



HAL
open science

Le défi d'inclusion de la démocratie participative à l'heure de l'urbanisme favorable à la santé: le cas du projet Flaubert, commune de Grenoble

Jean-Baptiste Le Meur

► To cite this version:

Jean-Baptiste Le Meur. Le défi d'inclusion de la démocratie participative à l'heure de l'urbanisme favorable à la santé: le cas du projet Flaubert, commune de Grenoble. Architecture, aménagement de l'espace. 2022. dumas-03792444

HAL Id: dumas-03792444

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03792444>

Submitted on 30 Sep 2022

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.

Le défi d'inclusion de la démocratie participative à l'heure de l'urbanisme favorable à la santé

Le cas du projet Flaubert – Commune de Grenoble



Réalisé par Jean Baptiste LE MEUR

Projet de Fin d'Etude – Master 2 Urbanisme et Aménagement

Parcours : Urbanisme et Projet Urbain

Tutrice universitaire : Federica Gatta

Tutrice de l'organisme d'accueil : Valérie Vacchiani

Notice analytique

Auteur	Le Meur Jean-Baptiste
Titre du projet de fin d'étude	Le défi d'inclusion de la démocratie participative à l'heure de l'urbanisme favorable à la santé – Le cas du projet Flaubert – Commune de Grenoble
Date de soutenance	04/07/2022
Organisme d'affiliation	Institut Urbanisme Géographie Alpine – Master 2 Urbanisme et Projet Urbain
Organisme dans lequel le stage a été effectué	Mairie de Grenoble – Direction Urbanisme et Aménagement – Service Pilotage de projets urbains
Directeur du projet de fin d'étude	Federica Gatta
Collation	Nombre de pages : 68 / Nombre d'annexes : 1 / Nombre de références bibliographiques : 43
Mots-clés	Santé environnementale / Déterminants de santé / Urbanisme favorable à la Santé / Justice sociale / Vulnérabilité / Démocratie participative / Inclusion / Design inclusif / Evaluation d'impact sur la santé

Résumé

La prise en compte de nouveaux déterminants de santé dans nos politiques publiques met en exergue l'importance des choix urbanistiques sur le bien-être des individus. Ces déterminants pointent du doigt la notion de vulnérabilité et tentent de répondre aux enjeux d'inégalités territoriales de santé. Dans le but d'accompagner ce changement de paradigme, l'urbanisme favorable à la santé se veut innovant conceptuellement puisqu'il prône comme principes fondamentaux la justice sociale et la participation de tous au processus décisionnel, y compris les personnes les plus vulnérables. Comment alors cette nouvelle approche de l'urbanisme peut challenger une démocratie participative à bout de souffle et qui cherche à se réinventer ?

Dans le cadre de l'opération Flaubert, au cœur de la métropole grenobloise, nous avons pu interroger, à travers l'évolution des stratégies de participation de ce projet, les nouveaux enjeux démocratiques révélés par cet urbanisme soucieux de la santé et du bien-être de tous.

The consideration of new health determinants in our public policies highlights the importance of urban planning choices on the well-being of individuals. These determinants point to the notion of vulnerability and attempt to respond to the issues of territorial health inequalities. In order to accompany this paradigm shift, health-promoting urban planning innovates conceptually by advocating as a fundamental principle social justice and the participation of all in the decision-making process, including the most vulnerable people. How then can this new approach to urban planning challenge a participative democracy that has run out of steam and is seeking to reinvent itself ?

Within the framework of the Flaubert project, in the heart of the Grenoble metropolis, we were able to question, through the evolution of participation strategies, the new democratic stakes revealed by this urban planning concerned with the health and well-being of all.

Remerciements

Je remercie tout particulièrement Valérie Vacchiani qui m'a accueilli comme stagiaire au sein de la ville de Grenoble, et qui m'a transmis avec énormément de bienveillance toute la passion de son métier.

Je remercie Federica Gatta, ma tutrice universitaire, qui m'a accompagné et guidé durant cette réflexion.

Je remercie également l'Institut d'Urbanisme et de Géographie Alpine ainsi que les responsables pédagogiques du parcours Urbanisme et Projet Urbain qui ont permis ma reconversion professionnelle.

Je remercie l'ensemble des personnes interrogées qui m'ont accordé de leur temps et qui ont accepté de répondre à mes questions.

Je remercie enfin tous les membres de la Direction Urbanisme et Aménagement de la Ville de Grenoble qui m'ont accueilli et prodigué de bons conseils tout au long de cette année fortement enrichissante.

Table des sigles et abréviations

AMO : Assistant à maîtrise d'ouvrage

ARS : Agence Régionale de santé

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CESE : Conseil Economique Social et Environnemental

CM : Conseil Municipal

CNDP : Commission Nationale du Débat Public

CVE : Capitale Verte Européenne

CUB : Collectif des Usagers de la Bifurk

DIJI : Domicile Inter Générations Isérois

DSP : Direction Santé et Prévention

DUA : Direction Urbanisme et Aménagement

EE : Evaluation Environnementale

EIS : Evaluation d'Impact sur la Santé

MOA : Maitrise d'ouvrage

MOE : Maitrise d'œuvre

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMS : Plan Municipal de Santé

PNUE : Programme des Nations Unies pour l'environnement

SEM : Société d'Economie Mixte

SPL : Société Publique Locale

SRU : Solidarité et Renouveau Urbain

UFS : Urbanisme Favorable à la Santé

ZAC : Zone d'Aménagement Concerté

Sommaire

Introduction	9
La thématique de recherche.....	9
La définition de la problématique	10
L'hypothèse.....	12
La méthodologie de recherche	12
La structure du mémoire	16
Partie 1 : Définir l'urbanisme favorable à la santé : une approche qui requestionne la démocratie participative	17
Chapitre 1 : Evolution du concept de santé publique : préalable d'un urbanisme favorable à la santé.....	17
1. Une santé publique devenue environnementale.....	17
2. De nouveaux déterminants de santé reconnus comme résultantes de choix urbanistiques.....	20
3. Des déterminants de santé renforcés par l'épigénétique.....	22
Chapitre 2 : Vers une socialisation de l'urbanisme durable ?	24
1. Une notion de santé involontairement éclipsée par une approche environmentaliste de l'aménagement	24
2. Un urbanisme favorable à la santé qui accepte la notion de vulnérabilité et qui place l'objectif de justice sociale au cœur de ses projets	27
3. L'évaluation d'impact sur la santé : outil participatif d'aide à la décision qui défend les valeurs d'une démocratie sanitaire.....	29
Chapitre 3 : Une démocratie participative à bout de souffle en quête d'une approche plus inclusive	33
1. Des dispositifs de participation formatés empreints d'un certain « tropisme procédurale ».....	33
2. Une scène démocratique encore trop marquée par une logique représentative	34
3. Des citoyens « vulnérables » sous-représentés par la participation	35
Partie 2 : Le projet Flaubert comme observatoire.....	38
Chapitre 1 : Présentation général du terrain d'étude	38
1. Une municipalité qui affirme ses engagements sur la question de santé environnementale	38

2. Le bien-être des habitants : élément structurant du projet Flaubert.....	41
Chapitre 2 : L'évolution des stratégies participatives dans une logique inclusive.....	45
1. Le portage politique de la collectivité : premier levier d'action d'une approche participative plus inclusive.....	45
2. Adapter le processus participatif aux différents profils de population concernés : l'exemple du design inclusif	50
3. Les « actions habitantes » : expérimenter l'auto organisation citoyenne pour une plus forte inclusion	56
Conclusion.....	61

Introduction

« La fragilité des territoires et des systèmes urbains s'impose comme un état à prendre en compte. Elle devient une catégorie d'analyse pour mieux saisir les enjeux et mesurer la portée de nos actions. » (Riot, 2020)

La thématique de recherche

Trop longtemps, une approche curative des soins à la personne et une course effrénée aux innovations thérapeutiques ont dévalorisé la conception d'une médecine sociale et préventive. L'idée que, plus un pays investit massivement dans son système de soin, meilleure est la santé globale de sa population, est d'ailleurs encore très répandue dans les sociétés actuelles (Cicoella, 2010). Pourtant, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), plus de la moitié des causes de décès dans le monde seraient expliquées par des maladies chroniques et il est désormais largement reconnu qu'environ 70 % de notre santé sont conditionnés par des facteurs environnementaux ou liés aux conditions socio-économiques des individus. Un changement de modèle semble désormais inévitable et la lutte contre la maladie, bien que primordiale, ne saurait suffire (Anctil, 2010).

Une approche socio-sanitaire plus récente, focalisée sur les déterminants de santé, propose de nouvelles pistes de réflexions (Voisin-Bormuth, 2020). Ces déterminants de santé sont définis par l'OMS comme « l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS, 1999). Ils permettent désormais d'expliquer les principales difficultés en matière de santé publique (maladies chroniques, stress, isolement social, inégalité de santé...), d'environnement (pollution de l'air, îlot de chaleur urbain, perte de biodiversité...) et leur intégration dans les politiques publiques s'inscrit comme un levier majeur de lutte contre les inégalités sociales (FNAU, 2020). Les travaux de l'OMS mentionnent également que ces déterminants sont à présent reconnus comme résultantes des choix d'urbanisme et qu'ils constituent les nouveaux enjeux majeurs auxquels les territoires et acteurs de la ville doivent faire face. Dans cette logique, la fabrique urbaine a la possibilité de cibler ses actions sur le bien-être des individus et territorialiser davantage la prise en charge des questions de santé. Une nouvelle forme d'urbanisme est amenée à se développer, plus sociale et soucieuse des habitants (Barton & Tsourou, 2000).

Un nouveau tournant aurait pu être pris, dès les années 1980, avec une généralisation massive du concept « Ville-Santé ». Concept initié par l'OMS et qui propose comme objectif de favoriser l'intégration de la thématique santé dans les politiques d'aménagement. Cependant, le concept de développement durable a émergé dans un même temps, accompagné d'un portage politique considérable, d'une avancée importante de la recherche et d'une forte

acculturation des acteurs publics sur le sujet. Cette conception du développement, somme toute des plus louables, a pris par la suite la quasi totalité des débats et réflexions politiques. Durant les trois décennies qui ont suivies, nous avons assisté à une multiplication des dispositifs destinés à intégrer les enjeux de développement durable à l'urbanisme (agendas 21, plan climat air énergies territorial, contrats de transition écologique...) sans pour autant parvenir à enrayer les atteintes causées à l'environnement et les effets sur notre écosystème (Barles, 2014). Le projet urbain est devenu l'une des manettes du marketing territorial, conduisant les parties prenantes à se porter davantage sur l'innovation des technologies et des modes de gestion plutôt que sur les réels objectifs sociaux et environnementaux à atteindre (Laffont, 2015). L'urbanisme durable a en quelques sortes été altéré par les ambitions néolibéralismes et n'a malheureusement pas su exploiter son plein potentiel, notamment en terme de durabilité sociale.

Portée par ce constat et l'intégration de nouveaux déterminants de santé, l'Urbanisme Favorable à la Santé (UFS) s'est développé, tentant de répondre aux écueils du Développement Durable : « une nouvelle démarche intégrant pleinement la dimension santé afin de favoriser la justice sociale, le bien-être de l'environnement et donc de l'ensemble du vivant » (Barton & Tsourou, 2000). Les acteurs de l'aménagement sont de plus en plus enthousiastes face à cette approche plébiscitée en France depuis le début des années 2010. Elle prône un urbanisme plus humain qui intègre de manière plus centrale et plus globale la santé dans le processus d'aménagement (Roué-Le Gall, 2014). Elle reprend les grands principes du développement durable, certes, mais porte une attention particulière à la dimension sociale de l'aménagement et la qualité de vie des individus ; le tout afin de lutter efficacement contre les inégalités sociales et territoriales de santé (Harpet & Le Gall, 2013). En effet, par cette approche des déterminants, l'UFS éclaire sur les causes de l'état de santé de la population et met en évidence le « différentiel de vulnérabilité » qui suggère qu'à même niveau d'exposition, le risque encouru est plus élevé pour les personnes vulnérables, désavantagées socio économiquement et dont l'état de santé est jugé plus fragile (Roué-Le Gall, 2014). En ce sens, l'UFS innove conceptuellement en orientant ses efforts vers les populations vulnérables et en proposant comme objectif prioritaire la justice sociale par l'aménagement.

La définition de la problématique

Cette nouvelle approche questionne cependant les multiples parties prenantes et rencontre de nombreux écueils organisationnels et méthodologiques. Elle vient tout d'abord s'ajouter à une multitude de dispositifs déjà en place, brouillant régulièrement le cap des processus de pilotage. Les différents acteurs du projet sont d'autre part confrontés à des enjeux de pluridisciplinarité, de transversalité et doivent développer des formes de coopération, ce malgré une organisation institutionnelle très sectorisée (Déoux, 2020). En effet, les chercheurs

de l'OMS Barton et Tsourou annonçaient déjà dans les années 2000 « la coordination des services et l'ouverture des savoirs comme des défis majeurs et prérequis indispensables à un urbanisme favorable à la santé. » Enfin, les ambitions de l'UFS ne peuvent être atteintes sans incidence sur l'intervention de l'action publique en matière de pratiques participatives. Parler d'urbanisme favorable à la santé, de codécision, de justice sociale, d'aménagement qui intègre l'individu et son bien-être au centre de ses préoccupations, impose avant tout l'inclusion complète de ce même individu dans le processus de conception et de pilotage du projet (Harpet, 2020).

Se pose alors la question des enjeux de participation et d'implication des citoyens dans le processus de décision. Se pose plus précisément la question de l'inclusion des citoyens les plus vulnérables, paradoxalement les plus visés par cette démarche d'urbanisme favorable à la santé, mais qui restent les plus fréquemment éloignés de la scène démocratique (CNLE, 2011). Se pose plus ouvertement l'apport réel de l'UFS dans la réponse aux problèmes d'une démocratie participative qui semble de manière générale à bout de souffle, qui cherche un moyen de se réinventer et faire évoluer ses pratiques (Spiegel, 2017). En effet, cette forme de partage, qui est venue à juste titre concrétiser une longue période contestataire de la fin du XXème siècle, s'est certes institutionnalisée, mais s'est surtout formatée et banalisée au fil du temps et de l'évolution législative (Blatrix, 2012). Nos systèmes politiques et participatifs restent largement dominés par « une logique représentative » dans laquelle les élus gardent le dernier mot (Carrel, 2019). Quelques exemples ponctuels de projets participatifs nous prouvent tout de même que la culture démocratique des collectivités a les moyens de s'enrichir et que les modalités d'échanges entre participation et pouvoirs politiques peuvent évoluer. En ce sens, il semblerait que l'un des facteurs clé de réussite résiderait dans « l'ouverture des autorités élues à la contradiction et l'innovation qui manquent trop souvent dans les démarches participatives actuelles » (Fenker et Zetlaoui-Léger, 2017).

Considérant dès lors que la notion de santé et de bien-être a évolué pour s'affirmer comme santé environnementale et qu'elle a désormais poussé les politiques publiques à prendre en considération des nouveaux déterminants de santé. Considérant également que le champ de l'urbanisme, quant à lui, a trop longtemps omis la notion de santé et qu'il souhaite aujourd'hui se "socialiser" davantage afin de valoriser les notions de bien-être, de justice sociale et de démocratie participative. Confrontant enfin ces constats à celui d'une démocratie participative n'arrivant pas à affirmer son caractère inclusif, les questions de recherche auxquelles tentera de répondre cette étude peuvent être exprimées de la manière suivante :

- En quoi les nouveaux enjeux portés par l'urbanisme favorable à la santé questionnent les dynamiques de démocratie participative ?
- Quels sont les effets des principes de l'UFS sur l'inclusion des citoyens aux processus de projet ?

L'hypothèse

Le sujet de cette étude concerne donc l'influence, sur la démocratie participative, d'un urbanisme favorable à la santé qui base son plaidoyer sur le bien-être des individus, la justice sociale et la co-construction des projets urbains. Afin d'éclairer notre cheminement intellectuel et apporter du contenu à la problématique, notre recherche a été réalisée sur la base de l'hypothèse suivante :

- De manière générale, nous considérons que les politiques publiques et les dispositifs de participation citoyenne sont amenés à proposer une nouvelle manière de répondre aux enjeux de l'urbanisme favorable à la santé.

La méthodologie de recherche

L'étude de cas, enquêtée à travers une approche qualitative, nous a semblés être la méthode la plus juste pour réaliser ce travail de recherche. Elle procure en effet une analyse poussée de la problématique dans un contexte de recherche particulier qu'il nous a été permis de découvrir durant cette année de stage.

Notre recherche a été alimentée par du contenu empirique s'appuyant sur l'expérience de la ville de Grenoble et l'exemple de l'un de ses projets phares, l'éco quartier Flaubert. La municipalité, actuellement sous la lumière médiatique en tant que capitale verte européenne 2022, est annoncée comme pionnière en termes d'ambitions et d'engagements en faveur de la ville durable et résiliente. Elle s'est en effet déjà fortement engagée sur les enjeux écologiques et souhaite aller encore plus loin en intégrant des objectifs en faveur de la santé et du bien-être de ses habitants, tant à l'échelle de la commune que de ses quartiers. En témoigne l'éditorial du maire E. Piolle dans le Plan Municipal de Santé de la collectivité :

« Par son Plan Municipal de Santé 2016-2020, la Ville de Grenoble s'engage à réconcilier le "vivre en ville" et le droit à la santé, pour toutes et tous. Or, agir pour garantir la bonne santé, et le bien-être, d'une population, c'est agir bien au-delà de l'indispensable organisation du système de soins. Il en va du cadre de vie tout entier : c'est adopter une conception large, collective et transversale de la santé. Oui, les villes peuvent mener une multitude d'actions sur les déterminants de la santé et par là-même avoir un impact sur la santé des habitants. Dans un contexte où les inégalités sociales de santé se creusent de jour en jour, et où les conséquences de l'environnement sur la santé sont des préoccupations croissantes de la population, les enjeux de cette action locale sont majeurs pour une grande partie des habitants. » (Piolle, 2016)

Situé au cœur de la ville et intégré dans un processus de transformation depuis plusieurs années, l'éco quartier Flaubert est l'un des principaux étendards de cet engagement. Flaubert est un projet très ambitieux qui concerne 90 hectares de ville et qui devrait compter 2000 nouveaux logements à l'horizon 2035. Il est situé au sud du centre-ville de Grenoble et fera, à terme, le lien entre le cœur historique de la ville-centre et toute l'urbanisation qui a eu lieu dans le sud de l'agglomération. D'après l'élue en charge de l'urbanisme et de la santé P.A. Juven, cette opération fait partie d'un projet de renouvellement urbain d'envergure destiné à incarner la transition écologique en marche à Grenoble. Il poursuit l'ambition de développer un quartier favorable à la santé et au bien-être, au confort des bâtiments et des espaces publics, au vivre-ensemble, dans un cadre de vie sain et largement végétalisé (Juven, 2017). La communication du projet expose l'ambition d'un quartier vitrine pour un urbanisme vertueux se basant sur trois piliers : « un habitat hospitalier et solidaire, un urbanisme écologique et un espace urbain éthique et de qualité » (Juven, 2021). Ce projet devra également aider à la rédaction prochaine d'une charte d'habitat favorable à la santé.

Ce cas d'étude comporte divers intérêts particulièrement intéressants pour notre analyse :

- Ce projet, piloté en maîtrise d'ouvrage par les services de la Ville de Grenoble, représente tant par ses ambitions affichées que par le nombre impressionnant d'acteurs impliqués un projet emblématique et très sollicité par les experts observateurs ;
- L'opération Flaubert a un niveau d'avancement élevé et nous permet d'accéder à un processus de pilotage largement composé et de rencontrer une multitude d'acteurs acculturés à la stratégie et aux objectifs du projet en matière d'UFS et de participation ;
- Le quartier est doté de nombreux lieux générateurs de dynamiques sociales et mise sur un processus de participation innovant pour intégrer pleinement l'ensemble des citoyens dans sa conception.

Immergé dans ce contexte institutionnel grenoblois, et plus particulièrement au sein de la direction Urbanisme et Aménagement de la ville de Grenoble, notre travail a débuté par une phase exploratoire sur le terrain. Des visites de sites et une acculturation générale au projet ont d'abord été nécessaires avant d'être agrémentés par une série d'entretiens informels réalisés auprès des différents responsables de l'unité « Pilotage de Projets Urbains » de la Ville. Cette première étape d'observation nous a certes permis une entrée dans notre analyse empirique mais ces entretiens, initialement destinés à constituer un rapport d'étonnement, nous ont apportés en réalité un bien plus grand bénéfice. Ils nous ont d'abord permis une meilleure intégration et « une permission formelle d'enquêter » (De Lavergne, 2007), mais ils nous ont aussi amenés une confirmation terrain du sujet de notre recherche. Tous les agents interrogés ont en effet abondé dans le même sens, en pointant du doigt les nouveaux enjeux

proposés par l'UFS en termes de gouvernances, notamment en matière d'inclusion du processus participatif.

Suite à cette première étape d'intégration et de réflexion, la mise en question de la démocratie participative par un urbanisme favorable à la santé n'a pu s'effectuer sans considérer dans un second temps l'état de l'art de ces deux notions. Notre revue de la littérature a consisté en une recherche bibliographique sur la notion d'urbanisme favorable à la santé (définition, principes fondamentaux, enjeux et outils de pilotage), puis elle nous a ensuite conduits vers une critique de la démocratie participative, de ses dispositifs et plus particulièrement de son potentiel d'inclusion. Cette étape de recherche a principalement été rendue possible grâce aux ouvrages et revues disponibles au sein des bibliothèques universitaires de Grenoble, ainsi qu'aux contenus associés aux plateformes de recherches académiques telles que Google Scholar, Cairn ou encore Thèse.fr. La littérature "grise" et certaines publications de revues scientifiques telles que Métropolitiques, RIURBA, PCA Stream ou Traits Urbains nous ont également fortement aidés dans notre réflexion.

Dans un même temps, notre étude empirique a considérablement été alimentée suivant le dispositif d'observation participante.

« L'observation participante, [...] est un dispositif de recherche dont la caractéristique principale [...] est de chercher à faire fonctionner ensemble, sur le terrain, l'observation, qui implique une certaine distance, et la participation, qui suppose au contraire une immersion du chercheur dans la population qu'il étudie » (Lapassade, 2002)

Ce dispositif nous a permis d'avoir un réel accès aux différentes typologies de données sur le projet Flaubert. Cette immersion, sous le contrôle de la directrice du projet, nous a permis de nombreux échanges avec les acteurs terrains, la participation à certaines rencontres clés du projet et l'accès à une base de données très enrichissante. A ce titre, nous avons pu assister à un certain nombre de comités de pilotage, comités techniques et instance de coordination, ainsi que des « ateliers urbains » apparentés traditionnellement à des réunions de chantier avec l'aménageur et autres acteurs du projet. Aussi, les revues projets, cahiers de prescriptions, compte rendus de réunions, plans, enquêtes quantitatives, études préalables, analyses des ateliers de concertations, documents réglementaires et autres contenus disponibles en internes ont été d'importantes sources d'informations cruciales à la bonne compréhension et l'analyse critique du projet.

Notre étude de cas et méthodologie de recherche s'est ensuite basée sur 6 entretiens semi-directifs. Ces échanges nous ont permis de comprendre plus finement notre terrain d'étude et de retranscrire « le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels

ils sont confrontés » (Quivy, 2006). Ils ont permis d'établir une analyse plus complète et plus fine du projet et ils nous ont permis de connaître la vision et les objectifs de chacun en matière de participation et de gouvernance démocratique. L'identification des participants a été menée à l'aide de la directrice du projet Flaubert. Son expérience et la vision très transversale qu'elle offre de son poste nous a en effet permis de cibler certains des interlocuteurs les plus pertinents et impliqués dans le projet. Avant de débiter chaque entretien, une présentation du contexte de l'étude a été faite et il a été demandé à notre interlocuteur si l'échange pouvait être enregistré. Il a également été précisé à chaque fois que toute information recueillie et utiles à l'analyse serait retranscrite de manière anonyme. Ainsi, les entretiens ont été réalisés avec les interlocuteurs suivants :

- La directrice du projet Flaubert ;
- La directrice de l'urbanisme et de l'aménagement de la ville de Grenoble ;
- La directrice Santé et Prévention de la ville de Grenoble ;
- Le chef de service Prospective Urbaine ;
- Un membre du collectif des usagers de la Bifurk ;
- Un membre du Conseil des aînés.

A noter que deux entretiens supplémentaires, initialement prévus avec l'adjoint au Maire "Urbanisme et Santé" P.A. Juven et la directrice adjointe "Ville Résiliente" Lara Assouline, ont dû être annulés en raison d'un problème de calendrier pour Mr. Juven et d'un départ de la collectivité pour Mme Assouline.

L'approche semi directive a été choisie pour mener ces entretiens. Cette technique très couramment utilisée permet en effet de favoriser un climat de confiance et laisse davantage de liberté aux personnes interrogées dans la structuration de leurs réponses. Une grille d'entretien (Cf. annexe 1) a été préparée permettant de diriger les échanges. Elle se constitue d'un propos introductif permettant d'expliquer le travail de recherche et une présentation de l'interlocuteur ; suivent ensuite des questions permettant une discussion relativement ouverte sur la notion d'urbanisme favorable à la santé et les nouveaux enjeux qu'elle propose ; l'analyse des démarches participatives mise en place ou en cours de réflexion sur le projet Flaubert constituent ensuite l'essentiel des discussions, avec pour chaque sous-catégorie de questions des relances envisageables à propos du caractère inclusif de la participation. Enfin une dernière partie conclusive permet un libre échange dans le but de recueillir le ressenti ou les préconisations de l'interlocuteur sur la problématique de recherche.

Le processus méthodologique de notre recherche s'est terminé par un dernier temps d'analyse qui nous a permis de réaliser un tri et une interprétation des contenus collectés, dans le but de confronter notre problématique et nos hypothèses. S'en est suivi, pour citer Omar Aktouf,

« une tentative de présentation de la portée et des limites scientifiques de l'univers observé »
(Aktouf, 1987)

La structure du mémoire

Afin de répondre à la question de recherche, nous procéderons dans un premier temps au cadrage théorique des notions d'urbanisme favorable à la santé et de démocratie participative. Nous aborderons l'évolution d'une santé publique, devenue environnementale, et qui a poussé les politiques publiques à prendre en considération de nouveaux déterminants de santé. Nous analyserons ensuite la transformation opérée par un urbanisme qui a retrouvé peu à peu des liens étroits avec les notions de santé et de prévention. Cet urbanisme, très longtemps centré sur une approche purement environnementaliste, occultant de manière involontaire la notion de santé, propose désormais une version plus sociale de ses ambitions afin de replacer le bien-être des individus et la lutte contre les inégalités sociale au centre de ses préoccupations. Nous aborderons enfin, en dernière partie de cette revue de littérature, cette valeur fondamentale et facteur clés de réussite de l'urbanisme favorable à la santé, la participation citoyenne dans son caractère le plus partenarial. Nous proposerons une critique générale de la démocratie participative et préciserons notre propos en nous focalisant sur son caractère inclusif.

Dans un second temps, à vocation empirique, nous proposerons de s'immiscer dans le processus de pilotage de l'opération Flaubert, éco quartier et projet emblématique de la ville de Grenoble. Après un propos général sur le contexte grenoblois et les valeurs prônées par la commune en matière de prévention de santé, d'urbanisme favorable à la santé et de démocratie participative, nous présenterons plus en détail notre terrain d'étude. Nous préciserons ses caractéristiques géographiques, techniques, sa gouvernance et les grands objectifs qu'il affiche. Nous porterons ensuite un regard, conformément à notre méthodologie de recherche, sur l'évolution des stratégies et démarches participatives dans le cadre de l'opération. Nous tenterons en parallèle d'interpréter les résultats obtenus en les rapprochant de notre hypothèse de recherche. Nous conclurons enfin notre propos en tentant d'alimenter, à l'échelle de notre humble travail de recherche, les réflexions autour d'une démocratie participative en partie challengée par l'arrivée de l'urbanisme favorable à la santé.

Partie 1 : Définir l'urbanisme favorable à la santé : une approche qui requestionne la démocratie participative

L'urbanisme favorable à la santé est une notion relativement jeune, encore trop évasive pour certains, mais qui complète de plus en plus les discours urbanistiques. Elle s'intègre dans l'évolution progressive de la santé publique (chapitre 1) et d'un urbanisme qui, en réponse à de nouveaux déterminants de santé, valorise désormais le bien-être global des individus (chapitre 2). Mais cette approche systémique, dont l'une des valeurs fondamentales est devenue la lutte contre les inégalités sociales, ne peut s'opérer sans questionner la démocratie participative et les dispositifs de participation citoyenne existants (chapitre 3).

Chapitre 1 : Evolution du concept de santé publique : préalable d'un urbanisme favorable à la santé

L'idée que, plus un pays investit massivement dans son système de soin, meilleure est la santé globale de sa population, est d'ailleurs encore très répandue dans nos sociétés modernes (Cicoella, 2010). Pourtant, tous les indicateurs scientifiques nous prouvent aujourd'hui que la santé dépend de plusieurs facteurs, et que pour que « l'action s'avère efficace, la lutte contre la maladie ne saurait donc suffire, bien qu'elle soit essentielle [...] Il faut aussi intervenir en amont des problèmes, en ciblant l'ensemble des déterminants qui influencent, positivement ou négativement, la santé de la population » (Anctil, 2010).

1. Une santé publique devenue environnementale

Le XIX^e siècle a vu s'organiser la médecine autour de trois axes d'importance plus ou moins grande : clinique, expérimental et social. Ce dernier axe, alors prédominant, va devenir crucial pour faire face aux problèmes majeurs de santé publique que sont les grandes maladies infectieuses (Gaudillière, 2006). Cette médecine sociale, préoccupée par les problématiques liées à la qualité de l'eau, des logements, le ramassage des déchets et plus globalement par les questions hygiénistes, ne faisait pas seulement appel au champ scientifique mais aussi ceux de la politique et de l'environnement (Seignan, 2010). Le développement de la santé connaît alors une dynamique sans précédent et évolue autant que les épidémies se succèdent. Les médecins prennent de plus en plus de poids auprès des services des villes et font émerger l'idée d'une assistance publique. L'État impose une pyramide de conseils de santé pour assainir les villes, se dotant de bureaux d'hygiène et prônant une politique sanitaire et sociale, prémisses du principe de santé publique (Mourgues, 2020). Parmi les décideurs de l'époque, les médecins hygiénistes se trouvent être de fervents militants et participent à la gouvernance des politiques publiques et projets d'aménagement (Bourdelaïs, 2007). La société française

de l'hygiène est créée en 1877, et les deux dernières décennies du siècle voient les lois se succéder en matière de vie sanitaire locale jusqu'à la création de la loi hygiéniste de 1902.

Cependant, l'arrivée de la biomédecine, poussée par des investissements massifs et une multitude d'innovations thérapeutiques, va peu à peu dévaloriser la conception de la médecine sociale (Cicoletta, 2010). La médecine clinique perdure alors jusqu'à l'après-guerre. Malgré une nouvelle déclaration de l'Organisation Mondiale pour la Santé qui, en 1946, considère la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », et qui souligne son caractère global, évolutif et multidimensionnel, « tout s'est passé comme si les succès de la médecine curative avaient éclipsé ceux de la prévention collective et de l'hygiène publique » (Chevalier, 2003).

C'est à partir des années 1960 que l'on constate un tournant dans l'évolution de la santé. Elle retrouve en effet un lien avec cet aspect social décrit précédemment, notamment au travers des préoccupations environnementales. Pour ne citer que cet exemple emblématique, le scandale provoqué par la sortie de l'ouvrage de Rachel Carson, "Silent Spring", marque un tournant dans la lutte écologique et la prise de conscience collective, notamment sur l'importance des liens entre santé et environnement.

« Sur des portions de plus en plus nombreuses du territoire américain, le retour des oiseaux n'annonce plus le printemps et le lever du soleil, naguère empli de la beauté de leur chant, est étrangement silencieux [...] La disparition soudaine du chant des oiseaux, la suppression de la couleur, de la beauté et de la valeur qu'ils apportent à notre monde est survenue en douceur, insidieusement, sans même que s'en rendent compte ceux qui, chez eux, ne sont pas encore touchés par ce phénomène » (Carson, 1962).

Cette période est accompagnée par un ensemble de mouvements contestataires, de changements sociaux, et voit naître l'écologie politique. L'apparition des premières luttes, à l'intersection entre mouvements issus de la gauche radicale et les questions de qualité de vie, préfiguraient déjà une certaine préoccupation pour la santé liée à l'environnement (Combette, 2021). Durant les années 1970, cette prise de conscience citoyenne s'accompagne également d'une aspiration à un meilleur cadre de vie avec la montée en puissance des préoccupations environnementales et l'intégration de la santé à ces dernières (Adam et al., 2021).

A l'échelle internationale, l'OMS développe durant cette même période le concept de santé systémique, reposant sur une interdisciplinarité forte et visant à élargir le sens donné aux notions de santé et de maladie. Il est alors confirmé en 1978, lors de la conférence d'Alma-Ata, que le caractère nécessairement intersectoriel des politiques de santé mis en avant, doit inclure tous les acteurs susceptibles d'influencer l'état de santé d'une population et non

uniquement les spécialistes du domaine médical (Forbat, 2014). Un détachement du seul système de soin et la prise en compte de nouveaux facteurs sont nécessaires pour déterminer l'état de santé d'une population (APUR, 2018). Des travaux scientifiques se succèdent et la conception de la notion de santé connaît alors une évolution. En 1986, les premiers participants à la première conférence internationale pour la promotion de la santé signent la charte d'Ottawa :

« La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu » (OMS, 1986)

Cette prise de conscience va continuer et en 1999, l'OMS, dans son rapport "sur la santé dans le monde", perçoit l'importance des déterminants environnementaux de la santé, ce qui va l'amener à élargir sa définition de 1946 :

« La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures » (OMS, 1999)

Aujourd'hui, les virus et bactéries sont passés au second plan des causes de mortalité. Les maladies non transmissibles (allergies, cancers, obésité, diabète, troubles psychiques et maladies mentales), originaires de l'environnement moderne, représentent 60 % des causes de décès dans le monde et sont devenues la nouvelle épidémie du 21^{ème} siècle. « Ces maladies chroniques posent un réel défi à la médecine moderne dont l'approche curative centrée sur la thérapeutique médicamenteuse et la technique médicale de pointe ne suffit pas pour les traiter » (Voisin-Bormuth, 2020). Une approche concentrée sur les déterminants de santé propose de nouvelles pistes de réflexion et « les principales problématiques en matière de santé publique (maladie chronique, stress, isolement social, inégalité de santé...) et d'environnement (pollution de l'air, perte de biodiversité...), à présent reconnues comme

résultantes de choix d'aménagement et d'urbanisme, constituent autant d'enjeux contemporains auxquels les territoires doivent faire face. » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2017)

2. De nouveaux déterminants de santé reconnus comme résultantes de choix urbanistiques

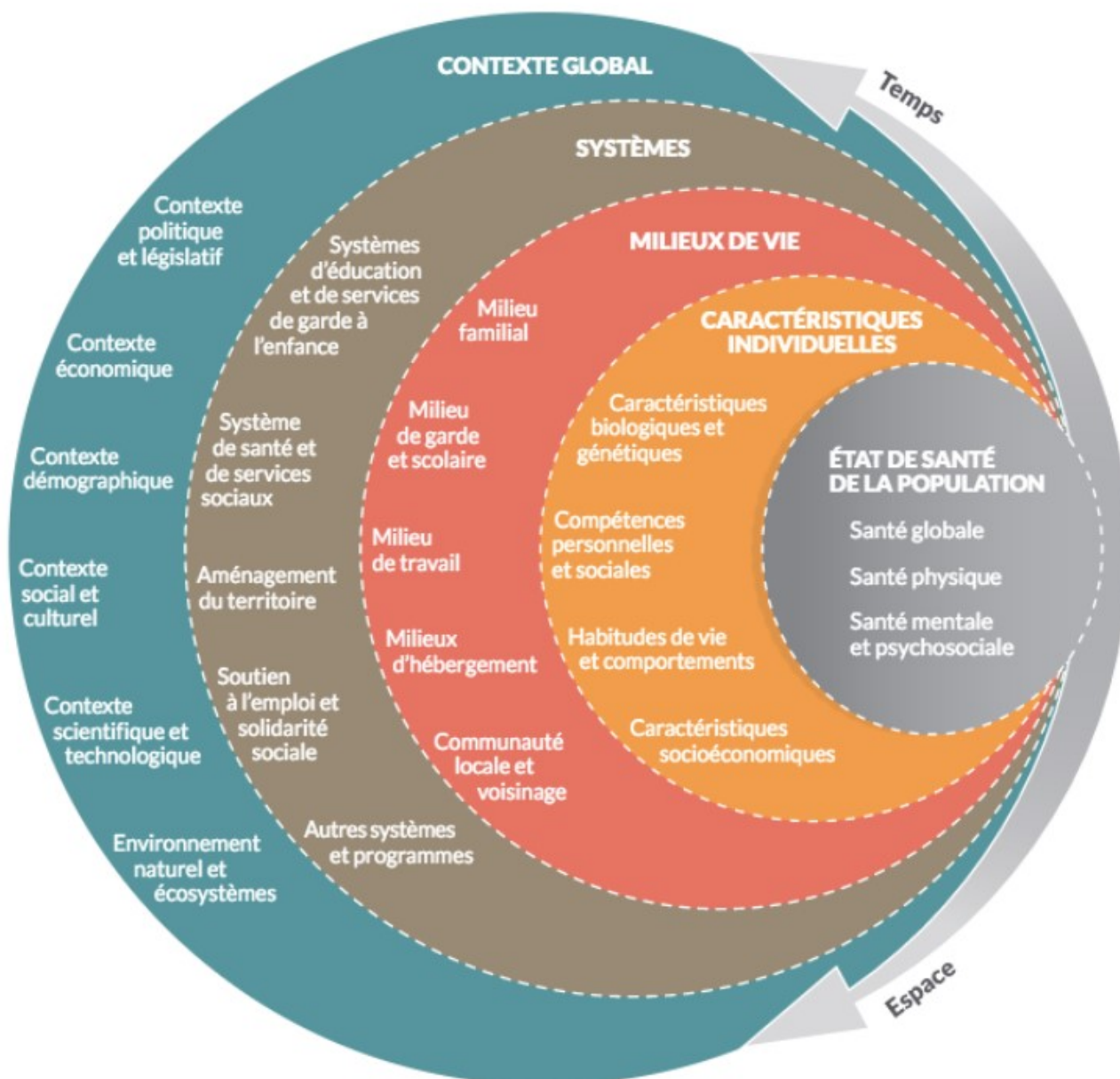
L'environnement est devenu un élément majeur de notre santé et la crise sanitaire liée à la Covid-19 est apparue comme évocatrice d'une seule et unique santé, "One Health"¹, entre individus et l'ensemble du vivant présent dans notre écosystème. Les pressions citoyennes sur les questions de santé environnementale se font de plus en plus pressantes. Le citoyen souhaite que l'impact du progrès et de la croissance technologique sur son bien-être et son environnement soit évalué et contrôlé (Ministère des solidarités et de la santé, 2017).

« À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socioéconomique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel » (INPES, 2012). Ces facteurs sont désignés comme les "déterminants de la santé". La littérature fait état de plusieurs modèles apportant une analyse quasi similaire de ces déterminants de santé : modèle Dahlgren et Whitehead (1991) ; modèle de Diderichsen et Hallqvist (1998), modèle de Brunner, Marmot et Wilkinson (1999) ; et le plus récent proposé par Emond (2010), pour le compte du ministère de la santé et des services sociaux du Québec, nous a semblé être le plus explicite. Il décompose l'état de santé d'une population selon les 3 dimensions suivantes :

- "L'état de santé global", qui propose une vision très large de l'état de santé et qui se compose de déterminants comme la mortalité générale, l'espérance de vie ;
- "L'état de santé physique", qui inclut maladies et traumatisme à l'échelle d'un homme et épidémie ou encore pandémie à l'échelle d'une société ;
- "L'état de santé mentale et psychologique", qui comme son nom l'indique regroupe des indications liées à la santé mentale et le développement et l'intégration sociale.

Ces trois dimensions sont influencées par des déterminants de santé représentés dans quatre champs distincts et représentés sur la carte ci-dessous par les cercles concentriques : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global.

¹ L'initiative « One Health » créée en 2000 et portée notamment par le ministère des solidarités et de la santé en France, promeut une approche intégrée, systémique et unifiée de la santé publique, animale et environnementale aux échelles locales, nationales et planétaires.



Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – A. Emond – « Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants » - Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec - 2010

Sans rentrer dans l'analyse détaillée de chacun de ces champs déployés, il est facilement repérable qu'une grande majorité des caractéristiques énumérées sont fortement liées au milieu et cadre de vie d'un individu, et donc des politiques et choix d'aménagement décidés en amont. Les habitudes de vie par exemple et les comportements individuels influencent l'état de santé de la population. Ils expriment la façon de vivre au quotidien (alimentation, hygiène, sécurité, activité physique...) et les divers gestes qui favorisent un environnement sain (utilisation du transport en commun, recyclage, etc.). Le milieu de vie également joue un rôle très important dans l'épanouissement et le bien-être de la population. Les individus se rencontrent régulièrement, se cultivent, travaillent et vivent dans des endroits divers. La

deuxième partie du cadre conceptuel propose d'énumérer et de prendre en compte l'ensemble des lieux et environnements que les individus côtoient, traversent et dans lesquels ils entrent en interaction. Ces environnements ont des effets sur les populations, qu'ils soient bénéfiques ou néfastes. Ces effets vont être déterminants pour le développement et l'épanouissement pourront, selon les cas se développer et s'assumer pleinement (Anctil, 2010). Le troisième domaine de la cartographie comprend les principaux systèmes gérés par l'État et la collectivité : le système d'éducation et de garde d'enfants, le système de services sociaux et le système de santé économique, l'aménagement du territoire, l'aide à l'emploi et le social. Ces systèmes sont ancrés dans le cadre politique et les valeurs d'une société, et chacun d'eux affecte la qualité de vie de ses citoyens (Anctil, 2010).

La prise en compte de ses déterminants dans l'ensemble des politiques publiques est devenue essentielle. Leur intégration complète explique comment les inégalités territoriales et sociales engendrent in fine les inégalités de santé. Leur prise en compte dans nos stratégies d'aménagement est une opportunité formidable de diminuer ces inégalités et améliorer considérablement le bien-être de la population (Lang, 2014). En effet, Par une vision transversale et intersectorielle, cette approche renforce les constats de recherches existants sur « l'importance des conditions matérielles en tant que substrats de conditions sociales favorisant la création et le maintien de liens sociaux et de réseaux sociaux » (De Koninck et al., 2008), et par conséquent un état de santé et de bien être favorisé. L'intégration des déterminants de santé dans la structuration de l'offre politique, et particulièrement en matière d'aménagement urbain, permet de définir des stratégies et actions locales pertinentes en faveur de la justice sociale.

3. Des déterminants de santé renforcés par l'épigénétique

En conclusion de ce premier chapitre traitant de la prévention en santé publique, et afin d'ouvrir la réflexion sur les déterminants de santé environnementaux, nous survolerons dans cette partie les grands principes de l'épigénétique. Cette discipline de la biologie démontre à présent que plus qu'une simple relation existante entre santé et environnement, le mode de vie impacte notre génome et compte autant que l'hérédité. L'étymologie du terme épigénétique évoque des mécanismes qui interviennent au-dessus du génome. De manière plus scientifique, l'épigénétique se définit comme tout changement d'activité du génome ou toute modification de l'expression des gènes, tout cela sans aucune mutation de la séquence d'ADN. Il s'agit d'un phénomène réversible et héritable, au cours des divisions cellulaires, venant contrecarrer la fatalité génétique (De Rosnay, 2016). Cette science relativement récente, dont certains qualifieront de plus grandes révolutions scientifique de ces 20 dernières années, explique qu'une partie du génome du corps humains serait influencé par le comportement et indirectement par l'environnement (pollution, bruit, soleil, alimentation, activité physique, stress...). Certains produits liés à nos modes de vie vont être sécrétés dans notre corps et vont

aller interférer sur l'ADN, ralentir son expression, et même par moment le rendre silencieux. Cette « révolution scientifique » va bouleverser nos conceptions sur le lien entre santé et environnement et ouvrir de nouvelles opportunités à la santé préventive. « Elle permet en effet de faire de la prévention quantifiable et d'appliquer de nouvelles politiques, en aidant les gens à se responsabiliser, dès l'école, sur la prévention des maladies » (De Rosnay, 2018). En agissant sur son environnement, elle offre l'opportunité, tout aussi merveilleuse que terrifiante, de modifier certains gènes à la demande, d'influer sur la santé et le bien être d'un individu.

Chapitre 2 : Vers une socialisation de l'urbanisme durable ?

« Dans le contexte actuel d'urbanisation généralisée, au sein duquel émerge tout un répertoire d'actions étiquetées "vertes" ou de politiques écologiques, la notion d'environnement semble se brouiller. Chaque sphère d'action tendant à s'approprier le développement durable, il devient nécessaire de repenser les notions d'environnement, de nature et de milieux urbains. Développer une nouvelle conception de l'aménagement et de l'architecture, une conception qui tienne compte de notre "être au monde". La philosophie de l'environnement et des milieux urbains ouvre la philosophie au devenir urbain de l'être, tout comme elle conduit à renouveler la compréhension du vivant en interaction avec les humains, et ce que ces derniers désignent par la nature. » (Paquot, 2010)

1. Une notion de santé involontairement éclipsée par une approche environmentaliste de l'aménagement

En rappel à la première partie de mémoire sur la notion de santé publique, c'est bien durant le XIXe siècle, et l'avènement du mouvement hygiénisme, que les enjeux et réflexions de santé publique ont complété au mieux ceux de l'urbanisme. A cette époque, l'urbanisme intègre tout autant les notions de salubrité, de pureté de l'air et d'hygiène. La révolution industrielle, l'organisation des échanges interurbains et les épidémies entraînent une réflexion sur la ville et son urbanisation. Mais si, dès leurs origines, une relation étroite se fait entre santé et urbanisme, alors les progrès remarquables de la recherche vont amener la médecine à s'affranchir de cette quête de l'espace et de l'environnement, provoquant sa séparation entre médecine et ville (Levy, 2020)

Le courant fonctionnaliste va acter ce divorce et la Charte d'Athènes, en 1933, marque symboliquement un point d'arrêt au courant hygiéniste en prônant la séparation des fonctions et le zonage de l'espace. Il a fallu construire beaucoup et vite pour répondre à des besoins urgents : l'industrialisation du pays, la modernisation et le productivisme de l'agriculture, l'exode rural qui en découle, l'augmentation rapide de la population et la pénurie de logement (Huret, 2017). En ce milieu de XXe siècle, la planification urbaine et la santé publique se confortent dans l'évolution croissante de leur discipline, poussant ainsi à exacerber la démarcation entre utilisation de l'espace et soin à la personne (Levy, 2020). Certains grands penseurs diront même un peu plus tard que « les urbanistes du XXe siècle se sont cloisonnés dans leur discipline, fermés aux recherches qui se poursuivent dans les champs voisins, insoucieux des méthodes et concepts qui unifient aujourd'hui l'étude des activités humaines » (Choay, 1965). Mais ce mouvement fonctionnaliste va connaître ses premières critiques à partir des années 1960. Les propos de l'architecte Aldo Van Eyck sont très fréquemment repris pour résumer pertinemment l'insatisfaction face à l'habitat réputé « fonctionnel » qui

surgit désormais à l'intérieur des villes. Il explique en effet à quel point nos sociétés se sont transformées en « des milliers de nulle part planifiés et que plus personne ne se sent quelqu'un habitant quelque part » (Van Eyck, 1967).

Les années de vagues contestataires qui suivent vont marquer un tournant dans la perception de la santé et vont profondément bousculées les idéologies et le rôle des pouvoirs publics. Les citoyens qui ont été assujetti à des systèmes dans lesquels ils n'étaient que des « types » cherchent à réaffirmer leur personnalité et à retrouver la maîtrise de leur environnement. « L'ambition utopiste doit alors acquérir une nouvelle modestie, répondre de façon spécifique aux situations locales, créer une collection diversifiée et hétérogène de projets sensibles au contexte qui transcenderont une multitude de réalités. A défaut de cela, le monde risque de devenir un endroit inapproprié des destinées humaines » (Eaton, 2001). Cette prise de conscience citoyenne s'accompagne également d'une aspiration à un meilleur cadre de vie, avec la montée en puissance des préoccupations environnementales et l'intégration de la santé à ces dernières.

Apparaissent ensuite les premières préoccupations relatives à ce que l'on appelait l'écodéveloppement : le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) est créé en 1972, année où se tient à Stockholm le premier Sommet de la Terre. Le concept d'environnement, qui se définissait jusqu'alors différemment selon les disciplines, fait alors consensus et se décrit comme « un système organisé, dynamique et évolutif de facteurs naturels (physiques, climatiques, biologiques) et humains (économiques, politiques, sociaux, culturels) où les organismes vivants opèrent et où les activités humaines ont lieu, et qui ont de façon directe ou indirecte, immédiatement ou à long terme, un effet ou une influence sur ces êtres vivants ou sur les activités humaines, à un moment donné et dans une aire géographique définie » (Marois et al., 2003).

La prise de conscience de l'influence des politiques publiques sur la santé et le bien-être des populations ne cesse de croître. Les travaux de l'OMS, initiés en 1987, en actionnant un réseau de Villes-Santé, facilite le déploiement de la thématique santé dans les politiques d'aménagement à travers le monde et permet de concrétiser au niveau local la stratégie de la santé pour tous. C'est dans ce contexte que sont apparus les prémices du concept d'Urbanisme favorable à la santé, et que le lien entre urbanisme et santé a été réactivé (Roué-Le Gall, 2014).

« Une Ville-Santé est une ville qui crée et améliore continuellement les environnements physiques et sociaux et qui développe les ressources de la collectivité, permettant ainsi aux individus de s'entraider dans l'accomplissement de l'ensemble des fonctions inhérentes à la vie et permettant à ceux-ci de développer au maximum leur potentiel personnel » (OMS, 1987)

Le concept Ville-Santé intègre une multitude de domaines d'expertise comme la sociologie, l'environnement, l'urbanisme, la politique, le développement économique ou encore d'autres disciplines annexes à la santé publique. « La santé d'une ville doit " se vivre " et son évolution doit permettre d'élaborer et d'intégrer tout un train de mesures non conventionnelles, intuitives et globales qui viennent compléter les données dites dures » (Barton & Tsourou, 2000).

Un nouveau tournant aurait pu être pris avec cette dynamique de ville-santé. Cependant, émerge progressivement en parallèle le concept de développement durable, accompagné d'un portage politique très prononcé, du développement d'études et de recherches sur le sujet et d'une forte acculturation des acteurs de l'aménagement. Cette conception du développement prendra par la suite la quasi totalité de la place dans les débats, réflexions et projets urbanistiques et politiques. A l'échelle des territoires, le modèle d'urbanisation qui prévaut jusque dans les années 1990 impacte fortement l'environnement et la santé des individus. Un changement de paradigme s'impose et la fabrique urbaine doit évoluer en adoptant une vision intégrée des enjeux économiques, sociaux et environnementaux individuels (Le Gall, 2013). Le développement durable, fort de transversalité et d'une approche éco-systémique, tente de combiner attractivité économique et cohésion sociale tout en réduisant au maximum son empreinte écologique. Et pour autant, même si la santé reste implicitement dans le discours des aménageurs, c'est une dimension très environnementale qui prédomine les débats. Le penchant très écologiste des lois françaises témoigne d'un certain « parti-pris » politique qui met l'accent sur la préservation des ressources et des milieux et qui va de manière non intentionnelle, éclipser la notion de santé des individus (Le Gall, 2013). Durant les trois décennies suivantes, nous assistons à la multiplication des dispositifs destinés à intégrer les enjeux de développement durable à l'urbanisme et pourtant ils ne sont pas parvenus à enrayer les atteintes à l'environnement et leur effet sur le vivant (Barles, 2020). Le projet urbain va en quelques sortes servir la recherche d'attractivité des collectivités et le marketing territorial. Marketing territorial qui conduit ces projets à intégrer (pour ne pas dire à être conditionnés par) les nouvelles préoccupations supposées des acteurs économiques et les typologies d'usagers cibles dans un contexte néolibéral de compétitivité entre les territoires (Piolle, 2021). Aussi, le projet urbain porte davantage sur l'innovation dans les modes de gestion plutôt que sur les objectifs sociaux et spatiaux à atteindre (Laffont, 2014). L'état va prendre conscience de ce climat concurrentiel et va pousser les collectivités à se mettre en ordre de marche en valorisant les actions par un cadre réglementaire incitatif (Emelianoff, 2007). Les premiers projets durables ou éco quartier, sauf exceptions, n'étaient pas disposés initialement à proposer de fortes ambitions en matière de développement durable, et c'est à partir de 2008 et la mise en place par l'Etat d'une politique nationale en faveur de la « Ville durable » que ces mêmes projets ont fait évoluer leur cahiers des charges et ont intégré des mesures « durables » (Fenker et Zetlaoui-Léger, 2017).

Cet première version de l'urbanisme « durable », centré initialement sur l'environnement, mais perverti en quelque sorte par la croissance économique et n'arrivant pas à favoriser le bien-être du vivant, va être amené à se transformer et essayer une nouvelle approche. Sur les bases très enrichies du concept de développement durable, une démarche d'urbanisme intégrant pleinement la dimension santé est préconisée afin de favoriser la justice sociale, le bien-être de l'environnement et donc de l'ensemble du vivant (Barton & Tsourou, 2000).

2. Un urbanisme favorable à la santé qui accepte la notion de vulnérabilité et qui place l'objectif de justice sociale au cœur de ses projets

Depuis la création du programme Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1986), et nous avons tenté d'en apporter la preuve précédemment, les villes sont vectrice de modifications sur les déterminants de la santé, notamment par leurs politiques d'aménagement « qui constituent un terreau favorable pour intégrer les enjeux initiaux du développement durable et offrir l'occasion de replacer l'être humain et la participation citoyenne au cœur des projet urbain » (APUR, 2018). L'urbanisme favorable à la santé, bien qu'initié par ce réseau, a cependant été formalisé en 2000 dans le guide de l'OMS traitant d'un urbanisme centré sur les habitants. L'urbanisme favorable à la santé y est défini comme « des pratiques d'aménagement qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en respectant les trois piliers du développement durable ». Il est également stipulé que cette approche porte des valeurs d'égalité, de coopération intersectorielle et de participation.

En France plus particulièrement, l'urbanisme favorable à la santé est une thématique prise en compte depuis une dizaine d'année. Comme nous l'explique A. Roué-Le Gall, l'évolution des textes en matière d'évaluation environnementale (EE), les plans promulgués par le Grenelle de l'environnement, la création en 2010 des Agences régionales de santé (ARS), et dernièrement l'apparition de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) constituent des étapes clés dans le regain d'intérêt pour la thématique. « L'urbanisme favorable à la santé constitue une porte d'entrée de plus en plus empruntée pour la mise en mouvement des territoires dans la transition écologique et solidaire » (FNAU, 2020). Elle propose en effet une approche transversale des enjeux et un modèle de développement novateur des territoires.

Les fondateurs de cette démarche sont partis du simple constat d'absence d'intégration (officielle) de la thématique santé dans les projets urbanistiques et l'obligation morale des acteurs de l'aménagement de procéder à une intégration complète de cette même notion de santé. (Barton & Tsourou, 2000). Pour cela, le projet urbain et urbanistique dans son ensemble doit évoluer. Il doit intégrer de la manière la plus complète la santé dans le processus d'aménagement ; la santé n'est plus une thématique connexe qu'il faudrait traiter indépendamment du reste des orientations stratégiques, mais il faut en faire la clé de voute des enjeux d'aménagement (Barton & Tsourou, 2000). Le projet en question doit prôner une

qualité de vie environnementale et reconnaître les effets significatifs de nombreux choix urbanistique sur la santé et le bien-être. Il est nécessaire de « résonner par une approche globale, dynamique et positive de la santé où l'on considère la santé comme le résultat du cumul d'expositions à un large panel de déterminants de santé environnementaux, socio-économiques et individuels, susceptibles d'influencer positivement ou négativement la santé » (Déoux, 2020).

« L'urbanisme favorable à la santé propose des espaces protecteurs de santé sans agression par l'environnement ou l'activité (sans bruit, sans pollution atmosphérique, sans facteurs de stress...), des espaces promoteurs de santé (aires naturelles, aires de détente, espaces de pratiques physiques...) et des accès à des services et à des activités sociales et économiques (services publics, transports collectifs, commerces...). Cet urbanisme tient compte de toute la complexité urbaine (santé, socio-économique, culturelle...), des phénomènes de comorbidité (relation entre les maladies), articule justice sociale et justice environnementale en mobilisant tous les acteurs concernés dans une véritable démocratie sanitaire » (Levy, 2021).

Sur la base du travail de Barton (2009) lors de sa collaboration avec l'OMS, A. Roué Le Gall propose, comme cadre de référence, 8 grands enjeux prioritaires répondants aux principes de l'urbanisme favorable à la santé et permettant d'aborder la santé dans le champ de l'urbanisme avec une approche "positive" (moins axée sur les risques), plus globale et intersectorielle :

- Réduire les risques liés aux polluants et aux nuisances, notamment en protégeant et valorisant les milieux et ressources naturelles
- Faciliter l'accès à l'emploi, l'accès aux équipements et services dont le soin et les services socio-sanitaires
- Promouvoir la cohésion sociale et le bien-être des habitants, en offrant à chacun des possibilités de logements, de mobilités et d'activités récréatives notamment dans les espaces publics
- Encourager des modes de vies favorables à la santé, notamment l'activité physique et l'accès à une alimentation saine et durable
- Réduire les inégalités sociales et environnementales de santé, avec une attention particulière aux personnes vulnérables
- Soulever les antagonistes et veiller à l'articulation des différentes politiques publiques au regard de leur impact sur la santé
- Penser un projet adapté aux spécificités locales et adaptable aux évolutions sociétales et environnementales

- Mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité et l'implication de l'ensemble des acteurs concernés, dont les citoyens

L'urbanisme favorable à la santé est en quelques sortes une évolution de l'urbanisme durable. La mise en œuvre de projets urbains se doit donc d'intégrer toutes les composantes du développement durable mais avec une dimension sociale prépondérante. Il apporte une attention toute particulière à la santé et la qualité de vie des habitants, le tout dans une perspective de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. L'UFS accepte alors cette notion de vulnérabilité, ces individus tant oubliés à qui nous devrions justement proposer une attention toute particulière (Laugier et Gaille, 2011). Par une approche territoriale, l'urbanisme favorable à la santé éclaire sur les causes de l'état de santé de la population, et pointe du doigt la vulnérabilité face aux risques des populations les plus désavantagées socio économiquement et dont l'état de santé est jugé moins bon.

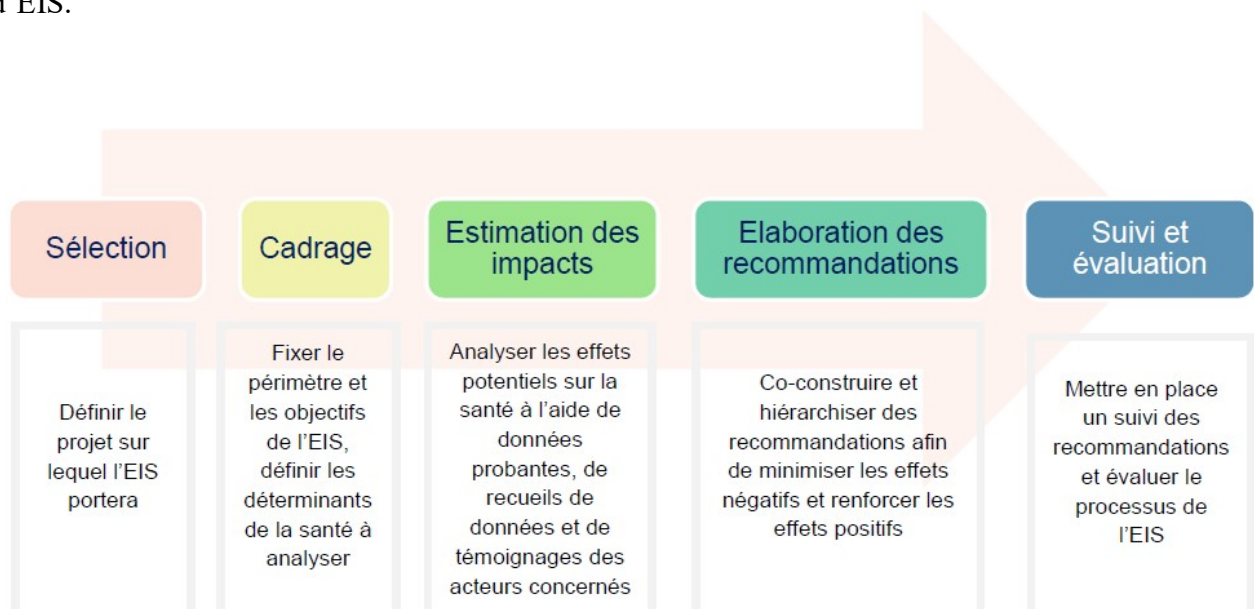
Dans un environnement où les inégalités sociales de santé s'accroissent continuellement, et dans lequel les citoyens se préoccupent de plus en plus de leur état de bien-être global, les enjeux de l'urbanisme favorable à la santé, en agissant à la fois sur le plan social et environnemental, sont devenus majeurs. Pour parvenir à y répondre, « il est nécessaire d'adopter le plus en amont possible du processus de décision, une stratégie basée sur une vision globale des enjeux, intégrant un large éventail de déterminants de la santé, en favorisant une démarche démocratique et participative des différentes parties prenantes du projet » (Harpet et al., 2013). Infantiliser les personnes et leur dire quoi faire semble moins efficace pour leur santé que de leur donner la liberté de faire des choix (Boisvert, 2013). Mais comme l'indique T. Paquot, il faudra « une véritable révolution pour que les usagers, ces hommes ordinaires, acquièrent, dans l'urbanisme, dans l'urbain plus exactement, les droits que personne ne leur conteste, que tout le monde veut leur accorder, leur élargir, mais qui, dans les opérations d'urbanisme où se produisent les urbanistes, leur sont systématiquement déniés »

3. L'évaluation d'impact sur la santé : outil participatif d'aide à la décision qui défend les valeurs d'une démocratie sanitaire

L'Évaluation d'Impact en Santé (EIS) reste à ce jour le principal outil d'aide à la décision, pour les acteurs de l'aménagement, mettant la santé au centre des réflexions et qui semble répondre aux enjeux de l'urbanisme favorable à la santé. Cette méthodologie a été définie par le Consensus de Göteborg comme « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population. Un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé ». L'évaluation d'impact

sur la santé est le fruit de la convergence entre les études d'impact sur l'environnement et le mouvement en faveur de la promotion de la santé. L'EIS, dans la définition que nous donne l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, est « une démarche qui permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, les éléments d'une politique ou d'un projet qui pourraient avoir des effets sur la santé de la population et sur la distribution de ces effets au sein des différents groupes qui la composent » (INPES, 2015). Les principales valeurs que défend l'EIS sont la démocratie sanitaire, l'équité et la justice sociale (notamment en direction des populations les plus vulnérables) tout en s'appropriant dans un même temps les principes fondamentaux du développement durable (effets socioéconomiques et environnementaux à court et à long terme).

Cette pratique relativement jeune a trouvé un consensus méthodologique dans la succession des étapes suivantes permettant de structurer l'action dans une démarche d'amélioration continue : la sélection détermine la pertinence d'une évaluation. Cette étape juge de l'utilité de l'évaluation en analysant le programme d'aménagement concerné et en s'assurant que ce dernier pourra être modifié. Le cadrage définit l'envergure de l'EIS, en définit le processus de pilotage, le périmètre, les acteurs, les modalités de gestions et les limites. Les modalités de participation des parties prenantes sont également définies à ce stade. Suit l'étape d'estimation des impacts et d'analyse des facteurs pouvant avoir un impact sur la santé, leurs effets et les réparations envisageables. Sont formuler ensuite des recommandations visant à minimiser les effets négatifs et à renforcer les effets positifs des impacts potentiels. Enfin intervient le suivi qui accompagne la mise en œuvre des changements proposés et l'évaluation du processus d'EIS.



Les étapes successives de l'EIS – Source : Direction de l'Urbanisme et de l'Aménagement - Ville de Grenoble (2021)

Ce type d'évaluation apporte une plus-value certaine aux politiques urbaines. Et la principale innovation dans sa mise en place réside dans la place primordiale donnée aux citoyens dans le processus de décision. Certes, l'évaluation d'impact sur la santé prend en compte l'ensemble des déterminants, se repose sur une approche systémique et génère des synergies et échanges précieux entre acteurs et politiques publiques très sectorisée, mais cette démarche doit avant tout permettre aux citoyens de se prononcer sur les impacts éventuels des politiques sur leur futur environnement (Mahoney et al., 2006). En effet, la participation est une valeur et un mécanisme clé de la démarche (Den Broeder, 2017) et elle permet « le renforcement du pouvoir d'agir des communautés capables d'assumer la responsabilité de leur action en matière de santé » (Dannenberg et al., 2006), « l'intégration des valeurs et des connaissances des citoyens dans l'évaluation en favorisant le croisement des savoirs experts et usagers » (Joffe, 2003), et « la formulation de recommandations durables d'un point de vue politique, social et économique » (Mahoney et al., 2007). La mise en œuvre de l'évaluation s'appuie également sur un travail collaboratif et partenarial, notamment au niveau local, sur la mobilisation des différentes parties prenantes et des ressources nécessaires. L'EIS est souvent l'opportunité d'appréhender la complexité du tissu partenarial, de fédérer ces différents partenaires au sein des territoires autour de problématiques communes, de valoriser leur expertise et de bien définir le rôle de chacun au cours de la démarche (Trédez, 2013).

La mise en place de stratégies de participation citoyenne en évaluation d'impact sur la santé au fil du temps a permis de mettre en lumière un certain nombre de critères normatifs permettant de juger cette dernière. Le cadre d'évaluation de Rowe et Frewer (2004), comme consensus méthodologique, est le plus souvent cité dans la littérature :

Représentativité	Le public impliqué devrait comprendre un large échantillon, représentatif de la population affectée par la décision
Indépendance	L'exercice participatif devrait être mené de manière équitable
Implication dès le début du processus	Les participants devraient être impliqués le plus tôt possible dans la démarche
Influence	Le résultat de l'exercice participatif devrait avoir un impact véritable sur les décisions
Transparence	L'exercice participatif devrait être transparent pour que la population concernée puisse voir ce qui se passe et comment les décisions sont prises
Accès aux ressources	Les participants devraient avoir accès aux ressources appropriées pour leur permettre une participation authentique

Définition des tâches	La nature et la portée de l'exercice participatif devraient être clairement définies
Processus décisionnel structuré	L'exercice participatif devrait utiliser des mécanismes appropriés pour structurer le processus décisionnel et l'exposer au public
Rapporte coût-efficacité	L'exercice participatif devrait être perçu comme efficace aux yeux des organisateurs par rapport aux coûts engagés

Cadre d'évaluation de Rowe et Frewer (2004)

Cependant, même si l'ouverture du processus décisionnel tend intégrer l'ensemble des parties prenantes, les dispositifs de participation citoyenne dans ce type d'évaluation sont fortement challengés et méritent d'être réinventés. La pertinence de cet outil n'est plus questionnée mais plutôt les façons concrète d'intégrer tous les publics concernés par sa mise en œuvre. D'une part, malgré l'appropriation de cette démarche par les acteurs de l'aménagement qui la considèrent comme prometteuse pour intégrer la santé dans l'ensemble des politiques publiques, l'opérationnalité et la compréhension de ce concept est parfois source d'ambiguïté et vient se rajouter aux nombreux processus de sollicitation des habitants existants (Jabot, 2017). D'autre part, une grande majorité des utilisateurs de ce type d'évaluation mettent en avant les difficultés de représentativité et d'inclusion rencontrées. La préoccupation de justice sociale, pilier de l'urbanisme favorable à la santé, reste peu traduite en pratique à travers des dispositifs de participation encore traditionnels peu innovant et encore trop sélectifs.

Cet outil, censé accompagner la dynamique autour de l'urbanisme favorable à la santé, est donc fortement challengé, et il est nécessaire de prendre en compte une nouvelle forme de pilotage des projets et politiques d'aménagement et de faire appel à de nouveaux dispositifs de professionnalisation, notamment en matière de participation, qui seraient en mesure de bousculer les pratiques courantes (Madec, 2014). Mais ce constat n'est malheureusement pas propre à l'évaluation d'impact sur la santé et l'éventualité d'un nouvel outil mal conçu, ils représentent de manière plus globale les difficultés rencontrées par une démocratie participative qui n'arrive pas à se réinventer. Il est impératif de trouver de nouvelle manière d'encourager la participation et la rendre plus inclusive, favoriser une diversité de publics impliqués et promouvoir une participation, un partenariat auprès des personnes dites vulnérables généralement les plus éloignées des dispositifs participatifs existants. « Créer des processus réel de participation permettant aux individus et collectivités de comprendre leur propre situation, de mieux contrôler les facteurs affectant leur vie, et in fine renforcer la notion de bien-être et de qualité de vie » (Nielson, 2000).

Chapitre 3 : Une démocratie participative à bout de souffle en quête d'une approche plus inclusive

« De quelle manière impliquer dans le processus d'aménagement les mêmes individus qui feront l'expérience des lieux pensés ; la diversité de ces mêmes publics, des dispositifs et des temporalités envisagées dans un processus de démocratie participative » (Berger & Charles, 2014)

1. Des dispositifs de participation formatés empreints d'un certain « tropisme procédurale »

L'émergence d'espaces publics de débat et la reconnaissance de la participation par les pouvoirs publics depuis les années 1980, prémices d'un concept de démocratie participative, venait à juste titre concrétiser une longue période contestataire des années 1970 en intégrant le militantisme dans la décision politiques (Blatrix, 2012). Cependant, les dispositifs de participation et la définition d'une démocratie participative, certes se sont depuis institutionnalisés, mais ils se sont surtout formatés et banalisés au fil du temps et de l'évolution législative : loi pour l'orientation de la ville en 1991, la loi « Voynet » en 1999, la loi SRU en 2000, la loi démocratie de proximité en 2002, la charte de l'environnement en 2004, la loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine en 2014 ou dernièrement la réforme du CESE en ordre de marche et qui s'annonce comme une étape historique pour la vie démocratique.

Aujourd'hui, la démocratie participative désigne « l'ensemble des procédures, instruments et dispositifs qui favorisent l'implication directe des citoyens dans le processus de décision politique » (Ruiz, 2013). Cette notion, qui reste toujours assez floue dans les discours urbanistiques, et dont la réussite repose d'ailleurs essentiellement dans son ambivalence (Blondiaux, 2021), est évoquée dans une multitude de dispositifs hétérogènes qui cherchent à cibler le citoyen lambda dans le but de l'intégrer à la discussion des enjeux collectifs et à l'élaboration des politiques publiques (Nez, 2006). La participation citoyenne s'invite dans de nombreux discours de manière insistante sinon obsédante (Schnapper et Bachelier, 2000) et dans une diversité de dispositifs et termes employés. Nonjon parle même d'un certain « tropisme procédurale » et compare la participation à « un exercice de style sans réel espace de co-construction ni réel effet sur la décision. Un simple moment d'information du public plus ou moins bien orchestré par des dispositifs et outils semblant décourager de plus en plus élus, experts et participants » (Cécile et Girault, 2009).

Les aménageurs ayant la responsabilité technique de la conduite d'un projet politique et urbain ont régulièrement le sentiment que la participation instaure un climat conflictuel et une certaine confrontation de légitimité en « experts » et « profanes » de l'action publique,

entraînant par la même occasion une perte de temps considérable (Gourgues, 2017). La diversité et l'accumulation des dispositifs légaux et méthodologiques, poussant à la mise en place d'une concertation, donnent, pour certains acteurs, l'impression de subir des procédures dont ils peinent à comprendre l'apport en termes de maîtrise d'ouvrage ou d'efficience. Le cas des évaluations d'impact sur la santé en est un parfait exemple. De plus, l'hétérogénéité des dispositifs a même donné place à un marché de la participation porté par une dynamique de structuration et standardisation des profils et des pratiques. « Une concurrence méthodologique est apparue pour contribuer à un processus d'homogénéisation de l'ingénierie participative et des prestations proposées dans le but de favoriser la mobilisation et l'expression des citoyens » (Bonaccorsi et Nonjon, 2012).

2. Une scène démocratique encore trop marquée par une logique représentative

« La démocratie n'est-elle pas par définition « participative » ? Dans les termes, la démocratie, c'est en effet le gouvernement de tous, l'implication de chaque citoyen dans les choix collectifs. Et pourtant, le pléonasme d'une démocratie participative s'est aujourd'hui peu à peu imposé, essentiellement pour distinguer celle-ci de la démocratie représentative classique, consacrée par l'élection et les procédures parlementaires » Gaudin, 2010)

Pourtant, à cette lassitude procédurale et ce détachement vis-à-vis du concept s'ajoute encore aujourd'hui des questions liées à la représentativité. De manière générale, la conscience collective continue d'attribuer le pouvoir et la légitimité de la prise de décision aux élus. « Représentants du peuple » qui, malgré un engouement certain pour les dispositifs participatifs, demeurent extrêmement prudents et septiques quant à la réelle plus-value de la participation. « Représentants du peuple » qui, à l'instar de certains chercheurs, pourraient penser que cette démocratie participative serait dangereuse ; dangereuse puisqu'elle pourrait libérer les passions du peuple, des passions irrationnelles, irréfléchies voire même violentes, provoquant un désordre social dans nos sociétés (Viktorovitch, 2015). Comme nous l'explique G. Gourgues, une majorité d'élus souhaitent se servir d'une démarche participative comme complément de la représentation, comme indicateur de performance des politiques publiques et in fine de leur cote de popularité (Gourgues, 2017). La promotion des objectifs en termes de participation permettrait uniquement aux institutions territoriales de répondre aux obligations étatiques tout en s'assurant une bonne figure électorale (Carrel, 2013) et « il peut donc paraître paradoxal d'exiger que la parole citoyenne soit prise en compte dans un système politique qui reste dominé par la logique représentative et dans lequel les élus gardent le dernier mot » (Blondiaux, 2008).

Nous constatons que, malgré de nombreuses recherches et préconisations théoriques sur le sujet, la perte de confiance à l'égard des représentants politiques et institutionnels ne fait que

s'accentuer depuis une vingtaine d'année. « Nous sommes passés maître dans la conquête du pouvoir mais trop souvent nous restons des analphabètes du partage du pouvoir » (Spiegel, 2018). La remise en question des formes de gouvernement, basée sur une « culture de la délégation » et qui met à l'écart les citoyens dans la réelle élaboration des décisions politiques est encore fortement présente (Blondiaux, 2021).

« Les habitants sont systématiquement renvoyés à leur statut quotidien de consommateurs-usagers de leur quartier alors qu'ils revendiquent aussi un statut d'expert des enjeux stratégiques au titre de citoyens de leur ville et de leur territoire habitant dans le quartier. En fait, ils prennent au mot la « démocratie participative » en demandant que la dimension politique des projets puisse aussi être abordée, quand les organisateurs les renvoient à des questions pratiques et techniques, relevant plus de la « technocratie participative » (Gilli, 2018)

Les participants voient leurs critiques écoutées quant aux modalités de la participation, mais voient le fond de leur parole « censuré » dans un débat verrouillé (Gourgues, 2017).

3. Des citoyens « vulnérables » sous-représentés par la participation

A ces écueils de la démocratie participative s'ajoute celui de l'inclusion. De nombreuses études démontrent que les populations en état de vulnérabilité sont sous-représentées dans les démarches participatives, alors même que « la démocratie participative n'a de sens que si elle parvient à restaurer les conditions d'une possibilité d'influence sur la décision égale pour chaque citoyen, conformément à l'idéal démocratique de nos systèmes politiques » (Blondiaux, 2021). Afin qu'un projet d'aménagement prenne tout son sens, les personnes les plus vulnérables, les plus éloignées de la scène démocratique, celles que l'on n'entend pas (Carrel, 2013) doivent avoir la possibilité de « décrire les dynamiques sociales qui leur sont spécifiques et d'éclairer les concepteurs sur leur habitudes de vie, qui influencent l'usage que sera fait de l'espace » (Dumont, 2005). Pourtant, malgré le principe d'ouverture à tous dans un idéal de démocratie, les démarches de participation proposent très souvent le même constat, seul un public déjà convaincu semble trouver de l'intérêt dans les dispositifs existants : « l'offre de participation fonctionne selon un principe centrifuge : à force de tourner, elle ne conserve que les éléments suffisamment stables pour se maintenir » (Gourgues, 2015). En effet, l'un des principaux écueils des démarches participatives est de cibler, même de manière involontaire, une certaine élite de la population ; cette catégorie familière des procédures institutionnelles et qui participe déjà aux formes de démocratie (catégories aisées et éduquées, retraités, militants...) ; celle qui « renforce même parfois des mécanismes inégalitaires déjà présents dans nos démocraties » (Carrel, 2013). La diversité des publics concernés est très faible et encore trop peu d'expériences inspirantes proposent des formes alternatives de participation dans les projets d'aménagement. La représentation des intérêts

politiques des groupes les plus faibles, qui ont de plus en plus tendance à s'abstenir en politique, n'est pas assurée, tandis que l'on observe dans un même temps un affaiblissement des organisations qui les représentent (Blondiaux, 2007). L'offre de participation s'appuie sur la constitution de groupes de citoyens, dont la forme dépend du design du dispositif initié par les institutions (Carrel, 2013). « Ces publics, au départ imaginés par les gouvernants ou les concepteurs des dispositifs, loin d'être le résultat de processus d'auto-organisation ou forcément d'une demande sociale autonome des pouvoirs en place, sont le plus souvent le produit d'un travail d'enrôlement institutionnel qui s'appuie sur divers instruments » (Gourgues, Mazeaud, 2018). Ce simple choix et cette segmentation préalable constitue dès lors une forme d'exclusion et d'inégalité sociale et le choix du dispositif envisagé et particulièrement son mode de sélection doit être questionné. Il est impératif de réfléchir à des procédures particulières ayant recours à une sélection plus directe facilitant l'inclusion (Blanco, 2005).

L'exemple des jeunes est assez représentatif. Pour Thierry Paquot, « Le principal indicateur d'une ville en bonne santé est la place accordées aux enfants. Nous ne voyons plus d'enfants dans les rues. Tout enfant, pour grandir en lui-même, doit jouer dehors, aller voir ailleurs s'il s'y trouve ! Fréquenter d'autres enfants et adultes, parcourir les rues et les parcs, enquêter sur les activités qui s'y déroulent... Bref, être à l'école de la vie. Si nous concevons la ville avec les enfants, à leur taille et à leur rythme, nous réaliserons une ville agréable pour tous » (Paquot, 2021). Les orientations urbanistiques sont le fait des adultes, et les travaux en science humaine nous relatent que les enfants, cibles de ces orientations, résistent, détournent et se réapproprient ces espaces qu'on leur impose (Garnier, 2015). Garnier fait même l'analogie des tactiques de militaires de réappropriation d'un terrain qui serait imposé aux enfants et qui serait organisé par une force étrangère. L'enfant, réduit dans un espace public à une aire de jeux industrielle, se confronte tous les jours dans ses rues à son absence de considération et de participation. La participation s'enferme alors dans un certain paradoxe, dans « l'adultisme » et s'exprime par une attitude condescendante et paternaliste. « Inhérente à cette attitude se trouve une conception déficitaire du développement de l'enfant et de l'adolescent où le stade adulte est perçu comme l'achèvement ultime de l'humanité d'une personne et de son appartenance à la communauté sociale et politique » (Caron, 2018).

Le déficit de participation des catégories populaires est également très régulièrement constaté. Selon Blondiaux, les dispositifs en place ont certes comme objectifs le rapprochement des citoyens à la collectivité publique, l'information de ces derniers avec une pédagogie efficace, mais oublient trop souvent d'agir pour le sort des populations les plus défavorisées (Blondiaux, 2007). « La démocratisation du savoir ne saurait se limiter à l'accès des plus défavorisés à la culture dominante, mais elle implique leur participation, en tant qu'experts irremplaçables de leur vécu, à la production des savoirs. À défaut, sur le plan des pouvoirs, la démocratie participative risque de n'être qu'un leurre » (Delmas-Marty, 2007). La recherche

de diversité des publics en situation précaire demande de s'intéresser en profondeur à leurs préoccupations et conditions de vie, mais les organisations, procédures et outils utilisés semblent figurer davantage comme des écueils à l'inclusion (Mabi, 2013). On sait que les démarches de participation sont très inégalement réparties et qu'elles favorisent les participants « qui en maîtrisent le langage spécifique » (Blatrix, 1996). En occultant les questions d'inégalités sociales, les projets de concertation, malgré toutes les ambitions de mixité et de cohésion affichées, tendent à alimenter les inégalités participatives en proposant des débats qui s'adressent aux populations les plus intégrées socialement.

Les personnes exclues et vulnérables doivent impérativement gagner du pouvoir, « Il est impératif que leur parole puisse compter et cela exige des autorités élues une ouverture à la contradiction et à l'innovation qui manque encore trop souvent dans les démarches actuelles » (Blondiaux, 2021).

Partie 2 : Le projet Flaubert comme observatoire

Nous tenterons, dans cette seconde partie, d'analyser le cas de la ZAC Flaubert, éco quartier et projet phare de la ville de Grenoble, mis en avant par son maître d'ouvrage comme projet d'aménagement favorable à la santé. La présentation générale de ce terrain d'étude (chapitre 1) nous mènera ensuite jusqu'à l'analyse de son processus de participation sous le prisme de l'inclusion des personnes les plus vulnérables (chapitre 2).

Chapitre 1 : Présentation général du terrain d'étude

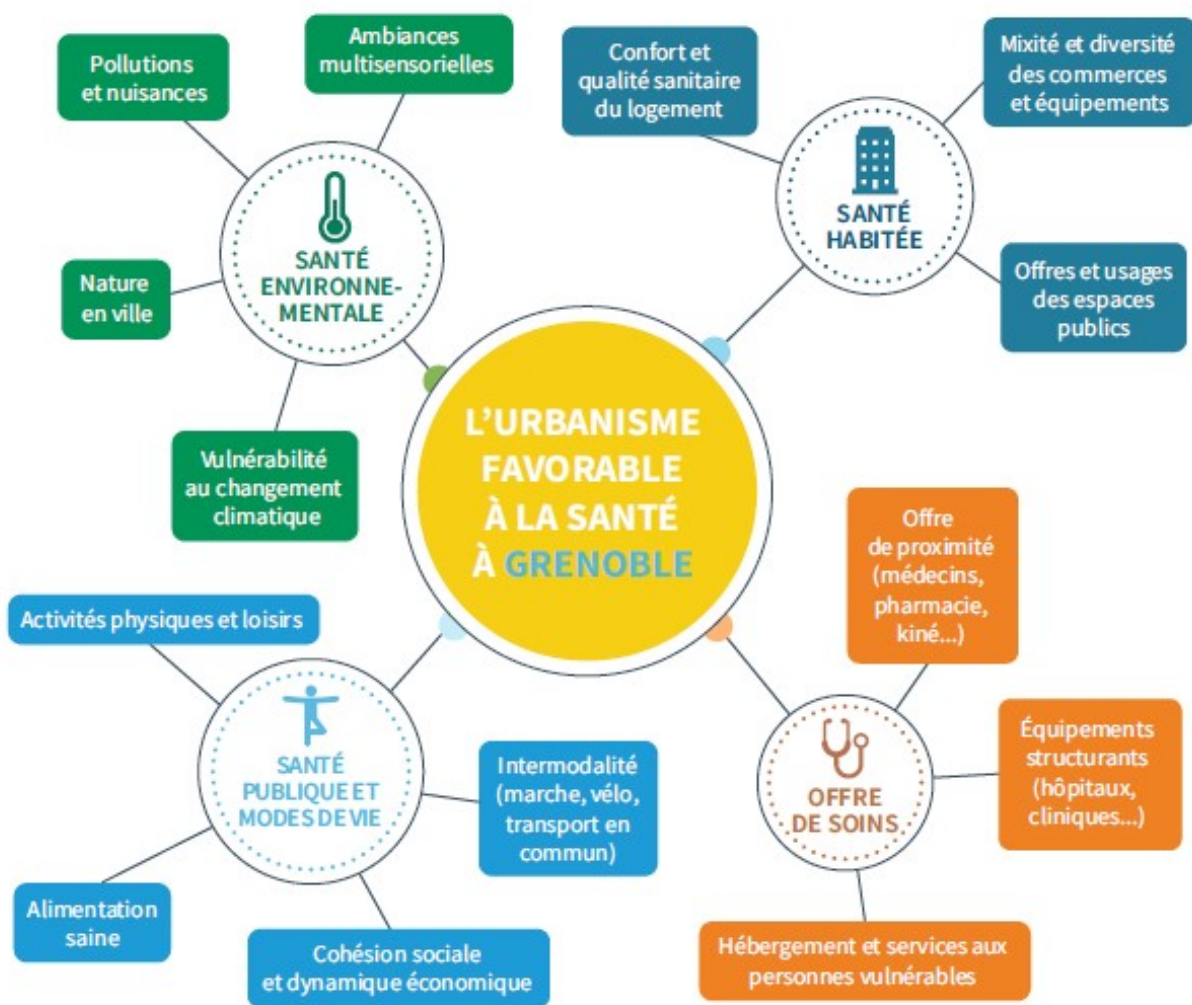
1. Une municipalité qui affirme ses engagements sur la question de santé environnementale

Grenoble est un territoire urbain au cœur des massifs montagneux. Suite à l'intercommunalité généralisée et rationalisée depuis les réformes des années 2010, une grande partie des services publics locaux et des équipements structurants relèvent désormais d'une gestion mutualisée. Depuis 2015, une grande partie des compétences en matière d'urbanisme et de projets urbains a été transférée à Grenoble Alpes Métropole. La commune de Grenoble qui compte 160 000 habitants et sur une superficie de 1800 Hectares, s'intègre désormais dans le spectre de la métropole qui compte quant à elle plus de 450 000 habitants pour une surface d'environ 31 000 Hectares.

Se confronter aux problématiques de santé et de bien-être de ses habitants, la ville s'y est déjà fortement engagée depuis le début du précédent mandat. « Nous désirons lier la fabrique de la ville à la question du bien-être » (Juven, 2020). Par son Plan Municipal de Santé 2016-2020, la Ville de Grenoble s'engage à réconcilier le « vivre en ville » et le droit à la santé, pour toutes et tous. Avec ce plan municipal de santé (PMS), la ville de Grenoble s'est donné trois priorités :

- Promouvoir un environnement et un cadre de vie favorables à la santé
- Améliorer l'accès aux soins et à la prévention pour tous et plus spécifiquement pour les personnes en situation de précarité
- Agir pour la santé des publics et des situations qui demandent une attention particulière : enfants, jeunes, personnes âgées, handicap, santé mentale

L'élaboration du PMS a été le fruit d'une démarche innovante de concertation élargie au contact des habitants, des usagers, des associations, des institutions, des professionnels de santé, des différents services de la ville, du CCAS et des élus. « Cette diversité a permis de partager un diagnostic, de croiser les regards, de faire émerger des idées nouvelles... mais surtout d'impliquer de nombreux Grenoblois qui souhaitaient s'investir autour des questions de santé » (Piolle, 2016)



Extrait du Plan Municipal de santé – Source ville de Grenoble

Plus récemment, la ville a été retenue par l'Union Européenne pour représenter la « Capitale Verte Européenne » en 2022 et cette période de stage est l'occasion d'assister à la mise en forme de l'évènement.; durant cette année, plus de deux cents événements, défis et labellisations se dérouleront dans toute la capitale des Alpes. Afin d'alimenter la programmation, un conseil Scientifique a imaginé un découpage en 12 grands thèmes témoignant chacun d'un grand enjeu ou d'un domaine participant à la Transition. Chacun de ces grands thèmes est problématisé, mais également mis en dialogue avec les autres thématiques, afin de traiter des quelques grandes tensions transversales identifiées :

- Tension entre justice sociale et environnementale ;
- Tension entre les échelles d'intervention du local au global ;
- Tension entre développement et limites planétaires ;
- Tension entre sobriété et bien-être.

Avec les problématiques liées à l'environnement, et dans une logique systémique du label "CVE", les notions de bien-être, de santé et de justice sociale sont largement représentées.

En matière de participation, la ville de Grenoble souhaite, depuis le précédent mandat du Maire E. Piolle, dynamiser la vie démocratique locale grâce à la mobilisation des différents acteurs concernés ou intéressés par la chose publique. Dernièrement, lors du conseil municipale du 07 Février 2022, la Ville s'est notamment engagée à :

- Inscrire le dialogue citoyen dans le processus délibératif ;
- Favoriser l'implication de tous les publics dans les démarches participatives ;
- Garantir le retour argumenté sur les apports de la participation des citoyennes et citoyens ;
- Mettre en place et faire vivre une diversité d'espaces et de démarches de participation complémentaires ;
- Renforcer les moyens et améliorer la coopération entre la métropole et les communes en matière de participation citoyenne.

« Oxygéner la démocratie locale, c'est accepter de transformer en profondeur nos façons de faire. La démarche relève rarement de l'évidence pour des élu-e-s locaux ou nationaux. C'est pourtant le pari que nous avons fait ici, à Grenoble : nous devons explorer de nouveaux chemins, faire bouger les lignes, donner la possibilité aux habitants d'être à l'initiative de projets, pour que chacun et chacune trouve sa place et puisse contribuer à l'histoire de notre ville. Une démocratie ouverte et généreuse, c'est une démocratie accessible à toutes et tous, y compris les plus jeunes, les résidents étrangers, les personnes les plus éloignées de la décision publique... Notre expérience le montre : les espaces et les outils de dialogue, de construction et de débat rendent la démocratie plus belle et vivante. Chaque citoyenne, chaque citoyen doit pouvoir s'en saisir selon ses besoins, ses envies, ses possibilités » (Piolle, 2017)

Enfin, en matière d'aménagement, hors opérations diffuses, et indépendamment des opérations pilotées par la métropole, la commune de Grenoble compte une douzaine de grands projets. Le mode de réalisation varie de la régie directe, qui place la personne publique compétente en tant que maître d'ouvrage et qui pilote l'intégralité du projet et du processus, à la concession, qui voit la commune déléguer le projet d'aménagement à une Société d'Economie Mixte (SEM) ou une Société Publique Local (SPL), en l'occurrence sur le territoire grenoblois les sociétés INNOVIA et SAGES.

Parmi ces opérations s'intègre la ZAC Flaubert, éco quartier et projet phare de la ville de Grenoble, terrain d'étude de cette recherche.

2. Le bien-être des habitants : élément structurant du projet Flaubert

2.1. Présentation générale du projet

L'éco quartier Flaubert est une zone d'aménagement concertée (ZAC) qui fait l'objet d'études pré-opérationnelles depuis 2007 et qui a été concédée par la Ville à la SPL SAGES en avril 2012. Ce projet s'inscrit dans une démarche de renouvellement urbain sur le territoire Sud de Grenoble engagée par la Ville depuis 2003, à la jonction entre le quartier prioritaire Teisseire-Abbaye-Jouhaux-Chatelet à l'Est, le quartier Mistral à l'Ouest et celui des Villeneuves au Sud. Le projet urbain de la ZAC Flaubert s'inscrit donc dans une volonté de reconquête du Sud de la Ville dans le but de créer un maillage de tissus urbains existants représentés par d'anciennes friches industrielles et des constructions résidentielles.



Plan masse de l'opération Flaubert – Source ville de Grenoble

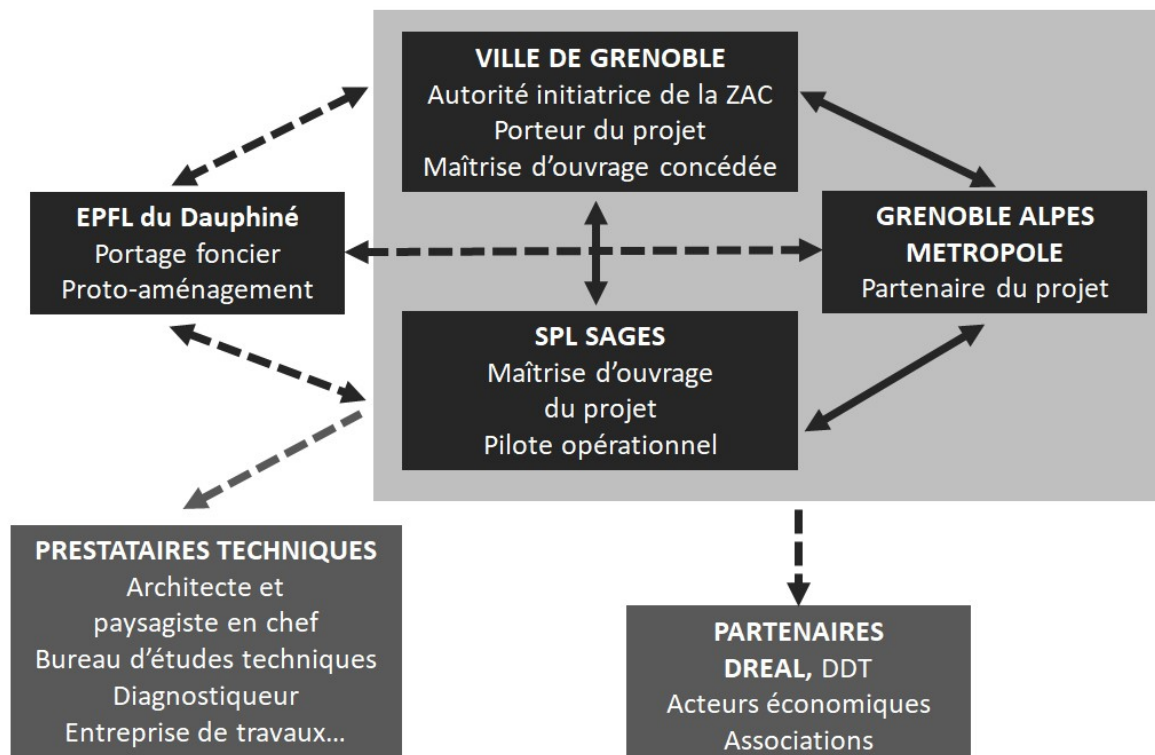
Suite aux premières études menées entre 2006 et 2011 par les Ateliers Yves Lion, la ville de Grenoble a souhaité donner de nouvelles ambitions au projet en 2015. C'est ainsi qu'un nouveau concepteur paysager et urbain a été retenu en 2016, l'agence Sathy, associée au paysagiste TN +, pour relancer les études et la co-construction du programme de l'opération. Le projet est entré dans la labellisation EcoQuartier en 2019 avec la volonté de porter de fortes ambitions environnementales en matière de santé habitée. L'EcoQuartier poursuit également l'ambition de développer un quartier résolument bas carbone et adapté au réchauffement climatique au travers la prise en compte des enjeux de santé environnementale (air-bruit-îlot de chaleur) et d'économie circulaire. En outre, il s'attache à la prise en compte

des modes de vie favorables à la santé au travers de la prise en compte des enjeux de marchabilité, d'inclusion, d'activités sportives, d'alimentation saine et de nature en ville.

Enfin, ce projet répond à de fortes ambitions en matière de participation citoyenne. A savoir une ouverture aux citoyens pendant tout le projet, dépassant le cadre légal minimum de concertation. L'ambition du quartier est de promouvoir une véritable démarche participative pendant toute la durée de conception et de réalisation de l'opération ; faire du quartier un quartier désiré par les habitants d'aujourd'hui et de demain ; donner envie d'y habiter. La démarche participative doit aboutir à une coproduction du projet et doit permettre aux habitants de se l'approprier, c'est-à-dire de le faire évoluer. La participation doit constituer un espace de dialogue entre décideurs et citoyens et le projet s'inscrit dans cette démarche volontaire qui implique un véritable partenariat entre les élus et société civile.

2.2. La gouvernance du projet

La SAGES a été désigné aménageur de la ZAC Flaubert pour le compte de la ville de Grenoble depuis la délibération du Conseil Municipal en date du 29 Février 2012. A ce titre, cette SPL intervient en tant que concessionnaire d'aménagement urbain et met en œuvre le dossier de réalisation de la ZAC.



Gouvernance du projet Flaubert – Source ville de Grenoble

Afin de préciser sa politique en matière de santé et de prévention sur certains territoires de la commune de Grenoble (notamment l'opération Flaubert) et de mieux définir les axes programmatiques en matière d'urbanisme favorable à la santé, la ville de Grenoble s'est entourée d'un AMO (groupement AIA / SCET) dont les missions principales ont été d'une part de définir une stratégie urbaine en lien avec les problématiques de santé ; l'objectif de cette mission étant d'adapter la réponse urbaine aux problématiques de santé locale, être en capacité de faire des choix d'indicateurs sanitaires et environnementaux et imaginer les solutions à santé positive à développer à Flaubert. D'autre part, accompagner la collectivité dans la définition de sa stratégie de communication et de concertation afin de construire avec acteurs locaux, usagers et habitants une nouvelle approche et de nouvelles démarches de participation citoyenne.

2.3. Les objectifs affichés du projet Flaubert

La temporalité d'une opération aussi importante et les changements de couleurs politiques en cours d'exécution ont fortement impacté les orientations du projet depuis son lancement. Notre étude intervient suite à une réactualisation des ambitions effectuée en 2019 suite à l'entrée du Flaubert dans la labellisation Ecoquartier prônant la construction d'un quartier "2.0" qui se veut le fer de lance de la Ville en Transitions, à taille humaine. Pour cela, les élus de la majorité ont proposé que la ZAC Flaubert réponde opérationnellement aux objectifs suivants :

- S'appuyer sur la richesse fonctionnelle existante pour réussir la Ville de demain ; le quartier se caractérise par une très grande variété des occupations et des formes urbaines hétérogènes. L'objectif n'est donc pas de reconstruire un quartier tabula rasa, mais bien de travailler à l'échelle fine des continuités avec le déjà-là.
- Fabriquer la ville avec ceux qui la vivent, riverains, usagers et futurs habitants ; fruit d'une démarche de co-construction entamée en 2015 par la SPL SAGES, le projet urbain actuel a débouché sur un plan guide programmatique, co-construit avec les habitants et les acteurs du territoire (association, entreprise, monde universitaire et culturel). Le projet doit s'enrichir d'une dimension Urbanisme Favorable à la Santé ; Cette démarche devra permettre de croiser les thématiques et les échelles afin de faire de cette opération un démonstrateur, au-delà des ambitions de construction durable, d'une ville accueillante, des courtes distances, pour chacun, inclusive, bienveillante, attentive au milieu écologique qu'elle produit, co-construite avec ses usagers et ses habitants d'aujourd'hui et de demain ;
- Amplifier la prégnance spatiale, la richesse écologique, la diversité des usages et l'imbrication des échelles des espaces verts ; disposant d'un réseau d'espaces verts important aussi bien à l'échelle de la proximité qu'à l'échelle urbaine, la ZAC

Flaubert se propose de structurer les espaces libres comme autant de supports d'un écosystème urbain spécifique, où la végétalisation sera adaptée aux conditions du lieu et aux besoins des habitants ;

- Adapter les modes d'habiter aux besoins actuels ; au cœur des résidences seront favorisés les espaces de partage et de sociabilité, aussi bien au sol avec des espaces de pleine terre qu'en terrasse au-dessus des immeubles, permettant un usage collectif (lieu d'agrément, jardins partagés...) ;
- Renouveler la Ville à la couture des quartiers existants alentours en articulant faubourgs, ville-centre et Villeneuve ; épousant un vaste territoire de 90 ha au barycentre de la ville et de l'agglomération, La ZAC Flaubert doit constituer la pièce de la ville mixte entre les deux périodes principales de constitution de la Ville ;
- Intégrer les activités nécessaires à la Métropole dans un morceau de Ville résilient ; d'une manière générale la ZAC doit permettre de fabriquer une ville productive et se doit d'accompagner les mutations internes aux secteurs économiques existants.

Chapitre 2 : L'évolution des stratégies participatives dans une logique inclusive

Avant de débiter l'analyse des dispositifs de participation, il est important de rappeler que cette étude s'inscrit dans un projet à long court dont la première phase de réflexion sur l'opération a démarré dans les années 2005-2006. Cette analyse s'inscrit également dans l'évolution, relativement récente à l'échelle du projet, du contexte politique et institutionnel. Cette évolution amène, depuis l'arrivée à la majorité d'un parti écologiste, transformations étiques, organisationnelles et méthodologiques.

Il nous a semblé également nécessaire d'entamer cette partie propre à la participation citoyenne de l'opération Flaubert par un aparté sur la crise lié au Coronavirus et l'impact des mesures sanitaires déployées sur le projet.

« C'est avec un sentiment de frustration que nous présentons ce bilan, espérant pouvoir le réaliser au mieux les prochains mois, pour être encore au plus proche de nos objectifs initiaux. Nous en sommes par ailleurs plutôt optimistes dans la mesure où nous présentons un autre effet de la crise sanitaire, une envie forte de la part des publics de Flaubert pour contrebalancer ces périodes d'isolement en redynamisant massivement la rencontre et le croisement. » (CUB, 2021)

Ces mots des représentants du collectif des usagers de la Bifurk, lors du bilan des « actions habitantes » en Décembre 2021, résumant parfaitement ce contexte de distanciation et d'isolement qui n'a bien entendu pas favorisé la participation et le croisement des paroles des parties prenantes durant notre étude. Cependant, nous avons constaté lors de notre observation que cette crise sanitaire a largement renforcé la pertinence de la démarche UFS au sein de la collectivité. Elle a permis d'enrichir les réflexions, valider certaines ambitions et dynamiser les processus participatifs pour le projet Flaubert.

1. Le portage politique de la collectivité : premier levier d'action d'une approche participative plus inclusive

1.1. La récente promotion de l'UFS et la redynamisation du processus participatif

En relisant les attendus fixés par la délibération du 17 septembre 2012 engageant la "poursuite du projet Flaubert et la création du Comité de Suivi et de Concertation", nous nous sommes rendu-compte à quel point ils ont depuis mainte fois été remis en question. Ils ont notamment connu une nouvelle réorientation, depuis le début des années 2020, dans le but de conforter, approfondir et engager davantage les participants dans le processus de partage de la décision

en amont puis tout au long des opérations. En effet, après une longue période d'essoufflement, et malgré la crise liée à la Covid-19 :

« La participation a dû se redynamiser, et on parle désormais de Flaubert comme le laboratoire urbain de la ville de Grenoble de l'innovation sociale et de la responsabilité citoyenne dans la transition écologique » (Juven, 2020)

Le projet est entré, depuis maintenant plus de deux années et l'intégration officielle de l'UFS dans les discours institutionnels, dans une nouvelle phase de concertation avec de nouveaux enjeux associés. Parmi ceux-là, il s'agit de définir une nouvelle méthode pour co-construire avec les habitants les orientations globales et leurs déclinaisons pratiques du projet dans ses multiples articulations avec les secteurs, entité et quartiers environnants. En s'appuyant sur un tissu urbain diversifié alliant économie, logements et équipements culturels, Flaubert s'inscrit dans une logique d'innovation urbaine et place le principe de « responsabilité citoyenne » au cœur de sa dynamique.

« Nous devons envisager de nouvelles manières de solliciter plus intégrée qu'une simple consultation [...] Nous devons engager davantage les participants dans le processus de partage de la décision. On nous parle désormais dans les discours politique d'une sorte de contrat urbain négocié dans la durée » (Directrice de l'Urbanisme et de l'Aménagement, 2022)

Ce nouveau départ, accompagné d'une compréhension plus approfondie du concept UFS, a permis de diagnostiquer le territoire et définir de nouveaux enjeux stratégiques et impératifs démocratiques validés par les élus fin 2020 :

- Inventer de nouvelles manières d'envisager l'action concrète et appliquée en matière d'urbanisme et de participation, en les rendant compatibles avec le projet d'ensemble de Flaubert parce que cette ZAC offre la possibilité d'innovations territoriales, méthodologiques et professionnelles, d'inventivité habitante et de nouvelles formes d'habitabilités potentiellement originales ;
- Expérimenter concrètement l'idée de « donner du pouvoir d'agir » aux citoyens et/ou aux habitants ;
- Eviter les principaux écueils des méthodes « classiques » de la pseudo participation consistant à mettre en place des systèmes d'information et de communication dissymétriques, sans assurer leur pérennité dans le temps, ni la possibilité de suite, de controverses et, au final, de solutions constructives négociées ;
- S'inspirer, autant que possible, de ce qui se fait ailleurs (méthodologie de la pédagogie active, monde de l'entreprise et agilité, milieux créatifs...) ;

- Solliciter de nouvelles idées et propositions adaptées aux spécificités de Flaubert et vérifier l'appétence réelle des acteurs locaux pour des démarches participatives intégrées, des dispositifs de co-construction innovants et de l'expérimentation méthodologique sur cette question.

Les nouvelles ambitions affichées montrent un impact certain de l'urbanisme favorable à la santé sur les politiques publiques et les orientations stratégiques prises par la collectivité.

« A mon sens l'UFS n'invente rien de nouveau; en revanche il permet de formaliser les bonnes pratiques, structurer le discours politique et acculturer les acteurs de l'aménagement » (Directrice de l'Urbanisme et de l'Aménagement, 2022)

Cette évolution nous conforte en quelques sortes dans notre hypothèse qui développe que, de manière générale, les dispositifs de participation citoyenne sont amenés à proposer une nouvelle dynamique afin de pouvoir répondre aux enjeux proposés par l'urbanisme favorable à la santé. L'UFS amène en effet, par une prise de conscience et une acculturation plus forte des décideurs, une refonte de la démarche participative du projet Flaubert et l'affichage d'ambitions bien plus relevées en matière de participation et de co-construction avec les citoyens.

1.2. La création d'un climat de confiance : les « garants » comme engagements de transparence et d'ouverture du processus de pilotage

Un manque de transparence avait également pu être constaté lors d'un bilan de concertation réalisé fin 2019, suite à une première phase de travaux importante.

« Quand j'ai repris le projet, le manque de transparence et la méthodologie de concertation employée a grandement compliqué le suivi de l'opération, pour les citoyens comme pour les acteurs de la Ville. Nous avons pu constater un désintéressement et une sorte d'auto exclusion d'une partie de la population au projet » (Directrice du projet Flaubert)

Suite à ce constat et portée par une démarche UFS, la Ville de Grenoble a conforté les principaux engagements pris dans son guide pratique de la participation citoyenne en matière de transparence, à savoir :

- Conserver une trace de la méthode adoptée pour la communication des réunions et systématiser l'usage d'une liste d'émargement lors des réunions et des ateliers et systématiser la rédaction des comptes rendus d'échange ;

- Etablir le profil des participants fréquemment présents aux réunions afin d'adapter la méthode de concertation pour toucher de nouveaux publics ;
- Etablir un dialogue avec les citoyens en leur donnant la possibilité d'effectuer un retour sur les comptes rendus de réunion. A cet effet, une plateforme dédiée au projet Flaubert, tel un site web, pourrait être créée sur laquelle les habitants pourraient donner leur avis sur les opérations. Elle jouerait ainsi le rôle de vitrine du projet et d'espace d'échange et serait susceptible d'attirer des publics plus jeunes qui ont l'habitude des supports numériques. L'utilisation d'une plateforme numérique permettrait également, au-delà de l'établissement d'un lien permanent, de toucher tous les publics, notamment ceux ne pouvant pas assister aux réunions en raison de leur emploi du temps.

Dans cette logique d'ouverture et de co-construction comme mode de participation, le comité de pilotage du projet Flaubert a souhaité dernièrement placer le citoyen au cœur du processus décisionnel. Cette instance à laquelle nous avons pu participer, rassemble donc, outre les représentants de la ville de Grenoble et les équipes de l'aménageur et du maître d'œuvre, deux citoyens jouant le rôle de "garants". La notion de "garant" est le fruit d'une réflexion nationale et de la création de ce statut par la commission Nationale du Débat Public (CNDP), dont Grenoble, sur ces projets Flaubert et Esplanade, fait objet d'une expérimentation. Selon la CNDP, « le garant a pour rôle l'instauration d'un climat de confiance entre les parties prenantes d'une concertation. Neutre, il est facilitateur et permet d'échanger autour de thématiques qui concernent l'intérêt général. Le garant a pour mission de veiller au respect des principes du débat public, de garantir la qualité de l'information, d'évaluer le processus participatif et d'en rendre compte. »

Le garant, comme son nom le laisse entendre, garanti la concertation, fait en sorte que toutes les conditions soient réunies afin de mettre en place un dialogue utile, loyal et efficace au service de la décision publique. Les garants ont été recrutés parmi un Conseil Citoyen Indépendant sur la base du volontariat après avoir été informés des missions qui leur sont propre, à savoir veiller notamment à :

- La qualité des informations diffusées aux différents acteurs de la co-construction ;
- La mise en œuvre effective des outils requis pour l'information et l'expression du public ;
- Le bon déroulement et du respect de la méthode de co-construction annoncée ;
- La transmission fidèle dans l'instance de pilotage de la parole des différents acteurs de la co-construction ; ce dernier point implique donc que le garant s'engage à ne pas se positionner comme le porte-parole d'un acteur en particulier mais bien le relais de l'ensemble des points de vue exprimés par les citoyens.

Afin de pouvoir remplir pleinement ses missions, le garant doit être actif et présent tout au long du processus. Ceci implique qu'il puisse venir aux différents ateliers, en particulier pour garantir la qualité des comptes-rendus. Il doit également faire preuve de neutralité et doit aussi pouvoir bénéficier de la confiance des autres citoyens qui participent à la démarche. Il est donc essentiel qu'il ne puisse pas apparaître comme défendant la position particulière de l'un des acteurs de la co-construction.

« C'est avec grand intérêt et plaisir qu'il m'a été possible de participer à la plupart des ateliers concernant le projet Flaubert. J'espérais comme chacun de nous, que cette expérience de co-construction, menée dans un esprit écologique, aboutisse à une réalisation novatrice et respectueuse des attentes de la population. L'image et la notoriété de notre Municipalité se joue dans ce grand projet en laissant des traces pérennes et évocatrices pour l'avenir. D'ores et déjà, en tant que témoin du travail effectué en atelier, j'ai apprécié que le processus participatif soit intégré au projet urbain. J'ai retrouvé dans la synthèse présentée, une écoute attentive des préoccupations et des souhaits des habitants » (Lipovetsky, 2021)

Cette intervention de Giselle Lipovetsky, citoyenne garante de la démarche de co-construction lors du dernier comité de pilotage du projet en Décembre 2021, souligne bien l'importance de l'intégration des citoyens au cœur du processus décisionnel ; le gage d'un degré d'influence grandissant mais aussi le gage d'un porte-parole "habitants", indépendant des institutions, qui touche un plus grand nombre de citoyens et peut en ce sens amener une plus grande diversité et inclusion dans les dispositifs de participation.

Grâce à ce dispositif, l'UFS, ou du moins les actions résultantes de cette démarche au sein de la collectivité, proposent plus de transparence en intégrant directement les citoyens au sein du processus décisionnaires. Les citoyens, à ce stade, ont un peu plus de chances de disposer d'un réel pouvoir d'influence sur les politiques publiques en matière d'aménagement. Au sein d'un processus de pilotage que l'on peut considérer comme expérimental, et dans une logique d'apprentissage à la fois des élus, des techniciens et des habitants, l'UFS propose une gouvernance élargie du projet (Fenker, 2015). Enfin, pour reprendre les termes de Zetlaoui-Léger, ce type de dispositif et l'UFS accompagnent dans ce sens une culture démocratique et des modalités de portage politique qui conditionnent le développement de démarches participatives ambitieuses, notamment en matière d'inclusion, et qui favorisent la création d'un climat de confiance (Zetlaoui-Léger, 2017).

L'interprétation de cette observation terrain nous apporte encore une fois une certaine validité de notre hypothèse. Cette démarche d'urbanisme favorable à la santé, dont l'un des principes fondamentaux est la réduction des inégalités sociales, doit se donner l'ambition d'être plus

inclusive en impliquant davantage les personnes vulnérables dans son processus de décision et ses dispositifs de participation. En intégrant des citoyens au cœur de la gouvernance du projet, les objectifs attendus deviennent transparents et clairement posés pour un partenariat citoyen-institution durable et efficace et pour que les « exclus » de la scène démocratique retrouve une confiance en l'institution publique (Blondiaux, 2021).

Se pose tout de même la question de la typologie des citoyens intégrés au processus décisionnel. Dans le cas de l'opération Flaubert, l'une des garantes citée fait partie d'un conseil de citoyen indépendant. Même si ce conseil est organiquement indépendant de l'équipe municipale et des élus, et que le tirage au sort fait partie intégrante de son processus organisationnel, il rassemble des citoyens volontaires. Les personnes vulnérables et exclues de la scène démocratique peuvent l'être généralement tout autant des collègues d'habitants, collègues d'associations et d'acteurs locaux membres des Conseils Citoyens. Cependant, l'UFS en ce sens brise tout de même l'une des barrières institutionnelle et se reconnecte un peu plus à la réalité, aux lieux et personnes objets des dispositifs participatifs. La parole des personnes, notamment celle des personnes vulnérables, a davantage de chance d'être entendue (Blondiaux, 2019).

2. Adapter le processus participatif aux différents profils de population concernés : l'exemple du design inclusif

2.1. Centrer l'objet principal de la co-construction sur la vulnérabilité

Nous l'avons constaté précédemment, le portage politique, challengé par la démarche UFS, est un prérequis à l'intégration des citoyens dans une démarche de co-construction et la possibilité d'une meilleure inclusion au processus de pilotage du projet. Mais quand est-il concrètement du débat en lui-même, des thématiques et objets de la co-construction ? Comment la vulnérabilité est-elle concrètement traité au sein des ateliers de participation ?

Guidée par les ambitions de son Plan Municipal de Santé, dans ce contexte institutionnel et ce nouvel élan participatif depuis 2020, la collectivité a totalement intégré et organisé sa réflexion autour de l'objectif « inclusion ». A ce titre, elle a structuré son processus participatif autour des grands axes de la méthodologie EIS ainsi que sur les principes du processus de design inclusif. Pour rappel, l'EIS permet d'identifier, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, les éléments d'une politique ou d'un projet qui pourraient avoir des effets sur la santé de la population et sur la distribution de ces effets au sein des différents groupes qui la composent (INPES, 2015). Le design inclusif complète cet objectif en proposant, quant à lui, une stratégie visant l'adaptation du projet aux différents profils de population concernés, le tout dans un souci d'inclusion et d'équité.

« Cette approche permet d'identifier finement en amont de la prise de décision les populations vulnérables liées aux projets. Elle permet, par une mise en situation participative, de mieux comprendre la perception de chacun » (Directrice Santé Prévention, 2022)

Elle permet d'engager un dialogue itératif permanent avec l'ensemble des parties prenantes afin de recueillir leur avis sur les questions de santé et éclairer les choix en matière d'aménagement.

Toujours dans le respect de la méthodologie EIS, suite à une première étape de cadrage, des recommandations et priorisations ont donc été formulées et le maître d'ouvrage a segmenté le dialogue en quatre grandes catégories de déterminants de santé correspondant à des échelles et modalités d'intervention différentes. Cette cartographie des déterminants de santé structure la démarche UFS, permet d'adopter une approche holistique de la santé et de hiérarchiser les enjeux selon les singularités de chaque site.

La Ville et son AMO ont réalisé un diagnostic socio-sanitaire et un diagnostic sensible auprès des habitants afin d'en ressortir les déterminants hautement prioritaires pour lesquels un plan d'actions a été établi et pour lesquels les ateliers de co-construction avec les citoyens ont fait l'objet, à savoir :

- La vulnérabilité au changement climatique, notamment les îlots de chaleur urbain ;
- La qualité multi sensorielle des espaces ;
- Le confort et la qualité sanitaire du logement ;
- L'offre de soin de proximité ;
- L'accessibilité et l'inclusivité des espaces publics ;
- La cohésion sociale et socio-économique.

L'objectif par la suite est d'identifier des actions fortes à engager par thématique et secteur opérationnel, et de les soumettre aux citoyens afin de confirmer leur pertinence et les objectifs associés. Centrée « utilisateurs », et à travers une méthodologie majoritairement qualitative, la collectivité a pour ambition de réaliser des démarches participative sur-mesure, en fonction des actions sélectionnées et publics concernés, au plus près de la réalité vécue.



Hiérarchie des enjeux de santé identifiés sur l’opération Flaubert – Source livrable de l’AMO AIA

2.2. Adapter les dispositifs participatifs

Nous l’avons vu, la méthodologie EIS permet notamment de cibler les déterminants prioritaires à traiter et à soumettre au processus participatif. Par la suite, et nous nous contenterons de nous arrêter à l’échelle temporelle de cette nouvelle phase de participation depuis 2020, la forme des ateliers de co-construction est également pensée et organisée dans le but d’inclure les personnes les plus directement concernées par ces « vulnérabilités ».

Afin de faciliter l’implication des enfants dans le processus de participation lié au projet urbain, la collectivité, accompagnée de son AMO, a proposé des séances de la participation

spécifiques conçues comme une série d'activités et documents imprimables selon la pertinence des sujets traités.



Photo d'un atelier de conception réalisé avec les élèves des classes de CM1 et CM2 de l'école Alphonse Daudet –Source ville de Grenoble

Ces photos de l'atelier imaginé pour les enfants des classes de CM1 et CM2 de l'école Alphonse Daudet représentent la création d'une maquette du quartier et services associés ; des analyses et dessins des chemins de chez soi vers l'école, des indications et dessins des lieux et activités préférés des enfants ou encore des exercices individuels d'imagination de la ville de leur rêve sur la base de cartes et iconographies stylisées sont autant d'outils qui peuvent être utilisés.

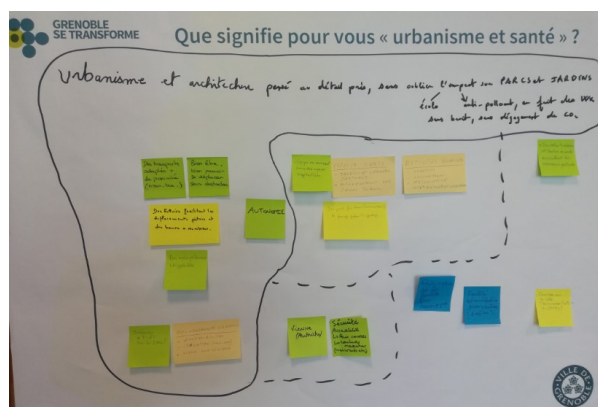
De manière générale, ces ateliers très ludiques et interactifs permettent la création d'espaces ou des moments pour des interactions informelles et favorise l'expression des émotions et donne le temps aux enfants d'exprimer leur vécu, leur ressenti et les tensions rencontrées avec leur territoire (AIA, 2020). Les objectifs recherchés sont les suivants :

- Sensibiliser les enfants vers le développement urbain de Grenoble par la réflexion et la créativité, ce qui doit les rendre plus conscients de ce qui se passe autour d'eux et d'améliorer leur propre capacité de compréhension et d'intervention ;
- Impliquer les enfants mais aussi leur famille ; les activités auxquelles les enfants participent suscitent l'intérêt des parents et entourage proche qui, autrement, ne pourraient ne pas avoir l'occasion d'aborder le processus participatif ;

- Communiquer les résultats, le potentiel de régénération et d'excitation des yeux imaginatifs des enfants, capables d'apporter la fraîcheur et la convivialité à un processus qui pourrait en temps normal être considéré comme complexe.

Aussi, dans le cadre du premier plan d'action de la démarche « Ville Amie Des Aînés » (VADA) créé par l'OMS, Grenoble a récemment accompagné la mise en place de son premier « Conseil des aîné.e.s » et l'a associé comme instance participative du projet Flaubert. Ce conseil dédié aux personnes de plus de cinquante-cinq ans a pour vocation de jouer un rôle sur la scène démocratique et participative grenobloise dans l'animation de la vie sociale locale et dans la valorisation de toute forme de participation sociale informelle. Des membres de l'association DIJ38 (Domicile Inter Générations Isérois) ont également été associés dans cette instance. DIJ38 développe des solidarités nouvelles, intergénérationnelles, interculturelles, des liens de proximité entre les locataires jeunes et sénior dans le même habitat.

L'objectif de cette initiative consiste à renforcer la dimension participative de la démarche UFS, en y associant des habitants en situation de vulnérabilité potentielle, du fait de l'avancée en âge ou de l'un de ses corolaires. La mobilisation des aînés dans le processus de participation de Flaubert a permis un diagnostic plus approfondi du quartier duquel a émané des préconisations d'aménagement à destination du comité de pilotage du projet.



Photos d'un atelier co-organisé avec le Conseil des Aînés

Enfin, des interventions ponctuelles, dans des lieux plus variés, moins traditionnellement fréquentés par les institutions, ont eu lieu afin de touché le plus de publics possible et de sortir du schéma classique enfants / Personnes âgées finalement facilement mobilisables. Le principe de l'action, nommé par la collectivité « Park (ing) day » : l'installation d'espaces conviviaux d'échanges et de débats (un salon en ville, une table, deux chaises, du café...), un dispositif de détournement de l'espaces public qui suscite l'attention et la curiosité. L'aménagement des espaces s'accompagne de panneaux d'information à proximité pour

attirer davantage le passant et informer de la démarche. 2 journées et 4 lieux différents sélectionnés ont pu rassembler 90 participants.



Photo d'un Park (ing) Day dans le secteur Flaubert

Une volonté d'aller-vers est alors observable dans une certaine innovation des dispositifs mis en place par la collectivité. L'analyse du terrain Flaubert nous a montré la possibilité, en tout cas auprès des enfants et personnes âgées, de « créer des processus réel de participation permettant aux individus et collectivités de comprendre leur propre situation, de mieux contrôler les facteurs affectant leur vie, et in fine renforcer la notion de bien-être et de qualité de vie » (Nielson, 2000).

*« Les participants, dans notre cas, représentent certainement des cibles faciles, mais quel que soit la difficulté de leur organisation, ce type de dispositifs reste indispensable dans la prise en compte de la vulnérabilité des personnes »
(Directrice santé prévention de la ville de Grenoble, 2022)*

Flaubert et sa démarche UFS nous ont aussi montré une forme alternative des approches institutionnelles et procédurales de la participation reconnues comme freins à l'inclusion (Mabi, 2013). Les « Park (ing) day » permettent en effet la création d'espaces de discussions et de débat sur le terrain, dans des lieux fréquentés mais au regard des pouvoirs publics insolites, qui permettent une plus grande diversité des publics visés et des interactions souhaitées dans des tiers lieux temporaire de la démocratie participative ouvert à tous (Carrel, 2019).

La thématique vulnérabilité, comme objet de la participation, semble aussi faire partie des invariants pour une prise en compte, même indirecte, des personnes vulnérables dans les démarches participatives. Alors certes, en reprenant les propos de Paquot, nous prenons le risque de retomber dans ce paradoxe dans lequel l'espace de parole ne serait pas directement pris et contrôlé par les personnes vulnérables et dans lequel nous tomberions dans une attitude condescendante et paternaliste. Mais aborder la thématique vulnérabilité, jusqu'alors trop souvent oubliée, quel que soit le public en face, ne serait-ce pas déjà une avancée et une victoire pour l'ouverture et l'inclusion des dispositifs participatifs ?

3. Les « actions habitantes » : expérimenter l'auto organisation citoyenne pour une plus forte inclusion

3.1. Externaliser le processus participatif

Afin de briser une nouvelle barrière institutionnelle, d'évacuer cette logique représentative tant critiquée dans les dispositifs de participation, atténuer la méfiance de la population envers les pouvoirs publics, dans une logique partenariale et d'empowerment, la municipalité a souhaité innover en matière de co-construction et a lancé dans cette dernière phase de concertation le dispositif « Actions habitantes ». Cette démarche "d'aller vers" les nouveaux publics a été engagée afin de recueillir leur parole, leur ressenti à l'égard de leur cadre de vie, et de les impliquer au sein de projets collectifs permettant l'évolution de l'opération Flaubert.

*« Nous assumons clairement d'externaliser une partie du processus participatif. Nous manquons d'idées et n'avons ni le temps ni les moyens de nous investir »
(Directrice du projet Flaubert, 2022)*

Ce laboratoire de la participation fait suite à la volonté politique de la municipalité de s'appuyer sur le tissu associatif local afin d'accompagner l'émergence de groupes d'habitants-acteurs et la réalisation d'actions qu'ils proposent pour le quartier. La ville de Grenoble, avec l'appui de l'aménageur SAGES, a donc lancé un accord cadre de « prestation de services en faveur de l'action habitante au cœur du projet Flaubert » et a retenu comme titulaire du marché le Collectif des usagers de la Bifurk (CUB).

La Bifurk se définit comme une « une pépinière associative et un lieu d'expérimentations culturelles, citoyennes, écologiques et sportives. Cette ancienne usine de fils Télécom mise à disposition par la Ville de Grenoble est ouverte au public lors d'évènements variés, des concerts, des sports de glisse urbaine, des expositions, des ateliers, des spectacles, des arts numériques ou encore des projets d'éco-construction » (Bifurk, 2022). Le CUB est donc administré par les associations de la Bifurk et se compose de :

- « Cultivons nos toits » qui utilise l'alimentation comme vecteur de convivialité ;
- « Big Bang Ballers » qui utilise le sport et les jeux comme vecteur de rencontres interculturelles, de complicité et de vivre-ensemble ;
- « Diapason » qui développe des outils de mutualisation de moyens, de partage de passions, de création d'opportunités et d'accompagnement bienveillant ;
- « Et Pourquoi Pas ? » qui utilise l'activité artistique et les méthodes d'éducation populaire pour faciliter l'élaboration collective, la prise de décision et la réalisation collective d'actions.

3.2. Accompagner et privilégier la prise de parole

Les missions à réaliser par le titulaire sont multiples : il doit être en mesure d'accueillir les nouveaux habitants, faire lien avec le territoire, développer « l'aller-vers » et recueillir la parole des habitants et des salariés du secteur. Plus concrètement, la démarche proposée par le CUB se compose de quatre étapes intimement liées les unes aux autres et qui s'entremêlent constamment. L'étape première, « Le recueil des paroles », est envisagé comme un élément clé de l'action et se déroule tout au long du projet. Le recueil doit être perçu comme un outil qui sert de baromètre à l'action ; il a autant pour fonction de faire émerger les envies que de permettre la co-construction et l'évaluation de l'action. Que ce soit pour donner son point de vue sur le quartier, partager une idée, raconter un bout de son histoire ou simplement discuter, le but est de faire passer son propre message et d'en laisser une trace pour qu'il soit vu et entendu. Ces recueils des paroles et sont réalisés sur des lieux passants et fréquentés par une diversité de personnes ; des lieux moins fréquentés, comme des pieds d'immeuble, afin de toucher des personnes plus isolées, sont également ciblés. Ils s'appuient dans un premier temps sur un thème large, « la vie de quartier » avec la volonté d'interroger l'animation culturelle du quartier à travers le témoignage d'habitants. Avec l'accord du participant, sa parole est ensuite installée aux abords du lieu de recueil, s'ajoutant aux autres, et constituant progressivement une exposition regroupant une diversité de points de vue et favorisant ainsi « l'aller vers ».

Les habitants sont de nouveau réinterrogés, leur parole de nouveau recueillie, toujours dans une démarche évolutive, le projet s'adaptant aux données récoltées et aux moyens nécessaires à leur réalisation. Plusieurs méthodes de recueil sont utilisées pour une meilleure qualité d'expression. Le recueil numérique est par exemple très adapté aux périodes de crise et de post-confinement que nous connaissons. Des méthodes d'éducation populaire, comme celle préconisée par l'association « Et Pourquoi Pas ? », sont également privilégiées. Cette association utilise l'activité artistique pour faciliter l'élaboration collective à partir des envies singulière (« du je au nous ») et ajoute une dimension émotionnelle et esthétique au témoignage.

« Cette forme de communication facilite généralement l'engagement du participant, stimule l'émergence et l'élaboration de la parole, même si celle-ci est généralement « sans voix » sur la scène démocratique » (CUB, 2020)

Les retours et la connaissance grandissante du terrain permettent par la suite de décliner plusieurs sous-thèmes, une idée, et de la discuter au “Café Flaubert”, qui constitue la seconde étape du processus. Le but étant de se retrouver régulièrement dans un cadre convivial, afin de discuter des idées retenues, les inscrire dans une démarche de groupe et organiser leur mise en action.

Intervient ensuite la troisième étape du projet, « Actions habitantes ». Cette étape constitue le cœur du dispositif et la réelle mise en œuvre opérationnelle des projets. Lorsqu'un groupe d'habitants se sent prêt à réaliser son idée, il peut se faire accompagner et des moyens lui sont fournis. Enfin, la dernière étape, “Une trace”, englobe tout l'évènementiel, toutes les animations qui accompagnent l'idée et le projet mis en œuvre. Cette étape doit réunir toutes les conditions propices aux rencontres en valorisant le « faire ensemble ». Il permet de rendre compte du travail effectué, réaliser une trace écrite ou artistique du projet réalisé et créer un évènement festif de clôture mais avant tout de cohésion. L'équipe du CUB s'appuie encore une fois sur des lieux physiques connus et déjà utilisés par les habitants et acteurs du territoire ; des lieux accessibles et accueillants afin de recueillir de la manière la plus informelle la parole ; des lieux identifiables et faciles d'accès qui sont primordiaux dans la démonstration de la puissance des actions habitantes et leur capacité à amener positivement le changement.

Un comité d'habitants est créé pour chaque projet, indépendamment du collectif et du tissu associatif local. Ce comité est composé de chaque personne ayant participé au recueil, mais aussi toute personne qui souhaite s'engager dans la vie du quartier. Les objectifs sont d'une part de pouvoir porter chaque projet collectivement, briser la barrière associative en responsabilisant les habitants et en les engageant dans la mise en œuvre. Mais l'objectif ambitieux et néanmoins essentiel au projet Flaubert, c'est celui de l'inclusion de tous les publics, celui qui conduit au renforcement du pouvoir d'agir des habitants et à une autonomie dans l'organisation et la réalisation de leurs projets. C'est pour cela, qu'à travers ces temps d'échange et ces comités d'habitants, chacun, dont les membres du collectif, peuvent transmettre un maximum d'outils, de retours d'expériences, de réseaux afin que les habitants puissent continuer à s'en saisir une fois le projet terminé.



Photo du café Flaubert – Été 2021 – Source CUB

Les nouvelles dynamiques participatives portées par l'UFS ont amené, comme l'explique Blondiaux (2019), une ouverture à la contradiction et à l'innovation des autorités, un portage politique et des ambitions en matière de participation et de démocratie participative, mais

aussi une acculturation, une contre-expertise, une sorte d'éducation populaire qui permet à la population d'intégrer le savoir technique du projet. « Les citoyens, notamment les catégories populaires et personnes dites vulnérables, ont cette envie de débattre mais ils n'ont pas la méthode [...] Il en va du devoir des collectivités de se donner les moyens et le temps à cette acculturation et d'accompagner l'amélioration de la situation sur l'organisation collective de la population » (Blondiaux, 2019). A travers les « actions habitantes », la collectivité est sortie des sentiers connus et a bousculé les « routines participatives » (Gourgues, 2015). Elle permet de faciliter les contre-pouvoirs et d'armer des mouvements auto-organisés en apportant moyens, méthode et savoir-faire. En effet, l'auto organisation des citoyens ne se fait que très rarement d'elle-même, elle nécessite en effet un accompagnement structuré inscrit dans la durée ; des formes de travail, de structuration, d'organisation et des infrastructures qui rendrait vivante la démocratie participative (Carrel, 2019). Certains détracteurs avanceront que les pouvoirs publics se déchargent de leurs responsabilités et que faute de moyens financiers, ils n'ont cessé d'étouffé les acteurs et corps intermédiaires dédiés initialement à ce rôle d'animation, ne laissant finalement aux citoyens qu'une forme d'expression très directe, parfois violente, avec un refus total de collaboration avec les instances élues et les autorités politiques (Blondiaux, 2019). Mais cet écueil de l'institution publique, bien que réel, ne doit pas empêcher une innovation dans les pratiques que justement les « actions habitantes » peuvent apporter. Sur les bases du concept d'empowerment, faisant référence à « la capacité des personnes à prendre conscience de leur pouvoir, l'assumer, le développer et l'utiliser pour leurs projets de vie [...] des formes de participation peuvent permettre de favoriser par la responsabilisation et l'inclusion l'auto-organisation de la société. » (Bacqué & Biewener, 2015).

Conclusion

A la sortie d'une crise sanitaire majeure, la prise en compte du bien-être des individus et de l'ensemble du vivant dans les projets d'aménagement, semble incontournable et résonne davantage dans les discours politiques et institutionnels. L'échec de l'environnementalisation du développement durable a trop longtemps éclipsé la notion de bien-être et l'urbanisme favorable à la santé, par son ambition de justice sociale, vient redonner une dimension plus humaine à la fabrique urbaine. La crise sanitaire a certainement joué le rôle d'accélératrice dans l'acculturation de l'UFS par les acteurs de l'aménagement, mais sa mise en œuvre opérationnelle implique cependant une certaine innovation institutionnelle et démocratique. L'intégration du bien-être des individus comme objectif prioritaire des projets urbains ne peut s'envisager sans une meilleure inclusion de ces mêmes individus dans le processus de partage de décision, notamment les individus les plus vulnérables, les plus impactés par les inégalités territoriales de santé et souvent les plus éloignés de la scène participative. Ainsi, Les collectivités et maître d'ouvrage de grands projets urbains comprennent peu à peu la nécessité de mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité et l'implication de l'ensemble des parties prenantes pour une meilleure cohésion et une plus grande appropriation collective.

Notre méthodologie de recherche avait pour objectif de questionner les stratégies de participation d'un projet urbain de maîtrise d'ouvrage publique, fer de lance des ambitions de la ville de Grenoble en matière d'urbanisme favorable à la santé, l'éco quartier Flaubert. Sous le prisme de l'inclusion et à travers différentes méthodes de collecte de données, dont des entretiens menés avec des acteurs clés du projet, certaines grandes tendances et pistes d'actions marquent notre travail. Elles semblent en règle générale justifier la nécessité, pour les acteurs de projets urbains, de faire évoluer leur pratique et contre balancer l'expertise citoyenne au sein de la gouvernance du projet (Carrel, 2019).

Nous pouvons notamment avancer que l'inclusion démocratique ne peut se passer d'une acculturation des acteurs du projet et d'un portage politique fort, se déclinant par des engagements de transparence, permettant une ouverture du processus de pilotage et favorisant un climat de confiance avec un plus grand nombre de citoyens. C'est finalement très logiquement, que la transparence du récit politique apparaît comme un principe fondamental qui conditionne la confiance et l'inclusion des populations aux décisions politiques. Attention tout de même à modérer ces résultats. Il est en effet important de souligner que cette étude s'inscrit dans un contexte politique particulier et l'arrivée, depuis maintenant deux mandats, d'une nouvelle majorité écologiste au sein de la municipalité de Grenoble. Cette majorité est loin d'être étrangère aux formes d'innovations sociales et institutionnelles, en apportant régulièrement de nouvelles valeurs éthiques et organisationnelles. Il aurait donc été intéressant de procéder à une étude de cas comparative en s'appuyant sur les bases d'une ou plusieurs collectivités de couleur politique différente et permettant ainsi une analyse

empirique plus objective. De plus, même si la crise sanitaire et ce contexte de distanciation n'ont pas favorisé les échanges directs, ils ont néanmoins fortement contribué à une prise de conscience des autorités politiques. Paradoxalement, la conjoncture peut être considérée comme favorable au développement de nouvelles pratiques et à l'instauration de nouvelles ambitions en matière de démocratie participative. Il est donc important de rester vigilant et de garder un œil attentif aux stratégies participatives du projet sur une échelle de temps plus longue.

Nous pouvons également avancer que diversifier les publics cibles et intégrer les personnes les plus éloignées de la scène démocratique aux processus participatifs ne peut se faire sans une innovation de l'ingénierie territoriale. Innovation que propose partiellement la ville de Grenoble, notamment dans la proposition aux citoyens d'une adaptabilité et d'une flexibilité des dispositifs envisagés. Le décideur prend le temps d'aller chercher les différents publics éloignés pour lesquels il faut faire des efforts supplémentaires en se mettant dans une posture d'écoute. Adapter les conditions de participation semble donc être une condition sine qua non à l'inclusion du plus grand nombre, mais cet objectif n'est atteignable que si les objets de la participation sont priorisés et dessinés autour de la notion de justice sociale. La vulnérabilité doit en effet être acceptée, placée au cœur même des débats et c'est ce qu'apporte en ce sens la combinaison méthodologique très intéressante mise en avant par la collectivité, entre l'évaluation d'impact sur la santé et le design inclusif. Cependant, quelques limites à ces interprétations doivent être apportées. Nous avons en effet été témoin d'une certaine remise en question et d'une adaptabilité de l'institution, mais les populations concernées restent encore trop souvent des cibles dites "faciles". De même, les lieux choisis montrent une volonté d'aller-vers mais reste encore trop éloigné des fragilités et considérations des personnes les plus éloignées du débat.

Enfin, nous avons pu constater à travers l'observation du projet Flaubert, que les pouvoirs publics, en externalisant l'organisation de la participation, permettent de briser les nombreuses barrières institutionnelles et permettent dans un même temps d'abroger l'écueil de la défiance trop souvent exprimé par la population. La collectivité favorise en effet l'inclusion des publics en accompagnant l'auto-organisation des citoyens dans leur acculturation et dans la prise en main de leur projet d'aménagement. Les résultats de notre étude rejoignent alors les propos de L. Blondiaux qui confirment notre hypothèse et qui supposent qu'une démocratie participative inclusive regrouperait les trois facteurs clés de réussite suivant : Qualité de l'ingénierie participative, légitimité et articulation de la participation à la décision, puis ouverture des autorités à la contradiction.

Bibliographie

Aktouf O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations Une introduction à la démarche classique et une critique*. Québec: Les Presses de l'Université du Québec.

Ancil, H. (2010). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour agir*. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec

APUR (2018). *Retrouver une approche urbaine favorable à la santé. Le cas d'étude d'impact sur la santé*. Note n° 132.

https://www.apur.org/sites/default/files/documents/publication/etudes/12p132_urbanisme_favorable_sante.pdf?token=2e4AzMHI

Bacqué, M., Biewener, C. (2015). *L'empowerment, une pratique émancipatrice ?* La Découverte.

Barles, S. (2014). *L'écologie territoriale et les enjeux de la dématérialisation des sociétés: l'apport de l'analyse des flux de matières*. Développement durable et territoires. Économie, géographie, politique, droit, sociologie. <https://journals.openedition.org/developpementdurable/10090#authors>

Barton, H. & Tsourou, C. (2000). *Critères d'une Ville-Santé – Guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*

Berger, M. & Charles, J. (2014). *Persona non grata. Au seuil de la participation*. *Participations*, 9, 5-36. <https://doi.org/10.3917/parti.009.0005>

Blatrix, C. (2012). *Des sciences de la participation : paysage participatif et marché des biens savants en France*. *Quaderni*, 79, 59-80. <https://doi.org/10.4000/quaderni.612>

Blondiaux, L. (2007). *La démocratie participative, sous conditions et malgré tout: Un plaidoyer paradoxal en faveur de l'innovation démocratique*. *Mouvements*, 50, 118-129. <https://doi.org/10.3917/mouv.050.0118>

Blondiaux, L.. (2019). *Comment améliorer la démocratie participative et l'implication citoyenne ?* <https://www.youtube.com/watch?v=0B6WzJo5ST0>

Blondiaux, L. (2021). *La démocratie participative : une réalité mouvante et un mouvement résistible*. *Vie Publique*. <https://www.vie-publique.fr/parole-dexpert/279196-la-democratie-participative-par-loic-blondiaux>

Bonaccorsi, J. et Nonjon, M. (2012). *La participation en kit : l'horizon funèbre de l'idéal participatif*, *Quaderni*, 79 | 2012, 29-44. <https://journals.openedition.org/quaderni/618?lang=en>

Bourdelaïs, P. (2007). *L'échelle pertinente de la santé publique au XIXe siècle : nationale ou municipale ?* *Les Tribunes de la santé*, 14, 45-52. <https://doi.org/10.3917/seve.014.0045>

- Carrel, M. (2019). Comment améliorer la démocratie participative et l'implication citoyenne ? <https://www.youtube.com/watch?v=0B6WzJo5ST0>
- Carrel, M. 2013. Faire participer les habitants ? Citoyenneté et pouvoir d'agir dans les quartiers populaires. Lyon : ENS Éditions. <https://books.openedition.org/enseditions/5236?lang=fr>
- Chevalier, P. (2003) Santé environnementale, fondements et pratiques. Pp. 59-86. Edisem. https://espum.umontreal.ca/fileadmin/espum/documents/DSEST/Environnement_et_sante_publique_Fondements_et_pratiques/09Chap03.pdf
- Choay, F. (1972). Le sens de la ville. Edition du Seuil, Paris
- Cicolella, A. (2010). Santé et Environnement : la 2e révolution de Santé Publique. Santé Publique, 22, 343-351.
- Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2011). Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion. https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_edite_version_numerique.pdf
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Delavergne-FINAL2.pdf
- Déoux, S. (2020). Urbanisme responsable et éthique pour la santé. Livre blanc numérique pour l'architecture et le cadre de vie. https://www.architectes.org/sites/default/files/atoms/files/urbanisme_responsable_et_ethique_pour_la_sante_de_tous_0.pdf
- Dumont, M. (2005). Production du bien-être, renouvellement urbain et développement durable des territoires : l'exemple du GPV Malakoff Pré-Gauchet à Nantes
- Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme (2020). Santé et Territoires. Points FNAU n° 11. https://www.fnau.org/wp-content/uploads/2020/05/bat-sante-et-territoires_extrait.pdf
- Fenker, M. et Zetlaoui-Léger, J. (2017). Les politiques nationales de développement urbain durable en France à l'épreuve des expérimentations locales : le cas des éco quartiers. Politiques et management public. Vol 34/1-2
- Garnier, P. (2015). Une ville pour les enfants : entre ségrégation, réappropriation et participation. Métropolitiques, 10 avril 2015. <https://metropolitiques.eu/Une-ville-pour-les-enfants-entre.html>
- Gaudillière, J.P. (2006). La médecine et les sciences XIXe-XXe siècles
- Gauvin, F.-P. (2013). Développer une stratégie de participation citoyenne en évaluation d'impact sur la santé. Guide pratique. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.
- Gilli, F. (2018). Participation : et si on changeait enfin les règles du jeu ?. Métropolitiques, 19 février 2018. <https://metropolitiques.eu/Participation-et-si-on-changeait-enfin-les-regles-du-jeu.html>

Gourgues, G. (2015). Quand la démocratie bouscule la participation. *Les Cahiers du Développement Social Urbain*, 62, 5-8. <https://doi.org/10.3917/cdsu.062.0005>

Grosdemouge, P. (2015). Participation, empowerment, activation, contribution. *Points de repères*

Harpet, C. (2020). Webinaire Urbanisme et aménagement : quels leviers pour la santé ? <https://www.youtube.com/watch?v=4qXpMYVQR5g>

Harpet, C. et Roué Le Gall, A. (2013). Évolution de la prise en compte de l'environnement et la santé dans le champ de l'urbanisme : nécessité d'une approche intégrée. *Environnement, Risques and Santé*. <https://doi.org/10.3917/dec.bacqu.2015.01>

Jabot, F. & Roué Le Gall, A. (2017). Quelle plus-value de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé pour les politiques urbaines ? *Lien social et Politiques*, (78), 112–131. <https://doi.org/10.7202/1039341ar>

Laffont, G.H. (2015). Adapter les pratiques aux valeurs, adapter les valeurs aux pratiques : compensation et conciliation des habitants du périurbain pour une mobilité durable. *Développement durable et territoires* Vol. 6, n°3. <https://journals.openedition.org/developpementdurable/11057>

Lang, T. (2014). Inégalités sociales de santé. *Les Tribunes de la santé*, 43, 31-38. <https://doi.org/10.3917/seve.043.0031>

Lapassade, G. (2002). Observation participante. Dans : Jacqueline Barus-Michel éd., *Vocabulaire de psychosociologie* (pp. 375-390). Toulouse: Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.barus.2002.01.0375>

Lopes Ribeiro, B. (2018). Qu'est-ce que peut vouloir dire devenir participant ? Quelques réflexions à propos de la participation des personnes vivant la pauvreté. in *GIS Démocratie et Participation, Actes des cinquièmes journées doctorales sur la participation et la démocratie participative*, Tours, 12 et 13 janvier 2018. <https://doi.org/10.35007/gdp.y07k-nm61>

Mabi, C. (2013). Inclusion des publics et matérialité des dispositifs participatifs. *Participations*, 7, 201-213. <https://doi.org/10.3917/parti.007.0199>

Ministères des solidarités et de la santé (2021). *Un environnement, une santé. 4ème Plan National Santé Environnement*

Paquot, T. & Younès, C. (2010). Philosophie de l'environnement et milieux urbains. *La Découverte*. <https://doi.org/10.3917/dec.paquo.2010.01>

Paquot, T. (2021). L'indicateur d'une ville en bonne santé ? La place laissée aux enfants ! *Courrier des Maires*

Rapport du Conseil National des Politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (2011). *Recommandations pour améliorer la participation des personnes en situation de pauvreté et d'exclusion à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques*.

Riot, E. (2020). Le care & repair pour envisager l'avenir du design urbain. *PCA-Stream*. www.pca-stream.com/fr/articles/le-care-and-repair-pour-envisager-l-avenir-urbain-151

Roué-Le Gall, A. (2014), Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts & outils. Guide EHESP/DGS. <https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2014/09/guide-agir-urbanisme-sante-2014-v2-opt.pdf>

Ruth Eaton, R. (2001). Cités idéales, L'utopisme et l'environnement (non) bâti. Fonds Mercator; 1er édition

Seignan, G. (2010). L'hygiène sociale au XIXe siècle : une physiologie morale. Revue historique du XIXème siècle n°40

Shen, X. (2015). L'aménagement durable, un enjeu pour la santé publique : la position de la France dans le monde. Architecture, aménagement de l'espace. Université Paris-Est. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01722983/document>

Spiegel, J. (2017). Conférence « Renouveau de la démocratie participative ? Quel sens lui donner ? ». <https://www.youtube.com/watch?v=asa0Bnzy6SI>

Voisin-Bormuth, C. (2020). La santé dans les villes de demain. La Fabrique de la Cité. Vidéos 06.12.2020. <https://www.lafabriquedelacite.com/publications/la-sante-dans-les-villes-de-demain-chloe-voisin-bormuth-pour-b-smart/>

World Health Organization. (1999). Rapport sur la santé dans le monde : 1999 : Pour un réel changement. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42168>

Zetlaoui-Leger, J. (2005). L'implication des habitants dans des micro-projets urbains : enjeux politiques et propositions pratiques. Les Cahiers de la Cambre. Architecture, La Lettre volée. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01884098>

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien type

Annexe 1 : Grille d'entretien type

Personne interviewée : Nom / Fonction / Organisation

Présentation de l'étude : Sujet / Problématique / Méthodologie

Profil de l'interlocuteur

Objectif : amorcer l'interview et faire connaissance avec l'interlocuteur

- Pourriez-vous préciser votre formation et parcours professionnel ?
- Pourriez-vous présenter de manière synthétique votre fonction ?

Discussion générale sur la démarche Urbanisme Favorable à la Santé

Objectif : comprendre l'état de connaissance et l'implication professionnelle de l'interlocuteur vis-à-vis de la démarche UFS

- Comment définiriez-vous l'urbanisme favorable à la santé ?
 - Relance : quels sont pour vous les principaux enjeux de l'UFS ?
- Vous êtes-vous emparés de cette démarche au sein du projet ?
 - Relance : quels sont les objectifs et modalités organisationnelles associées ?
 - A quel stade en est la démarche ?

Les dispositifs de participations et l'urbanisme favorable à la santé

Objectif : Rentrer dans le détail de la problématique et analyser les dispositifs de participation mis en place dans le projet

- De manière très rapide, comment définiriez-vous la participation citoyenne ?
- Avez-vous engagé une évaluation d'impact sur la santé au sein du projet ?
 - Relance : si oui à quel stade en est-elle ?
 - Relance : rencontrez-vous des difficultés de mise en œuvre ?
- Une démarche de participation a-t-elle engagée durant le projet ?
 - Relance : à quelles étapes du projet ?
- Quels sont les objectifs de cette démarche participative ?
 - Relance : et sont-ils clairement affichés ?
 - Relance : la ou les questions à débattre sont-elles clairement explicitées ?
- Qui est à l'origine des démarches de participation ?
 - Relance : Quel est le degré de participation souhaité ?
- Quels sont les dispositifs et outils utilisés pour collecter la parole des participants
- Comment sont choisis les participants ? (sélection par critères, ouverte à tous, tirage au sort... ?)

- Relance : quel est la typologie des groupes d'individus invités à s'exprimer
- Relance : La question de l'inclusion et de l'intégration des publics dits vulnérables, les plus éloignés de la scène participative, est-elle posée dans le processus de participation ?
 - Si oui quelles sont les réponses apportées au sein du projet ?
- Comment selon vous favoriser la diversité des publics et l'intégration des personnes vulnérables aux processus de participation ?
 - Quels sont les principaux freins à une telle ambition ?
 - Auriez-vous des recommandations ?
 - Des retours d'expériences inspirants ?

Conclusion

Objectif : discuter de manière ouverte de l'UFS et des dispositifs de participation associés

- De manière générale comment voyez-vous évoluer cette démarche UFS au sein des projets d'aménagement ?
- Comment l'UFS impacte la participation citoyenne en générale ?