

Perspectives d'une évaluation d'impact sur la santé en lien avec les critères retenus pour le développement d'un quartier en biens communs : Josaphat Brussels.

Mémoire réalisé par
Bruno Van De putte
Noma : 3274-98-00

Promoteur
Jacques Morel

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique

Perspectives d'une évaluation d'impact sur la santé en lien avec les critères retenus pour le développement d'un quartier en biens communs : Josaphat Brussels.

Mémoire réalisé par
Bruno Van De putte
Noma : 3274-98-00

Promoteur
Jacques Morel

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes vifs remerciements à Monsieur Jacques MOREL, le promoteur de ce mémoire, qui m'a éclairé et conseillé tout au long de la réalisation de ce mémoire. Je le remercie également pour sa grande disponibilité et pour la mise à disposition de nombreux documents.

Ma gratitude va aussi à l'équipe du Service Universitaire de Promotion de la Santé UCL/IRSS-RESO, et plus particulièrement à Monsieur Quentin COLLA, pour sa disponibilité et ses qualités de veille informative.

Par l'entremise du Professeur William D'HOORE, doyen de la faculté de santé publique, je remercie également le corps professoral et les assistant(e)s pour l'énergie déployée afin de transmettre leurs savoirs durant ce cursus au sein de l'Université Catholique de Louvain ; ainsi que les membres du secrétariat de la faculté, pour leur disponibilité à répondre à toutes les questions pratiques.

Ma reconnaissance va à tous les participants interrogés, pour avoir accepté de me consacrer du temps afin de réaliser mes entretiens ; et spécialement à Monsieur Yves MAHIEU, au Commons Josaphat, et au Josaph'air, pour m'avoir donné les moyens de réaliser les interviews dans des endroits adaptés quand cela était possible.

Je remercie mes collègues de travail pour la disponibilité qu'ils m'ont apportée pour la réalisation de ce mémoire.

J'adresse toute ma gratitude à Dany ainsi que toutes les personnes qui, de près ou de loin, m'ont soutenu dans la construction de ce projet.

Je remercie Alejandra pour son écoute, ses conseils et son aide durant toute la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je remercie Adrienne et Yohan, pour l'encouragement et le soutien qu'ils m'ont apporté durant cette longue épopée.

LE PLAGIAT

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

GLOSSAIRE

- AC : Action Collective
- ASPC : Agence de la Santé Publique du Canada
- BC : Biens Communs
- BVS : Bruxelles Ville Santé
- CARA : Centre d'Assistance à la Recherche et à la Formation en Architecture
- CJ : Commons Josaphat
- CLPSCT : Centre de santé de Promotion de la Santé de Charleroi-Thuin
- CLT : Community Land Trust
- CLTB : Community Land Trust Bruxelles
- COBAT : Code Bruxellois d'Aménagement du Territoire
- COCOM : Commission Communautaire Commune
- CRD : Commission Régionale de Développement
- e-RSE : e- Responsabilité Sociétale des Entreprises
- GC : Gestion Collective
- IAIA : International Association for Impact Assessment
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- PAD : Plan d'Aménagement Directeur
- PDU : Projet de Développement Urbain
- PRDD : Plan Régional de Développement Durable
- S2D : Santé et Développement Durable. Genève
- SACOPAR : Santé – Communauté – Participation ASBL
- SAU : Société d'Aménagement Urbain

TABLE DES MATIERES

<u>I. INTRODUCTION GÉNÉRALE</u>	1
<u>II. PARTIE THÉORIQUE</u>	4
<u>1. Introduction</u>	4
<u>2. Les concepts</u>	4
<u>2.1. La santé</u>	4
<u>2.1.1. Définition</u>	4
<u>2.1.2. La promotion de la santé</u>	4
<u>2.1.3. Les déterminants de la santé</u>	5
<u>2.1.4. Les impacts sur la santé</u>	6
<u>2.1.5. La santé et le développement durable</u>	6
<u>2.2. Urbanisme et santé</u>	7
<u>2.2.1. Le concept d'urbanisme et santé</u>	7
<u>2.2.2. Villes-Santé : une vision de l'OMS</u>	9
<u>2.2.3. L'intérêt de l'urbanisme favorable à la santé</u>	9
<u>2.2.4. L'urbanisme participatif</u>	10
<u>2.3. Evaluation d'impact sur la santé (EIS)</u>	11
<u>2.3.1. Définition</u>	11
<u>2.3.2. Propriétés</u>	12
<u>2.3.3. Objectifs</u>	13
<u>2.3.4. Valeurs fondamentales</u>	13
<u>2.3.5. Autres caractéristiques</u>	14
<u>2.3.6. Les apports de l'EIS</u>	14
<u>2.3.7. Les différentes formes de l'EIS</u>	16
<u>2.3.8. Les perspectives</u>	17
<u>2.3.9. Panorama international</u>	18
<u>2.3.10. Elaboration d'une EIS</u>	19
<u>2.4. Les biens communs et les communs selon Commons Josaphat</u>	20
<u>2.4.1. Les biens communs selon la littérature</u>	20
<u>2.4.2. Les communs selon Commons Josaphat</u>	21

2.4.3. Le principe de Community Land Trust	23
2.5. Le contexte	23
2.5.1. Le projet de développement urbain (PDU) : Josaphat Brussels	24
2.5.2. Les acteurs	26
2.5.3. Cadre législatif	29
2.5.4. Bruxelles, Ville-Santé	29
III. PARTIE PRATIQUE	30
1. Méthodologie	30
1.1. Buts de la recherche	30
1.2. Objectifs de la recherche	31
1.3. Question de recherche	31
1.4. La stratégie d'échantillonnage	32
1.5. L'échantillon	32
1.6. La méthode	33
1.7. Outils de recueil de données : Le guide d'entretien	33
1.8. Organisation de la collecte de données	33
1.9. Traitement et analyse des données	33
2. Résultats	33
2.1. Lecture verticale	34
2.1.1. L'environnement bâti et le mode de vie	34
2.1.2. La participation et la gouvernance	38
2.1.3. L'environnement	41
2.2. Lecture transversale	42
2.2.1. Style de vie sain	42
2.2.2. Cohésion sociale	42
2.2.3. Qualité du logement	43
2.2.4. L'accès au travail	44
2.2.5. Accessibilité aux équipements et services	45
2.2.6. Production locale de denrées alimentaires biologiques	45
2.2.7. La sécurité	45
2.2.8. L'égalité	46

<u>2.2.9. Qualité de l'air, de l'eau, des terres, stabilité du climat</u>	47
<u>2.2.10. Conclusion</u>	47
<u>3. Discussion</u>	48
<u>3.1. Réponses aux objectifs de recherche</u>	48
<u>3.1.1. Premier objectif</u>	48
<u>3.1.2. Deuxième objectif</u>	49
<u>3.1.3. Troisième objectif</u>	52
<u>3.2. Limites et biais</u>	57
<u>IV. CONCLUSION ET PERSPECTIVES</u>	59
<u>V. BIBLIOGRAPHIE</u>	63
<u>VI. ANNEXES</u>	70

I. INTRODUCTION GÉNÉRALE

Un mémoire en science de la santé publique défendu en 2016 par Charlotte Mayence posait la question : « *comment aborder la santé, en termes de qualité de vie, au cœur d'un projet de développement d'un quartier, Josaphat Brussels, en biens communs ?* ». Il ressortait de ce travail qu'un quartier développé en biens communs pouvait participer à la qualité de vie de ses habitants. L'auteure mettait en perspective la vérification de cette hypothèse par la mise en place précoce d'une évaluation d'impact sur la santé.

Le terrain de la présente recherche est l'urbanisation d'une friche de 24 hectares en région bruxelloise, sur laquelle un projet immobilier d'envergure est planifié. L'importance de ce projet, la dynamique qu'il suscite, les enjeux qu'il mobilise... offrent un terrain de prédilection pour observer les perspectives d'une évaluation d'impact sur la santé en lien avec les critères retenus pour le développement d'un quartier en biens communs.

L'importance du futur chantier tient à plusieurs critères : sa surface de 24 hectares, le fait qu'il s'agit d'une des dernières friches de ce gabarit en Région Bruxelloise, le nombre d'habitants que cela va concerner (pratiquement 5.000 personnes), et la manière dont il s'inscrira au sein de quartiers anciens. Son importance est renforcée par le contexte de crise du logement (dont les prix ne cessent d'augmenter, diminuant son accessibilité) et par la rentabilisation des espaces de la ville avec une urbanisation toujours plus importante.

La réalité des inégalités sociales traverse largement la question de l'accès au logement, au-delà de la composition démographique des quartiers. Elle conditionne notamment par ses paramètres, la santé et la qualité de vie. La promotion de la santé s'interroge légitimement sur les liens à construire avec les recherches de nouvelles façons d'habiter la ville.

Le lien entre l'urbanisme et la santé a été documenté par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2000, à l'occasion desquels Hugh Barton remarquait que « *l'urbanisme favorable à la santé n'est pas seulement une série de constructions... mais que celui-ci peut être considéré comme un organisme vivant...dont l'état de santé est intimement lié à celui des habitants* ».

Ce concept d'un urbanisme favorable à la santé consiste à « *promouvoir des choix d'aménagements et d'urbanisme qui permettent de réduire les nuisances, de promouvoir des comportements favorables à la santé, de contribuer à modifier l'environnement social afin de favoriser la cohésion sociale et le bien-être des habitants* » (Roué-Le Gall, 2014). Il implique des aménagements qui tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en

respectant le développement durable, et porte également les valeurs d'égalité, de coopération intersectorielle et de participation, valeurs clefs de la politique de l'OMS « *la santé pour tous* ».

Mobilisés par l'importance de l'espace à mettre en chantier, l'espoir de traduire des préoccupations d'un urbanisme à visage humain ou d'expérimenter des modèles innovants d'habitats, plusieurs collectifs sont présents sur la friche, ainsi que des riverains, des citoyens, des associations, des experts ou encore des usagers temporaires, souhaitent tous participer au processus de conception et de gestion de ce nouveau quartier « *au-delà de la simple enquête publique ou de l'extériorité critique* » (Commons Josaphat, 2015).

Lors d'un travail communautaire initié en 2013, ce collectif a rédigé une charte pour la réalisation d'un quartier en biens communs traitant des domaines de tels que la gouvernance, l'habitat, la mobilité, d'écologie urbaine. Adoptée en 2015, elle anime la réflexion et la modélisation de la proposition échangée à titre exemplatif avec les pouvoirs publics en 2017.

Un projet urbanistique de cette envergure aura à l'évidence des conséquences potentielles sur la santé et le bien-être des habitants et riverains.

Mon questionnement s'est enrichi avec le cours du professeur J. Simos de l'université de Genève, donné à la Faculté de Santé Publique en mars 2017, qui traitait de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) réalisée pour différents projets urbanistiques au niveau international : une démarche prospective dont l'objectif est l'appréciation des effets potentiels d'une politique ou d'un projet sur la santé associant les parties prenantes en favorisant la participation de la population en vue de réduire les inégalités de santé (INPES, 2015).

Après réflexion, discussion et lecture de différentes ressources sur ces concepts, la question de recherche s'est construite au fur et à mesure sur le modèle de « l'entonnoir ». La recherche vise à explorer les interactions entre les caractéristiques d'un quartier développé en biens communs telles qu'énoncées dans la charte et les travaux du Commons Josaphat, et les objectifs d'un urbanisme favorable à la santé formulé par l'OMS, tout en appréciant l'intérêt et les perspectives d'une évaluation d'impact sur la santé dans le cadre du projet de développement urbain Josaphat Brussels.

Il en résulte la question de recherche suivante : « dans la perspective de l'utilisation d'une évaluation d'impact sur la santé, jusqu'où les critères retenus pour le développement de la friche en un quartier en bien commun sont susceptibles de soutenir un urbanisme favorable à la santé des futurs habitants ? ».

Afin de développer cette recherche, j'entamerai le présent travail par une partie théorique qui traitera des différents concepts relevant de la promotion de la santé, de l'urbanisme favorable à la santé, de l'évaluation d'impact sur la santé, des Communs et des biens communs, du contexte relatif à l'étude. Celui-ci présentera le projet de développement urbain à Josaphat ainsi que les différents acteurs. De plus, la contrainte du contexte législatif analysé sous l'angle du Code Bruxellois de l'Aménagement du Territoire (COBAT) sera évoquée. Finalement, le concept de Villes-santé selon l'OMS, auquel adhère la Région de Bruxelles-Capitale sera expliqué.

Ensuite, la partie pratique présentera la méthodologie de la recherche ; elle contiendra le processus réflexif, les buts et objectifs de la recherche, la question de recherche, et la stratégie d'échantillonnage ; et aussi du choix de la méthode, de la récolte et de l'analyse des données. Les résultats de la démarche seront présentés, et une discussion s'ensuivra concernant leur interprétation. Les limites et les biais de l'étude seront précisés. Quelques recommandations et perspectives alimenteront enfin une conclusion générale.

II. PARTIE THÉORIQUE

1. Introduction

Pour dresser un cadre référentiel et réflexif à ce travail, il est nécessaire d'aborder les concepts essentiels qui sont liés à cette étude. Il sera question de définir le concept de santé, de cerner le lien unissant l'urbanisme et la santé, d'apporter un éclairage conséquent sur l'évaluation d'impact sur la santé, de préciser les termes de communs, des biens communs et de Community Land Trust.

Ce cadre théorique permettra d'introduire le cadre pratique de cette recherche.

2. Les concepts

2.1. La santé

2.1.1. Définition

L'OMS définit la santé, dans sa constitution de 1946, comme étant « *un état complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé que l'individu est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* » (OMS, 1946).

Sa conférence d'Alma Ata en 1978 met en avant l'accessibilité aux soins et la réduction des inégalités dans le domaine de la santé par la proximité des soins primaires avec les lieux de vie et de travail de la population (OMS, 1978).

Sa charte d'Ottawa (1986) précise, dans un paradigme renouvelé, que la santé doit s'envisager comme « *une ressource de la vie quotidienne, et non comme but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles...* » (OMS, 1986).

2.1.2. La promotion de la santé

La charte d'Ottawa définit la promotion de la santé comme « *un processus permettant aux populations l'acquisition de moyens pour un meilleur contrôle sur leur santé et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986). Elle propose 5 stratégies d'action (SACOPAR, CLPSCT, 2013) :

- L'élaboration de politiques favorables à la santé,
- Le développement des aptitudes personnelles,
- Le renforcement de l'action communautaire,
- L'existence de milieux favorables à la santé, et
- La réorientation des services de santé.

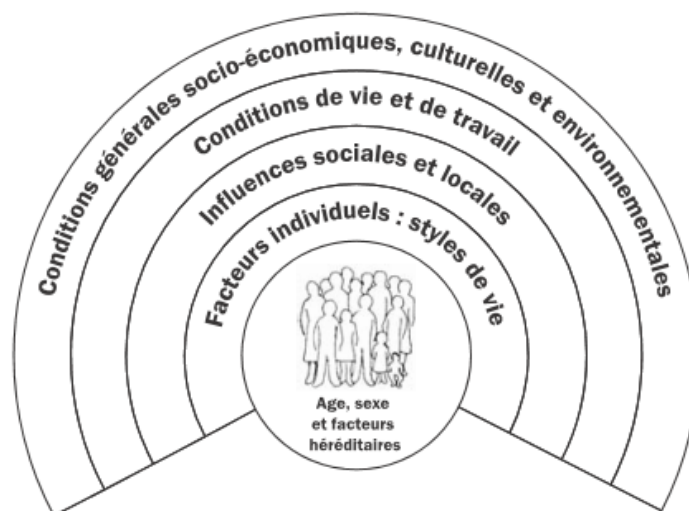
Le SEPSAC l'a caractérisée en 2013 par :

- Une approche globale,
- Une action sur les déterminants de la santé, et
- Un travail en intersectorialité.

2.1.3. Les déterminants de la santé

Les connaissances acquises dans le domaine de la santé ont démontré qu'un bon état de santé et de bien-être ne dépend pas uniquement de facteurs génétiques, biologiques ou comportementaux, mais surtout de facteurs environnementaux et des conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les populations concernées (INPES, 2015). L'exposé au cours rappelait combien de grandes avancées ont été réalisées lors de l'assainissement des villes (égouttage, eau courante, amélioration du logement) (UCL, COURS WFSP 2220, 2017). Ces facteurs ont contribué, et continuent à contribuer aujourd'hui, à une amélioration majeure de la santé des populations.

Les déterminants de la santé sont d'ordres personnels, sociaux, socio-économiques, culturels, environnementaux. Le modèle élaboré par Whitehead et Dahlgren (1991) identifie les facteurs qui déterminent la santé et les catégorise sur quatre niveaux d'influences.



D'après Whitehead & Dahlgren (1991)

WHITEHEAD, M. & DAHLGREN, G. (1991).

Au centre du graphique, on trouve des facteurs que l'on ne peut influencer comme l'âge, le sexe et le capital génétique.

Un premier niveau concerne le style de vie qui est influencé par la qualité des relations entre amis et par la collectivité. Cela touche également à l'environnement physique modelé par les décisions urbanistiques comme la présence de pistes cyclables de qualité et la disponibilité

d'espaces publics.

Un second niveau concerne les influences sociales et locales, définissant le soutien mutuel apporté à l'individu en cas de situation de vie défavorable. L'urbanisme peut-être un facilitateur des réseaux sociaux. Les réseaux locaux de solidarités sont favorisés par la présence d'activités communes et de lieux de rencontre comme les écoles ainsi que les rues sûres et conviviales.

Un troisième niveau concerne le logement, les conditions de travail et l'accès aux services et aux équipements. La politique d'aménagement directement et de façon diversifiée la santé des individus. Cela concerne la qualité du logement, l'accessibilité à l'emploi, l'accès aux services permettant ainsi d'aider à la réduction des problèmes d'exclusions sociales.

Un quatrième niveau concerne les facteurs macro influençant la société dans son ensemble comme les conditions socio-économiques, culturelles et environnementales.

Selon l'INPES, la santé *« nécessite que les personnes disposent d'un revenu, aient accès à l'éducation, puissent exercer un contrôle sur leur vie et que leurs besoins et leurs droits soient soutenus par des systèmes et politiques. C'est l'ensemble de ces éléments qui favorisent et contribuent à l'amélioration de leur santé, de leur bien-être et de leur qualité de vie »* (INPES, 2015). Dans ces conditions, elle est une ressource, et un processus dynamique et global.

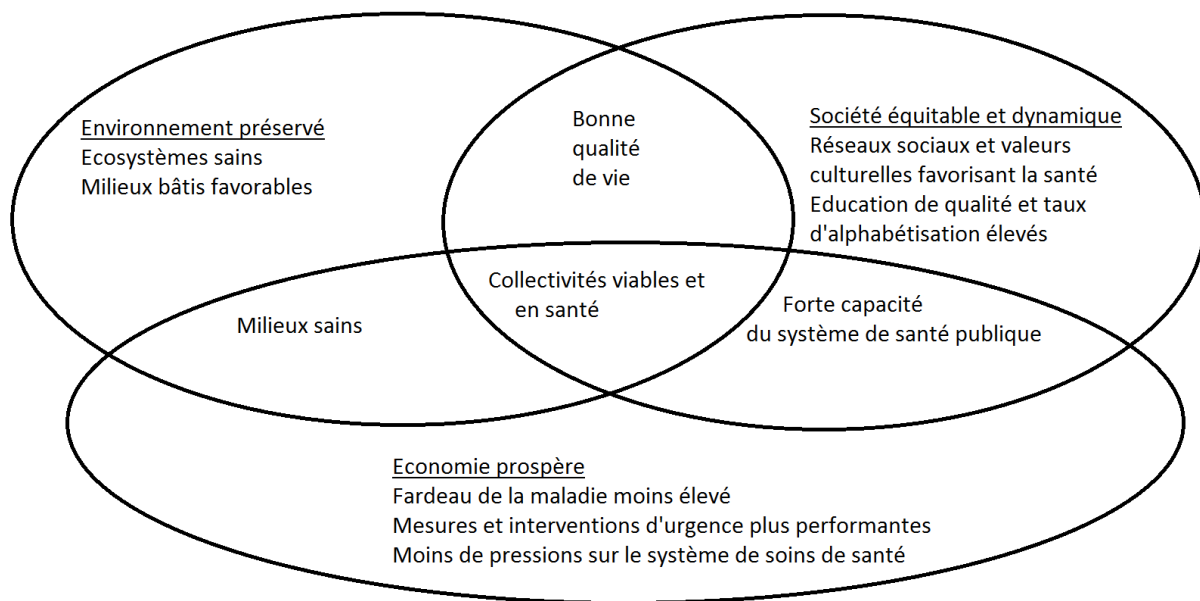
2.1.4. Les impacts sur la santé

Opérant une avancée opérationnelle entre déterminants et effets sur la santé, le consensus de Göteborg définit les impacts sur la santé comme *« les effets directs ou indirects d'une politique, d'une démarche, d'un programme ou d'un projet sur la santé d'une population. Il peut s'agir des effets directs sur la santé d'une population et aussi des effets plus indirects à partir des facteurs intermédiaires ayant une influence sur les déterminants de la santé de la population. De tels impacts peuvent être ressentis immédiatement à court et long terme »* (OMS, 1999).

2.1.5. La santé et le développement durable

Le concept de développement durable s'est construit parallèlement à celui de promotion de la santé, particulièrement à partir de la conférence de Rio et à une sensibilisation internationale aux inégalités nord-sud en matières économiques, sociales et environnementales.

Les objectifs du développement durable sont une société solidaire, une économie performante, et un environnement préservé permettant ainsi au développement des conditions nécessaires à la santé d'une population (ASPC, 2007).



Stratégie de développement durable 2007-2010 ; démarche de développement durable dans la santé publique (ASPC, 2007).

2.2. Urbanisme et santé

2.2.1. Le concept d'urbanisme et santé

L'urbanisme et la santé sont liés historiquement (Duhl & Sanchez, 1999). Les problèmes qui surviennent dans les villes sont les conséquences d'un environnement défavorable et de conditions de logement précaires, de la pauvreté, des inégalités (en particulier les inégalités sociales), d'un manque de cohésion sociale et d'un manque d'accès aux emplois. L'urbanisme agit sur les environnements sociaux, physiques et économiques, et sur la façon dont fonctionne la ville (Barton & Tsourou, 2000).

L'urbanisme favorable à la santé, dans la logique des stratégies de promotion de la santé, est un concept qui consiste à promouvoir des choix d'aménagements et d'urbanisme (Roué-Le Gall, 2014) qui permettent : de réduire les polluants, nuisances et autres agents délétères, de promouvoir des comportements favorables à la santé des individus (activités physiques et alimentation), de contribuer à modifier l'environnement social afin de favoriser la cohésion sociale et le bien-être des habitants dans l'espace public, de corriger les inégalités de santé entre les différents groupes socio-économiques à l'échelle d'un territoire, de soulever et gérer les antagonismes et les synergies entre les différentes politiques publiques (habitat, espaces verts, déplacements), de mettre en place des stratégies favorisant l'intersectorialité et l'implication de l'ensemble des parties prenantes, et enfin de penser un projet adaptable tenant compte de l'évolution des modes de vie et des comportements.

Selon H. Barton (2000) « *l'urbanisme favorable à la santé implique des aménagements qui*

tendent à promouvoir la santé et le bien-être des populations tout en respectant [...] le développement durable. Il porte également les valeurs d'égalité, de coopération intersectorielle et de participation, valeurs clés de la politique de l'OMS "la santé pour tous" ».



Les déterminants de la santé impactés par l'aménagement des territoires (adapté de Barton & Grant par Trémbly)

Réseau français des Villes- santé de l'OMS, le point villes-santé sur urbanisme et santé – quel rôle pour les collectivités locales ? Mai 2016.

Le cadre d'analyse proposé par Barton et Grant (2006) est une représentation graphique des déterminants de santé au travers du prisme de l'aménagement du territoire, inspirée du modèle des déterminants de santé de Whitehead & Dahlgren (1991) et de la théorie des écosystèmes urbains. Il permet de visualiser l'ensemble des déterminants de santé pertinents au regard de l'aménagement du territoire, et a l'avantage d'établir un cadre commun pour identifier les leviers sur lesquels chaque acteur est susceptible de pouvoir agir (Roué-Le Gall, 2014).

2.2.2. Villes-Santé : une vision de l'OMS

Ce concept, liant urbanisme et santé, a été initié par le programme Européen des Villes-Santé, depuis les travaux de Barton pour l'OMS en 2000 (Héritage, 2016).

Selon le site de Réseau français des Villes-Santé de l'OMS (2018), ce mouvement a été créé par le bureau européen de l'OMS à Copenhague après le colloque et l'élaboration de la charte d'Ottawa en 1986 ; il applique donc ce concept liant urbanisme et santé en Europe.

Ce réseau réunit aujourd'hui quelques 1.300 villes et villages à travers le monde. Le récent congrès de Shanghai (novembre 2016) a été l'occasion d'une déclaration des maires de telles villes, afin d'en rappeler les objectifs et l'intérêt d'un tel réseau. Le même site définit une Ville-santé comme *« une ville qui améliore constamment la qualité de son environnement, favorise le développement d'une communauté solidaire participant à la vie de la ville, agit en faveur de la santé de tous et réduit les inégalités, développe une économie diversifiée et innovante, donne à chacun les moyens d'avoir accès à la culture et de réaliser son potentiel de créativité. »* (Réseau français des Villes-Santé de l'OMS, 2018).

Les principes qui régissent ce modèle sont : la justice en vue d'agir sur les inégalités de santé ; la participation et l'empowerment, afin d'assurer le respect du droit à participer à la prise de décision concernant la santé ainsi que de donner aux individus les moyens de renforcer leur pouvoir et de devenir autonomes ; le partenariat en vue d'amener un travail en intersectorialité ; la solidarité afin de renforcer les liens sociaux ; et le développement durable afin d'assurer un développement économique, sociale et environnementale pour répondre aux besoins présents et à venir.

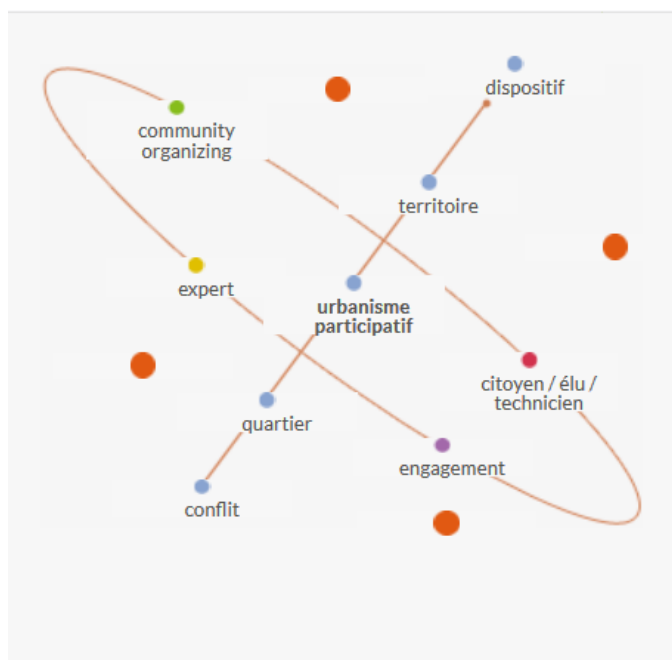
2.2.3. L'intérêt de l'urbanisme favorable à la santé

Un urbanisme favorable à la santé permet d'identifier les leviers susceptibles d'agir sur la santé, à une échelle locale, en vue de réaliser un urbanisme propice à la santé et au bien-être des populations. Une approche par les déterminants de la santé, par un cadre réglementaire évolutif et par la démarche d'évaluation d'impact sur la santé permet un rapprochement entre l'urbanisme et la santé (Héritage, 2016).

Les travaux de Barton et Tsourou ont abouti à la publication d'un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants, relayé par l'Association S2D (Santé et Développement Durable Genève), qui décline 12 objectifs permettant de cerner le rapport entre l'urbanisme et la santé, et d'inscrire positivement la santé dans les préoccupations des urbanistes. Ce sont : un style de vie sain, la cohésion sociale, la qualité de logement, l'accès au travail, l'accessibilité aux équipements et services, la production locale de denrées alimentaires

biologiques, la sécurité, l'égalité, la qualité de l'air, la qualité de l'eau et des équipements sanitaires, la qualité des terres et ressources minérales, et la stabilité du climat.

2.2.4. L'urbanisme participatif



Urbanisme participatif selon J. ZETLAOUI-LEGER (2013)

L'urbanisme participatif est défini comme « *une démarche de fabrication ou d'aménagement d'espaces habités donnant lieu à un partage (coproduction, codécision) voire à un transfert de responsabilité (autopromotion, autogestion) vis-à-vis d'habitants spontanément mobilisés ou largement sollicités* » ; il se construit sur des principes d'argumentation, d'inclusion du public, d'équité, de transparence, de publicité et de permanence de la démarche tout au long de l'élaboration du projet (Zetlaoui-Léger, 2013).

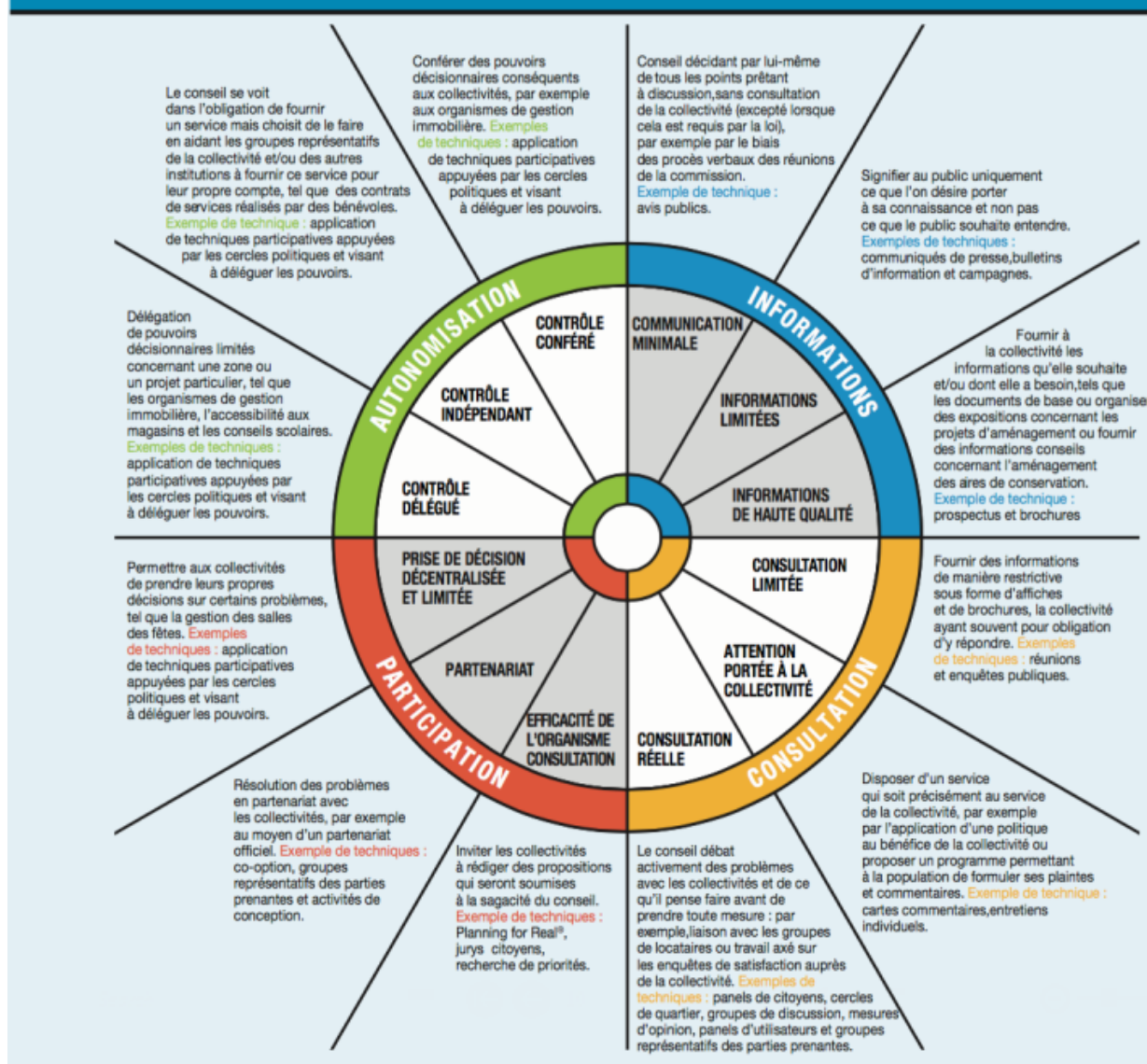
Au travers des concepts évoqués plus haut, la question de la participation est posée ; elle traverse la promotion de la santé, les modalités d'application du développement durable (Agenda 21, par exemple), les recommandations des ateliers Villes-santé et les principes d'action du bien commun.

Les échelles de participation justifieraient largement leur usage dans ces différents cadres de référence ; ceci montre aussi combien cette notion est centrale, mais présente une grande variabilité en termes de finalité et de modalités d'application.

La participation peut être définie comme « *l'implication des personnes concernées dans l'identification des problèmes et des besoins ainsi que dans l'exécution et l'évaluation des actions; elle se caractérise par plusieurs éléments probants, comme la diversité des acteurs concernés (citoyens, acteurs sociaux, entités publiques), l'objet de la participation, et*

l'intensité de l'implication » (Bantuelle et al., 2000). C'est un « *processus par lequel les gens sont capables de devenir impliqués activement et véritablement dans la définition des problèmes qui les concernent* » (OMS, 2002).

SCHÉMA 5 – LA ROUE DE LA PARTICIPATION (Davidson, 1998)



2.3. Evaluation d'impact sur la santé (EIS)

2.3.1. Définition

L'OMS définit l'Evaluation d'Impact sur la Santé (EIS) 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. Il s'agit d'un processus multidisciplinaire structuré par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé* » (OMS, 1999).

Différentes définitions de l'EIS ont été recensées (Jabot & Le Gall, 2017). Alors que l'International Association for Impact Assessment (IAIA) met l'accent sur la production de recommandations et son implémentation dans un plan d'action (Quigley et al, 2006), elle est aussi vue comme un processus de dialogue entre les parties prenantes en vue de développer une compréhension et une imagination communes des effets possibles du projet sur la santé et sur les inégalités de santé (Elliot & William, 2004).

L'EIS est une démarche permettant, à l'aide d'informations scientifiques et contextuelles, de mettre en évidence et d'apprécier les impacts consécutifs à une politique menée dans un domaine déterminé. Elle vise à anticiper les effets (positifs et négatifs) d'une politique sur la santé de la population et sur leur distribution au sein des différents groupes qui la composent. Elle s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé incluant la réduction des inégalités de santé (INPES, 2015).

2.3.2. Propriétés

Selon l'INPES et J. SIMOS, se basant sur le document Improving Health in the USA (2011), la démarche de l'EIS comporte différentes caractéristiques :

- L'appréciation prospective des effets potentiels d'une politique, d'un projet sur la santé. Il faut comprendre ici que l'EIS, pour être pleinement utile, doit être conclue et communiquée avant la prise de décision. Elle s'intercale entre la mise à l'agenda du projet (évaluation du besoin d'un programme d'intervention) et la programmation (évaluation du concept et du design du programme), et caractérise les effets sur la santé selon leur nature, sens, intensité, distribution, durée, et probabilité d'apparition.
- Sa démarche associe les parties prenantes en favorisant la participation de la population.
- Elle favorise une approche la réduction des inégalités de santé.
- Elle est systématique et combine les méthodes qualitatives et quantitatives.
- C'est un « outil » de la promotion de la santé.
- C'est une aide à la décision, qui contribue à un processus décisionnel.
- Elle décrit avec un minimum d'informations l'état de santé des populations qui seront affectées par le projet de décision.
- Elle utilise les meilleures données probantes pour analyser les effets sur la santé et leur distribution, ainsi que les opinions des parties prenantes.
- Elle recommande dans un processus de décision des actions à réaliser pour protéger et promouvoir la santé et réduire les inégalités de santé.

2.3.3. Objectifs

Les EIS ont pour but de mesurer les effets d'un projet, d'un programme ou d'une politique, d'aider le décideur à faire des choix en s'appuyant sur des éléments scientifiquement vérifiés (Tollec, 2011). Son objectif majeur est d'informer les décideurs afin d'influencer la prise de décision. Elle permet de considérer les impacts potentiels sur la santé d'un projet sur différents groupes de population, avant la réalisation de celui-ci. L'EIS amène des solutions afin de minimiser les effets négatifs du projet et d'en maximiser les effets positifs pouvant ainsi ventiler les impacts de façon plus équitables dans la population (Doyle et al., 2003 ; Health Council, 2001 ; OMS, 2005 ; Public Health Institute of Scotland, 2006).

2.3.4. Valeurs fondamentales

Les valeurs fondamentales de l'EIS ont été définies lors du consensus de Göteborg (Consensus de Göteborg, OMS, 1999) et se composent comme suit :

- Le principe de démocratie, qui affirme le droit des citoyens à participer à l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre des politiques qui influencent le cours de leur vie (INPES 2015), et sous-tend la dimension de la participation comprise comme « *l'implication active de toutes les parties concernées* » (Elliot & William, 2004).
- Les parties prenantes de l'EIS, qui sont définies comme toutes les personnes préoccupées, intéressées ou potentiellement affectées par le projet sujet de l'EIS (INPES 2015). Elles sont nombreuses : responsable de projet, le décideur, le financier, la population affectée, les associations et les groupes de pressions, les évaluateurs. La notion de participation doit permettre de comprendre la nature de l'association des acteurs au processus et à la prise de décision. Il s'agit d'intégrer tous les acteurs dans le processus. Cette démarche est délicate car elle pose des questions quant à la légitimité, la représentativité, et les modalités de mise en œuvre (Elliot & William, (2008); Kemm, (2013); Mahoney et al., (2007); Parry & Wright, (2003); Wismar, (2007)).
- Le principe de justice sociale, qui : permet d'intégrer dans l'EIS une attention particulière à la répartition des impacts au sein de la population en fonction des caractéristiques liées à l'âge, au genre, aux conditions socio-économiques..., et consiste à repérer les groupes fragiles (enfants, personnes socialement défavorisées, personnes âgées) et à proposer des solutions alternatives, en vue de ne pas fragiliser plus cette frange de la population et de veiller à ce que le projet leur soit tout aussi profitable qu'aux autres. Il s'agit de travailler sur la réduction des inégalités sociales.
- Le principe de développement durable, qui : tient compte des effets socio-

économiques et environnementaux, des politiques, à court et à long terme (INPES, 2015). L'étude des effets du projet porte sur les thématiques de la préservation des ressources naturelles, du changement climatique et également sur le domaine économique (Jabot & Le Gall, 2017). Il peut être compliqué à gérer, dans la mesure où les effets peuvent varier sur le long terme (bénéficier à la génération actuelle mais coûter aux générations futures, ou inversement) (Kemm, 2013).

- Le principe de l'aspect éthique des données probantes, qui rappelle l'importance de la rigueur et de la neutralité dans la collecte et le traitement de l'information (INPES, 2015). Plusieurs auteurs (Jabot & Le Gall, 2017 ; Kemm, 2013) soulignent qu'il faut différencier les enjeux éthiques du décideur et de l'évaluateur (le premier a la responsabilité de ses choix, le second celle de produire des données permettant d'informer le décideur de manière impartiale), ce qui peut faire débat dans la mesure où le devoir d'impartialité est en concurrence avec la fonction de plaidoyer, revendiquée par l'EIS.

2.3.5. Autres caractéristiques

D'autres qualificatifs, moins fondamentaux, s'attachent à l'EIS :

- La transversalité. Elle est notable car elle s'applique aussi bien à des projets qu'à une politique au stade de la conception, de façon prospective. Elle concerne tous les secteurs d'activité comme la mobilité, le logement, l'éducation, l'aménagement du territoire et bien d'autres (INPES 2015).
- La transparence (INPES, 2015), qui garantit à tous les acteurs l'accès égal à l'information durant la démarche. Il en va de même pour la transparence du processus décisionnel pour les parties prenantes.
- La démarche intersectorielle (INPES 2015) : comme l'EIS s'inscrit dans une vision globale de la santé, elle permet de travailler avec d'autres secteurs que la santé comme l'urbanisme, le sociale, l'écologie, la jeunesse, la mobilité...
- Le transfert de connaissances, qui s'opère auprès des acteurs impliqués en vue d'une sensibilisation et d'une information relative aux concepts de promotion de la santé, de déterminants de la santé, de conception globale de la santé.
- La prise en compte des déterminants de la santé, susceptibles d'être modifiés positivement ou négativement par le projet (INPES, 2015).

2.3.6. Les apports de l'EIS

L'EIS apporte des bénéfices plus ou moins immédiats, et une valeur ajoutée à l'action plus large à laquelle elle participe. Parmi les bénéfices (INPES 2015; Diallo, 2016), notons :

- Le support éclairé à la décision, en tenant compte des données probantes et de l'expérience des parties prenantes, qui met en évidence des solutions propices à la santé et/ou qui réduisent le risque d'effet négatif sur les groupes à risque.
- L'inclusion des parties dans le processus de décision, améliorant ainsi leur légitimité.
- Le développement de la démocratie locale, par l'adhésion des parties au processus.
- Une plus grande ouverture du processus décisionnel.
- Une synergie améliorée (au niveau des échanges, de la compréhension et de la confiance) entre les décideurs, la population et les secteurs impliqués.
- Un appui à l'adaptation des politiques publiques favorables à la santé.
- L'émergence et le partages des enjeux de développement durable ou des questions sociales, économiques, et environnementales.
- La prévention des conséquences négatives sur la santé.
- L'intégration des connaissances spécifiques de la population.
- La participation à la réduction des inégalités sociales de santé.
- L'augmentation des connaissances et des compétences en santé (les décideurs peuvent disposer de plus d'informations au sujet des conséquences sur la santé).
- L'amélioration de la coopération entre les différents services.
- L'amélioration de la compréhension des enjeux de santé au sein de la communauté et des décideurs.
- Des bénéfices économiques à long terme par l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.
- L'augmentation de l'efficacité de la promotion de la santé en promouvant des politiques favorables à la santé.

L'EIS crée également de la valeur ajoutée (Plateforme Suisse, 2010) à différents niveaux :

- Elle permet d'optimiser le projet par anticipation des problèmes de santé.
- Elle aide à la décision élaborée à partir d'une argumentation scientifique, par un renforcement de la légitimité des parties prenantes, par un examen systématique de la situation et par l'apport de réponses pragmatiques.
- Elle améliore la qualité du dialogue par la possibilité d'amener un dialogue raisonné et constructif, qui permet un travail en transversalité et en collégialité.
- Elle systématise les questions au moment opportun dans une structure précise et scientifiquement validée.
- Elle peut être un outil de médiation entre les acteurs (bien que la littérature ne le mette

pas en évidence).

2.3.7. Les différentes formes de l'EIS

Les EIS peuvent prendre plusieurs formes (Jabot & Le Gall, 2017) qui déterminent sa mise en oeuvre, selon l'objet étudié (politiques, projets, lois...), le contexte administratif et juridique, les buts poursuivis, les méthodes utilisées et la culture des évaluateurs (Harris-Roxas & Harris, 2011).

On peut les regrouper selon les finalités poursuivies, selon la nature de la participation, selon la durée et la profondeur de l'analyse, ou encore selon les enjeux et moyens.

Quatre groupes en fonction des finalités (Harris-Roxas & Harris, 2011) :

- Les EIS réglementaires, qui sont réalisées lorsqu'une obligation réglementaire l'impose, principalement dans le cadre de la protection l'environnement en privilégiant la recherche scientifique au détriment de l'expérience de la population.
- Les EIS d'aide à la décision, qui favorisent plus l'implication des parties prenantes et sont des lieux d'apprentissage. La construction et le renforcement de partenariat entre les différents secteurs sont les plus-values qu'elles amènent.
- Les EIS de type plaidoyer sont entreprises par des groupes qui ne sont ni décideurs, ni responsables de projet. Elles sont utilisées dans l'objectif de prise en considération de certaines problématiques de santé dans un projet.
- Les EIS conduites par la communauté relèvent plus d'une démarche politique et engagée que d'un processus technocratique. Elles visent à prendre en compte les problèmes des populations en lien avec la santé et à engager un dialogue avec les décideurs, et sont relativement rares.

Quatre groupes (Jabot & Le Gall, 2017; Mahoney et al., 2007) aussi, selon la nature de la participation :

- L'EIS non participative n'implique pas le citoyen, l'évaluation étant basée sur des données de la littérature. Elle se caractérise par une insuffisance de ressources, une durée limitée, et l'incapacité d'apporter des données nouvelles.
- L'EIS consultative implique une consultation de la population dans le recueil de données ; elle est entreprise pour informer la prise de décision.
- L'EIS participative, dont le but est l'émancipation des communautés avec une participation active de la population.
- L'EIS à base communautaire, plus rare, est liée aux décisions qui sont sous le contrôle direct des populations.

Le classement selon la durée et la profondeur d'analyse varie (Jabot & Le Gall, 2017), les auteurs n'étant pas encore arrivés à un consensus de par : la diversité des pratiques et des enjeux ; la nature, l'importance et la durée du projet, des ressources disponibles ; et l'aspect de la sensibilité du sujet. Il est néanmoins possible de proposer des catégories :

- L'EIS ultra-rapide, qui se caractérise par une durée très courte, allant d'une demi-journée à quelques jours, avec une équipe restreinte d'évaluateurs qui s'appuient sur leurs connaissances des questions de santé. Il n'y a pas de recueil de nouvelles données, ni de revue de littérature, ni de consultation de la population (Mindell et al., 2003).
- L'EIS rapide, qui ne porte que sur un nombre limité d'impacts. Soit elle est fondée sur une revue de la littérature sans recueil de données nouvelles (Kemm, 2013; Mindell et al., 2003; Plateforme Suisse, 2010), soit des données nouvelles peuvent compléter les données existantes (Beard et Billet, 2010). Sa durée elle peut varier de quelques jours à quelques semaines (Plateforme Suisse, 2010; Harris et al., 2007), voire de deux à quatre mois (Beard et Billet, 2010).
- L'EIS intermédiaire, qui amène des nouvelles données en plus des données existantes et se situe entre les EIS rapide et approfondie, en termes de durée et d'étendue des impacts à analyser (Harris et al., 2007).
- L'EIS approfondie, qui analyse tous les impacts potentiels du projet sur la santé. Elle s'appuie sur le recueil des nouvelles données et croise plusieurs sources (littérature, avis d'expert, avis de la population) et types de données (quantitative, qualitative, données probantes) durant plusieurs mois.

L'EIS doit également s'envisager en fonction des enjeux et des moyens, spécialement des moyens humains (tant en quantité qu'en qualité des compétences). L'enjeu du projet déterminera le type d'EIS en fonction des rapports de forces politiques et de l'impact (nombre d'individus touchés). Il n'y a pas de classement systématique proposé par la littérature.

2.3.8. Les perspectives

En vue d'améliorer la pratique et de créer les conditions favorables au succès de la démarche, les thématiques comme la standardisation de la méthode, l'institutionnalisation de la démarche, l'autonomie ou l'intégration de l'EIS aux autres évaluations d'impact... se dessinent comme des questions de fond sur leur devenir (Jabot et Le Gall, 2017).

La littérature est unanime quant à la nécessité de conserver une démarche flexible (par opposition à l'établissement d'une norme standardisée) : elle doit en effet pouvoir s'adapter aux spécificités (politiques notamment) du projet. Mais l'extrême diversité des pratiques rend

néanmoins indispensable le recentrage de la méthode autour de repères communs.

Quant à l'institutionnalisation de la méthode (la formalisation de la démarche, par une organisation par exemple) : si de nombreux experts sont favorables à son inscription dans les pratiques des organisations, le principe d'une réglementation ne fait pas l'unanimité.

Il n'y a pas de consensus sur le fait que l'EIS devrait être autonome, ou bien être intégrée parmi d'autres processus d'évaluation d'impact. Les auteurs considèrent que la question est complexe, et nécessite d'être traitée au cas par cas.

Les experts plaident pour une rénovation des principes énoncés dans le consensus de Göteborg en vue de faire progresser et d'homogénéiser la pratique.

2.3.9. Panorama international

Le déploiement de l'EIS semble hétérogène au niveau international (Jabot & Le Gall, 2017) ; ceci s'expliquerait par le fait que l'ascendance de l'EIS relève à la fois de la santé environnementale, de l'approche par les déterminants de santé et de l'équité en santé (Harris-Roxas et al, 2012), et ce malgré les efforts de standardisation par le consensus de Göteborg. Ces différents modèles de pratiques sont appliqués dans différents contextes politiques et culturels, qui favorisent le caractère hétérogène des pratiques (Saint-Pierre et al, 2014).

En Suisse, l'EIS est institutionnalisée dans certains cantons (Genève, Jura, Tessin), facilitant ainsi l'approche intersectorielle de la santé au bénéfice de politiques plus favorables à la santé (Simos & Cantoreggi, 2013). L'institutionnalisation, en inscrivant la démarche dans une routine par un travail réglementaire, systématise les procédures et permet plus facilement de dégager des moyens (prévus par le règlement). Le nombre d'EIS est important dans le domaine de la santé publique et l'aménagement du territoire (Favre Kruit et al, 2015).

En Belgique, la pratique n'est pas réglementée, mais elle suscite de l'intérêt. En Région de Bruxelles-Capitale, une étude de faisabilité (Bruxelles Ville-Région en santé de l'OMS, de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, 2013-2014) propose la mise en oeuvre dès 2014 d'évaluations d'impact « ex-ante et ex-post ». Les évaluations ex-ante pourraient être menées sur des développements opérationnels du Plan régional de développement durable (PRDD), dans des dossiers à identifier par l'Observatoire de la Santé Bruxellois (service d'étude du Collège réuni de la Commission communautaire commune, au budget annuel de 311.000 EUR en 2016) en accords avec les cabinets concernés.

L'EIS apparaît dans un avant-projet de décret de promotion de la santé et en Wallonie, encore largement en discussion.

Dans la province canadienne du Québec, l'EIS est inscrite dans l'article 54 de la loi de santé

publique de 2001 : depuis, tous les ministères doivent s'assurer de l'impact des lois et règlements promulgués sur la santé. Elle peut également être déployée indépendamment à l'échelle locale.

Elle n'est pas réglementée en France, mais une dynamique instituée depuis 2011 permet aux villes de la mettre en oeuvre dans le cadre de projets d'aménagement urbain (Roué-Le Gall et Jabot, à paraître).

Aux Etats-Unis, des études d'impacts sur la santé sont mises en oeuvre à différents niveaux. Par exemple, à San Francisco au Central Market à Tenderloin, elles portent sur des sujets aussi divers que la sécurité alimentaire, le changement climatique, ou encore la stratégie économique. L'espace public est en cours de réaménagement, dans le but d'encourager les opportunités économiques pour renforcer les revenus de la communauté et améliorer la santé, l'éducation, l'accès et la qualité du logement. La ville utilise comme outil « *The San Francisco Indicator Project* », un système d'analyse de données de quartiers mesurant comment la ville s'évalue face à huit paramètres relatifs à la communauté dans le domaine de la santé et de l'équité, créé pour améliorer la collaboration, la planification, la prise de décision, et la défense de l'environnement social et physique, afin de subvenir aux besoins de tous les citoyens. Il intègre également des données spatiales (permettant de régler des problèmes de mobilité et de transport), sert tant aux autorités qu'aux groupes défendant des causes déterminées, et bien sûr l'évaluation d'impact sur la santé des projets et politiques en cours ou proposés, afin d'émettre des recommandations.

2.3.10. Elaboration d'une EIS

L'EIS est une démarche systématique s'appuyant sur cinq étapes :

- La sélection (ou dépistage), qui permet de juger de l'opportunité de réaliser une EIS et d'identifier les éléments du projet pouvant avoir un effet sur la santé. Cette sélection passe en revue le projet avec une série de questions, afin d'apprécier si celui-ci affecte les déterminants de santé et de juger de la plus-value d'une EIS (Jabot & Le Gall, 2018). Une grille est proposée par ces auteurs permettant ainsi d'explorer successivement le projet, son contexte, les impacts potentiels sur les différents déterminants (annexe 6).
- Le cadrage, qui permet la définition du périmètre et de la méthode. C'est une analyse sommaire de l'EIS qui pose sa trame, ses limites, les paramètres de l'analyse détaillée, les modalités de sa gestion par le groupe de pilotage et à travers une approche négociée... en portant une attention particulière aux groupes qui risquent le plus d'être impactés (J. Simos, 2017 ; adapté de J. Kemm, 2013). On peut le voir comme la question : « *Sur quoi porte l'EIS,*

et avec qui, comment et quand la mettre en oeuvre ? ». Afin de proposer des balises claires aux différents partenaires prenant part à l'étape de l'évaluation, et de déterminer les attentes quant à leur nature et à l'ampleur des résultats, il analysera (Saint-Pierre, 2009): le projet qui fera l'objet de l'EIS, les buts et objectifs de l'EIS, la portée du projet (tant géographique qu'en rapport avec la population), les parties prenantes, la méthode utilisée et l'information nécessaire, la modalité de gestion et des ressources disponibles, l'utilisation des résultats de l'EIS dans le processus décisionnel, la diffusion des résultats, et le suivi et l'évaluation.

- L'analyse est l'étape relative à la consultation de la littérature, des experts et de la population concernée. C'est l'étude des impacts en tant que telle, comprenant la collecte d'informations et l'analyse. Des informations précises seront récoltées dans quatre domaines (Saint-Pierre, 2009) : les caractéristiques du projet, les publications scientifiques, le profil de la population, et le ressenti des différentes composantes de la population quant aux effets probables.

- Les recommandations, ainsi que les résultats de l'analyse qui les fonde, qui vont potentiellement modifier ou supprimer certains éléments du projet en vue d'en maximiser les effets positifs et d'en atténuer les effets négatifs potentiels. Il tient compte de la faisabilité économique, sociale et politique.

- L'évaluation, qui porte sur les recommandations comme sur toutes les étapes préalables, en vue d'améliorer le projet et permet de suivre, d'une part ses impacts réels, et d'autre part la mise en œuvre des recommandations. Ce type de suivi n'est néanmoins pas toujours possible : cela dépend de la nature et de l'ampleur du projet, de la politique menée par les décideurs, du contexte... Selon le cas, il se peut que l'évaluation ne porte que sur certains aspects (par exemple, la démarche en tant que telle, l'influence que les recommandations doivent prendre dans le processus de décision...).

2.4. Les biens communs et les communs selon Commons Josaphat

2.4.1. Les biens communs selon la littérature

La notion de biens communs et la résurgence pour l'intérêt général s'inscrivent dans une réflexion qui revisite le Commun plus largement, d'un point de vue philosophique et politique (Laval & Dardot, 2014).

Nous nous limiterons ici à préciser la notion de biens communs sans entrer dans le débat sur la pertinence sociale de cette approche et du modèle de société qu'elle interroge.

Selon la professeure Tine de Moor (2016), ils se caractérisent par : des ressources allant du plus tangible (eau...) au plus abstrait (logiciels libres, valeurs foncières), dont la gestion

relève des communautés, de pouvoirs publics ou de régimes hybrides, qui mobilisent tous autour d'une action collective et d'un accord sur les règles d'usage, qui impliquent systématiquement les utilisateurs dans la gestion, et qui poursuivent un enjeu général de soutenabilité et de redistribution.

Selon Elinor Ostrom, (1990) « *le terme de ressource commune désigne un système de ressource suffisamment important pour qu'il soit coûteux d'exclure ses bénéficiaires potentiels de l'accès aux bénéfices liés à son utilisation* »

Selon Bottelier-Depois (2012), un bien privé se différencie d'un bien commun par le fait que les individus qui peuvent en jouir sont limités par le choix de son propriétaire ; ce qui n'est pas le cas du bien commun, mettant ainsi en lumière le concept de « non-exclusion ».

Les concepts de « flux et de stocks » viennent s'y greffer : la surutilisation des flux fait diminuer le stock du dit bien. Ceci introduit le principe de « rivalité » : un bien commun peut-être surexploité, au contraire d'un bien public (comme l'éclairage public) dont l'utilisation par une personne n'empêche pas les autres de l'utiliser à leur tour voire en même temps.

L'action collective, selon Fillieule et Péchu (1993), peut se définir, dans ce cadre, comme une action non-institutionnelle collective, qui n'est pas guidée par des normes sociales, mais qui se forme pour répondre à des situations non définies et/ou non structurées. Elle s'intègre dans des situations qui sont en rupture avec, soit les organes de contrôle social, soit l'adéquation de l'intégration normative. Les tensions qui en résultent conduisent l'individu à y participer.

La gestion collective se comprend comme « *l'ensemble des mécanismes de régulation d'un système économique et social en vue d'assurer des objectifs communs* » (Froger, 2002). Le concept est à comprendre ici comme le fait de gérer en communauté, un bien qui est commun. D'après la plateforme web e-RSE (2018), se basant sur des informations du rapport Brundtland de l'ONU (1987), la durabilité caractérise ce qui est susceptible d'un usage prolongé et désigne une configuration de la société humaine qui lui permet d'assurer sa pérennité sans compromettre la capacité des générations futures de répondre à leurs besoins. Cette organisation repose sur trois piliers : l'écologie, le développement économique et social, et une organisation sociale équitable. Ce concept recouvre plus largement les thèmes abordés par T. de Moor sur la redistribution et la soutenabilité.

2.4.2. Les communs selon Commons Josaphat

La plateforme Commons Josaphat, une association de citoyens, de militants, de riverains, d'architectes, de professionnels de la santé et du logement, d'économistes et d'autres personnes issues du monde associatif, tente de projeter la vision des communs sur le projet

urbanistique d'aménagement de la friche Josaphat. Cette vision « *privilégie l'usage à la propriété* », et introduit le concept de la propriété collective servant de support à l'usage individuel ; elle promeut l'idée d'une utilisation prudente des ressources limitées mais ouvertes à tous, et de la participation citoyenne émancipée en lien avec le politique pour approfondir le processus démocratique. Le principe de coopération est privilégié (Commons Josaphat, 2015). Un travail communautaire de plusieurs années depuis 2013 avec les parties prenantes a permis de construire un cahier de propositions en 9 points, reproduit ci-après. La dynamique s'est appuyée sur un appel à idées qui a réuni une cinquantaine de propositions ayant fait l'objet d'une analyse thématique par des groupes de travail, aboutissant en 2015 à la rédaction d'un document adopté en « assemblée générale ».

Les propositions concrètes énoncées dans la charte sont (Commons Josaphat, 2015) :

1. Une gouvernance adaptée aux phases du développement : (a) création d'un nouvel organisme régional, futur propriétaire et gestionnaire du site, (b) transfert de propriété et développement de la première phase (du projet de développement urbain), (c) gouvernance par les différentes parties prenantes, (d) évaluation et deuxième phase de développement.
2. Un habitat innovant : (a) Pour qui ? (b) Des formes d'habitat adaptées à une sociologie de la famille en évolution, (c) les habitants au centre du projet, (d) de l'espace pour expérimenter, (e) la construction bon marché, (f) qui construit ?
3. L'espace public comme bien commun : (a) principes de développement, (b) les équipements collectifs.
4. La mobilité durable.
5. Un quartier en santé, favorable à la qualité de la vie.
6. Structures d'écologie urbaine : (a) la friche aujourd'hui du point de vue écologique, (b) préserver le patrimoine de la friche, (c) créer de nouvelles rivières urbaines, (d) imaginer un bâti accueillant pour le végétal, (e) penser les questions de paysage à partir des structures écologiques, (f) relier les friches aux mondes.
7. Energie « zéro ou positive »: (a) construction de bâtiments passifs, (b) production d'énergies renouvelables, (c) récupération de chaleur.
8. Une économie coopérative, circulaire, de cycle court.
9. Modèle financier alternatif pour le développement d'un terrain en biens communs : (a) le foncier appartenant à la communauté, (b) création d'une structure au pouvoir de décision orienté vers le bien commun, (c) intégration des locataires du logement social dans la structure de gouvernance, (d) création d'un mécanisme d'emphytéose, (e) les habitants

peuvent vendre leur bien quand ils le souhaitent, (f) capacités d'investissement récurrentes par des canons (sommes d'argent), une partie des loyers, une partie des plus-values lors des ventes de biens immobiliers.

2.4.3. Le principe de Community Land Trust

Les Community Land Trusts (CLT) font références à la notion de communauté, au sol (différencié du bâti) et à la fondation (association coopérative). Ils ont été initiés aux Etats unis dans les années 1950 par un neveu de Martin Luther King, qui voyait dans la réforme de l'accès à la propriété et une facilitation de l'accès au logement, notamment pour les populations noires victimes du racisme, un moyen efficace d'émancipation. Le mouvement des cités jardins (Howard) en Angleterre en a été une autre inspiration.

L'efficacité du dispositif a pu se vérifier lors de la crise des subprimes en 2008, les CLT ayant beaucoup mieux résisté aux effets négatifs sur le système bancaire (Blaffart et al., 2012).

Le principe est introduit en Belgique début des années 2000 suite aux contacts avec John Davis, leader actuel du mouvement aux États-Unis et les associations travaillant sur la crise du logement en Belgique.

Une ordonnance de 2003 en Région de Bruxelles capitale régit cette matière ; un budget spécifique permet la mise en place de quelques projets à Bruxelles, initiés et accompagnés par l'asbl CLT de Bruxelles. Les textes législatifs bruxellois précisent que :

« Les Community Land Trusts (CLT) sont des structures juridiques sans but lucratif proposant à la vente des logements abordables à des personnes disposant de bas revenus. Dans le cadre de ce système, la propriété du sol est séparée de la propriété du logement. »
(Bernard, 2010)

Les principes régissant les CLT sont (Blaffart et al., 2012) : la séparation du foncier et du bâti, la création de logements accessibles à perpétuité, la gestion démocratique par la collectivité, l'insertion territoriale poussée par l'intégration environnementale (constructions passives), sociale (des riverains des quartiers environnants du projet CLT), et des habitants du projet, en permettant l'accessibilité des différentes fonctions aux riverains et aux habitants, l'accompagnement des habitants, et la mixité sociale et fonctionnelle de l'habitat.

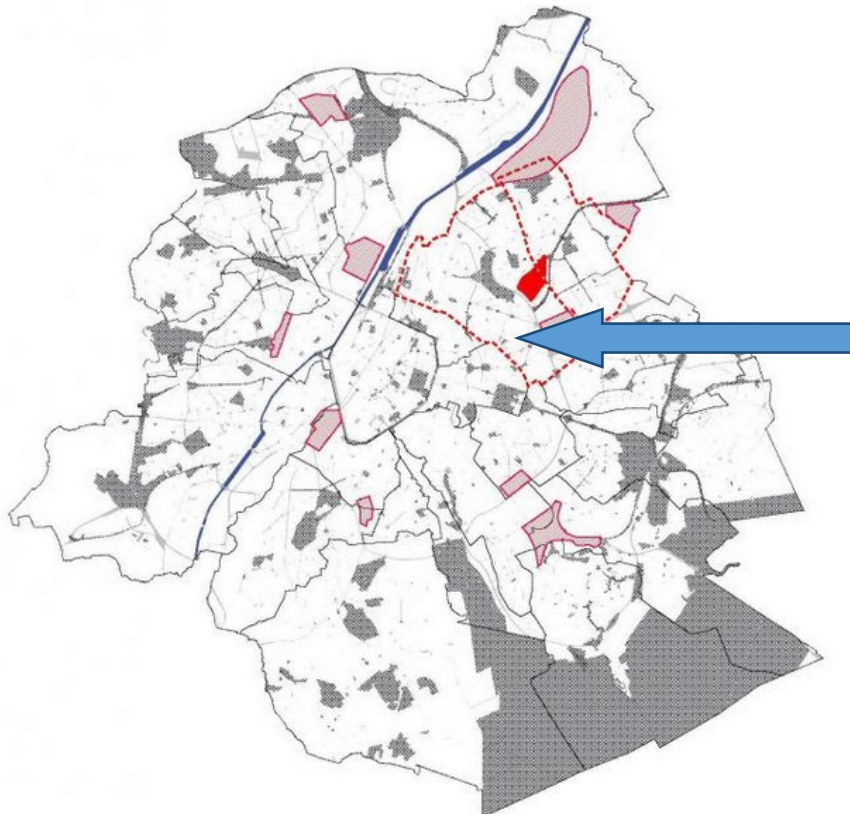
2.5. Le contexte

Il s'agit ici de l'une des dernières friches sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, laquelle connaît un besoin en logement très important, caractérisé par une accessibilité réduite pour certaines catégories sociales, de par la hausse des coûts du marché et des inégalités d'accès liées au profil familial.

2.5.1. Le projet de développement urbain (PDU) : Josaphat Brussels

Il s'agit du développement urbain d'un vaste terrain de 24 hectares dans la région de Bruxelles-Capitale ; plus précisément, au nord-nord-est de Bruxelles, sur les communes de Schaerbeek et d'Evere, délimité par le boulevard Léopold III, l'avenue Gilisquet et le boulevard Wahis. C'est le site d'une ancienne gare de triage ferroviaire, qui a été démantelée et dont les terres ont été dépolluées. Il est encore traversé par une ligne de chemin de fer reliant Malines à Hal en passant par la halte d'Evere, située sur le terrain (laquelle sera étoffée par la venue du futur RER).

Depuis 2012, l'administration régionale a produit un plan directeur d'aménagement (PAD); il vient d'être réactualisé par Perspectives (Centre d'expertise régional et initiateur de la stratégie de développement du territoire de la Région de Bruxelles-Capitale) pour être soumis à la consultation (juillet 2018).



Localisation du projet Josaphat Brussels au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale (source : Josaphat Brussels, Etude de projet PAD, MS-A, 2017).

Ce projet a l'ambition d'implanter 1.600 logements (dont 45% de logements publics), une école de 660 élèves, deux crèches d'une capacité totale de 120 enfants, une structure de santé (à déterminer) et des équipements sportifs, culturels et de loisirs. Il prévoit également la création de commerces de proximité, d'hôtels et de bureaux, ainsi que l'intégration et la

modernisation d'une zone industrielle déjà existante, comprenant surtout des industries légères (garage, menuiserie...). La construction des logements et des équipements s'étendra sur une période de 12 ans à partir de janvier 2018. L'identité que souhaite donner le Service d'Aménagement Urbain (SAU) à ce projet est de « *vivre et travailler dans un parc* ». Au sens de la SAU, il s'agit d'un quartier mixte (logements et zone industrielle urbaine) muni d'un espace vert de 7 hectares. La population attendue est de 4.390 habitants.



Localisation du projet Josaphat Brussels dans le quartier (source : Josaphat Brussels, Etude de projet PAD, MS-A, 2017). Visualisation des différents types de quartiers entourant la friche (zone rouge : habitat de type maison d'appartements ; zone verte : espaces verts et/ou zone de sports ; zone bleue : habitats de type immeuble « Etrimo » ; zone orange : zoning industriel)



« Une vision de ce que pourrait devenir le quartier Josaphat au terme de son développement » (Josaphat-Brussels, M-SA & Asymétrie, 2017)

Le projet en est actuellement (mars 2018) à un stade précoce : la sélection des sociétés qui développeront la première phase du projet. Le marché sera attribué en septembre 2019.

2.5.2. Les acteurs

Ce projet engage potentiellement de multiples acteurs :

- la Région de Bruxelles-Capitale, la Société d'Aménagement Urbain (SAU) et les communes,
- les habitants (quand il y en aura) et les riverains organisés en comités de quartier,
- le monde associatif, représenté notamment par le collectif Commons Josaphat et le Community Land Trust Bruxelles (CLTB),
- les utilisateurs temporaires du terrain JOSAPH'AIR: les jardins Latinis, Récup Kitchen, la maison des possibles, un théâtre itinérant (Les Nouveaux Disparus), et quelques naturalistes et ornithologues (Mayence, 2016).

La Région de Bruxelles-Capitale

La Région est actionnaire majoritaire de la société anonyme de droit public qu'est la Société d'Aménagement Urbain (SAU), propriétaire du terrain. *« C'est l'opérateur public désormais chargé de la mise en œuvre opérationnelle des plans d'aménagement dans les zones stratégiques arrêtées par le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale. La SAU y joue un rôle d'aménageur afin d'assurer le développement concret de ces zones, dans une logique de co-construction des projets avec les partenaires privés et publics pertinents. »* (Société d'Aménagement Urbain, 2015). Dans ce travail, la SAU est considérée comme étant le promoteur public propriétaire du terrain.

Les communes

Les communes d'Evere et de Schaerbeek sont concernées par le projet. Leur rôle consiste à émettre des avis concernant le type de logement, la densité d'habitants, l'organisation des voiries et communications ; elles n'ont aucun pouvoir décisionnel et sont dans l'obligation de suivre les directives de la Région. Elles auront surtout un rôle à jouer lorsque le quartier sera créé, comme le maintien de l'ordre public, la gestion du CPAS, l'enseignement. (Mayence, 2016). *« Les politiques régionales en matière d'aménagement urbain mobilisent les communes depuis une vingtaine d'années autour des contrats de quartiers, de la politique des grandes villes ou des quartiers durables. Ces dispositifs sont ouverts à des formes de participation de la population concernées par ces projets, même si elles prennent souvent des formes assez bureaucratiques »* (Mayence, 2016).

Les riverains organisés en comités de quartier

Les comités de quartier permettent aux habitants résidant aux alentours du terrain de se rencontrer et d'organiser des activités diverses. Ils s'inquiètent de savoir si, et comment, ce nouveau projet pourra s'inscrire aux autres déjà existants, en termes de pollution et de nuisances, notamment. Ils ne se sentent pas intégrés au projet ni écoutés par les autorités publiques, et sont en demande d'une urbanisation humaine (Comité Terdelt, 2018).

Le Commons Josaphat

Le Commons Josaphat est une plateforme réunissant des habitants de la Région de Bruxelles-Capitale de tous horizons (riverains, architectes, urbanistes, médecins, économistes, militants...). « *Ils agissent comme des citoyens et des associations concernées par leur ville, qui souhaitent être force de propositions ; au-delà de la simple enquête publique ou de l'extériorité critique* » (Commons Josaphat, 2015). Le but du collectif est de d'influencer le processus permettant à la friche de transiter d'une propriété publique vers un quartier en bien commun en esquissant des réponses à des questions comme « Comment gérer ensemble la ville ? » ou « Comment les biens communs peuvent-ils être gérés à Bruxelles ? ». L'enjeu consiste également à amener un processus d'un quartier pensé et développé en partenariat public-citoyen. « *Le Commons Josaphat, via ses groupes de travail, s'appuie sur des processus de co-construction et de participation* » pour amener une réflexion sur ce projet de développement urbain. (Mayence, 2016)

Ce collectif, qui s'appuie sur les processus de co-construction et de participation, s'est déployé depuis 2013. L'année suivante, il lançait un appel à idées ouvert à tous et lancé en collaboration avec le Centre d'Assistance à la Recherche et à la formation en Architecture, qui donna lieu à une exposition d'environ une cinquantaine d'idées à la Faculté d'Architecture Cambre-Horta de l'ULB. Le but était de dégager des thématiques et de rédiger une base sur le thème de la transformation de cette réserve foncière de propriété publique en un quartier en biens communs, imaginé et développé en un partenariat public-citoyens. Il en est résulté en 2015, la rédaction collective d'une charte (sorte de cahier des charges pour un projet de développement), à laquelle différents groupes de travail ont oeuvré. Elle précise les enjeux d'un tel projet urbanistique (CARA, appel à idées : Commons Josaphat, par. 1) et traite de domaines tels que la gouvernance, l'habitat, l'espace public, la mobilité, les structures d'écologie urbaine, l'énergie, l'économie, le modèle financier et la gestion des plus-values immobilières (Mayence, 2016).

Le collectif dispose de groupes de travail qui s'appuie sur les principes de cette charte pour

poursuivre la réflexion, la modélisation et la mobilisation :

- Celui chargé de la modélisation travaille à concrétiser un projet « biens communs » sur l'articulation des différentes fonctions d'un quartier comme l'habitat, les espaces verts, l'habitat intergénérationnel, le CLT. Il rassemble des potentiels promoteurs de projets pour faire les plans d'une parcelle de la friche (par exemple, concevoir un bâti accueillant pour le végétal). Il réalise également son modèle budgétaire.
- Celui chargé de la santé est alimenté par des ressources locales, comme des maisons médicales, des acteurs de santé mentale, ou des promoteurs de projets alimentation en phase avec la vision de biens communs.
- Le groupe d'occupation temporaire, connu sous le nom Josaph'air, réunit sur la friche des projets à visée écologique (jardins collectifs), d'économie solidaire (recup Kitchen) ou culturel (cirque) et organise des activités provisoires sur le terrain, un lieu de rencontre « la maison des possibles » y a été construite avec des matériaux de récupération.
- Un groupe transversal permet la transmission de l'information et garantit la cohésion des idées en détachant un membre dans chacun des autres groupes (Mayence, 2016).

Le Community Land Trust Bruxelles

Le CLTB est une A.S.B.L. mandatée par les pouvoirs publics pour gérer un dispositif de CLT à Bruxelles. Son origine prend racine entre 2000 et 2010, avec la crise du logement que connaît Bruxelles (déficit de logements sociaux, forte augmentation des prix du logement, insalubrité). Plusieurs associations ont alors entrepris de développer des systèmes pour soutenir l'accessibilité à la propriété des familles précarisées ; en 2008, elles découvrent le modèle CLT venant des Etats-Unis. En 2012, la Région de Bruxelles-Capitale entérine la reconnaissance du CLT Bruxellois (CLTB, 2017).

Le principe est mis en application par l'article 2, § 1er, 27°, de l'ordonnance du 17 juillet 2003 de la Région de Bruxelles-Capitale portant le Code bruxellois du logement :

"Alliance foncière régionale (Community land trust) : organisation sans but lucratif, agréée par le Gouvernement qui en détermine les conditions, qui a pour mission d'acquérir et gérer des terrains dans la Région de Bruxelles-Capitale en vue de créer sur ces terrains aussi bien des habitations accessibles pour les ménages en état de précarité sociale que des équipements d'intérêt collectif, entre autres. L'alliance foncière régionale reste propriétaire des terrains mais transfère la propriété des bâtiments aux ménages via des droits réels démembres. Elle détermine les règles de revente des bâtiments qui doivent permettre que ceux-ci restent toujours accessibles aux familles disposant d'un bas revenu. Pour les projets bénéficiant de

subsides régionaux, ces règles doivent être approuvées par le Gouvernement"

2.5.3. Cadre législatif

Une pierre angulaire de ce projet de développement urbain est le Code de l'Aménagement du Territoire (COBAT), qui constitue la base juridique de l'urbanisme à Bruxelles. Il institue et régit les grands mécanismes de l'aménagement du territoire bruxellois tels que la planification, les règlements d'urbanisme, les permis et certificats d'urbanisme, la protection du patrimoine immobilier, le droit de préemption, la publicité urbanistique, les infractions et les sanctions. Il met en place des outils permettant d'encadrer la matière de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire (Urbanisme sur Irisnet, 2018). L'ordonnance du 13 décembre 2017 a apporté, en le réformant, une série d'innovations, de clarifications et de simplifications, comme le processus de planification simplifié qui intègre les schémas directeurs dans le COBAT, devenant des Plans d'Aménagements Directeurs (le projet Josaphat Brussels en est un cas pratique) ; ou le Plan Particulier d'affectation des sols, qui se veut beaucoup plus facilement adaptable (Urbanisme sur Irisnet, 2018).

Cette réforme amène deux principales observations (Van Ypersele et Hannique, 2016) :

- Le législateur a tenu à renforcer le pouvoir des autorités régionales par rapport aux autorités communales : le gouvernement peut désormais établir ou modifier un plan particulier d'affectation du sol dans de nombreuses circonstances, et même abroger un tel plan sans tenir compte de l'opposition éventuelle de la commune.
- Ce renforcement s'est fait sans trop tenir compte du cadre juridique jusqu'ici reconnu aux projets de plan d'affectation du sol. Ainsi, le collège échevinal de la commune ne peut désormais plus former un recours devant le collège d'urbanisme (une autorité indépendante du gouvernement régional), puisqu'il n'existe plus. Ceci renforce le pouvoir de la Région.

Les élections régionales de 2019 pourront éventuellement conduire à une situation nouvelle.

2.5.4. Bruxelles, Ville-Santé

La Région de Bruxelles-Capitale est membre, depuis 2001, du réseau Européen de Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la santé. L'objectif principal poursuivi par la Région est la promotion de la santé et le bien-être de ses habitants en « encourageant et favorisant la participation et la mobilisation citoyenne » (Bruxelles Ville Région en Santé ASBL, 2018). Le projet Bruxelles Ville-Santé (BVS) est géré par l'Observatoire de la Santé et du Social à Bruxelles qui est le service étude de la COCOM (Commission Communautaire Commune) ; il est en reconstruction (Bruxelles Ville Région en Santé ASBL, 2018).

III. PARTIE PRATIQUE

Il s'agit ici de dessiner le contexte de l'étude et de s'attacher à expliquer le projet de développement urbain Josaphat Brussels, ses acteurs, son cadre législatif et le concept Bruxelles Ville-Santé. Suivront alors, notamment, les objectifs en lien avec la question de recherche dans la méthodologie du travail, l'analyse des résultats de la recherche avec une lecture verticale et une lecture transversale ; pour finir, une discussion en regard aux objectifs de recherche, l'évocation des limites et les biais, et enfin une conclusion.

1. Méthodologie

Après avoir posé les jalons concernant les concepts abordés dans ce travail, il faut maintenant développer la méthodologie utilisée pour mener cette recherche.

Cette réflexion sur les concepts de biens communs, d'évaluation d'impact sur la santé, d'urbanisme favorable à la santé et enfin sur les déterminants de la santé, a débuté en mars 2017. Elle a évolué au fur et à mesure des discussions et échanges avec des intervenants comme des experts (en architecture, en Community Land Trust, en évaluation d'impact sur la santé...), mais aussi d'événements comme des marches exploratoires, des réunions avec le Community Land Trust Bruxelles, ou la participation à un séminaire sur la santé dans les politiques communales organisé par la Sacopar. Diverses sources furent consultées : des portails (Cairn, Art Design and Architecture Collection, Science Direct...), la littérature belge et internationale (française, canadienne francophone, suisse et anglo-saxonne), la littérature "grise" (rapports d'impact sur la santé...), et la charte de Commons Josaphat.

Ce mémoire s'appuie sur une recherche de type exploratoire visant à appréhender les perceptions des différents acteurs en lien avec leur réalité : il ne s'agit pas de vérifier une hypothèse, mais d'esquisser une tendance à l'intersection de l'évaluation d'impact sur la santé des biens communs et de l'urbanisme favorable à la santé. Il s'appuie sur une démarche itérative consistant en une alternance des phases de recueil d'informations et des phases d'analyse. L'analyse de contenu est réalisée selon la méthode enseignée au cours WFSP2106 selon Paillé et Murchelli (2006).

1.1. Buts de la recherche

Les buts de cette recherche sont d'apporter un éclairage sur les thèmes suivants :

- l'exploration des interactions entre les caractéristiques issues d'une démarche communautaire de propositions de développement d'un quartier en biens communs et les

objectifs proposés par le guide pour un urbanisme favorable à la santé selon l'OMS, centré sur les habitants ;

- l'identification des effets attendus des acteurs consultés autour des trois facteurs déterminants la santé en termes de qualité de vie : les modes et milieux de vie, l'environnement, et les niveaux de participation ;
- les perspectives d'une évaluation d'impact sur la santé en lien avec les critères retenus pour le développement d'un quartier en biens communs : Josaphat Brussels.

1.2. Objectifs de la recherche

Le premier objectif pour atteindre ces buts sont l'analyse des propositions telles qu'elles pourraient être traduites concrètement dans un PDU au sujet : de l'environnement bâti et du mode de vie (l'environnement bâti est à considérer comme le milieu de vie bâti ou habitat, qui comprend tous les éléments de l'environnement physique autre que naturels, c'est-à-dire ceux construits par l'homme (Institut National de Santé Publique du Québec, 2010)), de l'environnement (à comprendre comme les conditions naturelles pouvant agir sur les organismes vivants et les activités humaines), de la participation et de la gouvernance cogérée par les habitants. Le second objectif est l'appréciation des résultats en regard du concept d'urbanisme favorable à la santé. Le troisième objectif est d'observer l'intérêt et les modalités d'inscription du PDU dans une démarche d'évaluation d'impact sur la santé.

1.3. Question de recherche

Ce processus m'a amené à poser la question suivante : Dans la perspective de l'utilisation d'une évaluation d'impact sur la santé, jusqu'où les critères retenus pour le développement de la friche en un quartier en bien commun sont-ils susceptibles de soutenir un urbanisme favorable à la santé des futurs habitants ?

Cette question s'appuie sur la prise en compte des déterminants de la santé appliqués au projet de développement urbain de la friche Josaphat, à travers les caractéristiques formulées pour le développement d'un quartier en biens communs issus du travail communautaire de Commons Josaphat, et ceux proposés par le guide de l'OMS : l'urbanisme centré sur les habitants et favorable à la santé.

A la suite de la collecte des données fournies par les parties prenantes, un travail sur données sera réalisée sur plusieurs niveaux ; les résultats seront l'objet d'un travail d'analyse, et feront ensuite l'objet d'une discussion et d'une conceptualisation qui : appréciera les résultats en regard du concept d'urbanisme favorable à la santé, dégagera un éventuel intérêt d'inscrire le PDU dans une démarche d'étude d'impact sur la santé, et jugera les modalités d'inscription

du PDU dans une telle démarche.

1.4. La stratégie d'échantillonnage

Tout d'abord, j'ai assisté à diverses activités (assemblée générale CLT, rencontre entre représentants politiques et riverains de la friche, réunions du Commons Josaphat et jardinage sur le site de la friche ...) afin de me présenter et d'expliquer l'objet de mon mémoire. S'en est suivi un échange de coordonnées, qui a mené à approcher d'autres personnes, et qui m'a permis de contacter de nombreux intervenants. Un mail leur a été envoyé (suivi d'un contact téléphonique lorsque c'était possible. Annexe 1) expliquant le contexte, les buts et les objectifs de ma recherche, éclaircissant certains concepts, et mettant au point des modalités pratiques. Cette stratégie se justifiait car j'agissais dans un environnement peu connu ; et avant d'arriver à un indispensable climat de confiance (nécessaire pour la réalisation d'interviews, comme pour me permettre de jauger la pertinence des choix des intervenants), il faut d'abord établir le contact.

Les critères d'inclusion des personnes interrogées étaient d'être :

- en lien avec la friche Josaphat,
- un témoin privilégié par sa position, son action, sa responsabilité...,
- un témoin ayant une expérience d'une gestion en biens communs.

Etaient exclus :

- les futurs habitants de ce projet, car ils ne sont pas encore présents,
- les élus, excepté les décideurs responsables du projet pour les pouvoirs publics, pour limiter le biais du discours politique en rapport avec la concrétisation du PDU.

Le contexte de la recherche est bi-centrique : liée à la fois au développement urbain de Josaphat Brussels et à des utilisateurs des CLT à Bruxelles, car ils possèdent une expérience de gouvernance en biens communs (ce qui n'est pas le cas actuellement pour ce PDU).

1.5. L'échantillon

Après analyse, il ressort que les groupes suivants correspondent aux critères susmentionnés : le Commons Josaphat (constitué du groupe modélisation, du groupe d'usage temporaire, du groupe santé et du groupe transversal), la Société d'Aménagement Urbain (le promoteur public), les riverains de la friche et des utilisateurs des Community Land Trust Bruxelles. La taille de l'échantillon a été influencée par la volonté des individus de participer ou non à la recherche.

Après de nombreuses prises de contacts, j'ai rencontré 16 personnes, réparties sur 9 interviews. Ayant rencontré des difficultés à rassembler un nombre suffisant de participants

pour mener des « focus group », j'ai dû me diriger vers une majorité d'entretiens individuels et deux entretiens en groupes.

Deux grandes catégories de personnes se distinguent dans cet échantillon : des individus de plus de 55 ans, avec un niveau d'instruction allant de secondaire supérieur au niveau universitaire ; et des individus de 25 à 40 ans, de niveau d'instruction allant de l'école supérieure au niveau universitaire. Elles regroupent chacune des hommes et des femmes.

1.6. La méthode

L'entretien semi directif a été choisi, car c'est un outil permettant de récolter des informations dans les domaines spécifiquement étudiés. Les répondants pouvaient ainsi exprimer leur vécu, leurs perceptions... en restant dans un cadre prédéterminé.

1.7. Outils de recueil de données : Le guide d'entretien

Le guide d'entretien (annexe 3) a pour but de récolter de l'information auprès des acteurs ; il comprend des questions ouvertes permettant à l'interlocuteur de s'exprimer le plus largement possible sur une situation, et a été élaboré sur base de lectures sur le sujet.

1.8. Organisation de la collecte de données

Les entretiens se sont déroulés majoritairement de manière individuelle. Les interlocuteurs avaient reçu préalablement une explication sur la recherche menée, qui était redonnée en début d'entretien. J'étais seul pour les réaliser, car le faible nombre d'intervenants interrogés ne justifiait ni des interviews collectives, ni l'aide d'une tierce personne. Sur le plan pratique, l'enregistrement audio a été réalisé à l'aide d'un téléphone portable.

1.9. Traitement et analyse des données

Les neuf entretiens, d'une durée totale de 7 heures et 55 minutes, ont été retranscrits intégralement, soit environ 35 heures de travail. Ils ont fait l'objet d'une étude verticale, reprenant le contenu exprimé dans chaque interview, et d'une étude transversale, reprenant les concepts exprimés à travers toutes les interviews. Pour l'extraction de données, j'ai réalisé des tableaux croisés en vue d'établir une la lecture verticale et transversale.

2. Résultats

Les résultats (présentés ci-dessous) prennent leurs sources dans les réponses des personnes interrogées (sur l'environnement bâti et le mode de vie, la participation, la gouvernance et l'environnement), lesquelles sont mises en perspective avec la charte du Commons Josaphat, les objectifs d'un urbanisme favorable à la santé selon l'OMS, et la modélisation du promoteur public (le plan d'aménagement directeur).

Tout d'abord, une lecture verticale relève ce que les répondants ont exprimé sur les différentes thématiques. Ensuite, une lecture transversale expose les résultats de l'enquête avec les objectifs d'un urbanisme favorable à la santé, et les critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs.

Dans les résultats présentés, les répondants ont été classés en différentes catégories : le monde associatif (urbaniste, doctorants, avocats, professionnels de la santé, expert en développement durable, architecte... mais aussi des personnes de différents horizons), les citoyens (les riverains du projet de développement urbain ; ils ne sont pas de futurs habitants du projet), et le promoteur du projet (qui représente les pouvoirs publics et coordonne les travaux entre les différents entrepreneurs).

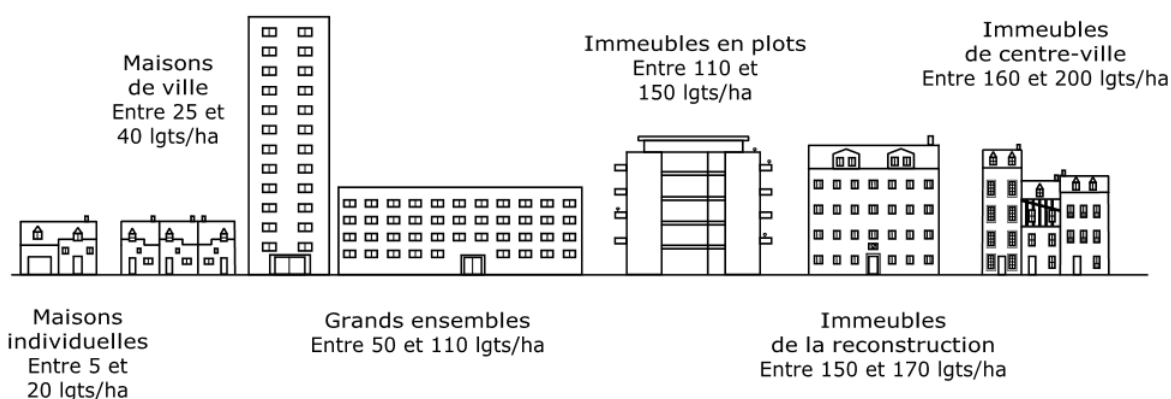
2.1. Lecture verticale

Il s'agit de condenser les points de vue des répondants sur différentes thématiques (annexe1) : l'environnement bâti et le mode de vie, la participation, la gouvernance et l'environnement. Ces déterminants ont été choisis pour leurs liens avec les critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs.

2.1.1. L'environnement bâti et le mode de vie

Dans le cadre de ce travail, l'environnement bâti comprend tous les éléments de l'environnement physique autre que naturels, c'est-à-dire ceux construits par l'homme (Institut National de Santé Publique du Québec, 2010). Le mode de vie concerne la durabilité, la soutenabilité sociale, l'accessibilité financière.

Selon le monde associatif



Densité de logement (Agence d'études d'urbanisme de Caen-Métropole)

Le monde associatif exprime que le projet est de forte densité de population et d'habitat, à savoir 1.600 logements et 5.000 personnes impliquées pour 24 hectares de terrain disponible à intégrer dans un milieu urbain déjà très dense, soit une densité de 67 logements à l'hectare.

On peut le classer comme "grand ensemble", selon les critères de l'AEU Caen-Métropole.

Selon un participant, il s'agit « ... *d'un projet très minéral, très dense avec de logements qui allaient à rez (de chaussée) plus 3 côté rue, à rez plus 8 côté rail...* ».

Le manque d'informations liées au projet est mis en évidence, et plus particulièrement sur les espaces non construits pour les activités extérieures et pour les espaces de rencontres permettant l'éclosion de la cohésion sociale. « ... *Ok. Il y a très peu d'informations sur les espaces publics, ... la Région dit que c'est sur ces questions-là qu'ils vont impliquer les riverains mais ça reste un flou total... parce que c'est important, parce que le cadre de vie n'est pas juste défini par [l'] habitat mais aussi surtout par tout ce qui est autour...* ». Cette notion d'habitat est ici à comprendre comme l'ensemble du logement, du cadre de vie, des infrastructures et de la nature environnante.

Le manque d'informations fait que les intervenants s'expriment peu sur les qualités intrinsèques de l'habitat adapté à la famille dans le présent projet, mais imagine un lieu qui privilégie des espaces communs (en vue de réduire le coût de l'habitat et de favoriser la cohésion sociale, et d'investir la surface disponible du logement aux pièces prioritaires de vie) en reléguant les pièces techniques (buanderie par exemple) en pièces communes. De plus, il s'agit, dans cette vision, de favoriser des pièces polyvalentes en biens communs (chambre supplémentaire pour des invités, salle à manger pour des festivités, salle de jeux commune). L'augmentation de la surface disponible pour les résidents qui en découle peut avoir une influence sur la santé (par la diminution de la promiscuité, amenant ainsi une réduction du stress perçu) et favoriserait la cohésion sociale par une gestion commune. L'un des participants déclare « ...*donc les personnes que je retrouve ici, je me réjouis de me dire que peut-être ce lieu a aussi une signification pour eux et une utilité importante pour eux... ça c'est une première chose sur ce point de lien social, ça amène une qualité de vie chouette dans ce quartier où il n'y a pas tellement des places publiques ou des lieux où on peut se retrouver, se poser autour d'une table pour partager un repas...* »

Quant à la durabilité de l'habitat, le monde associatif exprime le fait que les logements prévus sont passifs (isolation performante de l'habitat, récolte d'eau de pluie, verdurisation des toits...), répondant ainsi aux normes environnementales de la Région Bruxelloise, « ...*mais cela ne veut pas dire que c'est un projet particulièrement progressiste en matière environnementale...* ». La durabilité du projet serait faible : elle n'existerait que du point de vue énergétique (économie de chauffage et d'eau). La vision urbanistique ne serait pas élaborée en lien avec la nature environnante, mais au détriment de celle-ci, par la production

de béton qui ne permettra plus jamais de « *renaturaliser le site* ». « ...*Même si tu parles vraiment de durabilité, le fait que tu sacrifies des espaces verts dans des logements durs comme ça c'est déjà contre l'idée de durabilité en fait...* ». De manière générale, l'associatif remet en cause la durabilité dans la production de logements en Europe, à cause de l'emploi de matières bon marché comme le béton et le polystyrène, qui ne sont pas durables, et dont la fabrication est coûteuse en énergie ; il leur préférerait le réemploi de matériaux (diminution du coût environnemental et offre d'emploi à une main d'œuvre peu qualifiée). De plus, une remise en question des bâtiments basse énergie et même passifs concernant la santé a été exprimée car il n'existerait pas de preuves scientifiques prouvant leur innocuité. Des cas de mauvaise gestion de la ventilation aurait également amené des problèmes respiratoires.

Le manque d'informations, encore, empêche le monde associatif de s'exprimer sur la soutenabilité sociale. Il peut néanmoins la modéliser par les biens communs, qui se caractérisent par l'action collective, la gestion collective, la soutenabilité et la redistribution, induisant ainsi de la cohésion, de la mixité et de la justice sociale par les activités communes.

Ils trouvent l'accessibilité financière du projet limitée. Selon eux, seuls 55 % du site sont dédiés à la promotion privée de logement. Le prix de vente serait tel que seulement 5 à 10 % des Bruxellois pourraient accéder à ce type de logement. Sur les 45 % restant de logements, promotionnés de façon publique, il y a environ 25 % de logement sociaux et 20 % de logements publics moyens. De ces 45 % de logements publics, seule la moitié (environ 22,5 % du total) sera du logement social locatif, car les autres 22,5 % de logements publics pourront être vendus après 20 ans par les propriétaires ayant obtenu l'acquisition d'un logement à un prix plus bas que celui du marché ; ils pourraient ainsi être revendus bien plus cher, sans qu'une législation n'empêche une telle spéculation. Le système privilégié d'acquisition d'un logement serait celui proposé par le Community Land Trust ou l'habitat groupé ; une autre idée serait la collectivisation d'un temps de travail, chaque individu donnant une journée de travail par mois aux membres du groupe. La piste de l'auto-construction est également corrélée à la collectivisation du temps de travail. L'accessibilité à la propriété ne paraît pas indispensable, mais la disposition d'un logement décent et de bonne qualité est fortement mise en avant, surtout pour soutenir une qualité de vie propice à la santé.

Selon le groupe de citoyens

L'habitat est ici, selon eux, conçu avec une vision de promotion immobilière nette, d'où il résulte un problème de densité. Le dialogue avec le promoteur public existe peu et se situe dans une relation de pouvoir ; les dispositions qu'il prend paraissent floues au sujet des

espaces non construits, du sentiment de sécurité et des espaces de rencontre.

L'habitat adapté à la famille semble un concept important en terme de santé, surtout en ce qui concerne l'isolation acoustique. En effet, la qualité des matériaux utilisés serait primordiale en vue de restreindre le bruit que peut engendrer la vie en famille nombreuse. L'importance en a été soulignée par la réflexion à apporter sur la création d'un local polyvalent.

Quant à l'aspect durable du projet, les qualités passives du projet sont mises en avant, mais la durabilité consiste aussi à ne pas empiéter sur la nature pour développer des projets. « ... *Maintenir ça comme friche, c'est le plus durable. Même si on est en pleine ville... je pense que le plus durable c'est de foutre la paix à la nature. Point barre....* »

La soutenabilité sociale du projet serait peu présente. Comme le groupe concerné se sent déjà exclu du projet initial, la justice sociale et l'équité ne sont pas présentes. « ... *J'ai l'impression qu'on n'était pas considérés comme étant adultes, par ces gens-là, pour pouvoir librement débattre de l'intérêt et de l'implication... On est niés, en tant que citoyens. On nous balance quelque chose et on a l'impression que c'est à prendre ou à laisser... Pourquoi une telle méfiance ? ...* ». Un autre répondant exprime « ... *Ce qui est dingue, c'est que c'est une institution publique, qui a créé une société privée pour pouvoir gérer cette friche. En tant qu'institution privée, ils se considèrent comme propriétaires, et pour eux ça n'a pas de sens, il n'y a pas besoin de discuter. Or, c'est quand même les deniers publics. Pour en revenir à ce dialogue : moi je rêve d'une table ronde ...* »

L'accès financier au logement s'est mué, pour le groupe de citoyens, à l'accès à la propriété. Cet aspect est important, le fait d'être propriétaire apportant un sentiment de bien-être « ... *On est dans ses murs, on s'y sent bien et on fait un peu ce qu'on veut, donc voilà. Et on l'aménage comme on veut...* ». Les locations d'appartements insalubres sont considérées comme scandaleuses et doivent être suivies par une instance publique. Les répondants qui connaissent le système du CLT pensent qu'il s'agit d'un bon moyen de rendre accessible financièrement l'acquisition d'un logement.

Selon le promoteur public

Sur l'habitat au sens large, il met en avant trois aspects du projet : les plaines de jeux et de sports, le paysager (un grand parc avec des clairières permettant d'y avoir des activités), et la sécurité. Celle-ci bénéficierait de la visibilité découlant du caractère dégagé et bien éclairé des voies de communication et des placettes (de petites places publiques)

Le but de ces placettes sera de constituer des espaces de rencontre, mais aussi de relier les quartiers environnants et les commerces : il s'agit de superposer les affectations des lieux

amenant du public le long des trois chemins de quartier. Il y aura aussi des lieux dédiés à l'agriculture urbaine ; certains jardins auront un caractère collectif, induisant des rencontres entre des personnes de milieux différents.

Des logements d'une superficie suffisamment grande sont mieux adaptés à la famille : *« ...c'est-à-dire ne pas tomber dans la demande des promoteurs de réduire... excessivement les superficies de logement pour pouvoir les vendre plus facilement, donc de rester dans des superficies acceptables... »*. Dans cette matière, le promoteur est dépendant des acteurs publics concernant le social locatif et social acquisitif, et des règles qui s'y rapportent. *« ... Et chacune des sociétés a une conception, en fonction de ses objectifs... sociétaux je vais dire, une conception différente de la surface minimum pour les logements... »*

La durabilité serait axée sur l'aspect énergétique afin de *« ... limiter la consommation du logement au maximum par un niveau d'isolation et une conception intelligente... »*. La multifonctionnalité des infrastructures est mise en avant pour son aspect durable ; il s'agit d'un *« ... quartier mixte et durable. Socialement mixte et durable et fonctionnellement mixte et durable ... »*. Les standards environnementaux plus exigeants que le simple cadre légal.

Le promoteur aborde la soutenabilité sociale par une mixité sociale, en ne souhaitant pas de ghettos ni de propriétés fermées, leur préférant une ouverture et une mixité des fonctions.

Enfin, l'accès financier qu'il prône est le maintien de l'objectif à terme de 45% de logements publics (CLT, logement social locatif, logement social moyen acquisitif), 55% privés.

2.1.2. La participation et la gouvernance

La participation, selon le monde associatif

Les différentes composantes du monde associatif modélisent différemment les formes concrètes de participation ; le manque d'informations claires empêche une vision claire. Les formes modélisées sont le quartier en biens communs, la maison de quartier, le parlement de quartier, et l'usage temporaire de la friche en vue d'induire de la participation : *« ...je voulais aussi commencer l'usage temporaire par être là pour des actions concrètes pour que les gens puissent déjà voir le terrain, avoir accès pour le vivre, en parler, pour être déjà partie de ce terrain-là... »*. La participation orale des individus paraît importante pour donner une autre forme d'expertise : celle du vécu, par opposition à l'expertise urbanistique.

La participation commencerait en amont de la conception, avec une information de qualité transmise par le promoteur. Elle favoriserait l'émulation de nouvelles idées concernant la ville de demain et augmenterait son capital expérimental selon les dires de l'associatif.

Les participants, quel que soit leur milieu social, plébiscitent également la co-construction et

la co-création. « ...une solution qui est plus fondée et soutenue par un plus grand nombre, tout ce processus a son importance, peut créer un sentiment d'appartenance, de responsabilité qui font que tu te sens mieux dans ta peau et apporter aussi à ta santé aussi bien santé mentale que physique ça peut être bénéfique... ».

La participation, selon le groupe de citoyens

Le parlement de quartier est le mode de participation privilégié.

Le bon moment pour commencer à participer serait en amont, ce qui permettrait de travailler le projet : « ... on aurait le droit de triturer dans tous les sens, de supprimer, de balayer, de critiquer... mais le problème c'est que le projet est hermétique. Le dialogue avec les habitants ne peut fonctionner à mon sens que si on a le droit d'intervenir ... ». La possibilité de pouvoir émettre des avis contraignants est souhaitée, sous une forme à déterminer « ... Contraignant. (Approbations) Sinon ça ne sert à rien... ». Les répondants pensent que la participation va de pair avec une information de qualité, que ce soit de la part des autorités publiques ou des experts. Certains trouvent également utile la présence d'associations pour faire de l'animation au sein de groupes en vue d'établir un climat propice à la participation.

La participation, selon le promoteur public

Le promoteur du projet perçoit les contours de la participation comme flous, et la pense difficile à mettre en place ; son objectif serait plutôt de rendre le quartier acceptable par les riverains en y installant des activités transitoires qui contribueraient à favoriser le lien social. « ...Ça c'est une première stratégie... Donc par exemple on va... il y a déjà des activités transitoires qui ont lieu sur le site aujourd'hui, on va les développer, avec l'idée que... des activités qui se développent aujourd'hui peuvent peut-être trouver une localisation dans le nouveau quartier, et donc, dès le départ, contribuer au lien social qui va s'établir... ».

Les espaces publics et le parc permettraient le développement d'activités collectives avec les riverains, et avec les habitants de la première et de la seconde phase du projet, mais seulement lorsque la deuxième phase du projet sera terminée (dans plusieurs années) ; et une plateforme sera créée afin de superviser les activités transitoires du site. Il se veut être un coordinateur de la participation et de la gouvernance « ...En ce qui concerne la gestion et la participation, chaque projet... va le faire, va... proposer [anonymisation] une forme de participation, et nous on va évidemment essayer de négocier pour que cette participation soit la plus effective possible, et nous allons coordonner l'information générale des riverains et des futurs habitants, et la participation globale... enfin... Il y a à la fois chaque projet qui doit avoir son autonomie, parce que ça ne sert à rien d'imposer aux uns ou aux autres des choses qu'ils

n'ont pas envie de réaliser parce que, en matière de participation, si ce n'est pas sur une base volontaire quand c'est une initiative privée, ça ne marche jamais quoi... Donc il y a à la fois l'autonomie, et il y a à la fois le rôle public et social de la SAU qui vient en appui de ça ... »

Les modalités de la participation et de la gouvernance sont sous la tutelle de l'autorité publique. Le promoteur indique également que pour qu'il y ait participation, il faut qu'il y ait des habitants ; sinon, elle ne repose que sur les riverains.

La gouvernance, selon le monde associatif

Le monde associatif estime, quant à lui, que la gestion participative influence la qualité de vie des habitants, car elle permet d'être à l'écoute des besoins ; en outre, les lieux qui appliquent déjà la co-gestion démontrent la plus-value sociale de cette démarche par la meilleure qualité de vie qu'on y trouve. Selon certains, la véritable gouvernance serait un système intégré où les gens fonctionnent ensemble, avec un principe de subsidiarité « *...c'est-à-dire que pour les choses simples ça sera les petits groupes locaux qui décident, quand ça demande... s'il faut construire une route entre deux quartiers forcément il faut fédérer des assemblées pour prendre des décisions...* ». Selon d'autres, c'est surtout la co-gestion qui amène de la cohésion sociale, de la compréhension entre les individus, du respect, une connaissance de ses voisins, un sentiment d'appropriation et de responsabilisation des biens gérés en communs, ainsi qu'une diminution des inégalités sociales par une égalité de parole des intervenants et par une collectivisation de la charge financière. La gouvernance modélisée par une partie de l'associatif est une répartition en trois tiers entre les citoyens, le monde associatif, et les pouvoirs publics, ceci en fonction de l'importance du projet à porter.

La gouvernance, selon le groupe de citoyens

Il exprime que le principe de gouvernance amènerait de l'approbation aux décisions prises, (car ces dernières ne sont alors pas imposées mais prises ensemble), donnant de la « *...confiance dans sa légitimité...* » des utilisateurs; avec pour conséquence la remise en question d'une forme de hiérarchie sociale par l'acquisition d'expertise dans l'un ou l'autre domaine concerné (ou plusieurs d'entre eux). « *... où il y aurait ceux qui savent et ceux qui ne savent pas quoi, on est vraiment occupés à essayer de devenir des experts de nos vies, ou des experts de ces matières compliquées...* », amenant une forme d'émancipation des individus et une diminution des inégalités sociales.

La gouvernance, selon le promoteur public

Pour lui, la gouvernance pour le logement se fera par l'intermédiaire des CLT, sous des formes à trouver (pour la deuxième phase), et devrait être tournée vers des nécessités sociales

claires ; c'est un processus chronophage. L'option d'un développement centralisé a déjà été décidée pour la première phase : il s'agit de choisir un développeur qui construira du logement (public et privé), innovant en matière de gouvernance dans le domaine de la dissociation entre la propriété du sol et celle du logement. Il y aurait aussi un enjeu de gouvernance quant aux petits espaces verts de quartier.

2.1.3. L'environnement

Cette notion d'environnement est bien plus large que la création de pelouses et la plantation d'arbres sur un terrain ; elle implique des espaces naturels dont la biodiversité est préservée et qui, dans le meilleur des cas, sont interconnectés.

Selon le monde associatif

Il trouve que la préservation de l'environnement en termes d'économie d'énergie (habitat passif, récupération de l'eau...) est un élément positif du projet. Par contre, l'habitat tel qu'il est prévu tiendrait peu compte de la biodiversité : seul un parc, linéaire, est prévu aux abords de la voie de chemin de fer, qui sera connecté, à une seule extrémité, avec une zone verte. La densité de béton telle qu'elle est prévue serait incompatible avec un environnement préservé, ne respectant pas la biodiversité à cause du caractère trop « *minéral* » du projet ; l'habitat ne serait pas conçu avec la nature, mais sur la nature. Il serait possible de penser un habitat qui soit plus en harmonie avec la biodiversité (comme par exemple, le projet d'Eva Lanxmeer au Pays-Bas) « *...un habitat bien géré peut enrichir la biodiversité...* ». Pour certains, ce projet détruit la dernière friche sauvage de Bruxelles.

De manière générale, la préservation de l'environnement est décrite comme un atout pour le bien-être et la santé mentale des individus.

Selon le groupe de citoyens

Les citoyens pensent qu'un environnement préservé participe à la qualité de vie, mais le projet prévoit très peu de choses pour la préservation de l'environnement « *... Non, donc en fait l'environnement il est mal barré, pas grand-chose de positif...* »

Selon le promoteur public

Il dit porter une attention particulière sur la gestion de l'eau (réseau séparé entre eau pluviale et eau domestique, réutilisation de l'eau, bacs collecteurs spéciaux permettant l'infiltration d'eau dans le sol...) et sur la mobilité (déplacements des piétons dans le quartier, création d'un RER vélo, pistes cyclables, nouvelle ligne de bus, arrivée du métro Nord, parking souterrain, parking public pouvant être transformé plus tard en zone d'activité économique...). Le logement sera passif, doté d'un haut degré d'isolation et une ventilation de

haute technicité, et la biodiversité du site sera maintenue grâce au couloir végétal à créer le long du chemin fer. Des études d'incidence ont été réalisées sur le bruit, le sol, la mobilité, ainsi qu'une étude paysagère.

2.2. Lecture transversale

Il s'agit ici d'exposer les résultats de l'enquête avec les objectifs d'un urbanisme favorable à la santé et les critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs. Il est fait appel aux notions des biens communs à travers ses caractéristiques, à savoir : l'action collective, la gestion collective et la durabilité.

2.2.1. Style de vie sain

Les résultats montrent que, selon les répondants, l'action collective soutiendrait un style de vie sain, en permettant des propositions d'aménagement urbain favorisant la pratique d'activités physiques favorables à la santé : essentiellement, l'aménagement de jardins collectifs et d'un lagunage avec préservation de la biodiversité, ainsi que l'augmentation de la surface d'espaces naturels par rapport à la surface bétonnée. Ces propositions permettraient de favoriser une activité physique dans un espace vert et permettraient d'améliorer la santé mentale. « ... *ne pas penser que le confort, le luxe et le bien-être est lié forcément à la surface habitée... donc on profite d'une nature préservée et l'accès à cette nature préservée que à mon avis au niveau de la santé mentale déjà est très profitable...* ».

La gestion collective soutiendrait aussi un style de vie sain. Selon un répondant « ...*imagine que tu gères en collectivité une espace où la biodiversité est archi-présente, le bienfait que cela apporte sur ton état d'esprit de prendre soin de cet espace et d'en être co-responsable de son bon fonctionnement, c'est génial !...* ». Ceci est caractérisé ici par le fait de prendre soin d'un espace naturel ; mais la gestion commune agirait aussi en permettant, par exemple, de rendre pérennes et de promouvoir les infrastructures du quartier propices à la santé des habitants (vélos partagés, plaine de sports...). Gérer ces biens de manière commune les rendraient plus attractifs pour la population environnante, et leur donnerait plus de visibilité.

La durabilité soutiendrait aussi un style de vie sain. Les répondants sont en effet d'avis que des mesures comme le projet de récupération de matériaux, ou la non-utilisation de produits phytosanitaires industriels, favoriseraient une activité douce et la diminution du risque d'intoxication des individus et de l'environnement par des substances toxiques.

2.2.2. Cohésion sociale

L'action collective soutiendrait la cohésion sociale ; car, comme les activités communes, elle crée du lien social. La cohésion sociale peut être facilitée par la création d'environnements

sûrs et ouverts avec des lieux de rencontres informels (OMS, 2000). Selon un répondant : *« un espace public où on peut se rencontrer pour décider ce que l'on a envie de faire ensemble ou pour décider ce que l'on a envie pour le futur de nos gamins... ».*

La gestion collective de ces espaces communs induirait également de la cohésion sociale, et développerait de la solidarité (ayant elle-même une influence sur cette cohésion). *« ... Ça c'est possible parce qu'ils ont intégré tout cette réflexion sur la gestion, qu'ils donnent des responsabilités et du coup les gens se connaissent... où ça apporte vraiment une plus-value sociale... ».* Elle agirait par le fait de gérer *« ensemble des biens communs »*. Selon un répondant *« ... il ne suffit pas de construire les espaces, il faut réfléchir comment les gérer ensemble dans la durée et son conflit, gérer, se mettre d'accord sur qui va nettoyer, qui va repeindre, qui va payer les frais, etc. ça touche à plein de points mais c'est très important d'y réfléchir mais l'inclure je pense que ça permet une cohésion sociale sur le long terme... ».* De plus, la gestion collective amènerait les individus à se rencontrer, à se connaître et à partager. Elle supporterait le principe de justice sociale (redistribution) par le fait que le groupe gèrerait les infrastructures pour le bien de la collectivité, et non pour des intérêts particuliers.

La durabilité, quant à elle, soutiendrait la cohésion sociale, par la réunion d'individus concentrés sur cette thématique, afin d'atteindre des buts communs : des rencontres seraient donc organisées autour d'activités « durables ». Cet aspect peut donc aussi être abordé sur le plan relationnel ; par exemple, le jardinage peut permettre aux individus de mieux se connaître. *« ... cela a attiré une grande partie des gens du quartier... ça fait revivre complètement un quartier et ça, quand-t-on parle du durable, il n'y a pas que le durable au niveau matériel, il y a le durable au niveau contact avec les gens... ».*

2.2.3. Qualité du logement

L'action collective soutiendrait la qualité du logement. L'accès à un logement adapté est capital pour les jeunes et les personnes âgées ; et les facteurs environnementaux, comme le manque d'espaces sanitaires dans les logements et les espaces publics, ont été reconnus depuis la naissance de l'urbanisme comme sources de maladies. Des bâtiments collectifs adaptables peuvent être prévus pour différents usages tels que santé, éducation et loisirs (OMS, 2000). Le fait de mener une action collective concernant le choix de la qualité du logement (par exemple, le nombre de pièces de vie, renforcées par des buanderies et autres pièces polyvalentes communes) augmenterait sa qualité (avec un coût maîtrisé par la collectivité de l'infrastructure) par un nombre suffisant de pièces à vivre, luttant ainsi contre une forme de surpopulation. La modularité joue aussi un rôle potentiel. ; selon un répondant

« ...il y a ça parce que les familles nombreuses sont nombreuses à Bruxelles et aussi une « modularité » des appartements ce n'est pas toujours facile à réaliser et toutes les administrations ne sont pas d'accord mais ça peut avoir un impact très chouette pour le bien-être... ». Selon un autre « il faut créer des logements qualitatifs où, s'il y a trois ou quatre chambres, il faut prévoir des séjours suffisamment grands, illuminés etc. et ça passe par ces questions-là mais ça passe aussi par les espaces partagés au sein d'un immeuble, les familles nombreuses ou les familles monoparentales à Bruxelles n'ont pas toujours beaucoup de moyens et donc ne peuvent pas se permettre de grands logements, donc ils vont vivre dans un petit logement et du coup prévoir une buanderie collective pour tout l'immeuble et prévoir des couloirs pour des coursives, des couloirs verticaux et donc en faire plus que juste un simple couloir qui sert à différents logements mais que ça puisse être un espace de rencontre.... ». En repensant, par l'action collective, le logement avec des espaces partagés, la qualité serait ainsi améliorée et favoriserait les échanges entre les individus.

La gestion commune et la durabilité soutiendraient aussi la qualité du logement ; la première par la gestion collective des espaces communs sur les points relatifs à son entretien ou à son embellissement, la seconde car l'utilisation de matériaux de récupération permettrait de favoriser l'isolation, augmentant le confort à moindre coûts financier et écologique.

2.2.4. L'accès au travail

L'action collective soutiendrait l'accès au travail. L'urbanisme associé à des stratégies de relance économique peut en effet être bénéfique, en facilitant l'émergence d'opportunités pour les « affaires », favorisant ainsi la diversité des emplois et garantissant le maintien d'offres locales d'emploi (OMS, 2000). En posant le choix de l'action collective sur le réemploi de matériaux de construction, on donne l'opportunité à une main d'œuvre peu qualifiée de travailler sur le site ; une partie de la friche est en effet dédiée à une zone de petite industrie. De plus, l'emploi local permettrait de diminuer le transport individuel motorisé. La gestion collective soutiendrait aussi l'accès au travail, le collectif prenant des décisions sur son environnement proche, permettant de dédier des individus à des tâches spécifiques et peu complexes, soit en les rémunérant, soit en leur accordant un échange de temps de travail. La question qui se pose est son financement. La durabilité soutiendrait également l'accès au travail ; selon les répondants, si la réutilisation des matériaux pour la construction de nouveaux logements Josaphat est mise en avant au niveau de la Région de Bruxelles, celle-ci pourrait alors amener du travail à une main d'œuvre peu qualifiée locale, soutenant ainsi un urbanisme favorable à la santé.

2.2.5. Accessibilité aux équipements et services

L'action collective soutiendrait l'accessibilité aux équipements et services ; les répondants sont d'avis qu'elle permettrait d'influer sur les politiques en soumettant des propositions d'aménagements urbains facilitant l'accès aux équipements et services. Il y a un souhait de création d'une maison de naissance et de mourance, ainsi que d'un habitat intergénérationnel (Pass-âge), intégrés dans le quartier, permettant ainsi de se réapproprier localement ces étapes de la vie plutôt que de les vivre loin de chez soi dans un milieu fortement institutionnalisé. Cette proximité d'équipements permettrait aussi de réduire le transport individuel motorisé et d'augmenter la santé et le bien-être local (OMS, 2000).

Cette accessibilité aux équipements et services est aussi soutenue par la gestion collective (de leur entretien notamment) ; et par la durabilité, du fait de l'affectation possible du zoning industriel de la friche en une plate-forme de l'économie circulaire et de l'économie locale, basée sur la récupération des matériaux, et une solderie d'objets de seconde main, établis à proximité des domiciles, ce qui favorise les rencontres autour d'un projet de récupération.

2.2.6. Production locale de denrées alimentaires biologiques

L'action collective soutiendrait la production locale de denrées alimentaires biologiques, les jardins collectifs permettant aux personnes à faibles revenus de produire leurs propres fruits et légumes, laissant ainsi une place à la santé, au bien-être et aux activités physiques douces (OMS, 2000). Selon un répondant « *...donc les gens du quartier sachant qu'il y a des légumes qui poussent en bas de leur balcon, ils viennent... les gens sont contents d'amener leurs enfants, parce qu'il y a un potager... où les enfants peuvent faire une éducation... petit à petit il y a plein de choses qui se sont créées tout autour et en fait ce champ a attiré une grande partie des gens du quartier... il y a le durable au niveau contact avec les gens... voilà, il y a un mélange que s'est fait bêtement : on fait la file, on discute et puis, des informations, les contacts se créent... et pour moi, c'est ça la durabilité...* ». La gestion collective et la durabilité apportent aussi leur soutien, la première en permettant l'implication des populations dans le mode de production et de distribution, et la seconde en encourageant la production locale de denrées alimentaires biologiques par une agriculture pérenne sans utilisation de pesticides et d'engrais chimiques.

2.2.7. La sécurité

Les répondants considèrent que l'action collective soutiendrait la sécurité, en permettant de soumettre des propositions d'aménagement urbain favorisant la sécurité de la population, et ainsi d'influencer les politiques. Une idée défendue parmi d'autres, est la promotion de

l'utilisation d'un transport doux dans le quartier (visant à modérer la circulation automobile, à favoriser les systèmes de réduction de vitesse et, à donner la priorité aux piétons et aux cyclistes, qui sont des éléments clés pour la construction d'un environnement sûr). Selon l'OMS, des études détaillées et la planification des zones résidentielles et commerciales permettent d'assurer une possibilité de surveillance naturelle des espaces publics, réduisant ainsi la peur et la fréquence réelle des délits (OMS, 2000). Selon un répondant : *« ...la visibilité. On travaille à ce que le quartier soit visible des alentours... il sera possible de traverser le quartier sans faire un grand tour, on pourra passer entre les immeubles par des chemins... des placettes (petites places sur la voie publique) permettant une vue sur le quartier... »*. La gestion collective permet aussi d'impliquer et de responsabiliser les individus sur les espaces à sécuriser. Mais les matériaux recueillis n'ont pas permis de mettre en évidence le rôle éventuel de la durabilité.

2.2.8. L'égalité

L'action collective soutiendrait le processus d'égalité, en permettant d'influencer les politiques et de soumettre des propositions pour favoriser l'accès au logement pour les individus en situation précaire, et de créer des emplois dont la collectivité du quartier Josaphat Brussels aurait besoin (jardiniers, gardiens de la paix, agents d'entretien...). Ce processus est également soutenu par le logement (plus de personnes peuvent avoir un toit grâce au logement social) et le travail (la diminution du niveau de pauvreté réduit le mauvais état de santé et le nombre de décès prématurés) (OMS, 2000). Le type d'urbanisme peut faciliter la mise à disposition de logements sociaux et peut promouvoir l'accès à l'emploi et amener une forme d'égalité par rapport aux personnes ayant un logement et un emploi. Les réseaux locaux d'entraide sont renforcés par ces éléments, aidant ainsi à développer un esprit de quartier (OMS, 2000). Selon un répondant : *« ...il y a du logement social qui est prévu, mais insuffisamment... »*. Un autre répondant indique que : *« C'est génial, car quand on se trouve ensemble...on se sent plus fort et moins vulnérable lorsque l'on fait les choses ensemble...on se sent tous pareil, on est dans le même bateau et on avance... »*. La gestion collective supporterait aussi le processus d'égalité, permettant à chaque habitant d'interagir avec son environnement proche quel que soit son niveau social : *« ... le fait de réfléchir ensemble comment on va gérer ce bien commun fait que l'on met tout le monde sur le même pied de table (NDLR : d'égalité)... »*. Rien n'indique que la durabilité ait un rôle à jouer, ceci par manque de matériaux.

2.2.9. Qualité de l'air, de l'eau, des terres, stabilité du climat

Ces objectifs d'un urbanisme favorable à la santé sont exprimés de façon indirecte par le monde associatif, le groupe de citoyen, et le promoteur public, qui ne les mentionnent pas explicitement dans leur discours. Par exemple, une modélisation du renforcement de la mobilité douce, dans le projet de développement urbain, peut avoir une influence sur la qualité de l'air (par une diminution de l'emploi de véhicules motorisés), des terres (par une diminution de la surface asphaltée), et de l'eau (par une diminution de la pollution de l'eau de ruissellement avec une production moindre de résidus automobiles), comme sur la stabilité du climat (par une diminution du bilan carbone lié à la production et à l'utilisation de l'automobile). Il est permis de penser que cette modélisation soutiendrait la qualité de l'air (par la mécanisation faible, voire inexistante, de la production locales de fruits et légumes), de l'eau (par la séparation des eaux de pluies et de eaux usées) et des terres (par la non utilisation de produits phytosanitaires industriels), ainsi que la stabilité du climat, par une bonne isolation du logement.

La difficulté de traitement de l'information concernant ces dernières thématiques réside dans la cohabitation de deux modèles : d'une part, la présence d'un processus de prévention des risques pensée par le promoteur public avec des études d'incidences (de types réglementaires) ; et d'autre part, la promotion de la santé actée par le monde associatif. De plus, comme la réalisation du projet n'est pas concrète et les informations sont parcellaires, la formulation par les répondants peut être difficilement concrète également. Un paragraphe est consacré à cette difficulté dans la section limites et biais.

2.2.10. Conclusion

Les résultats nous indiquent que les critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs rencontreraient les objectifs d'un urbanisme favorable à la santé, que sont : le style de vie sain, la cohésion sociale, la qualité du logement, l'accès au travail, l'accessibilité aux équipements et services, et la production locale de denrées alimentaires biologiques. Les objectifs de sécurité, d'égalité, et d'un urbanisme favorable à la santé seraient partiellement soutenus (à deux caractéristiques sur trois des biens communs) car si l'action collective et la gestion collective ont été objectivées, tel n'est pas le cas de la durabilité. En ce qui concerne la qualité de l'air, de l'eau, et des terres, et de la stabilité du climat, il est permis de penser que ces objectifs sont soutenus indirectement par les biens communs modélisés. La difficulté de traitement réside dans la cohabitation de deux modèles (prévention des risques et la promotion de la santé) et par

l'aspect encore fortement abstrait du projet aux yeux des répondants.

La discussion qui suit permet de répondre aux trois objectifs de recherche.

3. Discussion

3.1. Réponses aux objectifs de recherche

Les lectures verticale et transversale fournissent du matériel pour esquisser une réponse à la question de recherche ainsi qu'aux objectifs de travail. Les objectifs seront discutés à la lumière des résultats.

3.1.1. Premier objectif

Il s'agit de l'analyse des propositions concrètes, selon les acteurs, telles qu'elles pourraient être traduites concrètement dans un PDU en actions déterminantes sur la santé concernant le mode de vie, les environnements, la participation, et la gouvernance.

La modélisation selon le monde associatif et le groupe de citoyens

Les propositions concernant l'environnement bâti et le mode de vie sont : une diminution de la densité de logement, la création d'espaces communs et multimodaux adaptés à la sociologie de la famille, un appui à la soutenabilité sociale par les principes des biens communs, une accessibilité financière réelle via les CLT, un confort acoustique dans les logements et la transparence du projet ; lesquels auraient des effets positifs sur la santé et le bien-être.

Les répondants proposent, au sujet de la participation et la gouvernance : la création d'un parlement de quartier, et la participation en amont du projet (sous la forme d'une co-construction et co-crédation ; un tiers citoyens, un tiers associatifs, un tiers pouvoirs publics). Ces éléments auraient des effets positifs sur la cohésion sociale, l'émancipation des individus, l'approbation des décisions, la santé et le bien-être. La demande relative à la participation et à la gouvernance est forte.

Ils proposent, quant à l'environnement : un lagunage permettant à la faune et la flore de trouver un refuge, une interconnexion des zones vertes dans et en dehors du nouveau quartier, une prise en compte des avis des naturalistes, et une diminution de la densité de logements pour favoriser la présence de la nature. Une attention particulière est portée à la préservation de la faune et de la flore. Ceci aurait des effets positifs sur la santé et le bien-être.

Le lien du projet urbanistique avec les quartiers environnants n'est pas ressenti par ces mêmes répondants. L'image d'une greffe est utilisée « *pour qu'une greffe prenne, le terrain d'accueil doit être préparé* ».

Ils ressentent, de manière remarquable, un manque d'informations claires et précises sur le

projet, et ne perçoivent pas que le promoteur public se soucierait de la santé, surtout en ce qui concerne la densité de logements et d'habitants et le nombre de « réels » espaces verts.

La mobilité à l'intérieur du site (nombre de voitures en rapport avec la densité d'habitants, parkings, circulation, place dédiée aux transports doux) leur pose de nombreuses questions. Cette thématique touche également à la nuisance sonore des véhicules à moteurs, à la pollution atmosphérique, aux coûts des infrastructures dédiées au transport individuel motorisé ; elle dépasse la simple fluidité du trafic routier et va au-delà des études d'incidence réalisées par le promoteur public.

La modélisation selon le promoteur public

Ses propositions concernant le mode de vie sont : des logements adaptés à la famille par une superficie de logement suffisamment grande, la construction de plaines de jeux et de sports, la présence de jardins collectifs, la durabilité axée sur l'économie énergétique et sur la multifonctionnalité des infrastructures, une soutenabilité sociale par une mixité sociale, et enfin la présence de logements à des fins sociales.

Il suppose que la participation s'installera dans la deuxième phase du projet pour certains espaces publics. Il serait le coordinateur de la participation et de la gouvernance, qui se fera par l'intermédiaire des CLT, et qui sera tournée vers des nécessités sociales.

Ses propositions concernant l'environnement sont : la prise en compte des études d'incidence, la gestion de l'eau (récupération et séparation eaux de pluies et eaux usées), la réduction de l'imperméabilisation, la réutilisation de l'eau sur place, une biodiversité maintenue grâce à un couloir végétal le long du chemin de fer, la présence de toitures végétales et de jardins collectifs, la connectivité avec les transports public, des de talus antibruit, des espaces partagés, des placettes à l'entrée du site, la diminution du stationnement en voirie (parking dédié), et le monitoring de la mobilité autour du site.

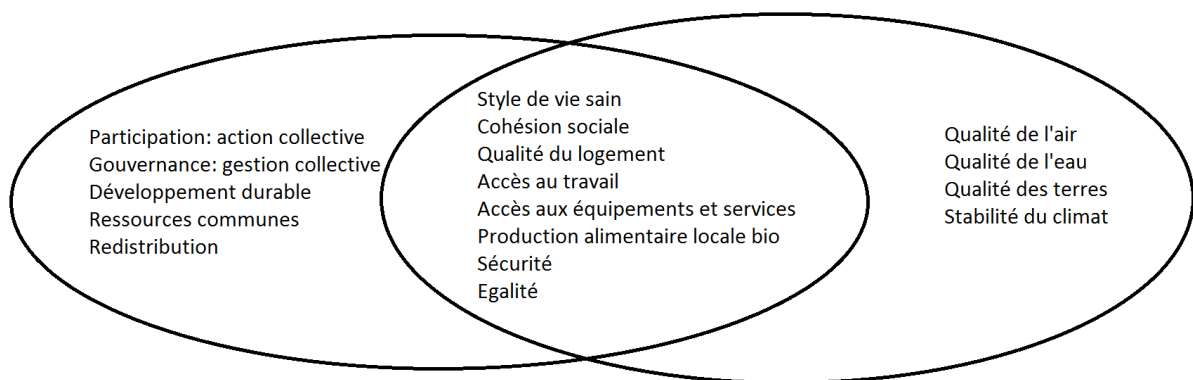
3.1.2. Deuxième objectif

Les résultats en regard du concept d'urbanisme favorable à la santé, sont appréciés en fonction des critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs : par l'action collective, la gestion collective et la durabilité. L'action collective est une « *action commune et concertée des membres d'un groupe afin d'atteindre des objectifs communs dans un environnement donné* » (Dictionnaire de politique, La Toupie, 2018), la gestion collective est « *l'ensemble des mécanismes de régulation d'un système économique et social en vue d'assurer des objectifs communs* » (Froger, 2002), et la durabilité est une configuration de la société humaine qui lui permet d'assurer sa pérennité

sans compromettre la capacité des générations futures de répondre à leurs besoins (e-RSE, 2018). Ces caractéristiques soutiendraient les objectifs d'un urbanisme favorable à la santé, que sont : le style de vie sain, la cohésion sociale, la qualité du logement, l'accès au travail, l'accessibilité aux équipements et services, et la production locale de denrées alimentaires biologiques. Les objectifs de sécurité, d'égalité et d'un urbanisme favorable à la santé seraient partiellement soutenus (à deux caractéristiques sur trois des biens communs) car l'action collective et la gestion collective ont été objectivées, et non la durabilité. Quant à la qualité de l'air, de l'eau et des terres, et à la stabilité du climat, on peut penser qu'ils sont soutenus indirectement par les biens communs modélisés. La difficulté de traitement réside dans la cohabitation de deux modèles (prévention des risques et la promotion de la santé) et par l'aspect encore fortement abstrait du projet aux yeux des répondants.

Ces résultats sont condensés (en annexe 5, grille transversale), dans un tableau croisé reprenant : les déterminants de la santé analysés, les objectifs d'un urbanisme favorable à la santé en lien avec les effets attendus selon l'OMS, les critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs en lien avec les modèles proposés par les répondants, et enfin un bilan de convergence entre ces thématiques.

Afin de visualiser les interactions entre les critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs avec les objectifs d'un urbanisme favorable à la santé selon l'OMS, un diagramme a été créé mentionnant ainsi les spécificités et les points communs :



On voit que la participation et la gouvernance composant les biens communs ne figurent pas en tant que tels dans les douze objectifs d'un urbanisme favorable à la santé. Néanmoins, les caractéristiques d'un urbanisme participatif permettent de faire le lien, en partie, entre le caractère favorable à la santé et la modélisation de la charte de Commons Josaphat sur les sujets de la participation et de la gouvernance.

Un lien avec l'actualité et le concept de participation peut être fait, comme dans la carte

blanche publiée dans le journal *Le Soir* du 26 juin 2018 sous le titre « *Faire la ville sans les gens ? Pour une refonte des politiques de participation à Bruxelles* ». Les nombreux signataires (auteurs issus du monde associatif bruxellois ainsi que des universitaires du pays) s'y plaignent de la forme actuelle de participation prônée par la Région (20 réunions, concernant 10 projets, sur un espace de 6 jours ouvrables), revendiquent le droit des habitants et des associations à prendre part à la définition et à l'organisation de la ville pour que le développement de celle-ci soit « juste et intégré » (comprendre : un développement centré sur les besoins sociaux et écologiques de la ville), et demandent à la Région de replacer la démocratie urbaine au centre du débat (au travers de l'élaboration d'un Plan Régional de Développement Durable ou PRDD afin de soutenir un projet de ville discuté par les habitants, par la mise en oeuvre d'une politique de développement territorial discutée dans les quartiers et moins dans les bureaux de l'administration, et par la mise en place de consultations des citoyens en amont de l'élaboration du projet et des plans régionaux et communaux).

Les répondants, selon le rôle qu'ils jouent, jugent le degré de participation comme allant de 2 (de pure forme) à 6 (partage de la décision), sur l'échelle de la participation selon Arnstein (1969) complétée par Hart (1992). Chaque "type" de répondant a sa propre vision de la chose ; il n'y a pas de langage commun entre chaque rôle. Ainsi, là où le promoteur public se focalise sur les espaces verts (quand ils seront construits), le monde associatif aimerait être impliqué sur le logement et l'environnement, dès le stade de la conception ; on va de la participation limitée à la participation transversale ; on considère tantôt un but d'émancipation, tantôt on se limite à rendre acceptable un projet de développement urbain.

La signification des termes utilisés comme la participation, la gouvernance, l'environnement, l'émancipation... est perçue différemment en fonction des rôles des répondants. Il y a un hiatus entre le monde associatif et le groupe de citoyens : il leur manque un socle commun.

La littérature traitant des perceptions relatives à la compréhension par les praticiens, du bien commun dans la planification et à la prise de décision dans la planification urbaine (Murphy & Fox-Rogers, 2014) montre que la définition du bien commun la plus fréquemment citée par les praticiens, est un équilibre entre des intérêts concurrents qui permet de minimiser les effets négatifs du développement du projet. Leurs points de vue sont très éloignés des nobles idéaux de la théorie de la planification et reflètent le changement idéologique des planificateurs au sein d'une institution fortement néo libéralisée depuis les années 1970.

Cet article illustre le fait qu'il existe des variations de visions d'un concept, comme les biens communs, par rapport à la littérature ; à ce sujet, il va dans le sens de la constatation réalisée

sur le terrain concernant des valeurs communes et leurs significations. Il illustre une échelle de participation de la prise d'avis à la co-gestion (gouvernance tripartite) du Commons Josaphat, qui fait résonance avec un urbanisme favorable à la santé et participatif, comme il remet en question les concepts de propriété, du foncier, et des biens à considérer comme à qualifier de communs car d'intérêt général (l'air, l'eau, la terre...).

Il ressort de cette étude qualitative, un rapport intuitif à la santé de la part du promoteur public au sujet de ce projet de développement urbain. Il y a en effet une approche technique (étude d'incidence du bruit, du sol, de l'eau, étude paysagère) qui induit une approche santé indirecte du fait des études d'incidences ; mais l'approche directe de la santé et du bien-être en rapport avec l'urbanisme n'est pas réalisée, car la santé n'est pas analysée de façon structurée et systématique, et il n'y pas de matériau pour exprimer une vision transversale de toutes les études d'incidences (qui restent à son sens l'affaire de spécialistes et d'experts).

A noter que dans le discours du monde associatif (excepté le groupe santé du Commons Josaphat) et du groupe de citoyens également, la thématique santé n'apparaît pas directement: il n'y a pas de relation intuitive immédiate entre le projet de développement urbain et le concept de santé, qui n'arrive qu'au fur et mesure du dialogue avec les répondants (qui pensent en outre que le promoteur public ne s'en préoccupe pas).

Les informations relayées par les autorités publiques sont perçues par le monde associatif et le groupe de citoyens comme ayant que des effets modérément positifs sur la santé. Mais la modélisation qu'ils énoncent favoriserait les effets positifs sur la santé et le bien-être ; et la perception qu'ils ont de ce concept concerne principalement la santé mentale, qu'ils estiment liée à la densité du logement, à la qualité de logement (espaces), et à l'existence d'espaces naturels et de rencontres. Ils ne se limitent donc pas à la santé physique.

3.1.3. Troisième objectif

Il s'agit de l'intérêt d'inscrire le projet de développement urbain Josaphat Brussels dans une démarche d'évaluation d'impact sur la santé, et des perspectives qui en découlent.

Comme le rappelle l'OMS dans sa publication *Urbanisme et santé* (Barton & Tsourou, 2000), « *les conditions dans lesquelles s'inscrit l'environnement urbain et la façon dont celui-ci est géré et utilisé par ses habitants sont fondamentales à la santé humaine et au bien-être. Beaucoup des problèmes survenant dans les villes aujourd'hui sont les conséquences d'un environnement et de conditions de logement médiocres, de la pauvreté, de l'inégalité, de la pollution, du chômage, du manque d'accès aux emplois aux biens et aux services et d'un manque de cohésion sociale. Les urbanistes, par leur action, jouent un rôle sur les*

environnements sociaux, physiques et économiques ainsi que sur la manière dont les villes fonctionnent. C'est la raison pour laquelle ils ont un rôle clé pour les villes en fonction de la manière dont ils abordent ces problèmes et garantissent des conditions de vie qui contribuent à la santé, au bien-être et à une bonne qualité de vie. ».

L'EIS est une méthode par laquelle un projet (de développement urbain) peut être évalué selon ses effets potentiels (positifs ou négatifs, directs ou indirects) sur la santé de la population, et sur la distribution de ces effets en son sein. C'est un outil d'aide à la décision qui apporte une information objective et des stratégies en vue de réduire les impacts négatifs et de potentialiser les effets positifs sur la santé du projet aux décideurs et aux planificateurs, avant que le processus décisionnel ne soit clôturé. Elle amène une transparence du processus décisionnel par rapport aux citoyens, et permet de lutter contre les inégalités de santé (Bédard & Latrèche, 2018).

La manière dont est pensé le projet Josaphat Brussels va indubitablement influencer la santé des futurs habitants et riverains. Comme dit en amont, les caractéristiques du projet de développement de la friche Josaphat en quartier en bien commun rencontrent largement les critères retenus par le guide OMS pour un urbanisme favorable à la santé centré sur les habitants : une évaluation d'impact sur la santé par les douze déterminants clefs que sont les objectifs de santé et les critères d'évaluation (style de vie sain, cohésion sociale, accès au travail, accessibilité aux équipements et services, production locale biologique de denrées alimentaires, sécurité, égalité, qualité de l'air, qualité de l'eau, qualité des équipements sanitaires, qualité des terres et ressources minérales, et stabilité du climat).

Le promoteur public (à savoir l'administration régionale gestionnaire du terrain) a réalisé des études d'incidence concernant le bruit, la mobilité, l'eau, et le paysage, qui permettent d'orienter les décisions relatives à la construction du nouveau quartier. La mise en application de leurs résultats est soumise à la législation (belge et européenne) mais aussi à la vision économique du projet. Il est à noter que ces diverses études sont spécifiques (air, bruit, eau) et d'ordre technique. La prise de décision à leur sujet peut avoir des répercussions sur le plan santé comme, par exemple, la réduction de la perception des nuisances sonores par une amélioration de l'isolation acoustique des vitrages du logement. En d'autres termes, par l'entremise d'études d'incidences, la santé serait influencée indirectement par la prise de décisions relatives à des données techniques. Selon le promoteur public, l'aspect santé du projet urbanistique « *est abordé de façon intuitive* », la santé n'étant pas étudiée comme un élément central et structuré du projet. Dans ce contexte, l'intérêt de la réalisation d'une EIS

prend ainsi son sens en amont du développement du projet urbain.

Les perspectives existent pour inscrire ce projet de développement urbain dans une démarche d'évaluation d'impact sur la santé, mais elles sont grevées par des obstacles majeurs : une participation insuffisante des habitants et des associations, et un dialogue entre la Région et les citoyens quasi inexistant, qu'un riverain illustre verbatim par « *nous sommes niés en tant que citoyen* ». Il paraît donc nécessaire de mettre en place une réelle participation et un véritable dialogue transversal entre les autorités publiques, les citoyens et les associations.

Grille d'analyse

Une grille d'analyse (annexe 6) élaborée par Jabot et Le Gall (2018) a été utilisée pour évaluer la perspective d'une mise en œuvre d'une EIS. Des questions préalables permettent d'apprécier la pertinence, l'utilité et la faisabilité de l'implémentation de la démarche.

Examen rapide du projet :

- Quel est le type de proposition examinée ? Un projet d'aménagement urbain par la création de 1.600 logements, concernant directement environ 5.000 personnes sur une friche de 24 hectares située à Bruxelles dans un environnement de densité de logements et d'habitants élevées.
- Quel est le but de la proposition examinée ? La création de logements à Bruxelles afin de répondre aux besoins de logements des différentes couches de la population
- Sur quels déterminants porte le projet ? Individuels, physiques, sociaux, économiques et sur le système de santé et le cadre de vie.
- Quelle est la durée de réalisation prévue ? Longue (supérieure à 5 ans).

Évaluation rapide des impacts :

- Le projet est-il susceptible d'avoir des effets sur la santé ? Oui, sur la santé physique et mentale des futurs habitants et riverains du projet de développement urbain.
- Peut-il avoir des effets directs sur la santé ? Oui (cf. supra).
- La probabilité de survenue des effets du projet est-elle élevée ? Oui (cf. supra).
- Les effets potentiels du projet sont-ils suffisamment importants pour justifier une EIS ? Oui (cf. supra).
- Ces effets sont-ils susceptibles d'affecter une proportion importante de la population ou de sous-groupe de la population ? Oui, principalement les individus aux revenus faibles, les femmes isolées, les personnes ne maîtrisant pas les langues officielles du pays, les enfants et les personnes âgées.
- Le projet est-il susceptible d'affecter inégalement des groupes de population ? Oui, un

habitat non adapté impacterait principalement les groupes précarisés.

- Les groupes les plus vulnérables seront-ils affectés ? Oui.

Estimation du contexte :

- Le contexte politique/administratif est-il favorable à la mise en œuvre d'une EIS ? Non, à ce stade la santé est abordée seulement de façon intuitive par le promoteur public, et aucune volonté d'élaborer une EIS n'a été détectée.
- Des compétences sont-elles présentes pour la réalisation d'une EIS ? Oui, par l'intermédiaire du groupe associatif (sur le plan technique) et l'expertise de terrain des citoyens.
- Le financement d'une EIS est-il possible ? Non, pas à ce stade.
- Les informations sur le projet seront-elles suffisantes pour réaliser une EIS ? Oui, celles récoltées par ce travail comme celles acquises par le monde associatif et le groupe de citoyens (même si celles-ci sont lacunaires).
- La durée de l'EIS est-elle compatible avec la réalisation du projet ? Oui : la phase 1 n'a pas encore débuté et la phase 2 ne verra le jour que dans plusieurs années.
- Existe-t-il une possibilité de faire évoluer le projet ? Oui, le momentum est en adéquation avec les élections communales (14 octobre 2018) et régionales (26 mai 2019).

Une EIS doit-elle être engagée ?

Oui, en regard au développement de ce travail et aux réponses précédentes.

Mise en place

La mise en place d'une évaluation d'impact sur la santé et une participation effective des parties prenantes implique que la démarche communautaire doit impérativement être soutenue sur le plan des moyens logistiques et financiers par les autorités publiques, car pour élaborer une démarche scientifique indépendante de cette sorte, il est nécessaire d'avoir un commanditaire (l'autorité publique) qui veut disposer d'outils d'aide à la décision relative aux impacts sur la santé d'un projet de développement urbain. Un plaidoyer dans ce sens prend tout son intérêt.

Le promoteur public ne semble pas disposé à commander une EIS. Il serait néanmoins envisageable d'étudier d'une manière ou d'une autre les douze objectifs d'un urbanisme favorable à la santé pour amener une réflexion à propos des impacts sur la santé d'un tel projet, ceci pouvant servir de tremplin vers le développement d'une EIS en région bruxelloise.

Une EIS sous quelle forme ?

L'EIS peut prendre plusieurs formes (Jabot & Le Gall, 2017) qui déterminent sa mise en

œuvre, selon l'objet étudié et selon le contexte administratif et juridique, les buts poursuivis, les méthodes utilisées et la culture des évaluateurs (Harris-Roxas & Harris, 2011).

On peut regrouper les types d'EIS selon les finalités poursuivies, la nature de la participation, la durée et la profondeur de l'analyse, ou encore selon les enjeux et moyens.

- Selon les finalités poursuivies : réglementaires, d'aide à la décision, ou de type plaidoyer. Dans le cadre qui nous occupe, une EIS de type plaidoyer est envisageable car elle peut être entreprise par des groupes qui ne sont pas des décideurs ni des responsables de projet, et dont l'objectif est la prise en considération de certaines problématiques de santé dans un projet (Harris-Roxas & Harris, 2011).

- Selon la nature de la participation : EIS non participative, consultative, participative, ou à base communautaire. Elle pourrait ici être participative, émanant de groupes qui ne sont ni décideurs, ni responsables de projet, et dont le but est l'émancipation des communautés avec une participation active de la population (Jabot & Le Gall, 2017; Mahoney et al., 2007).

- Selon la durée et la profondeur : ultra-rapide, rapide, intermédiaire, ou encore approfondie (ou encore empruntant des caractéristiques à l'une et l'autre de ces formes). Dans le cadre de Josaphat Brussels, une EIS hybride entre rapide et intermédiaire est envisageable, selon le temps disponible pour la réaliser. L'EIS rapide ne porte que sur un nombre limité d'impacts ; elle est soit est fondée sur une revue de la littérature sans recueil de données nouvelles (Kemmer, 2013; Mindell et al., 2003; Plateforme Suisse, 2010), soit sur des données nouvelles pouvant compléter les données existantes (Beard & Billet, 2010) ; sa durée peut varier de quelques jours à quelques semaines (Plateforme Suisse, 2010; Harris et al., 2007), voire de deux à quatre mois (Beard et Billet, 2010). L'EIS intermédiaire, elle, amène des nouvelles données en plus des données existantes et se situe entre les EIS rapide et approfondie, en termes de durée et d'étendue des impacts à analyser (Harris et al., 2007).

- Selon l'enjeu et les moyens. L'enjeu du projet déterminera le type d'EIS en fonction des rapports de forces politiques et de l'impact (nombre d'individus touchés). Les moyens concernent le capital humain (tant en quantité qu'en qualité des compétences) et financier ; la littérature ne propose pas de classement systématique. Ici, l'enjeu d'une EIS est important par le nombre d'individus touchés (5.000 personnes, plus les riverains de la friche et les autres utilisateurs des commodités du nouveau quartier). Les rapports de forces politiques (les familles politiques, mais aussi le rapport existant entre les associations, groupement de citoyens, et les institutions publiques) sont majeurs pour un projet de cette envergure.

L'EIS, une cause possible de tension

Wright et al. (2005), dans leur article relatif à la participation aux études d'impact sur la santé, indiquent que les applications récentes de ces études donnent une justification utile de la participation en tant que moyen de collecte d'informations, et qu'il n'est plus défendable de soutenir ces études en tant que moyen de renforcer l'autonomie des communautés et de faire avancer la démocratie participative, car ils trouvent que leur objectif, à savoir influencer la prise de décisions, crée une tension entre leurs dimensions participative et documentaire.

Dans le cas qui nous occupe, une telle tension pourrait naître entre la dimension participative du groupe de citoyen et du monde associatif, et la dimension documentaire apportée par les personnes en charge de l'élaboration de l'EIS. Un consensus devra être trouvé afin que chaque partie prenante puisse exercer son rôle dans des conditions acceptables.

3.2. Limites et biais

Le manque d'informations lié à ce projet de développement urbain est un facteur limitatif certain, de par la rétention d'information et du manque de vision sur les projets à venir (de nombreuses phases ne sont pas encore exécutées: l'autorité publique place sa confiance dans la créativité du promoteur privé, qui ne dévoile pas tous ses projets, et un appel aux promoteurs privés sera fait par la Région de Bruxelles-Capitale en vue de réaliser les phases du PDU Josaphat Brussels).

Il est également nécessaire de tenir compte de l'empreinte subjective des modèles proposés par les répondants, lesquels sont à la fois réalistes et utopiques. Les termes qu'ils utilisent ont une portée différente selon la perception de chacun (développement durable, équité, égalité, participation, gouvernance...), ce qui rend le discours parfois difficile à cerner.

Une limite pratique est l'absence d'habitants (ou futurs habitants) à interroger. Les répondants sont soit des riverains de la friche, soit des associations, soit le promoteur public.

Le mémorant, être humain donc subjectif, a dû poser des choix pour l'analyse des données.

Le « collectif » est un regroupement hybride, dont la dynamique collective a été perturbée par le difficile dialogue avec les pouvoirs publics et les reports réguliers d'échéance.

Les répondants, issus du monde associatif et du groupe citoyen, sont des individus qui n'ont pas forcément pris part à l'élaboration de la charte du Commons Josaphat, et peuvent de ce fait être proposer des modèles différents de ceux de la charte, censée faire consensus.

Le discours du promoteur public est formaté par ses propres normes de communication, qui ne s'intègrent pas forcément dans la grille d'entretien proposée.

La confusion des rôles, voire les conflits d'intérêts potentiels entre associations

subventionnées, et avec le gestionnaire public (aussi propriétaire du terrain) interfèrent avec la circulation de l'information, et avec les rapports de forces inhérents à cette dynamique. Cela a probablement un poids sur le retour d'informations de la part des répondants.

La difficulté de traitement de l'information sur les thématiques de la qualité de l'air, de l'eau, des terres et de la stabilité du climat, réside dans la cohabitation de deux modèles de pensée : un processus réglementaire de prévention des risques exécuté par le promoteur public avec des études d'incidences (de types réglementaires), et la promotion de la santé telle que vue par le monde associatif, et non intégrée dans les schémas opérationnels des pouvoirs publics. Le projet, régulièrement reporté et non finalisé, induit une information parcellaire. Les répondants (issus du monde associatif et du groupe citoyen) ont du mal à concrétiser leurs propres propositions en vue du contexte informatif.

En outre, la formulation des questions dans la grille d'entretien a été axée sur le traitement des thèmes, et non sur leur modélisation.

IV. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Ce travail de recherche tente de répondre à la question suivante : « Dans la perspective de l'utilisation d'une évaluation d'impact sur la santé, jusqu'où les critères retenus pour le développement de la friche en un quartier en bien commun sont-ils susceptibles de soutenir un urbanisme favorable à la santé des futurs habitants ? » A cette fin, une série de méthodes comme la recherche théorique, des entretiens semi-directifs et la rencontre de différents intervenants ont été employées.

La recherche théorique sur les concepts que sont l'urbanisme et la santé selon l'OMS, l'évaluation d'impact sur la santé, les biens communs, et les critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs, balise la réflexion sur le lien entre la santé et un projet de développement urbain. Les entretiens ont permis de récolter le point de vue des différents acteurs, de percevoir les modèles proposés et d'alimenter une discussion. La rencontre de différents acteurs, lors d'un séminaire ou de réunions préparatoires, ont permis d'affiner l'analyse et de mieux comprendre les enjeux.

Un manque d'informations a été souvent souligné, dans la communication du promoteur public vers le monde associatif et le groupe de citoyens. De plus, le dialogue paraît difficile entre les parties prenantes, et des tensions entre ces dernières ont compliqué la communication. Le tout agit comme un facteur stérilisant la relation et les échanges souhaités constructifs.

Des obstacles au dialogue et à la compréhension ont émergé des interviews. Les concepts d'urbanisme favorable à la santé, d'évaluation d'impact sur la santé, et de biens communs, sont méconnus par le promoteur public. De plus, certains termes, comme la participation ou la gouvernance sont perçus très différemment, tandis que d'autres, comme les concepts d'urbanisme favorable à la santé et de Villes-Santé, se sont progressivement assimilés à travers la discussion.

Le contexte est un élément central pour la compréhension de la problématique ; spécialement au niveau législatif, où le COBAT répartit les compétences à travers différents acteurs publics et cloisonne tant verticalement qu'horizontalement les compétences de ces mêmes acteurs, ce qui ne favorise ni l'intersectorialité, ni la lecture transversale des déterminants de santé. La nouvelle version du COBAT semble privilégier la Région au détriment des communes dans le domaine décisionnel.

La friche est par définition inhabitée à ce stade, ce qui amène un contexte particulier car l'accessibilité aux futurs habitants est impossible, tandis que les riverains y voient plus un espace vert à conserver et à valoriser, qu'un futur quartier perturbateur de l'équilibre actuel.

Des élections sont prévues en 2018 et 2019, qui pourraient être un levier qui placerait les citoyens et l'associatif dans un réel processus de participation et de gouvernance en amont du projet.

Sur le plan international, plusieurs projets similaires à celui de Josaphat Brussels ont vu le jour, avec une participation et une gouvernance tant des citoyens que du monde associatif. Par exemple, le projet d'agglomération franco-valdo-genevois (Suisse), Campo de Sebadá à Madrid (Espagne), ou encore le Community Self Building Agency (Royaume-Uni).

Au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale, il existe une initiative pertinente : le Community Land Trust Bruxelles, qui agit pour séparer la propriété du terrain (collective) et celle des bâtiments (individuelle), en impliquant les futurs habitants dans le développement des projets et dans son organisation, insufflant ainsi une dynamique communautaire sur sept projets d'habitats.

Cette recherche met en évidence les propositions concrètes ayant une action déterminante sur la santé concernant le mode de vie (diminution de la densité de logement, création d'espaces communs multimodaux, habitat favorable à la biodiversité), l'environnement bâti (lagunage, zones vertes interconnectées, diminution de la densité de logement), la participation et la gouvernance (gouvernance tripartite, parlement de quartier, participation en amont du projet). Elle met également en évidence que l'urbanisme favorable à la santé, et les critères modélisés selon la charte du Commons Josaphat pour le développement d'un quartier en biens communs, se renforcent en partie dans les impacts sur la santé (style de vie, cohésion sociale, qualité du logement, accès au travail comme aux équipements et services, production alimentaire locale biologique, sécurité, égalité).

Les thématiques de la participation et de la gouvernance ne figurent pas en tant que telles dans les douze objectifs d'un urbanisme favorable à la santé, mais elles sont de premier ordre pour le Commons Josaphat. Néanmoins, les recommandations d'un urbanisme participatif recouvrent en partie le « gap » entre l'urbanisme favorable à la santé et la modélisation de la charte de Commons Josaphat sur les sujets de la participation et de la gouvernance.

Ce mémoire montre également l'intérêt et les perspectives d'inscrire le projet de développement urbain Josaphat Brussels dans une démarche d'évaluation d'impact sur la santé. La pertinence, l'utilité et sa faisabilité ont été objectivés sur base d'une grille d'analyse

proposée par Jabot et Le Gall (2018). Un examen rapide du projet, une évaluation rapide des impacts et une estimation du contexte permettent de répondre affirmativement à la question de savoir s'il faut engager une évaluation d'impact sur la santé, comme ce travail l'objective.

L'intérêt de réaliser une EIS réside dans le fait qu'aucune évaluation sur les impacts d'un tel projet sur la santé n'a été réalisée à ce jour, et que « l'abord santé » n'est approché que de façon intuitive de la part du promoteur public. Il existe bien des obligations d'études d'incidences concernant le bruit, la gestion de l'eau ou la mobilité par exemple, mais il ne s'agit que d'un abord technique, le lien avec la santé des futurs habitants restant accessoire.

L'EIS est une méthode qui évalue les effets potentiels d'un projet sur la santé des populations, apportant ainsi aux décideurs une information objective ; elle est en principe commanditée par l'institution publique, avec des moyens financiers, à un organisme indépendant possédant les compétences requises pour la réaliser, qui pourra alors récolter les informations (auprès des citoyens et des associations engagées autour de la friche Josaphat), ainsi qu'évaluer et documenter les impacts sur la santé de ce projet, sur base de la littérature scientifique.

Ce mémoire montre aussi l'intérêt d'alimenter l'EIS d'une lecture et de critères nés de démarches citoyennes, plus spécialement issus des habitants (ici : des riverains), à travers la sollicitation d'une contribution communautaire dont on appréhende, à travers les travaux du Commons Josaphat et des collectifs, la richesse de la parole, la pertinence (notamment par l'expérience concrète du site) et la valeur scientifique des propositions.

Actuellement, le niveau institutionnel n'indique pas une volonté de réaliser une EIS ni de favoriser la participation du citoyen à un tel projet. Pour rappel, ce projet de développement urbain implique la création de 1.600 logements et la venue de 5.000 personnes dans une zone de Bruxelles connaissant déjà une densité importante de population comme de logements. L'impact sur la santé des habitants et riverains de la zone est certain.

Les perspectives d'une EIS pour le Josaphat Brussels, dans ce contexte, s'orientent vers une évaluation de type plaidoyer, participative et hybride (entre rapide et intermédiaire), avec un enjeu majeur en terme de santé publique, comme de rapports de forces entre les citoyens et les autorités publiques. Les moyens financiers nécessaires sont faibles, et le capital humain nécessaire est modéré (tant sur le plan de la quantité que sur les compétences requises).

Selon les résultats énoncés par le monde associatif et le groupe de citoyens, il serait judicieux de déterminer les impacts sur la santé et la qualité de vie des habitants : de la densité de l'habitat ; de la densité de la population ; de la biodiversité ; des conditions de logements ; et de l'urbanisme sur la sécurité (mobilité, criminalité), le sentiment de bien-être, la cohésion

sociale, la mobilité douce, la participation et la gouvernance, le bruit, et l'alimentation, et le type d'alimentation.

Des conditions préalables sont indispensables à la réalisation d'une EIS dont le commanditaire serait l'administration publique : une volonté du décideur, des moyens financiers, une participation citoyenne en amont du projet, une diffusion et un partage de l'information, une définition commune des termes usités (équité, égalité, participation, gouvernance), l'ouverture à un paradigme urbanistique intégrant un impact favorable à la santé : une ville pour et avec le citoyen.

A défaut, une EIS de type plaidoyer a tout son sens dans ce contexte. L'action de Commons Josaphat et des collectifs citoyens a en effet tout d'un plaidoyer (cf. carte blanche du Soir du 26 juin 2018), axé dans un premier temps sur la valorisation de la participation réelle à la gouvernance partagée sur les projets relevant du bien commun. Le développement territorial en est-il un ? La santé est-elle un bien commun ?

Ce travail donne ainsi accès à de nouvelles perspectives de sujets de mémoire : l'élaboration d'une EIS pour le projet de développement urbain Josaphat Brussels ; l'étude de l'urbanisme participatif comme lien entre les concepts de biens communs et un urbanisme favorable à la santé selon les critères de l'Organisation Mondiale de la Santé.

V. BIBLIOGRAPHIE

- ANDRÉ P., ENSERINK B., CONNOR D., CROAL P. (2006). Public participation, International best practice principles. *Special publication series No. 4. IAIA. International Association for Impact Assessment*. USA.3p.
- ASPC. Agence de Santé Publique du Canada. (2007). Développement durable dans la santé publique : Le début d'un long périple. *Agence de Santé Publique du Canada* 53p.
- BANTUELLE M., MOUYART P., PREVOST M. (2013). *Action communautaire en santé, un outil pour la pratique*. Fédération des maisons médicales, Santé Communautaire Participation, Centre Local de promotion de la santé de Charleroi-Thuin. 56p.
- BANTUELLE, M., MOREL, J. & DARGENT, D. (1998). *Le diagnostic communautaire*. Santé communautaire et promotion de la santé éd. Bruxelles: Santé, Communauté, Participation.
- BARTON H., GRANT M. (2006). A health map for the local human habitat. The journal for the Royal Society for the promotion of Health. 126(6). Pp252-253.
- BARTON H., TSOUROU C. (2000) *Healthy Urban Planning*. World Health Organization Regional Office for Europe. 184p.
- BÉDAT A., LATRECHE S. (2018). Document de séminaire. *Transversalité et participation au cœur de Villes Santé La Chaux-de-fonds & Saint Imier des expériences dans l'Arc Jurassien*. 18p.
- BLAFFART M., LOISEAU V., WEBER L. (2012). *Le développement de Community Land Trust. Projets urbains, études de cas*. Université de Liège. 16p.
- BOLLIER D. (2014). *La renaissance des communs : pour une société de coopération et de partage*. Paris. Editions Charles Léopold Mayer.
- BOURDILLON F., CHAMBAUD L. (2017) ; *La promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'EHESP. 544p.
- BRETON E., JABOT F., POMMIER J., SHERLAW W. (2017). *La promotion de la santé Comprendre pour agir dans le monde francophone*. Presses de l'EHESP. Rennes. 496p.
- BRUXELLES URBANISME ET PATRIMOINE. *Le code bruxellois de l'aménagement du territoire* COBAT. <https://urbanisme.irisnet.be/lesreglesdujeu/le-code-bruxellois-de-lamenagement-du-territoire-cobat>. En ligne. Consulté le 15 mars 2018.

- COMITÉ DE QUARTIER TERDELT, (2015). Terdelt. *Projet d'Urbanisation du site Josaphat*. <http://www.terdelt.be/projet-josaphat-1/>. En ligne. Consulté le 15 septembre 2017.
- COMMISSION MONDIALE SUR L'ENVIRONNEMENT ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ORGANISATION DES NATIONS UNIES. (1987). *Le rapport Bruntland*, notre avenir à tous. En ligne https://www.diplomatie.gouv.fr/sites/odyssee-developpement-durable/files/5/rapport_brundtland.pdf. Consulté le 03 juillet 2018.
- COMMONS JOSAPHAT (2015). *Josaphat en commun: d'une réserve foncière à un quartier en bien commun*. En ligne https://commonsjosaphat.files.wordpress.com/2015/11/commons-josaphat_josaphat-en-commun01light.pdf. Consulté le 29 septembre 2017.
- COMMONS JOSAPHAT. (2015). Le champ des communs: l'utopie commence où la volonté politique s'arrête. *Bruxelles en mouvement*, novembre-décembre, Issue 279, pp. 5-7.
- COMMUNITY LAND TRUST BRUXELLES- BRUSSEL. CLTB, notre histoire. <https://communitylandtrust.wordpress.com/notre-histoire/>. En ligne. Consulté le 11 juin 2018.
- D'HOORE W., MOREL J., VANKELEGOM B., PRÉVOST C., VAN DEN BROECKE S. (2017). *Approche communautaire de la santé*. 2^{ème} année de master en santé publique. WFSP2220-2221. Syllabi. Université Catholique de Louvain. Diffusion Universitaire Moodle.
- DARDOT P., LAVAL C. (2014). *Commun. Essai sur la révolution au XXI^e siècle*, Paris : La Découverte, 600 p.
- DARDOT, P. & LAVAL, C., (2014). *Commun, essai sur la révolution au XXI^e siècle*. Paris: Editions La Découverte.
- DAVIDSON, S. (1998). Spinning the wheel of empowerment. *Planning*. Vol 1262, pp 14-15.
- DE MOOR T. (2016). Le moment est venu : les biens communs du passé au présent. *Green European Journal*. En ligne <https://www.greeneuropeanjournal.eu/le-moment-est-venu-les-biens-communs-du-passe-au-present-2/> consulté le 04 novembre 2017.
- DENVER G. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research. An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, Springer, vol. 2(4), pp 453-466.

- DIALLO T et al. (2010). *Guide d'introduction à l'évaluation d'impact sur la santé en Suisse*. Plateforme Suisse sur l'évaluation d'impact sur la santé (Plateforme EIS) avec le soutien de Promotion Santé Suisse. 60p.
- DIALLO T. (2016). *L'évaluation d'impact sur la santé*. Slides. ISG-UNIGE. Université de Genève.
- DUHL, L.J. & SANCHEZ, A.K. (1999). *Healthy cities and the city planning process. A background document on links between health and urban planning*. WHO Copenhagen. 36p.
- DUNY P. (2008). *La notion de densité*. AUCAME. l'agence d'études d'urbanisme de Caen-métropole. Caen. Vol 2. Janvier 2008.
- ÉCOLE DOCTORALE THÉMATIQUE ARCHITECTURE, URBANISME, INGENIERIE ARCHITECTURALE ET URBAINE (2012). En ligne <http://www.archurb.frs-fnrs.be/spip.php?rubrique12>. Consulté 18 février 2018.
- ELLIOT E., WILLIAMS G. (2004). Developing a civic intelligence: local involvement in HIA. *Environmental Impact Assessment Review*, 24, 231 – 243.
- ÉMOND A et al. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*. Ministère de la santé et des services sociaux. MSSS. Québec. 44p.
- ENJEUX DE LA RESPONSABILITÉ SOCIALES DES ENTREPRISES. E-RSE. *Définition développement durable*. En ligne. <https://e-rse.net/definitions/definition-developpement-durable/#gs.C061arU>. Consulté le 15 juillet 2018.
- FILLIEULE O., PECHU C. (1993). *Lutter ensemble, les théories de l'action collective*. Logiques politiques. Paris : L'harmattan, 220p.
- GREEN G., TSOUROS A., (2008). City leadership for health : *Summary evaluation of Phase IV of the WHO European Healthy Cities Network*. Copenhagen : WHO. 31p.
- GUTTADAURIA K., (2013). *Les Community Land Trust, un bon terrain d'entente ?* Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation. Collection au quotidien. 21p.
- GYSEN. J. (2014). *Les enjeux du projet Eros Center de Seraing : perspectives des acteurs*. Mémoire de master en santé publique, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.
- HARRIS P, HARRIS-ROXAS B, HARRIS E, KEMP L. (2007). Health impact assessment and urbanisation: lessons from the NSW HIA project. *New South Wales Public Health Bulletin*. 198-201.

- HARRIS-ROXAS B., HARRIS E. (2011). *The impact and effectiveness of health impact assessment : a conceptual framework*. Centre for Primary Health Care and Equity. University of New South Wales. Sidney. 9p.
- HARRIS-ROXAS B., VILIANI F., BOND A.,(2012). Health impact assessment : the state of art. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 30(1), p43-52.
- HERITAGE Z. (2016). le point villes-santé sur urbanisme et santé. Quel rôle pour les collectivités locales ? *Réseau français des Villes- santé de l'OMS*. 4p.
- HOLLOWAY I. (2008) *A-Z of qualitative research in healthcare*, second edition. Blackwell publishing. 256p
- http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ Accès le 15 Novembre 2017.
- INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (2015). *L'évaluation d'impacts sur la santé. Une aide à la décision pour des politiques favorables à la santé, durables et équitables*. Saint-Denis. 12p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. (2010). L'impact de l'environnement bâti sur l'activité physique, l'alimentation et le poids. *Collections politiques publiques et santé*, Québec.
- JABOT F., ROUE LE GALL A. (2017). Evaluation d'impact sur la santé, un atout pour la promotion de la santé. La promotion de la santé Comprendre pour agir dans le monde francophone. Presses de l'EHESP. Rennes. Chap19. 457-486.
- JABOT F., ROUE LE GALL A. (2017). Quelles plus-values de la démarche d'évaluation d'impact sur la santé pour les politiques urbaines ? *Santé et politiques urbaines*. N°78. P112-131.
- KEMM J. (2013). *Health Impact Assessment : Past achievement, current understanding, and future progress*. Oxford. Oxford University Press.
- LE SOIR (26 juin 2018). Carte blanche : collectif de signataires. *Faire la ville sans les gens ? Pour une refonte des politiques de participation à Bruxelles*.
- MATTIG T., CANTOREGGI N., SIMOS J., FAVRE KRUIT C., DEREK P.T.H. C. (2015). HIA in Switzerland : strategies for achieving Health in all Policies. *Health Promotion International*. Volume 32, Issue 1. P149-156.
- MAYENCE C. (2016). *Comment aborder la question de santé, en termes de qualité de vie, au cœur d'un projet de développement d'un quartier en bien commun ? Exemple : Le*

projet de quartier du Commons Josaphat. Mémoire de master en santé publique, Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

- MCGOVERN L., MILLER G., HUGHES-CROMWICK P. (2014). Health Policy Brief: The relative contribution of multiple determinants to health outcomes. *Health Affairs*. Vol123. p9.
- MINDELL J., JOFFE M., (2003). Health Impact Assessment in relation to other forms of impact assessment. *Journal of Public Health Medicine*. N°25(2):107-12.
- MUCCHIELLI, R., (2006). *L'analyse de contenu*. 9e édition éd. Issy-les-Moulineux: ESF.
- MURPHY E., FOX-ROGERS L. (2014). Perceptions of the common good in planning. School of Geography, Planning & Environmental Policy, Planning Building, Richview, Universite College of Dublin. Ireland. *Cities* 42 (2015)231-242.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL (US) Committee on Health Impact Assessment. Improving Health in the United States. (2011). *The Role of Health Impact Assessment*. Washington (DC): National Academies Press
- OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL BRUXELLOIS. (2014). *Étude de faisabilité de « Bruxelles, Ville-Région en santé de l'OMS. (BVS)*. Bruxelles. 39p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, (1946). Préambule à l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté à la Conférence Internationale de la Santé. *Documents fondamentaux*. En ligne. <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>. Accès le 15 octobre 2017.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé*.90p. Enligne.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1986). *Charte d'Ottawa. Promotion de la santé*. OMS Genève. 6p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (1999). *Health Impact Assesment : main concepts and suggested approach, Gothenburg consensus paper*. WHO Genève. 15p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. (2005). *Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. OMS 11p.
- OSTROM E., *Gouverance des biens communs, pour une nouvelle approche des ressources naturelles*. De boeck, 2010.301p
- PORTELLA E., BARRUBES J. (2015). *Crise économique, systèmes de santé et état de santé de la population : peut-on établir des liens ?* Antares Consulting. En ligne.

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-5.htm> . Consulté en ligne le 28 janvier 2018.

- QUIGLEY R., DEN BROEDER L., FURU P., BOND A., CAVE B., BOS R. (2006). Health impact assesment international best practice principles. *Special publication series N° 5. IAIA*. International Association for Impact Assessment. USA.
- QUIVY R., VAN CAMPENHOUDT L. (2006). *Manuel de recherche en science sociales*. Editions Dunod. Paris. 256p.
- RÉSEAU FRANÇAIS DES VILLES-SANTÉ DE L'OMS. <http://www.villes-sante.com/uncategorized/les-villes-sante-de-loms/>. En ligne. Consulté en ligne le 15 octobre 2017.
- ROUÉ LE GALL A., JABOT F. (2017). Health Impact Assessment on Urban Development Projects in France: Finding Pathways to Fit Practice to Context. *Global Health Promotion*. 25-34p.
- ROUÉ-LE GALL A., LE GALL J., POTELON J-L., CUZIN Y. (2014). *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, concepts et outils*. Guide EHESP/DGS. Rennes. 192p.
- SAINT-PIERRE L. (2009). *Introduction à l'EIS, série sur l'EIS*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Notes documentaires. Institut national de santé publique. Québec. 6p.
- SAINT-PIERRE L. (2016). *Fondements de l'EIS, regard sur plus de 15 ans de pratique*. Institut National de Santé Publique. Quebec. 25p.
- SAINT-PIERRE L., MENDELL A. (2014). *Evaluation d'impact sur la santé. Grille de dépistage*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Institut National de Santé Publique. Québec.
- SAINT-PIERRE, L., CASTONGAY, J. (2014). *Evaluation d'impact sur la santé. Outils de cadrage du processus*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Institut National de Santé Publique. Québec.
- SAULNIER D., (2017). *Point de repère : Vers un urbanisme favorable à la santé*. Agence d'urbanisme aire métropolitaine Lyonnaise. Volume 4. 24-26p.
- SERVIGNE, P., (2010). *La gouvernance des biens communs*. Barricade, Décembre, p. 6.
- SIMOS J. (2017). *L'évaluation d'impact sur la santé (EIS)*. Slides de cours. ISG-UNIGE. Université de Genève.

- SIMOS J., CANTOREGGI N-L. (2013). Health impact assessment in Switzerland. *Journal Health Impact Assessment : past achievement, current understanding, and future progress*. Oxford University Press. 2013, p. 177-184.
- SOCIÉTÉ D'AMÉNAGEMENT URBAIN DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE. *Josaphat brussels : Ambitions*. <http://www.josaphat.brussels/fr/ambition>. En ligne. Consulté le 28 août 2017.
- TOLLEC L. (2011). *Construction et mise en œuvre d'une démarche d'évaluation d'impact sur la santé pour un projet d'aménagement urbain*. EHESP Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Rennes. 218p.
- VAN YPERSELE J., HANIQUE P. (2016). *La réforme du COBAT : une complexe simplification administrative?* <http://fr.wery-legal.be/publications/2016/7/19/9ricmi82vuxf10jrqx9853tr7v53ab>. En ligne. Consulté le 29 novembre 2017.
- WHITEHEAD M., DAHLGREN G. (1991). What can we do about inequalities in health. *The lancet*. Vol 338 ; N° 8774: 1059–1063.
- WRIGHT J., PARRY J., MATHERS J. (2005). Participation in health impact assessment : objectives, methods and core values. *WHO. Bulletin* 83. pp58-63.
- ZETLAOUI-LEGER J., CASILLO I., BARBIER R., BLONDIAUX L., CHATEAURAYNAUD F., FOURNIAU J-M., et al. (2013). *Urbanisme participatif. Dictionnaire critique et interdisciplinaire de la participation*. <http://www.participation-et-democratie.fr/en/dico/urbanisme-participatif>. En ligne. Consulté en ligne 13 mars 2018.

VI. ANNEXES

1. Demande d'interview
2. Introduction grille d'entretien avec rappel des concepts
3. Grille d'entretien
4. Lecture verticale
5. Lecture transversale
6. Grille de sélection de projet EIS