



HAL
open science

La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain. Étude de cas sur Saint-Ouen et L'Île-Saint-Denis

Marion Brisse

► To cite this version:

Marion Brisse. La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain. Étude de cas sur Saint-Ouen et L'Île-Saint-Denis. Géographie. 2017. dumas-01858956

HAL Id: dumas-01858956

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01858956>

Submitted on 21 Aug 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



Photo : Vue d'architecte du futur quartier des Docks de Saint-Ouen. © Séquano Aménagement

LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE MENTALE DANS LA DYNAMIQUE DES PROJETS DE RENOUVELLEMENT URBAIN

ETUDE DE CAS SUR SAINT-OUEN ET L'ILE-SAINT-DENIS



Marion BRISSE

Mémoire de master 2 Action
locale et Projets de Territoires
(2016 – 2017)

Sous la direction de Benoît
Boldron, PAST au département
de géographie

Maître de stage : Nicolas
Notin, urbaniste

Remerciements

Tout d'abord, je souhaiterais remercier le docteur Luc Ginot qui a permis d'ouvrir le poste de stagiaire, et a accepté que je prenne part à l'expérimentation en m'accueillant au sein de l'ARS.

J'aimerais aussi remercier M. Boldron qui a accepté sans hésitation d'être mon référent de stage et qui a dirigé ce mémoire.

Durant notre étude de cas à Saint-Ouen et L'Île-Saint-Denis, nous avons travaillé avec les services de santé de la ville ainsi que des membres de Plaine commune qui m'ont été d'une aide précieuse pour le recueil des informations dont nous avons besoin, et qui ont été là pour répondre à mes questions. Je remercierai donc également Elise Longé, Céline Legendre, Marie Anquez et Gwennaëlle Bordet.

Finalement, je souhaiterais remercier mes collègues, et leur bonne humeur qui m'a accompagnée tout au long de ces six mois. Ils m'ont, tout de suite intégrée dans le bureau, et dans l'agence, et m'ont toujours soutenue. J'espère les revoir bientôt ! Je remercie également Pilar Arcella-Giroux, qui nous a accompagnés sur la partie santé. Bien entendu, je finis par remercier Nicolas Notin, mon maître de stage, qui a su me faire confiance pour mener cette expérimentation et les nombreux entretiens. Il a toujours été là quand j'en ai eu besoin, et je lui en suis très reconnaissante.

Je souhaite à tout le monde une bonne continuation !

Résumé

La thématique du lien entre urbanisme et santé est depuis quelques années une thématique montante, bien qu'elle ne soit pas récente. Pour l'instant, néanmoins, elle est généralement traitée sous l'angle de la réduction des nuisances environnementales, laissant de côté les déterminants sociaux de la santé. Or, dans les quartiers politique de la ville, et notamment ANRU, cette question se doit d'être abordée différemment, et en particulier si l'on s'intéresse à la santé mentale. En effet, ces quartiers concentrent des populations souvent soumises à une accumulation de vulnérabilités ne leur permettant pas de passer au-dessus de situations du quotidien, en raison de leur passé ou encore de leurs conditions socio-économiques. Les quartiers en eux-mêmes, bien qu'hétérogènes, sont caractérisés par un éloignement des transports en commun, des services, de l'emploi, etc. Il est donc légitime de se demander quel est l'impact des projets de renouvellement urbain, qui entraînent de grands changements, sur la santé mentale de ces habitants. L'expérimentation que nous avons menée avait pour objectif de le comprendre et de trouver des interfaces possibles pour contribuer à l'amélioration de la santé mentale des populations des quartiers ANRU. Les projets d'aménagement peuvent en effet, agir sur la santé mentale, du fait des relogements qu'ils occasionnent, ou encore des nuisances qu'ils peuvent engendrer, etc. Dans notre cas, ces projets ont au contraire été envisagés comme des opportunités de promouvoir la santé mentale, car bien que la question de la santé ne soit traitée qu'indirectement, leurs objectifs d'amélioration du cadre de vie ou encore d'accès à l'emploi, y contribuent. De par la revue de littérature constituée sur la thématique, et l'étude de cas que nous avons menée à Saint-Ouen et L'Île-Saint-Denis, qui se poursuit dès la fin de mon stage, plusieurs interfaces ont été identifiées : les études opérationnelles, les phases de relogement et de gestion chantier, la Gestion Urbaine de Proximité (GUP), via notamment les actions de Développement Social Urbain, ainsi que les Ateliers Santé Ville ou encore les CLSM. Plusieurs premières pistes de recommandations pour le territoire ont été formulées répondant à un objectif de promotion de la santé mentale, c'est-à-dire, à destination de la population générale, et à un second, celui de la prévention auprès des personnes souffrant déjà de maladies mentales, ou dont le risque de développer un troubles mental est important (création dans le cadre de l'ASV, et en lien avec les temporalités et les chantiers du PRU, de nouvelles interfaces ; élaboration d'un questionnaire anonyme à destination de la cohorte de patients du CMP, CMS résidant dans les quartiers, etc.).

Mots clés

Projet de renouvellement urbain - santé mentale - déterminants de la santé – promotion de la santé – réduction des inégalités - Saint-Ouen - L'Île-Saint-Denis – expérimentation – vulnérabilités – ARS – ANRU – PNRU / NPNRU

Lexique

Compétences psychosociales : « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. » (O.M.S., 1993)

Empowerment : « Les moyens par lesquels des individus, des groupes et/ou des communautés deviennent capables de prendre le contrôle de leur situation et atteignent leurs objectifs personnels, étant ainsi en mesure d'aider les autres et eux-mêmes à maximiser leur qualité de vie. » (Adams, 2008)

Pathologie / maladie : Les deux termes sont utilisés indifféremment dans le mémoire. Le terme pathologie renvoyant à l'ensemble des manifestations d'une maladie et de ses effets est utilisé par les professionnels de la santé, tandis que le terme maladie est utilisé dans le langage courant.

PLAI : prêt locatif aidé d'intégration, « les loyers PLAI sont les plus bas de ceux qui sont appliqués pour les logements sociaux. » (Freha.fr)

Troubles mentaux : Ils regroupent l'ensemble des troubles psychiques et des maladies mentales, et font donc référence à un grand nombre de problèmes de santé mentale (addiction, dépression, schizophrénie, etc.)

Vulnérabilité(s) : La santé mentale résulte d'un équilibre entre les situations imposées à un individu et les ressources dont il dispose (estime de soi, liens sociaux, rôle dans un groupe, etc.) pour les surmonter. Les vulnérabilités sont le fait que les ressources permettant à une personne d'agir (être acteur de sa vie) ne soient pas assez nombreuses pour passer au-dessus de situations, même quotidiennes.

Liste des abréviations

ANRU : Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine

AORIF : Union Sociale pour l'Habitat d'Ile-de-France

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Atelier Santé Ville

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CGET : Commissariat à l'égalité des territoires

CLIC : Centre Local d'Information de Coordination

CLS : Contrat Local de Santé

CLSM : Centre Local de Santé Mentale

CMP : Centre médico-psychologique

DPSRI : Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités

DSU : Développement Social Urbain

GUP : Gestion Urbaine de Proximité

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux québécois

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NPNRU : Nouveau Programme National pour la Rénovation Urbaine

PNRU : Programme National pour la Rénovation Urbaine

PRU : Projet de Renouvellement Urbain

SCHSE : Service Communal d'Hygiène de Santé et d'Environnement

Sommaire

Introduction	7
I- Les quartiers ANRU, des territoires urbains représentant un défi pour la promotion de la santé mentale	12
A) La santé mentale et le rôle des déterminants socio-économiques	12
B) Le lien entre urbanisme et santé, et l'impact de la ville sur la santé mentale	23
C) Les quartiers ANRU : de forts enjeux en termes de santé mentale liés aux caractéristiques de l'environnement urbain et aux caractéristiques psycho-sociales des habitants	34
II- Quels leviers d'action publique pour lutter contre les inégalités de santé et améliorer la vie des habitants des quartiers ANRU ?	53
A) Une promotion de la santé nécessaire	53
B) L'impact des projets de renouvellement urbain et les interfaces possibles pour la promotion de la santé mentale	67
C) De premières orientations pour faciliter la prise en compte de la santé mentale dans un projet d'aménagement urbain : étude de cas du projet de renouvellement urbain de Saint-Ouen/ L'Ile-Saint-Denis	79
Conclusion	90

Introduction

La psychologie hédoniste définie comme « l'étude de ce qui rend l'expérience de la vie plaisante ou déplaisante » (Kahneman & coll., 2003)¹, propose trois facteurs pouvant expliquer l'écart de ressenti du bien-être des individus : les « prédispositions génétiques et [les] interactions de chaque individu avec son éducation ou son environnement », le « cycle de vie et [les] circonstances particulières » (emploi, vivre seul...) ainsi que l'« activités intentionnelles » (socialisation, sentiment d'être utile, loisirs, etc.). Chacun de ces facteurs a un impact différent, ils représentent respectivement 50%, 10% et 40% des variations de sentiment de bien-être (Boutaud, 2016)². L'environnement et les possibilités d'action offertes aux individus prédomineraient dans le sentiment de bien-être des populations, ce qui laisserait la possibilité d'améliorer le bien-être des individus en influant sur ces facteurs.

L'urbanisme et les projets d'aménagement urbain, commencent ainsi à être perçus comme des moyens d'agir sur la santé aussi bien physique que mentale des citoyens. Le lien entre urbanisme et santé n'est cependant pas nouveau. En effet, les premiers grands travaux d'urbanisme ont vu le jour pour des raisons d'hygiène et de lutte contre les grandes épidémies. Les bidonvilles, le manque d'hygiène en ville ou encore la promiscuité des habitations, catalysaient au XIX^{ème} siècle le développement des épidémies de peste et de choléra. De là naîtra l'urbanisme hygiéniste, suivi dès le début du XX^{ème} siècle, de l'urbanisme fonctionnaliste et de planification faisant suite aux épidémies de tuberculose qui surviennent alors. Ces grands travaux, ainsi que les progrès de la médecine, réduisent considérablement l'impact et l'étendue cette maladie et d'autres. Aussi, les maladies infectieuses pour lesquelles le lien entre urbanisme et santé étaient évidents, diminuent et ce sont désormais les pathologies chroniques et non-transmissibles (allergies, maladies cardiovasculaires et pulmonaires, cancers, diabète, etc.), pour lesquelles ce lien apparaît plus ténu, qui constituent aujourd'hui les principales causes de morbidité dans les pays industrialisés.

¹ Kahneman D., Diener E. & Schwartz N., (2003), Well-Being : the Foundations of Hedonic Psychology, Russell Sage Foundation publications, New-York.

² Aurélien BOUTAUD, Existe-t-il des chaînes de causalité qui lient bien-être et urbanisme ?, Décembre 2016
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

Depuis les années 2000, cependant, avec notamment la publication du rapport "Urbanisme et santé. Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants." de Hugh Barton & Catherine Tsourou, cette thématique prend un nouvel essor. Elle reste néanmoins majoritairement tournée vers l'amélioration de la santé physique, via le développement d'espaces favorisant la pratique de l'activité physique, des mobilités douces, etc. ou via des actions visant à la réduction des nuisances environnementales (bruit, pollution de l'air, des sols, de l'eau, etc.). Bien que cette approche environnementale permette l'amélioration de la santé des populations, elle laisse souvent de côté les questions des inégalités de santé, l'impact des déterminants sociaux et les phénomènes de ségrégation associés, ainsi que celle de la santé mentale des habitants.

Le modèle des déterminants de la santé de Margaret Whitehead & Göran Dahlgren, publié en 1991, fait suite au rapport Lalonde (1974) et amène l'idée que les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales aient un impact sur la santé, aussi bien physique que mentale des populations. La santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». Elle représente donc plus que les personnes atteintes de maladie mentale, et englobe la totalité des individus.

En dehors des maladies, les individus peuvent donc être soumis à un simple mal-être, des troubles anxieux, de l'humeur ou encore des problèmes d'addiction, et ces troubles peuvent prévaloir chez certains individus, voir être démultipliés. Par exemple, des ménages ayant entre 840 et 1300 euros de revenus par mois sont 17% à présenter des troubles de l'humeur, contre 8% de ceux ayant des revenus mensuels supérieurs à 2520 euros (DRASS PACA, 2009).³ Ces troubles pourraient être accentués, voire déclenchés par le fonctionnement urbain et l'appropriation des espaces sensibles. Les liens sociaux, par exemple, qui sont particulièrement importants pour la bonne santé mentale des individus, peuvent être contraints ou niés par manque d'espaces de rencontre, ou encore mis à mal par des projets de réhabilitation ou de démolition d'immeubles en entraînant le relogement des personnes concernées. Les aménagements urbains peuvent également avoir un impact sur l'appropriation des espaces dans lesquels les individus évoluent et leur ressenti lorsqu'ils s'y trouvent. Le mauvais éclairage d'une rue, par exemple, peut créer un sentiment d'insécurité et provoquer du stress et du mal-être.

³ DRASS PACA - Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région PACA, 2009
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

La question du bien-être en ville, et des impacts du fonctionnement urbain, sont particulièrement prégnantes dans les territoires où se concentrent d'importantes difficultés socio-économiques, et où l'environnement urbain peut favoriser ces situations. Ce mal-être dans les quartiers prioritaires est inscrit dans l'ADN de la politique de la ville et s'est exprimé ces dernières années dans le cadre des démarches participatives organisées par les Ateliers Santé Ville⁴, en lien étroit avec les projets de renouvellement urbain d'envergure portés par l'ANRU. Les quartiers ANRU se distinguent du reste du territoire régional et national de par les inégalités de santé qui existent entre eux. « Les quartiers inscrits dans le cadre de la politique de la ville sont [en effet] des lieux souvent faiblement pourvus en professionnels de santé de premier recours et en structures d'exercices collectifs. Sur les 59 quartiers franciliens d'intérêt national au titre du NPNRU, 18 sont compris dans des communes considérées comme déficitaires et 21 fragiles en offre de soins de proximité selon le zonage de l'ARS Ile-de-France (2014). » (Protocole ANRU-ARS, 2017)⁴

En dehors des questions d'offre de soin, « les pathologies chroniques, [par exemple], frappent plus particulièrement les populations socialement fragiles : asthme, diabète, obésité, etc., et sont ainsi particulièrement présentes dans les QPV et les territoires de renouvellement urbain. Parmi ces pathologies, certaines peuvent être réduites par des logiques d'aménagement urbain, résidentiels et d'habitat exemplaires, qui permettent de favoriser la pratique de l'activité physique, la réduction du stress, du bruit et des nuisances environnementales et d'améliorer le cadre de vie pour contribuer au bien-être des habitants et usagers. » (Protocole ANRU-ARS, 2017)⁵ C'est justement dans un objectif d'amélioration du cadre de vie des quartiers Politique de la Ville "présentant les dysfonctionnements urbains les plus importants"⁶, que le Programme National pour la Rénovation Urbaine (PNRU) fut institué par la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1er août 2003, suivi, à partir de 2015, du Nouveau Programme National pour la Rénovation Urbaine (NPNRU).

Ces projets, comme tout projet d'aménagement, ne sont pas sans conséquences sur la vie et le bien-être des personnes qu'ils touchent, mais ils concernent des territoires où les inégalités de

⁴ Dispositif contractuel de la politique de la ville, qui anime, renforce et adapte la politique de santé publique au niveau local, avec un large volet participatif.

⁵ Protocole de collaboration entre l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France (2017-2019), 2017

⁶ Loi n° 2003-710 du 1 août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, article 9-1

santé sont déjà présentes, et des populations dont la santé mentale peut plus facilement être affectée par les changements. Les projets de renouvellement urbain peuvent avoir un impact sur la santé mentale de ces individus de par le relogement, les changements spatiaux, les nuisances liées aux travaux, etc., qu'ils peuvent entraîner.

Les quartiers dont nous parlons, bien qu'hétérogènes, sont caractérisés par un éloignement des transports en commun, des services, de l'offre de soin, ou encore de l'emploi et par une forte concentration d'habitat social, mais également de ménages souvent défavorisés. De plus, beaucoup de ces quartiers sont mono-fonctionnels, c'est-à-dire, principalement à vocation résidentielle, et le cadre bâti est généralement très dégradé. A cela peut s'ajouter la présence de dealers, renvoyant souvent une mauvaise image du quartier. Le trafic de drogue peut, en effet, y être prégnant, ce qui explique qu'un « quart des quartiers HLM périphériques des grandes unités urbaines [soient] concernés par une zone de sécurité prioritaire. » (ONPV, 2016)⁷ Les taux de pauvreté et de chômage sont également très élevés car l'accès à l'emploi reste difficile. En France métropolitaine, 42 % de leurs habitants ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté⁸ (INSEE, 2016), et en 2015, le taux de chômage dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) était de 26,4%, contre 10,6% en France métropolitaine (ONPV, 2016).⁹

La question que l'on peut alors se poser est la suivante : **En quoi la prise en compte de la santé mentale des habitants des quartiers ANRU dans les projets de renouvellement urbain, et les politiques publiques afférentes, représente-t-elle un enjeu majeur pour la réduction des inégalités de santé ?**

L'accompagnement social resté insuffisant, et l'orientation des projets principalement tournés vers le bâti et les investissements lourds, ont suscité un certain scepticisme quant à l'efficacité de ces projets. Malgré cela, de par les moyens considérables investis pour la rénovation de ces quartiers et les objectifs d'accès à l'emploi, ou encore d'amélioration du cadre de vie, les projets de renouvellement urbain représentent une opportunité de promouvoir la santé mentale, c'est-

⁷ Observatoire National de la politique de la ville, rapport annuel de 2016, http://www.onpv.fr/uploads/media_items/rapport-onpv-2016.original.pdf (consulté le 16 août 2017)

⁸ INSEE, Les habitants des quartiers de la politique de la ville, 2016 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538> (Consulté le 16 août 2017)

⁹ Observatoire National de la politique de la ville, rapport annuel de 2016, http://www.onpv.fr/uploads/media_items/rapport-onpv-2016.original.pdf (consulté le 16 août 2017)

à-dire, donner « aux populations les moyens d’assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d’améliorer celle-ci. » (OMS, 1986)¹⁰

En effet, la Gestion Urbaine de Proximité (GUP) et les actions de Développement Social Urbain, ou encore la phase de relogement, pourraient constituer des interfaces intéressantes pour promouvoir la santé mentale, car elles jouent un rôle clé dans le renforcement du lien social et l’appropriation du lieu de vie. Les Ateliers Santé Ville ou encore les Conseil Locaux de Santé Mentale (CLSM), mis en place dans le cadre, ou du moins en lien, avec le pilier social et sanitaire de la politique de la ville, pourraient également être des leviers à mobiliser si l’on souhaite renforcer les modalités d’accompagnement des populations et promouvoir la santé mentale, avec les contraintes et les vulnérabilités évoquées, dans ces territoires.

Pour répondre aux enjeux de santé soulevés par les projets de renouvellement urbain dans ces quartiers, l’Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine et l’Agence Régionale de Santé d’Ile-de-France, ont signé en janvier dernier un protocole, qui inscrit la volonté des deux parties de promouvoir une approche exemplaire du renouvellement urbain qui vise à contribuer à l’amélioration de l’état de santé physique et mental des populations en appréhendant l’impact sanitaire des projets pour en obtenir des bénéfices en termes de santé et d’offre de soins, et en réduire les effets négatifs potentiels (environnementaux, psycho-sociaux, etc.) (Protocole ANRU-ARS, 2017). »¹¹

L’expérimentation que nous avons menée sur le territoire de Saint-Ouen et de L’Ile-Saint-Denis, et qui donne lieu à ce mémoire, s’inscrit dans ce cadre et a pour but principal d’« accompagner les acteurs franciliens de l’urbanisme vers une meilleure prise en compte des enjeux de « santé mentale » dans la dynamique de renouvellement urbain. » (ARS IDF, 2017)¹²

En effet, la thématique que nous abordons et peu documentée et appréhendée par les acteurs du renouvellement urbain, qui ont émis le souhait d’être informés afin de pouvoir mieux prendre en compte la question de la santé mentale dans leur travail. Elle est menée par la Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités (DPSRI) de l’Agence Régionale de Santé d’Ile-de-France, créée en 2010 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST),

¹⁰ OMS, Charte d’Ottawa pour la promotion de la santé Organisation mondiale de la Santé, Première Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, Canada, 21 novembre 1986

¹¹ Protocole de collaboration entre l’Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) et l’Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France (2017-2019), 2017

¹² ARS IDF, Annonce du Stage Mission Grand Paris, 2017

et dont les deux grands objectifs sont l'amélioration la santé de la population et l'accroissement de l'efficience de notre système de santé (ARS IDF, 2017).¹³ La DPSRI comprend la Mission « Grand Paris » mise en place avec pour objectif d'impliquer l'agence sur le « traitement spécifique de la problématique liant urbanisme et santé » (ARS IDF, 2017)¹⁴. C'est donc dans le cadre de cette mission que j'ai effectué mon stage, et rédigé ce mémoire.

Il a principalement été élaboré sur la base d'une revue de littérature sur le lien entre « fonctionnement urbain et santé mentale », ainsi que de nombreux entretiens que j'ai conduits et analysés dans le cadre de cette revue et de l'étude de cas que nous avons menée sur les communes de Saint-Ouen et de L'Ile-Saint-Denis. Ces activités ont représenté mes missions principales. L'étude de cas nous a permis de confronter la revue de littérature à un cas pratique et d'inscrire notre démarche sur un territoire, les quartiers ANRU de Saint-Ouen, le Vieux Saint-Ouen et Cordon-La Motte-Taupin, et le quartier Sud de L'Ile-Saint-Denis. Nous avons établi un diagnostic pour comprendre la situation en termes de bien-être et de mal-être sur le territoire, et identifier les interfaces locales pour promouvoir la santé mentale. Ceci grâce aux entretiens d'acteurs locaux, mais aussi d'experts (sur les vulnérabilités, la qualité de vie, etc.) dont je parlais précédemment. Suite à cela, nous avons pu formuler des recommandations visant à intégrer les questions de santé mentale dans la dynamique du projet de renouvellement urbain.

A la suite de ce travail, mon mémoire s'est structuré en deux parties. Dans un premier temps nous aborderons la question du rapport entre santé mentale et urbanisme et des enjeux de santé spécifiques que soulèvent les quartiers ANRU, puis, dans un second temps, nous nous interrogerons sur les leviers possibles d'action publique pour répondre à ces enjeux.

¹³ ARS IDF Luce VIDAL ROZOY, Diaporama L'Agence régionale de santé Île-de-France Présentation générale, 26 mai 2016

¹⁴ ARS IDF, Annonce du Stage Mission Grand Paris, 2017

I- Les quartiers ANRU, des territoires urbains représentant un défi pour la promotion de la santé mentale

A) La santé mentale et le rôle des déterminants socio-économiques

1) Les déterminants de santé

La mauvaise santé a longtemps été pensée comme résultant de « l'action d'un agent pathogène externe sur un individu plus ou moins en capacité de se défendre » (Bourdillon F., 2009)¹⁵, édulant complètement tout autre facteur social, environnemental ou encore culturel. Des études mettant en évidence les déterminants de la santé vont néanmoins commencer à être publiées dès les années 1970. Cela commence par le rapport Lalonde de 1974, qui identifie quatre familles de déterminants dans une conception globale de la santé, c'est-à-dire, la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé. Un changement de vision s'opère, on considère désormais que d'autres facteurs influencent la santé des individus.

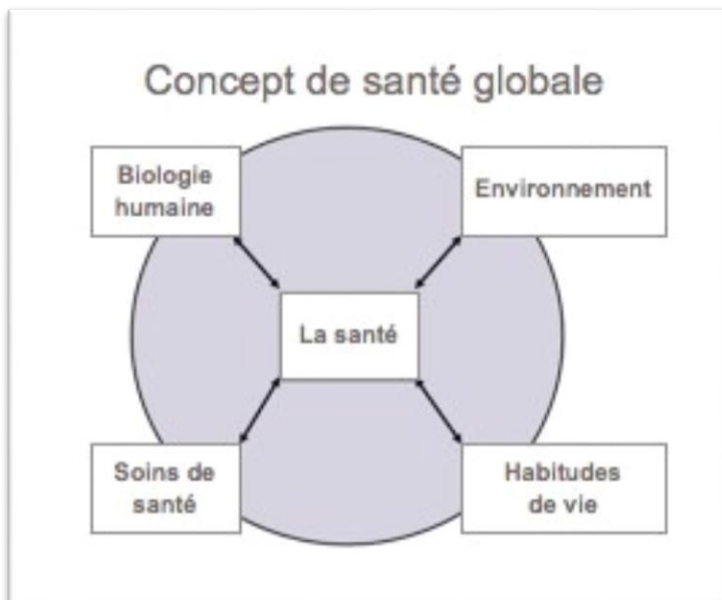


Figure 1 : Concept de santé globale, rapport Lalonde (1974), source : carouver.com

¹⁵ Guide EHESP « Agir pour un urbanisme favorable à la santé », 2014

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

Mais le modèle le plus connu et qui sert encore de référence aujourd'hui est celui de Margaret Whitehead & Göran Dahlgren publié en 1991. Dans leur modèle, la santé est déterminée par 4 niveaux d'influence jouant sur les facteurs de la biologie humaine : la sphère individuelle (facteurs biologiques et liés au comportement, style de vie des personnes), les influences sociales et locales, les facteurs matériels et structurels, et les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales. Ce modèle est particulièrement innovant car il prend en compte les inégalités de santé en expliquant qu'elles ne « peuvent pas s'expliquer uniquement par des différences individuelles et génétiques » (EHESP, 2014)¹⁶.

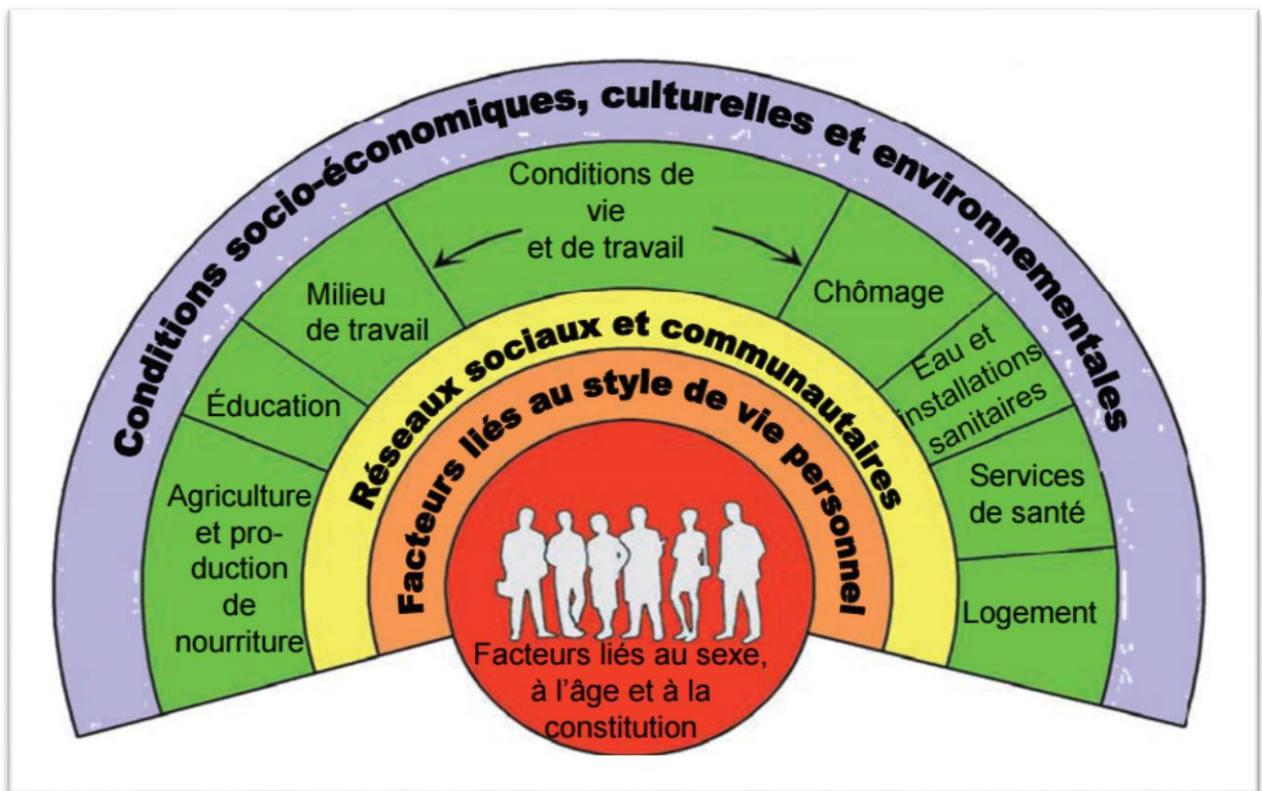


Figure 2 : DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction), source : Ireps Aquitaine

Finalement, un cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants a été élaboré par le Ministère de la santé et des services sociaux québécois (MSSS) en 2010. Il complète le modèle de Whitehead & Dahlgren, en introduisant la possibilité pour la santé d'évoluer selon le temps et les lieux (représentée comme une variable) et en mettant en avant le fait que les choix

¹⁶Guide EHESP « Agir pour un urbanisme favorable à la santé », 2014

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

d'aménagement du territoire sont des déterminants importants de la santé publique. Ce cadre est constitué de « quatre grands champs de déterminants de la santé (contexte global, systèmes, milieux de vie, caractéristiques individuelles) [et de] sous-champs (caractéristiques biologiques et génétiques, compétences personnelles et sociales, milieu familial, scolaire et de garde, etc.) » (EHESP, 2014)¹⁷. Ils déterminent l'état de santé des populations. Le MSSS différencie aussi la santé globale, physique, mentale et psychosociale.

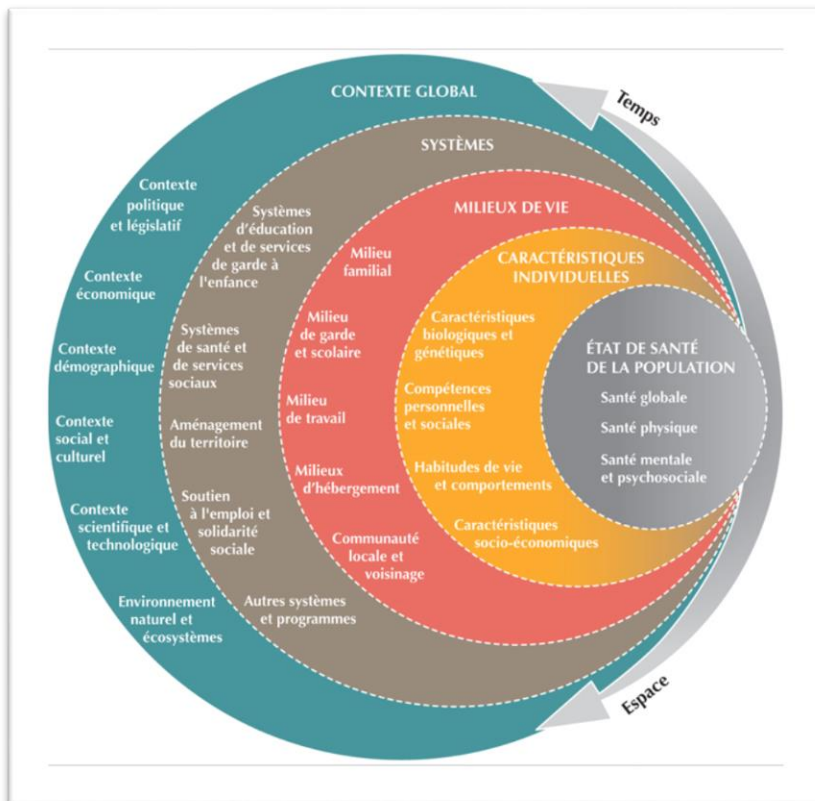


Figure 3 : Approche systémique de l'état de santé, source : Santé Publique France, 2015

Ce qu'il est également important de comprendre lorsque l'on s'intéresse aux déterminants de la santé, c'est qu'ils n'ont pas toujours le même impact, et qu'il est aussi parfois difficile à prouver. C'est par exemple le cas des espaces verts, bien que plusieurs recherches aient traité le sujet, ou encore le lien entre la biodiversité, l'écosystème et la santé. La notion de services écosystémiques, c'est-à-dire, les « bénéfiques que les hommes tirent des écosystèmes » n'est pas encore très développée ou mise en avant dans les politiques publiques. Ces modèles et la montée des nouvelles maladies telles que les maladies cardio-vasculaires, devenues la première cause

¹⁷Guide EHESP « Agir pour un urbanisme favorable à la santé », 2014

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

de mortalité dans les pays développés (Charles et al., 2016)¹⁸, et les maladies chroniques en forte augmentation avec l'augmentation des diverses pollutions au niveau mondial, a poussé les acteurs internationaux à réagir.

Ces nouvelles maladies vont faire émerger une fois encore le lien entre urbanisme et santé. Ainsi, lors de la 30^e Assemblée mondiale de la santé à Alma-Ata en 1978, le concept de Santé pour tous voit le jour. Elle sera suivie de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé et de la Charte d'Ottawa de 1986. La charte fixe l'objectif de la « Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà » (OMS, 1986)¹⁹.

Elle définit la promotion de la santé selon 5 axes :

- « Élaborer des politiques publiques favorables à la santé ;
- Créer des environnements favorables ;
- Renforcer l'action communautaire ;
- Acquérir des aptitudes individuelles ;
- Élargir le mandat des services de santé au-delà de l'offre de services cliniques et curatifs, dans le sens de la promotion de la santé. » (EHESP, 2014)²⁰

Par la promotion de la santé, les autorités internationales souhaitent donner aux individus et aux groupes constituant la société, toutes les cartes en main pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social. Cela peut être possible si les individus ont « davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. » (OMS, 1986)²¹ Cette charte a vocation à faire voir la santé comme une ressource de la vie quotidienne et non comme l'un de ces buts.

Cette nouvelle dynamique va donner naissance à l'urbanisme durable. Il vise à lutter contre les épidémies de maladies non-transmissibles et chroniques dont celles dont nous avons parlées précédemment, et contre l'isolement social ou encore les inégalités de santé. Il se manifeste principalement par le développement des modes de transports doux, en commun, la densification urbaine, et le développement des mixités (sociale, intergénérationnelle,

¹⁸ Fondation AIA Architecture-Santé-Environnement, Bien vivre la ville - et si la ville favorisait la santé et le bien-être ?, Girard Charles & Le DantecTangi (sous la direction de)), Archibooks, 2016, 204p.

¹⁹ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé Organisation mondiale de la Santé, Ottawa, Canada, 21 novembre 1986

²⁰ Guide EHESP « Agir pour un urbanisme favorable à la santé », 2014

²¹ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé Organisation mondiale de la Santé, Ottawa, Canada, 21 novembre 1986

fonctionnelle, etc.). Cet urbanisme émerge avec la question de la dégradation de l'environnement et de la prise de conscience générale du besoin de le préserver, ainsi que de vivre dans de meilleures conditions plus en adéquation avec son environnement, mais également avec le développement des maladies chroniques (allergies, asthmes, maladies cardiovasculaires et pulmonaires, cancers, obésité, diabète...). De plus, cette dégradation de l'environnement et de nos modes de vie et de travail (stress, précarité, etc.) a un impact sur la santé mentale comme par exemple le développement de troubles de la personnalité. Pour que l'urbanisme durable continue à se développer, il faut néanmoins que ce soit parallèlement le cas de la médecine environnementale (articulation des facteurs biologiques, socio-économiques et environnementaux) principalement représentée par l'Association Santé Environnement France (ASEF).

Au-delà de la charte d'Ottawa, la création des études d'impact environnementales en 1976, la loi de solidarité et de renouvellement urbains (SRU) de 2000, ou encore les décrets portant réforme des études d'impact et de l'évaluation environnementale des plans, schémas, programmes et des documents d'urbanisme, sont des avancées majeures de l'urbanisme durable.

2) Pathologies psychiatriques, santé mentale en population générale et vulnérabilités

La santé mentale est définie par l'OMS comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». La santé mentale est donc une notion qui va au-delà de la psychiatrie, bien qu'elle en face évidemment partie. Dans cette optique, la notion de vulnérabilité a été développée pour prendre en compte les différences d'impacts des événements de la vie sur la santé mentale des individus. D'après l'OMS, 1 personne sur 4 sera touchée par un trouble mentale au cours de sa vie (OMS, 2013).²² Ce qui représente un enjeu de santé publique majeur.

²² OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 2013

En parallèle de la notion de vulnérabilité se sont aussi développées celles de santé mentale perçue et de santé mentale positive. « La santé mentale perçue réfère à la perception d'une personne de sa santé mentale en général [mesure subjective de l'état de santé mentale]. L'état de santé mentale perçue fournit une indication générale de la population qui souffre d'une forme quelconque de désordre mental, problèmes mentaux ou émotionnels ou de détresse, qui n'est pas nécessairement rapportée par l'auto-évaluation de la santé (physique). » (ARS IDF, 2015)²³ La santé positive est la « discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel » (ARS IDF, 2015)²⁴. La première notion et la seconde, comme celle de vulnérabilité appuient l'idée que la santé mentale représente plus que la psychiatrie ; la dernière intègre particulièrement le bien-être dans la réflexion et qualifie la santé mentale comme dimension à part entière de la vie des populations. Nous voyons bien ici que ces sujets et notions amènent à envisager une réflexion plus en amont sur les déterminants du bien-être et de la santé mentale et à aller au-delà des questions curatives.

La psychiatrie est la branche de la médecine qui vise à traiter les maladies mentales et les troubles du psychisme²⁵. Ces maladies modifient le comportement d'un individu (troubles affectifs, de l'alimentation, de la personnalité, dépendances...). On peut par exemple citer la psychose maniaco-dépressive, la boulimie ou encore les troubles de la personnalité narcissique²⁶.

²³ ARS Île-de-France, Fiche ressource CLS, 2015

²⁴ ARS Île-de-France, Fiche ressource CLS, 2015

²⁵ CNRTL, Définition de la psychiatrie, <http://www.cnrtl.fr/definition/psychiatrie> (Consulté le 21 avril 2017)

²⁶ MALADIESMENTALES.ORG, Liste des maladies mentales, <http://www.maladiesmentales.org/liste-des-maladies-mentales/> (Consulté le 21 avril 2017)

En population générale, au-delà des pathologies mentales, les troubles de santé mentale sont multiples. Il s'agit :

- *Des troubles de l'humeur* (épisodes dépressifs (passager, récurrent), dysthymie, épisodes maniaques) ;
- *Des troubles anxieux* (anxiété généralisée, phobie sociale, troubles paniques, agoraphobie, état de stress post-traumatique) ;
- *Des problèmes d'alcool* ;
- *Des problèmes de drogue* ;
- *Des syndromes d'allure psychotique* ;
- *Du risque suicidaire* ;
- *De l'insomnie.* (DRASS PACA, 2009)²⁷

En France métropolitaine chez les personnes de plus de 18 ans, près de 32% présente ou présentait au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie) (DRASS PACA, 2009)²⁸, ce qui représente une part considérable de la population. Les troubles majoritaires sont les troubles anxieux qui touchent 21,6% des adultes en France métropolitaine (DRASS PACA, 2009)²⁹. Une différence est notable selon les régions. Par exemple dans le tableau élaboré par la DRASS PACA en 2009 présentant la prévalence des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus (figure 1), le Nord-Pas-de-Calais (NPDC) et la région PACA présentent des taux parfois différents de la moyenne nationale. D'un point de vue global, le taux de personnes de plus de 18 ans présentant au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie) est de 2,2 points de plus en PACA et de 4 points de plus en NPDC que la moyenne nationale.

De la même manière, il existe des disparités selon le sexe ou encore l'âge des personnes. Ainsi, les femmes sont plus touchées par les troubles de l'anxiété, tandis que les jeunes et les hommes prévalent dans les problèmes de drogue. Cette différence peut s'expliquer pour plusieurs raisons, dont celle liée à la question des vulnérabilités, abordée ci-dessus. La situation des personnes ayant des vulnérabilités peut s'expliquer comme ceci :

« La santé mentale est l'interface entre le subjectif et les conditions imposées. Elle est un système qui peut être affecté par des déséquilibres. Il faut se poser la question de ce qui fait que

²⁷ DRASS PACA - Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région PACA, 2009

²⁸ DRASS PACA - Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région PACA, 2009

²⁹ DRASS PACA - Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région PACA, 2009

l'on réussit ou non à faire face à des situations/ imprévus, de façon individuelle ou collective. Ne pas faire face c'est être en difficulté, en échec, le rapport à soi et au monde est perturbé, et on ne peut de ce fait être acteur de sa vie. Les possibilités d'agir des personnes (coping en anglais) leur permettent de faire face. Il peut arriver que certaines personnes n'aient plus les ressources nécessaires pour faire face et passer au-dessus.

Les situations dans lesquelles elles se retrouvent ou les événements auxquels elles sont confrontées ne sont pas forcément catastrophiques. Les grands précaires développent souvent des solutions très surprenantes, inventives, pour passer au-dessus et n'ont pas forcément de problème de santé mentale liés à leur situation. Les enquêtes réalisées auprès de personnes vivant dans la rue, ont révélé un nombre plus important de personnes souffrant de problèmes psychiatriques que la moyenne, mais cela était principalement dû au fait qu'ils n'avaient pas été pris en charge par des institutions ou proches, et non du fait de vivre dans la rue.

Les problèmes de santé mentale sont dus à une conjugaison entre les manières dont les personnes sont confrontées à des situations particulières et ce qui leur permet de passer au-dessus de ces situations (ressources dont ils bénéficient). » (Michel Joubert, sociologue)³⁰

Ainsi, tout le monde n'est pas affecté de la même manière par des situations ou problèmes similaires. Ces inégalités de santé ont plusieurs causes, comme nous l'avons vu avec notamment le modèle des déterminants de la santé de Whitehead & Dahlgren. Mais les déterminants sociaux et économiques semblent avoir une importance majeure sur la santé mentale.

³⁰Michel Joubert, entretien du 22 mars 2017

Troubles repérés par le Mini	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Nord-Pas-de-Calais	France métropolitaine
Au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie)	33,3	35,9	31,9
Troubles de l'humeur ⁽¹⁾	13,4	16,1	13,6
Episode dépressif (2 semaines)	10,6	13,1	11,0
Dont trouble dépressif récurrent (vie entière)	5,3	6,3	5,6
Dysthymie (2 dernières années)	2,5	2,9	2,4
Episode maniaque (vie entière)	1,6	1,7	1,6
Troubles anxieux ⁽²⁾	21,5	24,7	21,6
Anxiété généralisée (6 derniers mois)	12,4	15,1	12,8
Phobie sociale (actuelle)	4,6	4,2	4,2
Trouble panique (actuel)	4,3	5,0	4,1
Agoraphobie (actuelle)	1,7	2,5	2,1
Dont agoraphobie avec trouble panique (actuelle)	0,4	0,7	0,5
Etat de stress post-traumatique (actuel)	0,9	0,8	0,7
Problème d'alcool	5,5	5,3	4,3
Problème de drogue	3,9	2,8	2,5
Syndrome d'allure psychotique (vie entière)	3,9	2,3	2,7
Syndrome psychotique isolé actuel	0,2	0,1	0,2
Syndrome psychotique isolé passé	0,7	0,5	0,5
Syndrome psychotique récurrent actuel	1,7	1,0	1,1
Syndrome psychotique récurrent passé	1,3	0,7	0,8
Risque suicidaire	14,4	15,1	13,6
Léger ⁽³⁾	10,4	10,5	9,8
Moyen	2,5	2,4	2,2
Elevé	1,5	2,2	1,7
Insomnie actuelle	15,7	14,0	*

* information non disponible
⁽¹⁾ Le diagnostic d'épisode dépressif récurrent exclut d'emblée celui de dysthymie.
⁽²⁾ L'exploration des symptômes d'anxiété généralisée n'a lieu qu'en l'absence de tout autre trouble anxieux.
⁽³⁾ Avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie suffit à la cotation d'un risque suicidaire léger.
Note : les prévalences correspondent à la part de la population concernée par chacun des troubles. Ainsi, 33,3 % des personnes de 18 ans et plus ont au moins un trouble de santé mentale dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.
Champ : Personnes âgées de 18 ans et plus

Figure 4 : Prévalence (%) des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus, source : Enquête SMPG – Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca – Asep – CCOMS – EPSM Lille Métropole

Le parti pris de notre expérimentation liant renouvellement urbain et santé mentale était de s'intéresser aux questions de vulnérabilité en population générale, c'est-à-dire, aux personnes ne souffrant pas de maladies mentales car elles représentent un nombre très important de personnes pouvant potentiellement être impactées par le projet urbain, positivement ou négativement, et ainsi aller au-delà de la seule question de la psychiatrie. Néanmoins, au fil de nos entretiens et de nos recherches, nous nous sommes rendu compte que deux groupes de personnes apparaissaient, définissant plusieurs objectifs à la fin de l'expérimentation. Le premier représente les personnes ne souffrant pas de pathologies mentales mais pouvant être affectées par les PRU, ceux visés initialement. Le second est apparu par la suite, il s'agit des personnes dont les pathologies sont découvertes pendant le PRU, notamment lors des réhabilitations ou démolitions de bâtiments, ou dont la situation s'aggrave pendant cette

période. C'est une problématique suffisamment importante pour que nous décidions d'élargir les populations visées.

Nous avons également souhaité nous mener cette expérimentation en marge des questions d'offre de soins, question majeure mais déjà traitée dans d'autres cadres et reléguant les questions de déterminants sociaux de la santé au second plan.

3) L'importance des implications sociales

La notion de vulnérabilité(s) inscrit l'importance de ces implications sociales et économiques, et de leurs conséquences sur la santé mentale. Cette importance se retrouve dans les plus gros facteurs de vulnérabilité. Pour Michel Joubert, sociologue, « le plus gros facteur de création de vulnérabilité(s) est le travail. Le fait de ne pas/plus avoir de travail joue largement sur la vulnérabilité des personnes mais beaucoup de personnes sont touchées alors même qu'elles sont dans le milieu du travail. Les changements qui s'opèrent dans le monde du travail et qui amènent une pression supplémentaire sur les travailleurs, les poussent à prendre de plus en plus sur eux dans le but d'être plus performants. Ils doivent alors piocher dans leurs ressources internes (leurs émotions) pour prouver qu'ils sont capables de prendre sur eux. La plupart passe au-dessus, s'adapte, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Certains se retrouvent dépossédés de cette capacité à agir, ce qui peut les pousser notamment à prendre des médicaments. Ce facteur peut s'ajouter à celui de l'isolement [car] le manque de soutien social ne permet pas de passer au-dessus de ces situations. » (Michel Joubert, sociologue)³¹

Il n'est pas nouveau de traiter le lien entre santé mentale et situation socio-économique par exemple, la notion de souffrance psychosociale, que Jean Furtos définit comme « la souffrance qui apparaît sur les lieux du social et empêche le travail social » (ARS IDF, 2016)³², est désormais intégrée dans le champ de la santé mentale. Le modèle « **bio-psycho-social** » met en avant l'interaction constante entre **les aspects biologiques, psychologiques et sociaux** des

³¹ Miche Joubert, entretien du 22 mars 2017

³² ARS Ile-de-France, Note Evelyne Jean-Gilles déterminants urbains et sociaux – Santé mentale, 2016
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

maladies mentales³³. La santé mentale d'un individu résulte donc de plusieurs aspects de sa vie et non d'un seul. »

On retrouve dans la liste dressée par l'OSM des facteurs influant sur la santé mentale, la question des implications sociales :

1. « Les pressions socioéconomiques persistantes – à corrélérer avec les taux de pauvreté, le faible niveau d'instruction ;
2. Un changement social rapide ;
3. La discrimination à l'égard des femmes ;
4. L'exclusion sociale ;
5. Un mode de vie malsain ;
6. Des conditions de travail éprouvantes ;
7. Les risques de violence ou de mauvaise santé physique ;
8. Les violations des droits de l'homme ;
9. Le profil psychologique individuel de prédisposition ;
10. Le déséquilibre chimique du cerveau lié à des causes biologiques. » (ARS IDF, 2016)³⁴

Certains de ces facteurs peuvent être corrélés avec une composante de projet urbain, car en plus d'avoir une influence sur la santé physique et les maladies, l'urbanisme et l'aménagement jouent un rôle majeur sur le bien-être des populations. C'est le cas pour la *pression socio-économique persistante* car une amélioration du logement (espace, niveau énergétique, etc.) peut entraîner une augmentation du loyer, et contraindre financièrement un peu plus une personne ou un ménage ; De même, il peut avoir un impact sur les *relations sociales* des habitants car la démolition et le relogement peuvent couper les liens de voisinage des habitants ou le changement de statut propriétaire vers locataire peut être très mal vécu ; Les recherches sur le genre dans l'espace public sont de plus en plus nombreuses. Cela s'explique par le fait qu'il peut être *discriminant vis-à-vis des femmes* ; Les formes urbaines choisies et l'emplacement de certains quartiers peuvent amener à *l'exclusion sociale* des habitants, se retrouvant dans des zones enclavées ; l'environnement urbain, l'alimentation et les mobilités

³³ Fondation des maladies mentales, « Qu'est-ce que la maladie mentale », <http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/les-maladies-mentale.html> (consulté le 31 mars 2017)

³⁴ ARS Ile-de-France, Note Evelyne Jean-Gilles déterminants urbains et sociaux – Santé mentale, 2016
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

sont tout autant susceptibles de créer un terrain sain et propice à la bonne santé mentale que *malsain et défavorable*. (ARS IDF, 2016)³⁵

Il existe donc des facteurs de risque, mais aussi des facteurs psychosociaux de protection (soutien social, l'occasion de représenter des rôles, l'estime de soi, la présence de confidents, l'autoefficacité (« désigne les croyances des individus quant à leurs capacités à réaliser des performances particulières » (Rondier, 2009)³⁶, l'identité et l'appartenance) qui participent à faire en sorte que les individus soient affectés différemment par les mêmes problématiques. Elles ne tomberont peut-être pas malades, ou si c'est le cas, la maladie pourra évoluer d'une autre façon. Par exemple, « les personnes intégrées à un tissu social très fort, sont moins fréquemment malades. » (ARS IDF, 2016)³⁷ Même vivant dans des situations de grande précarité, ces personnes n'auront pas forcément les mêmes problèmes que les personnes isolées ou mal intégrées. De ce fait, il peut arriver que lors d'un relogement, bien que l'environnement dans lesquels sont placées ces personnes soit sain, celles-ci tombent malades (dépression, pathologies psychologiques, etc.) car elles ne bénéficient plus de la protection que leur tissu social leur offrait (ARS IDF, 2016).³⁸

C'est aussi en cela que l'on parle de vulnérabilité. Un individu peut être vulnérable sur un point mais pas sur d'autres. Au contraire un individu peut accumuler plusieurs vulnérabilités et c'est cela qui créera un déséquilibre et un mal-être important. Certains contextes peuvent favoriser l'accumulation de vulnérabilités et l'apparition de troubles psychiques, d'un mal-être. C'est le cas de la situation maritale des individus. Les personnes célibataires, séparées, ou veuves sont en général bien plus soumises à des troubles que les personnes mariées. Par exemple, les troubles de l'humeur touchent 21% des personnes séparées, 17% des personnes veuves, 16% des personnes célibataires et seulement 10% des personnes mariées. Les revenus semblent aussi jouer un rôle majeur. Les personnes ayant les revenus les plus faibles ont majoritairement plus de troubles que les autres. Ainsi, 38% des personnes dont le revenu n'excède pas 840 euros par mois présentent au moins un trouble (hors risque suicidaire et insomnie), 36% lorsqu'elles ont entre 840 et 1300 euros de revenus par mois, 32% entre 1300 et 2520 euros par mois et 26% lorsque leurs revenus sont supérieurs à 2520 euros par mois. Soit un écart de 12 points entre la

³⁵ ARS Ile-de-France, Note Evelyne Jean-Gilles déterminants urbains et sociaux – Santé mentale, 2016

³⁶ Maïlys Rondier, « A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* », *L'orientation scolaire et professionnelle* [Online], 33/3 | 2004, Online since 28 September 2009, (Consulté le 21 août 2017) URL : <http://osp.revues.org/741>

³⁷ ARS Ile-de-France, Note Pilar Arcella-Giroux Profession banlieue, 2016

³⁸ ARS Ile-de-France, Note Pilar Arcella-Giroux Profession banlieue, 2016

première et la dernière catégorie. Le risque suicidaire est même doublé pour les personnes dont les revenus ne dépassent pas 840 euros en comparaison avec ceux dont les revenus sont de plus de 2520 euros.

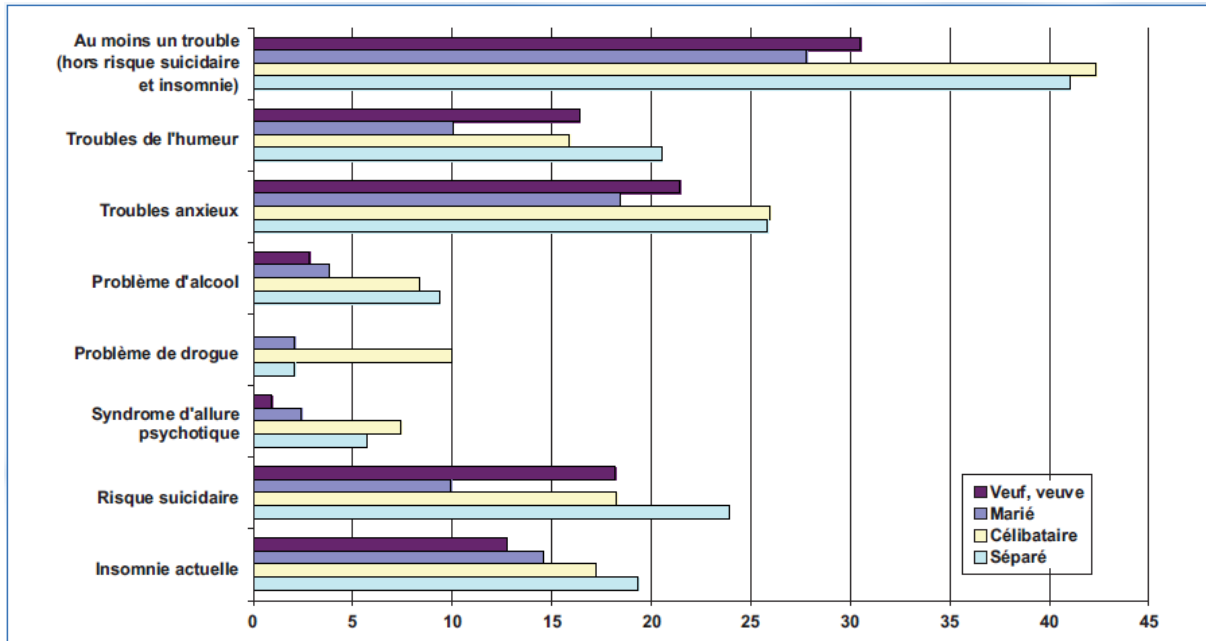


Figure 5 : Prévalence (%) des différents troubles selon la situation matrimoniale, source : Enquête SMPG – Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca – Asep – CCOMS – EPSM Lille Métropole

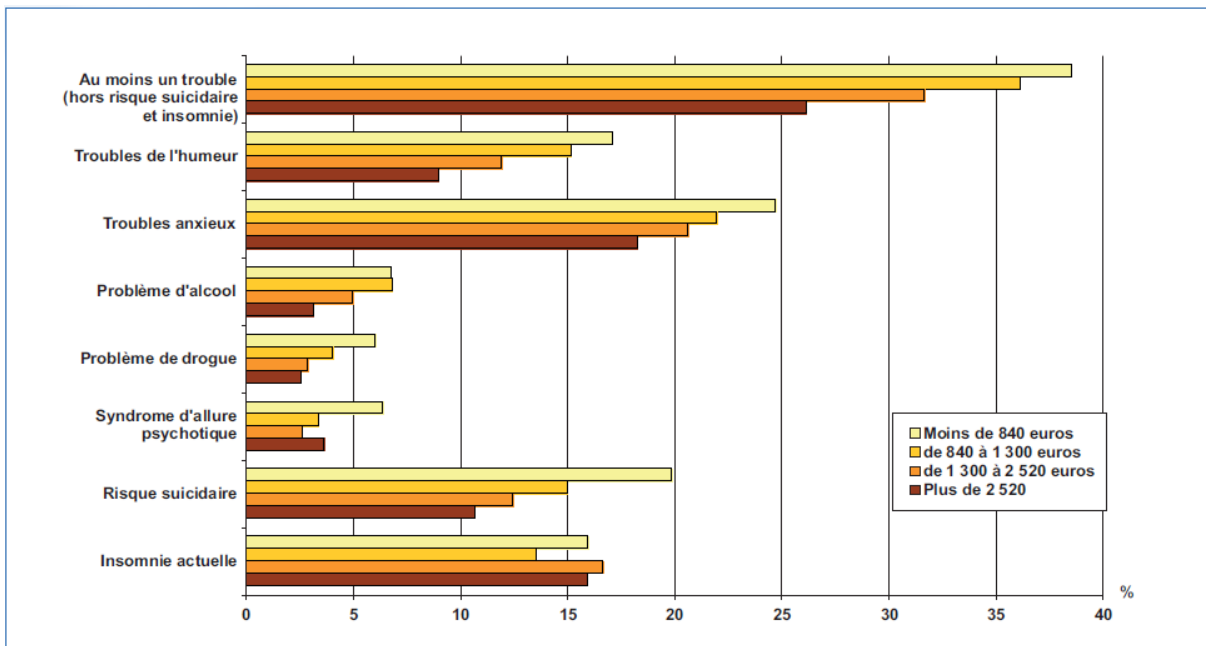


Figure 6 : Prévalence (%) des différents troubles selon le revenu mensuel familial, source : Enquête SMPG – Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca – Asep – CCOMS – EPSM Lille Métropole

Les personnes en situation de fragilité sont donc généralement plus touchées par des troubles psychiques que les autres. Pour autant, les personnes en situation de précarité ne souffrent pas plus que la population générale de maladies mentales (Lazarus, 1995).³⁹

L'étude menée par Viviane Kovess (Kovess V et al., 1999)⁴⁰ sur un échantillon de la population générale et sur un échantillon de bénéficiaires du revenu minimal d'insertion (RMI) « a montré que la fréquence [des épisodes dépressifs] chez les bénéficiaires du RMI était nettement plus élevée que dans les autres catégories de la population. » (OMS Europe, 2006)⁴¹ Ces personnes n'avaient de plus pas recours aux soins médicaux pour se soigner que les autres. Ce qui peut aussi expliquer qu'en moyenne « la durée des épisodes dépressifs était plus longue chez les bénéficiaires du RMI, notamment les femmes. » (OMS Europe, 2006)⁴²

Il semblerait qu'il y ait de plus une prévalence d'allocataires du RMI présentant des symptômes de détresse psychique sévère en zone urbaine mais le rapport Lazarus précise que « personne ne sait, s'ils doivent être rapportés essentiellement à un mauvais état de santé mentale, voire une maladie psychiatrique soignable en tant que telle ou s'ils traduisent un mal être important, que seul le changement de leurs conditions de vie est susceptible d'améliorer. » (Lazarus, 1995)

⁴³ La pauvreté a des conséquences importantes sur la santé mentale et le psychisme des individus du fait de plusieurs éléments, comme par exemple d'une enfance parfois difficile, du chômage (perte d'estime de soi, problèmes financiers, ennui, troubles du sommeil, etc., pouvant entraîner des dépressions, de la dépendance, des tentatives de suicide...), de processus de désocialisation, d'une accessibilité limitée aux services de santé (bien que ce soit les publics qui en aient le plus besoin) ou encore des facteurs internes qui agissent sur leur comportement comme un manque d'estime de soi ou le développement d'un niveau de culpabilité élevé (ARS IDF, 2016).⁴⁴

³⁹Rapport Lazarus, Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail "ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale", février 1995

⁴⁰Kovess V et al. Mental health and use of care in people receiving a French social benefit. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1999, 34:588-594

⁴¹ OMS Europe, Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions, 2006

⁴² OMS Europe, Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions, 2006

⁴³ Rapport Lazarus, Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail "ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale", février 1995

⁴⁴ ARS Ile-de-France, Note Pilar Arcella-Giroux Profession banlieue, 2016

La notion de précarité est souvent employée pour parler du contexte de pauvreté. Il ne faut pas pour autant se focaliser sur cette notion qui « *représente une situation de cumule de difficultés et de manques* » (Michel Joubert, sociologue)⁴⁵. Le concept de vulnérabilité est en cela novateur car il dépasse l'idée de précarité et offre une nouvelle dimension de penser les déterminants de la santé mentale. Le sociologue Michel Joubert explique l'importance du concept. « Ce qui est intéressant et important de rechercher c'est la dynamique de changement, savoir ce qui a produit la précarité plutôt que de simplement la constater. Robert Castel l'a bien démontré et a participé à développer cette idée, il a « cassé » cet état statique et a refusé les théories de l'exclusion qui amènent l'idée que les personnes exclues sont en dehors du monde social et met de côté les mécanismes qui ont amené à ce changement progressif de situation. Il s'est posé la question de savoir comment on en arrive à perdre ses ressources, ses repères, car ce sont des dynamiques qui font que certains se retrouvent dans des situations où ils ne peuvent plus agir. » (Michel Joubert, sociologue)⁴⁶

La notion de vulnérabilité permet de mettre en évidence le fait que la situation des individus vulnérables n'est pas définitive et que l'on peut améliorer leur santé mentale en jouant sur ce qui provoque ces vulnérabilités.

Les réflexions sur les inégalités de santé des populations ont donné lieu à des travaux sur les déterminants sociaux de la santé. Ils ne doivent pas être confondus avec les « facteurs de risque », car ils ont une acceptation beaucoup plus large qui ne les présente pas comme la cause directe d'une maladie, d'une faiblesse de santé, « comme le tabac induit le cancer du poumon » (Goldberg, Melchior et al., 2002)⁴⁷, ni ne sous-entend de reproduction sociale. Ce terme permet d'envisager les causes et mécanismes qui mènent à des différences importantes en matière de santé en fonction des individus ou groupes d'individus (Goldberg, Melchior et al., 2002).⁴⁸

⁴⁵ Miche Joubert, entretien du 22 mars 2017

⁴⁶ Miche Joubert, entretien du 22 mars 2017

⁴⁷Goldberg Marcel, Melchior Maria, Leclerc Annette, Lert France. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°4, 2002. Vingt ans. Numéro anniversaire. pp. 75-128

⁴⁸Goldberg Marcel, Melchior Maria, Leclerc Annette, Lert France. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé. In: Sciences sociales et santé. Volume 20, n°4, 2002. Vingt ans. Numéro anniversaire. pp. 75-128

B) Le lien entre urbanisme et santé, et l'impact de la ville sur la santé mentale

1) La redécouverte du lien entre urbanisme et santé à travers le prisme de la Mission « Grand Paris » de l'ARS IDF

Si la question des liens entre renouvellement urbain et santé mentale n'a pas encore réellement fait l'objet d'études ou d'ouvrages (*à reformuler*), elle s'inscrit néanmoins dans une histoire beaucoup plus large qui prend de nouveau de l'ampleur après avoir été mise de côté. Cette histoire est celle du lien entre urbanisme et santé. Trois grandes périodes sont souvent citées l'urbanisme hygiéniste, l'urbanisme fonctionnaliste et de planification et l'urbanisme durable (EHESP, 2014)⁴⁹. L'urbanisme hygiéniste est apparu dans le courant du XIX^{ème} siècle. Il avait pour principale fonction la lutte contre l'insalubrité et les « miasmes », que l'on pensait à l'origine des épidémies de peste et de choléra. Entre 1832 et 1849 33 000 personnes de l'agglomération parisienne sont mortes des causes du choléra (Charles et al., 2016)⁵⁰, on comprend alors la nécessité des acteurs institutionnels de réagir. Les principales actions menées ont été d'assainir et d'aérer le tissu urbain, et ont principalement été illustrées par la démarche du Baron Haussmann et de ses grands travaux à Paris menant à la destruction des habitats insalubres et à la modernisation de la ville. L'ambition de la ville se concrétisa dès 1852 avec la première percée Haussmannienne ou encore entre 1883-1884 avec les arrêtés du Préfet Poubelle (obligation de mettre les déchets ménagers dans un récipient clos). Cette démarche a été étendue au reste de la France avec notamment la création du parc de la Tête d'Or à Lyon en 1856. Ce mouvement engage aussi des changements au niveau hospitalier par la création de nouveaux hôpitaux par Tenon qui pensait que l'organisation spatiale de ces derniers pouvait aider à guérir les patients (importance de la ventilation, etc.). Dans ce cadre l'hôpital Lariboisière voit par exemple le jour en 1854.

Du début au dernier tiers du XX^{ème} siècle émerge l'urbanisme fonctionnaliste et de planification. Il se développe à la suite des épidémies de tuberculose qui sont la cause en 1920

⁴⁹Guide EHESP « Agir pour un urbanisme favorable à la santé », 2014

⁵⁰ Fondation AIA Architecture-Santé-Environnement, Bien vivre la ville - et si la ville favorisait la santé et le bien-être ?, Girard Charles & Le DantecTangi (sous la direction de), Archibooks, 2016, 204p.

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

d'1 mort sur 6 dans l'agglomération parisienne (Charles et al., 2016)⁵¹. Au début du siècle peu de solutions sont trouvées dans la médecine et les médecins utilisent alors en ce temps les sanatoriums (importance de l'air, du soleil et de la lumière qui se matérialise aussi dans l'architecture elle-même avec notamment les réalisations de Le Corbusier qui ouvre l'espace d'habitation et de vie). La population demande aussi un confort plus important et une meilleure qualité de vie. Les actions principalement menées se font dans le but d'une « aseptisation » de la ville, d'un apport du confort dans les logements et du développement de la ville en faveur des déplacements automobiles. Suite à ces deux logiques plusieurs lois ont été abrogées. C'est le cas de la première loi de santé publique en 1902 créant le permis de construire qui deviendra obligatoire sur le territoire en 1943. En 1933 est élaborée et signée la Charte d'Athènes établissant les bases de l'architecture fonctionnaliste.

Pendant cette période, les choses commencent aussi à changer en matière de maladies mentales. Avant les années 1960, en effet, les malades étaient placés dans des asiles à l'écart du reste de la population, car on pensait que la transmission des maladies mentales était génétique. Après la prise en considération de la psychanalyse et des travaux de Freud, le regard des médecins change. Les asiles s'ouvrent sur la ville, remplaçant un certain nombre de malades dans un contexte social réel, et permettant le contact entre eux et le reste de la population. De nouvelles raisons sont trouvées à ces maladies, rendant ainsi possible l'évolution des pratiques thérapeutiques et l'invention des neuroleptiques, changeant la vie de beaucoup de patients⁵².

Cet urbanisme et les progrès de la médecine ont fait reculer la tuberculose, en 1950 la mortalité due à la tuberculose avait diminué de 90% dans l'agglomération parisienne. Cependant, suite à ces progrès les liens entre urbanisme et santé se sont peu à peu distendus. On ne recourt alors plus à l'utilisation de l'espace et de l'environnement pour soigner les populations. Cette séparation se matérialise notamment avec la création progressive de différents ministères (création de 1920 à 1930 du ministère de l'hygiène puis de la santé publique, création en 1944 du ministère de la reconstruction et de l'urbanisme, etc.), qui favorise le cloisonnement progressif des champs de l'urbanisme, de l'environnement et de la santé.

Comme nous l'avons vu, cette thématique est revenue sous la forme de l'urbanisme durable et des études ont été menées mettant en évidence la prépondérance de certains troubles psychiques

⁵¹ Fondation AIA Architecture-Santé-Environnement, Bien vivre la ville - et si la ville favorisait la santé et le bien-être ?, Girard Charles & Le DantecTangi (sous la direction de)), Archibooks, 2016, 204p.

⁵² Compte-rendu du Forum : « Santé et aménagement des territoires franciliens : Comment agir ensemble ? », organisé le 27 février 2013 à la Maison de la Mutualité, Paris 5 (Albert LÉVY)

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

ou pathologies en ville pour de multiples les raisons. Les modes de vie urbains et la concentration de certaines populations en ville en sont des exemples, comme le montre l'importance des problèmes d'addiction et de consommation de drogues en milieu urbain, qui peuvent s'expliquer par le fait que les villes, par l'anonymat qu'elles offrent, attirent des personnes ayant des problèmes psychiques (sur le plan de la sexualité, des addictions). Il est aussi plus facile de se procurer de la drogue dans cet environnement (Tubiana, 2001).⁵³

D'après plusieurs études les troubles de l'humeur ou encore l'anxiété, seraient particulièrement présents en ville. L'une d'elle, menée par le chercheur Andreas Meyer-Lindenberg, directeur de l'Institut central pour la santé mentale à Mannheim, a donné des résultats montrant l'implication du mode de vie citadin sur la santé mentale. Elle montre les effets bénéfiques de la ville mais aussi négatifs aux vues de son impact sur les troubles de l'humeur et de l'anxiété qui prévalent chez les citadins (Hansen, 2016).⁵⁴

« Mais il existe [également d'autres] études [...] qui expliquent que les villes enlèvent certains facteurs de protection de la santé mentale comme les espaces verts, l'exercice et particulièrement les interactions sociales. » Par exemple, les phénomènes de migration urbaine obligent les individus à reconstruire leur réseau social, ce qui peut provoquer de la dépression et de l'anxiété (Kirk, 2016).⁵⁵

L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France (ARS), « établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées » (ARS IDF, 2016)⁵⁶, structure dans laquelle j'ai effectué mon stage, s'est emparée de la question des inégalités de santé et du lien entre urbanisme et santé.

En effet, les ARS, créées le 1er avril 2010 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 à deux grands objectifs : améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé. L'Ile-de-France souffrant d'importantes

⁵³ Maurice Tubiana, « La santé et la ville : santé physique et santé mentale », 5 février 2001

⁵⁴ Steve Hansen, "Urban Planning a Strategy for Mental Illness", *Sourceable*, publié le 03 mars 2016 URL : <https://sourceable.net/urban-planning-strategy-mental-illness/> (consulté le 18 avril 2017)

⁵⁵ Mimi Kirk, "How to Support Mental Health Through Urban Planning", *CityLab*, publié le 23 décembre 2016, URL : <http://www.citylab.com/design/2016/12/how-to-support-mental-health-through-urban-planning/510833/> (Consulté le 18 avril 2017)

⁵⁶ ARS IDF Luce VIDAL ROZOY, Diaporama L'Agence régionale de santé Île-de-France Présentation générale, 26 mai 2016

inégalités socio-économiques et de santé et l'agence devant assurer la santé de tous, aborde cette thématique.

Ces questions d'implications sociales dans la santé des individus nous concernent tout particulièrement car la direction dans laquelle je fais mon stage est celle de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités. Elle est composée de deux pôles, le pôle « Besoins, Réduction des Inégalités, Territoires » (BRIT) et du pôle « Offre en Prévention et Promotion de la santé ». La mission Grand Paris à laquelle je suis rattachée fait partie du département « Identification des Besoins et orientations en santé publique et parcours » du premier pôle (ARS IDF, 2016)⁵⁷. Les grands enjeux de la promotion de la santé intègrent les questions de déterminants de la santé qui sont également majeures si l'on souhaite travailler sur la réduction des inégalités de santé. La direction a souhaité, avec mon stage, mettre l'accent sur la thématique de santé mentale, souvent orientée vers la psychiatrie ou oubliée, ainsi que celle de la santé et de l'habitat. Bien que d'ordinaire le lien entre l'urbanisme et la santé se fasse généralement sous l'angle de l'environnement, ici le choix a été fait de le questionner sous l'angle de la réduction des inégalités et d'identification des besoins des populations, permettant véritablement d'inclure les enjeux et déterminants sociaux dans cette relation.

2) Les facteurs d'impact sur la santé mentale liés au fonctionnement urbain

La santé mentale des populations citadines peut aussi être conditionnée par l'organisation urbaine et l'appropriation des espaces sensibles. Décider d'organiser un espace de telle ou telle manière n'est pas sans conséquences. Il peut en résulter la création de contextes favorables, ou non, au bien-être des individus et à leur santé mentale en général.

Le milieu urbain est créateur d'un certain nombre de facteurs de vulnérabilités car il peut avoir une influence sur le rapport social. « Il y a des enjeux sur l'espace et l'existence d'espaces de croisement, de rencontre. Le problème est que, souvent, lors de l'élaboration de ces espaces de rencontre, il n'existe pas d'animation visant à voir comment les utiliser. Ce qui a pour résultat

⁵⁷ ARS IDF Bernard Kirschen, Diaporama La Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités, 4 octobre 2016

un détournement de leur usage. L'appropriation de ces espaces est primordiale pour que les échanges et une cohésion sociale en émergent. C'est dès la conception de ces espaces que les habitants doivent être impliqués. Ces espaces doivent donc être co-construits pour pouvoir ensuite être investis. Les résultats de la co-construction ou non des espaces de rencontre sont très marqués. Lorsqu'il y a implication des habitants, ils sont généralement très positifs. Les habitants du quartier se sentent à l'aise et les rapports entre eux sont souvent très bons. Lorsqu'au contraire les habitants sont mis de côté et reçoivent ces espaces, ils sont rarement appropriés et sont détournés pour des usages pouvant créer des conflits entre habitants (vente de drogue, rassemblement, etc.). » (Michel Joubert, sociologue)⁵⁸

Ces détournements peuvent créer un sentiment d'insécurité, mais surtout des nuisances comme le bruit, la saleté, et plus généralement la salubrité publique... Les habitants n'ont, de plus, finalement pas accès à un espace de rencontre et peuvent s'isoler. Des tensions peuvent aussi apparaître car ils connaissent moins leurs voisins et ne peuvent plus communiquer avec eux au quotidien.

Les cheminements de certains quartiers peuvent également ne pas être sécurisés, créant là encore un sentiment d'insécurité. « Il est [pourtant] important que les espaces et chemins soient sûrs (en termes de crimes, délits, mais aussi pour les gens qui souffrent de maladies mentales comme l'Alzheimer) » sans qu'ils ne soient pour autant oppressants ou stériles. « Les gens doivent pouvoir choisir quelles routes prendre plutôt que de se la voir imposée pour raison de sécurité. » (Kirk, 2016)⁵⁹ En plus d'un sentiment d'insécurité, certaines personnes se voient donc imposées la manière même d'utiliser la ville et diminue le sentiment d'appropriation de l'espace, ainsi que la possibilité de choisir qui peuvent pourtant apparaître comme des facteurs psychosociaux de protection.

D'autres facteurs liés à l'organisation urbaine influencent la santé mentale des populations, c'est notamment le cas des transports et de la densité.

Une étude italienne a été menée à Turin, pour savoir comment influencent « l'environnement construit et le fonctionnement des villes sur la santé mentale. » Ils ont utilisé « les données sur la ville en elle-même (sa densité, la localisation des parcs, etc.) et les services présents (les

⁵⁸ Miche Joubert, entretien du 22 mars 2017

⁵⁹Mimi Kirk, "How to Support Mental Health Through Urban Planning", *CityLab*, publié le 23 décembre 2016, URL : <http://www.citylab.com/design/2016/12/how-to-support-mental-health-through-urban-planning/510833/> (Consulté le 18 avril 2017)

cinémas, théâtres, les transports publics et leur accessibilité selon les quartiers, etc.). » (Melis, 2016)⁶⁰ Ils ont ensuite croisé ces données avec celles de la consommation d'antidépresseurs de la ville. Les résultats indiquent qu'une « bonne accessibilité aux transports publics, comme une structure urbaine dense, pourraient contribuer à réduire le risque de dépression, notamment pour les femmes et les personnes plus âgées, en augmentant les opportunités de se déplacer et de profiter d'une vie sociale active » (Melis, 2016)⁶¹. « Les femmes et personnes âgées entre 50 et 64 ans se faisaient prescrire moins d'antidépresseurs lors qu'elles vivaient dans des endroits où le bus ou le train étaient rapidement accessibles, et où les immeubles étaient en moyenne plus hauts comparé à leurs équivalents dans des zones plus éloignées et dispersées. » (Melis, 2016)⁶² L'accessibilité des transports publics et la densité, ainsi que l'ambiance d'un quartier ont donc un effet sur la consommation d'antidépresseurs en dehors de tout critère de différenciation sociale, économique ou de statut (caractéristiques sociales, nationalité, niveau d'éducation, emploi).

Les populations vivant dans des territoires éloignés des transports et du tissu urbain se retrouvent en difficulté pour accéder à des services, des activités, des endroits et peuvent se sentir exclues vis-à-vis d'autres territoires et habitants. La forme même du quartier peut renforcer cette impression d'enclavement. En effet, il peut par exemple arriver que la diversité des habitats scinde un quartier en deux.

Ce fut par exemple le cas dans l'un des quartiers d'Aubervilliers, le quartier « Robespierre-Cochennec-Péri ». Le diagnostic en santé mentale du le quartier de [...] avait révélé une problématique de voisinage à l'échelle du quartier. Les habitants des pavillons ne souhaitaient pas avoir de contact avec ceux des barres alors même qu'ils faisaient partie du même quartier. En effet, « chaque forme urbaine sous-entendait une appartenance sociale différente [et] les habitants des pavillons ne [voulant] pas [...] être associés [aux habitants des barres] qu'ils

⁶⁰ Giulia Melis, "Public transport and urban density affect urban mental health, says Italian study", *Urban design mental health*, publié 07 février 2016, URL : <http://www.urbandesignmentalhealth.com/blog/category/urban-planning> (Consulté le 19 avril 2017)

⁶¹ Giulia Melis, "Public transport and urban density affect urban mental health, says Italian study", *Urban design mental health*, publié 07 février 2016, URL : <http://www.urbandesignmentalhealth.com/blog/category/urban-planning> (Consulté le 19 avril 2017)

⁶² Giulia Melis, "Public transport and urban density affect urban mental health, says Italian study", *Urban design mental health*, publié 07 février 2016, URL : <http://www.urbandesignmentalhealth.com/blog/category/urban-planning> (Consulté le 19 avril 2017)

voyaient comme des « cas sociaux » » avaient fini par les éviter totalement. (Pilar Arcella-Giroux)⁶³

La concentration de logements sociaux et de populations fragiles dans certains quartiers peut jouer sur l'impression d'enclavement de ces derniers. Dans ces quartiers les gens se connaissent souvent et des liens de solidarités se développent entre eux, créant ainsi un entre soi. Didier Lapeyronnie explique dans son article « Rénover les quartiers » que l'« interconnaissance » de ces habitants leur permet d'assurer une sécurité collective, mais isole les personnes extérieures au quartier et peut les rendre méfiantes vis-à-vis de ces populations aux liens forts (CES de l'ANRU, 2014).⁶⁴

Certains territoires cumulent ces problèmes avec des nuisances environnementales. Les sols sont parfois pollués, ainsi que les habitats qui peuvent contenir de l'amiante ou encore du plomb. En France, 3 600 000 personnes sont mal logées, dont 600 000 enfants, dont beaucoup sont atteints de saturnisme qui est une intoxication par le plomb (UNICEF, 2015)⁶⁵. Elle peut par exemple engendrer de l'anémie ou des troubles digestifs, mais aussi des retards mentaux et/ou psychomoteurs. Ils peuvent également être fortement exposés au bruit s'ils se trouvent, par exemple, près d'une route, d'un périphérique. Les habitations peuvent, de plus, être mal isolées et laisser d'autant plus passer le bruit. Ce qui peut augmenter les conflits de voisinage. La thématique des transports et de l'éloignement apparaît également lorsque l'on aborde la question de la précarité énergétique. L'INSEE définit un ménage en situation de vulnérabilité énergétique « si son taux d'effort dépasse 8% pour le logement et 4,5 % pour les déplacements. » (ADEME, Région Rhône-Alpes, 2015)⁶⁶. « Ainsi, les individus les plus vulnérables au renchérissement de l'énergie sont ceux qui cumulent un habitat à mauvaise efficacité thermique et un éloignement de leur lieu de travail, des commerces et des services. » (Host et al., 2014)⁶⁷ Les ménages les plus touchés en France métropolitaine ne sont pas ceux vivant dans les pôles urbains mais ils représentent malgré tout « 13,8 % * pour les grands pôles,

⁶³ Pilar Arcella-Giroux, entretien du 12 avril 2017

⁶⁴ CES de l'ANRU, « Mon quartier a changé ! », La documentation Française, Paris, 2014, p38-39

⁶⁵ UNICEF, France : 600 000 enfants mal-logés, publié le 04 février 2010, modifié le 31 décembre 2015, URL : <https://www.unicef.fr/article/france-600-000-enfants-mal-loges> (Consulté le 25 avril 2017)

⁶⁶ ADEME et Région Rhône-Alpes, Vulnérabilités et précarités socio-économiques liées aux conditions énergétiques, Premiers repères quantitatifs et qualitatifs de la situation des ménages et des territoires dans la région Rhône-Alpes, février 2015

⁶⁷ Host S., Grange D., Mettetal L, Dubois U. Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2014. 20 p.

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

24,0 % pour les moyens et petits » (ADEME, Région Rhône-Alpes, 2015).⁶⁸ Les personnes s'en sortant le mieux dans les milieux urbains sont principalement celles ayant moins de contraintes de déplacements et non simplement celles ayant les revenus les plus élevés.

L'Île-de-France est l'une des régions les moins vulnérables concernant les dépenses énergétiques liées au logement des ménages (6,3%) et de transport (moins de 10%) (ADEME, Région Rhône-Alpes, 2015).⁶⁹ Mais la précarité énergétique touche tout de même 360 300 ménages, soit 630 525 personnes dans la région, ce qui représente 7,5% de tous les ménages d'Île-de-France (Host et al., 2014).⁷⁰

Dans la région, aussi bien en maison individuelle qu'en logement collectif, les ménages dont le taux d'effort énergétique dépasse les 10% sont majoritairement ceux dont les revenus sont inférieurs à 1135€ (66% pour les maisons individuelles et 90% pour les logements locatifs) et souvent des ménages composés d'une seule personne (47% pour les maisons individuelles et 68% pour les logements locatifs). En revanche ces ménages sont en grosse partie des jeunes dans les immeubles locatifs. Dans les deux cas, cependant les ménages de plus de 60 ans sont aussi souvent les plus en difficulté (Host et al., 2014).⁷¹

La situation de précarité énergétique a des conséquences sur la santé physique mais aussi mentale des ménages. Elle peut « altérer la concentration et la motivation chez les enfants » et leurs résultats scolaires ainsi qu'affecter « le bien-être émotionnel et la résilience », mais aussi créer des tensions au sein de la famille. En effet, les problèmes thermiques peuvent pousser ses membres à limiter leur expansion dans l'espace domestique et par la même leur intimité.

Finalement, la précarité énergétique peut avoir pour conséquence l'isolement social. Tout d'abord parce que les budgets des ménages en souffrant est très limité, les sorties le sont aussi. Puis, la situation du logement fait que les ménages sont moins enclins à inviter d'autres

⁶⁸ ADEME et Région Rhône-Alpes, Vulnérabilités et précarités socio-économiques liées aux conditions énergétiques, Premiers repères quantitatifs et qualitatifs de la situation des ménages et des territoires dans la région Rhône-Alpes

⁶⁹ ADEME et Région Rhône-Alpes, Vulnérabilités et précarités socio-économiques liées aux conditions énergétiques, Premiers repères quantitatifs et qualitatifs de la situation des ménages et des territoires dans la région Rhône-Alpes

⁷⁰ Host S., Grange D., Mettetal L, Dubois U. Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2014. 20 p.

⁷¹ Host S., Grange D., Mettetal L, Dubois U. Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2014. 20 p.

personnes chez elles, par honte ou inconfort. Pour finir, les problèmes d'hygiène liés à la précarité augmentent l'isolement social (Host et al., 2014).⁷²

Pour améliorer les conditions de vie, la santé des populations et parfois la salubrité publique, des projets urbains et d'aménagement peuvent être mis en œuvre. L'opération peut cependant avoir un impact sur la santé mentale des habitants et usagers. Le relogement et les nuisances induites par le chantier en sont les causes principales. Ces projets peuvent amener à la destruction d'immeubles, de co-propriétés et entraîner le relogement des personnes les habitant. Cet événement et les démarches qui le suivent ont des incidences certaines sur la santé mentale. Dans leur article, « « On les aide à partir ». Le relogement comme révélateur des contradictions du développement social dans le cadre de la rénovation urbaine », Pascale Dietrich-Ragon et Yankel Fijalkow parlent de la question du relogement en étudiant le quartier de la porte Pouchet dans le 17^e arrondissement de Paris. Le chargé des affaires sociales de Paris Habitat, alors en place, déclare : « Le mot déménagement peut tuer » (Dietrich-Ragon & Fijalkow, 2013).⁷³ Formule choc pour montrer la violence que cette pratique peut avoir sur les personnes concernées. Tout le monde ne souhaite pas déménager, car cela signifie parfois un logement plus petit ou un effort financier à fournir et la perte de voisins et de liens sociaux. Comme il a été expliqué précédemment, cette perte de repère et de liens sociaux peut avoir des conséquences dramatiques sur les individus et entraîner des maladies ou une souffrance psychologique à la suite du relogement, car ils ne bénéficient plus de ces facteurs psychosociaux de protection.

Pour les habitants la tâche est lourde aussi car de nombreuses démarches doivent être engagées dans le cadre du déménagement (changement d'adresse, etc.). Certaines personnes (personnes âgées, handicapées, psychologiquement fragiles, etc.) peuvent avoir besoin d'une aide supplémentaire et matérielle. Il peut exister sur des sites spécifiques des associations qui se chargent de les aider dans la tâche du déménagement (ANRU, 2006).⁷⁴ Certains, ne verront donc pas dans ces projets une amélioration de leur cadre de vie, au contraire des raisons qui

⁷²Host S., Grange D., Mettetal L, Dubois U. Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France. Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2014. 20 p.

⁷³Pascale Dietrich-Ragon, Yankel Fijalkow, « « On les aide à partir ». Le relogement comme révélateur des contradictions du développement social dans le cadre de la rénovation urbaine », *Espaces et sociétés* 2013/4 (n° 155), p. 113-128. DOI 10.3917/esp.155.0111

⁷⁴ANRU, Fiches repères de la rénovation urbaine - Gestion urbaine de proximité, Fiches d'expérience, septembre 2006

fondent pourtant les projets. Cependant l'avis des habitants diverge car ils n'ont pas tous le même attachement au quartier ou les mêmes situations financière, sociales, maritales, etc. Aussi, les acteurs de terrain comme les gardiens peuvent participer au deuil du logement et du quartier en parlant des avantages que cela pourra leur apporter après les efforts engagés, ou du fait qu'ils peuvent se montrer exigeants, lorsqu'ils ont le choix, en matière de relogement face aux institutions (Dietrich-Ragon & Fijalkow, 2013).⁷⁵ Le relogement des propriétaires est encore plus délicat que celui des locataires car ils se sont souvent endettés pour accéder à la propriété, et redevenir locataire est socialement perçu comme une sorte de retour en arrière (Alice Collet).⁷⁶

En plus de l'épreuve du relogement, la phase de chantier induit des nuisances importantes pour les habitants qui doivent partir, mais aussi pour ceux qui restent. Il se peut qu'entre le début du relogement et les démolitions plusieurs mois se passent. Différents problèmes peuvent alors survenir comme le squat des logements vides (possibilité d'installer des portes blindées, etc.), la dégradation des parties communes, ou encore la dévalorisation des alentours de l'immeuble voué à la destruction, etc. Les chantiers en eux-mêmes, qui peuvent durer plusieurs années sont la source de nuisances telles que les « saletés, déchets, bruits, perturbations des cheminements, de la signalétique, du stationnement, des aires de jeux, craintes pour la sécurité des enfants et des adolescents », etc. (ANRU, 2006)⁷⁷

La question du logement est majeure dans ce genre d'opération. Une rénovation d'immeuble ou la construction de nouveaux peut avoir des conséquences très positives sur les individus en matière de santé mentale. Mais pour que le projet reste durable et ait les effets attendus, il faut aussi que les locataires ou propriétaires puissent s'y sentir réellement chez eux. « Jean Furtos parle de l'importance de l'investissement dans le logement. On peut habiter dans un logement s'en l'investir réellement. Il faut que les conditions soient favorables à l'investissement. Les bonnes relations entre voisins et la participation à la vie de la cité sont essentielles pour que les habitants d'un logement se sentent bien et qu'ils s'y investissent réellement. Lorsque cela n'est

⁷⁵Pascale Dietrich-Ragon, Yankel Fijalkow, « « On les aide à partir ». Le relogement comme révélateur des contradictions du développement social dans le cadre de la rénovation urbaine », *Espaces et sociétés* 2013/4 (n° 155), p. 113-128. DOI 10.3917/esp.155.0111

⁷⁶Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

⁷⁷ANRU, Fiches repères de la rénovation urbaine - Gestion urbaine de proximité, Fiches d'expérience, septembre 2006

pas le cas, les habitants peuvent avoir des comportements négatifs et ne pas respecter leur environnement (destruction, saleté...). » (Pilar Arcella-Giroux)⁷⁸

Les espaces de rencontre, évoqués précédemment, que les projets d'aménagement peuvent rénover ou créer, doivent absolument être concertés et acceptés « ce sont [en effet] des vecteurs très importants car ils amènent la thématique de la relation entre le privé et le public. L'action publique sépare les deux sphères et a sa propre compréhension de leur relation, qui est souvent différente dans la réalité. L'espace privé est à nourrir par le biais de l'action publique et de l'aménagement en créant des espaces entre le privé et le public. Si les tensions que portent certaines personnes ne sont pas évacuées par ces espaces et une prise en considération, elles se répercuteront dans l'espace privé (sur le/la conjoint(e), les enfants, etc.) car l'individu lorsqu'il rentre chez lui est renvoyé à lui-même, à ce qu'il est. » (Michel Joubert, sociologue)^{79*}

Pour promouvoir les espaces de socialisation, il peut être simplement possible d'installer des « bancs, chaises ou encore des échiquiers dans les parcs et square. » (Kirk, 2016)⁸⁰ Il semblerait que les gens qui bénéficient de ce type d'endroit soient moins en souffrance psychique. Si après l'opération d'autres aménagements sont fait pour améliorer la qualité de l'environnement des quartiers, la santé mentale des habitants pourra être améliorée. Exemple avec les espaces verts. « L'accès aux espaces verts réduit l'anxiété et les troubles de déficit de l'attention chez les enfants. » (Kirk, 2016)⁸¹ Ils doivent être des espaces de vie quotidienne, et peuvent même jouer un rôle lors qu'on les aperçoit par la fenêtre. De plus, d'après l'expérience de Roger Ulrich en Pennsylvanie ou celle de W.C Sullivan & Frances E. Kuo de 1996, « la présence des plantes affecte également la bonne humeur, la sociabilité et la santé des habitants. » (Charles et al., 2016)⁸² Un dernier exemple serait celui des espaces qui encouragent l'activité (voies piétonnes,

⁷⁸Pilar Arcella-Giroux, entretien du 12 avril 2017

⁷⁹ Miche Joubert, entretien du 22 mars 2017

⁸⁰ KIRK Mimi, « How to Support Mental Health Through Urban Planning », *Citylab*, 23 décembre 2016, URL : <http://www.citylab.com/design/2016/12/how-to-support-mental-health-through-urban-planning/510833/> (Cosulté le 18 avril 2017)

⁸¹ KIRK Mimi, « How to Support Mental Health Through Urban Planning », *Citylab*, 23 décembre 2016, URL : <http://www.citylab.com/design/2016/12/how-to-support-mental-health-through-urban-planning/510833/> (Cosulté le 18 avril 2017)

⁸² Fondation AIA Architecture-Santé-Environnement, Bien vivre la ville - et si la ville favorisait la santé et le bien-être ?, Girard Charles & Le DantecTangi (sous la direction de), Archibooks, 2016, 204p.

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

etc.). Ils permettent de limiter la dépression car une activité physique régulière peut fonctionner au même titre que des antidépresseurs (Kirk, 2016).⁸³

3) ... et à l'appropriation des espaces sensibles

Comme vu précédemment, la ville a des effets sur la santé mentale des citoyens. Elle est vécue et appropriée par les individus de manière différente, certaines zones peuvent apparaître comme zones de bien-être, de mal être pour telle ou telle raison. L'environnement urbain est défini par trois éléments. Par sa situation, « le lieu, le moment pendant lequel il est investi, traversé, et sa relation à un contexte social, physique, etc. ; [par ses] formes sociales (perçues, vécues, représentées), [ses] formes spatiales (morphologiques, dynamiques) ou encore [ses] formes sensibles (descripteurs physiques, psychologiques ou phénoménologiques) ; [enfin par l'] action de mise en présence, de communication car le monde préexiste en sensibilité avant d'être représenté comme figuration » (Torgue, 2012).⁸⁴

L'importance du vécu et des interactions sociales apparaît avec l'exemple des espaces publics. Un espace apparaît comme public lorsqu'il est ouvert à tous, et au contraire comme privé lorsque l'on ne peut pas circuler librement et que son accès est « réservé à certaines populations ». Mais la notion d'accessibilité ne se limite pas à l'accès physique d'un lieu. « En effet, notre corps habite l'espace au moyen de chacun de ses sens, espace visuel bien sûr, mais aussi sonore, tactile ou olfactif. » (Chelkoff & Thibaud, 1992-1993)⁸⁵ Nos différents sens nous permettent d'accéder à des espaces, ainsi entendre une conversation ayant lieu par exemple dans la rue, nous replace dans l'espace public via notre ouïe. De ce fait, la frontière entre privé et public peut être atténuée. Un individu peut parfois autant indirectement qu'en étant à distance, se trouver dans un espace public ou privé. Il est important de ne pas séparer les interactions sociales et le cadre physique de l'espace.

⁸³ KIRK Mimi, « How to Support Mental Health Through Urban Planning », *Citylab*, 23 décembre 2016, URL : <http://www.citylab.com/design/2016/12/how-to-support-mental-health-through-urban-planning/510833/> (Consulté le 18 avril 2017)

⁸⁴ Henry Torgue. « Bruit urbain : nuisance ou ambiance ? », *Echo Bruit*, 2012, pp.8-10.

⁸⁵ Chelkoff, Grégoire ; Thibaud, Jean-Paul. L'espace public, modes sensibles : le regard sur la ville. *Les Annales de la recherche urbaine*, Décembre 1992- mars 1993, n° 57-58, pp. 7-16.

Les raisons d'un mal être ou d'un bien-être peuvent être tout d'abord techniques. Dès les années 1970, des techniques et technologies ont été développées pour prendre en compte les spécificités des terrains et adapter aux mieux les projets devant s'y implanter. L'approche aérodynamique a par exemple permis en 1977 déjà de se rendre compte « "que les bacs [à sable] étaient systématiquement dans les zones exposées au vent" » (Torgue, 2012)⁸⁶ « lors de l'évaluation du confort des espaces extérieurs de la cité Bonnevey à Cholet. » (Torgue, 2012)⁸⁷ La seconde raison qui peut être évoquée est celle de l'ambiance et du ressenti qu'elle procure à chacun. L'ambiance se compose de trois dimensions : le groupe, l'évènement et le lieu. L'ambiance se distingue de l'environnement, et ne peut pas non plus être définie comme purement subjective. En effet, « elle ne peut se passer de la matérialité de l'espace construit et aménagé (on parle alors d'ambiances architecturales et urbaines), elle convoque par ailleurs une dimension anthropologique et collective irréductible à l'expérience individuelle. » (Thibaud, 2012)⁸⁸

Cette notion amène à distinguer deux formes de spatialité qui doivent pour autant être appréhendées ensemble car elles « sont toujours simultanément présentes dans l'expérience de tous les jours. » (Leduc, 2014)⁸⁹ L'espace pragmatique et finalisé « celui de nos actions et perceptions, celui des objets et des pratiques qui s'y rapportent [...], l'espace fonctionnel de la vie quotidienne (espace orienté, clair, géographique) » (Leduc, 2014)⁹⁰ et l'espace affectif et qualifié « celui de nos humeurs et de nos sensations, celui des atmosphères qui nous enveloppent et des sentiments qui nous traversent (espace thymique, noir, du paysage). » (Leduc, 2014)⁹¹

L'ambiance est principalement perçue et fait donc appel à l'affectif, elle désigne le « comment » de l'expérience et non le « quoi » (Leduc, 2014).⁹²

⁸⁶ Henry Torgue. « Bruit urbain : nuisance ou ambiance ? », *Echo Bruit*, 2012, pp.8-10.

⁸⁷ Henry Torgue. « Bruit urbain : nuisance ou ambiance ? », *Echo Bruit*, 2012, pp.8-10.

⁸⁸Thibaud Jean-Paul, « Petite archéologie de la notion d'ambiance », *Communications*, Volume 90, 2012, pp. 155-174.

⁸⁹Thomas Leduc, « Ambiances et formes urbaines : De la gêne au bien-être », 5e congrès national Santé Environnement, Rennes, le 26 nov. 2014

⁹⁰Thomas Leduc, « Ambiances et formes urbaines : De la gêne au bien-être », 5e congrès national Santé Environnement, Rennes, le 26 nov. 2014

⁹¹Thomas Leduc, « Ambiances et formes urbaines : De la gêne au bien-être », 5e congrès national Santé Environnement, Rennes, le 26 nov. 2014

⁹²Thomas Leduc, « Ambiances et formes urbaines : De la gêne au bien-être », 5e congrès national Santé Environnement, Rennes, le 26 nov. 2014

Les projets d'urbanisme et opération d'aménagement sont depuis longtemps basés sur une approche matérialiste. Depuis peu, des voix s'élèvent en faveur de l'intégration d'approches « qualitatives » dans le domaine de la recherche urbaine. On parle désormais davantage de « « ville sensible » (« perpétuer l'expérience subjective des lieux et leurs inscriptions spatiales »), « ville sensorielle » ou même [de] « ville poétique » » (Bailly & Marchand, 2016)⁹³, mais cela reste encore du discours. Cette approche scientifique du sensible vise à prendre en compte le rapport subjectif des populations aux lieux et les « dimensions sensorielles, émotives, affectives, symboliques qui façonnent les espaces et leurs paysages urbains » (Bailly & Marchand, 2016)⁹⁴ dans les projets d'aménagement et d'urbanisme. « L'individu n'est pas envisagé comme un simple usager rationnel de la ville mais comme un être qui ressent, qui éprouve, qui perçoit, qui expérimente et évalue l'espace – aussi – à partir de son corps, de ses sens, de ses affects. De son expérience subjective, il donne sens au lieu et crée son propre paysage urbain. » (Bailly & Marchand, 2016)⁹⁵ En effet, la qualité des lieux « résulte autant d'un agencement, d'un savoir technique ou spatial que de son appréhension par les individus. [...] L'expérience apparaît [...] au centre du ressenti urbain et de la possibilité d'être dans les lieux. » (Bailly & Marchand, 2016)⁹⁶ Tout comme le territoire agit sur l'individu, l'individu agit sur le territoire. Il semble même que ce soit cette relation fonde plus encore les espaces et territoires, que les formes, organisations urbaines et relations sociales (Bailly & Marchand, 2016).⁹⁷

L'individu est au centre de cette démarche, et il semble ici plus que nécessaire de l'impliquer dans les projets urbains pour que l'expérience vécue favorise une situation de bien-être physique et mental.

Des chercheurs ont souhaitaient mesurer l'expérience des individus dans un lieu. Pour cela, Colin Ellard et Charles Montgomery ont mené l'expérience "Testing, Testing!" à New-York, Berlin et Mumbai entre 2011 et 2013. Elle est menée dans le but de mesurer « les effets de

⁹³Émeline Bailly et Dorothee Marchand, « La ville sensible au cœur de la qualité urbaine », *Métropolitiques*, 20 avril 2016. URL: <http://www.metropolitiques.eu/La-ville-sensible-au-coeur-dela.html> (Consulté le 04 mai 2017)

⁹⁴Émeline Bailly et Dorothee Marchand, « La ville sensible au cœur de la qualité urbaine », *Métropolitiques*, 20 avril 2016. URL: <http://www.metropolitiques.eu/La-ville-sensible-au-coeur-dela.html> (Consulté le 04 mai 2017)

⁹⁵Émeline Bailly et Dorothee Marchand, « La ville sensible au cœur de la qualité urbaine », *Métropolitiques*, 20 avril 2016. URL: <http://www.metropolitiques.eu/La-ville-sensible-au-coeur-dela.html> (Consulté le 04 mai 2017)

⁹⁶Émeline Bailly et Dorothee Marchand, « La ville sensible au cœur de la qualité urbaine », *Métropolitiques*, 20 avril 2016. URL: <http://www.metropolitiques.eu/La-ville-sensible-au-coeur-dela.html> (Consulté le 04 mai 2017)

⁹⁷Émeline Bailly et Dorothee Marchand, « La ville sensible au cœur de la qualité urbaine », *Métropolitiques*, 20 avril 2016. URL: <http://www.metropolitiques.eu/La-ville-sensible-au-coeur-dela.html> (Consulté le 04 mai 2017)

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

l'environnement sur leur corps et leurs pensées » (Ellard & Montgomery, 2013)⁹⁸. Les participants étaient munis d'un smartphone leur posant des questions définies selon leur localisation sur leur humeur actuelle et leur niveau d'excitation. Ils pouvaient ainsi décrire leur ressenti à l'aide de mots et de phrases. Les participants marchent ensuite selon un parcours défini et réagissent en fonction des endroits où ils se trouvent. Les modèles créés précédemment pour décrire le comportement humain vis-à-vis de notre environnement et des villes avançaient que nous réagissions de la même manière, ce que cette étude a voulu démentir. Chaque individu a sa propre psychologie et façon de réagir. Chaque marche se termine par un débriefing pendant lequel chacun peut exprimer ses ressentis et l'expérience montre que la réponse varie beaucoup en fonction de notre vécu et de notre expérience individuelle (Ellard & Montgomery, 2013).⁹⁹

Suite à l'analyse des résultats, plusieurs types d'espaces et caractéristiques se distinguent. Les espaces verts ont des effets positifs plus élevés que la moyenne mais le ressenti (l'excitation rapportée par les individus) diffère notamment à Berlin (cimetière) et Mumbai (parc d'un hôpital) car les jardins avaient d'autres fonctions et d'autres symboliques que celui de New York qui était un simple parc. La perméabilité des bâtiments a elle aussi un effet qui se distingue. Les entrées et façades des bâtiments qui étaient fermées et pouvaient donner un effet massif ne sont largement pas appréciées par les individus, ce qui confirme d'autres études menées à ce sujet. Pour finir, les endroits plus calmes suscitent des réactions divergentes selon les lieux d'étude. A Mumbai, il est ressorti que les endroits les plus calmes avaient beaucoup d'effets positifs et l'excitation rapportée par les individus était élevée, mais ce ne fût par exemple pas le cas à New York. Dans cette ville, d'ailleurs, il a été remarqué une différence de résultats en fonction du statut des participants à New York. Les non-résidents ont une humeur plus positive et une excitation rapportée plus élevée. Les représentations de chacun et l'habitude agissent donc aussi sur l'effet des lieux car l'expérience nous est propre.

Les résultats de l'expérience des deux chercheurs montrent finalement une différence importante entre l'excitation qui était rapportée par les individus et l'excitation physiologique. Il semblerait donc que nous ayons du mal à évaluer notre ressenti. Cela peut notamment

⁹⁸ Colin Ellard et Charles Montgomery, Expérience "Testing, Testing!", BMW Guggenheim Lab, 2013 URL : <http://www.bmwguggenheimlab.org/where-is-the-lab/mumbai-lab/mumbai-lab-city-projects/testing-testing-mumbai> (Consulté le 05 avril 2017)

⁹⁹ Colin Ellard et Charles Montgomery, Expérience "Testing, Testing!", BMW Guggenheim Lab, 2013 URL : <http://www.bmwguggenheimlab.org/where-is-the-lab/mumbai-lab/mumbai-lab-city-projects/testing-testing-mumbai> (Consulté le 05 avril 2017)

s'expliquer « parce que nous sommes perpétuellement en train de nous adapter au contexte actuel. » (Ellard & Montgomery, 2013)¹⁰⁰ Il est donc important de diminuer les lieux de stress puisque nous ne sommes pas toujours en mesure de les identifier et qu'une exposition prolongée à une excitation liée au stress peut avoir des conséquences sur notre santé, notamment le déclenchement de maladies chroniques.

C) Les quartiers ANRU : de forts enjeux en termes de santé mentale liés aux caractéristiques de l'environnement urbain et aux caractéristiques psychosociales des habitants

1) La dynamique PNRU et NPNRU : éléments clés, objectifs, moyens et temporalités

Pour comprendre ce que sont les quartiers ANRU, il est nécessaire de s'intéresser au Programme National pour la Rénovation Urbaine (PNRU) dont l'institution fait suite à la loi d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine du 1er août 2003. L'ANRU, l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine, est créée dans le même temps pour mettre en place et suivre le programme principalement au travers de directives et de son financement. L'agence est aussi principalement en charge du Programme National de Requalification des Quartiers Anciens Dégradés (PNRQAD) créé par la loi de « Mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion » du 25 mars 2009 qui concerne « la requalification urbaine et sociale des quartiers, la résorption de l'habitat indigne, l'amélioration et la diversification de l'offre de logements, l'amélioration de la performance énergétique des logements et le maintien de la mixité sociale au sein de ces quartiers. » (ANRU, 2012)¹⁰¹

¹⁰⁰ Colin Ellard et Charles Montgomery, Expérience "Testing, Testing!", BMW Guggenheim Lab, 2013 URL : <http://www.bmwguggenheimlab.org/where-is-the-lab/mumbai-lab/mumbai-lab-city-projects/testing-testing-mumbai> (Consulté le 05 avril 2017)

¹⁰¹ ANRU, Programme quartiers anciens, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Programme-Quartiers-Anciens> (Consulté le 20 mai 2017)
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

Dans le cadre des projets de renouvellement urbain, les principales actions des programmes de renouvellement urbain sont la réhabilitation des habitations, la création de voirie, la réorganisation du quartier, la démolition, la construction/ réhabilitation des espaces communs et d'équipements publics (équipements scolaires, sociaux, culturels, etc.).

Dans le cas de l'expérimentation que j'ai piloté pendant mon stage et dans la thématique de ce mémoire, nous nous sommes intéressés aux quartiers bénéficiant ou ayant bénéficiés du PNRU et NPNRU, moins spécifiques et d'une plus grande ampleur. Le PNRU, premier de ces deux programmes, concernait 490 quartiers de la métropole et de l'outre-mer ce qui représentait près de 4 millions d'habitants concernés (ANRU, 2012).¹⁰² Les premiers et principaux objectifs de ce programme sont la banalisation des quartiers ANRU qui apparaissent souvent comme spécifiques du fait de la concentration de populations aux caractéristiques socio-économiques similaires et du peu de mixité fonctionnelle créant parfois un entre soi et peu de raisons pour les personnes extérieures d'aller dans ces quartiers. Pour arriver à cette banalisation, le programme vise donc à redonner une attractivité à ces quartiers et à favoriser la mixité via « une transformation des logements, une diversification de l'habitat et des fonctions et le désenclavement. » (ANRU, 2015)¹⁰³ La mixité de population pourrait donc se faire grâce à la diversification de l'habitat en proposant par exemple des logements accessibles à la propriété privée et ainsi réduire le pourcentage de logements sociaux du quartier et attirer des classes sociales plus favorisées, mais aussi en relogant hors site une partie des habitants dont les immeubles sont voués à la démolition.

Le PNRU lancé en 2004, et devant initialement être finalisé en 2015, est en cours de finalisation. Il a mobilisé des moyens publics et privés considérables. Les subventions de l'ANRU composées de celles de l'Etat et de l'UESL - Action logement représentaient pas moins de 12,350 milliards d'euros, dont 11,8 milliard étaient de l'engagement seul de l'ANRU (ANRU, 2012).¹⁰⁴ Les travaux s'élevant en tout à 45,2 milliards d'euros, finançant principalement la construction (42,4%), la réhabilitation (13%) et l'aménagement (14,5%) (ANRU, 2015).¹⁰⁵

¹⁰²ANRU, Objectifs et fondamentaux du PNRU, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/ANRU/Objectifs-et-fondamentaux-du-PNRU> (Consulté le 20 mai 2017)

¹⁰³ANRU, « Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain Élaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de ville », février 2015

¹⁰⁴ANRU, Chiffres clés, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes> (Consulté le 14 mai 2017)

¹⁰⁵ANRU, « Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain Élaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de ville », février 2015

Le programme a particulièrement mobilisé des bailleurs sociaux ayant financé 44,3% des investissements, loin devant l'ANRU avec 23,8%, les villes et EPCI avec 14%, l'Etat, les Régions et les Départements à hauteur de 9,5% et enfin, les autres acteurs avec 8,4% (ANRU, 2015).¹⁰⁶ Ces investissements montrent la volonté de l'ANRU, comme des bailleurs et de ses autres partenaires, d'aider les quartiers ANRU, et de les modifier en profondeur pour parvenir à l'amélioration du cadre de vie de leurs habitants.

Le NPNRU, le Nouveau Programme National pour la Rénovation Urbaine, constitue la suite du PNRU. Ce sont toujours des projets financés par l'ANRU, les objectifs ayant été affinés et qui mettent l'accent sur des points importants comme la place des habitants, ou encore des acteurs économiques, associations, etc., ou encore la prise en compte des spécificités des territoires grâce à l'élaboration d'un diagnostic urbain. Ils sont pour ce fait inscrits « dans le cadre unique des contrats de ville. » (ANRU, 2015)¹⁰⁷

Là encore l'ANRU a défini plusieurs grands objectifs « à prendre en compte dans les conventions pluriannuelles », on retrouve les principaux du PNRU précisés et complétés :

- ▶▶ « Augmenter la diversité de l'habitat.
- ▶▶ Adapter la densité du quartier à son environnement et aux fonctions urbaines visées.
- ▶▶ Favoriser la mixité fonctionnelle (logements, activités, équipements, etc.) et consolider le potentiel de développement économique.
- ▶▶ Renforcer l'ouverture du quartier et la mobilité des habitants.
- ▶▶ Viser l'efficacité énergétique et contribuer à la transition écologique des quartiers.
- ▶▶ Réaliser des aménagements urbains et des programmes immobiliers de qualité prenant en compte les usages, les enjeux de gestion et de sûreté et anticipant les futures évolutions. » (ANRU, 2015)¹⁰⁸

¹⁰⁶ANRU, « Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain Élaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de ville », février 2015

¹⁰⁷ ANRU, « Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain Élaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de ville », février 2015

¹⁰⁸ ANRU, « Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain Élaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de ville », février 2015

Le NPNRU représente lui, 200 quartiers d'intérêt national et 250 d'intérêt régional. Bien que les financements du programme soient moins élevés que ceux qui précèdent, les subventions de l'ANRU représentent tout de même 5 milliards d'euros et les investissements publics près de 20 milliards (ANRU, 2012).¹⁰⁹

Les acteurs des deux programmes sont sensiblement les mêmes. En porteur de projet on retrouve le maire pour le PNRU et le président de l'intercommunalité dans le cadre du NPNRU car le projet doit maintenant être intercommunal. Il élabore le projet avec les acteurs de la ville comme les bailleurs, les promoteurs privés, les aménageurs, etc. qui le financent aussi, ainsi qu'avec les habitants, sur lesquels l'accent est mis dans le NPNRU comme nous venons de le voir. Finalement, il négocie le projet avec le Préfet, représenté par la délégation territoriale de l'ANRU et d'autres partenaires tels que la Région, les Départements, la caisse des dépôts, Action Logement, etc., qui nous l'avons vu, financent eux aussi le projet.

Encadré 1 : acteurs du projet de renouvellement urbain

ACTEURS DU PRU

Porteurs de projets : **Président d'intercommunalité/maire**

→ *Elabore et conduit le projet avec (& inversement)* : les **habitants** et les **acteurs de la ville** (bailleurs, promoteurs privés, aménageurs...)

→ *Négocie et finalise le projet avec (& inversement)* : le **Préfet** (délégation territoriale de l'ANRU) et d'**autres partenaires** (Région, départements, Caisse des Dépôts, Action Logement, etc.)

Les projets de renouvellement urbain engagés dans le cadre des PNRU et NPNRU ont une temporalité similaire. La première phase est celle du protocole de préfiguration, qui représente la « feuille de route » définie par les acteurs. « Le protocole doit être élaboré à la même échelle que le contrat de ville, généralement celle de l'agglomération ». « Approuvé par l'ANRU, [il] précise l'ambition, le programme d'études et les moyens d'ingénierie permettant d'aboutir à

¹⁰⁹ANRU, Chiffres clés, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes> (Consulté le 14 mai 2017)
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

des projets opérationnels. » – il « vise à allier un projet politique porté par les élus à un projet opérationnel » (ANRU, 2012)¹¹⁰

Pour que les projets soient de qualité, il est nécessaire d'établir :

- « Un diagnostic partagé qui définira les atouts des sites sur lesquels le projet pourra s'appuyer
- Des objectifs stratégiques clairs de transformation urbaine du quartier
- Un programme d'opérations détaillé, intégré à un projet urbain d'ensemble
- L'identification des conditions de réussite telles que la co-construction avec les habitants, l'insertion par l'emploi, la gestion urbaine de proximité du quartier... » (ANRU, 2012)¹¹¹

Il fait partie des contrats de ville, qui sont des projets élaborés par les collectivités au niveau des agglomérations et cette phase dure en moyenne 1 à 2 ans. Suite à un examen du projet par l'ANRU et ses partenaires, il est ou non validé. Si c'est le cas, le projet est décliné dans la convention de renouvellement urbain qui instaure la mise en œuvre (travaux, relogement des habitants, procédures d'urbanisme, gestion urbaine de proximité, etc.). Les phases d'élaboration de la convention, puis de mise en œuvre représentent généralement de 3 à 8 ans (ANRU, 2012).¹¹²

¹¹⁰ ANRU, Nouveau Programme National de Renouvellement. Les Protocoles de préfiguration, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Nouveau-Programme-National-de-Renouvellement-Urbain/Protocoles-de-prefiguration-signes> (Consulté le 14 mai 2017)

¹¹¹ ANRU, Nouveau Programme National de Renouvellement. Les Protocoles de préfiguration, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Nouveau-Programme-National-de-Renouvellement-Urbain/Protocoles-de-prefiguration-signes> (Consulté le 14 mai 2017)

¹¹² ANRU, Nouveau Programme National de Renouvellement. Les Protocoles de préfiguration, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Nouveau-Programme-National-de-Renouvellement-Urbain/Protocoles-de-prefiguration-signes> (Consulté le 14 mai 2017)

2) Etat des lieux des contraintes urbaines et sociales : les formes d'habitat, de concentration, d'agencement de l'espace public caractéristiques des quartiers ANRU

Le choix de s'intéresser aux quartiers politiques de la ville et plus particulièrement aux quartiers en renouvellement urbain est la conséquence de la constatation d'un mal-être important pouvant résulter de facteurs sociaux et personnels mais aussi de la concentration de populations fragiles et des quartiers en eux-mêmes dans lesquels ces dernières vivent. Comme nous l'avons précédemment expliqué, il est possible que les formes urbaines de ces quartiers entraînent un sentiment d'enclavement. Certains quartiers peuvent être ouverts vers l'extérieur mais d'autres sont bâtis de telle manière qu'ils ne sont traversés que par les habitants du quartier car ce sont les seules personnes ayant une raison de s'y rendre. En effet, la plupart de ces quartiers sont caractérisés par une monofonctionnalité (résidentielle) et peu ou pas de commerces y sont présents. Un « effet village » peut alors se créer et séparer les habitants de ces quartiers et les autres citoyens de la ville.

Leur situation joue, de plus, un rôle majeur, car ces quartiers peuvent être présents au centre même d'une ville ou en périphérie de celle-ci, pouvant renforcer le sentiment d'exclusion. De plus, les quartiers et leurs territoires sont différents, il est possible que les transports soient facilement accessibles, ce qui peut contribuer à effacer l'idée d'enclavement d'un quartier, ou au contraire qu'ils en soient éloignés. Une différence peut donc exister sur ce point entre les quartiers, certains ayant un accès plus aisé à l'extérieur. En Ile-de-France, les habitants des quartiers situés aux portes de Paris ont donc une mobilité plus facile, bien que la culture des personnes entre aussi en compte dans les comportements de déplacements.

Les espaces peuvent avoir une influence sur la sécurité, favoriser celle-ci ou non, et de ce fait parfois provoquer du bien-être comme de l'anxiété ou de l'intimidation, ce qui peut expliquer, entre autres raisons, que certains quartiers, notamment les quartiers politiques de la ville et ANRU soient investis par le trafic et que cela pèse sur le bien-être des habitants. Eric Amanou, directeur du bureau d'étude La Condition Urbaine, spécialiste des questions de sécurité et d'urbanisme, a par exemple travaillé sur les quartiers Nord de Marseille. Il explique que les

habitants subissent la pression des dealers à chaque endroit du quartier car ils sont visibles et surveillés par ces derniers. En Seine-Saint-Denis la situation est différente car cela est moins le cas, mais il y a tout de même une imbrication très forte. "Le trafic est un problème majeur qui ne peut pas se résoudre unilatéralement et par les urbanistes qui peuvent cependant le déplacer et contrarier les stratégies délinquantes." (Eric Amanou, La Condition Urbaine)¹¹³

Cette question du deal est prépondérante dans de nombreux quartiers ANRU. "Les personnes les plus exposées au trafic et à ses conséquences sont les 12-15 ans." (Lolo Tshiala, Association ERA 93)¹¹⁴ Il peut avoir des conséquences désastreuses sur le quotidien des familles, par exemple une assistante maternelle du Vieux Saint-Ouen a perdu son travail car les parents avaient peur de laisser leurs enfants chez elle à cause du deal et des méthodes qu'ils emploient parfois. Les parents sont particulièrement exposés à l'angoisse de voir leurs enfants recrutés par les dealers pour surveiller les entrées du quartier, d'autant plus, qu'ils les entraînent de plus en plus jeunes, à partir de 10 ans" (Lolo Tshiala, Association ERA 93)¹¹⁵. Ils s'approprient les différents espaces du quartier, qui passe d'un statut d'espace public, à celui d'espace privé.

C'est notamment le cas des espaces verts et des jeux pour enfants, souvent déjà peu nombreux dans le quartier et qui jouent pourtant un rôle dans la création de lien social et sur la santé mentale. Les quartiers concernés par le projet de renouvellement urbain, ainsi que les résidences qui le composent ne sont pas touchés de la même manière par les problèmes de mal-être, notamment du fait de la présence du deal dans l'immeuble et de la concentration de pauvreté et de fragilité sociale.

La concentration de ménages pauvres est importante dans les quartiers politique de la ville, mais varie également selon les résidences. Comme nous l'avons vu 42 % des habitants de ces quartiers, en France métropolitaine, ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté¹¹⁶ (INSEE, 2016), et en 2015, le taux de chômage dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) était de 26,4%, contre 10,6% en France métropolitaine (ONPV, 2016).¹¹⁷

¹¹³ Eric Amanou, entretien du 10 mai 2017

¹¹⁴ Lolo Tshiala, entretien du 04 mai 2017

¹¹⁵ Lolo Tshiala, entretien du 04 mai 2017

¹¹⁶ INSEE, Les habitants des quartiers de la politique de la ville, 2016 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538> (Consulté le 16 août 2017)

¹¹⁷ Observatoire National de la politique de la ville, rapport annuel de 2016, http://www.onpv.fr/uploads/media_items/rapport-onpv-2016.original.pdf (consulté le 16 août 2017)

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

Les quartiers politique de la ville ne sont pas tous concernés par les projets de renouvellement urbain. Plusieurs raisons justifient cela. L'article 9-1 de la loi n° 2003-710 du 1 août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, définit les quartiers ANRU comme "les quartiers présentant les dysfonctionnements urbains les plus importants." "Ce sont ceux qui concentrent les difficultés sociales les plus importantes." (Alice Collet, ANRU)¹¹⁸ Ces quartiers ont une concentration d'habitat social très importante, qui tourne souvent autour de 80% du total du parc immobilier, ce qui est généralement le cas pour les ensembles qui datent des années 1960-1970 (Alice Collet, ANRU)¹¹⁹.

Les quartiers désormais ANRU étaient pourtant dans les années 1970 perçus comme très confortables. Cela a changé car la gestion du patrimoine et son entretien n'a été que mineure, alors qu'elle est pourtant « le point névralgique du sentiment de bien-être ou bien de délaissement. Les suppressions progressives d'aménagement, les rares interventions d'entretiens (peinture, paysage...), et le sentiment de déclassement vis à vis du type d'installation contemporaine crée un fort sentiment de mal-être. » (Association ICI!)¹²⁰ "Pour certains chercheurs et sociologues, si la gestion de tous ces quartiers avait été de qualité l'Etat n'aurait pas eu à créer l'ANRU." (Alice Collet, ANRU)¹²¹ Pendant plusieurs années les bailleurs ont eu à gérer presque seuls ces quartiers, ce qui représentait parfois 80% du foncier, bien que cela ne soit pas à l'origine leur rôle. Le problème étant qu'améliorer la gestion signifie l'augmentation des loyers, ce qui est très difficile à mettre en place lorsqu'il s'agit de logements sociaux et que les personnes concernées sont en situation de fragilité économique et sociale. De plus, certaines formes urbaines, tel que par exemple de grands espaces ouverts, nécessitent un entretien important et parfois complexe. Cette question a suscité des conflits car la prise en charge de la gestion des quartiers n'était pas clairement définie (Alice Collet, ANRU)¹²².

Dans le cadre du PRU l'Etat a apporté une aide supplémentaire pour la gestion des quartiers mais son efficacité diverge en fonction de sa mise en place et des moyens donnés. Ces quartiers se trouvent, de plus, dans des territoires aux contextes différents. Les collectivités jouent un grand rôle de par leur investissement, leurs moyens mais aussi leur insertion dans une agglomération dynamique ou en décroissance démographique, avec peu de ressources, etc.

¹¹⁸ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

¹¹⁹ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

¹²⁰ Associatio ICI !, suite de la rencontre du 19 mai 2017

¹²¹ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

¹²² Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

Dans ces quartiers la question de l'habitat et de la qualité de vie reste majeure, en effet, les services d'hygiène, notamment enregistrent un nombre très important de plaintes liées à cela. (Alice Collet, ANRU)¹²³

Pendant nos entretiens la question de l'abandon du cadre de vie, de la propreté, des rats ou des nombreux pigeons nourris par des habitants du quartier ont en effet été abordés.

Comme nous l'évoquions plus tôt, certains territoires peuvent cumuler les nuisances environnementales. Les problèmes de saturnisme évoqués, se retrouvent régulièrement dans ces quartiers, ainsi que ceux liés à l'amiante ou au plomb. Des usines et autoroutes peuvent également être présentes dans un certain nombre de ces territoires, comme c'est notamment le cas à Saint-Ouen, où un centre d'incinération se trouve. Les locataires des quartiers ANRU subissent également souvent des problèmes d'isolation du logement et de chauffage, ayant pour conséquence l'installation du froid chez les locataires (Association ICI!)¹²⁴. Certains ménages peuvent être touchés par la précarité énergétique car leurs charges augmentent parfois sans qu'ils ne soient prévus ou qu'ils ne sachent pourquoi (Patricia Bonose & Djamel Kharif, Conseil citoyen)¹²⁵. Comme nous l'avons vu précédemment, la précarité énergétique touche des ménages dont les revenus sont peu élevés et qui sont souvent locataires dans des habitats sociaux. Les quartiers ANRU ne sont pas en reste et beaucoup de ménages sont touchés par ce problème.

De plus, si certains logements sont dégradés du fait des locataires, d'autres peuvent l'être du fait de la non-intervention de professionnels pour des travaux, ou que ces derniers n'est pas été terminés (Cedrine De Araujo, Amicale d'ANTIN)¹²⁶. Finalement, la sur-occupation des logements, fortement présente dans certaines résidences et quartiers, a, elle aussi, un impact majeur sur la santé mentale des ménages comme nous l'avons vu précédemment. Le problème est qu'il est souvent difficile pour les familles d'obtenir un logement plus grand lorsque le besoin apparaît car le relogement prend en moyenne 4 à 5 ans "ce qui peut ne pas correspondre avec la naissance d'enfants si elles sont rapprochées, de ce fait il existe beaucoup de familles avec trois enfants qui vivent dans un deux pièces." (Lolo Tshiala, Association ERA 93)¹²⁷ Pour tout

¹²³ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

¹²⁴ Associatio ICI !, suite de la rencontre du 19 mai 2017

¹²⁵ Patricia Bonose & Djamel Kharif, entretien du 04 mai 2017

¹²⁶ Cedrine De Araujo, entretien du 13 juin 2017

¹²⁷ Lolo Tshiala, entretien du 04 mai 2017

cela, la sur-occupation des logements peut aussi avoir des conséquences sur les rapports de voisinage. Les problèmes de propreté et leurs conséquences sur les conditions de vie des habitants peuvent créer le sentiment d'une baisse de dignité (Virginie Champault, SEMISO).¹²⁸ Bien qu'elle puisse influencer, c'est donc plus généralement la gestion des quartiers et non seulement l'architecture qui a un impact sur le bien-être ou le mal-être des populations (Association ICI !)¹²⁹. Les aménagements d'un quartier peuvent jouer lorsqu'ils provoquent une gêne pour les habitants.

Il existe un mal-être apparent dans les quartiers ANRU qui est principalement dû à l'image du quartier, et de la leur qui peut être identifiable à cette dernière. La concentration de populations précaires et de personnes en souffrance psychique ayant des comportements inhabituels, ou encore la présence permanente des dealers sont principalement l'origine de cette image.

Les troubles tels que les troubles dépressifs, l'anxiété, etc. sont très liés au manque de lien social dans l'environnement d'une personne (Maria Melchior, chercheuse)¹³⁰. Nous l'avons vu, il existe dans certains quartiers un « effet village » pouvant créer un entre soi et souvent une solidarité dans le quartier, mais il arrive aussi que la création de lien social soit contrainte. Or, dans ces quartiers la création de lien social est souvent difficile en raison du nombre important de personnes n'ayant pas choisi de loger dans le quartier et qui ne souhaitent donc pas s'y investir. Beaucoup partent s'ils en ont l'occasion et ne restent donc pas longtemps. D'autres habitants ne parlent pas le français ou sont hébergés temporairement ce qui ne favorise pas la création de lien social et les bonnes relations de voisinage (Pilar Arcella-Giroux, ARS IDF).¹³¹

¹²⁸ Virginie Champault, entretien du 02 août 2017

¹²⁹ Associatio ICI !, suite de la rencontre du 19 mai 2017

¹³⁰ Maria Melchior, entretien du 03 mai 2017

¹³¹ Pilar Arcella-Giroux, entretien du 12 avril 2017

3) Contextualisation du lien entre quartiers ANRU et santé mentale : une expérimentation dans les communes de Saint Ouen et de l'Île-Saint Denis

L'ARS a fait le choix de s'intéresser aux quartiers ANRU, via l'expérimentation que nous avons menée, car comme nous venons de le voir, il y existe un mal-être important dû à leurs caractéristiques urbaines et socio-économiques. Cette expérimentation est également le résultat d'une volonté commune de promouvoir avec l'ANRU « une approche exemplaire du renouvellement urbain qui vise à contribuer à l'amélioration de l'état de santé physique et mental des populations, en appréhendant l'impact sanitaire des projets pour en obtenir des bénéfices en termes de santé et d'offre de soins, et en réduire les effets négatifs potentiels (environnementaux, psycho-sociaux, etc.). » Les deux agences ont en effet signé en janvier 2017 un protocole de collaboration pour deux ans.

L'Île-de-France est particulièrement concernée par la thématique des projets de renouvellement urbain, car 119 des 399 conventions du PNRU et du NPNRU y ont été signées (ANRU, 2016)¹³². La région enregistre de bons résultats en matière de santé avec par exemple le plus faible taux de mortalité en France et le plus fort taux de natalité, ainsi qu'une espérance de vie élevée et en hausse. Néanmoins, c'est une région très contrastée où de fortes inégalités sont présentes. En 2013, elle présentait un taux de pauvreté élevé, 15% avec le rapport inter-décile 9^e décile/ 1^{er} décile le plus élevé en France métropolitaine (4,5) (INSEE, 2013)¹³³. Ce qui indique des inégalités de niveaux de vie extrêmement élevés entre les populations les plus aisées et les plus pauvres vivant dans la région.

L'expérimentation que nous avons menée, a été réalisée dans le but d'« accompagner les acteurs franciliens de l'urbanisme vers une meilleure prise en compte des enjeux de « santé mentale » dans la dynamique de renouvellement urbain » (ARS IDF, 2017)¹³⁴ et donne lieu à la rédaction d'un document cadre. Ce document et l'expérimentation recouvrent « une dimension théorique (grands principes), opérationnelle (modalités concrètes d'aménagement urbain), et donne des pistes de jeu d'acteurs et de coopération interservices notamment pour les collectivités

¹³²ANRU, Etat du programme National de rénovation urbaine, 2016

¹³³INSEE (FiLoSoFi), 2013 (voir annexes 1 et 2)

¹³⁴ARS IDF, Annonce du Stage Mission Grand Paris 2017

impliquées en parallèle sur des PRU (Projets de Renouvellement Urbain) et des CLSM (Contrats Locaux en Santé Mentale). » (ARS IDF, 2017)¹³⁵ Pour parvenir à cela, le document en question, auquel ce mémoire servira de base, a été élaboré grâce à une revue de littérature scientifique que j'ai établie sur la base d'articles ou encore d'ouvrages scientifiques, grâce à des entretiens que j'ai menés auprès d'experts (des questions de vulnérabilités, de qualité de vie, etc.), ainsi qu'à l'étude de cas menée sur Saint-Ouen et L'Ile-Saint-Denis. Pour compléter la revue de littérature que j'ai établie durant mon stage, et inscrire concrètement notre expérimentation, il était, en effet, important de mener une étude de cas sur un territoire d'Ile-de-France, inscrit dans le cadre du NPNRU.

L'étude de cas a consisté, tout d'abord, en l'identification d'acteurs locaux nous permettant d'établir un diagnostic en matière de santé mentale sur le territoire. Il s'agissait de représentants des habitants, de bailleurs, de représentants des dispositifs de santé (CLIC, CMPs, etc.) ou encore de prestataires dans le cadre du projet de renouvellement urbain. En tout, dans le cadre de l'expérimentation, 30 entretiens ont été menés, ainsi que des rencontres avec les services de la ville et des participations au groupe de travail Logement et santé mentale du CLSM de Saint-Ouen.

Ensuite, après avoir établi le diagnostic, nous avons formulé des recommandations pour le territoire. Elles ont principalement été élaborées à l'aide du benchmark d'actions existantes en matière de promotion de la santé mentale que j'ai réalisé, et de la revue de littérature. La finalité de l'étude de cas étant d'identifier et d'établir des interfaces à travers le projet de renouvellement urbain et les dispositifs existants (ASV, CLSM, etc.) et d'être force de propositions pour que la santé mentale soit mieux prise en compte sur le territoire.

A la suite de discussions au sein de l'agence, Saint-Ouen est ressorti comme l'un des territoires les plus intéressants pour l'étude de cas. C'est une ville qui avait déjà mené des actions en faveur de la santé mentale et de la prévention, notamment dans le cadre de l'ASV, ou encore d'une mission spécifique sur la périnatalité. Comparé à d'autres, son CLSM était déjà très développé et comportait, par exemple, un groupe de travail « Logement et santé mentale » réunissant des bailleurs, des services de la ville, et des spécialistes de la santé. Peu après mon arrivée, Nicolas Notin, mon maître de stage, et moi-même sommes allés rencontrer les services de santé et de la Politique de la Ville, de la ville, qui ont approuvé cette démarche sur leur

¹³⁵ARS IDF, Annonce du Stage Mission Grand Paris 2017

territoire. Le projet de renouvellement urbain étant intercommunal et englobant également le quartier Sud de L’Ile-Saint-Denis, il a donc été convenu de contacter la ville pour l’intégrer dans la démarche et d’identifier avec eux des acteurs avec lesquels il serait intéressant de s’entretenir. La ville ayant accepté la démarche, nous sommes entrés en contact avec quelques acteurs présents sur le territoire. Néanmoins, son portage technique n’étant pas stabilisé, l’étude de cas s’est donc focalisée sur la ville de Saint-Ouen.

Le territoire du projet de renouvellement urbain, prend donc cependant en compte trois quartiers, le Vieux-Saint-Ouen et Cordon-La Motte-Taupin à Saint-Ouen et le quartier Sud à L’Ile-Saint-Denis.

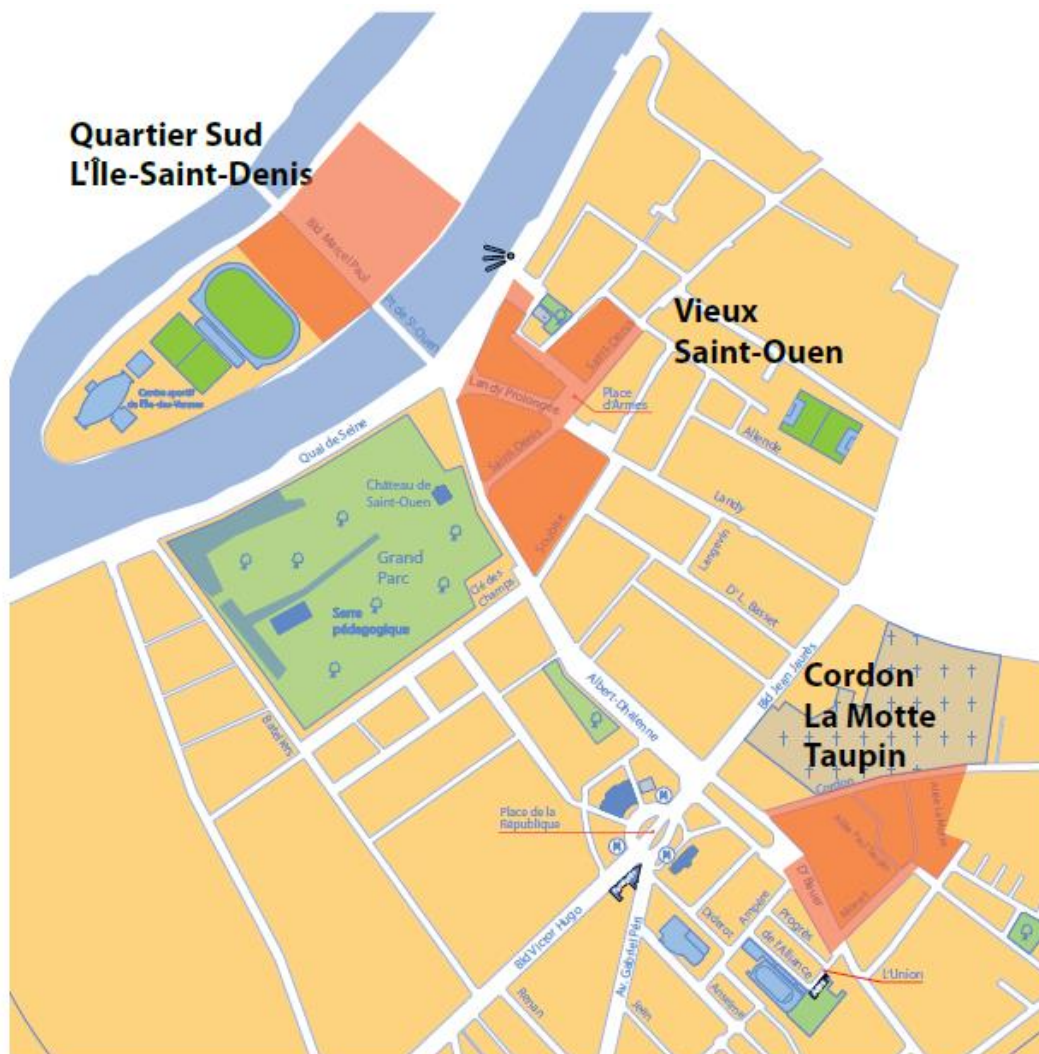


Figure 7 : Périmètre du projet de renouvellement urbain de Saint-Ouen et L’Ile-Saint-Denis, source : site internet de la municipalité de Saint-Ouen

Le quartier du Vieux-Saint-Ouen est situé entre L'Ile-Saint-Denis et Cordon-La Motte-Taupin. Le périmètre ANRU est cependant plus petit que celui du quartier politique de la ville et recoupe 98% de logements sociaux, et du patrimoine de qualité et très vieillissant (Marie Anquez, Plaine Commune)¹³⁶. Bien que les habitants souhaitent plus de services, il en existe ici déjà quelques-uns. Le quartier est principalement composé de petits ménages (1 à 2 personnes) qui représentent 60% des ménages et les familles nombreuses sont également assez présentes, elles représentent 14% des ménages contre 9% dans le parc social de la ville (LeFrêne, 2017)¹³⁷.

Le quartier Cordon-La Motte-Taupin se situe juste derrière le centre-ville. « L'enjeu du PRU est donc de le rattacher au centre et cela ne devrait pas être trop difficile d'après l'équipe ANRU, d'autant plus que les tours sont de qualité, que les espaces publics sont présents et qu'il est possible d'en faire rapidement quelque chose de bien. » (Marie Anquez)¹³⁸ Dans le quartier Cordon-La Motte-Taupin habitent très peu de familles nombreuses et un nombre égal à celui de la ville de familles monoparentales, excepté à Cordon (LeFrêne, 2017).¹³⁹

Finalement, le quartier Sud de L'Ile-Saint-Denis, a une situation atypique. Il se situe au bout de l'Ile, qui a une forme très allongée. « Le quartier en question est séparé du centre de la ville par plusieurs kilomètres sur lesquels se trouvent une friche industrielle, un parking, etc., ce qui rapproche ses habitants de Saint-Ouen et de Gennevilliers, qui sont leurs lieux de vie principaux. » (Marie Anquez, Plaine Commune)¹⁴⁰ La départementale sépare le quartier en deux avec d'un côté la tour Marcel Paul particulièrement touchée par la paupérisation de sa population De l'autre, se trouve la tour Marcel Cachin « où la situation est bien meilleure. » (Marie Anquez, Plaine Commune)¹⁴¹

Le quartier est principalement composé de petits ménages (1 à 2 personnes) qui représentent plus de 50% des ménages, mais aussi de familles nombreuses, 15 à 20%, contre 9% dans le parc social de la ville. Le taux de monoparentalité également est important, il est de 25 à 30% alors que celui de la ville est de 21% (LeFrêne, 2017)¹⁴². En tout, le périmètre ANRU regroupe 7750 habitants.

¹³⁶ Marie Anquez, entretien du 28 mars 2017

¹³⁷ Rapport LeFrêne, Diagnostic social NPNRU Saint-Ouen-Ile-Saint-Denis. Rendu du final, 11 mai 2017

¹³⁸ Marie Anquez, entretien du 28 mars 2017

¹³⁹ Rapport LeFrêne, Diagnostic social NPNRU Saint-Ouen-Ile-Saint-Denis. Rendu du final, 11 mai 2017

¹⁴⁰ Marie Anquez, entretien du 28 mars 2017

¹⁴¹ Marie Anquez, entretien du 28 mars 2017

¹⁴² Rapport LeFrêne, Diagnostic social NPNRU Saint-Ouen-Ile-Saint-Denis. Rendu du final, 11 mai 2017

Suite aux entretiens menés, plusieurs constats et thématiques ressortent sur le territoire. En voici donc les principaux éléments.

✓ Les éléments en termes de ressenti des habitants sur la notion de bien-être

• **Un nombre important de personnes âgées et de nombreux ménages en situation de précarité dans les quartiers**

Les trois quartiers ont une population élevée de personnes de plus de 60 ans. Au Vieux-Saint-Ouen elles représentent 45% des locataires, à Cordon-La Motte-Taupin ce taux est de 50% et à L'Ile-Saint-Denis les plus de 65 ans représentent un tiers des locataires contre 36% pour le total de la ville (LeFrêne, 2017)¹⁴³.

• **Une pauvreté importante qui varie selon les résidences et qui tend à s'accroître**

Ces populations, ainsi que la majorité du reste des locataires sont pour la plupart précaires, et peuvent avoir un mauvais état de santé. "Les personnes de ces quartiers vieillissent plutôt mal" car elles ont eu des conditions de vie difficiles. De plus, "à Saint-Ouen, [...] un tiers des prises en charge ne sont pas faites, car cela revient trop cher pour ces personnes (elles ne veulent pas que leurs enfants voient ça, etc.)." (Béatrice Bansart et Chantal Sawuna, CLIC de Saint-Ouen et Clichy/CCAS de Saint-Ouen)¹⁴⁴ D'un point de vue général, les trois quartiers accueillent des populations fragiles. Au Vieux Saint-Ouen, en moyenne, 62% de la population a des ressources inférieures au plafond PLAI (prêt locatif aidé d'intégration), à Cordon-La Motte-Taupin dans certaines résidences ce taux peut atteindre 70% contre 59% pour la ville. Les taux de chômage sont également très élevés, car ils varient dans les trois quartiers entre 15 et 29% chez les actifs (LeFrêne, 2017)¹⁴⁵.

¹⁴³Rapport LeFrêne, Diagnostic social NPNRU Saint-Ouen-Ile-Saint-Denis. Rendu du final, 11 mai 2017

¹⁴⁴ Béatrice Bansart et Chantal Sawuna, entretien du 19 mai 2017

¹⁴⁵Rapport LeFrêne, Diagnostic social NPNRU Saint-Ouen-Ile-Saint-Denis. Rendu du final, 11 mai 2017
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

- **Il n'existe pas de réel sentiment d'enclavement dans le quartier de Cordon**

Bien que l'équipe d'architectes-urbanistes ait dit qu'il existait un enclavement dans les trois quartiers, les habitants de ce dernier ne semblent pourtant pas avoir ce sentiment (Marie Anquez).¹⁴⁶ Au Vieux-Saint-Ouen et à Cordon-La Motte-Taupin, principalement, les habitants ont en effet facilement accès aux transports et aux services (mairie, banque, etc.) (Patricia Bonose & Djamel Kharif, Conseil citoyen)¹⁴⁷.

- **Le problème du deal et le manque d'appropriation des espaces publics**

Le trafic de drogue est présent sur les trois quartiers et tout particulièrement dans le quartier Cordon-La Motte-Taupin, où la SEMISO, le bailleur principal, a installé et des caméras, de nombreuses bornes et de nouveaux murs pour fermer le quartier, pour lutter contre le trafic qui sévit dans le quartier. Cela permet, en effet, de bloquer de nombreux accès aux dealers et de les empêcher de s'enfuir facilement, mais les habitants à mobilité réduite ou encore les parents ayant des poussettes ne peuvent plus passer (Eric Amanou, La Condition Urbaine)¹⁴⁸. Le mal-être qu'occasionne le trafic touche particulièrement les familles monoparentales et les parents en général qui s'inquiètent pour leurs enfants (Lolo Tshiala, Association ERA 93).¹⁴⁹

- **Un problème de sur-occupation des logements parfois important**

Alors qu'à Cordon-La Motte-Taupin les problèmes de déséquilibre d'occupation ne semblent pas être prépondérants, un tiers des logements du Vieux Saint-Ouen y sont confrontés. Il s'agit principalement de sous-occupation, car des personnes âgées y vivent depuis des années et n'ont pas changé d'appartement malgré le départ de leurs enfants. A Cordon-La Motte-Taupin, un problème d'occupation existe également (sous-occupation (8-11%) et sur-occupation (9%)) (LeFrêne, 2017)¹⁵⁰.

- **Des différences de perception du quartier**

¹⁴⁶ Marie Anquez, entretien du 28 mars 2017

¹⁴⁷ Patricia Bonose & Djamel Kharif, entretien du 04 mai 2017

¹⁴⁸ Eric Amanou, entretien du 10 mai 2017

¹⁴⁹ Lolo Tshiala, entretien du 04 mai 2017

¹⁵⁰ Rapport LeFrêne, Diagnostic social NPNRU Saint-Ouen-Ile-Saint-Denis. Rendu du final, 11 mai 2017

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

Sur le territoire étudié, il existe plusieurs groupes d'habitants :

"-Les personnes qui vivent vraiment mal la situation, qui rejettent totalement le quartier et ne s'y investissent pas.

-Les personnes qui s'y sont faites, ne sont plus choquées par ce qui se passe dans le quartier ;

-Les personnes vigilantes à ce que le trafic ne touche pas leur quartier, qui font tout pour améliorer la situation." (Lolo Tshiala, Association ERA 93)¹⁵¹

- **Un manque de gardiens dans les quartiers concernés et une perte du rôle de médiateur de ces derniers**

Les gardiens sont des éléments importants dans les quartiers ANRU. Ils transmettent l'information, font le lien entre le bailleur et les habitants et signalent la plupart du temps les personnes qu'ils jugent en souffrance psychique. La situation varie en fonction des bailleurs et des quartiers, mais beaucoup de gardiens se retrouvent en arrêt maladie du fait de leurs conditions de travail. A Cordon, par exemple, les gardiens ont déjà fait valoir leur droit de retrait à cause du trafic, des rongeurs et de la dégradation du bâti (Olivier Mekouontchou, SCHSE)¹⁵².

- **Un manque de lieu d'expression, de parole, notamment pour les femmes et les mères, et de lieux et de personnes pour faire du lien social (hors AS)**

En général, les habitants manquent de lieux d'expression, notamment les jeunes femmes et les autres femmes, qui peuvent subir « l'effet "village" » des quartiers (Association ICI !)¹⁵³. Il existe également un manque d'animation dans les trois quartiers, bien que l'Espace de Vie Sociale à Cordon, qui propose diverses animations, permet de combler quelque peu ce manque (Patricia Bonose & Djamal Kharif, Conseil citoyen)¹⁵⁴.

- **Besoin d'intégration des nouveaux arrivants dans le quartier.**

¹⁵¹ Lolo Tshiala, entretien du 04 mai 2017

¹⁵² Olivier Mekouontchou, entretien du 28 avril 2017

¹⁵³ Associatio ICI !, suite de la rencontre du 19 mai 2017

¹⁵⁴ Patricia Bonose & Djamal Kharif, entretien du 04 mai 2017

- **Relation tendue entre habitants et bailleurs (impression d'abandon)**

Beaucoup d'habitants ont le sentiment que des décisions les concernant sans qu'ils n'en soient ne serait-ce que consultés. Ils ont souvent l'impression que les bailleurs ne s'intéressent pas à eux et peuvent de ce fait être découragés. A Saint-Ouen, par exemple, le compte-rendu des résultats de l'enquête résidentielle du cabinet LeFrêne, menée dans le cadre du PRU pour l'établissement du diagnostic social, a été retardé car cela avait pris plus de temps que prévu, mais les habitants n'en n'avaient malgré tout pas été informés (Patricia Bonose & Djamal Kharif, Conseil citoyen)¹⁵⁵.

- **Un manque de communication à propos du PRU et des angoisses liées aux potentielles démolitions**

Le contexte politique joue à Saint-Ouen un rôle important sur la compréhension et l'acceptation du PRU, car il existe une forte opposition politique qui refuse le projet ce qui crée un contexte de tensions. Les premières propositions d'une étude urbaine prévoyant beaucoup de démolition sont par exemple parvenues aux habitants concernés, ce qui a provoqué une grande angoisse et des réticences vis-vis du projet (Marie Anquez, Plaine Commune)¹⁵⁶.

- **Un fort enjeu de ne pas créer de décalage entre la ville qui se transforme et ces quartiers**

A Saint-Ouen et à L'Ile-Saint-Denis l'enjeu est particulièrement important. En effet, des éco-quartiers entourent désormais les quartiers en renouvellement urbain, des installations pour accueillir les jeux olympiques, et le nouvel hôpital de Saint-Ouen vont être installés (Aurélié Paquot, Une Fabrique de la Ville)¹⁵⁷.

¹⁵⁵ Patricia Bonose & Djamal Kharif, entretien du 04 mai 2017

¹⁵⁶ Marie Anquez, entretien du 28 mars 2017

¹⁵⁷ Aurélié Paquot, entretien du 13 juin 2017

- ✓ Les éléments en termes d'action des professionnels sur le territoire d'étude

- **Saint-Ouen s'est déjà beaucoup investi sur le sujet de la santé et de la santé mentale, mais n'a pas une grande culture de la concertation et de la co-construction, ce qui est l'inverse à L'Ile-Saint-Denis.**

- **Certaines collaborations sont propices à l'amélioration de la qualité de vie des habitants**

Il existe à Saint-Ouen de bonnes relations entre certains services qui peuvent privilégier la prise en charge de certaines situations. Par exemple, le CLIC (Centre Local d'Information de Coordination), service qui s'occupe des personnes de plus de 60 ans, et le SCHSE (Service Communal d'Hygiène de Santé et d'Environnement) travaillent ensemble dans les cas d'encombrements importants de logement de personnes âgées. Il existe également dans le cadre du CLSM le groupe de travail Logement et santé mentale dont nous avons précédemment parlé, qui réunit services de santé, bailleurs, acteurs sociaux, mais également le CMP, etc.

- **La prévention en santé mentale reste faible (particulièrement la prévention primaire) car il y a avant tout une gestion des urgences psychiatriques**

Comme nous le verrons, à Saint-Ouen et L'Ile-Saint-Denis, comme dans le reste de la France, les logiques d'urgence prévalent sur la prévention bien que le CLSM a également mis en place des actions de prévention.

Nous l'avons vu, la santé en général et la santé mentale sont largement influencées par les déterminants sociaux. Ainsi, les revenus, les liens sociaux et donc l'environnement socio-économique ont une incidence majeure sur le bien-être des habitants d'une ville. Mais comme nous l'avons expliqué, tous les individus d'un territoire ne sont pas touchés de façon identique par les problèmes de bien-être et de santé mentale. Certains territoires, comme les quartiers politiques de la ville, et particulièrement ANRU, qui concentrent les taux d'habitats sociaux et de personnes socioéconomiquement fragiles les plus élevés, sont sujets à ces problématiques de façon importante. Cela ne signifie pas que tous les individus de ces quartiers aient une accumulation de vulnérabilités et ne puissent pas passer au-dessus de situations du quotidien leur étant imposées. Pour autant, un grand nombre de personnes ne bénéficient pas assez des facteurs psychosociaux de protection, et d'un l'équilibre leur permettant de garder une santé mentale suffisamment stable. Et les fortes angoisses provoquées par des changements de leur environnement, sont susceptibles de les mener à une situation de mal-être ou d'aggraver cette dernière.

Les territoires que nous avons choisis d'étudier illustrent ces phénomènes et nous permettent de comprendre l'impact des projets de renouvellement urbain sur leur bien-être et leur équilibre mental. Ils sont également une opportunité de trouver des interfaces pertinentes, des leviers d'action publique, pour agir et tenter d'éviter l'augmentation des inégalités de santé et la vulnérabilité de ces quartiers par rapport à celles d'autres territoires plus favorisés.

L'idée de cette deuxième partie est donc d'étudier la prise en compte de la santé mentale dans les projets de renouvellement urbain et de trouver des leviers d'action publique dans ce cadre pour promouvoir la santé mentale et essayer de réduire les inégalités de santé présentes sur ces territoires. L'étude de cas et le travail de réflexion sur le projet de renouvellement urbain des communes de Saint-Ouen et de L'ile-Saint-Denis, présentés ci-après, nous permettent d'illustrer la précédente partie et de formuler de premières pistes de recommandation à ce sujet.

II- Quels leviers d'action publique pour lutter contre les inégalités de santé et améliorer la vie des habitants des quartiers ANRU ?

A) Une promotion de la santé nécessaire

1) La promotion de la santé

Si l'expérimentation sur laquelle je travaille est menée par la direction de la réduction des inégalités et de la promotion de la santé, c'est parce que les projets de renouvellement urbain peuvent avoir un lourd impact sur la santé mentale des populations des quartiers ANRU, déjà soumises à de multiples vulnérabilités. Julie Vallée, chercheuse sur les inégalités sociales et spatiales de santé dans les espaces urbains, a établi avec d'autres chercheurs de l'INSERM un mini diagnostic dans le cadre de l'élaboration du SIRS (Système d'information à Référence Spatiale), dont les résultats montrent que les habitants des quartiers Politiques de la Ville seraient concernés à près de 12% par de la dépression (contre 5,6% en France métropolitaine en 2009 (DRAS PACA, 2009)¹⁵⁸). Et, nous l'avons vu, les troubles mentaux touchent 1 personne sur 4 au cours de sa vie. Nous parlons d'abord ici d'agir en population générale, c'est-à-dire, l'ensemble de la population (tout âge confondu) résidant sur un territoire donné (région, département, commune ou quartier) (ICARS)¹⁵⁹ ici les quartiers ANRU. La promotion de la santé est donc à privilégier.

Elle « est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986)¹⁶⁰ alors que la psychiatrie s'est plutôt concentrée sur l'accès aux soins et les soins spécialisés pour les pathologies chroniques graves délaissant souvent son rôle de promotion et de prévention. La promotion de la santé peut induire un changement de rapport entre le médecin et le patient si une approche participative est utilisée. Dans le cas de la psychiatrie, la relation entre médecins et patients est asymétrique,

¹⁵⁸ DRASS PACA, Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région PACA, 2009

¹⁵⁹ Infos centre des activités régionales de santé, Définition de la population générale, URL : <http://www.icarsante-paca.fr/article.php?larub=560&titre=definition-de-la-population-generale> (Consulté le 10 août 2017)

¹⁶⁰ OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé Organisation mondiale de la Santé, Ottawa, Canada, 21 novembre 1986

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

les médecins sont des experts. Dans celui de la promotion de la santé, cette relation peut donc devenir symétrique et les médecins, ainsi que les patients, deviennent des collaborateurs (Jérôme Payen, CMP de Saint-Ouen)¹⁶¹. Ceci explique en partie pourquoi cette démarche est difficile à mettre en place chez les professionnels de la santé mentale, notamment de la psychiatrie qui ont une culture de la maladie et des traitements médicamenteux. La promotion de la santé « couvre, [de plus], une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison. » (OMS)¹⁶² La promotion de la santé se différencie donc également des notions de prévention qui sont « fortement contingent[es] d'un modèle de maladie sous-jacent » (Jérôme Payen, CMP de Saint-Ouen)¹⁶³, mais elles sont un moyen pour la réaliser.

Des actions de préventions spécifiques et d'accès aux soins sont néanmoins à prévoir dans le cas des projets de renouvellement urbain, car compte tenu du déclassement social lié à un certain nombre de pathologies telles que les troubles psychiatriques chroniques, les addictions et les pathologies invalidantes, les personnes avec des pathologies multiples habitent souvent des quartiers désignés ANRU. Des situations non connues peuvent, de plus, être découvertes lors des réhabilitations et démolitions d'immeuble, comme nous l'avons précédemment évoqué. Pour comprendre le type d'actions envisageables, il est nécessaire d'expliquer quelles sont les différentes préventions. Il en existe trois : la prévention primaire qui « agit en amont du déclenchement d'une maladie afin de l'éviter ou de l'amoindrir (ex : vaccination de masse). [...] Elle est du domaine de la qualité de vie et des mesures visant à son amélioration. » (Jérôme Payen, CMP de Saint-Ouen)¹⁶⁴ Elle se différencie de la promotion en ce qu'elle ne s'adresse pas à la population générale mais à une population pour laquelle un risque (pour la maladie que l'on souhaite prévenir) a été détecté ; la prévention secondaire qui « agit au moment du déclenchement de la maladie afin d'en limiter l'impact sur les différentes dimensions de la vie du sujet (soins ambulatoires, médicaments, hospitalisation, suivi psychosocial, etc.). » (Jérôme Payen, CMP de Saint-Ouen)¹⁶⁵ Elle est donc « implicitement très médicale et individuelle »

¹⁶¹ Jérôme Payen, psychiatre au CMP de Saint-Ouen

¹⁶²OMS, Qu'est-ce que la promotion de la santé ?, URL : <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/> (Consulté le 10 août 2017)

¹⁶³Jérôme Payen, psychiatre au CMP de Saint-Ouen

¹⁶⁴Jérôme Payen, psychiatre au CMP de Saint-Ouen

¹⁶⁵Jérôme Payen, psychiatre au CMP de Saint-Ouen

(Jérôme Payen, CMP de Saint-Ouen)¹⁶⁶ ; finalement, la prévention tertiaire qui est « destinée à limiter l'impact à long terme des manifestations handicapantes d'une maladie souvent chronique, ainsi que les récides. [...] Elle est du domaine de la réadaptation et de la réinsertion dans une perspective à long terme. » (Jérôme Payen, CMP de Saint-Ouen)¹⁶⁷

Il faut cependant avoir conscience que la notion de prévention n'est de plus pas évidente pour les populations des quartiers Politique de la Ville. En effet, les cultures peuvent différer. "Des problèmes interculturels peuvent survenir lors de ces démarches. [...] Il est [par exemple] arrivé que les services de santé aient à travailler avec la communauté chinoise, car elle en avait fortement besoin. [Un problème s'est alors posé car] il a fallu traduire le mot prévention qui n'existait pas en chinois, ainsi que le concept en lui-même. [Si l'on fait ou] l'on prend quelque chose, [c'est] parce qu'on connaît son action directe. Par exemple, lorsque l'on se fait vacciner, on comprend que si on ne le fait pas, alors on attrapera une maladie." (Pilar Arcella-Giroux, ARS IDF)¹⁶⁸

En région Ile-de-France, la majorité des actions de promotion, prévention et accès aux soins, sont co-financées par l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France dans le cadre de l'appel à projet « Intervention en prévention en IDF ». Ce qui représente 160 actions sur le territoire francilien (ARS IDF, 2017)¹⁶⁹. Ces actions sont principalement portées par des associations, telles que la Croix Rouge française, l'association Aurore, ou l'association Soutien en Seine-et-Marne, des collectivités territoriales, comme la ville de Gentilly, de Sevran ou de Montereau, ou encore des missions locales. Elles visent principalement les jeunes, les aidants et les publics spécifiques (personnes en réinsertion, en situation socio-économique difficile, etc.). Ces actions sont diverses, elles peuvent consister en la mise en place de points d'écoute, en des interventions dans des établissements scolaires, en de la facilitation d'accès aux dispositifs de soins psychiques et psychiatriques et de réinsertion sociale d'un public adulte très précaire, en un atelier mobilisation de compétences, en de l'aide aux aidants familiaux des personnes âgées en perte d'autonomie, en de la découverte du handisport (découverte de soi et de l'autre), ou encore en des ateliers de socialisation, etc. L'ARS finance à hauteur différente les actions pour un montant global de 2 870 287 d'euros en 2016 pour la région (ARS IDF,

¹⁶⁶Jérôme Payen, psychiatre au CMP de Saint-Ouen

¹⁶⁷Jérôme Payen, psychiatre au CMP de Saint-Ouen

¹⁶⁸ Pilar Arcella-Giroux, entretien du 12 avril 2017

¹⁶⁹ ARS Ile-de-France, Appel à projet « Intervention en prévention en IDF », 2017

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

2017)¹⁷⁰.

Pour promouvoir la santé mentale, les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) représentent une entrée intéressante car ils ont pour objectif de « définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population. » (IREV NPDC & CCOMS de Lille, 2017)¹⁷¹ Ce sont des lieux « de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants. » (IREV NPDC & CCOMS de Lille, 2017)¹⁷² Les CLSM abordent différentes thématiques via des groupes de travail. Ils sont une interface intersectorielle permettant d'associer travailleurs sociaux, secteur associatif, de l'enseignement, etc. mais également les élus et autres décideurs rendant possible le renforcement des marges d'intervention sur cette thématique.

Les CLSM sont des outils intéressants, car en plus d'être déjà présents sur de nombreux territoires ANRU (23 quartiers) et d'avoir, entre autres, pour objectifs la prévention et la promotion de la santé mentale, ils ont également pour mission de mener ses actions en développant un cadre partenarial entre les différents acteurs impliqués (médicaux, sociaux, techniciens, etc.). Ils ont, en effet, « une fonction de coordination qui permet en partie de décloisonner les différents services et institutions et de conforter l'ancrage territorial et la politique du secteur psychiatrique. » (IREV NPDC & CCOMS de Lille, 2017)¹⁷³ Cette fonction est très pertinente dans le cadre de la promotion de la santé mentale, car comme nous l'avons vu, les actions de prévention, qui peuvent être un outil de la promotion de la santé sont sectorialisées et elle pourrait ainsi permettre de mener une action plus globale.

Les CLSM sont financés par l'ARS si un CLS (Contrat Local de Santé) est en cours sur le territoire. Ils s'inscrivent alors dans le CLS tant que volet santé mentale de ce dernier, mais il existe également des CLSM sur des territoires hors Politique de la Ville, comme c'est par exemple le cas à Neuilly-sur-Seine. En Ile-de-France 62 CLSM sont présents sur le territoire, dont 46 sont co-financés par l'ARS et 2 pour lesquels les démarches sont engagés (ARS IDF, 2017)¹⁷⁴

¹⁷⁰ ARS Ile-de-France, Appel à projet « Intervention en prévention en IDF », 2017

¹⁷¹ IREV Nord-Pas-De-Calais/CCOMS de Lille, « Fiche Outil : Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) », 2017

¹⁷² IREV Nord-Pas-De-Calais/CCOMS de Lille, « Fiche Outil : Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) », 2017

¹⁷³ IREV Nord-Pas-De-Calais/CCOMS de Lille, « Fiche Outil : Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) », 2017

¹⁷⁴ ARS Ile-de-France, Appel à projet « Intervention en prévention en IDF », 2017

2) Les limites de l'action publique pour promouvoir la santé mentale en France et en Ile-de-France

Les premiers travaux portant sur le rapport entre santé et environnement menés par le RESSCOM, un groupement de chercheurs en santé communautaire de l'université Paris 8, datent en France des années 1980, faisant ainsi le lien entre problématiques de santé mentale et quartiers très enclavés, délaissés et concentrant des difficultés. Néanmoins, « la santé mentale » n'est pas à ce moment-là prise en compte comme une dimension à part entière de la vie des populations, ce qui était déjà le cas au Québec et dans les pays Anglo-saxons en général. La psychiatrie a elle aussi, au départ, eu une réaction violente. Plus tard, Jean Furtos, dont nous avons déjà parlé, met en avant le concept de souffrance "psycho-sociale" passant ainsi au-dessus des approches spécialisées sur la pathologie, et insistant sur le fait que les personnes touchées sont principalement les personnes confrontées à la précarité extrême (Michel Joubert, sociologue)¹⁷⁵. Avant lui, le rapport du groupe de travail Div-Dirmi « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » présidé par le Pr Antoine Lazarus, sorti en 1995, s'efforçait « de définir et de cerner le problème de la souffrance psychique des personnes démunies et de ses symptômes. » (Lazarus, 1995)¹⁷⁶ Des travaux sur les vulnérabilités sociales sont ensuite menés et les interventions sociales se modifient avec le développement de cette notion.

Pour autant, la question de l'élargissement de la notion de santé mentale et de sa promotion n'est toujours pas ancrée dans la culture médicale, ni dans celle de l'action publique en général (CMP de Saint-Ouen)¹⁷⁷. Son acceptation ne va pas de soi dans le milieu de la psychiatrie, ce qui paraît problématique pour la gestion des cas de personnes en souffrance psychique ne relevant pas de la maladie. D'autant plus, que les CMPs et leur personnel ont vu arriver de nouvelles personnes, souffrant souvent d'anxiété et d'un mal-être général important, sans pouvoir pour autant la plupart du temps les prendre en charge ou même parfois les orienter (CMP de Saint-Ouen)¹⁷⁸. Le changement s'est effectué au sein de la population mais n'est toujours pas effectif chez les professionnels qui ont, comme nous l'avons expliqué, de faibles moyens, une approche médicalisée, et une logique d'urgence centrée sur les cas critiques.

¹⁷⁵ Miche Joubert, entretien du 22 mars 2017

¹⁷⁶ Rapport Lazarus, « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », 1995

¹⁷⁷ CMP de Saint-Ouen, rencontre du 15 mai 2017

¹⁷⁸ CMP de Saint-Ouen, rencontre du 15 mai 2017

Dans cette même logique, les dispositifs mis en place dans l'action publique française sont presque toujours tournés vers la maladie et la psychiatrie. Il existe par exemple les dispositifs d'accueil à bas seuil d'exigence qui ne visent pas en particulier des publics spécifiques, mais généralement les usagers de drogues, les SDF, des personnes sans papiers, etc. Les personnes ne faisant pas partie de ces catégories souffrant d'un mal-être ne vont pas fréquenter ces centres, ou d'autres, notamment à cause des représentations qu'ils peuvent se faire des lieux. Il est possible d'essayer de faire venir tout type de personnes, par exemple en proposant de venir pour discuter autour d'un café, pour changer ces représentations mais cela reste souvent compliqué. « Les centres d'accueil de crise, sont comme leur nom l'indique, sont destinés aux "personnes ayant une maladie psychiatrique et qui sont en crise." » (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)¹⁷⁹

Finalement, il existe encore des GEM, des Groupes d'Entre-Aide Mutuelle. Ce sont des groupes qui viennent de la population elle-même, mais qui sont animés par une personne, bien souvent un acteur associatif. Ces groupes ont un soutien financier via le service médico-social de l'ARS. Ce sont pour la plupart des personnes qui ont été suivies en psychiatrie et qui se sont stabilisées. Elles se retrouvent pour "se soutenir, mener des combats, interpeler les institutions ou encore faire des sorties (théâtre, etc.)." (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)¹⁸⁰. Il n'existe pas réellement aujourd'hui de dispositif prenant en charge les personnes souffrant d'un mal-être relié à des problématiques sociales, souvent en détresse, mais ne relevant pas du secteur psychiatrique, hormis certains CCAS qui peuvent parfois jouer ce rôle d'interface. Cela reste néanmoins très disparate. Les missions locales ou encore certains lieux d'écoute peuvent également être des lieux qui accueillent les personnes souffrant d'un mal être.

Les CLSM, néanmoins peuvent mettre en place des actions de prévention, quand cela leur est possible, mais "cette prévention n'est pas ciblée sur la santé mentale car cette dernière englobe de très nombreuses thématiques. Afin d'éviter les problèmes liés à la santé mentale, les acteurs du terrain essayent d'orienter les personnes en souffrance psychique le plus tôt possible vers des solutions." (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)¹⁸¹ L'enjeu est ici de créer un cadre favorisant l'intersectorialité, car les actions de prévention sont plus efficaces lorsqu'elles sont intersectorielles (Pilar Arcella-Giroux, ARS IDF)¹⁸².

¹⁷⁹ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

¹⁸⁰ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

¹⁸¹ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

¹⁸² Pilar Arcella-Giroux, entretien du 12 avril 2017

Malgré cela, ils sont souvent en pratique pris sur les questions d'urgence, c'est-à-dire, "les expulsions locatives de malades mentaux, la déstigmatisation et l'accès aux soins." Ils ont donc généralement peu ou pas de temps pour s'attarder sur les questions de prévention. (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)¹⁸³

Cette logique d'urgence et la non existence de dispositifs permettant de prendre en charge les personnes en souffrance psychique ne relevant pas de maladie mentale, a des conséquences sur la gestion de ces personnes allant au-delà des services de santé. Les services d'hygiène, par exemple, ont affaire à des cas souvent complexes et relevant de l'urgence, car lorsqu'il y a intervention, cela se fait lorsque les troubles "débordent sur les parties communes, l'espace public" (Olivier Mekouontchou, SCHSE)¹⁸⁴.

Il en va de même chez les bailleurs, particulièrement sociaux, qui sont, avec leurs conseillères sociales, confrontés à une logique d'urgence. Les bailleurs et leur personnel ne connaissent pas assez le sujet pour savoir quelles actions mener pour éviter la dégradation de la santé mentale, de plus, les conseillères sociales des bailleurs sont en première ligne face aux personnes en souffrance psychique. Leur mission première est principalement de s'occuper des situations d'impayés mais elles doivent aussi désormais traiter le cas de ces personnes et sont souvent seules pour gérer des situations pour lesquelles elles n'ont pas de formation. Elles essayent alors d'orienter au mieux ces personnes vers des services pouvant leur venir en aide. C'est notamment le cas pour les personnes âgées, car elles peuvent appeler le CLIC qui prend le relais, mais lorsque ce sont des personnes de moins de 60 ans le problème peut ne pas se résoudre car elles ne savent pas vers quel acteur se tourner. Ils appellent alors généralement le service santé de la ville ou les CMPs pour savoir tout d'abord si ces personnes sont connues ou non du service. Le problème étant que les relations ne sont pas les mêmes d'une ville à l'autre (Emilie Bassinga, France Habitation)¹⁸⁵.

Pour les bailleurs et les conseillers sociaux, le problème supplémentaire que pose la mauvaise santé mentale est que dans le cas des impayés, les familles peuvent être là pour aider, ici, les familles sont souvent découragées et abandonnent (Anne Rouillier, France Habitation)¹⁸⁶. Lorsqu'une situation dégénère la plupart des bailleurs font appel aux professionnels de santé qui doivent parfois les hospitaliser ou les mutent, c'est-à-dire, qu'ils les changent de logement.

¹⁸³ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

¹⁸⁴ Olivier Mekouontchou, entretien du 28 avril 2017

¹⁸⁵ Emilie Bassinga, entretien du 18 mai 2017

¹⁸⁶ Anne Rouillier, entretien du 11 juillet 2017

Ces relogements peuvent avoir pour objectif de permettre à ces personnes de se rapprocher du lieu où elles sont suivies. Les bailleurs peuvent également y avoir recours lorsqu'elles font de leur logement la raison de leur paranoïa. Dans les pires des cas, des expulsions peuvent être prononcées (Emilie Bassinga, France Habitation)¹⁸⁷. La plupart des bailleurs essayent malgré tout d'éviter ces situations et ont conscience que cela ne résout pas le problème car ces personnes souffrent toujours et reviennent la plupart du temps dans le quartier car elles connaissent l'endroit et y sont habituées.

La situation des bailleurs est révélatrice de plusieurs autres problèmes dans la gestion des personnes ayant un problème de santé mentale que ce soit lié à une souffrance psychique ou une pathologie mentale en France et en Ile-de-France.

Tout d'abord, comme nous l'avons expliqué ci-dessus, il existe un manque de structures permettant d'accueillir les personnes en situation de souffrance psycho-sociale. Ensuite, le travail partenarial, est encore trop peu développé entre les différents acteurs ayant un lien avec les personnes en mauvaise santé mentale (souffrance psychique ou pathologie mentale) et il peut être très inégal. En effet, le travail partenarial avec les services sociaux, de santé ou les associations, notamment, varie énormément en fonction des quartiers, villes et départements dans lesquels se situent les logements et du ou des problèmes qu'amène la souffrance psychique. La situation est d'autant plus compliquée lorsque le partenariat est mal identifié et que les personnes concernées n'ont pas de famille. Dans ces cas-là, "il y a souvent du bidouillage." (Christophe Noyé, Cf Géo)¹⁸⁸ Le social peut parfois être présent, mais il est aussi souvent débordé. Au contraire, lorsque les partenariats fonctionnent, l'action mise en place peut s'avérer efficace. Plaine Commune Habitat a, entre autres, mis en place une plateforme permettant de traiter les problèmes de santé mentale et a établi un partenariat avec Ville-Evrard et l'association Vivre Autrement qui fonctionne très bien, ainsi que le projet dans la commune de Saint-Denis car il y a un bon réseau d'acteurs. Ce qui n'a, par ailleurs, pas été le cas à L'Ile-Saint-Denis, expliquant que cela n'est pas réellement fonctionné sur ce territoire (Tania Berki, Plaine Commune Habitat)¹⁸⁹.

¹⁸⁷ Emilie Bassinga, entretien du 18 mai 2017

¹⁸⁸ Christophe Noyé, entretien du 12 juin 2017

¹⁸⁹ Tania Berki, entretien du 25 juillet 2017

3) Les leviers d'action pour parvenir à la promotion de la santé mentale

« La promotion de la santé mentale s'inscrit dans le contexte élargi de la santé publique et propose une approche différente à celui des soins, notamment en utilisant des stratégies intersectorielles et en mettant l'accent sur la protection du bien-être et des attributs de la santé mentale positive. Elle cherche en particulier à développer les conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et à permettre aux individus d'acquérir des attitudes favorables à leur santé. » (ARS IDF, 2016)¹⁹⁰

Il existe donc différents leviers d'action pouvant être utilisés dans le but de promouvoir la santé mentale. Ainsi, Rébecca Shankland, psychologue intervenant à l'université Grenoble-Alpes, Martin Benny professeur de psychologie, Laval au Québec, Nicolas Bressoud, enseignant spécialisé, à l'université Grenoble-Alpes, et à la Haute École pédagogique du Valais, présentent trois de ces leviers d'intervention de promotion de la santé mentale :

- « **L'orientation de l'attention vers les aspects positifs ou satisfaisants du quotidien** » : cela consiste à énumérer et mettre en avant les faits positifs de notre journée ou plus généralement de notre vie et cadre de vie. Chacun peut par exemple avoir un « journal d'attention » dans lequel il écrit trois à cinq « faits, événements ou personnes pour lesquelles elle éprouve de la reconnaissance. » (Shankland et al., 2017)¹⁹¹

Dans le cadre du projet de renouvellement urbain ces aspects positifs pourraient par exemple être matérialisés par de petites actions améliorant la propreté du quartier, l'ambiance du quartier et l'augmentation de la convivialité, etc.

- **Les compétences émotionnelles** : l'identification de ses émotions et de celles d'autrui ; la compréhension, l'expression et la régulation de celles-ci ; et enfin, l'utilisation de ses émotions et de celles d'autrui sont essentielles si l'on souhaite favoriser une meilleure adaptation aux situations auxquelles sont tous les jours confrontés des individus

¹⁹⁰ ARS IDF, L'intervention en prévention en Ile-de-France en 2016. Guide à l'intention des opérateurs pour le dépôt de projets d'intervention et de demandes de soutien financier de l'ARS (sur le Fonds d'Intervention régional/FIR), 2016

¹⁹¹ Rébecca Shankland, Martin Benny et Nicolas Bressoud, « Promotion de la santé mentale : les apports de la recherche en psychologie positive », *la Santé en action*, Mars 2017 / Numéro 439

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

(Shankland et al., 2017).¹⁹² Des ateliers d'identification des émotions peuvent par exemple être proposés dans les écoles ;

- **Les besoins psychologiques fondamentaux** : il est finalement important de se sentir autonome et, ainsi, à l'origine de ses choix et de ses actions, ainsi que de se sentir compétent et d'avoir un sentiment d'appartenance et de lien à la société (Shankland et al., 2017).¹⁹³

A travers ces leviers, se lit en filigrane la notion de compétences psychosociales. Elles « sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adaptant un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large, en termes de bien-être physique, mental et social. » (O.M.S., 1993)

A l'étranger, la question du bien-être, et notamment celle du développement de ces compétences aidant à renforcer l'empowerment, c'est-à-dire, « les moyens par lesquels des individus, des groupes et/ou des communautés deviennent capables de prendre le contrôle de leur situation et atteignent leurs objectifs personnels, étant ainsi en mesure d'aider les autres et eux-mêmes à maximiser leur qualité de vie (Adams, 2008) », ¹⁹⁴ (généralement traduit par “pouvoir d’agir”) est abordée depuis déjà plusieurs années. En Ile-de-France, les actions renforçant les compétences psychosociales sont la priorité de la DPSRI en santé mentale.

Favoriser ces démarches a pour but d'augmenter la capacité à agir face à des situations diverses et à passer au-dessus, ce qui manque aux individus ayant des vulnérabilités. Elles entrent dans le cadre de la promotion de la santé car « une action de promotion de la santé vise à accroître l'autonomie et le pouvoir des personnes et des groupes sur les questions de santé qui les concernent. » (IREPS Bretagne)¹⁹⁵

¹⁹² Rébecca Shankland, Martin Benny et Nicolas Bressoud, « Promotion de la santé mentale : les apports de la recherche en psychologie positive », *la Santé en action*, Mars 2017 / Numéro 439

¹⁹³ Rébecca Shankland, Martin Benny et Nicolas Bressoud, « Promotion de la santé mentale : les apports de la recherche en psychologie positive », *la Santé en action*, Mars 2017 / Numéro 439

¹⁹⁴ Rébecca Shankland, Martin Benny et Nicolas Bressoud, « Promotion de la santé mentale : les apports de la recherche en psychologie positive », *la Santé en action*, Mars 2017 / Numéro 439

¹⁹⁴ Adams, R. (2008) Empowerment, participation and social work, 4th edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan

¹⁹⁵ L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bretagne, Santé globale / Compétences psycho-sociales / Empowerment, URL : <http://www.irepsbretagne.fr/spip.php?mot1>, (Consulté le 18 août 2017)
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

Michel Laforcade, directeur général de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine, auteur du Rapport relatif à la santé mentale, identifie également comme levier pour promouvoir la santé mentale, l'investissement « sur des espaces favorisant la cohésion sociale, la médiation, le bien-être et le bien-vivre ensemble en—intégrant les personnes ayant des troubles psychiques », et cite aussi, à titre d'exemple, le soutien à la parentalité, à la création des maisons de santé ou encore de dispositifs « favorisant la coordination des acteurs intervenant de manière décloisonnée sur les territoires de proximité » en donnant une base commune de connaissances et de vocabulaire. En effet, comme nous l'avons expliqué dans la partie précédente, les partenariats sont souvent incomplets ou faibles. Il est donc important de bâtir des partenariats avec différents acteurs sociaux, associatifs et de la santé d'un territoire, en faisant attention à ne pas les centrer sur le secteur psychiatrique qui occupe déjà une place prépondérante dans le domaine de la santé mentale (Maria Melchior, chercheuse)¹⁹⁶.

Dans le cadre de notre expérimentation, et plus précisément de l'étude de cas menée sur les quartiers ANRU de Saint-Ouen et de L'Ile-Saint-Denis, nous avons repéré et pris comme exemples plusieurs actions relatives aux facteurs d'impact sur la santé mentale liés au fonctionnement urbain, à l'accentuation des interactions sociales, la réduction des nuisances du quotidien, permettant de promouvoir la santé mentale. Elles sont de natures différentes (prévention, actions de développement social urbain, etc.), mobilisent des acteurs de multiples secteurs et visent des publics différents.

Ce benchmark nous a permis de prendre conscience de la multitude d'actions possibles, qu'il faut combiner pour que l'action soit efficace et entre dans le cadre de la promotion de la santé mentale. Il nous a également servi d'inspiration pour certaines des recommandations formulées pour le territoire d'étude.

Nous avons donc repris les facteurs d'impact sur la santé mentale liés à l'organisation urbaine identifiés précédemment, et avons présenté des initiatives intéressantes au vu d'une possible action sur ces facteurs. Certaines s'éloignent du cadre des projets de renouvellement urbain et apparaissent plus générales mais permettent d'illustrer notre propos, et de mieux comprendre le type d'actions possibles. En voici quelques-unes.

Le premier facteur d'impact sur la santé mentale lié à l'organisation urbaine englobe les espaces de croisement, de rencontre et la question de la création de lien social.

¹⁹⁶ Maria Melchior, entretien du 03 mai 2017

Pour illustrer ce propos, voici un exemple d'action.

Il s'agit des « **Groupes de parole** » d'Evry, en place depuis les années 1980, qui se sont développés par une demande des habitants de proposer une action aidant à la gestion de « l'angoisse dans la vie quotidienne. » Les thématiques abordées sont variées, il peut s'agir de la question du deuil, de la vie après un traumatisme, du choix, de la parentalité, etc. Ces groupes sont co-animés par un professionnel thérapeute et par un usager formé. Ils étaient au départ portés par le centre de santé de la ville, puis désormais par l'association Pause, et sont financés par plusieurs organismes : l'ARS IDF, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la Caisse d'Allocations Familiales, le Conseil Général de l'Essonne, la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, l'Etat via la Préfecture et la Politique de la Ville, la Fondation de France, la Mairie d'Evry, la Région Ile de France, ainsi que par les municipalités dans le cadre du Projet de Réussite Educative (P.R.E.). Une telle action permet de favoriser la lutte contre l'isolement, la prise en main de la vie des participants, ou encore la participation à la vie collective.

Le second facteur est le rôle de la mobilité et de la densité des destinations. Dans ce cadre, nous avons relevé l'initiative « **Pour la santé je bouge dans mon quartier** » mise en place par la **Maison de la Santé de Saint-Denis en 2014**.

Elle vise à l'élaboration d'un parcours de signalétique active à l'échelle du quartier de la politique de la ville Floréal-Saussaie-Courtilles. Ces parcours, en lien avec les difficultés d'accès aux services et d'enclavement dans le quartier, sont co-construits avec les habitants, ce qui est particulièrement important dans les actions visant la promotion de la santé.

Nous pouvons également citer une action développée par le Grand Lyon depuis 2009 et « mise en œuvre par l'association Uni-Est »¹⁹⁷. Il s'agit de la **plateforme intercommunale d'insertion et de mobilité** qui vise à rendre plus lisible et cohérente l'offre de transport à disposition des habitants principalement dans le but d'une meilleure insertion sur le marché de l'emploi et peut permettre une facilité d'accès aux espaces de loisirs, aux services, et ainsi augmenter potentiellement le bien-être chez des personnes dont la mobilité était jusqu'alors compliquée. Ce projet est financé par l'appel à projets national « Des quartiers vers l'emploi : une nouvelle

¹⁹⁷ Mobilité vers l'emploi, La plateforme, URL : <http://www.mobilite-vers-lemploi.org/editorial/la-plateforme/> (Consulté le 28 août 2017)

mobilité ».

Le troisième facteur identifié est celui des nuisances environnementales. Il recoupe plusieurs thématiques : le bruit, les conditions de logement et la précarité énergétique. Dans le cas du bruit, et notamment du bruit de voisinage, il existe principalement des actions de médiation, comme c'est le cas à Lille où **la société d'HLM de Lille et Environs (S.L.E) travaille en partenariat avec la « Maison de la Médiation et de la citoyenneté »**¹⁹⁸. Des chartes de bon voisinage peuvent également être rédigées et signées dans les logements locatifs sociaux.

Une autre action concerne les conditions de logement. Le mal-être ou les pathologies de locataires peuvent avoir un impact sur celui des autres, de par les odeurs incommodantes, les bruits, ou encore les mauvaises relations entre voisins. Le groupe Opievoy en Ile-de-France, « a mis en place des **actions de sensibilisation et de formation des gardiens et des collaborateurs » de logements sociaux** (USH, 2016)¹⁹⁹. Ceux-ci s'organisent sous la forme de demi-journées animées par un psychiatre, une infirmière de psychiatrie ou un psychologue. Des études de cas sont présentées par les conseillers sociaux. Cette action a pour but de sensibiliser les salariés à la gestion des troubles des locataires et de des risques psychosociaux des employés. L'idée est ici, d'améliorer l'approche du locataire, d'identifier des problèmes et de connaître les méthodologies d'intervention pour pouvoir au mieux réagir dans des situations de souffrance psychique ou de pathologie des locataires.

Finalement, dans le cas de la précarité énergétiques plusieurs actions peuvent être mises en œuvre, comme c'est par exemple le cas par la Communauté Urbaine Grand Paris Seine & Oise et Energies Solidaires qui via le **Service Local d'Intervention à la Maîtrise de l'Energie (SLIME), détecte les ménages rencontrant des difficultés avec leurs factures d'énergie et leur donnent des conseils personnalisés** (RAPPEL, 2016)²⁰⁰. Cette action est financée par un appel à projet du CLER²⁰¹ (Réseau pour la transition énergétique)

¹⁹⁸ LHM, <http://www.lmh.fr/accueil-general/accueil-locataires/tranquillite/214-les-agents-d-ambiance> (Consulté le 03 juillet 2017)

¹⁹⁹ USH, Habitat social et santé mentale : cadre juridique et institutionnel, pratiques et ressources, *Collection Cahiers* - octobre 2016

²⁰⁰ RAPPEL, Services locaux d'intervention pour la maîtrise de l'énergie, 2016, URL : <https://www.precarite-energie.org/-Le-programme-SLIME-du-CLER-.html> (Consulté le 5 juillet 2017)

²⁰¹ Le CLERC est une association française de protection de l'environnement créée le 17 novembre 1984
BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

Le quatrième facteur est celui du relogement, qui peut, comme nous l'avons vu, avoir des conséquences importantes sur la santé mentale des habitants. L'OPAC Grand Lyon a développé une **coopération entre bailleurs pour permettre un meilleur relogement des familles**. Un protocole habitat structure le partenariat entre la collectivité, les bailleurs (OPAC du Rhône, OPAC du Grand Lyon et la Société Anonyme de Construction de la Ville de Lyon, SACVL) et les réservataires. Cette action a permis le relogement de 601 familles en 21 mois dans un contexte du marché du logement très tendu (réunions mensuelles, priorité donnée aux personnes à reloger, etc.) (USH, 2005)²⁰².

Aussi, de 2002 à 2004, le bailleur Immobilère 3F, a organisé des **ateliers d'habitants mensuels**, permettant l'accompagnement de l'évolution des préoccupations des habitants (aspects liés aux travaux et chantier de démolition) (USH, 2005).²⁰³

Finalement, le dernier facteur identifié est la phase de chantier pendant laquelle, il est important d'appréhender les notions de gestion de chantier et bien-être des habitants. L'OPARC, en pratiquant de la **transmission d'information par les cages d'escalier dans le quartier Bel Air à Poitiers**, a touché 37% des locataires concernés par les réunions, contre 10% dans le cas de la précédente démolition sur le quartier de la Piqueterie, où des réunions publiques et globales étaient organisées (USH, 2005)²⁰⁴.

Paris Habitat, a, de plusieurs façons, mené des actions pour aider les habitants à mieux vivre les périodes de chantier et à rendre ce dernier plus accessible. En 2009, il a organisé « **Le Temps du Chantier. Des mémoires en construction** » dans le quartier de la Porte Montmartre. L'action a consisté en la réalisation de 6 films autour et par les habitants, qui ont pu exprimer leurs craintes, leurs espoirs, leurs interrogations, etc., sur des thématiques différentes lors du projet de renouvellement urbain grâce à l'association Sierra Prod (Marie Ballet)²⁰⁵.

Ils ont également organisé des **animations autour du chantier** dans certains quartiers, qui

²⁰² USH, Gestion d'un immeuble voué à la démolition : préparer et accompagner le projet, Actualités habitat - Juin 2005

²⁰³ USH, Gestion d'un immeuble voué à la démolition : préparer et accompagner le projet, Actualités habitat - Juin 2005

²⁰⁴ USH, Gestion d'un immeuble voué à la démolition : préparer et accompagner le projet, Actualités habitat - Juin 2005

²⁰⁵ Marie Ballet, entretien du 05 juillet 2017

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

consistaient en des visites du chantier (crèche, etc.) par les écoles, pour les habitants, en un lâché de bâches avec les photos des habitants sur la tour en démolition, etc. Ces actions ont été financées par le bailleur dans le cadre du DSU (Marie Ballet)²⁰⁶.

B) L'impact des projets de renouvellement urbain et les interfaces possibles pour la promotion de la santé mentale

1) Une cohérence entre la promotion du bien-être et l'amélioration de la qualité de vie et les grands objectifs portés par l'ANRU

Les projets de renouvellement urbain peuvent être une ressource pour la promotion de la santé mentale. En effet, ils ont été envisagés pendant notre expérimentation comme des opportunités de promouvoir la santé mentale, car bien que la question de la santé ne soit traitée qu'indirectement, leurs objectifs d'amélioration du cadre de vie ou encore d'accès à l'emploi, y contribuent.

Nous pouvons le voir en nous intéressant aux objectifs fondamentaux des programmes de renouvellement urbain. « Le concept de « Renouvellement Urbain » [...] affirmé par la loi « Solidarité et Renouvellement Urbain » du 13 décembre 2000 qui le substitue à la notion de « Restructuration Urbaine » [...] (nouvel article L 300-1 du code de l'urbanisme), [...] représente en termes d'aménagement du territoire [...] une rupture conceptuelle dans la façon de planifier et d'aménager la ville selon des objectifs de développement durable :

- d'efficacité économique
- d'équité sociale
- de protection de l'environnement. » (DIV, 2003)²⁰⁷

²⁰⁶ Marie Ballet, entretien du 05 juillet 2017

²⁰⁷ Délégation interministérielle à la ville Mission Nationale des Grands Projets de ville, Projets de renouvellement urbain : le passage à l'opérationnel, août 2003

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

Les projets de renouvellement urbain, et principalement ceux du NPNRU, ne prennent pas directement en compte la question de la santé mentale, mais la notion de bien-être apparaît bel et bien dans le RGA (Règlement Générale de l'Agence) (Alice Collet, ANRU)²⁰⁸.

Parmi les objectifs affichés dans le NPNRU, trois autres semblent également propices à la mise en place d'actions en faveur de la promotion de la santé mentale :

- « Renforcer l'ouverture du quartier et la mobilité des habitants ;
- Viser l'efficacité énergétique et contribuer à la transition écologique des quartiers.
- Réaliser des aménagements urbains et des programmes immobiliers de qualité prenant en compte les usages, les enjeux de gestion et de sureté et anticipant les futures évolutions. » (ANRU, 2015)²⁰⁹

En effet, nous l'avons vu, la liaison de certains territoires et quartiers par les transports à des centres urbains, et services, peut aider au désenclavement des populations et renforcer l'égalité entre les territoires notamment en matière de santé, de culture, de sport ou encore d'emploi. La réhabilitation et les changements apportés aux quartiers, les rendant plus attractifs, peuvent également pousser des acteurs économiques à s'installer sur le territoire et redynamiser les alentours.

La question du bien-être et de la gestion de la santé mentale des habitants est également partiellement traitée sous l'angle de l'emploi, car le principal financeur est Action Logement, dont l'objectif est de loger des salariés. Les autres partenaires actuels sont principalement la DHUP (logement), le CGET (commissariat général à l'égalité des territoires) ou l'USH. "Le partenariat avec l'ARS vise justement à introduire la notion de santé dans les PRU" (Alice Collet, ANRU)²¹⁰, car chaque partenaire a ses propres priorités et agit pour leur prise en compte dans les projets. En dehors de l'emploi, la question de la santé en elle-même est généralement traitée par l'ANRU "sous l'angle de la réduction des nuisances, de l'amélioration de la qualité

²⁰⁸ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

²⁰⁹ ANRU, « Nouveau Programme National de Renouvellement Urbain Élaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de ville », février 2015

²¹⁰ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

BRISSE Marion – Mémoire de Master 2 APTER (2016-2017) : La prise en compte de la santé mentale dans la dynamique des projets de renouvellement urbain

des logements, etc." (Aurélie Paquot, Une Fabrique de la Ville)²¹¹. D'autres actions mises en place par l'ANRU sont favorables à la santé. Les projets de renouvellement urbain agissent donc sur la santé en facilitant l'installation de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), de Centre Municipaux de Santé, et en agissant sur l'agriculture urbaine ou les mobilités douces (Alice Collet, ANRU)²¹². Les MSP regroupent plusieurs professionnels de santé différents (psychiatres, médecins généralistes, kinésithérapeute, etc.) et peuvent représenter une chance d'accès aux soins que les habitants n'avaient pas avant l'opération d'aménagement.

C'est également le cas, de par certains cadres que les projets de renouvellement urbain donnent, les objectifs affichés et le traitement de différentes thématiques. Il existe, en effet, des "documents qui cadrent le relogement (modalités de gestion de la demande, etc.) dont la charte de politique de relogement." (Christophe Noyé, Cf. Géo)²¹³ Aussi, alors que pour l'ANRU 1, « il y avait le souci d'améliorer les charges locatives et l'économie » (Aurélie Paquot, Une Fabrique de la Ville)²¹⁴, dans l'ANRU 2, les actions se veulent plus transversales, on parle de réduction des déchets sur le chantier, de mobilité, etc. Ils souhaitent faire en sorte que les comportements changent." (Aurélie Paquot, Une Fabrique de la Ville)²¹⁵ Les objectifs ce sont élargis.

Dans une optique d'amélioration du précédent programme, les conventions de gestion du PNRU, promouvant et organisant la gestion lors et après les projets de renouvellement urbain, ont évolué. Ils sont passés d'une convention, à un projet de gestion qui porte une approche stratégique et territorialisée. L'idée est de demander une précision importante du projet pour s'assurer que les collectivités "aient les moyens de gérer l'après-projet" (Alice Collet, ANRU)²¹⁶, du fait de la fragilité de la plupart de ces dernières. Et bien qu'elles bénéficient de dotations de la politique de la ville, l'inégalité dans l'investissement selon territoires est là encore importante.

Le NPNRU, en comparaison avec l'ancien programme, affiche également l'ambition d'une plus forte implication des habitants dans les projets en parlant de co-construction. Notamment en demandant l'implication des conseils citoyens dès le début du processus de projet ou dirigeant

²¹¹ Aurélie Paquot, entretien du 13 juin 2017

²¹² Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

²¹³ Christophe Noyé, entretien du 12 juin 2017

²¹⁴ Aurélie Paquot, entretien du 13 juin 2017

²¹⁵ Aurélie Paquot, entretien du 13 juin 2017

²¹⁶ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

donc « les bailleurs vers une meilleure association des habitants » et mettant « en avant dans ses objectifs incontournables une grande vigilance concernant notamment les usages et leur mutabilité dans le temps. » (Alice Collet, ANRU)²¹⁷ L'agence est consciente de l'importance de la co-construction, ce qui nous montre une fois de plus, qu'elle est un partenaire très pertinent si l'on souhaite promouvoir la santé mentale dans les quartiers ANRU. Le PNRU a, de plus, un bilan positif quant à ses objectifs. En effet, 490 quartiers rénovés, ainsi que 340 000 logements, et 141 000 construits en 2014. Le programme a également permis à près de 60 000 habitants du quartier de travailler sur le chantier en 2014, car il existe une charte nationale d'insertion « qui spécifie les exigences d'insertion professionnelle des habitants des quartiers sensibles. » (ANRU, 2012)²¹⁸

2) Les limites des projets de renouvellement urbain

Bien que les projets de renouvellement soient un cadre intéressant pour la promotion de la santé mentale, et qu'ils intègrent partiellement et indirectement cette thématique, le recul que nous avons désormais sur le PNRU, et les premières constatations sur le NPNRU, nous amène à parler des limites de ces programmes vis-à-vis de leur efficacité, de leur durabilité et de leur effet sur la santé mentale. Cela est nécessaire si nous voulons permettre aux projets de renouvellement urbain d'impacter le moins possible sur la santé mentale des habitants. Cette étape est également essentielle pour pouvoir ensuite émettre des recommandations. Le problème majeur reconnu pour le PNRU est qu'il s'est trop focalisé sur le bâti et n'a pas laissé assez de place à la dimension sociale que peuvent comporter le projet. D'autant que les projets de renouvellement urbain, en démolissant des bâtiments peuvent provoquer beaucoup de stress et d'incertitude pour les personnes concernées ou potentiellement concernées. "C'est une situation éprouvante" pour eux. (Christophe Noyé, Cf. Géo)²¹⁹ En effet, malgré des financements très importants dans le cadre de l'ANRU, ils n'ont pas, ou très peu été utilisés pour

²¹⁷ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

²¹⁸ ANRU, Nouveau Programme National de Renouvellement, publié en 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Programme-National-pour-la-Renovation-Urbaine> (Consulté le 14 mai 2017)

²¹⁹ Christophe Noyé, entretien du 12 juin 2017

l'accompagnement des personnes, notamment pour l'après ANRU et l'après relogement. Il est souvent arrivé qu'en dépit d'une bonne prise en charge des locataires, les bailleurs n'avaient pas assez anticipé, et se retrouvent, par exemple, dans le cas des Docks de Saint-Ouen, avec des situations d'impayés de loyer quelques mois seulement après le relogement (CMP de Saint-Ouen)²²⁰. Le cahier des charges des bailleurs pour le relogement des personnes concernées par la démolition de leur logement, a pu jouer sur la qualité du relogement. L'ANRU en est cependant conscient, et avec l'ANRU 2, des changements sont apparus, pour que le bien-être des habitants soit d'autant plus amélioré.

Dans la loi, le PNRU « a [pourtant] bien comme objectif de réduire les inégalités sociales et les écarts de développement à partir d'un dispositif essentiellement urbain » (CES de l'ANRU, 2013)²²¹. Dès les années 1990, alors que la politique de la ville portée une approche sociale au problème des quartiers, l'identification des solutions s'est déplacée peu à peu vers l'urbain, laissant quelque peu de côté le volet social. La politique en découlant a trouvé un appui auprès des élus, ainsi que de Jean-Louis Borloo et de l'Assemblée nationale qui ont approuvé la loi de rénovation urbaine, donnant ainsi l'impression de pouvoir changer profondément et rapidement la situation dans les banlieues. Les maires connaissaient ainsi mieux le sujet grâce à leurs actions menées en matière d'urbanisme (réglementaire et opérationnel), et cette politique avait l'avantage d'être rapidement visible du fait notamment des types d'opérations pouvant être subventionnées par l'ANRU et qui sont le fondement du PNRU (démolition, construction, changement d'usage, amélioration de la qualité de service, etc.) (REPS, 2010)²²².

Les contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) (2006-2007) « devaient [également] constituer un « accompagnement social » de la rénovation urbaine » (REPS, 2010)²²³, mais cette question n'a été finalement que peu traitée (ANRU, 2015)²²⁴ et n'y a souvent eu qu'une prise en compte minimale de la gestion urbaine de proximité.

²²⁰ CMP de Saint-Ouen, rencontre du 15 mai 2017

²²¹ CES de l'ANRU, rapport 2013 « Changeons de regard sur les quartiers. Vers de nouvelles exigences pour la rénovation urbaine »

²²² REPS, L'articulation des volets social et urbain de la politique de la ville, étude commanditée par le CES et l'ANRU, 2010

²²³ REPS, L'articulation des volets social et urbain de la politique de la ville, étude commanditée par le CES et l'ANRU, 2010

²²⁴ ANRU, « Nouveau Programme National de Renouveau Urbain Élaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de ville », février 2015

Les habitants ont également eu du mal à comprendre les projets et à les percevoir comme étant fait pour eux. En effet, alors qu'ils se disent bien informés, en moyenne, 30% des habitants des quartiers en renouvellement urbain interrogés, ne connaissent pas les grands objectifs poursuivis par les programmes de rénovation urbaine. Lorsque les objectifs sont identifiés ou expliqués, 44% de ces habitants estime que le projet est fait pour eux, 23% ne le pense pas et 30% ne sait pas ou ne se prononce pas (CES de l'ANRU, 2014).²²⁵

Certains habitants sont donc conscients que le projet peut représenter une occasion d'accéder à la propriété, ou de changer radicalement le quartier : « On s'attend à mieux, on ne peut pas faire pire » (Virginie Champault, SEMISO)²²⁶, mais il existe souvent une méfiance envers le projet. D'autres habitants s'interrogent sur le fait que le projet ait été fait pour tous les habitants. Les objectifs de mixité sont, en effet, parfois perçus comme négatifs par les habitants qui peuvent ne pas bien réagir à l'idée du relogement, et à l'arrivée de nouveaux habitants. Ils vivent mal le fait que rien, ou presque, n'ait été fait pour eux pendant plusieurs années, et que ce soit maintenant le cas, lorsqu'ils doivent partir, laissant d'autres profiter du changement et des améliorations. Lors des réunions publiques concernant le PRU à Saint-Ouen et à L'Ile-Saint-Denis, il est arrivé que des habitants prononcent ces paroles « On va être à la rue » ou « Vous allez nous jeter dehors », illustrant cette idée et la peur des habitants (Eric Frenaud, mission politique de la ville à Saint-Ouen).²²⁷

Les principales raisons à ces réactions sont aussi dues à un manque de communication autour du projet et de ses objectifs, et au fait que les attentes des habitants n'aient pas été assez entendues. A Bourg-en-Bresse, par exemple, plus la participation a été importante, plus le taux de personnes se prononçant favorablement à la question « le projet de rénovation urbaine a-t-il été fait pour les habitants ? » a été important (CES de l'ANRU, 2014).²²⁸

S'ajoute à cela, le fait que beaucoup de quartiers de l'ANRU 2 aient également déjà été bénéficiaires de l'ANRU 1 et connaissent son fonctionnement. Les autres quartiers ANRU 2 ont souvent, de ce fait, eu connaissance de ce qu'il s'était passé lors des premières années des projets de renouvellement urbain. "Les anciennes opérations d'aménagement des quartiers sensibles et celles de réhabilitation qui n'ont pas fonctionné ou qui ont déçu ont [donc] un poids sur les

²²⁵ CES de l'ANRU, « Mon quartier a changé ! », La documentation Française, Paris, 2014, p38-39

²²⁶ Virginie Champault, entretien du 02 août 2017

²²⁷ Eric Frenaud, entretien du 19 mai 2017

²²⁸ CES de l'ANRU, « Mon quartier a changé ! », La documentation Française, Paris, 2014, p38-39

opérations futures. La motivation et la participation des habitants peuvent en être affectées. Il faut donc lors de projet de renouvellement urbain y aller progressivement pour prendre en compte la dynamique propre aux gens et aux quartiers. Pour cela, une alliance entre tous les acteurs est primordiale." (Michel Joubert, sociologue)²²⁹

Le NPNRU a renforcé la place des habitants dans le projet, et a réellement pour objectif de les impliquer, mais l'ANRU a pu être confronté aux forces politiques en présence sur leurs territoires d'action. Dans le NPNRU, alors que les conseils citoyens doivent être associés dès le début du processus, certaines collectivités sont réfractaires à cette idée, car associer les habitants c'est toujours prendre un risque politique (Alice Collet, ANRU)²³⁰. De plus, les territoires des quartiers ANRU n'ont pas le même rapport à la participation ou à la co-construction. Certaines communes ont une forte culture d'implication des habitants, ce qui n'est pas le cas dans d'autres. D'un point de vue général, la notion de co-construction est encore nouvelle chez les acteurs du renouvellement urbain et de l'action publique, mais elle est déjà bel et bien présente dans les ambitions de l'ANRU et de ses programmes.

Finalement, d'autres limites aux projets de renouvellement urbain peuvent être liées au contexte local et politique. Tout d'abord car la décision de participer aux programmes mis en place revient avant tout aux maires. Cela reste donc très politique, et il se peut que les municipalités soient en retrait vis-à-vis des projets et de la politique de la ville, comme c'est notamment le cas à Saint-Ouen, ce qui a pu retarder l'entrée dans les programmes de renouvellement urbain de quartiers en ayant besoin. Ensuite, les quartiers éligibles "sont définis à l'échelle nationale par l'Etat suite aux remontées du local et de la vigilance du CGET" (Alice Collet, ANRU)²³¹, ce qui peut parfois créer des frustrations pour ceux qui n'ayant pas été retenus pour faire partie du programme.

A l'intérieur même de ces quartiers, certains bâtiments peuvent ne pas avoir été pris en compte, pouvant déclencher un sentiment d'abandon chez les personnes concernées et créant un nouveau décalage à une échelle plus petite. Pour finir, les objectifs, notamment de mixité, peuvent ne pas trouver d'écho sur le territoire visé et ne pas être réalisables car beaucoup de maires sont opposés à la démolition de bâtiments, souvent car le parc social est trop restreint en dehors de

²²⁹ Michel Joubert, entretien du 22 mars 2017

²³⁰ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

²³¹ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

ces quartiers pour accueillir les familles destinées à déménager. L'ANRU, de par la signature du protocole de collaboration avec l'ARS, montre qu'elle est consciente de ses limites en matière de santé et de bien-être des habitants et qu'elle a pour ambition de faire des projets de renouvellement urbain des leviers d'action pour promouvoir la santé, et notamment la santé mentale. Il reste néanmoins à prendre en compte les contextes dans lesquels ils s'inscrivent et à travailler en collaboration avec les différents acteurs pour inscrire la santé mentale sur le long terme dans le travail des acteurs du renouvellement urbain (bailleurs, élus, etc.).

3) Des interfaces à bâtir dans le champ du renouvellement urbain

Bien que les projets de renouvellement urbain, notamment le PNRU, aient des limites, ils sont une source d'interfaces possibles pour promouvoir la santé mentale qui reste très importante. Pendant l'expérimentation nous nous sommes donc particulièrement intéressés aux différentes étapes des projets de renouvellement urbain et aux interfaces qu'elles offraient pour promouvoir la santé mentale, comme :

- Les études opérationnelles (inscrites dans le protocole de préfiguration du PRU) ;
- Les phases de relogement et de gestion chantier ;
- La Gestion Urbaine de Proximité (GUP), via notamment les actions de Développement Social Urbain ;
- Ainsi que d'autres dispositifs mis en place dans le cadre du pilier social et sanitaire de la politique de la ville, les Ateliers Santé Ville ou encore les CLSM.

Le premier enjeu d'un projet de renouvellement urbain est que les choix d'aménagement, notamment des espaces publics, soient adaptés aux besoins et aux usages des personnes des territoires concernés. Pour cela, les études pré-opérationnelles, dont l'étude urbaine et les scénarios d'aménagement, faisant part du protocole de préfiguration, et visent donc à répondre à cet enjeu. Elles sont des interfaces intéressantes et majeures car le bien-être des habitants et l'appropriation du projet par ces derniers en dépendent.

Pendant ce temps du projet de renouvellement urbain, il est donc important de "comprendre les

forces qui traversent les quartiers" (Michel Joubert, sociologue)²³², et pour cela de faire appel aux habitants, comme c'était par exemple le cas au début des projets de renouvellement urbain, quand "il existait des ateliers organisés par la maîtrise d'ouvrage" avec ces derniers, ainsi que de se rapprocher des acteurs de proximité (associations, acteurs de la prévention dans les rues, etc.), de valoriser leur travail et de leur donner les moyens d'exister. Ce sont eux qui peuvent repérer les personnes ayant besoin du plus de soutien et "les ressentis généraux" (Michel Joubert, sociologue)²³³.

Les acteurs que nous avons interrogés soulignent pour la plupart l'importance de la co-construction et d'impliquer les habitants dans le projet. "La co-construction, et non pas la concertation, est plus que nécessaire pour imaginer une bonne réception des interventions et un réel impact sur la qualité de vie des habitants." "Cette co-construction, si elle était un espace pleinement investi par les pouvoirs publics et la maîtrise d'œuvre permettrait de questionner le système de gestion du patrimoine social et de définir des types d'interventions et des statuts locatifs différenciés suivant le profil des familles et les parcours résidentiels souhaités. Elle permettrait également de pallier au turn-over et faire face à l'évolution locative dans le temps." (Association ICI!)²³⁴

Actuellement, comme nous l'avons vu, l'implication des habitants est trop peu faite dans les PRU, entraînant des prises de décision ne tenant pas suffisamment compte de leurs besoins et aspiration au bien-être. De l'extérieur, il est en effet souvent possible d'avoir une vision différente de celle des habitants, ou de certains d'entre eux et les actions qui en découlent peuvent donc être en décalage avec les pratiques, visions et besoin de ces derniers. Par exemple, dans le cas de Saint-Ouen, il existe une maison de quartier (Pasteur) qui est située à 1km du quartier Cordon-La Motte-Taupin, cela peut paraître peu mais cela suffit pour que les gens n'y aillent pas. Ici, la proximité du quartier est plus que nécessaire pour que l'action soit efficace (Lolo Tshiala association ERA 93).²³⁵ Dans un entretien, un autre exemple illustrant notre propos, nous a été donné. Pour lutter contre le trafic de drogue et éviter que les dealers ne s'installent dans les cages d'escaliers, les architectes ont fait en sorte de créer un inconfort en créant des courants d'air, rendant le passage dans ces endroits très compliqué pour les habitants

²³² Michel Joubert, entretien du 22 mars 2017

²³³ Michel Joubert, entretien du 24 février 2017 par Nicolas Notin

²³⁴ Associatio ICI !, suite de la rencontre du 19 mai 2017

²³⁵ Lolo Tshiala, entretien du 04 mai 2017

qui ne pouvaient parfois plus rentrer chez eux (Tania Berki, Plaine Commune Habitat).²³⁶

Le deuxième enjeu est ici de permettre l'acceptation du projet et de l'inscrire dans la vie des habitants. Les interfaces pouvant permettre la promotion de la santé apparaissent alors principalement dans la phase de mise en œuvre du projet.

L'accent sur les questions de bien-être doit donc également être mis lors des phases opérationnelles de conduite du PRU : lors des chantiers et les différentes phases de relogement des habitants impactés temporairement ou définitivement par les réhabilitations, démolitions, etc. L'ANRU met en place des mécanismes pour que les chantiers exercent le moins de nuisances possibles sur les habitants, en orientant notamment les bailleurs vers des actions spécifiques, cependant il est nécessaire que la question de la santé mentale soit intégrée par les différents acteurs, notamment les bailleurs et prestataires, et que des solutions soient trouvées en amont pour limiter au maximum l'impact de ce dernier sur les habitants. La phase de chantier peut, par exemple, avoir des conséquences sur le travail et donc le rôle des gardiens, qui ont un rôle important dans le quartier, car ils peuvent prévenir d'un problème de voisinage, avec les sociétés devant intervenir dans les logements, ils sont présents pour relayer l'information. Pendant la phase chantier, il est parfois difficile pour eux de garder ce rôle car les tâches peuvent augmenter sans qu'il n'y ait pour autant de renforcement du personnel, rendant la communication entre les bailleurs et les locataires d'autant plus difficile. A cela s'ajoute le fait qu'ils doivent être d'autant plus attentifs aux habitants dont la situation de mal-être, dans laquelle ils se trouvent, risque de s'aggraver avec le temps et de compliquer parfois le chantier et le projet. De plus, les chantiers peuvent entraîner de nombreuses nuisances pour les habitants du quartier.

La phase de relogement est probablement celle où les enjeux de santé mentale sont le plus à prendre en compte, car l'impact peut être extrêmement important. Il est nécessaire de souligner par notre démarche l'importance de la préparation au relogement et surtout de l'après-relogement, question qui est encore trop peu prise en compte dans les projets de renouvellement urbain, et qui peut pourtant permettre la bonne intégration des habitants dans leur nouveau lieu de vie et le succès du relogement, notamment en termes de bien-être. Des actions existent déjà et il pourrait être intéressant de les valoriser. Par exemple, il peut s'agir de donner un guide du

²³⁶ Tania Berki, entretien du 25 juillet 2017

quartier pour que les nouveaux arrivants puissent s'orienter le mieux possible dans ce nouvel espace, leur expliquer comment fonctionnent certains nouveaux équipements installés dans le but de réaliser des économies d'énergie (Anne Roullier, France Habitation)²³⁷, un bailleur a même financé une association pour faire du porte-à-porte après le déménagement pour aider les nouveaux arrivants en cas de problème, aussi une visite de courtoisie du gardien ou un pot d'accueil peuvent être organisés (Marie Ballet, Paris Habitat)²³⁸. Mais ces actions restent restreintes et cantonnées principalement à la volonté des bailleurs.

Les actions de DSU qui sont essentielles à l'animation des quartiers et à la création de lien social, sont à valoriser et à favoriser, car elles peuvent permettre d'améliorer le bien-être des habitants et leur santé mentale. L'une des raisons pour intervenir dans ce domaine est que l'importance du lien social et les actions faites pour le développer dans les quartiers diffèrent selon les bailleurs. L'organisation même des services de DSU est différente, elle peut être interne ou externe et avoir plus ou moins de poids par rapport aux autres services. Pour la SEMISO principal bailleur, présent dans les trois quartiers étudiés et dont le parc représente 83% des logements (LeFrêne, 2017)²³⁹, par exemple, la question du bien-être tourne exclusivement autour de la sécurité et de la lutte contre le deal. La création de lien social n'est actuellement pas comprise dans l'éventail d'action de proximité mises en place par le bailleur, ce qui n'est pas le cas en revanche d'autres bailleurs. Le PRU peut permettre d'aborder les questions de DSU et de bien-être avec des bailleurs qui n'ont parfois pas du tout cette culture. Leur montrer que des moyens existent et l'intérêt que cela a est primordial et pourrait potentiellement ouvrir des pistes, avec pour ambition, l'objectif fondamental de promouvoir la santé mentale des habitants.

Dans ce cadre, la GUP est une interface elle aussi majeure, car elle permet d'inscrire le PRU sur le long terme dans la vie des habitants. Elle représente une opportunité d'amener de l'animation urbaine, notamment via une vie commerciale et une animation en pied d'immeuble, mais tout le monde doit participer à cela et faire également de la prévention urbaine. La gestion, dont l'importance a été évoquée précédemment, et la requalification des bâtiments sont d'une grande importance pour lutter contre l'usure du temps (Eric Amanou, La Condition Urbaine)²⁴⁰. Elle ressort des entretiens comme très importante, car bien qu'elle soit chronophage, « en plus

²³⁷ Anne Roullier, entretien du 11 juillet 2017

²³⁸ Marie Ballet, entretien du 05 juillet 2017

²³⁹ Rapport LeFrêne, Diagnostic social NPNRU Saint-Ouen-Ile-Saint-Denis. Rendu du final, 11 mai 2017

²⁴⁰ Eric Amanou, entretien du 10 mai 2017

de tenir informer des problèmes de dysfonctionnement du quartier, elle permet aussi un embellissement du quartier, une meilleure gestion de la propreté... [et] concerne la ville et l'ensemble des autres acteurs. » (Marie Ballet, Paris Habitat)²⁴¹ Ainsi, la GUP peut agir sur le bien-être des habitants, car l'entretien et l'occupation des espaces sont essentielles pour provoquer un sentiment de bien-être chez les habitants, et il est actuellement nécessaire d'avoir « une plus grande veille et une plus grande présence d'acteurs de terrain (gardiens, commerces, médiateurs, familles...) ». (Association ICI!)²⁴² La question du bien-être qui n'est pour l'instant pas encore réellement prise en compte, pourrait également être intégrée via les diagnostics en marchant qui pourraient permettre d'intégrer (Eric Frenaud, Mission politique de la ville à Saint-Ouen)²⁴³.

Finalement, nous avons identifié des interfaces dans le volet social et sanitaire de la politique de la ville, car elles pourraient répondre à l'enjeu de trouver des mécanismes de discussion autour de la santé mentale. Elles peuvent également permettre une meilleure prise en compte des questions de santé mentale dans les quartiers ANRU. Auparavant, les projets de renouvellement urbain étaient différenciés des CUCS, les anciens contrats de ville, ce qui pouvait être contraignant, car les deux étaient parfois compliqués à conjuguer. "Désormais, les PRU sont le volet renouvellement urbain des contrats de ville." (Alice Collet, ANRU)²⁴⁴

Cette intégration représente une chance de faire perdurer les actions en faveur de la promotion de la santé mentale, en inscrivant, par exemple, dans les contrats locaux de santé (CLS) des actions à mener dans le cadre du projet de renouvellement urbain et de ne pas déconnecter les actions de dispositifs déjà en place sur certains territoires, les CLSM et les ASV, ou d'autres politiques de santé des projets.

A Mulhouse, par exemple, il existe des réseaux santé de quartier qui "regroupent des professionnels travaillant dans le quartier, des habitants, des associations, etc." (Marion Sutter et Catherine Hoerth, ville de Mulhouse)²⁴⁵ Ils ont notamment organisé un forum logement et santé mentale suite aux réunions des groupes des réseaux santé. "Lors des PRU, les services ont essayé de ne pas déconnecter la thématique de l'urbanisme et celle de la santé." (Marion Sutter et Catherine Hoerth, ville de Mulhouse)²⁴⁶

²⁴¹ Marie Ballet, entretien du 05 juillet 2017

²⁴² Associatio ICI !, suite de la rencontre du 19 mai 2017

²⁴³ Eric Frenaud, entretien du 19 mai 2017

²⁴⁴ Alice Collet, entretien du 12 avril 2017

²⁴⁵ Marion Sutter et Catherine Hoerth, entretien du 19 juillet 2017

²⁴⁶ Marion Sutter et Catherine Hoerth, entretien du 19 juillet 2017

La prévention peut être abordée dans le cadre des CLSM notamment par le biais des "thématiques comme la prévention des conduites à risques, de la délinquance, des addictions, du suicide (notamment chez les jeunes), etc." (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)²⁴⁷ Comme nous l'avons vu ce sont des interfaces très intéressantes et qui peuvent aussi permettre d'établir un diagnostic du territoire car les CMPs, les travailleurs sociaux, etc. ont souvent des représentations figées de ce dernier et passent parfois à côté des véritables problématiques (Pilar Arcella-Giroux).

Finalement, les ASV sont cités comme de bonnes interfaces. « L'ASV organise également des journées de prévention pour donner de l'information aux populations des quartiers en difficulté qui sont souvent mises à l'écart car elles ne la reçoivent pas. Le but ici est vraiment d'être au plus près des gens. » (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)²⁴⁸ Ces dispositifs ne sont pas marqués par les mêmes représentations des structures comme notamment les dispositifs d'accueil à bas seuil d'exigence et il serait intéressant de favoriser leur intervention dans le cadre des PRU pour promouvoir la santé mentale, préparer les habitants et développer les compétences psycho-sociales de ces personnes.

C) De premières orientations pour faciliter la prise en compte de la santé mentale dans un projet d'aménagement urbain : étude de cas du projet de renouvellement urbain de Saint-Ouen/ L'Île-Saint-Denis

1) Retour sur les entretiens et interfaces sur le territoire

Les entretiens constituent une part importante de l'expérimentation et de l'étude de cas. Ils nous ont permis d'illustrer le propos du mémoire sur le lien entre urbanisme, et plus précisément entre projets de renouvellement urbain et santé mentale, notamment via les entretiens des experts, ainsi qu'à poser un diagnostic sur la situation en termes de santé mentale sur les territoires étudiés avec une focale sur Saint-Ouen. Nous nous intéresserons aux entretiens

²⁴⁷ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

²⁴⁸ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

réalisés sur le territoire qui sont au nombre de 23. L'identification des acteurs du territoire s'est principalement faite suite aux discussions avec nos interlocuteurs de la ville, le service santé et le service Politique de la ville, ainsi que les responsables ANRU de Plaine Commune, l'établissement public territorial dont font partie Saint-Ouen et L'Île-Saint-Denis. Il était important d'avoir une vision globale du territoire, ainsi nous avons interrogé les services de santé et Politique de la Ville de Saint-Ouen, nous sommes rentrés en contact avec le Centre Médico-Psychologique qui couvre les deux villes, les principaux bailleurs du territoire (SEMISO, ANTIN Résidences, etc.), des représentant habitants et associations (Conseil Citoyen de Saint-Ouen, association ICI !, etc.) et enfin les prestataires impliqués dans le projet de renouvellement urbain (La Condition Urbaine, Le Frêne, etc.). Nous avons élaboré des trames d'entretien pour chaque type d'acteur en les adaptant si besoin et selon des thématiques identifiées de par nos précédentes lectures ou discussions. Ces entretiens ont finalement été analysés grâce à la grille d'analyse que j'avais élaborée et plusieurs thématiques en sont ressorties. Nous avons pu les découvrir précédemment lors de la contextualisation de l'étude de cas.

Le nombre important de personnes âgées nous a orienté vers le CLIC et fait penser qu'il devrait avoir un rôle important à jouer dans le cadre du projet de renouvellement urbain, car les personnes âgées sont particulièrement sensibles au changement et sont facilement sujettes à la dépression. En effet, 28% des suicides concernent les plus de 65 ans. Les CLIC de niveau 3, comme c'est le cas à Saint-Ouen et Clichy, représentent une interface intéressante pour le développement des partenariats, bien qu'ils ne concernent qu'une partie de la population. En effet, il a pour mission en plus d'orienter les personnes de plus de 60 ans et leur famille, et de faire une évaluation de la personne âgée, de permettre un "éveil à la coordination des acteurs (aide aux aidants, etc.) qui s'occupent des personnes âgées." (Béatrice Bansart et Chantal Sawuna, CLIC de Saint-Ouen et Clichy/ CCAS de Saint-Ouen)²⁴⁹ De plus, la coordination avec le service d'aide au maintien dans le logement du CCAS a été facilitée en les installant dans le même lieu.

La concentration de populations précaires dans les quartiers concernés, notamment dans certaines résidences, mène à penser que l'accompagnement social et l'attention doit être renforcés sur ces dernières avant, pendant mais également après le projet, notamment via les

²⁴⁹ Béatrice Bansart et Chantal Sawuna, entretien du 19 mai 2017

mécanismes de relogement. Pour ne pas renforcer la fracture entre les différentes populations présentes sur ces territoires et les nouveaux habitants, et aller au mieux vers l'objectif de mixité, il est important de penser à leur intégration. Les anciens habitants doivent pouvoir connaître les nouveaux habitants pour les accepter et ces derniers doivent avoir envie de rester dans le quartier. L'amicale de locataire peut participer à cela (Eric Frenaud, mission politique de la ville à Saint-Ouen)²⁵⁰. De plus, elles sont un atout pour la vie du quartier en général, car elles permettent de faire remonter plus de problèmes et de demandes aux bailleurs et il peut ainsi mieux prendre conscience du quotidien des locataires. Ces derniers peuvent eux avoir des réponses plus rapides à leurs problèmes.

En ce qui concerne la situation des quartiers et notamment ceux de Saint-Ouen, leur proximité avec les transports représente une chance pour les habitants mais aussi un problème car ils facilitent le trafic et les échanges entre parisiens et dealers (Virginie Champault, SEMISO).²⁵¹ L'enfermement du quartier Cordon-La Motte-Taupin pour lutter contre ce trafic peut créer du mal-être chez les habitants car il renforce l'image négative du quartier. Le lien social et les espaces de rencontre sont, entre autres, cités pour essayer d'améliorer les conditions de vie, face au poids du trafic de drogue, cela pourrait permettre également d'offrir une opportunité de sortir de l'isolement aux personnes qui le souhaitent.

La question des gardiens a également souvent été évoquée. Le problème concernant la santé mentale qu'engendre la situation actuelle d'arrêt maladie des gardiens et que d'autres sont engagés pour les remplacer pour un très court terme et ne savent pas forcément quoi faire lorsqu'ils sont confrontés à des cas de personnes en souffrance psychique, ni qui contacter, ce qui peut être un blocage au signalement. Lorsque les gardiens sont présents à un endroit sur le long terme, ils sont souvent capables de reconnaître un changement de comportement et sont un moyen, notamment pour les personnes âgées d'exprimer leur inquiétude, notamment vis-à-vis du projet de renouvellement urbain (Livia Velpry, chercheuse)²⁵². Ensuite, la création de lien avec les locataires peut être également compromise, remettant en cause le rôle de lien entre bailleur et locataires.

²⁵⁰ Eric Frenaud, entretien du 19 mai 2017

²⁵¹ Virginie Champault, entretien du 02 août 2017

²⁵² Livia Velpry, entretien du 14 juin 2017

Les gardiens apparaissent comme des personnes-ressource et des interfaces importantes dans les questions de bien-être et de souffrance psychique. Ils sont en premières ligne avec les conseillers sociaux et ont besoin d'une attention particulière et d'un renforcement de l'aide dont ils ont besoin.

D'autant plus que le diagnostic nous a permis de détecter un manque de communication à propos du PRU et que les gardiens peuvent être des relais de cette information. L'information des habitants est essentielle dans le cas des projets de renouvellement urbain, car les personnes concernées par les démolitions doivent pouvoir se préparer à cela. Mais les personnes s'y étant préparées et dont le logement n'est finalement pas détruit peuvent aussi avoir un sentiment de mal-être et mal réagir (Marie Anquez, Plaine Commune).²⁵³

Dans le cas de Saint-Ouen, le conseil citoyen, bien que l'investissement de chacun varie, est un moyen d'expression des habitants lorsqu'il est connu et compris par tous. Un groupe de travail sur la santé n'est pas encore en place, mais il pourrait être intéressant qu'il existe et de profiter de la mise en place du projet de renouvellement urbain pour lancer la dynamique de travail. Ils leur permettent, de plus, d'avoir des contacts avec des élus, chef de police, etc., auxquels ils n'auraient jamais pu avoir accès avant. Certains habitant, notamment membres du conseil citoyen ont été formés par l'école du renouvellement urbain. Ils sont identifiés par certains habitants comme connaissant la thématique et se font interpeler pour obtenir des informations. Ils pourraient être un relais très intéressant, notamment pour expliquer les processus du projet, souvent mal compris ou non connus par les personnes concernées (Patricia Bonose & Djamel Kharif, Conseil citoyen)²⁵⁴.

Pour répondre à l'enjeu d'une possible accentuation du décalage de ces quartiers avec le reste de la ville, les prestataires ont identifié une interface intéressante. Il s'agit de l'école, car elle permet de rapprocher les enfants du quartier Sud et ceux des nouveaux éco-quartiers, ainsi que leurs parents (Marie Anquez, Plaine Commune)²⁵⁵.

Concernant l'action des professionnels sur le territoire d'étude, le fait que la ville de Saint-Ouen n'ait pas une culture de la co-construction peut poser problème pour les actions menées dans le cadre du PRU. En effet, les personnes sont donc peu habituées à être interpellées et peuvent ne

²⁵³ Marie Anquez, entretien du 28 mars 2017

²⁵⁴ Patricia Bonose & Djamel Kharif, entretien du 04 mai 2017

²⁵⁵ Marie Anquez, entretien du 28 mars 2017

pas savoir vers qui se tourner pour trouver l'information et discuter de la situation qui les intéresse. (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)²⁵⁶ Bien que les ASV aient été arrêtés sur le territoire de Saint-Ouen dans les quartiers ANRU avec la perspective du projet et l'arrivée d'une nouvelle personne en charge de l'animation lors du projet, il n'en existe d'ailleurs pas à L'Ile-Saint-Denis, ils représentent eux aussi une bonne interface pour promouvoir la santé mentale en lien avec les PRU. Comme nous l'avons vu, elles ont pour but d'informer les populations des quartiers en difficulté sur les questions de santé physique et mentale.

Les services d'hygiène représentent également une interface intéressante du fait des questions dont ils sont en charge et des relations qu'ils entretiennent avec le CLIC et les bailleurs et leur personnel souvent enclins à faire appel à eux. Les gardiens qui peuvent aider à la prise de contact avec les personnes concernées et faciliter leur venue notamment grâce à l'ouverture des logements.

Finalement, comme nous l'avons précédemment expliqué, le CLSM de Saint-Ouen est un élément essentiel pour les actions de promotion de la santé et la prévention malgré la logique d'urgence qui prévaut dans les dispositifs de santé de la ville comme dans le reste de la France, il existe pour autant quelques actions. A Saint-Ouen et à Saint-Denis notamment, une plateforme de coopération inter-partenariale pour repérer et aider les jeunes en difficulté a été créée. "Le jeune est contacté et s'il accepte de se faire aider, fait l'état d'un diagnostic établi par l'instance de concertation." (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)²⁵⁷

Aussi, le groupe de travail Logement et santé mentale du CLSM aident les bailleurs en travaillant notamment sur des cas concrets. "Le CLSM a la volonté de construire un vrai partenariat avec eux et de permettre ainsi d'améliorer l'accompagnement des personnes en difficulté." (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)²⁵⁸ Dans une logique de diagnostic et d'identification des personnes en souffrance psychique, une grille a été élaborée pour permettre aux gardiens de renseigner le groupe sur le nombre de personnes en souffrance psychique, leur situation familiale et les caractéristiques de ces troubles (lieux, actions, etc.). "Seuls les acteurs au plus près des populations peuvent donner ce genre d'information." (Elise Longé, CLSM/ASV de Saint-Ouen)²⁵⁹

²⁵⁶ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

²⁵⁷ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

²⁵⁸ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

²⁵⁹ Elise Longé, entretien du 23 mars 2017

2) De premières pistes de recommandation et de mise en œuvre

La seconde partie de l'expérimentation consistait, nous l'avons vu, à formuler des recommandations spécifiques au territoire de Saint-Ouen et de L'Ile-Saint-Denis mais certaines peuvent également être généralisées, afin de mieux prendre en compte la santé mentale dans les projets de renouvellement urbain sur le reste du territoire francilien. Pour mettre en place ces recommandations, la première action à mener est la mise en place d'un pilotage politique et stratégique, à travers le COPIL (Comité de pilotage) de l'expérimentation. L'idée est ici de réunir les parties prenantes du projet et de définir les grands objectifs et premières actions à mettre en œuvre, de donner une impulsion politique pour inscrire la thématique dans le temps, au sein des prérogatives clés d'action publique. L'idéal serait qu'il puisse se tenir à l'automne 2017 pour pouvoir rapidement réfléchir aux recommandations et les mettre en œuvre. Ce COPIL pourrait être adossé au CLSM, (Présentation de l'étude à l'ordre du jour COPIL CLSM).

La composition du COPIL :

- Des élus de la ville de Saint-Ouen, de L'Ile-Saint-Denis et de Plaine Commune ;
- De l'ARS Ile-de-France (Délégation Territoriale et Département Promotion de la Santé et Réduction des Inégalités) ;
- Des bailleurs sociaux : SEMISO, Antin Résidences qui sont les principaux bailleurs présents sur le territoire

La composition du Comité des partenaires :

- Des acteurs institutionnels : l'ANRU, l'AORIF (l'Union Sociale pour l'Habitat d'Ile-de-France)
- Des acteurs universitaires : Paris XIII ; Paris VIII ; CCOMS

La première rencontre aura pour objet la présentation de la revue de littérature faite durant mes quelques mois de stage, du diagnostic urbain sur les dimensions de bien-être et des vulnérabilités du PRU de Saint-Ouen et de L'Ile-Saint-Denis, que nous avons présenté en première partie. Aussi, le potentiel programme d'action devra être débattu lors de cette rencontre. Elle visera également à tirer profit de la signature de la convention entre l'ARS IDF et l'AORIF, comprenant un volet "Santé Mentale".

Ce programme d'action se compose des 9 premières pistes de recommandations formulées suite aux éléments ressorties à la suite du diagnostic et de la revue de littérature.

Avant de les présenter, il semble indispensable de décrire certains éléments nécessaires à la contextualisation et à la mise en œuvre proportionnée de ces pistes.

Tout d'abord, les pistes de recommandation répondent aux objectifs moteurs de l'expérimentation, qui sont au nombre de deux. L'**objectif 1** est d'« Agir pour réduire la pression du renouvellement urbain sur la population générale, et le développement de souffrances psychiques. ». L'**objectif 2** vise à « Repérer et traiter les « bascules cliniques », en lien avec les professionnels de santé et les acteurs sociaux de proximité. », c'est-à-dire, à repérer les personnes dont les problèmes de santé mentale pourraient s'aggraver ou se déclencher suite à l'anxiété et aux changements provoqués par les projets de renouvellement urbain. De ce fait, plusieurs champs d'intervention de l'action publique peuvent être concernés. Il s'agit de celui du renouvellement urbain, de l'action sociale, de la promotion de la santé et de la psychiatrie. Ensuite, les recommandations s'adresseront à une ou plusieurs catégories d'usagers, c'est-à-dire, les habitants actuels, les futurs habitants, les habitants qui restent, ceux qui sont déplacés temporairement (pour les besoins du chantier), et ceux qui sont relogés. Finalement, pour cette raison, les recommandations seront confrontées à une ou plusieurs temporalités du projet, celle du pré-opérationnel ; de la phase chantier ; et du quartier en devenir.

Neuf pistes de recommandations ont donc été formulées, il s'agit de :

- ▶ **Réaliser et actualiser une « carte dynamique »** du jeu d'acteurs en promotion de santé mentale, avec une focale sur le territoire et les spécificités du PRU, dans le but d'explicitier les collaborations, les freins et les actions qui en découleraient.

L'idée est ici de **renforcer la communication et le travail intersectoriel** entre les différents acteurs du renouvellement urbain et de la santé mentale. Les acteurs mobilisés seraient donc la commune ainsi que les populations locales, et les sphères d'action publique concernées le renouvellement urbain, l'action sociale et sanitaire, ainsi que la promotion de la santé. Les modalités de mises en œuvre incluant le financement seraient réalisées par l'ARS Ile-de-France et le projet se situerait dans la phase pré-opérationnelle.

Finalement, cette action recouperait l'action 1 et l'action 2 de l'expérimentation.

► **Structurer dans la future charte GUP un cadre pour des actions de DSU favorables à la santé mentale**

Il s'agirait, par exemple, dans le cadre de la GUP, de saisir l'opportunité d'intégrer la question du bien-être via les diagnostics en marchant, par le biais de réunions thématiques, ou encore d'autres actions comme certaines de celles citées ci-dessous (actions de formation, équipes citoyennes, etc.). Les acteurs mobilisés seraient ici Plaine Commune et les bailleurs sociaux, en charge de la charte GUP. Les catégories d'usagers touchées sont les futurs habitants et ceux restant dans le quartier car ces actions auront un impact en phase chantier mais également, et surtout, dans le quartier en devenir. Les sphères d'actions publiques sont les mêmes que celles de l'action précédente. Cette action serait mise en œuvre dans le cadre du projet de renouvellement urbain, du cahier des prescriptions urbaines et architecturales et via le CLSM. Pour finir, l'action répond à l'objectif 1 de l'expérimentation

► **Mettre à disposition de formations sur la santé mentale à destination des gardiens, employés « antennes locales » des bailleurs pour prévenir et détecter les vulnérabilités, ainsi que renforcer la médiation et le lien social.**

Cette action s'inspire des formations dont certains gardiens et employés de proximité bénéficient, comme c'est notamment le cas du groupe Opievoy en Ile-de-France, et de ses actions de sensibilisation et de formation des gardiens et des collaborateurs de logements sociaux, dont nous avons parlé pendant le benchmark. Les acteurs mobilisés sont ici les psychologues et professionnels spécialistes de la « promotion santé mentale », et les sphères d'actions publiques concernées l'action sociale et sanitaire, et celle de la promotion de la santé. La mise en œuvre devrait se faire dans le cadre du CLSM en aide avec des acteurs tels PsyCom, qui est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, le CCOMS, le Centre collaborateur OMS pour la recherche et la formation en santé mentale ou encore peut-être Paris XIII, travaillant sur la promotion de la santé. Cette mise en œuvre pourrait se faire à travers des questionnaires, des focus groupes, des groupes de travail et la reconstitution des résultats, etc. Les ressources à mobiliser lors de situation de forte

vulnérabilité et le circuit constituable devraient également être définis avec les gardiens, en première ligne face à ces situations.

Les financements sont à définir mais l'action pourrait être intégrée dans la charte GUP ou dans le contrat de ville de Plaine Commune. Ils pourraient également provenir de Fond d'Intervention Régional (FIR) ou de l'appel à projet prévention et promotion de la santé de l'ARS. L'action interviendrait dans les trois temporalités, celle du pré-opérationnel, de la phase chantier, et du quartier en devenir. Finalement, elle répond à l'objectif 2 de l'expérimentation.

► **Renforcer l'accessibilité à des espaces végétalisés**

Les effets positifs sur la santé mentale des espaces verts font l'objet d'une littérature scientifique abondante, comme nous l'avons évoqué précédemment. Dans les secteurs ANRU de l'expérimentation, et en lien avec les caractéristiques urbaines du lieu et les contraintes financières du projet, il s'agirait de créer et d'installer une signalétique et des panneaux explicatifs et pédagogiques sur la place du végétal en ville, des espaces récréatifs et les effets de bien-être associés. Pour cela, des parcours végétalisés et une végétalisation des trottoirs, comme cela a pu être le cas dans un quartier politique de la ville de Marseille, pourraient être réalisés, ainsi que la valorisation et la sécurisation de leurs accès (notamment les berges de l'ISD qui sont pour l'instant dangereuses, principalement pour les enfants).

Les acteurs mobilisés seraient Plaine Commune, les communes concernées, ainsi que les populations locales, la maîtrise d'œuvre, etc. Les usagers concernés seraient les futurs habitants et les habitants restant dans le quartier et les sphères d'action publique dont l'action fait partie sont celles du renouvellement urbain, via son intégration dans les études et cahier des charges et celle de la Promotion de la santé, via la mobilisation des populations dans le cadre de l'ASV et d'ateliers participatifs. Cette action serait mise en œuvre dans le cadre du projet de renouvellement urbain, du cahier des prescriptions urbaines et architecturales et via l'ASV qui servirait de relais, et permettrait l'accompagnement et le financement d'actions associatives. Elle interviendrait pendant la phase de chantier par des expérimentations et des installations temporaires, et pérennes. L'action répond, pour finir, à l'objectif 1.

► **Créer dans le cadre de l'ASV, et en lien avec les temporalités et les chantiers du PRU, de nouvelles interfaces, groupes de parole**

L'un de ces groupes devrait être spécifiquement créé pour les femmes, les mères pour parler de leur quotidien, du soutien à la parentalité, car ce besoin est ressorti lors de notre diagnostic. Les acteurs mobilisés seraient les populations du territoire et les amicales de locataires et les catégories d'usagers, les futurs habitants, et les habitants restant sur le territoire. Quant aux sphères d'action publique concernées, il s'agirait de celle du social et de la promotion de la santé, et à la temporalité, l'action se déroulerait sur les trois identifiées (pré-opérationnelle, phase de chantier, et quartier en devenir). Finalement, elle a pour but de répondre à l'objectif 1.

► **Créer une « équipe citoyenne », dans la continuité du projet Monalisa**

Lors de notre benchmark d'initiatives intéressantes pour agir dans une perspective de promotion de la santé, nous avons identifié l'association et le programme Monalisa (Mobilisation nationale contre l'isolement des personnes âgées) qui permettent la création d'équipes citoyenne composées de bénévoles rendant régulièrement visite aux personnes âgées isolées, mais pouvant également aider pour les démarches administratives, internet, organiser des activités, etc. L'isolement étant très important chez les personnes âgées, mais également d'autres individus (parents au foyer, famille monoparentales, personnes sans emploi, etc.).

Cette mobilisation pourrait de ce fait potentiellement être élargie aux autres personnes isolées du quartier. Cette action permettrait de lutter contre l'isolement, pouvant être un facteur de mal-être en donnant un rôle à des personnes en recherche de sociabilité (retraite, arrêt maladie, sans emploi, femme/homme au foyer, etc.) pour accompagner des publics vulnérables. Cette équipe pourrait également être une potentielle interface pour mener des actions d'accompagnement des nouveaux arrivants (explication des règles de vie, présentation des contacts et du rôle des bailleurs, etc.). Le projet pourrait être porté par une association, par exemple par le conseil des aînés de Saint-Ouen qui souhaitait mener une action pour lutter contre l'isolement, et/ ou les communes (CLIC, CCAS, etc.).

Les acteurs mobilisés pourraient donc également être des bénévoles, des personnes en services civiques, et possiblement l'association Monalisa. Les usagers visés seraient donc les futurs habitants, ceux qui restent dans le quartier et également, les habitants déplacés temporairement.

Les sphères d'action publique concernées étant celle du social et de la promotion de la santé, les financements pourraient venir du Conseil Départemental, des Programmes « volontaires contre l'isolement » (AG2R – Unis-cité – Malakoff-Médéric) ou encore « Mobilisés dans les quartiers » du CGET. Cette action intègre les trois temporalités (pré-opérationnelle, phase de chantier, et quartier en devenir) et répond aux deux objectifs.

- ▶ Mettre en place une coordination entre gardien, bailleurs et services sociaux/sanitaires pour le **repérage et l'accompagnement spécifique des personnes à « risque psychologique / vulnérabilité » dans le cadre des « chartes de relogement » des projets ANRU**

Les acteurs mobilisés seraient nombreux, il s'agirait du CLIC, du CCAS, du CMP, mais également des bailleurs et des communes. Cette action vise les habitants déplacés temporairement (pendant la phase de chantier) et ceux qui sont relogés et les sphères d'action publique concernées sont celles du renouvellement urbain, celles du social et du sanitaire, et celle de la promotion de la santé. Les financements et la mise en œuvre pourrait, elle, se faire via les bailleurs, la commune, potentiellement des médiateurs et psychologues, et l'action pourrait intégrer un groupe de travail spécifique au sein du CLSM ou se voir dédier un temps dans ce même cadre. Finalement, elle pourrait être mise en place pendant la phase chantier et vise à répondre aux objectifs 1 et 2.

- ▶ Elaborer un **questionnaire anonyme** à destination de la cohorte de patients du CMP, CMS résidant dans les quartiers concernés par le futur projet de renouvellement urbain

Les acteurs mobilisés seraient ici le CMP de Saint Ouen et éventuellement l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard, à travers ses experts sociologues, et/ou Paris XIII. L'action vise ici la cohorte d'utilisateurs du CMP, suivi par les professionnels pour une pathologie mentale. L'élaboration du questionnaire pourrait être réalisée par la ville et l'ARS, afin d'appréhender, avant le lancement de la phase opérationnelle du projet urbain comment est perçue la dynamique ANRU par des utilisateurs très vulnérables, et obtenir d'éventuels éléments d'appréciation de l'impact positif ou négatif du PRU à priori, des potentielles craintes, etc.

Cet exercice pourrait être élargi à des usagers moins vulnérables tels que ceux résidant dans l'un des deux quartiers de Saint-Ouen et traités par des professionnels de santé du CMS (centre municipal de santé)

Elle pourrait être mise en place dès 2017 et concernerait la phase pré-opérationnelle. Pour conclure, elle a pour but de répondre aux deux objectifs moteurs de l'expérimentation.

- ▶ Mettre en place, tout au long de la durée du PRU, **une méthodologie simple de suivi des évolutions du nombre d'admissions, et de recours (avec épisode dépressif, anxieux, délirant)** et questionner les liens avec le PRU, et les changements liés à l'environnement de vie.

Les habitants qui restent dans le quartier, habitants relogés et les habitants déplacés temporairement (avec une focale sur ces deux dernières catégories), seraient concernées par l'action, qui rentrerait dans la sphère de l'action sanitaire. Les acteurs mobilisés seraient les CMP, la commune et l'ARS. Elle implique l'instauration d'une méthode simple de suivi et la mobilisation d'acteurs universitaires, de recherche pour traiter les informations récoltées, et mener une analyse qualitative en lien avec le changement de l'environnement de vie. Elle consiste à instaurer un suivi, sur 5, 8, 10 ans (à définir précisément en lien avec la mise en œuvre du PRU) des usagers du CMP résidant dans les quartiers du PRU. Pour finir, elle pourrait être mise en place tout au long de la mise en œuvre du chantier et vise à répondre aux objectifs 1 et 2.

Conclusion

Nous l'avons vu, la santé, et la santé mentale en particulier, sont fortement impactées par des déterminants sociaux, culturels ou encore environnementaux. Les individus ne sont donc pas égaux face aux souffrances psychiques qui pour la plupart sont fortement corrélées au niveau de revenus, à la sociabilité des individus, ou encore à leur statut d'activité. Le niveau de bien-être des individus peut être également influencé par l'organisation urbaine, la conduite des projets d'aménagement. Cette organisation a pu, en effet, influencer le développement d'épidémies au XIX^{ème} et XX^{ème} siècle, ou encore favoriser l'enclavement de quartiers et de populations, etc. Les projets d'aménagement en eux-mêmes peuvent avoir un impact sur la santé mentale des habitants du fait du relogement de certains d'entre eux pouvant provoquer une rupture de leurs liens sociaux, un changement trop important à supporter. Les espaces créés ou réhabilités peuvent, de plus, ne pas être acceptés et appropriés par les individus concernés, et donc non utilisés ou détournés. Ces projets entraînent aussi, par exemple, des travaux pouvant être dérangeants pour le voisinage et pouvant donc impacter le niveau de bien-être des habitants.

Tout comme les individus, certains territoires concentrent des facteurs de bonne ou mauvaise santé. Les quartiers politique de la ville, et particulièrement ANRU, en sont de bons exemples, car leur caractéristiques (enclavement, concentration de populations aux difficultés socio-économiques, peu d'espaces de rencontre, etc.) influent sur le bien-être de leurs habitants, déjà souvent soumis à une accumulation de vulnérabilités ne leur permettant pas de toujours passer au-dessus de situations du quotidien. Ces constatations, nous ont donc amené à comprendre l'importance de s'intéresser à l'influence des projets de renouvellement urbain sur ces populations et le parti-pris de l'Agence Régionale de Santé de mener une expérimentation à ce sujet. Elle a révélé le besoin d'agir en population générale par la promotion de la santé mentale pour favoriser le bien-être de tous les individus de ces territoires, et de cibler des individus pour lesquels le risque de développer une maladie, des troubles psychiques ou de provoquer une aggravation de ces derniers, par des actions de prévention.

En mobilisant plus de 47 milliards d'euros dans le cadre de la mise en œuvre du PNRU, et en poursuivant des objectifs d'accès à l'emploi ou encore de renforcement de l'ouverture du quartier et de la mobilité des habitants objectif, l'ANRU vise à améliorer de manière

conséquente les conditions de bien être des habitants résidant dans les quartier ANRU et soumis à de telles vulnérabilités. Dans le nouveau programme, l'ANRU s'est de plus donnée pour objectif une plus grande implication des habitants dans les projets et oriente ses partenaires pour que le temps du projet soit vécu au mieux par les habitants des quartiers concernés. La santé mentale est donc indirectement prise en compte dans les projets de renouvellement urbain et le protocole signé entre l'ANRU et l'ARS vise à l'inscrire pleinement dans les projets. De par leur envergure et leurs objectifs, ils sont, en effet, un levier majeur d'action sur la santé mentale des habitants des quartiers ANRU.

L'objectif de notre démarche était donc, puisque les projets de renouvellement urbain peuvent influencer sur la santé mentale, de comprendre comment, afin de trouver des interfaces pour agir en faveur du bien-être des actuels, relogés et futurs habitants. Parmi ces leviers, les actions de développement social urbain, la gestion urbaine de proximité ou encore la phase de relogement semblent particulièrement ressortir. Mais l'intérêt d'agir sur ces territoires était également de pouvoir s'intéresser et utiliser des dispositifs déjà existants dans le cadre du volet sanitaire et social de la Politique de la Ville, ici les ASV et le CLSM, présents sur le territoire de Saint-Ouen.

Sur le territoire du projet de renouvellement urbain étudié, plusieurs autres interfaces ont été identifiées comme les gardiens et les amicales de locataires qui font le lien entre les locataires et les bailleurs, mais également des services des collectivités comme le CLIC, qui s'occupe des personnes âgées, très présentes sur le territoire. Ainsi, nous avons proposé de premières recommandations, comme aboutissement de la démarche que je pilotais, pouvant être débattues et mises en place dès l'automne 2017 dans une instance stratégique, un COPIL regroupant les élus des communes, l'ARS, les principaux bailleurs, et d'autres partenaires. Ces actions ont par exemple été d'intégrer la notion de santé mentale dans les actions de développement social urbain de la future charte de gestion urbaine de proximité, ou mettre en place une méthodologie de suivi des évolutions du nombre d'admissions, et de recours pour questionner les imputabilités au PRU, et les changements liés à l'environnement de vie.

Notre expérimentation va donc se prolonger dès la fin de mon stage et perdurer via le COPIL. Notre action a pu quelque peu être limitée de par la limitation des actions de concertation dans le cadre de l'ASV lors de mon stage et l'attente du recrutement d'une personne chargée de la mission participation citoyenne, nous n'avons pas pu organiser comme nous le souhaitions de véritable rencontre avec les habitants ou d'atelier dédié à la thématique santé mentale et projet

de renouvellement urbain. De plus, durant les premiers mois de mon stage, les élections ont entraîné une période de réserve, ne nous permettant pas d'organiser, de suite, une réunion avec les habitants au nom de la municipalité. La suite de notre démarche veillera à pallier ce manque et à mieux intégrer les habitants dans notre étude. Il sera donc nécessaire de prendre contact avec la nouvelle responsable de la mission citoyenneté. Aussi, il est prévu de se renseigner davantage sur les quelques dispositifs existants comme alternatives aux CMP, comme les lieux d'écoute ou encore certains CCAS.

Pendant la suite de l'expérimentation, il sera également nécessaire d'identifier les freins possibles à la mise en œuvre des recommandations. Plusieurs défis seront donc à relever compte-tenu de la thématique et des spécificités du territoire. Tout d'abord, il sera nécessaire de réfléchir à la manière de conjuguer diminution du trafic de drogue et animation, ainsi que propreté du quartier. En effet, la présence des dealers peut représenter un frein pour mener des actions de DSU et gérer les questions liées à l'hygiène, du fait de la non-appropriation des espaces publics, de la peur parfois des habitants d'avoir des représailles de la part des dealers et du fait du fort turn-over des gardiens dans ces conditions.

Les actions de DSU visant les personnes isolées et leur mise en œuvre, devront également prendre en compte le fait que ces personnes, bien qu'elles soient conscientes de souffrir d'isolement, ne souhaitent pas forcément participer à des activités, ou que l'on vienne les voir. Il existe également un obstacle culturel, qui est que certaines personnes ne sont pas habituées aux loisirs, et n'iront peut-être pas prendre part à des actions de ce type d'elles-mêmes.

Enfin, il sera nécessaire de relever le défi des partenariats. Faire travailler des acteurs ayant une culture et des intérêts différents est souvent très compliqué, d'autant plus que les relations entre les acteurs dépendent également beaucoup des individus en place et sont donc généralement instables. Dans le cas de Saint-Ouen et de L'Ile-Saint-Denis, il sera nécessaire d'essayer d'impliquer le CCAS, le CMS, le CMP dans notre démarche et de favoriser ainsi le travail partenarial entre ce dernier et les services de santé de la ville, pour aider notamment à identifier plus précocement des personnes en souffrance psychique et éviter une aggravation des situations. Le questionnaire anonyme mis en place auprès des usagers du CMP, et potentiellement ceux du CMS, pourrait concourir à cela. Ce travail partenarial est aussi à renforcer et à inscrire sur le long terme avec les bailleurs, et ici plus particulièrement avec la SEMISO, principal bailleur du territoire du PRU, notamment pour la mise en place des actions de DSU, qui restent peu nombreuses.

Pour revenir sur la structure dans laquelle j'ai effectué mon stage et le système professionnel côtoyé, le travail que j'ai mené s'inscrit dans un cadre inédit. En effet, comme je l'ai expliqué dans mon mémoire, c'est souvent la dimension santé environnement qui est questionnée aujourd'hui. Il existe néanmoins la volonté de creuser la thématique de la réduction des inégalités de santé et celle de la santé mentale, qui commencent à être explorées. Il est encore difficile aujourd'hui de travailler sur la question de la santé mentale, car la littérature scientifique et de recherche se focalisent sur les impacts physiques, en abordant généralement des causes telles que les nuisances environnementales, les pratiques de l'activité physique et les habitudes saines de vie, etc.

Il a donc été très intéressant pour moi de traiter la question dans cette optique et j'espère que ce changement permettra de penser différemment le champ de l'urbanisme favorable à la santé, en ne le cantonnant pas à la réduction des nuisances environnementales. La signature du protocole entre l'ANRU et l'ARS va dans ce sens. Néanmoins, l'action de l'ARS sur ce sujet reste limitée du fait du poste unique de mon maître de stage, et des acteurs avec lesquels nous travaillons qui ne sont pas encore acculturés à la thématique, encore peu traitée. Il existe également des problèmes de diffusion de l'information et d'accès aux données au sein de l'agence, mais cela n'est pas spécifique à l'ARS, et concerne l'ensemble de l'administration française.

Nous avons, de ce fait, eu du mal à accéder aux actions de promotion de la santé et de prévention financées par l'agence, ce qui aurait pourtant pu nous être utile lors de la formulation de nos premières pistes de recommandation. De plus, ces actions sont généralement tournées vers l'emploi ou l'éducation mais pas encore vers les questions du cadre de vie, ce qui pourrait permettre d'agir dans le cadre de la prévention sur l'impact de l'urbanisme sur la santé mentale.

J'ai cependant beaucoup apprécié la thématique du stage, qui m'avait déjà séduite avant même de le commencer. Très peu de personnes combinent une formation en santé et en urbanisme et je trouve intéressant le fait d'avoir pu commencer à me former sur le sujet. Dès la semaine prochaine je commence un mastère spécialisé en aménagement et urbanisme à l'Ecole des Ponts ParisTech, qui me permettra de renforcer mes acquis de master 2 et de me spécialiser sur les questions urbaines, ce que j'ai commencé à faire durant mon stage.

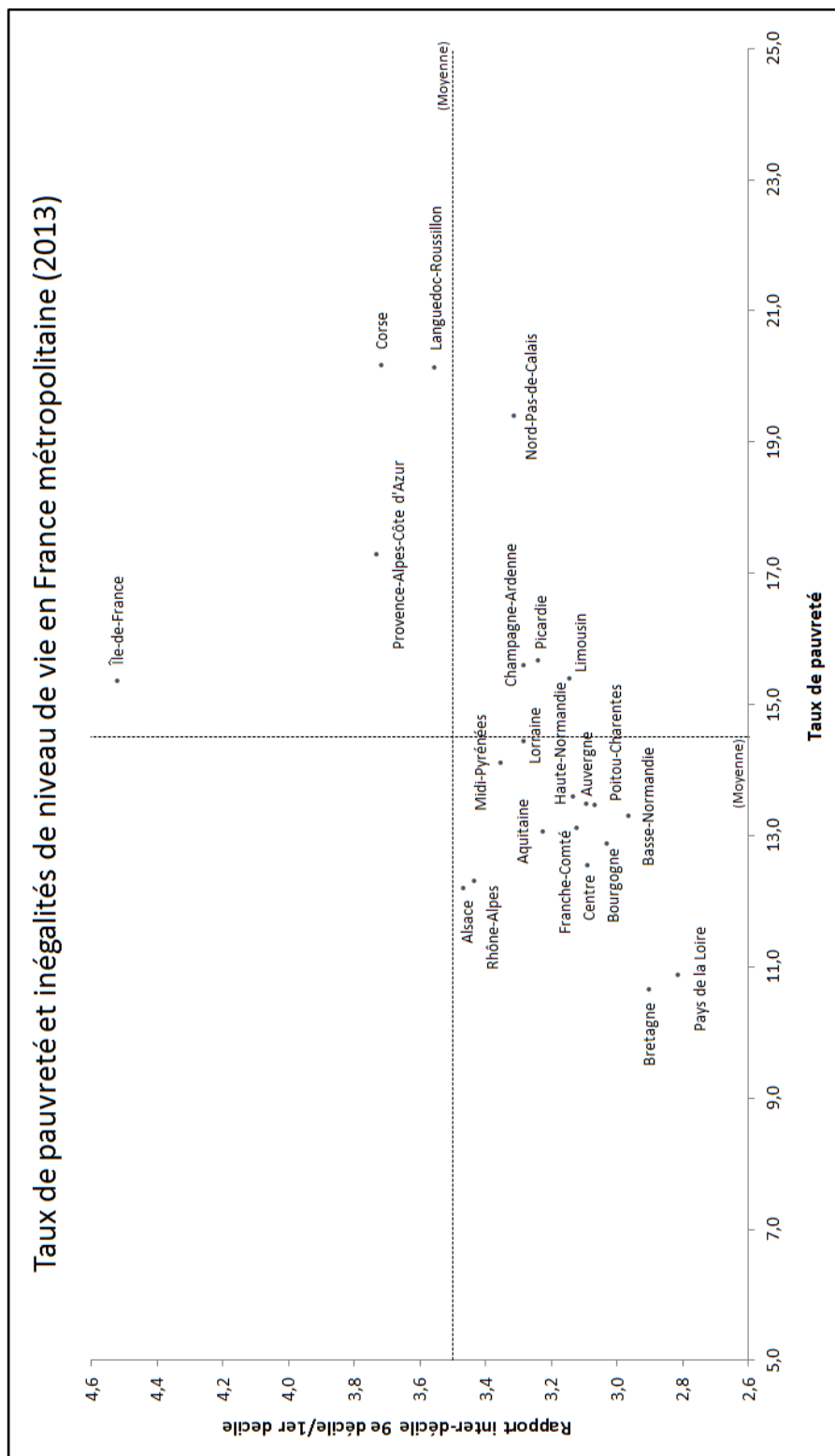
Annexes

Annexe 1 et 2 : Graphiques « Taux de pauvreté et inégalités de niveau de vie en France Métropolitaine (2013) » et « « Intensité de pauvreté et inégalités de niveau de vie en France Métropolitaine (2013) » (ARS IDF)

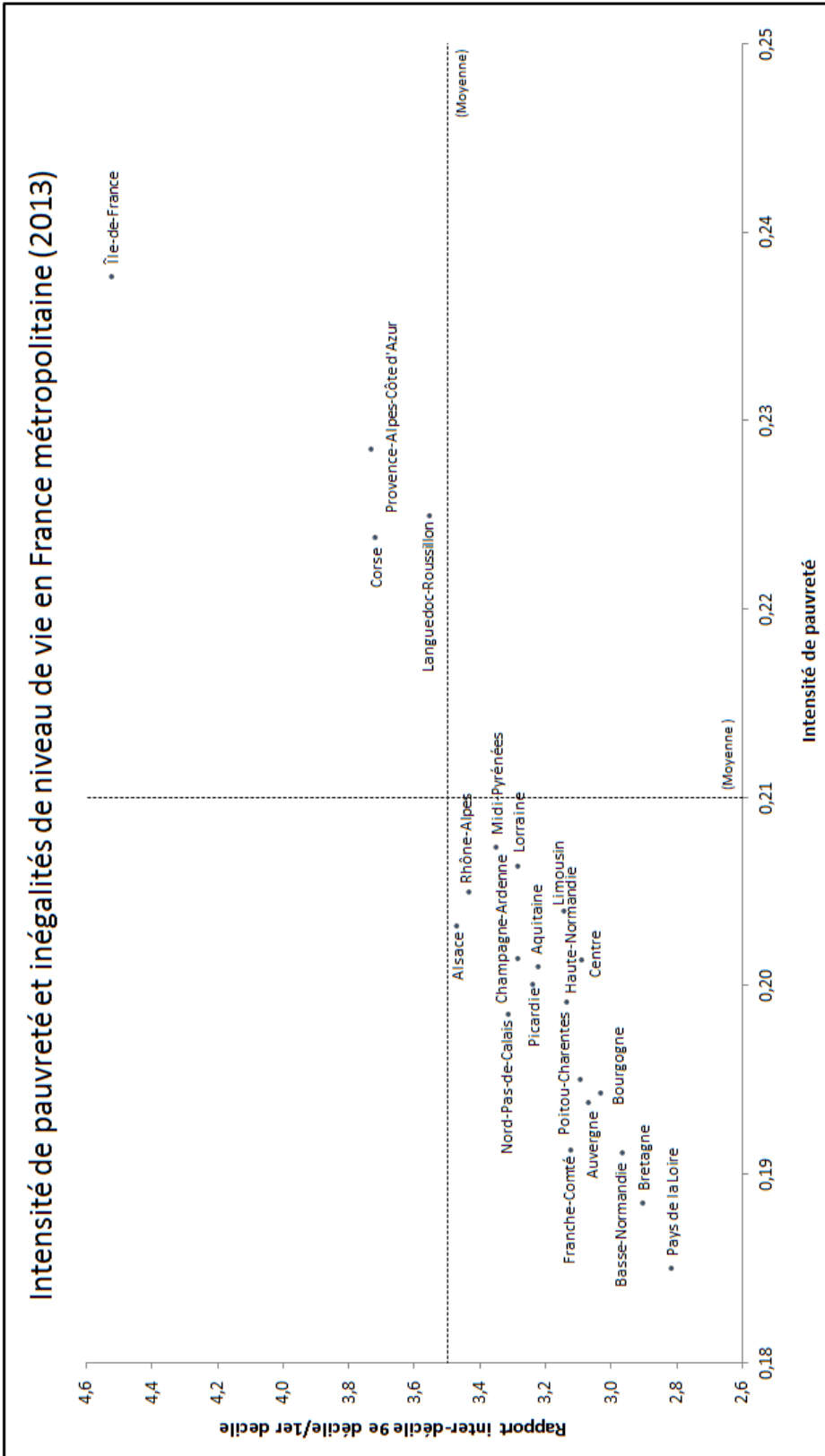
Annexe 3 : Lexique des troubles psychiques dont fait référence le document Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région PACA (2009), de la DRASS PACA.

Annexe 4 : Tableau des entretiens réalisés pour le mémoire

Annexes 1 et 2



Source : INSEE (FiLoSoFi) - Année 2013



Annexe 3

Lexique des troubles psychiques de la DRASS PACA

- **Épisode dépressif (CIM-10 F32) :** trouble de l'humeur caractérisé par la persistance chez un individu de plusieurs symptômes (au moins quatre) durant au moins deux semaines. Les symptômes principaux sont la présence d'une humeur dépressive anormale pour le sujet, d'une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ainsi que d'une réduction de l'énergie ou d'une augmentation de la fatigabilité.
- **Trouble dépressif récurrent (CIM-10 F33) :** trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs, en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (épisodes qualifiés de manie).
- **Dysthymie (CIM-10 F34.1) :** abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes de rémission est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent.
- **Episode maniaque (CIM-10 F30) :** Ces troubles sont caractérisés par l'élévation légère mais persistante de l'humeur (hypomanie), voire une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation (manie) qui peut être associée à la présence de symptômes psychotiques : idées délirantes, hallucinations...
- **Agoraphobie (CIM-10 F40.0) :** groupe de phobies concernant la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics, ou la peur de voyager seul, en train, en autobus ou en avion.
- **Trouble panique (CIM-10 F41.0) :** attaques récurrentes d'anxiété sévère (attaques de paniques), dont la survenue est imprévisible. Les symptômes essentiels concernent la survenue brutale de palpitations, de douleurs thoraciques, de sensations d'étouffement, d'étourdissements et de sentiments d'irréalité.
- **Phobies sociales (CIM-10 F40.1) :** crainte d'être dévisagé par d'autres personnes, entraînant un évitement des situations d'interaction sociale. Les phobies sociales envahissantes s'accompagnent habituellement d'une perte de l'estime de soi et d'une peur d'être critiqué.
- **Anxiété généralisée (CIM-10 F41.1) :** anxiété généralisée et persistante qui ne survient pas exclusivement, ni même de façon préférentielle, dans une situation déterminée (l'anxiété est « flottante »). Le patient se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de « tête vide », de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épigastrique. Par ailleurs, le sujet a souvent peur que lui-même ou l'un de ses proches tombe malade ou ait un accident.
- **État de stress post-traumatique :** ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus, notamment la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars.
- **Syndromes psychotiques :** un syndrome psychotique est caractérisé par la présence des symptômes suivants : perte du contact avec la réalité, une désorganisation de la personnalité et la transformation délirante du vécu. Les psychoses chroniques regroupent les délires chroniques, la schizophrénie et les pathologies chroniques apparentées dont le délire paranoïaque et la psychose hallucinatoire chronique. Les psychoses aiguës sont constituées principalement par les bouffées délirantes aiguës et certains états schizophréniques.

Annexe 4

Liste des personnes interrogées

TYPE D'ACTEUR	ACTEUR	ENTRETIEN
Techniciens	Alice Collet (ANRU)	Rencontré le 12 avril 2017
	Eric Frenaud (Chargé de la mission politique de la ville, Saint-Ouen)	Rencontré le 29 mai 2017
	Marie Anquez (Plaine Commune Habitat)	Rencontré le 28 mars 2017
	Marion Sutter et Catherine Hoerth (Ville de Mulhouse, services de santé)	Rendez-vous téléphonique le 19 juillet 2017
	Olivier Mekouontchou (Service Communal d'Hygiène, de Santé et d'Environnement (SCHSE), Saint-Ouen)	Rencontré le 28 avril 2017
	Sébastien Dassonville (Agence d'Urbanisme de la Région Mulhousienne (AURM))	Rendez-vous téléphonique le 26 juin 2017

Professionnels de santé	Béatrice Bansart (Responsable du CLIC de Saint-Ouen) et Chantal Sawuna (Responsable Maintien logement CCAS de Saint-Ouen)	Rencontré le 19 mai 2017
	CMP de Saint-Ouen/ L'Île-Saint-Denis (dont Jérôme Payen, médecin psychiatre)	Présentation de l'expérimentation et discussion le 15 mai 2017
	Elise Longé (Coordinatrice CLSM et responsable ASV de Saint-Ouen)	Rencontré le 23 mars 2017
	Pilar Arcella-Giroux (Médecin Psychiatre, ARS IDF (CLSM))	Rencontré le 12 avril 2017
	Sophie Dubois	Rendez-vous téléphonique le 15 juin 2017

Bailleurs	Anne Roullier (France Habitation, responsable attribution logements)	Rencontré le 11 juillet 2017
	Emilie Bassinga (France Habitation, conseillère sociale)	Rendez-vous téléphonique jeudi 18 mai 2017
	Hélène Rey (SEMISO, chef de projet ANRU)	Rendez-vous téléphonique le 5 juillet 2017
	Marie Ballet (Paris Habitat, chargée du développement local)	Rencontré le 5 juillet 2017
	Marielle Fritz (ANTIN Résidences, responsable DSU)	Rendez-vous téléphonique le 02 juin 2017
	Tania Berki (Plaine Commune Habitat, coordinatrice de la plateforme santé)	Rencontré le 25 juillet 2017
	Virginie Champault (SEMISO, directrice du service de la gestion locative et de la satisfaction clients, et de la gestion de proximité dans les secteurs Nord (Rive de Seine, VSO) et Sud (Cordon et plus) de Saint-Ouen)	Rencontré le 02 août 2017

Parole habitante et associations	Association ICI! (Architectes de quartier, quartier SUD de L'île-Saint-Denis)	Rencontré le 19 mai 2017, suite de l'entretien par e-mail
	Cedrine De Araujo (Amicale d'ANTIN, locataires Claude Monet)	Rendez-vous téléphonique le 13 juin 2017
	Djamal Kharif et Patricia Bonose (Conseil citoyen, Cordon-La Motte-Taupin)	Rencontré le 4 mai 2017
	Lila Mansouri (Fondation Jeunesse Feu Vert de L'île-Saint-Denis)	Rendez-vous téléphonique le 30 juin 2017

	Lolo Tshiala (Responsable de l'association ERA 93 et de l'Espace de vie sociale, quartier Cordon-La Motte-Taupin)	Rencontré le 4 mai 2017
--	---	-------------------------

Prestataires	Aurélié Paquot (Une Fabrique de la ville, prestataire ateliers intercommunaux (stratégie territoriale et déclinaison du référentiel d'aménagement soutenable))	Rendez-vous téléphonique le 13 juin 2017
	Christophe Noyé (Cf. Géo, étude sur la mixité sociale et le peuplement (diagnostic de l'occupation du patrimoine, ainsi que des fonctions sociales, et des dysfonctionnements du quartier, dans un objectif de rééquilibrage))	Rendez-vous téléphonique le 12 juin 2017
	Eric Amanou (La condition Urbaine, étude bien-être, question de la sécurité dans les quartiers et des espaces publics)	Rendez-vous téléphonique mercredi 10 mai 2017
	Xantia Quero (Cabinet LeFrêne, diagnostic social NPNRU Saint-Ouen–L'Ile-Saint-Denis)	Rendez-vous téléphonique vendredi 12 mai 2017

Experts	Julie Vallée (Chargée de Recherche CNRS Équipe P.A.R.I.S ; UMR Géographie-Cités <u>Thèmes de recherche</u> : les logiques spatiales des inégalités de santé dans les espaces urbains)	Rencontré le 20 juillet 2017
	Maria Melchior (Chargée de recherche à l'Inserm <u>Thèmes de recherche</u> : les inégalités sociales dans le domaine de la santé mentale)	Rencontré le 03 mai 2017

	<p>Michel Joubert (Professeur à l'université Paris 8, Membre du laboratoire CSU (Cultures et sociétés urbaines) <u>Thèmes de recherche</u> : sociologie de la santé, précarité, vulnérabilité, santé mentale et ville)</p>	<p>Rencontré le 22 mars 2017 Entretien par Nicolas Notin le 24 février 2017</p>
	<p>Livia Velpy (Maîtresse de conférences en sociologie à l'Université Paris 8, membre du cermes3 <u>Thèmes de recherche</u> : santé mentale, psychiatrie (professions et système de soins), prise en charge des troubles mentaux graves, parcours et modes de vie des usagers, violence et santé, sociologie de la santé et de la médecine</p>	<p>Rencontré le 14 juin 2017</p>

Bibliographie

Ouvrages

Adams R. (2008), *Empowerment, participation and social work*, 4th edition, Basingstoke: Palgrave Macmillan

Fondation AIA Architecture-Santé-Environnement (2016), *Bien vivre la ville - et si la ville favorisait la santé et le bien-être ?*, Girard Charles & Le DantecTangi (sous la direction de)), Archibooks, 204p.

Kahneman D., Diener E. & Schwartz N., (2003), *Well-Being : the Foundations of Hedonic Psychology*, Russell Sage Foundation publications, New-York.

Articles

Bailly E., Marchand D. (2016), « La ville sensible au cœur de la qualité urbaine », *Métropolitiques*, URL : <http://www.metropolitiques.eu/La-ville-sensible-au-coeur-dela.html> (Consulté le 4 mai 2017)

Chelkoff G., Thibaud J-P (1992-1993), « L'espace public, modes sensibles : le regard sur la ville. Les Annales de la recherche urbaine », Décembre 1992- mars 1993, n° 57-58, pp. 7-16.

Dietrich-Ragon P., Fijalkow Y. (2013), « « On les aide à partir ». Le relogement comme révélateur des contradictions du développement social dans le cadre de la rénovation urbaine », *Espaces et sociétés* 2013/4 (n° 155), p. 113-128. DOI 10.3917/esp.155.0111

Ellard C., Montgomery C. (2013), « Expérience “Testing, Testing!” », BMW Guggenheim Lab, URL : <http://www.bmwguggenheimlab.org/where-is-the-lab/mumbai-lab/mumbai-lab-city-projects/testing-testing-mumbai> (Consulté le 05 avril 2017)

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. (2002), « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », in *Sciences sociales et santé*, Volume 20, n°4, Vingt ans, Numéro anniversaire, pp. 75-128

Hansen S. (2016), “Urban Planning a Strategy for Mental Illness”, *Sourceable*, URL : <https://sourceable.net/urban-planning-strategy-mental-illness/> (consulté le 18 avril 2017)

Kirk M. (2016), « How to Support Mental Health Through Urban Planning », *Citylab*, URL : <http://www.citylab.com/design/2016/12/how-to-support-mental-health-through-urban-planning/510833/> (Consulté le 18 avril 2017)

Kovess V. et al., 1999, “Mental health and use of care in people receiving a French social benefit”, in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34:588-594

Melis G. (2016), “Public transport and urban density affect urban mental health, says Italian study”, *Urbandesignmentalhealth*, URL :

<http://www.urbandesignmentalhealth.com/blog/category/urban-planning> (Consulté le 19 avril 2017)

Rondier M. (2009), « A. Bandura. *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* », in *L'orientation scolaire et professionnelle*, 33/3 | 2004, connection on 21 August 2017. URL : <http://osp.revues.org/741> (Consulté le 21 août 2017)

Shankland R., Benny M., Bressoud N. (2017), « Promotion de la santé mentale : les apports de la recherche en psychologie positive », *la Santé en action*, Mars 2017 / Numéro 439

Thibaud J-P (2012), « Petite archéologie de la notion d'ambiance », *Communications*, Volume 90, pp. 155-174.

Torgue H. (2012), « Bruit urbain : nuisance ou ambiance ? », *Echo Bruit*, pp.8-10.

Tubiana M. (2001), « La santé et la ville : santé physique et santé mentale »

Publications, documentations professionnelles et revues

ADEME et Région Rhône-Alpes, Vulnérabilités et précarités socio-économiques liées aux conditions énergétiques, Premiers repères quantitatifs et qualitatifs de la situation des ménages et des territoires dans la région Rhône-Alpes, février 2015

ANRU, Etat du programme National de rénovation urbaine, 2016

ANRU, Fiches repères de la rénovation urbaine - Gestion urbaine de proximité, Fiches d'expérience, septembre 2006

ANRU, Nouveau Programme National de Renouveau Urbain Élaboration des projets de renouvellement urbain dans le cadre des contrats de ville, février 2015

ANRU et ARS Ile-de-France, Protocole de collaboration entre l'Agence nationale pour la rénovation urbaine (ANRU) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France (2017-2019), 2017

ARS Ile-de-France, Annonce du Stage Mission Grand Paris, 2017

ARS Ile-de-France, Appel à projet « Intervention en prévention en IDF », 2017

ARS Ile-de-France, Kirschen B., Diaporama La Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités, 4 octobre 2016

ARS Ile-de-France, Vidal Rozoy L., Diaporama L'Agence régionale de santé Île-de-France Présentation générale, 26 mai 2016

ARS Île-de-France, Fiche ressource CLS, 2015

ARS IDF, L'intervention en prévention en Ile-de-France en 2016. Guide à l'intention des opérateurs pour le dépôt de projets d'intervention et de demandes de soutien financier de l'ARS (sur le Fonds d'Intervention régional/FIR), 2016

ARS Ile-de-France, Note Evelyne Jean-Gilles déterminants urbains et sociaux – Santé mentale, 2016

ARS Ile-de-France, Note Pilar Arcella-Giroux Profession banlieue, 2016

Boutaud A., Existe-t-il des chaînes de causalité qui lient bien-être et urbanisme ?, Décembre 2016

CES de l'ANRU, « Mon quartier a changé ! », La documentation Française, Paris, 2014, p38-39

Délégation interministérielle à la ville Mission Nationale des Grands Projets de ville, Projets de renouvellement urbain : le passage à l'opérationnel, août 2003

DRASS PACA, Santé mentale en population générale : image et réalité dans la région PACA, 2009

Host S., Grange D., Mettetal L., Dubois U., Précarité énergétique et santé : état des connaissances et situation en Île-de-France, Paris : Observatoire régional de santé Île-de-France, 2014. 20 p.

INSEE (FiLoSoFi), 2013

IREV Nord-Pas-De-Calais/CCOMS de Lille, « Fiche Outil : Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) », 2017

Leduc T., Ambiances et formes urbaines : De la gêne au bien-être, 5e congrès national Santé Environnement, Rennes, le 26 novembre 2014

OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé Organisation mondiale de la Santé, 21 novembre 1986

OMS Europe, Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions, 2006

Paris 5 (Albert Lévy), Compte-rendu du Forum « Santé et aménagement des territoires franciliens : Comment agir ensemble ? », organisé le 27 février 2013 à la Maison de la Mutualité

Rapport LeFrêne, Diagnostic social NPNRU Saint-Ouen-Ile-Saint-Denis. Rendu du final, 11 mai 2017

REPS, L'articulation des volets social et urbain de la politique de la ville, étude commanditée par le CES et l'ANRU, 2010

Roué-Le Gall A., Le Gall J., Potelon J-L., Cuzin Y., Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils, Guide EHESP/DGS, 2014. ISBN : 978-2-9549609-0-6

USH, Gestion d'un immeuble voué à la démolition : préparer et accompagner le projet, Actualités habitat, Juin 2005

USH, Habitat social et santé mentale : cadre juridique et institutionnel, pratiques et ressources, *Collection Cahiers*, octobre 2016

Sites internet

ANRU, Chiffres clés, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes> (Consulté le 14 mai 2017)

ANRU, Nouveau Programme National de Renouveau. Les Protocoles de préfiguration, publié en 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Nouveau-Programme-National-de-Renouveau-Urbain/Protocoles-de-prefiguration-signes> (Consulté le 14 mai 2017)

ANRU, Nouveau Programme National de Renouveau, publié en 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Programme-National-pour-la-Renovation-Urbaine> (Consulté le 14 mai 2017)

ANRU, Objectifs et fondamentaux du PNRU, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/ANRU/Objectifs-et-fondamentaux-du-PNRU> (Consulté le 20 mai 2017)

ANRU, Programme quartiers anciens, 2012, URL : <http://www.anru.fr/index.php/fre/Programmes/Programme-Quartiers-Anciens> (Consulté le 20 mai 2017)

CNRTL, Définition de la psychiatrie, URL : <http://www.cnrtl.fr/definition/psychiatrie> (Consulté le 21 avril 2017)

Infos centre des activités régionales de santé, Définition de la population générale, URL : <http://www.icarsante-paca.fr/article.php?larub=560&titre=definition-de-la-population-generale> (Consulté le 10 août 2017)

INSEE, Les habitants des quartiers de la politique de la ville, publié en 2016, URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121538> (Consulté le 16 août 2017)

Fondation des maladies mentales, « Qu'est-ce que la maladie mentale », URL : <http://www.fondationdesmaladiesmentales.org/les-maladies-mentale.html> (consulté le 31 mars 2017)

LHM, URL : <http://www.lmh.fr/accueil-general/accueil-locataires/tranquillite/214-les-agents-d-ambiance> (Consulté le 03 juillet 2017)

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) Bretagne, Santé globale / Compétences psycho-sociales / Empowerment, URL : <http://www.irepsbretagne.fr/spip.php?mot1>, (Consulté le 18 août 2017)

MALADIESMENTALES.ORG, Liste des maladies mentales, URL : <http://www.maladiesmentales.org/liste-des-maladies-mentales/> (Consulté le 21 avril 2017)

Mobilité vers l'emploi, La plateforme, URL : <http://www.mobilite-vers-emploi.org/editorial/la-plateforme/> (Consulté le 28 août 2017)

RAPPEL, Services locaux d'intervention pour la maîtrise de l'énergie, publié en 2016, URL : <https://www.precarite-energie.org/-Le-programme-SLIME-du-CLER-.html> (Consulté le 5 juillet 2017)

UNICEF, France : 600 000 enfants mal-logés, publié le 04 février 2010, modifié le 31 décembre 2015, URL : <https://www.unicef.fr/article/france-600-000-enfants-mal-loges> (Consulté le 25 avril 2017)

Rapport

France. Comité d'Evaluation et de Suivi (CES) de l'Agence Nationale pour la Rénovation Urbaine (ANRU), Rapport 2013 (2013) « Changeons de regard sur les quartiers. Vers de nouvelles exigences pour la rénovation urbaine », 122 p.

France. Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain; France. Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion, Lazarus A., Strohl H. (1995), Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du groupe de travail "ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale". 65 p.

France. Observatoire National de la politique de la ville (ONPV), Rapport annuel de 2016, http://www.onpv.fr/uploads/media_items/rapport-onpv-2016.original.pdf (consulté le 16 août 2017), 147 p.

OMS (2013), Rapport sur la santé dans le monde, 168 p.

Décret, loi, circulaire

MINISTERE DELEGUE A LA VILLE ET A LA RENOVATION URBAINE. Loi n° 2003-710 du 1 août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, article 9-1.

Table des illustrations

Figure 1 : Concept de santé globale, rapport Lalonde (1974), source carouyer.com

Figure 2 : DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret, 1991, Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies. Stockholm (traduction), source Ireps Aquitaine

Figure 3 : Approche systémique de l'état de santé, source Santé Publique France, 2015

Figure 4 : Prévalence (%) des différents troubles repérés chez les personnes de 18 ans et plus, source Enquête SMPG – Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca – Asep – CCOMS – EPSM Lille Métropole

Figure 5 : Prévalence (%) des différents troubles selon la situation matrimoniale, source Enquête SMPG – Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca – Asep – CCOMS – EPSM Lille Métropole

Figure 6 : Prévalence (%) des différents troubles selon le revenu mensuel familial, source Enquête SMPG – Ministère de la Santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca – Asep – CCOMS – EPSM Lille Métropole

Figure 7 : Périmètre du projet de renouvellement urbain de Saint-Ouen et L'Ile-Saint-Denis, source site internet de la municipalité de Saint-Ouen

Encadré 1 : acteurs du projet de renouvellement urbain

Table des matières

Remerciements	2
Résumé.....	4
Lexique	5
Sommaire	8
Introduction	10
I- Les quartiers ANRU, des territoires urbains représentant un défi pour la promotion de la santé mentale	16
A) La santé mentale et le rôle des déterminants socio-économiques	16
1) Les déterminants de santé	16
2) Pathologies psychiatriques, santé mentale en population générale et vulnérabilités	20
3) L'importance des implications sociales	25
B) Le lien entre urbanisme et santé, et l'impact de la ville sur la santé mentale.....	31
1) La redécouverte du lien entre urbanisme et santé à travers le prisme de la Mission « Grand Paris » de l'ARS IDF	31
2) Les facteurs d'impact sur la santé mentale liés au fonctionnement urbain	34
3) ... et à l'appropriation des espaces sensibles	42
C) Les quartiers ANRU : de forts enjeux en termes de santé mentale liés aux caractéristiques de l'environnement urbain et aux caractéristiques psycho-sociales des habitants	46
1) La dynamique PNRU et NPNRU : éléments clés, objectifs, moyens et temporalités	46
2) Etat des lieux des contraintes urbaines et sociales : les formes d'habitat, de concentration, d'agencement de l'espace public caractéristiques des quartiers ANRU	51
3) Contextualisation du lien entre quartiers ANRU et santé mentale : une expérimentation dans les communes de Saint Ouen et de l'Île-Saint Denis	56
II- Quels leviers d'action publique pour lutter contre les inégalités de santé et améliorer la vie des habitants des quartiers ANRU ?.....	66
A) Une promotion de la santé nécessaire.....	66
1) La promotion de la santé	66
2) Les limites de l'action publique pour promouvoir la santé mentale en France et en Ile-de-France.....	70
3) Les leviers d'action pour parvenir à la promotion de la santé mentale	74
B) L'impact des projets de renouvellement urbain et les interfaces possibles pour la promotion de la santé mentale.....	80
1) Une cohérence entre la promotion du bien-être et l'amélioration de la qualité de vie et les grands objectifs portés par l'ANRU	80
2) Les limites des projets de renouvellement urbain	83
3) Des interfaces à bâtir dans le champ du renouvellement urbain	87
C) De premières orientations pour faciliter la prise en compte de la santé mentale dans un projet d'aménagement urbain : étude de cas du projet de renouvellement urbain de Saint-Ouen/ L'Île-Saint-Denis	92
1) Retour sur les entretiens et interfaces sur le territoire	92

2) De premières pistes de recommandation et de mise en œuvre.....	97
Conclusion	104
Annexes.....	109
Bibliographie	117
Table des illustrations	122