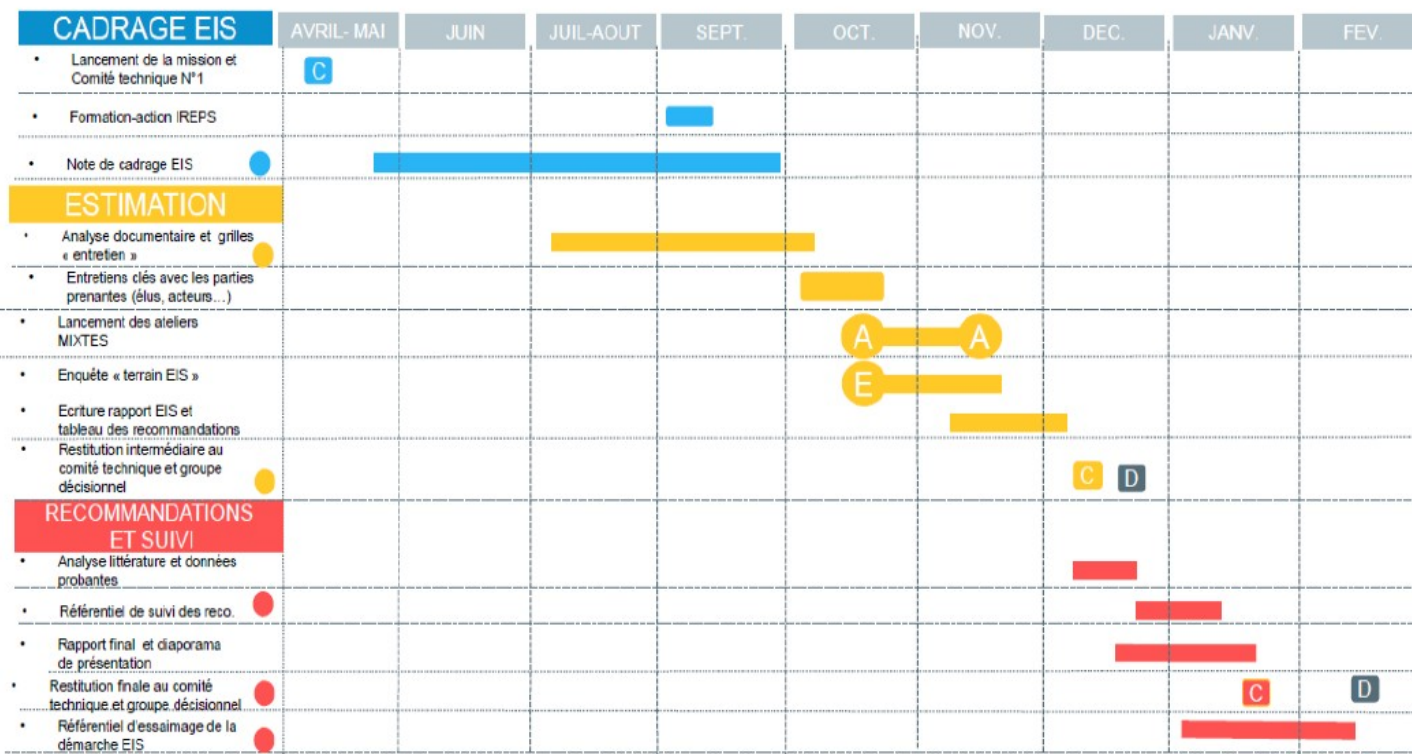


Figure 30: Calendrier de l'EIS de Niort. Source : Novascopia, présentation du comité de pilotage, 15 janvier 2020.

A. nous décrit le processus et la méthodologie de la phase dans l'analyse pour l'EIS de Niort.⁶³¹. Dans une première étape, « l'analyse des données du territoire au regard de la littérature scientifique » est réalisée à partir de la grille d'analyse des impacts décrite plus haut. Cette première se chevauche avec la phase de cadrage. En effet, ces deux tâches permettent aussi de sélectionner les déterminants, sur les publics cibles particulièrement impactés par le projet, et les composantes du projet à observer plus précisément. De même, la toute fin de l'analyse se chevauche un peu avec les recommandations. Le temps est compté dans l'EIS de Niort : contrairement à la souplesse des bons de commande entre Espaces Ferroviaires et Énergies Demain dans l'EIS Hébert, les financements ne sont pas ici prolongeables. Viser l'efficacité est donc un choix stratégique, qui permet d'éviter de passer trop vite sur les dernières étapes de la démarche.

631 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

À Niort, des populations cibles sollicitées indirectement

Cette volonté de rationaliser les actions pour les rendre efficaces se traduit aussi dans la stratégie de participation des parties prenantes pendant la phase d'analyse, notamment de participation citoyenne. En effet, comme souvent, c'est l'occasion d'inviter les parties prenantes à livrer leur expertise pour enrichir la démarche, ce qui se fait sous trois formes différentes : des entretiens, des « ateliers mixtes » et une enquête quantitative menée par des étudiant·es.

Les entretiens avec des parties prenantes clés ont lieu pour comprendre le fonctionnement du quartier. Dans le cadre de l'EIS de Niort, huit entretiens sont donc menés, avec l'élu en charge du projet, le directeur de projet politique de la ville, qui fait aussi partie du groupe à l'initiative de la démarche et du comité technique, une agente de la police nationale, avec la responsable du Service Médiation Sociale à l'intercommunalité, une infirmière dont le cabinet est situé dans le quartier, la cheffe du bureau action sociale du conseil départemental et celle du bureau PMI, enfin avec un couple de pharmacien·nes qui exercent dans le quartier du Pontreau. Ce sont donc des professionnel·les de l'aménagement, de la santé ou du social qui sont interrogé·es, non des habitant·es ou des personnes directement en lien avec eux et elles.

En complément de ces entretiens, des « ateliers-mixtes » sont organisés avec les habitant·es et les acteur·ices du quartier. Nous avons déjà décrit les participant·es à ces ateliers dans notre partie sur la participation⁶³² : aucun·e habitant·e n'y prend part en tant qu'habitant·e seulement. Cela traduit aussi la volonté d'efficacité dans la démarche : les personnes qui participent doivent représenter le quartier dans son ensemble et incarner plusieurs points de vue : habitant·es et parents d'élèves qui représentent donc aussi les enfants, public-cible de la démarche, commerçant et membre d'une association sportive... Deux ateliers ont lieu, un atelier sensible puis un atelier sur le quartier futur. Le premier atelier a lieu le 17 octobre 2019⁶³³. Plusieurs temps le compose : un premier temps en salle, pour présenter la démarche de l'EIS et ses objectifs dans le cadre du projet de renouvellement urbain du Pontreau, suivi d'une balade sensible dans le quartier, armé·es d'une grille

632 Lire Chapitre 5. 5.1 En dehors des instances officielles de l'EIS, les publics-cibles de l'EIS représentés sans pouvoir de décision page 269.

633 Nous n'avons pas assisté à ces ateliers, et nous contenterons donc de décrire leur contenu et leurs participant·es.

d'observation « Ambian-Santé », avant un dernier temps d'échanges et de retour en salle. Cette grille permet, lieu par lieu désigné par l'évaluateur, de retranscrire les sensations de chacun·e quant à l'espace. Il est fait appel à la sensibilité de chacun, qui doit en même temps transcrire l'expérience des autres personnes qui partagent ses caractéristiques, même si la grille ne prévoit pas d'espace pour se décrire soi-même. Le deuxième atelier a lieu un mois plus tard, le 14 novembre. A. nous explique que pour cet atelier, il n'y a « pas d'agenda précis, mais on essaie de réfléchir sur le projet. »⁶³⁴ Il est construit autour d'une réflexion sur les impacts du projet sur la santé à partir des propositions de l'équipe d'évaluation, puis l'élaboration de pistes de recommandations pour réduire les impacts négatifs et renforcer les impacts positifs, et enfin des propositions de priorisation des impacts.

Enfin, à peu près en même temps que ces ateliers, des étudiant·es de BTS d'un lycée à proximité du quartier mènent une enquête sur la perception du quartier par les personnes qui le fréquentent. Nouvel exemple d'efficacité de la démarche : l'équipe évaluatrice obtient des éléments nouveaux pour la démarche sans avoir à y consacrer beaucoup de temps, et les enquêtes auprès des habitant·es étant riches, mais très chronophages. Cette enquête permet de recueillir l'avis d'un peu plus d'une centaine de personnes pour mieux saisir ce que les habitant·es pensent de leur lieu de vie. Pour autant, comme il s'agit d'une enquête quantitative, basée sur des réponses à des questions fermées, elle ne leur permet pas d'aborder des sujets en dehors de ceux déjà proposés par les étudiant·es et des évaluateur·ices qui les ont aidés à concevoir leur questionnaire. Elle ne permet pas non plus de saisir les aspirations des habitant·es pour leur quartier, même si la dernière question porte sur le futur de celui-ci, alors que la phase d'analyse prépare déjà celle des recommandations. L'avantage est que cela permet d'obtenir directement des réponses aux questions que se posent l'équipe évaluatrice, sans risquer les dérives et les réponses à côté des questions ouvertes. Les données sont combinées aux composantes du projet, pour créer le tableau d'impacts, et surtout pour préparer des pré-recommandations, présentées au comité technique au mois de décembre.

Finalement, en dehors de l'enquête menée par les étudiant·es, où elles ne peuvent répondre qu'à des questions aux réponses pré-formulées, les populations-cibles ne sont pas conviées à donner leur avis, ou à partager leurs expériences. Les populations cibles de l'EIS

634 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

ne tiennent donc qu'un rôle restreint dans le processus d'analyse des impacts de l'EIS de Niort. Si on peut considérer que les personnes âgées sont représentées dans les ateliers par les membres du conseil citoyen, qui sont majoritairement des retraité·es, et que les enfants le sont par le biais des associations de parents d'élèves, l'EIS n'est pas parvenue à mobiliser les jeunes. Ce constat est aussi fait par une des commanditaires de la démarche, qui le déplore⁶³⁵ : même dans l'enquête menée par les étudiant·es, très peu de jeunes ont répondu. Pour elle, il faut intégrer dans les recommandations la nécessité de poursuivre la concertation auprès des jeunes pour construire des espaces publics qui leur conviennent.

3.1.1 Choisy-le-Roi, de perturbations en désagréments

Le processus d'analyse dans l'EIS de Choisy-le-Roi aurait dû être le même dans l'essence que dans l'EIS de Niort, avec des ajustements dus aux spécificités du terrain. La comparaison du calendrier prévisionnel de la démarche entre Choisy et Niort, respectivement les figures 31 et 26, le confirme : les étapes de l'analyse se ressemblent, entre entretiens, *focus-group* (qui s'appellent ateliers mixtes à Niort, mais qui recouvre le même mélange de professionnels, d'associations et de représentant·es des habitant·es du quartier), enquête de terrain, étude de la littérature scientifique, estimations des impacts et écriture du rapport. Pourtant, le calendrier effectif, présenté figure 32, issu du rapport final, montre que les choses ne se sont pas passées comme prévu. En premier lieu, on constate que l'EIS a duré bien plus longtemps que prévu, notamment car la phase d'analyse, au lieu de durer trois mois, en a duré presque sept, de début juin à fin décembre.

635 Entretien avec C., Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241.

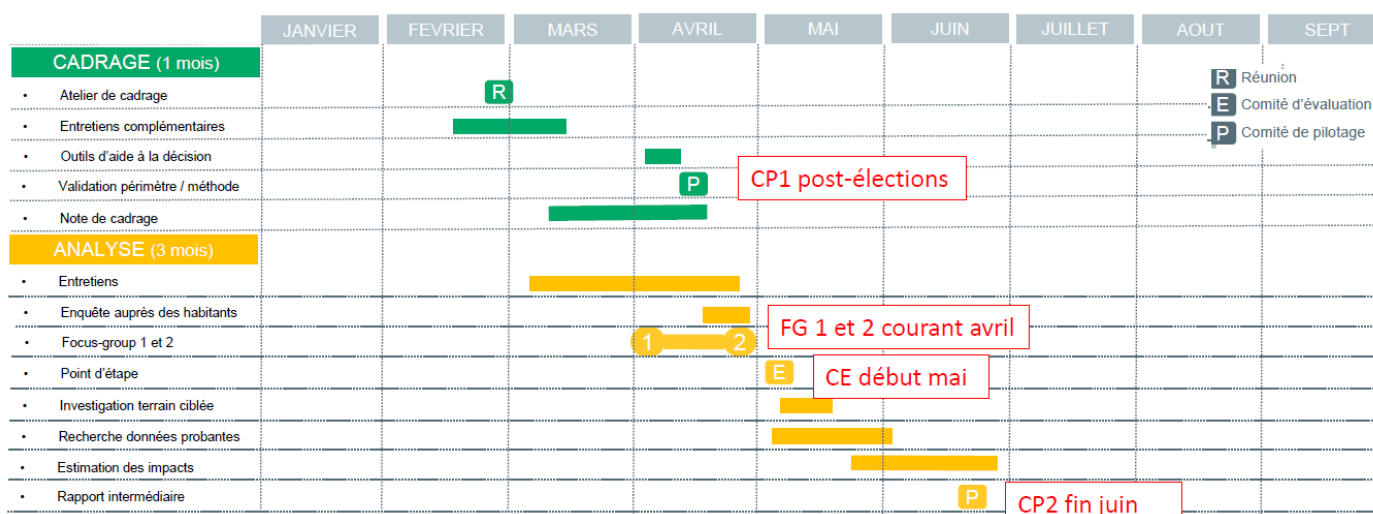


Figure 31: Calendrier prévisionnel de l'EIS de Choisy-le-Roi. Source : Novascopia, atelier de cadrage de l'EIS de Choisy, 2 mars 2020.

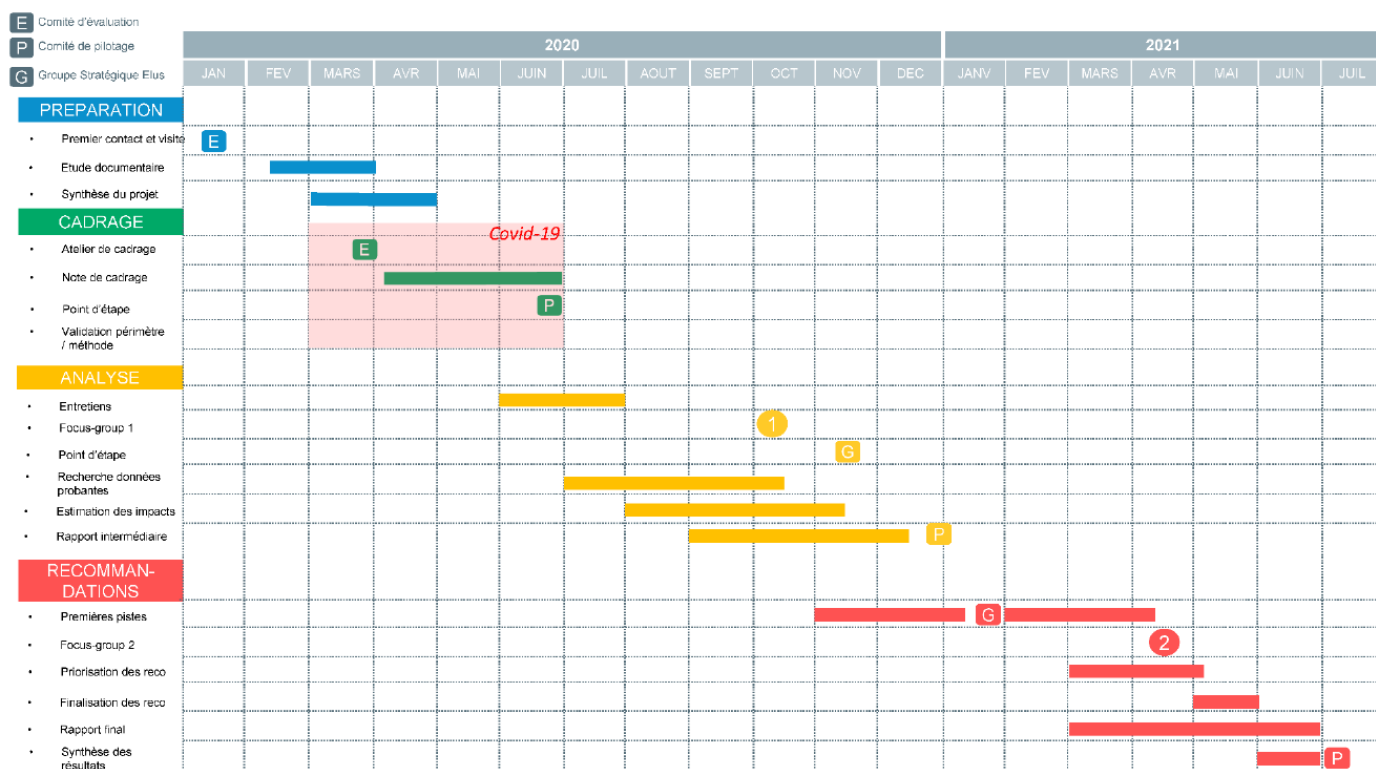


Figure 32: Calendrier de l'EIS de Choisy-le-Roi. Source : Novascopia, Rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi, 2021, page 65.

Les ambitions ont été revues à la baisse dans la méthodologie déployée réellement. Sept entretiens ont été menés, avec l'élue en charge des affaires sociales, solidarités, hygiène et santé, la directrice du CCAS, la coordinatrice du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville, et le chef de projet développement durable et renouvellement urbain à l'EPT (Établissement Public Territorial)⁶³⁶, le directeur des centres sociaux de la ville, la référente vie de quartier au centre social Langevin, voisin des Navigateurs, et le chef de projet Contrat de Ville à l'EPT. Ce panel d'acteurs et d'actrices doit permettre de mieux comprendre le fonctionnement du quartier et les aspirations de ses habitant·es, même si ces dernier·es n'ont été invité·es à s'exprimer. D'autres moments étaient prévus pour le faire, finalement annulés. Ainsi, il n'y a pas eu d'enquêtes auprès des habitant·es ni d'enquête de terrain ciblée, à cause des confinements successifs.

L'échec de la stratégie de participation

Les *focus-group* auraient pu pallier cette difficulté : comme évoqué précédemment⁶³⁷. Ils ont lieu bien plus tard que prévu, à la fois dans l'absolu et relativement aux autres étapes de la phase de cadrage. Le premier rendez-vous est retardé d'abord à cause du premier confinement lié à la pandémie, du 17 mars au 11 mai 2020 puis au refus de la nouvelle mairie, élue en juin 2020, d'organiser de la concertation avec les habitant·es avant d'être bien installée. Ce premier rendez-vous a donc lieu début octobre, quelques semaines avant le deuxième confinement, qui dure du 30 octobre au 15 décembre 2020, et qui repousse le deuxième rendez-vous, qui aura finalement lieu pendant la phase d'élaboration des recommandations, en visioconférence, pendant le troisième confinement qui dure du 3 avril au 3 mai 2021.

Ainsi à Choisy-le-Roi, la phase d'analyse se construit sans les publics vulnérables, et sans public-cible. Cela explique sans doute le sentiment de flou, d'imprécision, de manque de finesse ressenti à la lecture du rapport : sans l'expertise des habitant·es dans une EIS qui affiche au départ des ambitions de participation importantes, il est difficile de produire des analyses précises. L'observation du processus qui a mené à la formulation de cette analyse éclaire sur le manque de précision sur les public-cibles de l'EIS et les populations vulnérables.

636 Ces trois dernières personnes font partie du comité technique de l'EIS, et le dernier en est aussi un des commanditaires.

637 Lire Chapitre 5. 5.2.2 À Choisy-le-Roi, l'échec de la participation page 273.

Les processus de co-construction des recommandations varient donc d'une EIS à l'autre. À Paris, les ateliers et les rencontres s'accumulent pour tenter de construire l'analyse la plus fine possible du quartier avec les populations vulnérables identifiées, quant à Niort (et à Choisy-le-Roi si les choses s'étaient déroulées comme prévu), c'est plutôt la recherche de l'efficacité qui est mise en avant : les rencontres avec les parties prenantes sont rationalisées pour saisir les enjeux du quartier de la façon plus efficiente possible. C'est un nouvel avatar de la dichotomie entre les EIS promues en Nouvelle-Aquitaine par le biais de COMODEIS, nombreuses, peu chères, et efficaces, et celles promues par les universitaires, d'une EIS plus complète, qui coche toutes les cases d'une EIS réussie selon la théorie, quitte à ce qu'elle soit longue, onéreuse, et par conséquent souvent réservée aux grandes villes.

3.2 Préparer les recommandations pendant l'analyse

Comme le cadrage prépare la phase d'analyse, celle-ci prépare les recommandations. Les stratégies employées par nos deux bureaux d'études varient. Nous verrons comment, dans l'EIS Hébert, les impacts sont priorisés pour décider sur lesquels proposer des recommandations, et comment les deux autres démarches essaient d'anticiper aussi la formulation de recommandations.

3.3 Prioriser les impacts pour les sélectionner

La priorisation des impacts est la dernière étape dans leur caractérisation dans l'EIS Hébert. Des scores sont attribués à chacun des impacts, que l'on peut voir dans la troisième et la quatrième colonne du tableau présenté figure 26 (page 338). La figure 33 montre les points attribués par variables. Trois matrices recoupent cinq critères : la probabilité et l'intensité dans une matrice « score santé », les marges de manœuvre et la temporalité dans une matrice opérationnalité, et les populations impactées dans la matrice populationnelle. Cette dernière confronte les résultats de la grille Urban-ISS utilisée en phase de cadrage et ceux de l'analyse : un groupe qui n'apparaît que dans l'analyse ou que dans la grille de cadrage n'a finalement que peu de chances d'être influencé par une composante, un groupe qui apparaît

dans les deux appellent à la vigilance, enfin, si tous les groupes sont affectés, la recommandation devient prioritaire.

Matrice score santé		Intensité		
		Faible	Moyenne	Forte
Probabilité	Possible	2	3	4
	Probable	3	4	5
	Certaine	4	5	6

Matrice opérationnalité		Marge de manœuvre		
		Aucune	Envisageable	Certaine
Temporalité	Long terme	1	2	3
	Moyen terme	2	3	4
	Court terme	3	4	5

Matrice populationnelle	
Groupes identifiés par la grille mais pas dans l'analyse OU Groupes identifiés dans l'analyse mais pas dans la grille	1
Groupes identifiés par la grille et par l'analyse	2
Tous les groupes	3

Figure 33: Variables de priorisation dans l'EIS Hébert. Source : *Énergies Demain, rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 143.*

Les impacts sont ensuite passés à travers plusieurs filtres, d'abord celui de l'opérationnalité, puis celui du « score santé » pour déterminer ceux sur lesquels seront formulés des recommandations. La matrice populationnelle ne sert pas à cette étape, mais est mobilisée ensuite pour prioriser les recommandations à l'étape suivante. Plutôt que d'en faire un critère discriminant dès cette étape, cela permet de formuler des recommandations en direction de tous les groupes de population, plutôt que vers un seul groupe. Ainsi, pour 80 impacts identifiés, le *scoring* permet d'en sélectionner 44 sur lesquels prononcer des recommandations. Les proportions entre impacts positifs et impacts négatifs sont à peu près les mêmes entre les deux étapes.

Cette priorisation des impacts permet de concentrer les efforts au moment de la formulation des recommandations uniquement sur ceux qui ont une chance d'avoir un impact effectif sur la santé des populations, *a fortiori* des populations les plus vulnérables. On comprend mieux la caractérisation précise dans les étapes précédentes. Par ailleurs, cet effort de notation permet de donner un tour plus scientifique à cette caractérisation, plus rationnel, et donc d'en faire un argument supplémentaire pour justifier les recommandations formulées. Elle n'anticipe donc pas seulement l'étape suivante, mais aussi la suite de la vie de l'EIS, son suivi et la mise en place de ces préconisations.

3.3.1 Formuler des pré-recommandations

Dans les EIS menées par Novascopia, la phase d'analyse aboutit sur des pré-recommandations à présenter pendant le comité technique qui clôt la phase d'analyse et lance la phase de recommandations. Ces pré-recommandations sont définies en partie dans les ateliers mixtes avec les parties prenantes de la démarche. On retrouve encore le souci d'efficacité de la méthodologie développée par Novascopia : la participation organisée en phase d'analyse est aussi utile en phase de recommandations. Cela permet d'intégrer la volonté, non pas tellement des habitant·es, encore moins des populations vulnérables, car, on l'a dit, iels sont peu présent·es dans les instances de concertation, mais de personnes qui les représentent et qui doivent donc permettre la construction d'un quartier qui leur ressemble. L'équipe évaluatrice arrive avec des idées, des propositions, et les réactions des personnes présentes permettent d'ajuster le tir. Cela a bien fonctionné à Niort, et entraîné quelques difficultés par la suite, car cela a servi de point d'appui pour remettre en cause une partie des recommandations envisagées par la mairie, avec de nombreux débats à la clé.

Finalement, le traitement des populations vulnérables tient une place variable pendant la phase d'analyse selon nos études de cas. À Paris, la question des inégalités sociales, et de leur conséquence sur la santé des populations, imprègnent toute la phase d'analyse à chacune de ses étapes : c'est un filtre à travers lequel est considérée toute l'analyse des impacts. Les références aux publics cibles de l'EIS sont très nombreuses : ce ne sont pas des rappels

ponctuels de leur existence, mais bien une analyse poussée des impacts sur la santé de ces populations, arguments scientifiques à l'appui, qui constitue le cœur de cette étape d'analyse de l'EIS Hébert. Dans l'EIS de Niort en revanche, les populations cibles de l'EIS ont une place secondaire dans l'analyse des impacts : elles sont présentes, mais ne constituent pas le cœur de l'analyse, plutôt un point de vigilance mentionné quand l'occasion se présente. Cette façon de procéder est le résultat d'un processus où les populations vulnérables ne tiennent effectivement qu'un rôle assez limité. Enfin, les populations vulnérables tiennent une place restreinte dans le rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi. Elles ne sont pas au centre de l'attention, mais sont régulièrement évoquées pour qui sait où aller les chercher. Cela semble plus tenir d'un réflexe, ou de la nécessité de cocher une case (d'autant plus que l'ARS invitée en tant que pilote dans le cadre de l'AMISEAD veille au grain) pour les personnes qui mènent l'évaluation que d'une véritable volonté de réflexion sur les inégalités sociales de santé. En l'absence de publics cibles, les groupes observés sont ceux que les évaluatrices ont l'habitude de considérer⁶³⁸ : les personnes âgées, les jeunes et les enfants, un petit peu les femmes même si elles n'ont pas « droit » à leur pictogramme dans la matrice d'impact.

La phase d'analyse sert aussi à anticiper la phase de recommandations, pour définir quels impacts du projet importent pour formuler des recommandations comme pour tester des pistes de recommandations ou en trouver d'autres. C'est sur cette étape des recommandations que nous allons nous pencher maintenant.

4. Les recommandations dans nos études de cas : une intégration des publics-cibles à géométrie variable

La formulation des recommandations est, la plupart du temps, la dernière étape à laquelle participent les praticien·nes de l'EIS. C'est l'étape pendant laquelle les réflexions de l'EIS se concrétisent pour donner lieu à des propositions d'actions pour améliorer le projet du point de

⁶³⁸ Lire Chapitre 6. 2.2.2 Le choix des publics-cibles : les habituel·les, les négocié·es et les oublié·es page 309.

vue de la santé. C'est souvent l'étape la plus attendue par les commanditaires. Nous nous pencherons d'abord sur les recommandations formulées dans nos études de cas, et sur la prise en compte ou non des publics-cibles. Nous considérerons ensuite la façon de produire ces recommandations dans chacune de nos études de cas, et sur les négociations et le degré d'acceptation de ces recommandations, qui semblent être le cœur de la co-construction, et enfin sur la façon de formuler des recommandations favorables à la réduction des inégalités sociales de santé, en anticipant la nécessité de les mettre en place ensuite.

4.1 Des recommandations favorables à la réduction des inégalités sociales de santé

Les recommandations apparaissent souvent comme le produit fini de l'EIS, son résultat final. Nous verrons d'abord comment les recommandations sont formulées et présentées dans nos études de cas, et la façon dont sont pris en compte les publics cibles, et comment la formulation des recommandations semble indiquer la possibilité de réduire les inégalités sociales de santé, ou pas.

4.1.1 À Hébert, la part belle aux publics cibles

Les recommandations de l'EIS Hébert sont articulées autour de quatre grands champs d'action : les aménagements et les usages de l'espace public, les structures sanitaire, sociale et d'hébergement, les fonctions à positionner sur les rez-de-chaussée, ainsi que des recommandations transversales sur des enjeux communs à toutes les recommandations. Chaque recommandation est présentée dans une fiche, dont un exemple est donné figure 34 avec les impacts potentiels identifiés en phase d'analyse, les populations impactées, le niveau d'opérationnalité de la recommandation, les options de mise en œuvre, les éventuelles vigilances associées, les porteurs de la recommandation, les moyens nécessaires à sa mise en place, la temporalité de cette mise en place, et les modalités de suivi. Elle présente ensuite éventuellement des exemples d'aménagement similaires déjà mis en place, notamment pour les aménagements de l'espace public.



EIS Hébert

Installer des équipements sportifs mobiles

Aménagement de l'espace public

Fiche EP 4



POUR RAPPEL, L'ANALYSE AVAIT MIS EN ÉVIDENCE DES IMPACTS POTENTIELS POSITIFS ET NÉGATIFS DU PROJET SUR :



Activité physique

Favoriser la pratique d'une activité physique sur l'espace public



Risque potentiel d'inégalités de genre

Limite de la pratique d'activités physiques pour les jeunes filles

POPULATIONS POTENTIELLEMENT IMPACTÉES



Jeunes
Jeunes filles
Femmes
Personnes âgées
Habitants du quartier

COMMENT ?

Technique

- Penser des équipements sportifs pouvant être déplacés et rentrés le soir
- Tables de ping-pong
- Filet de badminton
- Cages de football
- Équipements pour le yoga et la gym douce (tapis, etc)
- Miroirs de danse
- ...
- Veiller à l'esthétisme et au design de ces équipements pour qu'ils s'intègrent bien dans le quartier et soient en cohérence avec les autres aménagements

QUI ET AVEC QUI ?

PILOTE :
Espaces Ferroviaires

PARTENAIRES :
ENS et Paris Anim' (animation autour de ces équipements)

MOYENS NÉCESSAIRES

Humains :

Matériels :

Financiers :

QUAND ?

Pour la logistique liée à ces équipements mobiles (stockage, gestion des disponibilités ...), faire le lien avec la conciergerie (cf Fiche recommandation RDC 6) ou l'ENS

	INDICATEURS DE SUIVI	FRÉQUENCE	EN CHARGE DU SUIVI	RÉALISÉ LE 
<p>SUIVI DE LA RECOMMANDATION :</p> 

Figure 34: Exemple de fiche recommandations dans le rapport de l'EIS Hébert. Source : Énergies Demain, rapport de l'EIS Hébert, 2020.

La part belle à la réduction des inégalités sociales de santé

Dix-huit des vingt-six recommandations formulées dans l'EIS Hébert sont tournées vers des publics cibles. Le tableau 6.3 ci-dessous synthétise les recommandations de l'EIS Hébert et les populations impactées à chaque fois pour la catégorie « Structures sanitaires, sociales et d'hébergement »⁶³⁹. Les publics cibles de l'EIS sont en italique.

⁶³⁹ L'intégralité des recommandations est présentée en annexe 11.

Catégorie	Recommandations	Publics impactés
Structures sanitaires, sociales et d'hébergement	Implanter une maison de santé	<i>Personnes âgées</i> <i>Populations précaires en errance</i> <i>Populations modestes</i> Habitante·es du quartier
	Travailler les partenariats de proximité autour de la santé	<i>Personnes âgées</i> <i>Populations précaires en errance</i> <i>Populations modestes</i> Habitant·es du quartier
	Aménager une salle collective au sein de la résidence personnes âgées	<i>Personnes âgées</i> Futur·es habitant·es du quartier
	Envisager la maison relai comme un lieu d'accueil pour les populations précaires et/ou désocialisées	<i>Personnes âgées</i> <i>Populations précaires en errance</i> Populations modestes

Tableau 6.3 : Synthèse des recommandations de l'EIS Hébert

Les publics cibles des recommandations correspondent ainsi aux public identifiés en phase de cadrage. Les populations vers lesquelles le plus de recommandations sont formulées sont les personnes âgées (13 recommandations), puis les jeunes (9), les populations précaires en errance (7), suivies des jeunes filles et des femmes (6, les mêmes pour les deux catégories), puis les populations modestes et les populations précaires qui sont la cible de respectivement quatre et trois recommandations, même si la différence entre modestes et précaires n'est pas expliquée. Aucune des recommandations n'est dirigée vers un seul groupe de populations.

Un soupçon d'intersectionnalité ?

Une des recommandations demande à ce que soient « [réservés] des créneaux horaires dans un local pour permettre aux jeunes filles de se retrouver »⁶⁴⁰, qui cible « les jeunes filles » et « les femmes », groupes qui se confondent puisque, on l'a dit, les recommandations

⁶⁴⁰ Énergies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, 2020, page 206.

pour les unes et les autres sont exactement les mêmes. C'est la seule recommandation formulée vers un groupe uniquement. Le terme de « non-mixité sans hommes » n'est pas employé dans la fiche, mais c'est de ça qu'il s'agit. Les effets sur la santé de la non-mixité hommes/femmes ont été peu étudiés en sciences sociales en dehors de la question de la mixité dans les écoles, où elle semble avoir des effets favorables sur la formation des enfants et des jeunes, notamment des filles, sans que des conclusions définitives aient pu être tirées⁶⁴¹. La non-mixité a pourtant beaucoup été mise en place dans les milieux militants, féministes, antiracistes et dans les collectifs de personnes handicapées, qui en font un outil militant d'émancipation⁶⁴². À partir du constat que l'entre-soi des dominant·es leur permet de s'accaparer certaines ressources (sociales, notamment informations et opportunités) et d'en priver l'accès aux groupes dominés, qui produit et renforce les inégalités sociales, la non-mixité s'inscrit à l'inverse non pas dans une logique d'exclusion ou de discrimination, mais avec l'objectif de rendre l'accès à ces ressources aux groupes dominés, et ainsi de réduire les inégalités⁶⁴³. Cette non-mixité a un triple effet : cela facilite et libère l'expression, habituellement monopolisée par le groupe dominant⁶⁴⁴, cela permet une prise de conscience et une politisation de la condition de dominées à partir de partages d'expériences, enfin cela permet la mise en évidence de la domination et des inégalités⁶⁴⁵. S'il n'y a pas eu d'études le démontrant, les personnes qui pratiquent la non-mixité de genre rapportent des effets bénéfiques pour leur santé mentale et leur bien-être en général⁶⁴⁶. Dans notre cas, donner aux jeunes filles un espace pour se retrouver en dehors de chez elles corrige l'accès inégalitaire à l'espace public, monopolisé par les jeunes hommes⁶⁴⁷, et de se retrouver de façon plus libre, sans avoir à performer leur genre.

641 Antoine Bréau, « Sport entre filles », *Métropolitiques*, 10 février 2022.

642 Alban Jacquemart, « La non-mixité féministe : pour les femmes ou contre les hommes ? », *Métropolitiques*, 24 septembre 2020.

643 Camille François & Pierre Gilbert & Narguesse Keyhani & Camille Masclet, « Espaces non mixtes : l'entre-soi contre les inégalités ? », *Métropolitiques*, 25 novembre 2021.

644 Alban Jacquemart et Camille Masclet, « Mixités et non-mixités dans les mouvements féministes des années 1968 en France », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 1 décembre 2017, n° 46, p. 221-247.

645 Fanny Gallot et Alban Jacquemart, « Quelles pratiques féministes de la non-mixité ? », *Travail, genre et sociétés*, 2023, vol. 49, n° 1, p. 161-164.

646 Lina Abazine, *Non-mixity as an organizational and resistance tool for collective identification within French radical activist groups*, Mémoire, University of Gothenburg, Department of sociology and work science, Göteborg, 2022, 38 p.

647 É. Maruéjols-Benoît, *Mixité, égalité et genre dans les espaces du loisir des jeunes*, op. cit. ; C. Hbila, « Faciliter l'accès à l'espace public », art cit.

Ainsi, les publics-cibles tiennent aussi une place importante dans la formulation des recommandations dans l'EIS Hébert.

4.1.2 À Niort, des publics cibles peu explicites, mais présents

Les recommandations de l'EIS de Niort s'articulent autour de cinq grands axes : espaces publics et pratiques sociales, espaces verts et nature en ville, mobilités et déplacements et déchets, hygiène et propreté, et des recommandations transversales pour la bonne mise en œuvre du projet. Le rapport présente d'abord une synthèse des recommandations puis une cartographie des recommandations qui permet de les localiser dans l'espace du quartier, grand axe par axe. Ensuite viennent des fiches détaillées par recommandation. La figure 35 montre un exemple.

Les fiches présentent l'intérêt d'une telle recommandation, puis les déclinaisons opérationnelles possibles, avec une action concrète à mettre en place, les modalités d'intervention ou les conditions de réussite en fonction des recommandations et des exemples issus d'un *benchmark* d'initiatives similaires, et enfin l'avis donné par le comité de pilotage sur la recommandation.

R3. Envisager des espaces de convivialité couverts afin d'offrir des possibilités de pratiques plus accessibles sur les périodes de pluies et les périodes estivales pour des pratiques ombragées.

S'adapter à des températures plus élevées est devenu une priorité, particulièrement dans les villes ou quartiers qui présentent des conditions d'exposition aggravée par les îlots de chaleur urbain. Au-delà des aspects de réchauffement climatique, l'objectif est ici de prévoir un ou plusieurs espaces qui permettent la fréquentation des lieux en période estivale mais aussi en périodes de pluie.

Déclinaison opérationnelle	Modalités d'intervention possibles
<p>En lien avec la nature, créer un espace ouvert qui puisse permettre la halte, donner le temps à la rencontre</p> <p>Exemples d'illustrations / acteurs et lieux ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> - Source : Jardin des Lakas- Pornic - Approche.s - Les défis du bois 3.0 (Fordaq.com) 	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir des matériaux en bois de préférence ; • Implanter ce kiosque dans la continuité d'un cheminement piéton (vers le chemin de l'école, vers le chemin des points d'apports volontaires, vers les points de compostage...). <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="587 943 898 1178"> </div> <div data-bbox="898 943 1224 1178"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div data-bbox="587 1189 924 1440"> </div> <div data-bbox="924 1189 1224 1440"> </div> </div>
<p>Décision du groupe décisionnel</p>	<p>3 votes sur 6 pour cette recommandation, 1 abstention. Mme Lefebvre et M. Six se questionnent sur cette recommandation, du fait des risques de nuisances tardives.</p>

Figure 35: Exemple de fiche de recommandations dans l'EIS de Niort. Source : Novascopia, rapport de l'EIS de Niort, 2020.

Des recommandations favorables à tout le monde qui laissent un peu de place aux populations cibles

Même si les populations-cibles ne sont pas identifiées explicitement, il est facile de les identifier, quand il y en a, à la lecture des fiches. Le tableau ci-dessous présente les recommandations de l'axe « mobilité et déplacements »⁶⁴⁸. Les publics cibles ne sont pas donnés directement : la chercheuse les déduit donc en fonction des groupes mentionnés dans les fiches et des publics annoncés dans le cadrage de la démarche.

Recommandations	Déclinaison opérationnelle	Publics cibles identifiés
Intégrer des places de stationnement « dépose-minute » réservées aux personnes à mobilité réduite et aux personnes accompagnées de jeunes enfants.	Intégrer des espaces de stationnements adaptés aux personnes à mobilité réduite, aux personnes âgées et aux parents accompagnés de jeunes enfants	<i>Enfants</i> <i>Personnes âgées</i> <i>PMR</i>
Créer un emplacement spécifique réservé aux activités de bricolage et de mécanique automobile	Prévoir un emplacement réservé aux activités de bricolage et de mécanique automobile	Tout le monde
Créer des espaces de stationnements « verts » pour mieux lutter contre les îlots de chaleur urbains	Adapter l'aménagement des aires de stationnement aux enjeux du réchauffement climatique.	Tout le monde
Mailler le quartier par des points de signalisation et jalonnement d'itinéraires favorisant les mobilités douces (vers les transports en commun, lieux d'activité physique, etc.)		Tout le monde
Prévoir des modalités de ralentissement de vitesse (points noirs identifiés entre les tours et l'accès au pôle médical et à proximité de l'école Coubertin)	Identifier les points noirs et installer des modalités de ralentissement de vitesse	<i>Enfants</i> Tout le monde
Repenser et redessiner les marquages des passages piétons en partenariat avec les habitants et/ou un collectif d'artistes.	Revisiter les passages piétons	Tout le monde

⁶⁴⁸ Le tableau présentant l'ensemble des recommandations est disponibles en annexe 10.

Intégrer des aménagements urbains favorables à la pratique sportive en reliant les principaux points ressources du quartier (stade, jardin des Plantes, les groupes scolaires ...)	Tout le monde
--	---------------

Tableau 6.4 : Synthèse des recommandations de l’EIS de Niort pour l’axe « mobilité et déplacements »

Comme à Hébert, les publics cibles sont les mêmes que ceux annoncés dans la phase de cadrage de l’EIS. Les plus souvent évoqués sont les enfants, avec 5 recommandations spécifiques, puis les personnes âgées et les PMR avec 3 recommandations, suivis des jeunes et des femmes qui ont une recommandation spécifique. Dix-neuf des recommandations concernent tout le monde, dont seize qui ne concernent aucun public spécifique.

Ainsi, la grande majorité des recommandations sont construites pour convenir à l’ensemble de la population, même si elles sont particulièrement favorables à un groupe en particulier.

4.1.3 À Choisy-le-Roi, des recommandations très généralistes, peu tournées vers les populations vulnérables

L’EIS de Choisy, on l’a dit, est allée de péripétie en péripétie, entre la disparition du public-cible, la crise du COVID qui a interrompu la démarche, le changement de mairie... Et ces difficultés se ressentent dans les recommandations qui en émergent, qui sont globalement peu spécifiques et ne tiennent que peu compte des publics les plus vulnérables.

Les recommandations sont articulées autour de trois idées directrices : plus de végétation, plus de mobilité, plus d’équité et plus de convivialité. Il y a cinq recommandations opérationnelles et deux recommandations transversales, présentées dans le tableau 6.5. Trois de ces recommandations font l’objet d’un approfondissement et donnent lieu à des fiches dans un carnet de recommandations. Ces fiches sont constituées de quelques pages d’explications, qui présentent l’intérêt de la recommandation par rapport à la santé, et le potentiel du projet pour la développer en donnant des exemples de spatialisation, c’est-à-dire de possibilités d’endroits dans le quartier pour la mettre en place. Des potentiels de mise en place opérationnelle pour les recommandations qui ne font pas l’objet d’une fiche dans le carnet de recommandations sont aussi présentés : les titres qui y sont donnés sont dans la troisième

colonne : un peu comme à Niort, la recommandation donne l'idée, le titre dans la fiche, la mise en œuvre concrète. Les publics cibles ne sont pas désignés dans le rapport directement, comme pour Niort, ils sont donc déduits par la chercheuse à partir des titres des recommandations, et les publics vulnérables sont en italique.

Recommandation	Public-cible identifié	Titre dans les fiches
Exploiter les espaces vides et leurs potentiels de végétalisation pour développer différentes formes d'agriculture urbaine au sein du quartier, en pleine terre : créer des espaces de jardinage en lien notamment avec les équipements scolaires et socio-culturels.	Tout le monde <i>Enfants</i>	Développer différentes formes d'agriculture urbaine
Tirer profit de la mise à disposition de locaux à loyers maîtrisés en rez-de-chaussée pour y développer des initiatives / projets d'ESS en lien avec l'alimentation et la santé.	Tout le monde	Développer des initiatives autour de l'alimentation
Intégrer l'aménagement de zones d'ombre et de fraîcheur sur l'espace public, permettant de réduire la chaleur en ville et limitant l'impact durant les périodes de canicule.	Tout le monde	-
Intégrer le concept de design actif pour flécher des cheminements incitatifs et ludiques et promouvoir les mobilités décarbonées.	Tout le monde	-
Renforcer et remodeler l'offre sportive dans le quartier : développer les possibilités de pratiques sportives autonomes et spontanées au sein de l'espace public, via des installations en libre accès, en particulier pour les personnes éloignées de la pratique sportive.	Tout le monde <i>Personnes éloignées de la pratique sportive</i>	Valoriser le sport dans l'espace urbain
Favoriser et maintenir des lieux d'échange.	Tout le monde	-
Maximiser l'intervention sur les écoles et leurs abords : faire de l'école un lieu de vie et d'apprentissages (saines habitudes de vie, écocitoyenneté...) favorable à la mixité, au bien-être et à la réussite.	Tout le monde <i>Enfants</i>	-

Tableau 6.5 : Synthèse des recommandations dans l'EIS de Choisy-le-Roi

On constate que peu de recommandations sont tournées vers un public spécifique, et que les recommandations sont assez vagues et semblent peu opérationnelles. Cependant, les fiches dans le carnet de recommandations sont plus précises. Elles présentent les objectifs et les co-

bénéfices, puis proposent des déclinaisons opérationnelles en précisant leurs qualités et leurs coûts, puis le cadre réglementaire, les points de vigilance et précautions à prendre pour leur mise en place, suivis des étapes à suivre, les acteur·ices à associer, les conseils d'utilisation et d'usage, et l'accessibilité universelle (cette dernière rubrique n'apparaît que dans les deux premières fiches), ensuite les initiatives déjà existantes autour du quartier sur lesquelles s'appuyer, et enfin des indicateurs de suivi et des ressources supplémentaires, y compris un benchmark de projets similaires existants pour les deux premières fiches.

La mise en avant de l'accessibilité universelle dans les deux premières fiches montre une volonté de rendre le projet plus inclusif, de façon à ce que, même sans public-cible désigné, la recommandation soit véritablement favorable à toute la population. Il ne s'agit cependant que d'accessibilité physique : entre revêtement adapté, hauteur des bacs de culture et visibilité des espaces. En termes d'accessibilité sociale donc, rien n'est proposé : dès lors, comment s'assurer que les habitant·es vont se saisir de l'opportunité de faire de l'agriculture urbaine par exemple ? La dernière fiche identifie des publics cibles pour chacun des types d'aménagements sportifs proposés : c'est la seule mention directe dans toutes les recommandations de l'EIS de Choisy-le-Roi. Ces publics sont très variés et *a priori* de tout niveau : sportifs autonomes, clubs et associations, personnes éloignées de la pratique du sport et seniors, familles, sportifs occasionnels, sportifs aguerris, PMR 'sportifs', enfants et adolescent·es. Si les femmes ne font pas partie des publics énoncés, elles sont tout de même mentionnées deux fois dans les prescriptions quant à la localisation des équipements : près des aires de jeux, dans des espaces « moins exposés ».

Ainsi, les recommandations ne mettent pas en avant les publics-cibles de la même manière dans chacune de nos études de cas. Dans nos terrains d'études, il n'y a qu'à Hébert que les publics cibles de chaque recommandation sont énoncés directement, même si à Niort, on les devine aisément à la lecture de chaque fiche. Dans les deux cas, ceux identifiés sont en adéquation avec ceux annoncés pendant la phase de cadrage, et au moins quelques recommandations spécifiques sont énoncées. À Choisy-le-Roi en revanche, les publics cibles tiennent une place très restreinte dans les recommandations formulées, et il n'y a aucune recommandation spécifique.

À partir de ce constat, nous nous sommes interrogée sur le contexte et le processus de production de ces recommandations et sur l'influence qu'il a sur la formulation de recommandations favorables à la réduction des inégalités sociales de santé.

4.2 La co-construction des recommandations : compromis et négociations

Les recommandations présentées dans la partie précédente sont le résultat d'un processus qui varie d'un·e praticien·ne à une autre, d'un bureau d'études à l'autre, et donc d'une étude de cas à une autre. Dans l'ensemble, la phase de recommandations est souvent une phase de participation, qu'elle concerne les habitant·es directement ou des acteur·ices qui les représentent.

4.2.1 Dans l'EIS Hébert, définir ce qui est politiquement acceptable

Pour l'équipe d'Énergies Demain, les recommandations sont le moment de faire un retour vers les populations qui ont participé à l'EIS, le moment de leur montrer que « ce n'est pas faire de la concertation pour faire de la concertation, mais qu'il y a un vrai enjeu de participation, de mobilisation, d'investissement dans leur quartier et dans le projet. »⁶⁴⁹. En effet, les recommandations sont souvent le seul élément auquel ont accès les personnes qui ont été rencontrées au cours de la démarche, ce sont surtout les commanditaires qui ont accès à la cuisine de l'EIS et aux bénéfices que cela entraîne en termes d'acculturation notamment.

Confronter les recommandations aux parties prenantes

Trois ateliers ont été organisés pendant la phase de recommandations, pendant lesquels l'équipe évaluatrice présente les recommandations envisagées et les personnes présentes réagissent sur leur intérêt et leur faisabilité, et peuvent éventuellement proposer d'autres pistes.

649 Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

Le premier atelier dure 2 heures, il rassemble plusieurs membres des services techniques de la mairie de Paris, qui font aussi partie pour certain·es du Comité Technique, une membre de l'ARS pour représenter l'AMI, la maîtrise d'œuvre, les personnes en charge des autres études sur le quartier, notamment la programmation des rez-de-chaussée et l'aménagement des espaces publics, la maîtrise d'œuvre et l'équipe évaluatrice. La discussion a porté d'abord sur les aménagements possibles pour les personnes sans-abri et notamment usagères de drogues. Au terme de cette discussion, la réalisation de la plupart des recommandations, notamment concernant l'hébergement spécialisé et le récupérateur de seringues est exclue, mais la mise en place des points d'eau et de bornes de rechargement des téléphones est par contre retenue. La suite des discussions porte sur le sentiment de sécurité dans le quartier de façon plus générale, la gestion des espaces végétalisés, puis les usages et les animations de l'espace public et le projet de conciergerie. Sur ces thèmes, aucune recommandation n'est rejetée, mais plutôt précisée, affinée.

Le deuxième atelier, qui dure 2 heures aussi, rassemble les associations à proximité du quartier : ASA PNE⁶⁵⁰, l'École Normale Sociale⁶⁵¹, l'association Vergers Urbains⁶⁵², et deux associations d'accompagnement pour les usagers et usagères de drogues. Il a vocation « à donner la parole aux populations souvent invisibilisées, au travers d'acteurs qui les côtoient au quotidien et connaissent leurs besoins »⁶⁵³. Comme dans le premier atelier, la question de l'intégration des sans-abris domine la première partie de l'atelier, avec une forte réserve sur les recommandations de la part des associations non-spécialisées. Les recommandations concernant les espaces verts, et l'animation des rez-de-chaussée et du quartier en général sont discutées ensuite.

Le troisième et dernier atelier « grand public » regroupe l'équipe de projet, une spécialiste de la participation pour coordonner l'atelier et six participant·es en vidéo-

650 Association pour le Suivi de l'Aménagement Paris Nord – Est : il s'agit d'une association d'habitanc·es du 18^e arrondissement de Paris, notamment autour du quartier de la Chapelle, qui « a pour objectif d'accompagner l'aménagement urbain, paysager et environnemental du secteur Nord-Est Parisien ». Lire : <https://asa-pne.over-blog.com/page-8435731.html> [consulté le 19 mai 2023].

651 Lire l'encadré page 265.

652 Vergers urbains est une association du 18^e arrondissement de Paris dont l'objectif est de « rendre la ville comestible » en accompagnant la mise en place de projets d'agriculture urbaine dans le quartier. Lire : <http://vergersurbains.org/> [consulté le 19 mai 2023].

653 Énergies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, 2020, page 178.

conférence pendant deux heures⁶⁵⁴. Cet atelier a eu lieu après le comité de pilotage qui présentait les recommandations, à cause de contraintes de calendrier. Il s'agissait donc de valider des idées déjà envisagées. Comme dans les autres ateliers, les recommandations sont présentées et les personnes y réagissent, les précisent ou donnent les conditions qui leur semblent nécessaires pour que leur mise en place se passe bien. La question des publics précaires en errance est abordée et fait réagir, même si ces réactions semblent moins négatives et virulentes⁶⁵⁵ que celles des professionnel·les invité·es à l'atelier précédent. En revanche, l'idée de non-mixité pour les jeunes filles a entraîné des discussions au sein du groupe, d'abord lors de la présentation des ateliers de participation : « Quand on a présenté ces ateliers, dès qu'on a utilisé le terme non-mixité auprès des associations ça a tout de suite... voilà ! » indique une enquêtée présente à l'atelier⁶⁵⁶, puis lors de la présentation des recommandations proposées. Un participant se montrant défavorable à cette « [institutionnalisation] dans un [équipement public] »⁶⁵⁷, alors qu'une autre en défend la nécessité, en mettant en avant qu'il s'agit d'une demande des jeunes filles du quartier.

Après ces trois ateliers a lieu un comité technique pour valider et ajuster les orientations prises dans les recommandations, puis le dernier comité de pilotage de l'EIS, qui sert à valider les recommandations, définir les modalités de suivi et la valorisation de la démarche, notamment par la communication autour de l'EIS et du rapport. L'équipe préfère pouvoir faire un retour auprès des populations ayant participé par exemple : cela traduit leur considération pour elles, et contribue à faire des habitant·es de vrai·es acteur·ices de l'EIS, auquel·les l'équipe évaluatrice doit des retours après qu'on leur ait consacré du temps.

Reformuler pour mieux intégrer

Dans les trois ateliers, la question des publics cibles est abordée par les personnes présentes, mais elle l'est tout particulièrement dans le dernier, qui réunit les habitant·es plutôt que des professionnels. On peut supposer que la mobilisation de leur expertise personnelle et

654 Lire Chapitre 5. 5.2.1 À Hébert, une participation tournée vers les groupes-cibles sans représentation dans les instances de gouvernance page 270.

655 Nous n'avons pas assisté à ces réunions mais avons eu accès aux comptes-rendus et en avons discuté avec l'équipe évaluatrice.

656 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

657 Énergies Demain, annexes du rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 49.

leur pratique du quartier les rend plus prompts à donner leur avis sur des sujets plus larges que des professionnel·les qui se bornent parfois à répondre sur leur sujet d'expertise. Les sans-abris, usager·es de drogues ou non, sont évidemment évoqués, mais aussi les femmes et les jeunes filles en particulier, les adolescent·es et les PMR sont abordé·es.

Le passage par les ateliers ne change pas énormément le contenu des recommandations : entre celles proposées dans les ateliers et celles qui apparaissent dans le rapport final, il n'y a pas de nouvelles idées ni beaucoup de suppressions. En revanche, certaines recommandations sont reformulées de façon à être plus facilement acceptées. Cela éclaire sur la quasi-absence de recommandations dirigées vers un seul groupe de population cible. Par exemple, une partie de celles pensées pour les populations sans-abris ont été élargies pour inclure d'autres publics qui en bénéficient aussi. La recommandation sur les points d'eau par exemple, la possibilité de recharger son téléphone portable, ce dont se félicite un de nos enquêtés : « les points d'eau sont passés de pour elles à pour tout le monde, mais la [recommandation] est restée la même ! »⁶⁵⁸. De la même manière, le terme de « non-mixité » n'apparaît plus dans la fiche de recommandation, après les réactions lors des ateliers de co-construction des recommandations. Une enquêtée résume : « on a préféré après, par la suite, parler d'aménagement inclusif... [...] L'idée reste la même, mais on essaie d'utiliser des termes un peu moins polémiques. »⁶⁵⁹ Ainsi, reformuler ces recommandations, qui sont considérées comme politiquement chargées et donc polémiques, pour des raisons différentes, par une partie des parties prenantes, permet de les mettre en place malgré tout, ou *a minima* de les proposer. « On fait preuve de stratégie dans notre pédagogie »⁶⁶⁰ nous explique une des évaluatrices. Le fait que les commanditaires ne soient pas une collectivité, qui n'a donc pas d'enjeux de réélection, a sans doute une influence sur la décision de maintenir ces recommandations favorables à la réduction des inégalités sociales de santé mais politiquement chargées.

Une autre de nos enquêtées, qui fait partie de la maîtrise d'ouvrage du projet Hébert et a donc contribué à dessiner le projet initial est déçue des recommandations de l'EIS : « Il y un petit décalage pour moi entre les réels apports et toute cette communication »⁶⁶¹, même si elle

658 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

659 Entretien avec C., Espaces ferroviaires, lire l'encadré page 256.

660 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

661 Entretien avec H., LAQ, lire l'encadré page Erreur : source de la référence non trouvée.

estime que la démarche est intéressante. Une autre est du même avis : pour elle, cela représente « beaucoup beaucoup de temps de travail pour *in fine* des petits apports »⁶⁶², même si ceux-ci sont intéressants aussi, et que le projet était déjà très abouti. Pour elle, « la vraie réussite se mesurera [à termes] » et elle attend de voir quelle part des recommandations sera effectivement appliquée, car certaines lui semblent difficiles à mettre en place, notamment concernant la conciergerie.

H. est chargée de projets à l'agence LAQ. Elle est architecte HMNOP de formation. Elle fait partie de la maîtrise d'ouvrage sur le projet Hébert et participe aux COTECH et COPIL.

M. est architecte-urbaniste associée à l'Agence LAQ. Elle est architecte DPLG et est formée à l'architecture et au développement durable et sur la recherche en architecture, et se spécialise sur aménagement et biodiversité. Elle fait partie de la maîtrise d'ouvrage sur le projet Hébert et participe aux COTECH et COPIL.

4.2.2 À Niort, débattre du meilleur pour les habitant·es

À Niort, les recommandations ont fait l'objet de fortes négociations par les membres du comité technique, notamment autour d'une question qui cristallise les tensions : les stationnements dans le quartier, en pied d'immeubles comme le prévoit le pré-projet de la ville, ou éloignés des habitations, comme cela existe déjà et comme le propose l'équipe en charge de l'évaluation ?

Des recommandations fortement négociées

À partir des données recueillies pendant la phase d'analyse des impacts, notamment des ateliers mixtes⁶⁶³ dont le deuxième permet de faire émerger des pistes de recommandations et de les hiérarchiser, l'équipe évaluatrice construit des recommandations et les présente en

⁶⁶² Entretien avec M., LAQ, lire l'encadré page Erreur : source de la référence non trouvée.

⁶⁶³ Lire Chapitre 5. 5.2.2 À Choisy-le-Roi et Niort, une représentativité limitée des habitant·es participant·es page 272

comité technique, pour les valider et les hiérarchiser, le 10 décembre 2019⁶⁶⁴. Pour cela, tous les membres présents sont invités à voter pour les recommandations. Un sujet en particulier entraîne un gros débat : la question de l'emplacement des stationnements, d'où une réunion du comité technique « tendue »⁶⁶⁵. Dans l'EIS de Niort, on l'a dit⁶⁶⁶, il n'y a –au moment où la démarche est lancée– pas encore de véritable projet pour les espaces publics du Pontreau, pas de maîtrise d'ouvrage désignée, mais des lignes directrices imaginées par la mairie, plus ou moins construites avec les habitant·es. Parmi ces lignes directrices, la volonté de rapprocher les stationnements des habitations pour créer une forme de résidentialisation. Or, lors de la revue de la littérature, des impacts négatifs ont été relevés, concernant notamment la formation de l'îlot de chaleur urbain, la réduction des espaces verts en pied d'immeuble et les nuisances générées par les véhicules en stationnement, même si des impacts positifs de faire des pieds d'immeubles des espaces semi-privatifs existent aussi. Un technicien résume le projet initial :

« On parlait d'un constat selon lequel pour aller chercher sa voiture les gens devaient traverser une voie, jugée dangereuse par les habitants donc impact sur la santé [...]. L'autre objet de cette intention de rapprocher le stationnement de l'habitat, c'était aussi de raisonner l'espace public sous deux entrées : un espace public plutôt collectif, qui répond à des besoins et des demandes plutôt collectifs : des espaces de jeux, des espaces de rencontre, des espaces pour faire la fête, pour jouer aux boules, pour lire... donc tout ça on trouvait ça dans quelque chose de plutôt collectif à l'échelle du quartier, et puis en même temps il y avait une demande des gens de se retrouver aussi à une échelle plus proche de leur habitat, notamment pour répondre aux besoins de sécurité, de se sentir chez soi, de retrouver sa voiture non pas sur un espace multi-partage ouvert à tous, mais plutôt identifié comme proche de l'habitat et fait pour les habitants qui habitent là. Alors sans privatiser l'espace public parce que ce n'était pas le sens, mais c'était par l'aménagement redonner un aspect résidentialisation. »⁶⁶⁷

664 Nous n'étions pas présente lors de cette réunion, sa teneur est donc restituée à partir du compte-rendu et d'entretiens formels et informels avec certaines personnes présentes, dont une des évaluatrices, la pilote de l'EIS côté commanditaire, et deux autres techniciens de la ville de Niort.

665 Entretien avec C., Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241.

666 Lire la présentation de l'EIS de Niort, page 192.

667 Entretien avec M., ville de Niort, lire l'encadré page 245.

Ainsi, pour ce technicien comme pour d'autres, cette recommandation n'est pas adaptée aux besoins des habitant·es. Certain·es habitant·es ont pourtant changé d'avis sur le sujet, convaincu·es par le travail de l'EIS : des dépose-minutes et des places PMR en pieds d'immeuble et le reste du stationnement plus loin. D'après notre enquête, cette option leur convient, notamment au regard des nuisances sonores que peuvent produire les stationnements. Il n'en est pas de même pour les technicien·nes, qui souhaitent rapprocher les stationnements des pieds d'immeubles. En effet, la question de la place des espaces verts se pose : d'après l'évaluateur, lors des ateliers, il n'y avait aucune ambiguïté quant au fait que la surface d'espaces verts dans le quartier ne doit pas être diminuée. Dans le vote final, la question des stationnements est tout de même priorisée : celle qui invite à « associer des fonctions spécifiques à certaines places de stationnements », c'est-à-dire à faire des places en pied d'immeuble des dépose-minutes et des places PMR reçoit 12 votes sur 18, et celle qui propose de « requalifier les places de stationnements en préservant "l'esprit actuel" » ; c'est-à-dire mettre en place des places de stationnements enherbées qui permettent de réduire l'effet d'îlot de chaleur urbain, en reçoit 11. Elles reçoivent donc plutôt l'approbation des personnes présentes. Pourtant, un des techniciens fait remarquer qu'il est nécessaire de mieux présenter les arguments scientifiques en faveur d'une recommandation ou d'une autre, ce qui n'a pas pu être fait pendant la réunion, et l'équipe évaluatrice rédige donc une note complémentaire entre le comité technique et le comité de pilotage suivant. Cette note « illustre l'apport des données probantes sur trois thèmes » : les liens entre végétalisation, santé et cohésion sociale, les enjeux des aménagements en pieds d'immeubles et de sécurité et les impacts sur la santé des habitants, et les îlots de chaleur urbains. Chacun de ces thèmes fait l'objet de quelques pages d'explications à partir de la littérature scientifique. Le rapport de l'EIS précise que l'objectif de cette note est « [d']expliciter certaines recommandations et [de] prioriser les thèmes présentés aux élus ».

Lors du comité de pilotage un mois plus tard, la question du stationnement ne fait pas l'objet de débats par les élu·es : des vigilances sont émises quant à la signalétique à mettre en place pour le « dépose-minute », mais la recommandation elle ne fait pas l'objet de débat. Lors du vote final, la recommandation « Intégrer des places de stationnement « dépose-minute » réservées aux personnes à mobilité réduite et aux personnes accompagnées de jeunes enfants. » reçoit quatre votes sur six, avec une abstention et un refus, et celle « Créer des

espaces de stationnements « verts » pour mieux lutter contre les îlots de chaleur urbains » reçoit cinq votes positifs et une abstention. Ce sont donc les technicien·nes qui sont attaché·es au changement du mode de stationnement.

La normalisation du quartier et de ses habitant·es au cœur du débat

Si la question de la réduction des inégalités sociales n'est pas explicite dans le débat sur les stationnements entre le bureau d'études et les technicien·nes à l'origine du projet, on peut l'y voir en filigrane : le technicien qui défend le plus ardemment le projet initial de déplacement des parkings au pied des habitations utilise l'argument de la volonté des habitant·es, et dit qu'un tel dispositif leur permettra de gagner en intimité dans leur logement, d'avoir des espaces semi-privatifs pour atteindre plus facilement leur voiture et d'être rassuré·es, en somme, de faire bénéficier de ces habitant·es de logements collectifs d'avantages similaires à ceux de personnes qui vivent dans un logement individuel, de lisser les différences entre les deux. D'après lui : « il y a une volonté de l'habitant de pouvoir retrouver un espace privatif à l'échelle de son bâtiment »⁶⁶⁸ et c'était un point important dans les projets précédents. D'après lui, dans les quartiers prioritaires, les habitant·es sont attachés à leur voiture, pour ce qu'elle représente symboliquement, mais aussi parce que c'est le moyen d'aller travailler, de sortir de la cité, et il est donc important qu'elle ne soit pas loin. Le parcours personnel de ce technicien, qui a grandi dans un quartier prioritaire de grand ensemble et y a vécu jusqu'à ses trente ans, explique peut-être cet attachement : il est ici non seulement un technicien qui dessine le projet, mais aussi un expert d'usage dans un quartier similaire, et réfléchit donc à partir de sa propre expérience et des choses qu'il aurait souhaité voir mis en place chez lui. Cette solution lui semble plus sûre, moins accidentogène, notamment pour les enfants du quartier, car il n'y aurait plus de rue à traverser pour accéder aux voitures.

De la même manière, l'argumentaire du côté de Novascopia s'appuie sur la volonté des habitant·es et n'oublie pas les publics les plus vulnérables : d'une part, les publics fragiles auront tout de même un accès immédiat à leur immeuble grâce aux places de dépose-minutes et aux places réservées PMR. D'autre part, la revue de la littérature présentée dans la note complémentaire et dans le rapport final montre que les personnes vivant dans les quartiers

668 Entretien avec M., ville de Niort, lire l'encadré page 245.

prioritaires de la politique de la ville ont accès à moins d'espaces verts et sont globalement moins satisfaites de leur cadre de vie que les personnes qui vivent en dehors de ceux-ci, notamment à cause de la faible présence d'espaces verts. Augmenter la surface d'espaces verts dans le quartier du Pontreau, ou au moins ne pas la réduire permet de normaliser le cadre de vie du quartier et ses habitant·es par la même occasion, l'objectif de la politique de la ville.

Ainsi, les deux parties du débat s'appuient sur des arguments qui concernent à la fois la réduction des inégalités entre les habitant·es du quartier et ceux des quartiers alentour, et la réduction des inégalités entre certain·es habitant·es plus ou moins privilégié·es. Quoiqu'il en soit, les deux points de vue présentent des arguments favorables, et la littérature scientifique montre des avantages aux deux solutions. L'arbitrage a donc dû être effectué par le personnel politique pendant le dernier comité de pilotage, qui s'est prononcé en faveur des stationnements à distance des habitations, avec un accès spécifique en pieds d'immeubles pour les populations vulnérables.

4.2.3 Sans débat, point de salut ?

Ainsi, il semble que la construction des recommandations soit toujours objet de négociations, de réajustements, de débats, fait en fonction des réactions des parties prenantes confrontées aux recommandations, habitant·es ou non.

Aux Navigateurs : pas de conflit, pas de recommandations intéressantes ?

La méthode pour construire les recommandations dans l'EIS de Choisy-le-Roi est la même que pour celle de Niort : un atelier mixte avec les acteur·ices et les habitant·es pour faire émerger des pistes de recommandations, puis une construction des recommandations, proposées au comité technique puis au comité de pilotage. Mais à Choisy-le-Roi, les choses ne se déroulent pas comme prévu, puisque la phase de concertation a lieu pendant la crise du coronavirus. Comme énoncé précédemment, les ateliers mixtes ne rassemblent pas d'habitant·es, et la deuxième réunion après avoir été repoussée à deux reprises a finalement lieu en visioconférence, avec les difficultés associées. Finalement, il n'y a pas eu de dernier comité technique, mais un retour vers les élu·es qui a eu lieu début juillet 2021, soit près d'un an et demi après le début de la démarche, et un peu moins de trois mois après le deuxième

atelier mixte. Ce retour a lieu dans une réunion plus large sur le volet santé-social du NPNRU, qui réunit deux élues, l'adjointe aux politiques sociales, handicap et centres sociaux, et l'élue déléguée à l'hygiène, la santé, et l'insalubrité, la direction du projet et le responsable du service communal d'hygiène et de santé, dont fait partie la coordinatrice du Contrat Local de Santé, et une représentante du bureau d'études. Les recommandations sont validées, mais doivent être retravaillées. La création d'un comité de pilotage santé-social, qui assurerait le suivi du projet, à la fois donc l'application des recommandations de l'EIS, mais aussi de celles des autres études, notamment celle sur le vieillissement, est proposée, nous y reviendrons.

On ne peut évidemment pas faire peser uniquement sur l'absence de débat pendant la phase de recommandations de l'EIS le manque de résultats applicables qui en résultent. On peut en revanche le prendre comme un symptôme de la perte progressive d'intérêt des commanditaires comme des autres parties prenantes de la démarche, au fur et à mesure des reports et du délitement progressif de la démarche : pas de débats, pas d'implication, et vice-versa. C'est ce que remarque aussi une de nos enquêtées, qui a elle-même progressivement perdu son intérêt pour la démarche : « ça a traîné, les porteurs dans les services techniques auront autre chose à faire ». C'est effectivement le cas : de l'équipe de commanditaires initiale, il ne reste plus personne : S., L. et J.⁶⁶⁹, arrivé en cours de route, ont tous changé de poste ou quitté Grand-Orly-Seine-Bièvre.

Entre débats et évidences

S., qui coordonne COMODEIS, résume ainsi le processus de négociation qui s'engage pendant l'EIS et tout particulièrement pendant l'élaboration des recommandations : « chaque recommandation est dans un triangle entre politique, technique et scientifique »⁶⁷⁰ ce qui génère des tensions entre les tenants de chacun de ces pôles : « ces tensions sont l'objet de la majorité des échanges » dans la démarche. L'existence de ces tensions entre les différentes parties prenantes de la démarche est l'indice d'une co-construction effective, d'arbitrages entre la défense des intérêts de tous les groupes proposés plus haut par S.. Les élu·es défendent les intérêts politiques, les techniciens la technique, et les évaluateur·ices le scientifique, et c'est en obtenant un consensus entre tous et toutes que peuvent émerger des

669 S., Grand-Orly-Seine-Bièvre, lire l'encadré page 125 ; L. Grand-Orly-Seine-Bièvre, lire l'encadré page 400 ; J., Grand-Orly-Seine-Bièvre, lire l'encadré page 285.

670 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

recommandations qui seront ensuite effectivement mises en place. Par exemple, à Niort, s'il n'y avait pas eu autour de la localisation des parkings des recherches supplémentaires pour appuyer le bien-fondé de la recommandation proposée, elle n'aurait peut-être pas été retenue dans le projet final. Ainsi, c'est un des rôles de l'évaluateur·ice que de remettre en question une partie des certitudes des commanditaires.

La question se pose de l'arbitrage dans ces débats : on l'a dit, bien souvent, ce sont les élu·es dans le dernier comité de pilotage qui tranchent ces débats. Mais c'est aussi un des rôles des médiateurs, notamment dans COMODEIS. Pour S., « les EIS elles sont d'autant plus intéressantes quand elles génèrent ce genre de débat, si tout est évident et que rien ne change, ça sert à rien. »⁶⁷¹

« C'est toujours plus facile de prendre des décisions comme on les a toujours prises que de devoir finalement changer son fusil d'épaule, de devoir cibler différemment les besoins, et aussi de devoir réfléchir différemment à la problématique et d'apporter des solutions un peu nouvelles ou différentes, ou mieux connectées aux enjeux du quartier ou du territoire. »⁶⁷²

Cependant, du point de vue de la réduction des inégalités sociales de santé, on peut se demander si ces débats ne sont pas contre-productifs. En effet, les évaluateur·ices et leur bagage de littérature scientifique sont en théorie les plus à même de comprendre les mécanismes qui les créent, et donc de proposer des directions pour les réduire, qui ne devraient pas être remises en question par les autres pôles. Par exemple, à Hébert, l'équipe évaluatrice, grâce aux connaissances obtenues pendant la revue de la littérature et les enquêtes auprès des habitant·es, a proposé de mettre en place des aménités spécifiques pour les personnes sans-abris, recommandation appuyée par un argumentaire rigoureux, mais remise en question surtout par les participants au comité technique qui viennent de la mairie du 18^e arrondissement. Le débat est donc lancé, et atterrit sur un panel d'aménités plus restreint, et adapté aussi à l'ensemble des populations. On pourrait estimer que la nouvelle recommandation est moins favorable à la santé d'une des populations cibles de l'EIS, les « personnes précaires en errance », mais si contre l'avis du politique, ces recommandations avaient tout de même été inscrites dans l'EIS, elles n'auraient sans doute pas été mises en

671 *Idem.*

672 *Idem.*

place. Sans débat et négociations, pas de bonne recommandation, car une bonne recommandation, c'est aussi une recommandation réalisée.

Cela soulève une autre question, sur la nature des recommandations à prononcer : pragmatique quitte à ce qu'elles soient un peu terre-à-terre, ou idéalistes au risque qu'elles en deviennent inapplicables ? C'est l'objet de notre sous-partie suivante.

4.3 Formuler des recommandations favorables à la réduction des inégalités sociales de santé

Pendant la phase de recommandations, beaucoup d'éléments sont déjà décidés, qui ont une influence remarquable sur la capacité de l'EIS à prendre en compte les inégalités sociales de santé : les publics cibles sont désignés depuis la phase de cadrage tout comme les déterminants, les impacts sur la santé, positifs ou négatifs, ont été formulés pendant la phase d'analyse, et les déterminants ont parfois été resserrés. Il ne reste donc plus qu'à formuler des recommandations favorables à la santé. Au-delà de la formulation de recommandations spécifiques en direction des publics-cibles de la démarche que nous avons déjà discutée précédemment, nos études de cas donnent à voir plusieurs possibilités pour favoriser (ou non) la réduction des inégalités dans les recommandations. Nous nous interrogerons sur le niveau d'opérationnalité à donner aux recommandations, puis sur l'anticipation du suivi dans la démarche.

4.3.1 Formuler des recommandations opérationnelles ?

Nos enquêtés parlent souvent de la nécessité de proposer des recommandations opérationnelles, sans jamais le définir, nous commencerons donc par là. La clé nous semble être la précision : une recommandation opérationnelle doit décrire avec précision une action que les commanditaires ou leur mandataire peuvent mettre en place directement, sans avoir besoin d'y réfléchir encore longuement, même si iels peuvent avoir encore faire des choix techniques : quel banc choisir dans la typologie présentée par les évaluateur·ices, et/ou le placer exactement, par exemple. Nous nous pencherons donc sur la place à accorder à ce type

de recommandations, mais aussi celle à donner aux recommandations moins directement opérationnelles, qui participent de l'esprit du projet plutôt que de ses déclinaisons directes.

Des recommandations opérationnelles dans le projet

Les recommandations opérationnelles ont plus de chance d'être mises en œuvre et par conséquent plus de chance de réduire les inégalités sociales de santé. C'est ce que considère par exemple l'équipe EIS de la ville de Paris, dont une des membres nous explique, pour parler de l'EIS des Portes du Vingtième : « On a élaboré les recommandations avec les services techniques de la ville pour qu'elles soient vraiment opérationnelles. »⁶⁷³ Dans l'EIS de Niort, la recommandation « Créer des agrès fitness/équilibre autour des jeux d'enfants situés dans les espaces arborés et pouvant donner accès vers l'école » est une recommandation opérationnelle : elle dit clairement quoi faire, et, dans la fiche de recommandation, des exemples sont donnés. Identifier de potentiels porteur·ses de projets pour mettre en place la recommandation participe à cette opérationnalisation des recommandations. À Hébert, la recommandation « proposer des séances de coaching et des cours d'activité physique collectifs » est opérationnelle aussi, car des exemples sont donnés et des porteur·ses de projet sont identifié·es.

Les bureaux d'études dans nos EIS tentent de formuler des recommandations opérationnelles, avec plus ou moins de succès. Globalement, dans nos trois études de cas, un peu plus des deux tiers de recommandations peuvent être considérées comme opérationnelles et celles concernant l'aménagement des espaces publics sont les plus opérationnelles.

Dans l'EIS Hébert, l'évaluatrice nous explique qu'elles tentent d'intégrer les modalités de suivi dans les recommandations : qui va en être en charge, comment et quand suivre, les objectifs à plusieurs temporalités de la prise en compte de ces recommandations. L'objectif est de « mettre en place le suivi au fil de l'eau, et pas juste à la toute fin »⁶⁷⁴. En effet, pour la quasi-totalité des recommandations, un·e pilote est identifié·e qui doit porter la recommandation. Il s'agit souvent d'Espaces Ferroviaires, car il s'agit du futur constructeur et propriétaire des locaux disponibles. Pour la recommandation « Proposer une offre de restauration saine et accessible au cœur du quartier » par exemple, Espaces Ferroviaires peut

673 Entretien avec E., Ville de Paris, lire l'encadré page 139.

674 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

certes mettre à disposition des locaux, permanents ou partagés, mais trouver les commerçant·es ne dépend pas de sa volonté. Même si la possibilité d'ouvrir au public le restaurant d'entreprises qui existera avec les futurs locaux tertiaires est une piste intéressante, d'autres négociations et réflexions autour du sujet doivent encore être envisagées. Ce type de réflexion doit encore passer par une phase d'étude : en effet, au moment où l'EIS se termine a lieu une autre étude sur l'animation des rez-de-chaussée, et la fiche de la recommandation propose de s'en servir pour alimenter la réflexion. Ainsi, et il en est de même pour toutes les EIS, les recommandations qui portent directement sur le champ de compétence des commanditaires sont souvent plus précises et opérationnelles que celles qui vont devoir être examinées par d'autres spécialistes. Pour autant, une de nos commanditaires estime que « les recommandations restent encore à développer pour beaucoup »⁶⁷⁵, notamment pour réduire les inégalités entre hommes et femmes. Pour elle, au-delà du cas des jeunes filles, les réflexions doivent être poussées pour penser des aménagements les plus inclusifs possibles, en travaillant par exemple sur le sentiment de sécurité.

L'EIS de Niort propose, pour chaque recommandation, une déclinaison opérationnelle, qui n'est pas toujours très précise. Par exemple, pour la recommandation « Penser des espaces publics qualitatifs, attractifs et ouverts aux habitants des autres quartiers de la ville », la déclinaison opérationnelle proposée est « Mise en place d'une politique de communication spécifique destinée à valoriser les atouts du quartier à travers des actions sportives, culturelles, festives ». Les modalités d'intervention possible ne donnent pas beaucoup plus d'éléments : établir une « stratégie de communication à engager avec les habitants, les services de la ville, mais aussi les acteurs sportifs et commerciaux », rechercher « une nouvelle attractivité en direction des habitants « hors quartier » en s'appuyant sur les atouts du Pontreau : sa jeunesse, sa diversité (inter-culturalité), sa proximité avec la nature », et « promouvoir l'activité physique dans l'ensemble du quartier ». Il n'y a rien là de très concret. Au moment où l'EIS débute, il n'y a qu'un pré-projet et donc peu d'éléments concrets pour nourrir les réflexions de l'équipe évaluatrice. Difficile de prononcer des recommandations concrètes sans matériau précis sur lesquels travailler. On peut supposer que les éléments de l'EIS permettront, comme dans l'EIS Hébert, d'alimenter les réflexions de l'équipe qui s'occupera de dessiner les espaces publics.

675 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

Dans l'EIS de Choisy-le-Roi, les recommandations semblent opérationnelles dans leur formulation, avec des exemples d'initiatives similaires et des propositions de localisation précises, notamment pour celles qui concernent l'espace public. Pourtant, pour un des commanditaires, l'atterrissage « véritablement opérationnel »⁶⁷⁶ laisse à désirer, et, nous le discuterons⁶⁷⁷, une mission supplémentaire a été confiée à un autre bureau d'études travaillant sur le projet pour décliner concrètement les recommandations. Pour lui :

« L'EIS, c'est un document qui fait soixante soixante-dix pages, il y a tout un ensemble, toute une partie de ce rapport qui correspond plutôt à des considérations assez larges, [...] sans véritablement d'approche opérationnelle. Il y a certes ces fiches de recommandations, mais là encore, on n'est pas dans l'ordre de l'opérationnel. »⁶⁷⁸

Pourtant, les recommandations dans l'EIS des Navigateurs sont du même ordre que celles de Niort, mais on peut supposer que dans un projet déjà bien abouti comme celui de Choisy-le-Roi, les commanditaires s'attendaient à recevoir des propositions qu'ils puissent mettre en œuvre directement, quand, pour Niort, l'EIS intervient bien plus tôt dans le projet et des orientations larges sont plus adaptées.

Laisser une place aux recommandations *soft* et l'intersectorialité

Pourtant, les recommandations en forme de conseils, de suggestions, sur des sujets qui ne concernent pas forcément directement l'aménagement du projet en lui-même, car elles concernent d'autres acteurs, par exemple d'autres services de la collectivité, des recommandations « douces » qui concerneraient plutôt des façons d'influencer des usages, sont nécessaires également et apparaissent dans nos études de cas. Par exemple, à Niort, la recommandation qui demande à ce que les jeunes soient associés à la construction des futurs espaces publics peut être comptée dans ce type de recommandations. C'est également le cas pour celle de mettre en place des moments d'animation des espaces publics du quartier par le jeu dans l'EIS Hébert, ou de prévoir des temps en non-mixité pour les jeunes filles dans les salles du quartier. Ces recommandations portent l'intersectorialité de l'EIS, et traduisent le

676 Entretien avec J., Grand-Orly-Seine-Bièvre, lire l'encadré page 285.

677 Lire Chapitre 5. 5.1.3 Construire des outils spécifiques page 392.

678 Entretien avec J., Grand-Orly Seine-Bièvre, lire l'encadré page 285.

caractère multifactoriel de la santé, qui est loin de ne reposer que sur la configuration des espaces.

Ce type de recommandations est d'autant plus importants qu'elles sont souvent formulées en direction des publics cibles de la démarche. En effet, ce qui, par exemple, fait que les femmes se sentent mal à l'aise dans l'espace public, relève certes en partie l'aménagement de l'espace ou l'éclairage, mais ce sont surtout les usages qui en sont fait, leur fréquentation et les potentielles interactions entre elles et d'autres groupes. La limite de ce type de recommandation, c'est qu'il est difficile de s'assurer qu'elles soient mises en place ensuite. Une de nos enquêtées explique :

« Ce qui est difficile dans l'EIS, c'est que toutes les recommandations qui concernent par exemple le promoteur, qu'on peut inscrire dans le cahier des charges du promoteur, on peut penser que ça va être pris en compte, mais l'EIS, c'est l'intersectorialité ! Ça ne concerne pas que le projet urbain, ça peut concerner des recommandations qu'on appelle « soft », ça concerne d'autres services de la collectivité, d'autres acteurs qui n'ont rien à voir avec le projet urbain, mais qui vont faire que l'opération va quand même venir impacter de manière indirecte ce projet, et la santé des populations. »⁶⁷⁹

D'autant plus que ce type de problèmes dépasse largement le cadre du projet urbain : comment demander à l'aménagement de la ville de résoudre le problème du sexisme, d'un rapport de domination qui existe depuis des millénaires ? Il nous semble pourtant que l'EIS peut servir de lieu pour discuter de ses problématiques, exposer technicien·nes et élu·es à des questions qu'ils et elles ne se posent pas nécessairement d'eux-mêmes, réfléchir autrement pour changer progressivement les façons de penser. C'est donner, en somme, un sens large à l'acculturation à la santé.

4.1.1 Anticiper le suivi : Prioriser les recommandations ?

Plusieurs de nos enquêtées abordent la priorisation des recommandations comme une étape supplémentaire au sein de la formulation des recommandations. L'une d'entre elle, opératrice et formatrice sur les EIS propose des critères : l'impact de la recommandation, les

⁶⁷⁹ Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

questions techniques et économiques, et le portage politique⁶⁸⁰. Pour elle, la hiérarchisation doit se faire en dehors des comités de pilotages ou des comités techniques, dans des réunions en groupe plus restreint, en fonction des compétences de chacun·es pour rassembler et discuter les résultats de chaque groupe ensuite. Cette hiérarchisation permet de déterminer la difficulté de mise en place des recommandations et donc dans quel ordre procéder, même si la position d'une recommandation dans la liste peut évoluer. La hiérarchisation des recommandations est donc une étape qui permet de faciliter leur mise en place, qui prépare le suivi et la suite de l'EIS.

Dans nos études de cas, les recommandations sont effectivement priorisées. Dans l'EIS de Niort, cette priorisation se fait d'abord dans le dernier comité technique qui prépare le comité de pilotage, pour décider de l'importance accordée à chacune des recommandations. Lors du comité de pilotage, le vote des élu·es sur les recommandations détermine la priorisation finale⁶⁸¹, comme décrit plus tôt. Cette priorisation détermine quelles recommandations doivent absolument être appliquées et lesquelles sont d'une importance secondaire. L'analyse des votes ne donne pas beaucoup d'indications quant aux critères qui font voter les élu·es en faveur d'une recommandation ou non : 13 des 23 recommandations reçoivent cinq votes, c'est-à-dire le maximum, huit en reçoivent quatre, une en reçoit trois et une autre un seul. Comme les recommandations ne sont pas prononcées directement en direction d'un public, on ne peut pas dire que les populations vulnérables sont privilégiées ou desservies par ces votes. La seule mesure qui ne reçoit pas l'approbation des élu·es est celle qui demande à ce que soit mis en place un emplacement pour la réparation des véhicules, car tous et toutes s'inquiètent des nuisances qu'une telle mise en place pourrait entraîner. Faire voter les recommandations permet d'impliquer les élu·es, et permet d'inscrire leur engagement dans la démarche, en revanche, c'est un critère de priorisation subjectif, qui ne permet pas d'objectiver sa faisabilité. Nous n'avons pas assisté à la réunion de clôture de l'EIS de Choisy-le-Roi, mais on peut supposer que la même démarche a été mise en place, ou qu'aucun vote n'a été tenu à cause des difficultés à terminer la démarche.

Dans l'EIS de Paris, ce sont les impacts qui sont hiérarchisés et non les recommandations. Elles sont donc toutes au même niveau, même si les évaluatrices prévoient

680 Entretien avec A., ARS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 246.

681 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

la possibilité pour les commanditaires de s'appuyer sur la matrice populationnelle pour décider lesquelles privilégier au moment de leur mise en œuvre.

La phase de formulation des recommandations apparaît comme la plus propice aux discussions et négociations. Cette étape est perçue par les parties prenantes comme le résultat final de l'EIS, et ils sont attentif·ves à ce que cela corresponde à ce qu'ils en attendent, quitte à rediscuter d'une partie des propositions. C'est aussi une étape clé pour la réduction des inégalités sociales de santé : pour ce faire, les recommandations doivent être prononcées en faveur des publics-cibles, en même temps que l'ensemble de la population, mais aussi parfois uniquement dans leur direction : un des sujets de discussion et parfois même de frictions. Au-delà de ces recommandations spécifiques, d'autres facteurs doivent influencer l'efficacité des recommandations à réduire les ISS, essentiellement dans le sens où ils favorisent leur mise en application. La formulation de recommandations opérationnelles en est un, mais les recommandations moins immédiatement exploitables, car moins directement liées au projet urbain ont leur place aussi, car c'est souvent dans leurs nuances que l'on trouve des moyens de prendre en compte les besoins des publics les plus vulnérables.

Le dernier point de ce chapitre est s'interroger sur la mise en place de ces recommandations, et sur le suivi de la démarche, qui se fait, la plupart du temps, en l'absence des évaluateur·ices qui l'ont menées

5. L'EIS quand les expert·es sont parti·es : le suivi de l'EIS

Le suivi de l'EIS constitue la dernière étape de l'EIS, qui compte souvent deux volets : un volet de suivi à proprement parler, qui doit s'assurer de la mise en place effective des recommandations formulées dans le projet, et un volet d'évaluation de la démarche, autant dans la forme que dans le fond. Le bureau d'études participe rarement au suivi. Souvent donc, on l'a vu, il anticipe le suivi des recommandations pendant la phase de recommandations, par

la hiérarchisation des recommandations, sous forme de fiches facilement appropriables, des propositions de portage et de financement. En dehors de ces quelques instructions, la plupart du temps, les commanditaires se trouvent seuls à devoir faire appliquer les mesures décidées par l'EIS. Nous nous pencherons sur les mesures prises pour mettre en place le suivi de la démarche sur nos trois études de cas, et sur la façon dont cela influence la façon de réduire les inégalités sociales de santé. Nous considérerons aussi l'héritage de l'EIS, l'acculturation à la santé qui en résulte, en forme de bilan par les personnes qui ont participé à la démarche, à défaut d'une véritable évaluation, car, pour nos études de cas, les démarches sont trop récentes pour que leurs impacts puissent être déterminés.

Pour ce qui est de la réduction des ISS, nous n'avons trouvé dans aucune démarche de critère de suivi, de démarche spécifique ou de vigilance particulière concernant les populations les plus vulnérables, car les recommandations doivent déjà les intégrer. Dans cette partie donc, sauf précision, nous considérerons donc que l'application des recommandations est favorable à la réduction des inégalités sociales de santé, en tout cas plus que leur non-application.

5.1 Différents moyens de mettre en œuvre une étape compliquée

L'organisation du suivi de la démarche après qu'elle se soit terminée préoccupe les promoteur·ices des EIS : comme l'étape de sélection, elle échappe aux expert·es en charge de l'évaluation, elle dépend du commanditaire. S., qui fait la promotion des EIS en Nouvelle-Aquitaine, le dit clairement :

« Sur tout ce qui se passe après les recommandations, on est encore très faible aujourd'hui. Le suivi des recommandations, l'évaluation derrière, tout ça, on est presque au début de quelque chose. COMODEIS est plutôt l'autre côté de la balance : on vient amorcer, créer les conditions pour que l'EIS aille jusqu'au bout, c'est-à-dire que pour nous l'EIS c'est pas jusqu'au bout des phases de l'EIS, c'est jusqu'à ce que le rapport soit rendu.

»⁶⁸²

682 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

Même s'il y a vérification de l'intégration des recommandations dans les cahiers des charges, il n'y a pas de contrôle ensuite quant à leur mise en application effective. C'est un point sur lequel COMODEIS tente de travailler, comme l'ARS en Île-de-France, où le constat est le même : « On ne sait pas comment organiser le portage des recommandations »⁶⁸³ nous explique E., la responsable du développement de la démarche dans la région quand nous la rencontrons, ou dans les autres régions. Même si, on l'a dit, les bureaux d'études tentent de mettre en place des filets de sécurité et d'anticiper la mise en place des recommandations, il arrive un moment où il devient nécessaire de « lâcher la main »⁶⁸⁴ de la collectivité après le rendu du rapport : « c'est aussi une manière pour eux de s'emparer de la démarche et des recommandations »⁶⁸⁵. La collectivité se trouve alors laissée « seule avec le bébé »⁶⁸⁶, livrée à elle-même : certaines s'en sortent bien et d'autres moins. Nous nous pencherons d'abord sur la question du financement du suivi, condition *sine qua non* pour que le suivi puisse exister, puis sur les façons de mettre en place ce suivi en fonction des collectivités, dans nos études de cas et en dehors, d'abord la méthode la plus classique, qui consiste dans la collectivité à désigner des responsables de la mise en place de la démarche, puis nous nous pencherons sur la mise en place d'outils spécifiques pour suivre la mise en application des recommandations.

5.1.1 Financer le suivi de l'EIS pour assurer son suivi ?

Une des difficultés majeures dans le suivi de l'EIS, c'est son financement : en effet, les bureaux d'études, donc les expert·es, sont souvent rémunéré·es pour mener l'EIS de la phase de cadrage à la phase de recommandations. Parfois, ce suivi est prévu dans le contrat, parfois il s'ajoute à la fin, comme c'est le cas pour l'EIS Hébert, dans lequel un amendement supplémentaire pour le suivi a été mis en place. En tout cas, s'il n'est pas prévu dès le départ, la collectivité n'a plus le budget nécessaire pour financer le suivi quand arrive la fin des recommandations. La question se pose de savoir qui doit être responsable du financement de ce suivi.

683 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

684 Entretien avec M., IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 277.

685 Entretien avec L., ORS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 246.

686 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

Faire financer le suivi par les promoteur-ices de la démarche ?

En tout cas, le financement du suivi de la démarche par une autre organisation que celle des commanditaires est exceptionnell: il n'y a, à notre connaissance, qu'un seul exemple, celui de l'EIS des Portes du Vingtième, financée par l'ARS Île-de-France dans le cadre de l'AMISEAD 2⁶⁸⁷. C., qui fait partie de l'équipe EIS de la ville de Paris qui a mené cette EIS explique : « Comme c'est un peu la première ,il faut les accompagner, main dans la main »⁶⁸⁸ en parlant d'autres directions que la leur : « les recommandations sont adoptées, là [en décembre 2019] on en est à développer une stratégie pour l'application de ces recommandations, parce que ça touche d'autres directions que la nôtre. » Ce sont les seules à obtenir le financement du troisième niveau, « suivi, évaluation et conduite de démarches approfondies pour bâtir un urbanisme favorable à la santé », mais cela reflète la volonté de l'ARS de participer à cette étape de suivi. E., en charge de la promotion des EIS en Île-de-France, est en effet catégorique sur le sujet : « Il faut que l'ARS finance le suivi. »⁶⁸⁹

La formule proposée dans le cadre de l'AMISEAD nous semble intéressante : elle permet de ne faire financer le suivi que par les collectivités qui sont motivées pour ce faire, et donc, vraisemblablement, dont l'EIS s'est bien passée et peut être considérée comme réussie : c'est ce que dit E., d'Énergies Demain : « Pour nous, notre EIS elle est réussie si on a suscité le besoin au sein de la collectivité de lancer une phase de suivi. »⁶⁹⁰

Pourtant, on pourrait estimer que c'est à la personne qui a mené l'EIS de financer le suivi, comme un moyen de l'engager à tenir ses responsabilités.

Un argument de plus pour les EIS financées par les aménageurs

Si cette option semble viable pour les grosses collectivités, comme Paris (même si elles ont cherché d'autres financements tout de même) ou Bordeaux (dans lequel l'accord-cadre prévoit des bons de commande spécifique pour le suivi), des collectivités plus modestes peuvent avoir des difficultés soit à poursuivre son contrat avec le bureau d'études, soit à dédier un poste au suivi de la démarche. Pour une de nos enquêtées, c'est un argument de poids pour faire

687 Lire l'encadré « AMISEAD 2 » page 131.

688 Entretien avec E., ARS Île-de-France, lire l'encadré page 129.

689 Entretien avec E., ARS Île-de-France, lire l'encadré page 129.

690 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

financer les EIS dans leur intégralité par les aménageurs, d'autant plus que celui — i aura la main sur la mise en application des recommandations :

«[Un aménageur] va suivre l'évolution de son projet, pendant toute la durée de l'aménagement et souvent un projet d'aménagement ça dure longtemps, donc ça permet pendant dix ans de suivre le truc. Alors que là, la collectivité, c'est compliqué (...). Il faut que ce soit toujours les mêmes personnes. »⁶⁹¹

L'exemple de l'EIS Hébert semble lui donner raison : les financements ont pu être étendus, en phase de suivi, mais aussi en phase d'analyse et de recommandations. Quelle que soit la manière trouvée pour assurer ce financement, la question se pose ensuite de la façon de mettre en place ce suivi.

5.1.2 Établir un comité de suivi et définir des responsables

Dans la plupart des EIS, le suivi est assuré dans la collectivité par un comité de suivi composé d'une partie du comité technique et souvent du bureau d'études, avec une réunion régulière, souvent annuelle, avec une ou des personnes désignées comme responsables, souvent les pilotes de l'EIS. Cela correspond au fonctionnement habituel des bureaux d'études en général, publics ou privés, et de Novascopia en particulier, comme nous l'explique une des évaluatrices à Niort :

« On essaie de l'anticiper [le suivi], on l'inscrit comme recommandation transversale, et si c'est inscrit dans le marché on va plus loin, en définissant des indicateurs de suivi, en leur donnant des outils [...]. On essaie de maintenir un point, une fois par an avec nos interlocuteurs pour voir où ça en est, s'il y a une suite. »⁶⁹²

Ainsi, à l'IREPS de la même région, le fonctionnement est similaire : pour l'EIS de Grenoble, un comité de suivi a été mis en place par l'université et la ville (c'est-à-dire les commanditaires), en mobilisant tout le réseau d'acteurs et d'actrices que l'EIS a permis de créer. C'est aussi de cette façon qu'opère l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes quand l'équipe est en charge d'EIS : la participation aux comités de suivi se fait en tant que personne extérieure, de

691 Entretien avec L., ORS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 246.

692 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

façon annuelle pour voir « où ça pêche » et pourquoi, et donc éventuellement « reformuler des recommandations »⁶⁹³. Notre enquêtée estime que « c'est à la collectivité d'assurer le suivi sur le long terme », même si « c'est pas simple, il faut une personne quasiment dédiée dans la collectivité ».

Le suivi de l'EIS de Niort s'organise en combinant les deux. D'une part, les recommandations sont intégrées dans le cahier des charges pour la maîtrise d'œuvre pour les espaces publics, et sont même pour certaines intégrées au Cahier de Prescriptions Techniques et Environnementales de la Ville de Niort (CAPTEN) pour être appliquées à d'autres projets dans une optique d'Urbanisme Favorable à la Santé. Le suivi des recommandations est défini dans un dernier comité technique après le comité de pilotage final, qui valide les recommandations : un référentiel de suivi est construit pour évaluer son impact sur le projet, et un comité de suivi est déterminé, auquel doivent participer ponctuellement les évaluateur·ices. Le chargé de projet urbain nous explique :

« On maintiendra, dans le suivi de la conception jusqu'aux travaux, le groupe restreint [composé d'une petite partie du comité technique à l'origine de la démarche], qui suivra... En l'occurrence la référente santé de la CAN, on va composer un binôme, le technicien chargé de la conduite d'opération et puis C. qui aura le regard, l'approche santé sur les propositions que nous fera l'équipe de maîtrise d'œuvre. [Ce binôme] est le garant en gros du suivi des recommandations, de la cohérence de l'aménagement au regard des problématiques santé qui ont été identifiées et des solutions qui ont été proposées. »⁶⁹⁴

Ce binôme est donc composé de la pilote de l'EIS côté commanditaires, C., et du chargé de projet sur le projet urbain : il s'agit donc d'une spécialiste de la santé et d'un spécialiste de l'aménagement. La complémentarité de l'équipe est intéressante : elle lui permet sans doute de voir et de comprendre des choses qui échapperaient à une personne seule, et cela permet aussi à ces deux personnes de conserver leurs autres missions, ainsi que de ne pas ouvrir un nouveau poste spécifique pour le suivi, et économiser ainsi une partie du coût du suivi.

Ainsi à Niort, le suivi de l'EIS se fait selon le schéma classique. Il est difficile d'estimer pour le moment si la prise en compte de ces recommandations a été effective, car les travaux de réhabilitation n'ont pas commencé au moment où nous écrivons ces lignes.

693 Entretien avec L., ORS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 246.

694 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

5.1.3 Construire des outils spécifiques

Dans les EIS de Choisy-le-Roi et de Paris, moins classiquement qu'à Niort, les recommandations de l'EIS sont intégrées dans un outil spécifiquement construit pour suivre le projet urbain dans son ensemble. Cela va de pair avec l'idée commune aux deux de faire un projet exemplaire, et innovant : l'exemple est aussi donné dans la gouvernance du projet. Aux Navigateurs, cet outil s'appelle la gouvernance santé-social, à Hébert, le SMAUPE.

À Choisy-le-Roi, un co-pilotage santé-social favorable à la réduction des ISS qui ne voit finalement pas le jour

Pour assurer le suivi de l'EIS des Navigateurs, les commanditaires de l'EIS et maître d'ouvrage du projet urbain ont imaginé un outil de gouvernance spécifique dédié au suivi du projet, qui doit intégrer les recommandations de l'EIS. On peut considérer qu'il s'agit d'une forme particulière de comité de suivi, plus poussé. Cet instrument « un peu inspiré d'ISadOrA⁶⁹⁵ »⁶⁹⁶ devait permettre de coordonner les opérations d'aménagement à partir des recommandations issues de toutes les études menées sur le projet, notamment l'EIS, l'étude menée sur le vieillissement par VAA Conseil, et celle sur la programmation des rez-de-chaussée. Pour l'équipe évaluatrice, la « dynamique partenariale »⁶⁹⁷ qui s'est établie entre les différents bureaux d'études qui ont produit des connaissances sur le quartier est un des atouts du projet, une des choses qui a bien fonctionné, même si un des commanditaires nuance : pour lui, il y a eu « échanges de connaissances »⁶⁹⁸, mais pas véritablement d'alimentation entre un côté et l'autre.

695 Le guide ISadOrA, paru en mars 2020, est un outil d'accompagnement à la prise en compte de la santé dans les projets d'aménagement, développé par l'EHESP. Il est constitué d'une partie théorique qui définit les enjeux de santé publique affectés par l'urbanisme, et d'une deuxième partie, qui nous intéresse plus ici, qui propose un outil opérationnel composé de quinze clés qui correspondent à des grands objectifs pour mettre en place des opérations d'urbanisme favorables à la santé, qui concernent le processus d'élaboration d'un projet d'urbanisme favorable à la santé, et les choix d'aménagements à mettre en place pour ce faire par thématique en lien avec la santé.

696 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

697 Entretien avec A., Novascopia, lire l'encadré page 276.

698 Entretien avec L., Grand-Orly-Seine-Bièvre, lire l'encadré page 400.

Lors de la dernière réunion qui acte la fin de l'EIS⁶⁹⁹, un comité de pilotage santé-social doit associer « professionnels de la construction et acteurs opérationnels de la santé et du social »⁷⁰⁰ pour mettre en place des actions favorables à la santé sans attendre la fin du chantier. Au moment où se tient cette réunion, le contrat local de santé de la ville est en cours de réécriture, et le responsable du service communal d'hygiène et de santé, sous la coupole duquel se trouve le CLS, est présent. Lui-même ancien coordinateur du CLS, il domine la réunion : on voit que c'est lui qui prend le plus la parole, et il réagit à quasiment tous les points qui sont soulevés. On peut supposer qu'il est prévu d'inscrire au CLS cette nouvelle forme de gouvernance, ce qui permettrait de lui donner des moyens financiers. Ainsi l'EIS est incluse dans un outil rassemblant santé et social : cela traduit l'ouverture de la définition de la santé pour les responsables du projet, et semble plutôt favorable pour la réduction des inégalités sociales de santé, d'autant qu'un des objectifs des CLS que de réduire les inégalités sociales de santé.

À notre connaissance pourtant, ce copilotage n'a finalement pas été mis en place. C'était pourtant le « petit espoir »⁷⁰¹ d'une de nos enquêtées pour que les résultats de l'EIS soient mis en action. Finalement, la mission de l'EIS a été poursuivie par le bureau d'études en charge de l'étude sur le vieillissement, pour donner une déclinaison concrète aux recommandations, déclinée en trois axes : la rédaction des fiches de lot pour les promoteurs pour l'inclusion des recommandations de l'EIS, l'acculturation avec les promoteurs et les services de la ville, et en lien avec la GUP, la création d'indicateurs très précis de performance d'usage et d'inclusion sur les espaces publics. Pour le chargé de mission qui accompagne le projet, « la mission méritait d'être poursuivie [...] pour aller jusqu'à l'élaboration des fiches de lot promoteur »⁷⁰². La mission n'a pas été confiée à Novascopia.

Hébert : un outil pour les coordonner toutes

Dans l'EIS Hébert, l'EIS alimente les autres études : celle de programmation pour les rez-de-chaussée, les fiches de lot qui sont en cours de rédaction par la maîtrise d'ouvrage, qui faisait aussi partie de la gouvernance de l'EIS. Mais surtout, l'EIS est intégrée dans un outil

699 Nous en avons présenté les participant·es ici : Erreur : source de la référence non trouvée Erreur : source de la référence non trouvée page Erreur : source de la référence non trouvée.

700 Compte-rendu de la présentation de l'EIS et du volet santé-social du NPNRU, 1 juillet 2021.

701 Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

702 Entretien avec J., Grand-Orly-Seine-Bièvre, lire l'encadré page 285.

de suivi global de la qualité du projet : le SMAUPE, c'est-à-dire le Système de Management de la qualité Architecturale, Urbaine, Paysagère et Environnementale. Il s'agit d'un outil holistique, pour que toutes les recommandations des études menées sur le projet entrent en cohérence, sans que chaque expert cherche à maximiser les effets positifs de son domaine à lui. Cela permettra d'éviter « la pensée en silo » : les expert·es par thème sont rassemblé·es pour construire une évaluation collective, pas évaluer chaque thématique les unes après les autres.⁷⁰³ Ainsi, plusieurs ateliers entre les différentes parties prenantes du projet, y compris les évaluatrices d'Énergies Demain, ce sont tenus pour le construire. Les buts du SMAUPE sont de redéfinir les objectifs et d'actualiser le plan guide et le cahier de prescriptions environnementales, d'identifier des indicateurs d'évaluation, et d'évaluer l'aménagement, les lots immobiliers puis le quartier dans son ensemble : il s'agit donc d'un suivi en cours de chantier, puis d'une évaluation ex-post en phase d'exploitation. Plusieurs sujets doivent y être intégrés, comme la santé donc, mais aussi les émissions de carbone, l'économie circulaire...⁷⁰⁴ Pour ce faire, des indicateurs précis doivent être définis pour évaluer le projet. C'est un outil complexe, qui demande beaucoup d'expertise, et une certaine « vigilance quant à ce que les recommandations ne se contredisent ou ne s'annulent pas les unes les autres »⁷⁰⁵ nous explique une de nos enquêtées, en train de concevoir l'outil.

Concernant la mise en place des recommandations de l'EIS, les indicateurs pour évaluer la démarche sont les suivants : l'effectivité de la prise en compte des recommandations de l'EIS, l'appropriation du processus et des recommandations par les parties prenantes, et l'appréciation de l'impact réel du projet sur les futur·es habitant·es en fonction des temporalités⁷⁰⁶. Le SMAUPE est construit autour de cinq thèmes : Quartier vivant, quartier confortable, quartier apaisé, quartier vert et quartier sobre⁷⁰⁷. Les inégalités n'apparaissent donc pas directement dans ces thématiques, ni dans la construction des indicateurs. Il n'y a pas de « quartier juste » ou de « quartier équitable » : ce n'est pas l'objet premier. Pour autant, comme les recommandations sont priorisées et largement tournées vers la réduction des inégalités sociales, le suivi de leur application pourrait suffire. L'outil était encore en cours de

703 Entretien avec M., LAQ, lire l'encadré page 373.

704 Entretien avec N., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 257.

705 Entretien avec M., LAQ, lire l'encadré page 373.

706 Énergies Demain, rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 218.

707 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

construction en décembre 2022 quand nous avons interrogé la chargée de mission responsable du projet, car toutes les études, notamment celle des rez-de-chaussée, n'étaient pas terminées.

Confier le suivi à d'autres que les évaluateur·ices : et la réduction des ISS ?

On peut s'interroger sur l'influence du fait que ce ne soit pas l'équipe évaluatrice qui encadre le suivi de la démarche sur la prise en compte des inégalités sociales de santé. C'est le cas dans nos deux études de cas, avec ces outils globalisant qui concernent le projet en entier. Pour Choisy-le-Roi, on peut supposer que les difficultés à mener l'EIS au bout, bien que causées par des difficultés partiellement extérieures à leur volonté, a tendu, ou au contraire trop détendu, les rapports entre elles et les commanditaires : c'est pour cela que la mission d'affinement des recommandations a été confiée à un autre bureau d'études. Dans l'EIS Hébert, la maîtrise d'œuvre garde la main sur le projet, cela semble logique, même si l'équipe évaluatrice est associée à la construction des indicateurs, le suivi en lui-même ne lui est pas confié.

Particulièrement dans l'EIS Hébert, l'équipe qui mène l'évaluation est convaincue de l'importance de la réduction des inégalités sociales de santé. Confier le suivi à une autre entité, qui a ou non participé à l'EIS, peut être risqué pour la réduction des inégalités sociales de santé : ce n'est pas la définition commune de la santé qui est utilisée, et on peut s'interroger sur la capacité de personnes non formées sur la question à mettre en place des recommandations visant à les réduire. Dans l'EIS Hébert, la réduction des ISS est vraiment centrale dans la démarche, puisqu'il s'agit du fameux « angle mort » du projet : les conceptrices du projet, en charge du SMAUPE, avaient manqué la thématique au premier coup, même si elles ont participé à l'EIS depuis. Cependant, comme l'équipe de commanditaire s'est la même et est convaincue du bien-fondé de ce filtre, on peut supposer qu'une vigilance quant à la place accordée à la thématique sera mise en place. À Choisy-le-Roi en revanche, l'équipe en charge du projet a été complètement renouvelée, et plus personne n'a suivi l'EIS, ni parmi les technicien·nes ni parmi les élu·es. Ainsi, si les recommandations doivent être appliquées dans les fiches de lot même sans le copilotage, on peut s'interroger sur la place qu'y tiendra la réduction des inégalités sociales de santé, d'autant que la question apparaît plutôt comme un sous-texte lisible pour les initié·es que comme une explicitation facile à saisir.

Il convient donc d'émettre ici un point de vigilance : si la construction de tels outils semblent être un moyen efficace de s'assurer de l'application des recommandations de l'EIS en les intégrant à une démarche plus large, il faut donc être prudent·e à ce que la réduction des inégalités sociales de santé ne passe pas entre les mailles d'un filet trop grossier qui tend à simplifier les recommandations, car la réduction des ISS se trouve souvent dans la finesse. S'assurer que les personnes en charge de la construction et la mise en application de ces outils partagent la définition de la santé de l'EIS nous semble donc nécessaire.

Ces outils spécifiques ne prévoient finalement pas plus de moyens pour tenter de réduire les inégalités sociales de santé que dans les méthodes de suivi plus classique. On pourrait pourtant peut-être imaginer des modalités de suivi le permettant.

Au-delà de l'application des recommandations,,se pose la question de l'héritage de l'EIS. On ne peut encore parler d'évaluation pour nos études de cas, car elles se sont terminées trop récemment et les projets sur lesquels elles se penchent ne sont pas encore sortis de terre. Néanmoins, en se posant la question déjà de ce qui demeure de l'EIS et de la façon de la mener, on touche du doigt un début d'appréciation de ce qu'il en subsiste.

5.2 Le processus plutôt que le résultat : l'héritage de l'EIS

Au-delà du suivi en lui-même, l'EIS laisse derrière elle un certain héritage auprès des collectivités qui en ont menée c'est même un des objectifs de la démarche. Une de nos commanditaires voit dans le cheminement l'intérêt principal de la démarche, peu importe que les recommandations qui en ressortent ne soient pas très originales :

« Je pense que c'est une vraie réussite parce qu'on se pose de nouvelles questions sur nos pratiques, sur nos métiers, et du coup on lance l'EIS sur d'autres projets parisiens, et ça voilà ça montre que quand même on est plutôt satisfait de ce que ça a donné. Et puis c'est

une façon aussi d'associer pleins d'acteurs, d'avoir de nouvelles méthodes de travail, avec la ville... »

C'est une idée récurrente parmi nos enquêtés. L'intérêt de l'EIS repose au moins autant dans le processus de la démarche que dans les résultats de cette dernière : nouvelle manière de travailler, construction de collaborations... à partir d'une même idée, l'acculturation⁷⁰⁸ à l'EIS et surtout aux questions de santé, ainsi que le travail collaboratif et intersectoriel qui permet de sortir des silos. C'est ce qui apparaît dans les retours d'expérience des collectivités⁷⁰⁹ comme dans la littérature scientifique sur l'EIS⁷¹⁰. C'est un objectif directement poursuivi dans certaines des démarches, comme par exemple à Niort où l'acculturation des équipes municipales et intercommunales est inscrite directement dans le cahier des charges : « On s'est dit : c'est l'occasion de former nos techniciens, nos chargés d'opération à une approche santé, surtout qu'elle se fait de plus en plus forte. »⁷¹¹ Dans nos études de cas, cela semble être un objectif poursuivi au moins implicitement, et rempli au moins pour le cercle restreint des services présents aux comités techniques.

Du point de vue de la prise en compte des inégalités, cette acculturation à l'EIS semble fructueuse à plusieurs niveaux. D'abord, la définition de la santé change, d'une représentation bio-médicale, tournée vers l'absence de maladie à une vision plus large et holistique qui inclut les déterminants sociaux. Ce changement peut se faire rapidement ou progressivement au cours de la démarche, selon le niveau d'implication des commanditaires et le type de formation reçu initialement. Ensuite, mener l'EIS et notamment se confronter même indirectement par le biais du bureau d'études à la littérature scientifique sur les impacts

708 Le terme d'acculturation apparaît initialement en anthropologie avant d'être repris par les autres sciences sociales, notamment l'histoire et la sociologie mais aussi la santé publique pour désigner les phénomènes qui résultent du contact continu entre groupes d'individus de cultures différentes, et les changements dans leurs cultures originelles ou dans une seule des deux (Cécilia Courbot, « De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire. Petite histoire d'un terme connoté », *Hypothèses*, 2000, vol. 3, n° 1, p. 121-129). L'utilisation du terme pour désigner l'apprentissage de l'EIS et de ses valeurs semblent donc abusive, d'autant plus qu'il semble exister une confusion pour les acteurs et actrices entre une acculturation à la démarche, et une acculturation des différents services de l'EIS les uns aux autres. Pourtant, comme il s'agit du terme utilisé par les acteurs et actrices de l'EIS, nous continuerons de l'utiliser ici dans un sens et dans l'autre.

709 Synthétisées par exemple ici : Haut Conseil de la Santé Publique, *Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) sur les documents de planification territoriale*, op. cit., p. 98.

710 Par exemple dans le dossier consacré aux EIS de la revue Santé Publique en 2021 (Santé Publique, juillet 2021, no 33, p. 5-76).

711 Entretien avec F., Ville de Niort, lire l'encadré page 247.

différenciés sur les déterminants de la santé d'un élément ou d'un autre du projet, et aux résultats permet d'observer ou de participer à la mise en application de cette nouvelle définition. Enfin, cette acculturation ne disparaît pas quand l'EIS se termine, et infuse ensuite d'autres projets menés par les commanditaires, même s'il est difficile de dire combien de temps cet effet bénéfique perdure et de quelle manière. L'acculturation à l'EIS se fait pendant l'introduction à la démarche lors des premières réunions, mais se poursuit tout au long de celle-ci, en particulier pour ce qui concerne la construction de nouvelles collaborations.

Tout au long de la démarche, et en particulier lors des ateliers organisés pour co-construire les recommandations, qui ont eu lieu dans nos trois études de cas, les technicien·nes en particulier peuvent confronter leurs visions et leurs façons de travailler à celles des autres. Ainsi, cette acculturation et appropriation de l'EIS et des valeurs qu'elle entend mettre en œuvre, parce qu'elle permet une ouverture plus importante aux questions de santé et d'inégalités, semble favorable à la prise en compte des inégalités, même s'il est difficile de quantifier son impact précis sur leur réduction.

5.2.1 L'acculturation à la santé comme bénéfice de l'EIS

Dans l'idéal, l'adhésion à l'EIS et à ses valeurs des personnes qui y participent, élu·es, technicien·nes et autres parties prenantes, existe dès le début de la démarche. Mais l'EIS est aussi l'occasion de les convaincre, à la fois de l'intérêt de la démarche, mais aussi de celui d'adopter « un filtre santé »⁷¹² sur les projets urbains et sur les politiques publiques mises en place par la collectivité en général. L'adoption de ce filtre importe pour la réduction des inégalités : au sein de l'EIS directement puisqu'il permet d'arbitrer de façon favorable aux populations-cibles et d'adopter des recommandations dans leur direction plutôt que de n'embrasser que des recommandations universelles.

La définition de la santé des participant·es à l'EIS change pour l'intégralité de celles et ceux qui n'ont pas eu initialement de formation à la santé publique ou qui n'y ont pas été confronté·es professionnellement. Ces nouvelles définitions varient selon les personnes, mais la notion de déterminants de la santé apparaît telle quelle dans près de la moitié de ces nouvelles définitions, et toutes parlent d'un état de bien-être généralisé ou global, différent de

712 Entretien avec M., Ville de Niort, lire l'encadré page 245.

la santé physique et d'une absence de maladie, quand les deux tiers évoquent aussi des facteurs sociaux (plus des trois quarts pour le « cercle restreint » des commanditaires) et près d'une moitié la santé mentale. Certain·es ajoutent que cela vient confirmer, ou mettre des mots sur des instincts ou des idées déjà vaguement existantes. Envisager la santé comme un état causé par des déterminants physiques, mais aussi environnementaux et surtout sociaux semble la première étape pour créer des politiques publiques favorables à la santé.

Il est donc indéniable que l'EIS contribue à faire changer de vision sur la santé les personnes qui y participent (même si certain·es évoquent aussi la crise du COVID-19 quand les deux sont concomitantes). Pour une de nos enquêtées, praticienne, c'est un indice d'une EIS réussie. Elle donne l'exemple du service habitat d'une collectivité qui avait mené une EIS, venu les solliciter à nouveau « pour éclairer la politique [de l'habitat de la commune] sur des questions sectorielles qui n'ont a priori rien à voir »⁷¹³ : la démarche leur a servi de « grosse boîte à outils » qu'ils et elles se sont appropriée. L'EIS est l'occasion de « faire du plaidoyer » notamment auprès des élu·es⁷¹⁴. Pour une de nos enquêtées, « au bout d'un an de l'EIS [menée dans la ville de Chambéry sur les politiques de jeunesse⁷¹⁵] [...] les élus, dans une mairie alors de droite [...] ont vraiment pris conscience de certaines choses » notamment concernant l'impact inattendu jusque là de leurs décisions sur la santé d'une partie de la population⁷¹⁶. De la même manière, à Choisy-le-Roi, l'EIS a permis de « vraiment remettre sur le devant de la scène la question de la santé, notamment auprès des élus »⁷¹⁷.

Pour l'EIS Hébert, des points d'avancement ont été faits régulièrement tout du long de la démarche devant les autres équipes d'Espaces Ferroviaires, qui ont donc été acculturées à l'approche ainsi qu'une présentation à la direction générale qui au début n'était « pas spécialement convaincue », mais est aujourd'hui satisfaite de la méthode et de ce que ça a permis de réaliser, au point de le généraliser aux opérations parisiennes : deux autres EIS ont

713 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

714 Entretien avec M., IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 277.

715 Notre lecteur·ice ne s'étonnera pas de ne pas trouver cette EIS ailleurs dans notre travail et notamment dans le recensement des EIS analysées : comme elle n'a pas été menée sur un projet d'aménagement, elle n'a pas été intégrée notamment aux analyses quantitatives. Cependant, une EIS reste une EIS et les remarques de celles qui l'ont menée nous ont semblé pertinentes ici.

716 Entretien avec M., IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, lire l'encadré page 277.

717 Entretien avec L., Grand Orly Seine Bièvre, lire l'encadré page 400.

été lancées depuis, dont une avec le même bureau d'études⁷¹⁸. P., à l'origine de la formation COMODEIS et qui contribue à les animer synthétise ainsi : « Le but, c'est que les collectivités s'autonomisent sur les problématiques de santé sur leur territoire »⁷¹⁹.

Ainsi à Niort, si l'EIS n'a pas beaucoup changé les pratiques des services de la ville déjà habitués à travailler ensemble dans le cadre de la politique de la ville, notamment la gestion urbaine de proximité (GUP), le service vie participative, et le service habitat, mais cela a fait changé leur définition et leur vision de la santé, comme quelque chose relevant des professionnel·les de santé et donc « pas leur job » à un objet sur laquelle leurs services ont des prises. Cela a aussi permis une ouverture à la promotion de la santé des professionnel·les de la ville : par exemple, les résultats de l'EIS ont été intégrés au plan de développement durable de la ville : la directrice générale des services techniques de la ville a souhaité l'intégration dans les « cahiers de prestations », qui servent de base commune pour tous les cahiers des charges (en lien avec les objectifs du développement durable) du bilan de l'EIS et d'objectifs de santé, qui ressemblent plus à de l'UFS qu'à une EIS, mais qui reflètent l'appropriation des enjeux de santé dans les services techniques⁷²⁰. Il semble qu'une collectivité déjà acculturée à l'EIS mette ensuite en place des EIS plus pertinentes, notamment du point de vue de la réduction des inégalités, ou au moins des EIS plus rapides à mettre en place et donc plus efficaces : c'est ce que relève l'équipe de la Ville de Paris pour elle-même comme pour les technicien·nes et les élu·es avec lesquelles elles sont amenées à travailler, comme le bureau d'études en charge de mener les EIS pour la métropole de Bordeaux⁷²¹.

L. est chef de projet développement économique, environnement et innovation à Grand-Orly-Seine-Bièvre quand nous le rencontrons. C'est une des principaux interlocuteurs du bureau d'études dans le cadre de l'EIS de Choisy-le-Roi. Il est ingénieur spécialisé dans l'aménagement et environnement. Il a depuis quitté ses fonctions pour rejoindre une autre collectivité territoriale sur une poste similaire.

Des nuances d'acculturation

718 Entretien avec N., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 257.

719 Entretien avec P., PB Consultant, lire l'encadré page 258.

720 Entretien avec C., Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241.

721 Entretien avec E., Énergies Demain, lire l'encadré page 233.

Il semble en revanche que l'acculturation se fasse surtout pour le « cercle restreint » des personnes les plus proches de son déroulement : le service commanditaire et les membres du comité restreint présent·es à la réunion de lancement qui, convaincu·es par la démarche, pourront aller la porter auprès de leurs élu·es notamment. Si l'ensemble des participant·es à l'EIS disent que leur définition de la santé a changé, cela ne va pas nécessairement de pair avec un changement dans les pratiques de fabrique de la ville.

À Niort par exemple, cette infusion, qui a bien fonctionné auprès des services de la ville, ne s'est pas beaucoup fait chez les services techniques de l'agglomération, que, d'après notre enquêtée, les recommandations suivaient plutôt leurs pratiques habituelles, notamment sur la gestion des déchets, et cela ne semblait pas « intéresser beaucoup », et d'ailleurs, personne à l'agglomération n'a accepté de nous rencontrer. La CAN était pourtant pilote de l'EIS, mais s'est surtout trouvée investie par le biais de la coordinatrice du CLS : il semble que les autres services ne se soient sentis qu'assez peu concernés, comme les élu·es qui ont participé au deuxième comité technique, mais ont envoyé un technicien sans pouvoir de décision au comité de pilotage. Un autre exemple de cette acculturation partielle des personnes plus externes à l'EIS : à Choisy-le-Roi, le changement de mairie et donc le changement d'élu·es semble défavorable à la mise en place des recommandations de l'EIS . Même si la démarche les intéresse, d'après une des consultantes qui mènent l'EIS, « ils arrivent à un moment où nous on a ni les moyens ni le temps de refaire un travail d'acculturation auprès [d'eux] »⁷²². Il s'agit cette fois non pas d'un manque d'intérêt, mais d'un manque de temps, mais le résultat est le même.

Pour une de nos enquêtées, cette acculturation ne devrait pas être l'objectif de l'EIS, mais plutôt un bénéfice favorable : « Pour les collectivités qui ne sont pas acculturées, les petites collectivités rurales notamment [...], je ne vois pas l'intérêt d'aller faire une EIS alors que même les services ne sont pas au courant de ce que c'est la santé »⁷²³. Cette vision un peu radicale est partagée par d'autres, par exemple, pour E. à l'ARS-IDF, il faut déjà savoir ce que sont les EIS et les inégalités sociales de santé pour prendre en compte les inégalités sociales de santé, et une formation ou une introduction préalable à la démarche est nécessaire. Pour elle, l'acculturation n'est pas l'objectif premier de la démarche : tant mieux si cela permet de mettre en place des projets plus favorables à la santé « la prochaine fois », mais ce n'est pas le

⁷²² Entretien avec M., Novascopia, lire l'encadré page 242.

⁷²³ Entretien avec C., Énergies Demain, lire l'encadré page 255.

but de la démarche⁷²⁴. Cette vision est discutable, car ailleurs, cette dimension acculturatrice de l'EIS est non seulement appréciée, mais revendiquée, cela fait par exemple partie de la stratégie COMODEIS en Nouvelle-Aquitaine, et une de ses qualités revendiquées par son coordinateur : « COMODEIS répond vraiment bien à son objectif d'acculturation des collectivités [...] nous on utilise l'EIS comme un outil pédagogique ce qui peut nous être reproché parfois [...] »⁷²⁵. Il s'agit là de deux visions différentes de l'EIS, pas tant dans les objectifs qui sont toujours la promotion de la santé et dans une certaine mesure la réduction des inégalités, mais plutôt dans les temporalités à suivre.

5.2.2 De nouvelles collaborations en héritage de la démarche

L'acculturation aux pratiques et métiers des autres, et la découverte du travail transversal entre les équipes sont des bénéfices régulièrement relevés par les commanditaires *a posteriori*. La coordinatrice de l'EIS de Niort⁷²⁶ relève par exemple que le gestionnaire a demandé aux responsables de l'atelier santé-ville que soit mis en place un atelier prévention en santé en pied d'immeuble d'un autre quartier que celui de l'EIS. Une autre de nos enquêtées explique que cette transversalité entre les services et la prise de conscience de la possibilité et même de la nécessité de travailler ensemble, pour les technicien·nes comme pour les élu·es est un atout considérable de la démarche. Elle-même est issue d'une formation d'épidémiologie et santé publique, et était donc déjà acculturée aux problématiques de santé, mais déclare être « de plus en plus à l'aise avec l'urbanisme »⁷²⁷. C'est aussi ce que relève une de nos enquêtées à Hébert :

« *In fine*, je pense que la vraie plus-value, c'est collectivement d'avoir entraîné le comité technique et le comité de pilotage, à partager un diagnostic sur le projet et une véritable acculturation à l'EIS. Et donc les recommandations elles sont intéressantes, mais c'est que l'aboutissement d'un cheminement et d'une acculturation progressive, et d'une

724 Entretien avec E., ARS IDF, lire l'encadré page 129.

725 Entretien avec S., IREPS NA, lire l'encadré page 259.

726 Entretien avec C., Centre Hospitalier de Niort, lire l'encadré page 241.

727 Entretien avec L., ORS ARA, lire l'encadré page 246.

vision partagée sur le territoire et sur les enjeux de ce territoire. Je pense que ça c'est plus important que les recommandations en elles-mêmes. »⁷²⁸

Ces nouvelles collaborations entre services, cette sortie d'une réflexion en silo, et cette appropriation des questions de santé au-delà de la démarche de l'EIS apparaissent comme favorables à la réduction des inégalités sociales de santé à plus long terme. Au regard de la complexité de l'intrication des déterminants qui font la santé, construire des politiques publiques qui croisent les regards de spécialistes de sujets différents semble être une bonne stratégie. Il est difficile d'estimer l'impact de ces collaborations futures et nouvellement créées sur la réduction des inégalités, mais on peut déjà estimer que c'est un pas en avant en termes de prise en compte.

5.2.3 Penser différemment l'aménagement ?

On peut s'interroger sur la capacité de l'EIS à changer la façon de faire et de penser l'aménagement.

Dans la façon de faire l'aménagement, on est tenté de considérer que non, pour l'instant. En effet, les déterminants de la santé considérés sont ceux que l'on prend habituellement en compte dans les projets urbains. Nos études de cas ne proposent pas de recommandations révolutionnaires par rapport à d'autres projets d'aménagement, à part peut-être dans certaines des recommandations concernant les usages, essentiellement dans l'EIS Hébert.

En revanche, cela change la façon de penser l'aménagement. Les « lunettes de santé »⁷²⁹ évoquée par une de nos enquêtées en référence aux « lunettes de genre »⁷³⁰ ne peuvent être déchaussées une fois qu'elles sont sur le nez. L'ajout de la compétence santé dans les équipes de maîtrise d'œuvre par Espaces Ferroviaires en témoigne par exemple⁷³¹ : dorénavant, les impacts sur la santé des projets seront considérés dès leur conception. Pragmatiquement, pour

728 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

729 Entretien avec C., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 256.

730 « Chausser les lunettes du genres », expression utilisée notamment par la sociologue Isabelle Clair (Isabelle Clair, *Sociologie du genre*, 2e éd., Paris, Armand Colin, 2023 [2012], 128 p.), signifie considérer le monde et particulièrement les rapports sociaux par le prisme du genre. Depuis son apparition dans les années 1990, l'expression est largement reprise dans les milieux militants et déclinée pour tous les rapports sociaux : lunettes de la race, lunettes intersectionnelles...

731 Entretien avec P., Espaces Ferroviaires, lire l'encadré page 236.

pouvoir changer la façon de faire l'aménagement, l'EIS doit être mieux intégrée dans le projet urbain. En premier lieu, le moment où elle est lancée doit être ajusté. À Hébert, les parties prenantes estiment que la démarche a été lancée trop tard, à l'inverse à Niort, elles estiment que la démarche a débuté trop tôt. Peut-être faudrait-il étendre sa durée, pour qu'elle puisse intervenir à plusieurs étapes de l'élaboration du projet, ou associer plus globalement ces leçons dans le processus de conception du projet, de façon à ce que la santé et la réduction des inégalités sociales y soient intégrées directement : l'objectif d'acculturation à la démarche va dans ce sens. Cela va dans le sens de la généralisation de la compétence santé chez les aménageurs et dans les services des collectivités.

On peut donc supposer qu'à plus long terme, ces nouvelles façons de penser vont permettre de faire émerger des projets d'aménagement différents, fruits de réflexions intersectorielles où les expertises de chacun·es contribuent à améliorer la santé de tou·tes. La formation à la santé dans les universités pour les étudiant·es en urbanisme, qui se destinent pour la plupart à l'aménagement dans le secteur privé ou les collectivités, qui semble-t-il tend à s'étendre, est une bonne nouvelle et gagnerait à être généralisée. En attendant, une meilleure coordination entre les porteur·euses de projet urbain et les porteur·euses de la santé dans les collectivités pourrait avoir un effet similaire. La relecture « santé » des projets urbains dans le cadre de ces collaborations aiderait sûrement à les y rendre plus favorables.

Ce qui change aussi dans la façon de penser l'aménagement, c'est la considération de la population non pas comme un bloc uniforme, mais comme des groupes avec des caractéristiques et donc des besoins différents, qui va de pair avec la nécessité de mettre en place des aménagements adaptés. En apparence, rien de très révolutionnaire là-dedans non plus : l'aménagement n'a pas attendu l'EIS pour installer des jeux pour les enfants ou des bancs pour les personnes âgées. L'EIS propose d'avoir une analyse plus fine et systématique sur les populations les plus vulnérables et les aménagements favorables à leur santé, même si dans nos EIS, la finesse de cette analyse varie d'une démarche à l'autre. S'appuyer sur l'argument de la santé permet de justifier des décisions difficiles à faire passer autrement, notamment celles qui privilégient certaines populations plus que d'autres, dans la patte de l'universalisme. C'est en effet un thème consensuel pour la plupart des acteur·ices.

Cela ne suffit pourtant pas à convaincre les parties prenantes de l'EIS Hébert, qui rejettent la plupart des recommandations destinées au public des sans-abris. Se pose donc la

question de l'acceptabilité politique, autant de la part des élu·es que des citoyen·nes. Cela constitue un frein à Hébert, et pourrait en constituer un dans d'autres démarches : on ne peut attendre de l'EIS qu'elle fasse totalement disparaître les biais des personnes qui y participent, même si cela limite ses possibilités d'action.

Finalement, pour mettre en place un suivi efficace qui permet de contrôler la mise en place des recommandations et donc de réduire, au moins mieux que si elles ne sont pas appliquées, les inégalités sociales de santé, plusieurs facteurs entrent en jeu. Tout d'abord, le financement du suivi, le nerf de la guerre, est un problème plus récurrent encore que celui du financement de l'EIS en général : faut-il le laisser aux collectivités commanditaires, le confier aux ARS et autres promoteur·ices à l'échelle régionale ? Quoiqu'il en soit, c'est une des clés pour assurer que le suivi existe et se maintienne. Mettre en place un comité de suivi est la première des étapes, et désigner une ou des personnes en charge de s'assurer de suivi la deuxième. C'est surtout ces personnes pilotes qui comptent : choisir des personnes capables de comprendre à la fois les enjeux de santé et de réduction des inégalités, et le projet d'aménagement, comme c'est le cas à Niort avec un duo qui réunit ces compétences, doit être une bonne stratégie. La mise en place d'outils de suivi spécifique permet de s'assurer que les recommandations seront mises en place et ne disparaîtront pas dans la nature ou au fond d'un tiroir, si tant est qu'il y ait des personnes en charge de s'en assurer. Pourtant, dans cette situation, il semble nécessaire de s'assurer que les recommandations ne soient pas dénaturées par le passage dans un nouvel outil, et que la réduction des inégalités sociales reste centrale dans la réflexion.

Enfin, l'EIS laisse derrière elle un héritage, elle garde « la mémoire »⁷³² de l'EIS, sous la forme d'un changement de vision de la santé, et de nouvelles méthodes de travail ou collaborations entre les services : on peut donc gager que, si l'EIS en elle-même n'a pas nécessairement eu un impact sur la réduction des inégalités sociales de santé, les nouveaux chemins que la démarche a créés permettront de mettre en place des projets plus favorables à la santé après qu'elle ait été menée.

732 Entretien avec S., IREPS Nouvelle-Aquitaine, lire l'encadré page 125.

Conclusion du chapitre

À l'issue de l'analyse du processus, plusieurs clés nous apparaissent à chaque étape pour réduire les inégalités sociales de santé. Pendant la phase de sélection, se baser uniquement sur les opportunités de financement ne suffit pas : le *timing*, notamment pour s'assurer qu'il y a des choses à évaluer et suffisamment de marges de manœuvre, ainsi l'opportunité effective de réduire les inégalités sociales de santé doit aussi être estimée.

Pendant la phase de cadrage, c'est surtout la sélection des publics-cibles qui joue sur la réduction des inégalités sociales de santé. Les sélectionner à partir d'une véritable analyse du territoire plutôt qu'à partir d'habitudes de travail est primordial : certaines populations particulièrement fragiles échappent sinon trop facilement au cadrage.

La phase d'analyse des impacts doit être alimentée par une analyse solide de la littérature et une description fine du territoire pour pouvoir saisir les impacts différenciés sur les groupes cibles de l'EIS, et pour ce faire, consulter les parties prenantes et les populations ciblées par l'EIS apparaît comme une nécessité. Adopter une démarche intersectionnelle en tenant compte de l'effet multiplicateur sur la santé de certaines populations serait un atout qu'aucune de nos études de cas ne fait vraiment, même si on en voit un premier balbutiement dans l'EIS Hébert.

L'analyse fine nourrit ensuite les recommandations : elle permet de proposer des recommandations adaptées aux besoins de toutes et tous, et en particulier des plus fragiles. Là encore, demander l'avis des personnes concernées apparaît comme une bonne stratégie, peut-être chronophage, mais aussi riche, et qui garantit de toucher juste.

Enfin, la phase de suivi est la plus compliquée à mettre en place : les recommandations de l'EIS doivent l'anticiper pour augmenter leurs chances d'être mises en application. Tous les moyens sont bons pour s'assurer que l'EIS ne finit pas au fond d'un tiroir, comme c'est sans doute le cas à Choisy-le-Roi. Mais même dans ce cas-là, la démarche n'en laisse pas moins des traces, qui doivent influencer ensuite la manière de mener des projets dans les équipes où elle a été menée, et, avec un peu de chance, favoriser la prise en compte des inégalités sociales.

Au-delà de la démarche elle-même, son héritage : de nouvelles collaborations entre les services, un apprentissage des concepts de santé publique et des « lunettes de santé »

chaussées sur le nez. Cette combinaison de bénéfices doit faire changer la façon de penser l'aménagement des commanditaires, et peut-être de le faire. La prise en compte des besoins des populations les plus fragiles fait partie du bagage dont hérite les commanditaires quand la démarche se termine : on peut supposer qu'elle contribue donc à la réduction des inégalités sociales de santé, même si elle n'est pas en mesure de réparer les problèmes systémiques qui créent les inégalités et rend parfois difficilement acceptables les mesures qui permettraient de réduire les ISS.

Conclusion de la deuxième partie

Ainsi, à l'issue de cette partie, nous avons établi comment, dans l'opérationnalisation de l'EIS, la prise en compte des inégalités sociales de santé est appréhendée, d'après nos études de cas.

Les EIS sont des démarches qui doivent s'adapter au contexte dans lequel elles s'insèrent, et non des outils applicables à l'identique et à l'infini dans toutes les situations. L'articulation entre les les acteur·ices qui les façonnent en fonction de leur représentation de la démarche et de la santé en général, et du système de valeurs qui les animent, au sein duquel la réduction des inégalités sociales de santé tient une place plus ou moins importante, et la mise en place concrète des étapes de l'EIS éclaire sur cette prise en compte.

L'équité est inscrite dans les valeurs de l'EIS, aucun·es des acteur·ices ne l'ignore donc, mais les stratégies développées pour la mettre en action varient.

Dans le champ de l'EIS, ce sont surtout les régulateur·ices qui positionnent l'EIS quant à l'équité, et deux écoles de l'EIS se dessinent. L'une s'appuie sur la démarche même, en construisant immédiatement des projets favorables à la réduction des ISS, même si la méticulosité nécessaire pour les mener à bien empêche d'en mener beaucoup, c'est ce qu'on voit dans l'EIS Hébert et qui semble être l'ambition dans les EIS franciliennes, même si ce n'est pas ce qu'il se passe à Choisy-le-Roi. L'autre à l'inverse se fonde plutôt sur l'héritage des démarches dans leur ensemble, et se sert de l'EIS comme d'un outil pédagogique qui permet de diffuser les valeurs de la promotion de la santé aux autres secteurs, permettant ainsi de modifier leurs pratiques professionnelles et d'intégrer de la santé dans toutes les politiques, c'est ce qu'on voit dans l'EIS de Niort et dans les EIS appuyées par COMODEIS en général. Les autres acteur·ices construisent ensuite l'EIS en fonction de l'inscription de la démarche dans une école ou dans l'autre, même si les praticien·nes semblent adhérer plus ou moins à une école ou une autre, ce qui se traduit dans leur méthodologie pour mener la démarche.

Ce sont donc des moyens différents qui sont déployés pour mener la démarche, et des modalités d'intervention dans le déroulé de la démarche qui varient. La première école s'appuie sur une analyse fine des publics-cibles pendant la phase de cadrage, des impacts différenciés pendant l'analyse des impacts, puis sur la formulation de recommandations spécifiques. La deuxième s'appuie sur une formation qui met l'ensemble des participant·es au même niveau, notamment les commanditaires au sens large, pendant la phase de cadrage, et sur une certaine efficacité dans la démarche qui doit permettre d'aboutir à des résultats rapidement et sans sursolliciter les parties prenantes pendant les phases suivantes.

Une des différences majeures entre ces deux écoles tient à la place accordée à la participation habitante : dans nos études de cas, l'EIS Hébert tente de faire participer les populations-cibles de la démarche, qui sont les plus éloignées de participation habituellement, avec un succès relatif. Dans les deux autres, la participation est pensée de façon à être efficace et mobilise les habitant·es en même temps que les autres parties prenantes de la démarche.

Les étapes de sélection et de suivi, qui se déroulent sans les praticien·nes, nous semblent souvent négligées. Dans la première, les commanditaires doivent choisir les projets à évaluer et cela semble tenir plutôt d'opportunité de calendrier que d'une volonté de réduire les ISS, même si l'octroi ou non d'un financement par les régulateur·ices permet parfois de le mettre en avant. L'étape de suivi est aussi difficile, car elle demande des moyens que les commanditaires n'ont pas toujours anticipés, or sans application des recommandations pas de réduction des inégalités sociales de santé possible.

L'observation des acteur·ices et du déroulement de la démarche permet ainsi de relever ce qui facilite ou restreint la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les démarches d'EIS.

Conclusion générale

Nous avons commencé par montrer comment la réduction des inégalités sociales de santé par le biais des EIS s'inscrit à l'agenda politique en France.

Le traitement de la pauvreté en ville par l'aménagement remonte au XIXe siècle, quand les hygiénistes font le constat de différentiels de santé importants entre les classes sociales les plus défavorisées et le reste de la population. Cette lutte contre la pauvreté se défait pourtant rapidement de sa dimension sanitaire. Elle ne se concentre plus alors que sur sa dimension sociale : on tente d'y remédier notamment par l'aménagement urbain, sans grand succès. Parallèlement, la considération de l'influence du milieu de vie (au sens physique comme social et économique) sur la santé des populations se perfectionne : les ISS apparaissent comme le produit de déterminants multiples issus à la fois de l'environnement de vie des individus, de leur histoire, et de leur environnement social. Ces déterminants sont en interaction, dans l'espace et dans le temps. Ainsi réapparaît l'alliance entre l'urbanisme, donc le traitement des inégalités par l'organisation de l'espace, et la santé publique, donnant naissance à l'Urbanisme Favorable à la Santé, ainsi qu'un de ses instruments : l'EIS.

L'EIS est une solution conceptualisée pour répondre au problème des inégalités sociales de santé en ville, au croisement de trois filiations idéologiques distinctes, mais liées : la santé environnementale, la vision sociale de la santé, et l'équité en santé. L'EIS a donc été construite spécifiquement pour répondre au problème des inégalités sociales de santé, même si ce n'est pas son unique objet. Sa création et son portage initial est à mettre au crédit des

universitaires, soutenu·es par l’OMS, en France comme ailleurs dans le monde, avant qu’elle ne soit saisie et adaptée par d’autres acteur·ices de la santé publique.

La démarche a donc été expérimentée au niveau local, notamment à Rennes par l’EHESP, avant d’être promue par des niveaux de gouvernement supérieurs et de redescendre vers le niveau local. Elle apparaît d’abord dans les feuilles de route des politiques nationales, qui sont déclinées dans les régions avant d’être appliquées au niveau local dans les collectivités. Cette promotion varie selon les régions, et la réduction des inégalités sociales de santé y tient une place plus ou moins importante. C’est surtout en Nouvelle-Aquitaine et dans une moindre mesure en Île-de-France que la démarche est portée par les ARS, avec des dispositifs spécifiques mis en place pour y parvenir. La réduction des ISS n’y tient pas tout à fait la même place : en Nouvelle-Aquitaine, l’objectif est le déploiement massif de la démarche alors qu’en Île-de-France, dans le discours au moins, le sujet est très mis en avant, d’autant plus qu’il s’agit de la région où les inégalités sociales sont les plus importantes.

Ces différences de politiques donnent à voir une grande variété de démarches, traduites dans les rapports des EIS. Ainsi, les EIS sont surtout mises en place dans des territoires où la problématique des inégalités sociales est importante, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les territoires ruraux ne sont pas exclus, même si la plupart des démarches évaluent des projets en milieu urbain. Selon les endroits, le réseau d’acteur·ices impliqué·es varie, même si on y retrouve toujours les mêmes rôles. La démarche tend à l’uniformisation, puisque les (bonnes) pratiques se diffusent.

Ces rapports donnent un premier aperçu de la prise en compte des ISS, qui semble appuyée sur plusieurs facteurs : la sélection des publics-cibles de la démarche, le choix des déterminants, la durée de la démarche, la participation citoyenne mobilisée. Se pencher sur des démarches d’EIS dans leur intégralité et non pas seulement sur les rapports permet de compléter cette première approche.

Notre deuxième partie permet d’explorer les facteurs favorisant la prise en compte des inégalités sociales de santé dans la mise en place effective de l’EIS à travers trois études de cas. Une des études de cas est en Nouvelle-Aquitaine, les deux autres en Île-de-France, ce qui nous permet d’examiner les différences entre les deux régions que nous avons identifiées comme les plus dynamiques.

Dans un premier temps, l'étude de la structuration en cours du champ de l'EIS permet d'explorer le rôle de chacun·e des acteur·ices en son sein, et leur façon de porter ou non la problématique de la réduction des inégalités sociales de santé. Quatre types d'acteur·ices peuvent être identifiés : les régulateur·ices, les praticien·nes, les commanditaires et les autres parties prenantes, qui comptent notamment les habitant·es. Les régulateur·ices semblent s'inscrire dans deux écoles de l'EIS. La première est plutôt inspirée de l'approche universitaire, de la forme la plus « pure » de la démarche : elle fait de l'EIS une démarche longue, élitiste et onéreuse, centrée sur la réduction des ISS à l'échelle du projet. La deuxième la présente plutôt comme une démarche pédagogique, qui permet de former aux questions de santé les acteur·ices de la ville pour mettre en place des politiques publiques favorables à la santé et la réduction des inégalités à plus long terme, en particulier les collectivités, quitte à perdre un peu de qualité à l'échelle d'une démarche individuelle. À la suite des régulateur·ices, les praticien·nes sont en concurrence sur le marché de l'EIS et mettent en place des stratégies différentes, qui les inscrivent plutôt dans une école de l'EIS ou une autre. Les commanditaires, s'ils n'ont finalement qu'un pouvoir assez restreint dans le type d'EIS mené, en disposent dans l'économie de l'EIS et la mise en place des recommandations : pour cela, mobiliser personnel politique et technicien·nes semble fondamental. Enfin, les autres parties prenantes de la démarche, essentiellement les habitant·es, participent de façon largement symbolique à la démarche.

Dans un second temps, l'analyse du processus même de l'EIS donne des clés pour comprendre les modalités de réduction des inégalités sociales de santé dans la démarche. Pour cela, il faut s'appuyer sur une analyse fine des publics-cibles, les identifier avec précision et les garder en tête pendant toute la démarche : analyser les impacts différenciés qui les concernent, formuler des recommandations dans leur sens, les faire participer pour s'assurer de bien comprendre leurs besoins. Ce n'est pourtant pas tellement de cette façon que les EIS se déroulent : la sélection des publics-cibles en phase de cadrage est souvent rapide et correspond à des habitudes des praticien·nes, ce qui délaisse une partie des populations les plus vulnérables. L'analyse des impacts différenciés n'est pas toujours systématique. La participation a du mal à saisir ces populations qui en sont souvent éloignées dans le temps limité de la démarche. La formulation des recommandations spécifiques est épisodique, et même quand elle a lieu, elle se heurte parfois aux limites de ce qui est politiquement

acceptable, de la part des habitant·es comme du personnel politique. En dernier lieu, le suivi de l'application des recommandations est compliqué. Il n'en demeure pas moins que l'EIS semble laisser derrière elle un héritage qui semble favorable à la mise en place de la santé dans toutes les politiques, et pourquoi pas de la réduction des ISS, même s'il n'est pas en mesure de réparer les problèmes systémiques qui créent les inégalités et rend parfois difficilement acceptables les mesures qui permettraient de réduire les ISS.

Notre travail de thèse permet donc d'éclairer le rôle que peut tenir l'EIS dans la réduction des inégalités dans les projets urbains.

Alors qu'en théorie, l'EIS doit permettre la réduction des inégalités sociales de santé, en pratique, sa mise en opérationnalisation limite ces possibilités. En effet, les moyens nécessaires pour y parvenir semblent difficilement atteignables par la plupart des commanditaires. Les moyens financiers, humains et temporels mis à disposition des praticiennes de l'EIS sont souvent insuffisants par rapport à l'ambition portée par la démarche, au détriment des populations les plus vulnérables. L'EIS s'appuie notamment sur la participation des populations les plus vulnérables, souvent aussi les plus difficiles à mobiliser : cela nécessiterait une préparation considérable et surtout un important suivi dans le temps que la démarche ne permet pas.

Pour autant, on peut imaginer une prise en compte des inégalités plus efficace dans le futur, c'est le pari que prend une partie des promoteur·ices de la démarche : par la diffusion des valeurs de la promotion de la santé et la montée en compétences collectives des collectivités et des aménageurs, les projets d'aménagement conçus après avoir mené une EIS seront plus favorables à la santé et à la réduction des inégalités que les précédents. Ainsi, si les démarches actuelles ne sont pas parfaites, elles n'empirent pas la situation, et sont les fondations qui permettront de construire les suivantes.

L'EIS est en effet encore une démarche en construction, et les contours de ce qu'elle permet de faire ou non sont encore à définir. Cette thèse contribue à préciser de quelle manière elle peut participer à prendre en compte les inégalités sociales de santé et à mettre en place un urbanisme favorable à la santé de tous et toutes, mais ce n'est pas le seul objectif de l'EIS. S'il nous semble que notre travail montre aussi qu'elle permet de créer des projets plus

favorables à la santé de la population dans son ensemble, une évaluation à plus long terme pourrait éclairer sur sa capacité effective à le faire. De même, on peut s'interroger sur la capacité de la démarche à changer les pratiques et la façon de penser l'urbanisme à l'échelle locale au-delà du projet même. D'autres travaux sont en cours sur des sujets qui se rapprochent du nôtre et qui s'insèrent dans ces questionnements, par exemple la thèse de Lise Patron qui s'interroge sur l'intégration de la santé dans les politiques locales à travers divers instruments, dont les EIS, ou celle de Guilhem Dardier, qui enquête sur la diffusion et l'institutionnalisation de l'EIS à travers le monde.

La mise en place d'EIS sur autre chose que des projets d'aménagement pourrait être plus favorable à la réduction des inégalités sociales de santé, en changeant à la fois d'objet et d'échelle de considération. Des exemples existent déjà en France d'EIS menées sur autre chose que des projets urbains ou des documents d'urbanisme, par exemple l'EIS de Chambéry sur la politique vers la jeunesse, qui semble avoir été fructueuse, mais on pourrait imaginer aussi mener des démarches sur des politiques à l'échelle nationale sur des questions de société controversées, comme la légalisation des produits stupéfiants ou du travail du sexe. Mener une EIS permettrait de rassembler les arguments scientifiques dans un sens comme dans l'autre sur tous les déterminants et vers tous les publics, et d'en faire la synthèse de façon à servir véritablement d'aide à la décision. Donner à ces questions un tour sanitaire permettrait de les objectiver et de s'extraire d'une vision purement moralisatrice pour en faire une vraie décision politique.

Il reste donc du chemin à faire pour intégrer la santé, et *a fortiori* la réduction des inégalités sociales de santé, dans les projets urbains comme dans « toutes les politiques ». Mise en œuvre adéquatement, l'EIS pourrait être une petite pierre portée à l'édifice de cette entreprise.

Bibliographie

Ouvrages, chapitres, thèses et articles scientifiques

ABAZINE Lina, *Non-mixity as an organizational and resistance tool for collective identification within French radical activist groups*, Mémoire, University of Gothenburg, Department of sociology and work science, Göteborg, 2022, 38 p.

ADAM Matthieu, LAFFONT Georges Henry et SEGUIN Laura, « Participation et mobilisations habitantes dans l'urbanisme durable : héritage des mouvements sociaux urbains ou évacuation du politique ? », *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, 30 septembre 2015, Vol. 6, n°2.

AHMAD Balsam S., « Integrating health into impact assessment: challenges and opportunities », *Impact Assessment and Project Appraisal*, mars 2004, vol. 22, n° 1, p. 2-4.

AÏACH Pierre, *Les inégalités sociales de santé: écrits*, Paris, Economica, 2010, 280 p.

ALLA François, « Les déterminants de la santé » dans *Traité de santé publique*, Cachan, Lavoisier (coll. « Traités »), 2016, p. 15-18.

ARNSTEIN Sherry R., « A Ladder Of Citizen Participation », *Journal of the American Institute of Planners*, 1969, vol. 35, n° 4, p. 216-224.

ARVEILLER Jean-Paul et TIZON Philippe, « Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? », *Pratiques en santé mentale*, 2016, 62e année, n° 2, p. 2-2.

AYYOUB Hassan N., « Equity focused health impact assessment: social determinants of health », *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 24 décembre 2016, vol. 3, n° 9, p. 2357-2362.

AZRIA E., SAUVEGRAIN P., BLANC J., CRENN-HEBERT C., FRESSON J., GELLY M., GILLARD P., GONNAUD F., VIGOUREUX S., IBANEZ G., NGO C., REGNAULT N. et DENEUX-THARAUX C., « Racisme systémique et inégalités de santé, une urgence sanitaire et sociétale révélée par la pandémie COVID-19 », *Gynécologie, Obstétrique, Fertilité & Senologie*, décembre 2020, vol. 48, n° 12, p. 847-849.

BACHIR Myriam et LEFEBVRE Rémi, « La fabrique des publics de la participation : l'aléatoire et l'obligatoire dans la constitution des conseils citoyens à Amiens et Lille », *Participations*, 2019, vol. 24, n° 2, p. 167-194.

BALLET Jérôme, DUBOIS Jean-Luc et MAHIEU François-Régis, « La soutenabilité sociale du développement durable : de l'omission à l'émergence, Socially Sustainable Development : from Omission to Emergence », *Mondes en développement*, 2011, n° 156, p. 89-110.

BARLES Sabine, « Les villes transformées par la santé, XVIIIe-XXe siècles », *Les Tribunes de la sante*, 2011, n° 33, n° 4, p. 31-37.

BARLES Sabine, « De l'hygiénisme à la santé environnementale, regards sur la ville », *Pollution Atmosphérique*, 1 novembre 2010, p. 12-21.

BARNES Lucy, HALL Peter et TAYLOR Rosemary C. R., « The Social Sources of the Health Gradient: A Cross-National Analysis ».

BARRY Stephane et GUALDE Norbert, « La Peste noire dans l'Occident chrétien et musulman, 1347-1353 », *Canadian Bulletin of Medical History*, 1 octobre 2008, vol. 25, n° 2, p. 461-498.

BARTLEY Mel, FERRIE Jane et MONTGOMERY Scott M, « Living in a high unemployment economy: understanding the health consequences » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 81-104.

BÉCOT Renaud, FRIOUX Stéphane et MARCHAND Anne, « Santé et environnement : les traces d'une relation à haut risque », *Ecologie politique*, 7 mai 2019, vol. 58, n° 1, p. 9-20.

BERTHOLON Pierre, *De la salubrité de l'air des villes et en particulier des moyens de la procurer*, Imprimerie de J. Martel aîné., Montpellier, 1786.

BHATIA Rhajiv et WERNHAM Aaron, « Integrating Human Health into Environmental Impact Assessment: An Unrealized Opportunity for Environmental Health and Justice », *Environmental Health Perspectives*, 1 août 2008, vol. 116, n° 8, p. 991-1000.

BIRLEY Martin, *Health Impact Assessment: Principles and Practice*, s.l., Routledge, 2013, 402 p.

BIRLEY M.H., *The health impact assessment of development projects*, London, UK, HMSO, 1995, 241 p., 8 p. pl.: fig., tab.boxes p.

BLANC Judite, « Racisme et disparités de santé. L'impératif de l'équité en santé », *L'Autre*, 2021, vol. 22, n° 3, p. 270-273.

BLANCHON David, MOREAU Sophie et VEYRET Yvette, « Comprendre et construire la justice environnementale », *Annales de géographie*, 2009, vol. 665-666, n° 1-2, p. 35-60.

- BOUQUET Brigitte et CRESPO Geneviève, « Présentation », *Vie sociale*, 2013, vol. 1, n° 1, p. 15-19.
- BOURCIER Emily, « An Evaluation of Health Impact Assessments in the United States, 2011 - 2014 », *Preventing Chronic Disease*, 2015, vol. 12.
- BOURDELAIS Patrice (ed.), *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques, XVIIIe-XXe siècles*, Paris, France, Belin, 2001, 540 p.
- BOURDIEU Pierre, *Les usages sociaux de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*, Paris, France, Editions Quae (coll. « Sciences en questions »), 1997, 80 p.
- BOUSSAGUET Laurie, JACQUOT Sophie et RAVINET Pauline, *Dictionnaire des politiques publiques*, 5e édition., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Références »), 2019, 848 p.
- BRÉAU Antoine, « Sport entre filles », *Métropolitiques*, 10 février 2022.
- BRETAGNE Geneviève, BLANC-FÉVRIER Jeanne et LANG Thierry, « Tackling social inequalities in health: acceptability and feasibility of a systematic approach toward health impact assessment of urban projects », *Global Health Promotion*, 1 juin 2022, vol. 29, n° 2, p. 5-13.
- BROEDER Lea DEN, UITERS Ellen, HAVE Wim TEN, WAGEMAKERS Annemarie et SCHUIT Albertine Jantine, « Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 septembre 2017, vol. 66, p. 33-42.
- CALDWELL Lynton K., « Environmental Impact Analysis (EIA): Origins, Evolution, and Future Directions », *Impact Assessment*, décembre 1988, vol. 6, n° 3-4, p. 75-83.
- CARDE Estelle, « Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité », *Sciences sociales et sante*, 22 mars 2021, vol. 39, n° 1, p. 5-30.
- CARREL Marion et TALPIN Julien, « Cachez ce politique que je ne saurais voir ! Ethnographie des conseils de quartier roubaisiens », *Participations*, 2012, vol. 4, n° 3, p. 179-206.
- CARSON Rachel L., *Printemps silencieux*, traduit par Jean-François Gravrand et traduit par Baptiste Lanaspéze, Marseille, France, Wildproject, 2020 [1962], 343 p.
- CASTEL Robert, *Les métamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*, Paris, Fayard (coll. « Espace du politique »), 1995, 490 p.
- CASTELLS Manuel, *La question urbaine*, Paris, Maspero, 1981 [1972].
- CHAMAK Brigitte, « 5. Le concept de neurodiversité ou l'éloge de la différence » dans *Santé mentale : guérison et rétablissement*, Montrouge, John Libbey Eurotext (coll. « L'Offre de soins en psychiatrie »), 2015, p. 41-49.

CHAMBAUD Laurent, « Accès aux soins : éléments de cadrage », *Regards*, 2018, vol. 53, n° 1, p. 19-28.

CHAMBOREDON Jean-Claude et LEMAIRE Madeleine, « Proximité spatiale et distance sociale. Les grands ensembles et leur peuplement », *Revue française de sociologie*, 1970, vol. 11, n° 1, p. 3-33.

CHAN Eurydice Rayanna Lo, « Neurodivergent Themed Neighbourhoods as A Strategy to Enhance the Liveability of Cities: The Blueprint of an Autism Village, Its Benefits to Neurotypical Environments », *Urban Science*, juin 2018, vol. 2, n° 2, p. 42.

CHARLES Lionel, EMELIANOFF Cyria, GHORRA-GOBIN Cynthia, ROUSSEL Isabelle, ROUSSEL François-Xavier et SCARWELL Helga-Jane, « Les multiples facettes des inégalités écologiques », *Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie*, 10 janvier 2007, Dossier 9.

CHEVALIER Louis, *Classes laborieuses et classes dangereuses à Paris pendant la première moitié du 19. siècle: avec 13 plans et graphiques en dépliant*, Paris, Plon (coll. « Civilisations et mentalités »), 1958.

CHEVILLARD Guillaume, LUCAS-GABRIELLI Véronique et MOUSQUES Julien, « “Déserts médicaux” en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, 2018, vol. 47, n° 4, p. 362-380.

CICOLELLA André, « Santé et Environnement : la 2e révolution de Santé Publique », *Santé Publique*, 2010, vol. 22, n° 3, p. 343-351.

CLAIR Isabelle, *Sociologie du genre*, 2e éd., Paris, Armand Colin (coll. « 128 »), 2023 [2012], 128 p.

CLARKE Anthony, BOYS Jos et GARDNER John, *Neurodivergence and Architecture*, Melbourne, Elsevier (coll. « Developments in Neuroethics and Bioethics »), 2022, vol.5, 387 p.

COLLECTIF, « Coronavirus : « Le confinement a considérablement aggravé la situation dans les quartiers défavorisés » », *Le Monde.fr*, 18 avr. 2020 p.

COLLINS Patricia Hill, *Black feminist thought : knowledge, consciousness and the politics of empowerment*, New York, Routledge, 1991 [1990], 265 p.

COLOMBERT Morgane, DIAB Youssef et SALAGNAC Jean-Luc, « Climat urbain : de l'évolution des villes au changement climatique » dans *Les risques liés au temps et au climat. XIXe colloque international de climatologie. Actes du colloque d'Epernay, 6-9 septembre 2006.*, Paris, Association Internationale de Climatologie, 2006, p. 172-177.

CONNELL Raewyn, *Masculinités: enjeux sociaux de l'hégémonie*, traduit par Clémence Garrot, traduit par Maxime Cervulle, traduit par Florian Vörös, traduit par Marion Duval et traduit par Claire Richard, Paris, France, Éditions Amsterdam, 2022 [1995], 331 p.

CONNELL Raewyn W. et MESSERSCHMIDT James W., « Faut-il repenser le concept de masculinité hégémonique ? Traduction coordonnée par Élodie Béthoux et Caroline Vincensini », *Terrains & travaux*, 2015, vol. 27, n° 2, p. 151-192.

COURBOT Cécilia, « De l'acculturation aux processus d'acculturation, de l'anthropologie à l'histoire. Petite histoire d'un terme connoté », *Hypothèses*, 2000, vol. 3, n° 1, p. 121-129.

CRENSHAW Kimberle, « Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics », *The University of Chicago Legal Forum*, 1989, vol. 140, p. 139-167.

DAQUIN Alice, HUET Marine, LEBIAN Julien, MARTINAIS Emmanuel et MARTINEZ Camille, « Des conseils citoyens inadaptés à la participation des jeunes ? Retour sur trois expérimentations dans des quartiers populaires de la périphérie lyonnaise », *Participations*, 2019, vol. 24, n° 2, p. 83-109.

DAVENPORT Clare, MATHERS Jonathan et PARRY Jayne, « Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making », *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1 mars 2006, vol. 60, n° 3, p. 196-201.

DAVID Jérôme, « Politique de la ville : chronologie », *Revue française des affaires sociales*, 2001, n° 3, p. 15-22.

DAVIS Martin J et WARDLE Jane, « Social patterning of individual health behavior : the case of cigarette smoking » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 240-255.

DEGUEN Séverine et KIHAL-TALANTIKITE Wahida, « Les inégalités environnementales et sociales de santé en France, un champ de recherche à développer », *Informations sociales*, 2022, vol. 206, n° 2, p. 34-43.

DELÉAGE Jean-Paul et LUZI Jacques, « Covid-19 : une catastrophe industrielle », *Écologie & politique*, 2020, vol. 61, n° 2, p. 5-10.

DELHOMME Isabelle, PÉTILLON Xavier et RIVILLON Yohann, *Premier confinement et égalité femmes-hommes : une articulation des temps de vie plus difficile pour les femmes*, Pays de la Loire, INSEE (coll. « Analyses »), 2022.

DELMAS Corinne, *Sociologie politique de l'expertise*, Paris, la Découverte, 2011, 125 p.

DELPIERRE Cyrille, CASTAGNÉ Raphaële, LANG Thierry et KELLY-IRVING Michelle, « Environnement social, incorporation biologique et inégalités sociales de santé », *médecine/sciences*, 1 août 2018, vol. 34, n° 8-9, p. 740-744.

DEMOULIN Jeanne et BACQUÉ Marie-Hélène, « Les conseils citoyens, beaucoup de bruit pour rien ? », *Participations*, 2019, vol. 24, n° 2, p. 5-25.

DOAN Petra L., *Planning and LGBTQ Communities: The Need for Inclusive Queer Spaces*, New-York, Routledge, 2015, 379 p.

DONZELOT Jacques, « Face aux populismes : le double échec de la politique de la ville », *Tous urbains*, 2016, vol. 16, n° 4, p. 42-44.

DONZELOT Jacques et MONGIN Olivier, « De la question sociale à la question urbaine », *Esprit (1940—)*, 1999, 258 (11), p. 83-86.

DURUPT Franz, « Ça se confirme, les «premiers de corvée» sont sous-payés et surexploités », *Libération*, 12 mars 2021 p.

EMELIANOFF Cyria, « Connaître ou reconnaître les inégalités environnementales ? », *ESO, Travaux et Documents*, 1 janvier 2006, p. 35-43.

EPSTEIN Renaud et KIRSZBAUM Thomas, « Ces quartiers dont on préfère ne plus parler : les métamorphoses de la politique de la ville (1977-2018) », *Parlement[s], Revue d'histoire politique*, 2019, vol. 30, n° 3, p. 23-46.

FASSIN Didier, « Biopouvoir ou biolégitimité ? Splendeurs et misères de la santé publique » dans Marie-Christine Granjon (ed.), *Penser avec Michel Foucault*, Paris, Karthala (coll. « Recherches internationales »), 2005, p. 161-182.

FASSIN Didier, *Les enjeux politiques de la santé: études sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala (coll. « Hommes et société »), 2000, 344 p.

FAUSTO-STERLING Anne, « The Bare Bones of Sex: Part 1—Sex and Gender », *Signs*, 1 décembre 2005, vol. 30, p. 1491-1527.

FERRATON Cyrille, *Associations et coopératives. Une autre histoire économique*, Erès., Toulouse, (coll. « Sociologie économique »), 2007, 240 p.

FIJALKOW Yankel, *Récits de la ville malade: essai de sociologie urbaine*, Saint-Etienne, Créaphis éditions (coll. « Poche »), 2021, 244 p.

FIJALKOW Yankel, « Mesurer l'hygiène urbaine en épargnant les propriétaires : Le casier sanitaire des maisons de Paris », *Les Annales de la Recherche Urbaine*, 1991, vol. 53, n° 1, p. 73-78.

FLEURET Sébastien, « Les contrats locaux de santé : un (timide) pas de plus vers une construction locale de la santé ? », *Sciences sociales et sante*, 20 juin 2016, Vol. 34, n° 2, p. 107-115.

FORBAT Julien et SIMOS Jean, « La santé environnementale en Europe : un exercice fictif de politique publique ? », *Environnement, Risques & Santé*, 1 janvier 2017, vol. 16, n° 1, p. 59-70.

FOUCAULT Michel, *Dits et écrits, 1954-1988, tome II, 1975-1979*, Paris, Gallimard (coll. « Bibliothèque des Sciences Humaines »), 1994, 848 p.

FOUCAULT Michel, *Histoire de la sexualité*, Paris, France, Gallimard, 1976, 211 p.

FOUQUET Annie, « L'Évaluation des politiques publiques. Concepts et enjeux » dans Sylvie Trosa (ed.), *Évaluer les politiques publiques pour améliorer l'action publique : Une perspective internationale*, Vincennes, Institut de la gestion publique et du développement économique (coll. « Gestion publique »), 2013, p. 21-33.

FOURCADE Nathalie, VON LENNEP Franck, GRÉMY Isabelle et BOURDILLON François, *L'État de santé de la population en France*, Paris, Drees, 2017.

FRIEL Sharon, MARMOT Michael, MCMICHAEL Anthony J, KJELLSTROM Tord et VÅGERÖ Denny, « Global health equity and climate stabilisation: a common agenda », *The Lancet*, novembre 2008, vol. 372, n° 9650, p. 1677-1683.

GALLOT Fanny et JACQUEMART Alban, « Quelles pratiques féministes de la non-mixité ? », *Travail, genre et sociétés*, 2023, vol. 49, n° 1, p. 161-164.

GARNHAM Alan, GABRIEL Ute, SARRASIN Oriane, GYGAX Pascal et OAKHILL Jane, « Gender Representation in Different Languages and Grammatical Marking on Pronouns: When Beauticians, Musicians, and Mechanics Remain Men », *Discourse Processes*, 3 août 2012.

GAUVIN François-Pierre et ROSS Marie-Christine, *La participation citoyenne dans l'évaluation d'impact sur la santé : survol des enjeux*, Montréal, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2012.

GHORAYEB Marlène, « La loi Cornudet, un urbanisme hygiéniste et social », *Droit et Ville*, 2019, vol. 88, n° 2, p. 43-58.

GILBERT Claude, « 5. Définir et occulter. Lorsque la sécurité routière éclipse la santé publique » dans *Comment se construisent les problèmes de santé publique*, Paris, La Découverte (coll. « Recherches / Territoires du politique »), 2009, p. 113-130.

GILBERT Emmanuel Bellanger & Anaïs Collet & Fabien Desage & Pierre, « Rénovation urbaine. L'espace comme remède à la question sociale ? », *Métropolitiques*, 5 avril 2018.

GIROLA Claudia, « Chapitre xv. Et pourtant les personnes sans abri sont toujours là... Des frontières aux fondements de l'espace public » dans Denis Merklen et Étienne Tassin (eds.), *La diagonale des conflits : Expériences de la démocratie en Argentine et en France*, Paris, Éditions de l'IHEAL (coll. « Travaux et mémoires »), 2018, p. 263-277.

GRENIER Corinne et GUITTON-PHILIPPE Sandra, « Politiques publiques et innovation : proposition d'un modèle d'agir de l'innovation dans le champ sanitaire et social », *Management & Avenir*, 2010, vol. 35, n° 5, p. 194-209.

GYGAX Pascal, GABRIEL Ute, SARRASIN Oriane, OAKHILL Jane et GARNHAM Alan, « Generically intended, but specifically interpreted: When beauticians, musicians and mechanics are all men », *Language and Cognitive Processes*, 1 avril 2008, vol. 23.

GYGAX Pascal et GESTO Noelia, « Féminisation et lourdeur de texte », *L'Année psychologique*, 2007, vol. 107, n° 2, p. 239-255.

HARRIS-ROXAS B, SIMPSON Sarah et HARRIS Liz, *Equity-focused health impact assessment: a literature review*, Sydney, Australia, Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), 2004.

HARRIS-ROXAS Ben, « Les EIS : méthodologie et déploiement. Introduction : concepts, évolution de la démarche à l'international et évaluation des EIS », Paris, Inpes, 2015.

HARRIS-ROXAS Ben et HARRIS Elizabeth, « The impact and effectiveness of health impact assessment: A conceptual framework », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 septembre 2013, vol. 42, p. 51-59.

HARRIS-ROXAS Ben et HARRIS Elizabeth, « Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 juillet 2011, vol. 31, n° 4, (coll. « Health Impact Assessment in the Asia Pacific »), p. 396-403.

HASCHAR-NOÉ Nadine et SALAMÉRO Émilie, « La fabrication d'un contrat local de santé "expérimental". Négociations et compromis sous tensions », *Sciences sociales et santé*, 2016, vol. 34, n° 2, p. 81-105.

HBILA Chafik, « Faciliter l'accès à l'espace public », *Cahiers de l'action*, 2011, vol. 32, n° 2, p. 83-94.

HEARD Mélanie et CRÉMIEUX François, « Stratégie nationale de santé » dans *Traité de santé publique*, 3e édition., Cachan, Lavoisier (coll. « Traités »), 2016, p. 279-282.

HEBERT Katherine A., WENDEL Arthur M., KENNEDY Sarah K. et DANNENBERG Andrew L., « Health impact assessment: A comparison of 45 local, national, and international guidelines », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 avril 2012, vol. 34, p. 74-82.

HOWARD Ebenezer, *To-Morrow: A Peaceful Path to Real Reform*, Londres, Cambridge University Press, 2010 [1898], 204 p.

IDT Joël, *Le pilotage des projets d'aménagement urbain : entre technique et politique : une analyse basée sur les cas de Paris, Lille et Chartres*, These de doctorat, Paris 8, Paris, 2009.

IDT Joël et SYLVESTRE Pauline, « Les prestataires privés en urbanisme et aménagement face au politique », *RIURBA*, 2019, n° 8.

INSERM, *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique*, Paris, INSERM (coll. « Expertises collectives »), 2014, 588 p.

ISON Erica, « Health Impact Assessment in a Network of European Cities », *Journal of Urban Health*, 1 octobre 2013, vol. 90, n° 1, p. 105-115.

JABOT Françoise et GALL Anne Roué-Le, « L'évaluation d'impact sur la santé peut-elle influencer les politiques d'espaces verts dans l'espace urbain ? », *Santé Publique*, 27 mai 2019, vol. S1, HS, p. 207-217.

JABOT Françoise et MASSOT Caroline, « Similitudes et différences entre l'évaluation d'impact sur la santé et l'évaluation de politiques publiques », *Santé Publique*, 2021, vol. 33, n° 1, p. 47-56.

JABOT Françoise et ROUÉ LE GALL Anne, « Quelle plus-value de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé pour les politiques urbaines ? », *Lien social et Politiques*, 2017, n° 78, p. 112-131.

JACQUEMART Alban, « La non-mixité féministe : pour les femmes ou contre les hommes ? », *Métropolitiques*, 24 septembre 2020.

JACQUEMART Alban et MASCLET Camille, « Mixités et non-mixités dans les mouvements féministes des années 1968 en France », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 1 décembre 2017, n° 46, p. 221-247.

JODELET Denise, « Le phénomène Nimby » dans *L'Environnement, question sociale*, Paris, Odile Jacob (coll. « Hors collection »), 2001, p. 91-97.

KELLY-IRVING Michelle, « Life course epidemiology » dans *Les inégalités sociales de santé — Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016*, Paris, Editions Dicom, 2017, p. 92-97.

KEMM John, *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*, Oxford, OUP Oxford, 2013, 330 p.

KEMM John, PARRY Jayne et PALMER Stephen (eds.), *Health Impact Assessment*, Oxford, New York, Oxford University Press, 2004, 452 p.

KINGDON John W., *Agendas, alternatives, and public policies*, Boston, Little, Brown, 1984, 240 p.

KRIEGER Gary R., UTZINGER Jürg, WINKLER Mirko S., DIVALL Mark J., PHILLIPS Scott D., BALGE Marci Z. et SINGER Burton H., « Barbarians at the gate: storming the Gothenburg consensus », *The Lancet*, 19 juin 2010, vol. 375, n° 9732, p. 2129-2131.

KRIEGER Nancy, « Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology », *Journal of Epidemiology & Community Health*, 1 mai 2005, vol. 59, n° 5, p. 350-355.

KRIEGER Nancy, « Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective », *International Journal of Epidemiology*, août 2001, vol. 30, n° 4, p. 668-677.

LANG Thierry, « Inégalités sociales de santé », *Les Tribunes de la santé*, 15 juillet 2014, n° 43, n° 2, p. 31-38.

LASCOUMES Pierre, « L'expertise, de la recherche d'une action rationnelle à la démocratisation des connaissances et des choix », *Revue française d'administration publique*, 2002, vol. 103, n° 3, p. 369-377.

LASCOUMES Pierre et LE GALÈS Patrick, *Sociologie de l'action publique*, 2e éd., Paris, Armand Colin, 2018, 188 p.

LE CORBUSIER et GIRAUDOUX (PRÉFACIER) Jean, *La Charte d'Athènes, avec un discours liminaire de Jean Giraudoux. Urbanisme des Congrès internationaux d'Architecture moderne*, Paris, France, Plon, 1943, 242 p.

LE GOFF Erwan, *Les Villes-Santé en Bretagne : quels choix de gestion et d'aménagement des espaces ?*, Géographie, Rennes 2, Rennes, 2012, 325 p.

LE GOFF Erwan et SÉCHET Raymonde, « Les villes-santé et le développement durable : convergence, concurrence ou écran ? », *L'Information géographique*, 2011, vol. 75, n° 2, p. 99-117.

LIEBER Marylène, « Le sentiment d'insécurité des femmes dans l'espace public : une entrave à la citoyenneté ? », *Nouvelles Questions Féministes*, 2002, vol. 21, n° 1, p. 41-56.

LINK Bruce G. et PHELAN Jo C., « Social Conditions As Fundamental Causes of Disease », *Journal of Health and Social Behavior*, 1995, p. 80-94.

LIZASO Izarne et LARRAÑAGA Maider, « Le genre à la retraite : effets différenciés sur la santé » dans *Genre et socialisation de l'enfance à l'âge adulte*, Toulouse, Érès (coll. « Hors collection »), 2010, p. 191-203.

LOISON Marie et PERRIER Gwenaëlle, « Les trajectoires des femmes sans domicile à travers le prisme du genre : entre vulnérabilité et protection », *Déviance et Société*, 2019, vol. 43, n° 1, p. 77-110.

MARMOT Michael et BRUNNER Eric, « Social organization, stress and health » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 17-43.

MARMOT Michael G. et WILKINSON Richard Gerald (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, 292 p.

MARMOT Michael, SIEGRIST Johannes, THEORELL Tores et FEENEY Amanda, « Health and psychosocial environment at work » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 105-131.

MARMOT Michael et WILKINSON Richard Gerald, *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Copenhagen, World Health Organization, 2003.

MARTIN Julie E., « Environmental health impact assessment: Methods and sources », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 mars 1986, vol. 6, n° 1, p. 7-48.

MARUÉJOULS-BENOIT Édith, *Mixité, égalité et genre dans les espaces du loisir des jeunes : pertinence d'un paradigme féministe*, phdthesis, Université Michel de Montaigne — Bordeaux III, Bordeaux, 2014.

MASCLET Camille François & Pierre Gilbert & Narguesse Keyhani & Camille, « Espaces non mixtes : l'entre-soi contre les inégalités ? », *Métropolitiques*, 25 novembre 2021.

MATYJASIK Nicolas, « Des évaluations de politiques publiques et des consultants. Émergence d'un champ professionnel et segmentation des rôles », *Revue française d'administration publique*, 2013, n° 148, p. 907-921.

MAZOUZ Sarah, *Race*, Paris, Anamosa (coll. « Le mot est faible »), 2020, 93 p.

MCCARTHY Mark, « Transport and Health » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 132-154.

MENVIELLE Gwenn et LANG Thierry, « Les inégalités sociales de santé : vingt ans d'évolution », *ADSP*, 2021, vol. 113, n° 1, p. 2-2.

MINDELL J. S., BOLTONG A. et FORDE I., « A review of health impact assessment frameworks », *Public Health*, 1 novembre 2008, vol. 122, n° 11, p. 1177-1187.

MONCHATRE Sylvie, « Chapitre 1. Émergence du salariat et questions sociologiques » dans *Sociologie du travail salarié*, Paris, Armand Colin (coll. « Cursus »), 2021, p. 18-46.

MONNIER Éric, *Évaluations de l'action des pouvoirs publics*, 2eme édition., Paris, Economica (coll. « CPE-Economica »), 1992, 258 p.

MORELLE Aquilino et TABUTEAU Didier, *La santé publique*, Troisième édition., Paris, Presses Universitaires de France (coll. « Que sais-je ? »), 2017, 128 p.

MORETTO Sabrina, « Chapitre 8. Quand la pratique de l'espace devient expertise d'usage : l'exemple de mobilisations associatives dans le cadre d'une politique de déplacements urbains » dans Yves Bonny, Régis Keerle, Sylvie Ollitrault et Yvon Le Caro (eds.), *Espaces de vie, espaces enjeux : Entre investissements ordinaires et mobilisations politiques*, Rennes, Presses universitaires de Rennes (coll. « Géographie sociale »), 2016, p. 145-157.

MUS Mathilde, « Quelle place pour les personnes handicapées dans la société ? », *Le Journal des psychologues*, 2013, vol. 304, n° 1, p. 33-37.

NAMASTE Viviane K., « Genderbashing. Sexuality, Gender and Regulation of Public Space » dans Susan Stryker et Stephen Whittle (eds.), *The Transgender Studies Reader*, New York, Routledge, 2006, p. 584-600.

NUYT Laura, *Repenser la ville par le genre, Comment retravailler les espaces publics par le prisme du genre afin qu'ils génèrent de la mixité genrée ?*, Mémoire, . Faculté d'architecture, ingénierie architecturale, urbanisme, Université Catholique de Louvain, Louvain, 2021, 189 p.

OMRAN Abdel R., « The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1971, vol. 49, n° 4, p. 509-538.

OVERNEY Laetitia, « Prendre (sa) part. Habiter, c'est participer », *Participations*, 2017, vol. 19, n° 3, p. 23-48.

PARRY Jane et WRIGHT John, « Community participation in health impact assessments : intuitively appealing but practically difficult : Editorials », *Bulletin of the World Health Organization : the International Journal of Public Health*, 2003, 81(6), p. 388.

PARVU Laura, CARIOU Tristan Pierre, ANDRIEU Gabriel, CALÈS Marianne, CHATTON Chloé, DANÉ Juliette, FOUCHIER Camille, GETTMANN Héléne, LANNUZEL Jérôme, PÉLISSIER Agathe, ROBERT Lucie, SINGER Marie et WANG Sihang, *L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ (EIS). Analyse comparée de démarches territoriales et étrangères pour améliorer la santé et l'équité en santé. Etude réalisée par les élèves de 4ème année du Master « Risques, Sciences, Environnement et Santé » de Sciences Po Toulouse.*, Toulouse, Science Po Toulouse, 2015.

PHELAN Jo C. et LINK Bruce G., « Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? », *Annual Review of Sociology*, 2015, vol. 41, n° 1, p. 311-330.

RAMRAJ Chantel, SHAHIDI Faraz Vahid, DARITY William, KAWACHI Ichiro, ZUBERI Daniyal et SIDDIQI Arjumand, « Equally inequitable? A cross-national comparative study of racial health inequalities in the United States and Canada », *Social Science & Medicine*, 1 juillet 2016, vol. 161, p. 19-26.

RAVINET Pauline, « Fenêtre d'opportunité » dans *Dictionnaire des politiques publiques*, 5e édition., Paris, Presses de Sciences Po (coll. « Références »), 2019, p. 265-272.

RENAUDIE Olivier, « Collectivités territoriales et compétences en santé publique : sortir de l'ambiguïté ? », *Revue française d'administration publique*, 2020, vol. 176, n° 4, p. 901-912.

RENAULD Vincent, *Fabrication et usage des écoquartiers français : éléments d'analyse à partir des quartiers De Bonne (Grenoble), Ginko (Bordeaux) et Bottière-Chénaie (Nantes)*, These de doctorat, Lyon, INSA, Lyon, 2012, 460 p.

REVEL Judith, *Le vocabulaire de Foucault*, Paris, France, Ellipses, 2009, 113 p.

RICAN Stéphane, VAILLANT Zoé, BOCHATON Audrey et SALEM Gérard, « Inégalités géographiques de santé en France », *Les Tribunes de la sante*, 15 juillet 2014, n° 43, n° 2, p. 39-45.

RIOM Loïc, HUMMEL Cornelia, KIMBER Leah et BURTON-JEANGROS Claudine, « “Plus on est vieux, plus on se protège” : le sentiment de sécurité chez les personnes âgées », *Retraite et société*, 2015, vol. 71, n° 2, p. 57-74.

RITSATAKIS Anna, « Equity and the Social Determinants of Health in European Cities », *Journal of Urban Health*, 1 octobre 2013, vol. 90, n° 1, p. 92-104.

ROBERTS Celia, « Biological Behavior? Hormones, Psychology, and Sex », *NWSA Journal*, 2000, vol. 12, p. 1-20.

ROBERTSON Aileen, BRUNNER Eric et SHEIHAM Aubrey, « Food is a political issue » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 179-210.

RÖCKE Anja, *Losverfahren und Demokratie: Historische und Demokratietheoretische Perspektiven*, Münster, Lit Verlag, 2005.

ROCOCO Émeline, RIVADENEYRA-SICILIA Ana, ROSARIO Bianco De et JABOT Françoise, « La participation citoyenne dans les évaluations d'impact sur la santé en France », *Santé Publique*, 2021, vol. 33, n° 1, p. 27-35.

ROUÉ — LE GALL Anne, LEMAIRE Nina, PASCAL Mathilde et DIALLO Thierno, « Urbanisme favorable à la santé : agir pour la santé, l'environnement et la réduction des inégalités », *La Santé en Action*, mars 2022, n° 459, p. 10-15.

ROUÉ LE GALL Anne et CUZIN Ysaline, « Agir pour un urbanisme favorable à la santé: le rôle central des ARS », *Les Cahiers de l'IAU îdF — Territoires, incubateurs de santé?*, 1 septembre 2014, p. 105-107.

SAINT-PIERRE Louise, « Évaluation préalable des impacts des politiques sur la santé des populations : une démarche nouvelle », *La Santé en Action*, 2013, n° 424, p. 60.

SAUVÊTRE Pierre, « Michel Foucault : problématisation et transformation des institutions », *Tracés. Revue de Sciences humaines*, 1 novembre 2009, n° 17, p. 165-177.

SCHMITT Florent, « L'accès des femmes aux CAARUD : une discrimination négative indirecte » dans *Espaces genrés des drogues : parcours dans l'intimité, la fête et la réduction des risques*, Lormont, Le Bord de l'eau, 2022, p. 71-98.

SHAW Mary, DORLING Danny et DAVEY SMITH George, « Poverty, Social Exclusion, and minorities » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 211-239.

SIMOS Jean et ARRIZABALAGA Philippe, « Utiliser les synergies entre évaluation environnementale stratégique (EES) et évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour promouvoir la prise en compte de l'environnement et de la santé dans les processus décisionnels publics », *Sozial- und Präventivmedizin*, 1 juin 2006, vol. 51, n° 3, p. 133-136.

SIMOS Jean et CANTOREGGI Nicola Luca, « Vers une nouvelle santé urbaine? Les enseignements à tirer après plus de 25 ans de “Villes-Santé OMS” », *Urbia*, 2015, vol. 18, p. 21-38.

SIMOS Jean et PRISSE Nicolas, « Health Impact Assessment in France » dans John Kemm (ed.), *Health Impact Assessment: Past Achievement, Current Understanding, and Future Progress*, Oxford, Oxford University Press, 2013, p. 185-191.

SIMPSON Sarah, MAHONEY Mary, HARRIS Elizabeth, ALDRICH Rosemary et STEWART-WILLIAMS Jenny, « Equity-focused health impact assessment: A tool to assist policy makers in addressing health inequalities », *Environmental Impact Assessment Review*, 1 octobre 2005, vol. 25, n° 7, (coll. « Health Impact Assessment »), p. 772-782.

SINTOMER Yves, « Du savoir d’usage au métier de citoyen ? », *Raisons politiques*, 2008, vol. 31, n° 3, p. 115-133.

SNOW John, *On the mode of communication of cholera*, 2e édition., Londres, John Churchill, 1855 [1849], 169 p.

SOHN Elizabeth Kelley, STEIN Lauren J., WOLPOFF Allison, LINDBERG Ruth, BAUM Abigail, MCINNIS-SIMONCELLI Arielle et POLLACK Keshia M., « Avenues of Influence: the Relationship between Health Impact Assessment and Determinants of Health and Health Equity », *Journal of Urban Health*, 1 octobre 2018, vol. 95, n° 5, p. 754-764.

SPRINGER Kristen W. et MOUZON Dawne M., « “Macho Men” and Preventive Health Care: Implications for Older Men in Different Social Classes », *Journal of Health and Social Behavior*, 1 juin 2011, vol. 52, n° 2, p. 212-227.

STANSFELD Stephen A., « Social support and social cohesion » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord, Etats-Unis d’Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 155-178.

TERROLLE Daniel, « La ville dissuasive : l’envers de la solidarité avec les sdf », *Espaces et sociétés*, 2004, vol. 116-117, n° 1-2, p. 143-157.

TODD Alison, « Health inequalities in urban areas: a guide to the literature », *Environment and Urbanization*, 1996, vol. 8, n° 2, p. 141-152.

TOLLEC Laurine, AUFRAY Frédéric, JOURDREN Alain et ROUÉ — LE GALL Anne, *Construction et mise en oeuvre d’une démarche d’Evaluation des Impacts sur la Santé pour un projet d’aménagement urbain : Application à la halte ferroviaire de Pontchaillou et ses abords.*, Rennes, EHESP, 2011.

TORONYI Danielle, « Hidden geographies: design for neurodivergent ways of hearing and sensing », *Cities & Health*, 4 mai 2021, vol. 5, n° 1-2, p. 133-137.

TOZZI Pascal, « Ville durable et marqueurs d'un « néo-hygiénisme » ? Analyse des discours de projets d'écoquartiers français », *Norois. Environnement, aménagement, société*, 30 juin 2013, n° 227, p. 97-113.

VALEGEAS Francois, *Concevoir et habiter un quartier dit durable : injonctions écologiques et dynamiques collectives à Beauregard (Rennes) et Les Brichères (Auxerre)*, phdthesis, Université Paris-Est, s.l., 2014.

VIEL Laurent, *La légitimité des parties prenantes dans l'aménagement des villes. Éthique de la conduite des projets urbains*, Thèse de doctorat, Université de Montréal, Montréal, 2017, 333 p.

VIENNOT Éliane, « De la parenthèse au point médian. Des nouveaux habits de l'écriture inclusive et de la malhonnêteté de ses opposant·es », *Travail, genre et sociétés*, 2022, vol. 47, n° 1, p. 165-168.

VIGARELLO Georges, *Le propre et le sale : l'hygiène du corps depuis le Moyen-Âge*, Paris, Seuil (coll. « Points »), 2014 [1985], 290 p.

VILLERMÉ Louis-René, *De la mortalité dans les divers quartiers de la ville de Paris*, Paris, La Fabrique, 2008 [1830], 125 p.

VILLEVAL Mélanie, *Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle*, thèse de doctorat, Toulouse 3, Toulouse, 2015.

VLAHOV David, FREUDENBERG Nicholas, PROIETTI Fernando, OMPAD Danielle, QUINN Andrew, NANDI Vijay et GALEA Sandro, « Urban as a Determinant of Health », *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, mai 2007, vol. 84, Suppl 1, p. 16-26.

WADSWORTH Michael, « Early Life » dans Michael G. Marmot et Richard Gerald Wilkinson (eds.), *Social determinants of health*, Oxford, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Etats-Unis d'Amérique, Oxford University Press, 2006, p. 44-57.

WASSERMAN Benjamin D. et WESELEY Allyson J., « ¿Qué? Quoi? Do Languages with Grammatical Gender Promote Sexist Attitudes? », *Sex Roles*, 1 novembre 2009, vol. 61, n° 9, p. 634-643.

WHITEHEAD M et DAHLGREN G, « What can be done about inequalities in health? », *The Lancet*, 26 octobre 1991, vol. 338, n° 8774, (coll. « Originally published as Volume 2, Issue 8774 »), p. 1059-1063.

WINKLER Mirko S., FURU Peter, VILIANI Francesca, CAVE Ben, DIVALL Mark, RAMESH Geetha, HARRIS-ROXAS Ben et KNOBLAUCH Astrid M., « Current Global Health Impact Assessment Practice », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, janvier 2020, vol. 17, n° 9, p. 2988.

WOLFF Hans, JACKSON Yves-Laurent Julien, BROERS Barbara, GUESSOUS Idris, BODENMANN Patrick, MADRID Carlos, CORNUZ Jacques et GASPOZ Jean-Michel, « Urban Health : l'irréversible urbanisation de la vie et de la médecine », *Revue médicale suisse*, 2012, vol. 8, n° 326, p. 282.

WRIGHT John, PARRY Jayne et MATHERS Jonathan, « Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values », *Bulletin of the World Health Organization*, janvier 2005, vol. 83, p. 58-63.

Santé Publique, juillet 2021, n° 33, p. 5-76.

Rapports, guides, documents institutionnels et textes de lois

AGENCE NATIONALE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES, « Les conseils citoyens. Vademecum pour l' élu local », 2021, 4p.

ANRU+, *La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain. Outils et méthodes pour des projets favorables à la santé*, Paris, (coll. « Les cahiers de l'innovation »), 2021.

ARBOGAST Mathieu et CONDON Stéphanie Préfacier, *La rédaction non-sexiste et inclusive dans la recherche: enjeux et modalités pratiques*, Paris, France, Institut national d'études démographiques, (coll. « Document de travail »), 2017, 39 p.

ARS IDF, « Brochure "Parlez-vous EIS ?" », 2013, 4p.

BARTON Hugh et TSOUROU Catherine, *Urbanisme et santé: Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, Rennes, Organisation Mondiale de la Santé, S2D/Association internationale pour la promotion de la santé et du développement durable*, 2004.

COMMISSARIAT GÉNÉRAL À L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES (CGET), « Les conseils citoyens : une révolution démocratique », octobre 2016, n° 27, p. 4.

COUR DES COMPTES, *L'évaluation de l'attractivité des quartiers prioritaires*, Paris, Cour des Comptes, 2020.

COUR DES COMPTES, *La politique de la ville, une décennie de réformes*, Paris, Cour des Comptes (coll. « Rapport public thématique »), 2012.

HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *La santé en France 2002*, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002.

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) sur les documents de planification territoriale*, Paris, Haut Conseil de la Santé Publique, 2018.

HAUT CONSEIL À L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES, *Pour une communication publique sans stéréotype de sexe: guide pratique*, France, Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes, 2015.

LALONDE Marc, *Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens*, Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974.

LAPORTE Anne et DUBREUIL Muriel, *Évaluation des impacts sur la santé de projets transport à Plaine Commune (93)*, Paris, Agence Régionale de Santé d'Île-de-France et Observatoire Régional de Santé IDF, 2014.

LEE Jennifer H., RÖBEL Nathalie, DORA Carlos, et ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Analyse transnationale sur l'institutionnalisation de l'évaluation d'impact sur la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé (coll. « Document de travail sur la série des déterminants sociaux de la santé;8 »), 2014, 59 p.

MALHERBE Alain et ROSA Elisabetta, « Sans-abrisme et projet urbain: inconciliable? », *Zoom in| Zoom out on the Brussels city centre*, 2018, p. 109.

MARESCA Bruno et HELMI Sara, *Les inégalités territoriales de santé. Une approche des bassins de santé.*, Paris, CREDOC (coll. « Cahiers de Recherche »), 2014.

MEDIECO et VIZEA, *Rapport d'évaluation des études financées dans le cadre de l'AMI SEAD*, Paris, ARS IDF, ADEME IDF, 2019.

MOULIN Emmanuelle, *L'Evaluation Impact Santé (EIS) Mise en place d'une méthodologie et application à un projet pilote: « La crèche Colette de la ZAC de Beauregard »*, Rennes, Association S2D, 2008.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Comblent le fossé en une génération. Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, Genève, OMS, 2009.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Préambule à la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. »

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ EUROPE, « Consensus de Göteborg: Etude de l'Impact sur la Santé. Principaux concepts et méthode proposée. », traduit par S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones.

ONZUS, *Rapport de l'observatoire national des zones urbaines sensibles 2014*, Paris, Observatoire National des Zones Urbaines Sensibles, 2014.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 ».

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être ».

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ».

RENAUD Auriane et SÉMÉCURBE François, *Les habitants des quartiers de la politique de la ville : la pauvreté côtoie d'autres fragilités*, Paris, INSEE (coll. « INSEE Première »), 2016.

ROUÉ — LE GALL Anne, LE GALL Judith, POTELON Jean-Luc et CUZIN Ysaline, *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils*, Rennes, Guide EHESP/DGS, 2014, 192 p.

SCHÖPFEL Joachim, « Comprendre la littérature grise », *I2D — Information, données & documents*, 2015, vol. 52, n° 1, p. 30-32.

SOLAR Orielle et IRWIN Alec, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Genève, WHO Document Production Services (coll. « DEBATES, POLICY & PRACTICE, CASE STUDIES »), 2010.

UNITED NATIONS et DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, *World urbanization prospects, the 2014 revision highlights*, New York, United Nations, 2014.

VOISIN-BORMUTH Cholé, *Des villes productrices de santé ?*, Paris, La fabrique de la cité, 2020.

Baromètre de l'évaluation des politiques publiques en France — 2014, Paris, Société Française d'Evaluation, 2014.

« Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (1). »

Presse

AUTEUR ASSOCIÉ, « Dans les cités, le sentiment d'injustice s'intensifie avec le confinement », *La gazette des Communes, club Santé Social*, 11 mai 2020 p. [en ligne].

GUICHARD Mona, « Etudiants confinés en résidence Crous : « je me bats sur tous les fronts » », *Bondy Blog*, 9 déc. 2020 p. [en ligne].

LE MONDE AVEC AFP, « Hausse des violences conjugales pendant le confinement », *Le Monde*, 30 mars 2020 p.

LEFRANÇOIS Carole, « Le Covid-19 lui rend sa liberté : une ex-détenue raconte le confinement en prison », *Télérama*, 29 avr. 2020 p. [en ligne].

LEMARIÉ Alexandre et TONNELIER Audrey, « Une partie de la majorité veut répondre aux « premiers de corvée » », *Le Monde.fr*, 12 mai 2020 p.

LUNEAU Sylvie, « Coronavirus : les îles confrontées à l'afflux de Parisiens venus se « confiner » », *Le courrier des maires*, 21 mars 2020 p.

PENNANEC'H Pauline, « Coronavirus : même pendant le confinement, les livreurs à domicile continuent à pédaler », *France Info*, 17 mars 2020 p. [en ligne].

VAUDANO Maxime, « Le confinement a-t-il vraiment mis 1,1 million de Français au chômage ? », *Le Monde.fr*, 29 mai 2020 p.

Index des tableaux

Tableau 1.1 : Différences entre facteurs de risques et déterminants de santé.....	51
Tableau 1.2 : Modèle conceptuel des déterminants de la santé d'après le rapport Lalonde.....	53
Tableau 2.1 : Les étapes d'une EIS d'après le consensus de Göteborg.....	88
Tableau 3.1 : Synthèse de la place de l'EIS dans les PNSE 3 et 4.....	110
Tableau 3.2 — Synthèse des thématiques liées au EIS dans les PRS2 par régions.....	115
Tableau 3.3 — Place des EIS dans les PRSE3 par régions.....	118
Tableau 4.1: Critères de comparaison des rapports.....	147
Tableau 4.2 : Statut des rapports d'EIS en France en 2022.....	148
Tableau 4.3: Commandes d'EIS par type d'entité.....	153
Tableau 4.4 : Les évaluateurs et évaluatrices des EIS.....	155
Tableau 4.5 : Les financeur·ses des EIS.....	159
Tableau 4.6 : Classification des catégories de déterminants.....	163
Tableau 4.7 : Nombre de déterminants dans les rapports.....	164
Tableau 4.8 : Traitement des catégories de déterminants dans les rapports.....	165
Tableau 4.9 : Degré de prise en compte des publics vulnérables dans les rapports des EIS...	171
Tableau 4.10 : Formats d'EIS et temps consacré à l'évaluation.....	172
Tableau 4.11: Niveau de participation dans les rapports des EIS menées en France.....	176
Tableau 1: Pondération par degré des critères de prise en compte des ISS dans les rapports des EIS.....	200
Tableau 5.1: Les services des collectivités participant aux instances de gouvernance de l'EIS dans nos études de cas.....	235
Tableau 6.1: Les étapes concrètes pendant les différentes phases de l'EIS.....	278
Tableau 6.2: Chronologie de la phase d'analyse de l'EIS Hébert.....	341
Tableau 6.3 : Synthèse des recommandations de l'EIS Hébert.....	356
Tableau 6.4 : Synthèse des recommandations de l'EIS de Niort pour l'axe « mobilité et déplacements ».....	361

Tableau 6.5 : Synthèse des recommandations dans l'EIS de Choisy-le-Roi.....362

Index des figures

Figure 1: Schéma synthétique de la fenêtre d’opportunité, traduction d’après John Kingdon (P272).....	29
Figure 2: Schéma du courant du problème des inégalités sociales de santé en ville, adapté de Kingdon (P272) Réalisation : Capucine Frouin.....	34
Figure 3 : Modèle de Whitehead et Dahlgren. Source : EHESP.....	54
Figure 4: Schéma des déterminants de santé, d’après le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mars 2010.....	55
Figure 5: Représentation graphique des déterminants de la santé urbains, repris du guide IsADoRA, EHESP, 2019.....	57
Figure 6: Schéma conceptuel des déterminants sociaux de la santé (traduit de Solar et Irwin, 2010).....	59
Figure 7 - Schéma des courants à l’origine des HIA, adapté de Harris-Roxas et Harris (2011). Réalisation : Capucine Frouin.....	81
Figure 8: Schéma du courant des solutions qui met en avant l’EIS, adapté de Kingdon (P272) Réalisation : Capucine Frouin.....	96
Figure 9: Déploiement des EIS en France entre 2014 et 2022. Sources : Rapports EIS, IGN. Réalisation : Capucine Frouin.....	101
Figure 10: Carte des EIS menées en France par régions jusqu’en 2021 Sources : Rapports EIS, IGN. Réalisation : Capucine Frouin.....	113
Figure 11: Schéma du courant du politique qui ouvre la fenêtre d’opportunité, adapté de Kingdon (P272). Réalisation : Capucine Frouin.....	140
Figure 12: Schéma des types de projets évalués par les EIS en France.....	149
Figure 13: Contexte urbain des EIS.....	150
Figure 14: Combinaison de commanditaires des EIS.....	152
Figure 15: Les évaluateurs des EIS.....	154
Figure 16: Combinaisons de financeur·ses des EIS.....	159

Figure 17: Le périmètre du projet du Pontreau. Source : Géoportail. Réalisation : Capucine Frouin.....	193
Figure 18: Périmètre du quartier des Navigateurs. Source : Géoportail. Réalisation : Capucine Frouin.....	195
Figure 19: Périmètre du projet Hébert. Source : Géoportail. Réalisation : Capucine Frouin.	197
Figure 20: Prise en compte des ISS d'après le rapport de nos trois études de cas d'après les critères établis dans le Tableau 1.....	200
Figure 21 : Positionnement des différents acteurs et actrices de l'EIS par rapport aux rôles qu'ils endossent. Réalisation : Capucine Frouin.....	204
Figure 22: Différentes échelles de recommandations pour l'EIS de Choisy-le-Roi. Source : Novascopia, rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi, respectivement pages 61 et 62.....	301
Figure 23: Cartographie des impacts de l'EIS du Pontreau. Source : Novascopia, Rapport de l'EIS du Pontreau, 2020, page 20.....	319
Figure 24: Source : Direction de la Santé publique de la Montérégie, EIS du projet de revitalisation du Vieux-Sorel, rapport sur les impacts potentiels et recommandations, Québec, Ville de Sorel-Tracy (2015).....	327
Figure 25: Résumé des indicateurs de vulnérabilités sociales des populations dans l'EIS Hébert. Source : Rapport de l'EIS Hébert, page 109.....	330
Figure 26: Exemple de tableau synthétique des impacts d'une composante dans l'EIS Hébert. Source : Énergies Demain, rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 151.....	333
Figure 27: Extrait de la matrice d'impact de l'EIS Hébert. Source : Énergies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, 2021, annexe 7.....	335
Figure 28: Extrait de la matrice d'impact de l'EIS de Niort. Source : Novascopia, Rapport de l'EIS de Niort, 2020, page 79.....	336
Figure 29: Extrait de la matrice d'impacts de l'EIS de Choisy. Source : Novascopia, Rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi, 2021, annexe 5.....	338
Figure 30: Calendrier de l'EIS de Niort. Source : Novascopia, présentation du comité de pilotage, 15 janvier 2020.....	344
Figure 31: Calendrier prévisionnel de l'EIS de Choisy-le-Roi. Source : Novascopia, atelier de cadrage de l'EIS de Choisy, 2 mars 2020.....	348

Figure 32: Calendrier de l'EIS de Choisy-le-Roi. Source : Novascopia, Rapport de l'EIS de Choisy-le-Roi, 2021, page 65.....	348
Figure 33: Variables de priorisation dans l'EIS Hébert. Source : Énergies Demain, rapport de l'EIS Hébert, 2021, page 143.....	351
Figure 34: Exemple de fiche recommandations dans le rapport de l'EIS Hébert. Source : Énergies Demain, rapport de l'EIS Hébert, 2020.....	355
Figure 35: Exemple de fiche de recommandations dans l'EIS de Niort. Source : Novascopia, rapport de l'EIS de Niort, 2020.....	359
Figure 36: Source : Energies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, page 16.....	451

Table des encadrés de notions et d'évènements

Atelier jeunes en non-mixité sans garçons.....	264
Atelier participatif avec des « [acteur·ices] intervenant auprès des populations précaires en errance »,.....	311
La notion de champ	205
Les Conseils citoyens.....	259
La formation-action dans COMODEIS.....	122
La grille Urban-ISS.....	254
La sélection dans COMODEIS	284
La sélection de la géographie prioritaire.....	69
Le jury de l' Appel à Manifestation d'Intérêt Santé Environnement et Aménagement Durable 2.....	127
Les déterminants sociaux de la santé d'après Marmot et Wilkinson.....	59
Les outils proposés par l'EHESP pour mener des EIS.....	212
Un projet favorable à la réduction des inégalités sociales de santé.....	101

Table des encadrés de personnes

S. est coordinateur de COMODEIS à l'IREPS de Nouvelle-Aquitaine.....	121
E. est chargée de développement de projet "Évaluation d'Impact sur la Santé" — EIS à l'ARS d'Île-de-France.....	125
N. est chef de projet santé urbaine à l'ARS d'Île-de-France.....	130
N. est chargée de mission Villes et Territoires durables à l'ADEME Île-de-France.....	130
E. est ingénieure Évaluation d'Impact sur la Santé dans l'équipe EIS de Paris.....	135
C. est ingénieure Évaluation d'Impact sur la Santé dans l'équipe EIS de la Ville de Paris....	136
B. est ingénieur des administrations parisiennes au sein du Service Parisien et Santé Environnementale.....	136
G. est chargée d'évaluation d'impact sur la santé au sein de l'équipe EIS de la ville de Paris....	136
I. est coordinatrice du CLS de Bordeaux Métropole et chargée de mission qualité de vie....	137
M. est coordinatrice du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville de Choisy-le-Roi	223
E. est cheffe de projet Impact Santé chez Énergies Demain.....	228
P. est le directeur de projet de l'EIS Hébert à Espaces Ferroviaires.....	231
Y. est consultant et co-fondateur de Novascopia.....	236
C. est coordinatrice du CLS de la Communauté d'Agglomération du Niortais au Centre Hospitalier de Niort.....	237
M. est consultante chez Novascopia.....	238
M. est responsable des espaces verts de la ville de Niort.....	240
L. est chargée d'études à l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes.....	242
F. est directeur territorial à la ville à Niort.....	243
M.-P. est cheffe de projet urbain à la Ville de Paris.....	247
C. est chargée d'études territoriales (Qualité de vie, rénovation énergétique et mobilité) chez Énergies Demain.....	250
C. est cheffe de projet urbain au sein d'Espaces Ferroviaires.....	252
N. est responsable développement durable et innovation au sein d'Espaces Ferroviaires.....	252

P. est sociologue au sein de son propre cabinet de conseil.....	253
X. est secrétaire bénévole de l'ENS.....	261
Normale Sociale (ENS).....	261
C. est chargé de mission au cabinet du maire du 18e arrondissement de Paris.....	263
A. est consultante chez Novascopia.....	272
M. est chargée de mission et coordinatrice des projets ISS à l'IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. .	272
J. est chargé de mission volet social du NPNRU à Grand-Orly Seine-Bièvre.....	282
S. est chef de projet renouvellement urbain à Grand-Orly Seine-Bièvre.....	282
Ch. est chargé de mission au cabinet du maire du 18e arrondissement de Paris.....	313
H. est chargée de projets à l'agence LAQ.....	370
M. est architecte-urbaniste associée à l'Agence LAQ.....	370
L. est chef de projet développement économique, environnement et innovation à Grand-Orly- Seine-Bièvre.....	397

Table des acronymes

ADEME : Agence de Développement Et de la Maîtrise de l'Énergie.

ADSP : Actualités et Dossier en Santé Publique.

AMISEAD / AMI : Appel à Manifestation.

ANCT : *Agence Nationale de la Cohésion des Territoires*

ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine

APUR : Atelier Parisien d'URbanisme

ARA : Auvergne-Rhône-Alpes

ARS : Agence Régionale de Santé

ASA PNE : Association pour le Suivi de l'Aménagement Paris Nord — Est

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers et Drogues

CAN : Communauté d'Agglomération du Niortais.

CAPTEN : Cahier de Prescriptions Techniques et Environnementales de la Ville de Niort

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

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

CCTP : Cahier des Clauses Techniques Particulières

CGET : Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

CIFRE : Convention Industrielle de Formation pour la REcherche

CLS : Contrat Local de Santé

COMODEIS : Collectivités Mobilisées pour le Développement des EIS

COPIL : Comité de Pilotage

COTECH : Comité Technique

CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale

DALO (Loi) : Droit Au Logement Opposable

DDT(M) : Direction Départementale des Territoires (et de la Mer)

DGITM : Direction Générale des Infrastructures, des Transports et des Mobilités

DGS : Direction Générale de la Santé

DHUP : Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages

DPLG (Architecte) : Diplômé·e par le gouvernement

DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement.

EFHIA : Equity-focused Health Impact Assessment

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

EIA : Environmental Impact Assessment

EIE : Evaluation d'Impact Environnementale

EIS : Evaluation d'Impact sur la Santé

ENS : École Normale Sociale

ENSP : École Nationale de Santé Publique

EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale

EPT : Établissement Public Territorial

FEDER : Fonds Européen de Développement Regional

GUP : Gestion Urbaine de Proximité

HIA : Health Impact Assessment

HMNOP : Habilitation à la Maîtrise d'œuvre en son Nom Propre

HPST (Loi) : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

HSCP : Haut Conseil de la Santé Publique

IDF : Île-de-France

IFERISS : Institut Fédératif d'Études et de Recherches Interdisciplinaires Santé Société

IMPACT : International Health Impact Assessment Consortium

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

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : *Institut national de la santé et de la recherche médicale*

INSPQ : *Institut national de santé publique du Québec*

IPR : Institut Paris Région

IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion Santé

IsadOrA : **I**ntégration de la **S**anté **d**ans les **O**pérations d'**A**ménagement

ISPED : Institut de Santé Publique d'Epidémiologie et de Développement

ISS : Inégalités Sociales de Santé

JO : Jeux Olympiques

MOOC : Massive Open Online Course
MTE : Ministère de la Transition Ecologique
NIMBY : Not In My BackYard
NPNRU : Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONPV : Observatoire National de la Politique de la Ville
ORS : Observatoire Régional de Santé
PLU : Plan Local d'Urbanisme
PLUi : Plan Local d'Urbanisme intercommunale
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PMR : Personne à Mobilité Réduite
PNSE : Plan National Santé Environment
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies
PRS : Projet Régional de Santé
PRSE : Projet Régional de Santé Environnement
QPV : Quartier prioritaire de la Politique de la Ville
SCOT : Schéma de Cohérence Territoriale
SMAUPE : Système de Management de la qualité Architecturale, Urbaine, Paysagère et Environnementale
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SPSE : Service Parisien de Santé Environnement
UFS : Urbanisme Favorable à la Santé
UNIGE : Université de Genève
USVQ : Université de Versailles Saint-Quentin
ZAC : Zone d'Aménagement Concertée
ZUS : Zone Urbaine Sensible.

Annexes

Table des annexes

- Annexe 1 — Liste des entretiens
- Annexe 2 — Le quartier du Pontreau dans la ville de Niort
- Annexe 3 — Le quartier des Navigateurs dans la ville de Choisy-le-Roi
- Annexe 4 — Le projet Hébert dans la ville de Paris
- Annexe 5 — Aménagement de surface du projet Hébert
- Annexe 6 — Présentation du corpus des rapports d'EIS
- Annexe 7 — Guide d'observation des réunions
- Annexe 8 — EIS dans les PRS 2
- Annexe 9 — EIS dans les PRSE3
- Annexe 10 – Recommandations dans l'EIS de Niort
- Annexe 11 – Recommandations dans l'EIS Hébert

Annexe 1 – Liste des entretiens

Phase exploratoire – contextualisation

Initiale	Organisme	Fonction	Date	Durée
E.	ARS IDF	Chargée de développement de projet "Évaluation d'Impact sur la Santé" — EIS	8 février 2019	1h20
C.	SPSE, Ville de Paris	Ingénieure chargée d'EIS	14 mars 2019	2h
E.	SPSE, Ville de Paris	Ingénieure chargée d'EIS	14 mars 2019	2h
G.	SPSE, Ville de Paris	Ingénieure chargée d'EIS	14 mars 2019	2h
B.	SPSE, Ville de Paris	Ingénieur des administrations parisiennes	14 mars 2019	2h
M.	IREPS ARA	Chargée de mission et coordinatrice des projets ISS	10 décembre 2020	1h45
L.	ORS ARA	Chargée d'études	27 janvier 2021	1h50
S.	IREPS Nouvelle-Aquitaine	Coordinateur de COMODEIS	4 janvier 2022	1h40
P.	Patrick Berry Consultant	Consultant	13 janvier 2022	1h30
M.-L.	ARS NA	Responsable du pôle santé environnement à l'ARS de Nouvelle-Aquitaine	18 janvier 2022	30 minutes
I.	Métropole de Bordeaux	Coordinatrice du CLS et chargée de mission qualité de vie	23 février 2022	45 minutes

Niort

Initiale	Organisme	Fonction	Date	Durée
Y.	Novascopia	Consultant et co-fondateur	7 mai 2019	1h30
C.	Centre Hospitalier de Niort	CLS de la Communauté d'Agglomération du Niortais	12 février 2020	1h
F.	Ville de Niort	Directeur territorial — chargé de projet sur la PDV.	19 mai 2020	1h
M.	Ville de Niort	Responsable des services espaces verts	20 mai 2020	50 minutes

Choisy-le-Roi

Initiale	Organisme	Fonction	Date	Durée
S.	Grand-Orly-Seine-Bièvre	Chef de projet renouvellement urbain	19 juin 2020	45 minutes
M.	Novascopia	Consultante	1 février 2021	50 minutes
A.	Novascopia	Consultante	2 février 2021	1h20
L.	Grand-Orly Seine Bièvre	Chef de projet développement économique, environnement et innovation	5 février 2021	50 minutes
M.	Ville de Choisy-le-Roi	Coordinatrice du Contrat Local de Santé et de l'Atelier Santé Ville de Choisy-le-Roi	19 février 2021	35 minutes
J.	Grand Orly Seine Bièvre	Chargé de mission volet social du NPNRU	16 novembre 2021	40 minutes
C.	Espaces Ferroviaires	Cheffe de projet urbain	28 décembre 2022	40 minutes
J.	Grand-Orly Seine Bièvre	Chargé de mission volet social du NPNRU	26 janvier 2023	35 minutes

Paris

Initiale	Organisme	Fonction	Date	Durée
E.	Energies Demain	Cheffe de projet Impact Santé	25 février 2021	1h40
C.	Energies Demain	Chargée d'études territoriales (Qualité de vie, rénovation énergétique et mobilité)	25 février 2021	2h10
P.	Espaces Ferroviaires	Directeur de projet	29 juin 2021	1h30
C.	Mairie du 18 ^e — cabinet du maire	Chargé de mission	9 juillet 2021	1h
M.-P.	Mairie de Paris — Direction de l'Urbanisme	Cheffe de projet urbain	12 juillet 2021	1h10
X.	École Normale Sociale	Secrétaire bénévole	18 Juillet 2021	35 minutes
N.	Espaces Ferroviaires	Responsable développement durable et innovation au sein d'Espaces Ferroviaires	19 juillet 2021	1h
C.	Espaces Ferroviaires	Cheffe de projet urbain	20 juillet 2021	1h15
H.	Agence LAQ	Chargée de projets	22 juillet 2021	1h
M.	Agence LAQ	Architecte-urbaniste associée	22 juillet 2021	1h
Ch.	Mairie du 18 ^e — cabinet du maire	Chargé de mission	15 septembre 2021	1h

Annexe 2 – Le quartier du Pontreau dans la ville de Niort

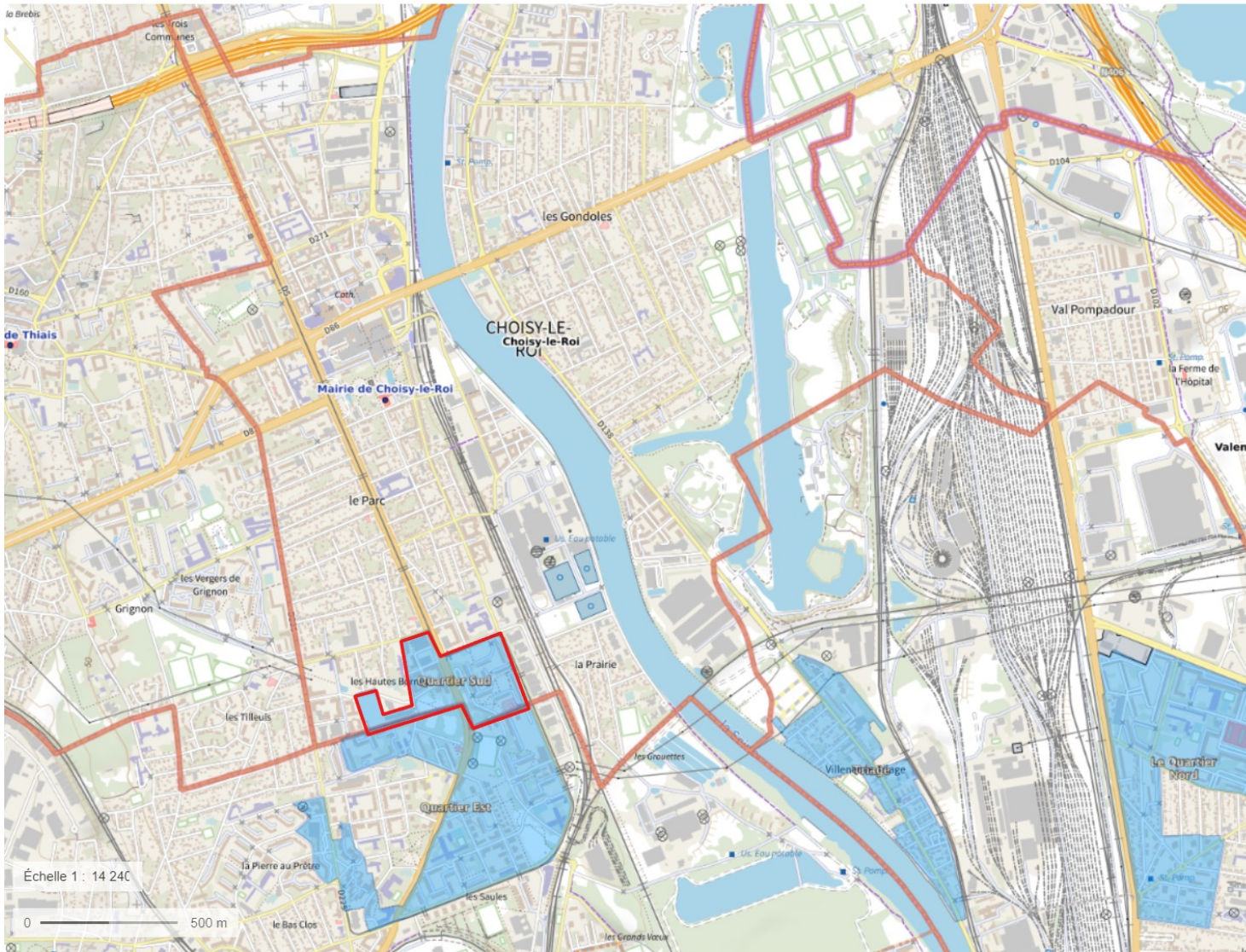


N

Localisation du projet du Pontreau à Niort

- Périmètre du projet
- Quartier prioritaire
- Limite de commune
- Route principale
- Route régionale
- Route locale
- Route non classée
- Voie ferrée
- Bâtiment quelconque
- Bâtiment industriel ou commercial

Annexe 3 — Le quartier des Navigateurs dans la ville de Choisy-le-Roi

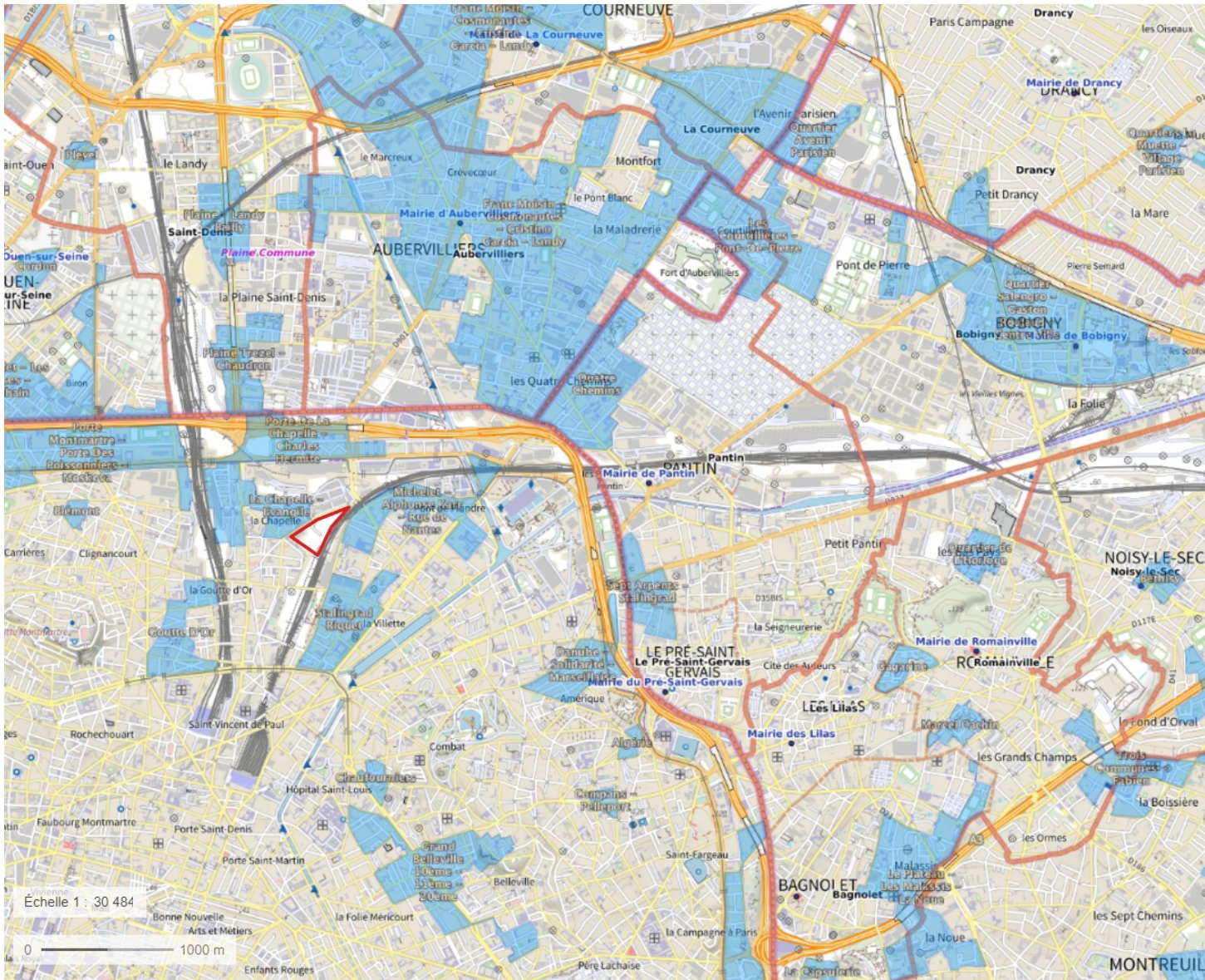


N

Localisation du projet des Navigateurs à Choisy-le-Roi

-  Périmètre du projet
-  Quartier prioritaire
-  Limite de commune
-  Route principale
-  Route régionale
-  Route locale
-  Route non classée
-  Voie ferrée
-  Bâtiment quelconque
-  Bâtiment industriel ou commercial

Annexe 4 – Le projet Hébert dans la ville de Paris



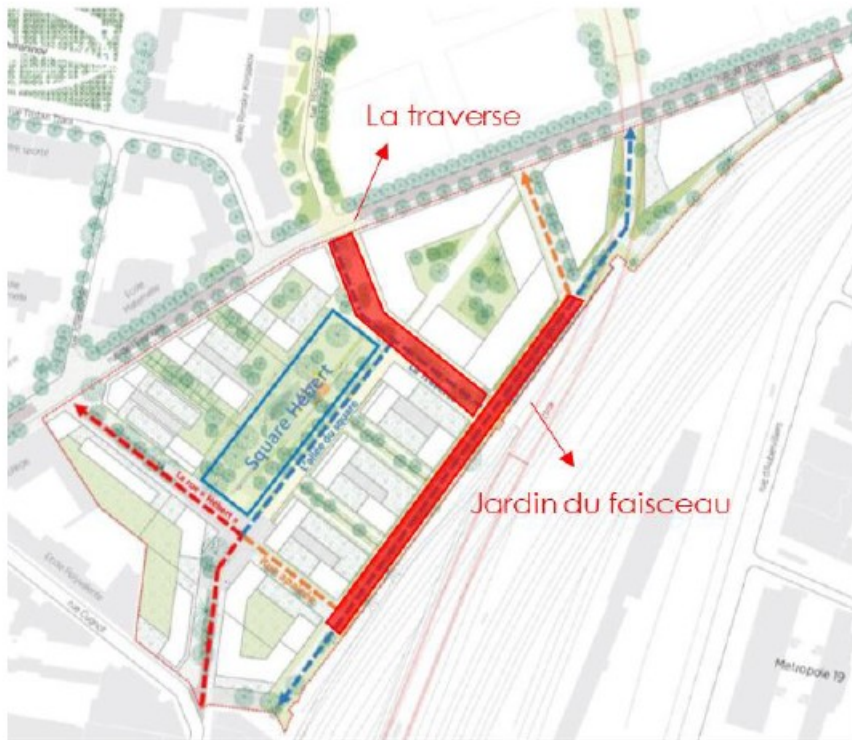
N

Localisation du projet Hébert à Paris

- Périmètre du projet
- Quartier prioritaire
- Limite de commune
- Route principale
- Route régionale
- Route locale
- Route non classée
- Voie ferrée
- Bâtiment quelconque
- Bâtiment industriel ou commercial

Annexe 5 — Aménagement de surface dans le projet Hébert

- Aménagement de surface des espaces communs



La **Traverse** est la porte d'entrée/la rotule du quartier Hébert, elle articule les programmes tertiaires au nord avec les logements au sud, elle relie le futur parc Chapelle Charbon, le square Hébert et le jardin du faisceau et présente donc des enjeux d'usages partagés de l'espace public, d'animations entre la semaine/week-end, diurne/nocturne.

Le **jardin du faisceau** présente des enjeux de sécurité et de détournement d'usage (sujet évoqué en concertation publique et avec les services de la Ville). Il s'agit aussi de l'espace accueillant le « parcours sportif » du projet. L'enjeu du projet est de faire de cet espace, un espace visible et utilisé : zone de rencontre, de repos, espace sportif, jardin partagé... Ce jardin du faisceau est aussi pensé comme un corridor écologique avec des fonctions écosystémiques pour la biodiversité présente sur le site. Il est

conçu comme un espace plutôt « sec » qui s'équilibre avec le square qui est pensé plutôt comme un espace « humide ». La végétation y sera plutôt rase, de type friche. Enfin, sur cet espace, si les contraintes en termes de circulation sont moindres (la voie partagée ne dessert aucun stationnement, et accueillera essentiellement des véhicules de service), les contraintes en termes de réseau ne doivent pas être négligées.

Figure 36: Source : Energies Demain, Rapport de l'EIS Hébert, page 16

Annexe 6 — Présentation du corpus de rapports

Projets	Lieu	Région	Année	Type de projet	Politique de la ville	Contexte urbain	État du rapport	Évaluateur·ices
Crèche Colette	Rennes	Bretagne	2008	Gestion d'une crèche	-	Grande ville	Mémoire	Étudiante
Petite enfance — Borderouge Trois Cocus	Toulouse	Occitanie	2011	Gestion d'une crèche	Oui	Grande ville	Autre	Interne + Universitaire
Halte ferroviaire de Pontchaillou	Rennes	Bretagne	2011	Transports en commun	-	Grande ville	Mémoire	Universitaires
3 Projets urbains Intégrés	PACA	PACA	2013	PUI	Oui	-	Complet	Universitaires
Transports Plaine Commune	Plaine Commune	IDF	2014	Transports en commun	Oui	Banlieue de grande ville	Complet	ORS + ARS
Dispositif des maisons relais / pensions de famille	Picardie	Picardie	2014	Dispositif de politique publique	-		Mention	
Équipement scolaire	Bressuire	Nouvelle- Aquitaine	2016	Implantation d'équipement	-	Petite ville	Complet	Bureau d'étude
Parc Zénith Lyon	Lyon	Rhône-Alpes	2016	Aménagement d'un parc	-	Grande ville	Complet	ORS
MSPP « Grand Bellevue »	Nantes	Pays de la Loire	2016	Implantation d'équipement	Oui	Grande ville	Complet	Bureau d'étude
Quartier des Buers	Villeurbanne	Rhône-Alpes	2016	PRU	Oui	Banlieue de grande ville	Complet	ORS

Maurepas	Rennes	Bretagne	2016	PRU	Oui	Grande ville	Mention	
Montplaisir	Angers	Pays de la Loire	2017	PRU	Oui	Grande ville	Complet	Bureau d'étude
Projet d'Aménagement Saint-Sauveur	Lille	Hauts-de-France	2017	Aménagement d'une friche	-	Grande ville	Rapport intermédiaire	Universitaires
PAPI Noirmoutier	Noirmoutier-en-l'Île	Pays de la Loire	2017	PAPI	-	Rural	Complet	ORS ; Bureau d'études
JO	Paris	IDF	2017	Projet	Oui	Grande ville	Complet	Interne
Port du Rhin	Strasbourg	Alsace	2017	ZAC	Oui	Grande ville	Complet	Universitaires ; IREPS
Papeteries	Nanterre	Ile-de-France	2017	Reconversion d'un site en zone activité	-	Banlieue de grande ville	Autre	Bureau d'étude
SCOT de Vesoul	Vesoul	Bourgogne-Franche-Comté	2017	SCOT	-	Rural	Mention	
Chamiers	Coulouniex-Chamiers	Nouvelle-Aquitaine	2018	PRU	-	Banlieue de ville moyenne	Mention	
Vergers du Tasta	Bruges	Nouvelle-Aquitaine	2018	ZAC	-	Banlieue de grande ville	Complet	Bureau d'étude, ORS, Universitaires, IREPS, interne
PALMER	Cenon	Nouvelle-Aquitaine	2018	Amélioration de l'habitat copro	Oui	Banlieue de grande ville	Complet	Bureau d'étude
RU Villeneuve-les-Salines	La Rochelle	Nouvelle-Aquitaine	2018	PRU	Oui	Ville moyenne	Complet	Universitaires + interne
Café associatif	Monteneuf	Bretagne	2018	Rénovation d'un café asso	-	Rural	Complet	Universitaires
Parc de l'Épervière	Valence	PACA	2018	Aménagement d'un parc	-	Ville moyenne	Synthèse	ORS

quartier de la Pierre plate	Bagneux	IDF	2018	PRUS	Oui	Banlieue de grande ville	Complet	Bureau d'étude
Quartier Chemin Vert	Saumur	Pays de la Loire	2018	PRU	Oui	Ville moyenne	Complet	Bureau d'étude
Projet de maison des services au public — Quartier des Fleurs	Grasse	PACA	2018	Maison de service au public	Oui	Ville moyenne	Mention	
Projet de requalification urbaine et de mobilité durable	La Souterraine	Nouvelle-Aquitaine	2018	Projet	-	Rural	Mention	
Espace Saint-Jean	La Couronne	Nouvelle-Aquitaine	2019	Aménagement d'un parc	Oui	Banlieue de ville moyenne	Complet	ORS, Association
Quartier de l'Île de Nantes	Nantes	Pays de la Loire	2019	PRU	-	Grande ville	Complet	ORS, Bureau d'études
Quartier de Nétreville	Evreux	Normandie	2019	PRU	Oui	Ville moyenne	Complet	Interne, ARS
Les Villeneuve	Grenoble & Échirolles	Auvergne-Rhône-Alpes	2019	PRU	Oui	Grande ville	Complet	ORS
Bel-Air	Marseille	PACA	2019	PRU	Oui	Grande ville	Complet	ORS
Porte du Xxe	Paris	Île-de-France	2019	PRU	Oui	Grande ville	Complet	Interne
revitalisation du centre-bourg	Morlaas	Nouvelle-Aquitaine	2019	Revitalisation de centre-bourg	-	Rural	Complet	Bureau d'études
Projet de Plan de Mobilité Rurale	Pays Ruffécois	Nouvelle-Aquitaine	2019	Plan de mobilité rurale	-	Rural	Complet	Bureau d'étude
Hostellerie Saint-Jacques	Châtelleraut	Nouvelle-Aquitaine	2019	Rénovation d'un immeuble remarquable en cœur de ville	-	Petite ville	Plaquette	Bureau d'étude

Avant-projet d'aménagement et de développement durable du schéma de cohérence territoriale du Pays-de-Vesoul — Val de Saône	Pays de Vesoul — Val de Saône	Bourgogne-Franche-Comté	2019	PADD — SCOT	-	Rural	Complet	Universitaires
PLUi	Communauté de Communes Sud Côte Chalonnaise (c.c.S.c.c.)	Bourgogne-Franche-Comté	2020	PLUi	-	Rural	Complet	ORS
réhabilitation du groupe scolaire Andersen	Poitiers	Nouvelle-Aquitaine	2020	PRU	Oui	Ville moyenne	Complet	Bureau d'étude
Requalification des espaces publics du quartier du Pontreau	Niort	Nouvelle-Aquitaine	2020	PRU	Oui	Ville moyenne	Complet	Bureau d'étude
Réaménagement du centre-bourg	Migné-Auxances	Nouvelle-Aquitaine	2020	Réhabilitation de centre-ville	-	Banlieue de ville moyenne	Synthèse	Bureau d'étude
Reconversion de la caserne Marceau	Limoges	Nouvelle-Aquitaine	2020	Reconversion d'un équipement	-	Ville moyenne	Synthèse	ORS
Portes du XXe	Paris	Île-de-France	2020	PRU	Oui	Grande ville	Complet	Interne
Renouvellement urbain du quartier des Navigateurs	Choisy-le-Roi	Île-de-France	2020	PRU	Oui	Banlieue de grande ville	Complet	Bureau d'étude
Hébert	Paris	Île-de-France	2020	Aménagement d'un espace non construit	-	Grande ville	Complet	Bureau d'étude
Projet urbain des Îles de Mars-Olympiades	Pont-de-Claix	Auvergne-Rhône-Alpes	2020	PRU	Oui	Périphérie de grande ville	Complet	Bureau d'études

Politique Jeunesse	Chambéry	Auvergne-Rhône-Alpes	2021	Politique	-	Ville moyenne	Complet	IREPS
Projet de réhabilitation de l'ALSH (Accueil de loisirs sans hébergement communautaire).	Marmande	Nouvelle-Aquitaine	2021	Réhabilitation d'équipement	-	Petite ville	Complet	Bureau d'études
Programme d'actions en faveur du patrimoine naturel Nord-Est-Béarn	Nord Bearn	Nouvelle-Aquitaine	2021	Plan	-	Rural	Complet	Bureaux d'études
Renouvellement urbain de Cavaillon	Cavaillon	PACA	2021	Renouvellement urbain	Oui	Petite ville	Complet	Bureaux d'études
Projet de construction d'un collège à Mérignac Beutre	Mérignac	Nouvelle-Aquitaine	2022	Équipement public	Oui	Banlieue de grande ville	Complet	Bureau d'études
Promenade de santé — Action Cœur de Ville	Pau	Nouvelle-Aquitaine	2022	Promenades de Santé	-	Ville moyenne	Complet	Bureau d'études
Projet d'équipement scolaire du quartier Bel Air Grand Font	Angoulême	Nouvelle-Aquitaine	2022	Équipement public	Oui	Ville moyenne	Complet	Bureau d'études
Projet urbain les Messageries	Paris	Île-de-France	2022	Aménagement d'un espace non-construit	-	Grande ville	Synthèse	Bureau d'études

Annexe 7 – Guide d’observation des réunions

Les observations sont faites dans un cahier organisé comme ci-dessous :

Lieu :

Date :

Participants :

Déroulé (notes générale)	Mention des ISS/Public-cible	
	Qui ?	Quoi ?

Heure de fin :

Notes :

Powerpoint ?

Contacts ?

Annexe 8 — EIS dans les PRS 2

Plan	Pages	Ramification	Citation
SNS	10	Introduction Principes d'action du SNS	Appuyer les décisions sur l'analyse critique des meilleures connaissances disponibles, notamment de celles issues des données concernant la santé des personnes et leur environnement, des évaluations des actions menées, des expertises indépendantes, des études d'impact en santé et de la recherche
COS BFC	73	LES CONDITIONS DE LA REUSSITE La coordination des politiques publiques nationales, régionales et départementales concourant à la santé Les enjeux d'une coordination réussie des politiques publiques	Développer avec les acteurs institutionnels l' évaluation d'impact sur la santé (EIS) La santé et le développement durable ont des objectifs similaires et complémentaires, des démarches analogues, des territoires d'intervention communs. L' EIS introduit de façon explicite la prise en compte de la composante santé dans l'élaboration des projets des collectivités et facilite ainsi une réflexion, une négociation et une validation partagée de recommandations communes à tous les acteurs du projet. L' EIS représente avant tout une incitation à la collaboration, à la communication et à la transparence entre les différents partenaires et vis-à-vis des citoyens.
BFC SRS	45	1 — prévenir et éduquer au plus tôt, dynamiser la promotion de la santé 1.4 agir sur les déterminants de santé environnementale : plan régional santé environnement Axe 4 : intégrer les enjeux de santé environnement dans les stratégies et les projets d'aménagement,	Axe 4 : nombre de personnes/structures formées à la démarche d' Évaluation d'impact sur la santé(EIS)

		d'urbanisme et de mobilité (déplacement, bruit...) 1.4.3 indicateurs	
Bretagne SRS	22	Revenir les atteintes prématurées a la santé et a la qualité de vie 1. Lutter contre les inégalités de santé en agissant sur les déterminants et en développant la promotion de la santé Chantier 4 : promouvoir un environnement favorable à la santé 3. Soutenir et accompagner le déploiement de la méthode d'évaluations d'impact sur la santé (EIS) en Bretagne	3. Soutenir et accompagner le déploiement de la méthode d'évaluations d'impact sur la santé (EIS) en Bretagne Les EIS visent à évaluer les impacts favorables ou défavorables sur la santé et constituent en cela un appui à un processus de décision. Selon les éléments de contexte, les enjeux du projet et les ressources disponibles (humaine, financière et temporelle), elles peuvent être appliquées à différents secteurs tels que le transport, l'industrie, les ressources naturelles et le développement urbain. S'efforçant de repérer si les groupes les plus vulnérables ou en difficulté sont plus ou moins affectés par ces effets, elles contribuent à la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. Faire connaître et valoriser la démarche d'EIS (publications, journées de sensibilisation). Accompagner quelques réalisations dans le cadre de projets concrets : projets d'aménagement de centres-bourgs inscrits dans les contrats de ruralité, implantation/construction de bâtiments publics...
CVDL COS	21	Orientation 1 préserver et améliorer l'état de santé de la population Grands leviers pour atteindre cet objectif Faire collectivement le choix de la prévention : « la prévention est l'affaire de tous »	Mieux connaître les conséquences des politiques publiques sur l'état de santé de la population (évaluation d'impact sur la santé), pour mieux intégrer la santé dans toutes les politiques.
CVDL SRS	23	Axe : Inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé Chapitre 2 : inégalités environnementales Objectif opérationnel n°2	Engager, sur la base du volontariat, la mise en place d'Études d'impact sur la santé (EIS) à l'échelle d'un quartier permettant d'intégrer au mieux les enjeux sanitaires et environnementaux (Action 27 du PRSE)

		Favoriser la prise en compte des déterminants environnementaux de santé dans les politiques territoriales — Modalités de mise en œuvre : Placer la santé environnementale au cœur des politiques territoriales	→ laisse au PRSE
GE COS	75	II. Les axes stratégiques 2018-2028 Axe stratégique 8. Axe transversal : développer les Partenariats et la démocratie en santé Renforcer et élargir les partenariats dans une logique de responsabilité populationnelle L'articulation avec les autres politiques publiques	L'articulation de la politique de santé avec les autres politiques publiques est essentielle dès lors que les interventions sont inscrites dans une perspective de réduction des inégalités de santé et qu'est visée l'amélioration de l'accès à la santé des populations qui en sont le plus éloignées. La logique de partenariat permet de définir conjointement les priorités, de mieux cibler les actions et de les rendre plus efficaces. Tout en restant mobilisés sur leur domaine de compétences, les partenaires peuvent développer des stratégies convergentes et mettre en œuvre de manière concertée et complémentaire des moyens, notamment en matière de financements. Les démarches partenariales permettent de prendre en compte l'impact sur la santé des politiques hors du champ sanitaire : transports, aménagement du territoire, habitat, environnement, éducation, emploi... Elles permettent d'agir sur les conditions de vie des habitants et de développer des environnements favorables à la santé, comme par exemple à l'école, au travail, dans la communauté / le quartier. Le développement de l' évaluation d'impact en santé (EIS) entre dans cette logique, de même que la mise en œuvre de programmes intersectoriels comme le programme régional santé environnement.
IDF COS	27	Axe de transformation n°5 : inscrire la santé dans toutes les politiques Ce que nous allons faire Structurer une stratégie de plaidoyer	Inciter/accompagner/mener et systématiser des Études d'évaluation des impacts sur la santé (EIS) relatives aux politiques publiques (mise en place d'EIS rapides, traduction des recommandations en actions, notamment dans le cadre des Contrat locaux de santé ou du plan régional santé-environnement) ;

IDF SRS	72	<p>Axe 5 — Inscrire la santé dans toutes les politiques Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris Finalité de l'action L'appel à manifestation d'intérêt « Santé Environnement et Aménagement durable »</p>	<p>L'appel à manifestation d'intérêt « Santé Environnement et Aménagement durable » Cet appel à manifestation d'intérêt a été lancé en février 2016 par la direction régionale Île-de-France de l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) et l'ARSIF. Il a pour objectif de sensibiliser et accompagner les collectivités et les aménageurs sur les grands enjeux de santé-environnement, et de les aider à bâtir un cadre urbain sain et agréable à vivre, conformément aux attentes et besoins des populations franciliennes. Au final, 6 projets ont été accompagnés méthodologiquement et financés dont notamment 4 évaluations des impacts sur la santé (EIS) et une expérimentation sur l'urbanisme favorable à la santé. Parmi ces projets, 3 secteurs d'aménagement sont situés dans la géographie du nouveau programme national de rénovation urbaine (NPNRU).</p>
NA SRS	17	<p>Axe 1 : Renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé 1.1. Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous, professionnels et citoyens 1.1.3 Inciter et accompagner les collectivités territoriales et leurs groupements dans la mise en place d'actions sur les déterminants de santé</p>	<p>L'action de l'ARS consistera également à accompagner les territoires dans le développement d'approches globales de la santé, telles que l'urbanisme favorable à la santé, l'évaluation d'impact sur la santé, la mise en place de pratiques favorables à la santé dans les structures d'accueil de jeunes enfants et à soutenir les projets émanant des contrats locaux de santé (CLS).</p>
SRS Normandie	18	<p>Faire de la prévention et de la promotion de la santé le 1er levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie objectif : Promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé et lutter contre la sédentarité — les leviers à actionner</p>	<p>Le contrôle, l'évaluation, l'inspection : développement de l'autoévaluation par les porteurs de projets ; évaluation par l'ARS des projets finances ; développer les évaluations d'impact en santé des politiques publiques</p>

SRS Normandie	46	Objectif 9 — réduire les inégalités de santé, qu’elles soient sociales ou Territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités Garantir l’équité en santé selon le principe d’universalisme Proportionné	Le contrôle, l’évaluation, l’inspection : évaluations d’impact en santé.
SRS Normandie	141	Les conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé — Introduction 3. Vers une organisation graduée lisible pour tous	<p>À l’instar de l’offre sanitaire et médico-sociale, l’offre de prévention, promotion de la santé doit évoluer vers une organisation graduée plus lisible pour tous pour répondre aux objectifs spécifiques du SRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveau régional : identification des structures ressources (IREPS, plate-forme normande d’éducation thérapeutique du patient, GRAFISM, centre régional de coordination des dépistages des cancers...), • Niveau infra régional d’animation territoriale : identification des réseaux territoriaux de promotion de la santé, des ateliers santé ville et des antennes des structures régionales le cas échéant, • Niveau territorial de proximité en fonction des besoins et ressources des territoires : <ul style="list-style-type: none"> - développement des actions sur les déterminants de santé (addictions, nutrition/sédentarité, santé mentale...) déployées dans les lieux de vie et d’activité de la population, - développement de la prévention médicalisée en proximité (« aller vers » et « hors les murs »), - diversification des acteurs de PPS (associations œuvrant en PPS, professionnels de santé, collectivités territoriales promotrices de santé, hôpitaux promoteurs de santé, établissements et services médico-sociaux promoteurs de santé, Éducation nationale / Protection judiciaire de la jeunesse / Aide sociale - mobilisation des instances de pilotage (COPIL thématiques ou populationnistes) et de concertation telles que les conseils territoriaux

			de santé, la MILDECA, les COPIL territoriaux PPS, les conférences des finasseurs prévention de la perte d'autonomie... - évaluations d'impact en santé (EIS) .
SRS PACA	11	Partie 1 : Renforcer l'accessibilité, la Qualité et la pertinence du Système de santé 1.1 renforcer la place des citoyens/usagers de la santé — 1.1.1 les enjeux 1.1.2 donner plus de place aux patients-usagers-citoyens 1.1.2.5 favoriser l'implication des citoyens-usagers sur les questions de santé	Valoriser les connaissances et l'expérience de santé des habitants sur un territoire : ⌚ Développer les évaluations d'impact en santé (évaluation préalable à la mise en place d'une politique, d'un programme ou d'un projet au regard de ses effets sur la santé. Il s'agit d'une approche participative associant la population concernée et les partenaires).
PDL COS	35	Notre vision : Où nous voulons être en 2028 — La promotion d'un environnement favorable à la santé est partagée et soutenue.	La promotion d'un environnement favorable à la santé est partagée et soutenue. Tous les acteurs sont au service de la santé et le patient en est le premier acteur. Les politiques publiques favorables à la santé sont conçues et mises en œuvre de façon coordonnée. La convergence des politiques publiques concourt à la prévention et à la promotion de la santé en agissant sur l'ensemble des déterminants de santé. Les projets d'urbanisme sont pensés pour être favorables à la santé et font l'objet d' évaluation d'impact en santé lors de leur conception. Le risque lié au radon est pris en compte.
PDL SRS	14	Orientation stratégique 1 : La santé dans toutes les politiques favorisant la réduction des inégalités de santé - Encourager des environnements favorables à la santé - ARGUMENTAIRE	Les actions du PRS portent par conséquent sur le développement d'offres de services, leur adaptation aux différents publics, leur accessibilité, le renforcement du lien social ou l'amélioration des conditions de vie. Ainsi sera encouragé le développement des évaluations de l'impact sur la santé des politiques publiques (EIS) qui est un outil de réduction des inégalités sociales et environnementales. Cette démarche prend ainsi en compte l'ensemble des déterminants de santé pour orienter favorablement les projets portés

			par des acteurs publics (par exemple la réhabilitation de quartiers ou les politiques de transports...).
PDL SRS	15	Orientation stratégique 1 : La santé dans toutes les politiques favorisant la réduction des inégalités de santé — Encourager des environnements favorables à la santé — DECLINAISONS OPERATIONNELLES	Déployer la démarche d'évaluation de l'impact sur la santé des politiques publiques (EIS)

Annexe 9 — L’EIS dans les PRSE3

Région	Ramification	Description de l’action	Pilotage	Moyens
Auvergne-Rhône-Alpes	Action 17 de l’axe 3 : Intégrer les enjeux de santé-environnement dans l’aide à la décision sur les documents de planification et les projets d’aménagement	L’EIS est mentionnée comme un outil parmi d’autre pour « aider à la hiérarchisation des déterminants de santé » lié l’UFS	DREAL	-
Bourgogne — Franche-Comté	Axe 4 Cadres de vie et urbanisme favorables à la santé Objectif opérationnel 9 : Favoriser une meilleure intégration des enjeux de santé dans les documents d’urbanisme et les opérations d’aménagement Action 35 : Promouvoir les Évaluations d’impact sur la santé (EIS) dans les projets d’aménagement et d’urbanisme	Lancement d’un AAP pour la réalisation d’EIS ; - Sensibilisation et formation des acteurs ; - Accompagnement technique et financier ; - Mise en réseau des opérateurs. 4 à 5 opérations sur des terrains divers. Indicateurs : Nombre de personnes/structures formées à la démarche EIS. Nombre de projets d’urbanisme ayant intégré la démarche EIS (projets retenus). Lancement AAP 2018, opérations 2021. Description des principes de l’EIS	AAP porté par l’ARS et le Conseil régional	À définir
	Axe 5 : Dynamiques territoriales et synergies d’acteurs Objectif 13 : Favoriser l’implication	Mention dans l’introduction seulement	-	-

	des citoyens			
Bretagne	<p>Objectif 4 : Aménager et construire un cadre de vie favorable à la santé</p> <p>ACTION-CADRE 4</p> <p>C : Promouvoir et accompagner les réalisations d'évaluations d'impact sur la santé (EIS)</p>	<p>« faire connaître et à valoriser cette démarche, à accompagner quelques réalisations dans le cadre de projets concrets. »</p> <p>Promouvoir et accompagner la réalisation d'EIS</p> <p>Intégrer la réduction des inégalités socio-territoriales de santé comme une dimension majeure des EIS</p> <p>Description des principes de l'EIS</p>	-	-
Pays de la Loire	<p>Axe 3 :</p> <p>CADRE DE VIE, URBANISME ET SANTÉ</p> <p>OBJECTIF :</p> <p>mieux intégrer les enjeux de santé dans l'aménagement et la planification urbaine</p>	<p>Expérimenter des projets « pilotes » portés par des collectivités volontaires</p> <p>Illustrations des actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test avec des collectivités volontaires des outils mis à disposition sur des projets concrets (porter à connaissance et outils d'accompagnement, guide EHESP, ...) • Promotion de la démarche d'Évaluation d'Impact sur la Santé (EIS) appliquée à des projets d'urbanisme, d'aménagement, de transports portés par les collectivités : formation/sensibilisation aux concepts de l'EIS, réalisation d'EIS avec des collectivités volontaires (projets situés à Nantes, Angers, Noirmoutier...), diffusion des retours d'expérience. <p>Identification des acteurs</p>	Collectivités (dont la ville de Nantes et Nantes métropole, Angers, Noirmoutier) / ARS / DREAL / DDT(M) / Agrocampus	-

		Description complète des principes de l'EIS + références extérieures.		
Grand Est	Mention dans le glossaire			
PACA	7. Urbanisme : Aménagement et planification urbaine — Aménagement et planification urbaine 7.4 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	Deux projets déjà estampillés.	-	-
Hauts-de-France				
Île-de-France	Mention dans l'introduction pour parler des PRSE1 et PRSE2		-	-
	Axe 1 — Préparer l'environnement de demain pour une bonne santé 1.1 : Prendre en compte la santé dans la mise en œuvre des politiques d'aménagement Sous-action 3 Diffuser les retours d'expérience d'EIS	<p>Systématiser les démarches d'intégration de la santé et de l'équité en santé dans la définition et la mise en œuvre des politiques d'aménagement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser à l'UFS - Favoriser le développement de l'UFS - Diffuser les retours d'expérience d'EIS <p>Définitions EIS/UFS</p> <p>Super précis.</p> <p>19 mentions + glossaire.</p>	ARS, ADEME IDF	AMI
Occitanie	Axe 2 — Promouvoir un urbanisme, un aménagement du territoire et des mobilités favorables à la santé	Inventaire des bonnes pratiques dont les EIS ; Communication/diffusion	DREAL	-

	Action 2.1 Promouvoir une approche santé environnementale dans les projets d'aménagement Mesure 2.1.3 — Promouvoir un mode de co-construction de projet urbain intégrant la santé environnementale qui s'appuie sur un mode de participation citoyenne et de pluridisciplinarité	AAP pour des « projets urbains intégrant la santé environnementale et la participation des citoyens » notamment des EIS pour le 2nd semestre 2019.		
Normandie	Axe 1 : Agir localement pour un environnement favorable à la santé pour tous — PRENDRE EN COMPTE LES ENJEUX DE SANTÉ ET D'ENVIRONNEMENT DANS LES PROJETS D'AMÉNAGEMENT ET LES DOCUMENTS DE PLANIFICATION Exemples d'actions : 6/6 Expérimenter les démarches d'évaluation d'impact en santé (EIS) dans les projets d'aménagement.	+ mention dans le lexique	collectivités, acteurs locaux	-
Nouvelle-Aquitaine	OS2 / Promouvoir un environnement favorable à la santé et adapté aux caractéristiques du territoire 8 : Renforcer la prise en compte des composantes santé environnement dans les décisions publiques 8.3 Promouvoir et développer les Études d'Impact sur la Santé (EIS)	Sensibiliser à l'intérêt de l'EIS ; Accompagner à la définition du protocole de sélection des projets EIS ; Accompagner les collectivités volontaires. AAP Objectif : 24 EIS, 1 à 2 par régions. + mention dans le glossaire.	ARS	600 000 pour 24 EIS
Corse				
Centre-Val de Loire	Santé Environnement & Territoires A. Proposer des outils d'aide à la décision ;	Sensibiliser les collectivités Accompagnement méthodo des collectivités	ARS + collectivités	-

	Action A.2 — Engager sur la base du volontariat, la mise en place d' études d'impact sur la santé à l'échelle d'un quartier permettant d'intégrer au mieux les enjeux sanitaires et environnementaux	Communication des résultats	locales	
--	---	-----------------------------	---------	--

Annexe 10 – Recommandations dans l’EIS de Niort

Axe de recommandation	Recommandations	Déclinaison opérationnelle	Publics cibles identifiés
Espaces publics et pratiques sociales	Proposer une nouvelle aire de jeux pour enfants adaptée à leurs attentes et attractive. Idée de parcours ludique et sportif intégré aux espaces verts.	Créer des agrès fitness/équilibre autour des jeux d’enfants situés dans les espaces arborés et pouvant donner accès vers l’école	<i>Enfants</i>
	Mobiliser un groupe d’enfants/adolescents sur la conception des aménagements et des animations du quartier	Associer les jeunes (enfants et adolescents) en amont du projet et à chaque étape de la transformation du quartier pour favoriser leur appropriation des lieux	<i>Enfants</i> <i>Jeunes</i>
	Envisager des espaces de convivialité couverts afin d’offrir des possibilités de pratiques plus accessibles sur les périodes de pluie et les périodes estivales pour des pratiques ombragées	En lien avec la nature, créer un espace ouvert qui puisse permettre la halte, donner le temps de la rencontre	Tout le monde
	Penser des espaces publics qualitatifs, attractifs et ouverts aux habitants des autres quartiers de la ville	Mise en place d’une politique de communication spécifique destinée à valoriser les atouts du quartier à travers les actions sportives, culturelles, festives.	Tout le monde
	Développer une signalisation lumineuse permettant de rendre les parcours attractifs, d’améliorer le sentiment de sécurité et de limiter les nuisances nocturnes.	Développer un mobilier urbain intégrant un système d’éclairage permettant aux personnes âgées et personnes en situation de handicap de circuler aux abords des pieds d’immeubles	<i>Personnes âgées</i> <i>PMR</i>

	Traiter les pieds d'immeubles permettant une distinction des espaces publics et des espaces privatifs et créant une intimité visuelle et sonore pour les résidents	En concertation avec les habitants concernés, expérimenter un programme favorisant la recherche d'intimité pour les logements en Rdc	Tout le monde
Espaces verts et nature en ville	Prévoir des aménagements favorables à la pratique d'activités physiques		Tout le monde <i>Femmes</i>
	Aménager les espaces verts du Pontreau comme des lieux favorables à la pratiques de jardinage	Intégrer des espaces de jardinage dédiés aux enfants des groupes scolaires (De Coubertin et Ferry) et aux habitants du quartier	<i>Enfants</i> Tout le monde
	Intégrer les continuités de mobilité active (à pied / vélo..., en s'intégrant dans une trame verte plus large que le projet).	Mise en place d'une signalétique à la fois verticale et horizontale « mobilités actives » sur le quartier et ses abords	Tout le monde
	Soutenir des initiatives qui favorisent l'accès à la pratique du vélo (atelier d'apprentissage + sécurisation)	Développer les ateliers d'apprentissage à l'usage du vélo dans le quartier	Tout le monde
	Prendre en compte la composante santé dans le choix et l'entretien des espèces végétales (Source Réseau National de Surveillance Aérobiologique - RNSA)	Intégrer la problématique santé dans l'aménagement des espaces verts	Tout le monde
Mobilités et déplacements	Intégrer des places de stationnement « dépose-minute » réservées aux personnes à mobilité réduite et aux personnes accompagnées de jeunes enfants.	Intégrer des espaces de stationnements adaptés aux personnes à mobilité réduite, aux personnes âgées et aux parents accompagnés de jeunes enfants	<i>Enfants</i> <i>Personnes âgées</i> <i>PMR</i>
	Créer un emplacement spécifique réservé aux activités de bricolage et de mécanique automobile	Prévoir un emplacement réservé aux activités de bricolage et de mécanique automobile	Tout le monde

	Créer des espaces de stationnements « verts » pour mieux lutter contre les îlots de chaleur urbains	Adapter l'aménagement des aires de stationnements aux enjeux du réchauffement climatique.	Tout le monde
	Mailler le quartier par des points de signalisation et jalonnement d'itinéraires favorisant les mobilités douces (vers les transports en commun, lieux d'activité physiques, etc.)		Tout le monde
	Prévoir des modalités de ralentissement de vitesse (points noirs identifiés entre les tours et l'accès au pôle médical et à proximité de l'école Coubertin)	Identifier les points noirs et installer des modalités de ralentissement de vitesse	<i>Enfants</i> Tout le monde
	Repenser et redessiner les marquages des passages piétons en partenariat avec les habitants et/ou un collectif d'artistes.	Revisiter les passages piétons	Tout le monde
	Intégrer des aménagements urbains favorable à la pratique sportive en reliant les principaux points ressources du quartier (stade, jardin des Plantes, les groupes scolaires ...)		Tout le monde
Déchets, propreté et hygiène	Soutenir de projet de compost en pieds d'immeubles et en faire un site de référence pour l'agglomération	Soutenir et accompagner le projet de compost en pieds d'immeubles	Tout le monde
	Penser le positionnement des points d'apports volontaires (ordures ménagères et tri sélectif) pour rendre leur accès simple et sécurisé ; Prévoir au moins deux points d'apports enterrés.	Adapter le positionnement et le dimensionnement des points d'apports volontaires aux usages des habitants	Tout le monde
	Mettre en place des dispositifs d'entraide et d'accueil entre voisins		<i>Personnes âgées</i> <i>PMR</i>
Recommandations transversales	Poursuivre et développer la co-conception des espaces et projets avec les habitants pour en faciliter l'appropriation		Tout le monde

	Proposer des interventions limitant les nuisances provoquées par de mauvais usages des espaces publics (GUP, cohésion sociale)	Tout le monde
	Assurer une gestion de chantier « propre » et favoriser l'appropriation des espaces publics pour limiter les dégradations et incivilités (GUP, cohésion sociale)	Tout le monde

Annexe 11 – Les recommandations dans l’EIS Hébert

Catégorie	Recommandations	Publics impactés
Aménagement des espaces publics	Installer un point d’eau sur l’espace public, au niveau de la Traverse	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Populations précaires en errance</i>
	Permettre le chargement des téléphones portables	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Populations précaires en errance</i>
	Installer des équipements sportifs et loisirs inclusifs et appropriables par tous	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Jeunes filles</i> <i>Femmes</i> Habitant·es du quartier
	Installer des équipements sportifs mobiles	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Jeunes filles</i> <i>Femmes</i> Habitantes du quartier
	Améliorer les déambulations piétonnes pendant la phase chantier en initiant un parcours piéton dans le quartier	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Jeunes filles</i>

		<i>Femmes</i> Habitant·es du quartier Habitant·es des quartiers alentour
	Créer un circuit piéton dans le Nord-Est du 18e arrondissement	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Jeunes filles</i> <i>Femmes</i> Habitants du quartier Habitants des quartiers alentour
	Proposer des séances de coaching et des cours d'activité physique collectifs	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Jeunes filles</i> <i>Femmes</i> Habitant·es du quartier
	Proposer des événements culturels sur l'espace public	Tous les groupes de population
	Lancer un appel à projets pour la gestion du jardin partagé (Parisculteurs)	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Populations modestes</i> Futur·es habitant·es du quartier
Structures sanitaires, sociales et d'hébergement	Implanter une maison de santé	<i>Personnes âgées</i> <i>Populations précaires en errance</i> <i>Populations modestes</i> Habitante·es du quartier
	Travailler les partenariats de proximité autour de la santé	<i>Personnes âgées</i> <i>Populations précaires en errance</i>

		<i>Populations modestes</i> Habitant·es du quartier
	Aménager une salle collective au sein de la résidence personnes âgées	<i>Personnes âgées</i> Futur·es habitant·es du quartier
	Envisager la maison relai comme un lieu d'accueil pour les populations précaires et/ou désocialisées	<i>Personnes âgées</i> <i>Populations précaires en errance</i> Populations modestes
Fonctions à positionner sur les RDC des immeubles pour animer le rez-de-ville	Favoriser la vente de produits locaux et sains	Tous les groupes de population
	Proposer une offre de restauration saine et accessible au cœur du quartier	Tous les groupes de population
	Ouvrir une cuisine partagée	<i>Personnes âgées</i> <i>Jeunes</i> <i>Populations précaires</i> Habitant·es du quartier
	Réserver des créneaux horaires dans un local pour permettre aux jeunes filles de se retrouver	<i>Jeunes filles</i> <i>Femmes</i>
	Ouvrir une boutique éphémère pour les artisans et créateurs du quartier	<i>Populations précaires</i> Futur·es habitant·es du quartier
	Ouvrir une conciergerie sur le quartier	<i>Populations précaires en errance</i> Futur·es habitant·es du quartier
	Créer un café associatif sur le quartier	<i>Populations précaires en errance</i> Futur·es habitant·es du quartier
	Ouvrir un <i>repair</i> café ou une recyclerie	<i>Populations précaires</i> Futur·es habitant·es du quartier

	Proposer une offre alimentaire en vrac	Tous les groupes de population
Recommandations transversales	Rendre cohérente l'offre de commerces et de service à l'échelle du quartier et au sein du tissu urbain existant	Tous les groupes de population
	Installer une maison du projet	Tous les groupes de population
	Penser la sécurité en l'accessibilité aux services, commerces et équipements pour les publics les plus vulnérables	Tous les groupes de population
	Permettre les rencontres entre tous les groupes de populations du quartier (habitants, travailleurs, usagers de drogues, commerçants...)	Tous les groupes de population