FONDATION PALLADIO

AGIR POUR LA CONSTRUCTION DE LA VILLE DE DEMAIN

ACTES DE L'INSTITUT PALLADIO

CYCLE 2021

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

X



INSTITUT PALLADIO

DES HAUTES ÉTUDES SUR L'IMMOBILIER ET LA CITÉ

DÉJÀ PARU

2012 : LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS TERRITOIRES ?
Parrain : Patrick Braouezec

2013 : LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS HABITANTS ?
Parrain : Gérard Collomb

2014 : LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS USAGES ?
Parrain : Jean-Louis Borloo

2015 : LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELLES VALEURS ?
Parrain : Alain Juppé

2016 : LA VILLE DE DEMAIN À L'ÈRE DE LA RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE
Marraine : Anne Hidalgo

2017 : LA VILLE DE DEMAIN : QUELLE PLACE POUR LE TRAVAIL ?
Parrain : Xavier Bertrand

2018 : HABITER LA VILLE DE DEMAIN
Marraine : Johanna Rolland

2019 : ÉCHANGER BIENS ET SERVICES INNOVANTS DANS LA VILLE DE DEMAIN
Marraine : Valérie Pécresse

2020 : LA VILLE DE DEMAIN AU SERVICE DES SAVOIRS
Parrain : Bernard Cazeneuve

2021 : BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN
Parrain : Édouard Philippe

À PARAÎTRE EN 2022

POUR UNE CIVILISATION URBAINE : LES DÉFIS DE L'ESPACE PUBLIC
Marraine : Nathalie Appéré

LA COLLECTION DES « ACTES DE L'INSTITUT PALLADIO® » EST UNE BASE DOCUMENTAIRE QUI RESTITUE LES TRAVAUX ET RÉFLEXIONS DES CYCLES ANNUELS. ACCESSIBLE À TOUS LES ACTEURS DE L'INDUSTRIE IMMOBILIÈRE ET DE LA CONSTRUCTION DE LA VILLE – ÉLUS, DIRIGEANTS, CHERCHEURS, MEMBRES D'ASSOCIATIONS, MÉDIAS –, ELLE ACCOMPAGNE LEUR PRISE DE DÉCISION. CES ACTES CONTRIBUENT À L'ÉMERGENCE DE NOUVELLES MÉTHODES POUR COPRODUIRE LA VILLE ET INVESTIR AU REGARD DES ENJEUX SOCIO-ÉCONOMIQUES.

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN



ACTES DE L'INSTITUT PALLADIO

10E CYCLE ANNUEL



BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

À la fin de l'année 2019, l'Institut Palladio a choisi de consacrer ses réflexions au sujet de la santé et du bien-être dans la ville de demain. Quelques semaines avant l'irruption de la pandémie, c'était prémonitoire. Bien que bousculé par l'actualité, le cycle de l'année 2021 a mené le travail prospectif qu'il s'était fixé : comment peut-on encore habiter, se déplacer, travailler, se divertir en ville ?

En deux mots, comment peut-on encore vivre, et bien vivre, en ville ? La question est intemporelle, mais la crise sanitaire a accéléré une évolution de nos usages et de nos aspirations. Les citadins ont été nombreux à fuir les confinements, pour une ou deux saisons champêtres. Jusqu'à présent, ils sont revenus. Le désir de ville, le besoin de ville ne sont pas près de s'éteindre. Le moment est toutefois propice à la réflexion : comment repenser notre civilisation urbaine, pour améliorer le bien-être des citadins ?

Dans la ville de demain, il fera bon vivre si les mobilités favorisent l'accès aux équipements de santé, au sport et à la culture – qui sont les meilleurs alliés de la santé physique et mentale. L'immense majorité des maires connaît les vertus de la concertation, pour redessiner le paysage et les usages urbains. Encourager la marche, le vélo ou les transports en commun, plutôt que la voiture individuelle, prend du temps : mais nos concitoyens sont de plus en plus nombreux à plébisciter ces mobilités douces et vertueuses.

Dans la ville de demain, il fera bon vivre si nos écosystèmes naturels ont été préservés, restaurés. Planter des arbres, aménager des espaces verts, accompagner la rénovation énergétique des bâtiments s'imposent pour que l'on respire un air sain dans une ville saine.

Il est encore trop tôt pour savoir si la pandémie aura suscité une vague durable de départs dans les périphéries urbaines, les villes moyennes et les campagnes. Mais il est assez tard pour mesurer les conséquences de l'étalement urbain sur notre biodiversité. Depuis 1990, 60 000 hectares de prairies et de pâturages, 40 000 hectares de forêts ont déjà été détruits – soit dix fois la surface de Paris. Une nouvelle vague d'étalement urbain poserait de sérieux défis en termes de préservation de nos paysages, de mobilités décarbonées et de soutenabilité financière de villes « dispersées ».

Pour enrayer l'étalement urbain, les réponses viendront de la ville autant que de la campagne, des élus autant que des associations d'habitants ou des cercles de réflexion comme l'Institut Palladio. Les collectivités et les intercommunalités ont toutes leur rôle à jouer pour repenser la complémentarité et les échanges entre les villes et les campagnes. Personne ne doit se sentir assigné à résidence, ni en ville, ni à la campagne, ni en périphérie périurbaine. L'évolution de nos modes de vie, notamment grâce au télétravail, ouvre un champ de possibilités qui doit nous réjouir.

Je suis convaincu que les agglomérations, de toutes tailles, peuvent encore gagner en attractivité en travaillant sur leur compacité, leur intensité et leur offre de services, tout en aménageant des espaces de respiration en leur cœur. Je suis convaincu, sans doute parce que je suis Havrais, que le bonheur est aussi dans nos villes. Et je félicite l'Institut Palladio d'avoir contribué à la réflexion collective d'où jailliront les villes de demain. Des villes où l'on sera des millions à se sentir aussi libres, aussi préservés, aussi bien qu'à la campagne.



ÉDOUARD PHILIPPE

Maire du Havre,
président de la communauté urbaine Le Havre Seine Métropole,
ancien Premier ministre



BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

AVANT-PROPOS • P5
Bertrand de Feydeau, président de la Fondation Palladio

OUVERTURE DU CYCLE • P6
Bruno Karsenti, philosophe, directeur d'études à l'école des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS)

MISE EN PERSPECTIVE • P12
Pierre Ducret, directeur de l'Institut Palladio

CONTRIBUTIONS • P22
Auditeurs du Cycle 2021 de l'Institut Palladio

SÉMINAIRE 1 • P29
Révolutions urbaines et démographiques : la société des urbains

SÉMINAIRE 2 • P35
Transition écologique et dématérialisation des échanges : une révolution pour les modes d'habiter

SÉMINAIRE 3 • P41
Aménager les territoires : quelles nouvelles structurations territoriales ?

SÉMINAIRE 4 • P45
De nouveaux paradigmes pour la politique sanitaire et sa traduction urbaine ?

SÉMINAIRE 5 • P51
La métropole : des réponses pour la ville du futur et du bien-être

SÉMINAIRE 6 • P58
Gouvernance urbaine et bien-être au quotidien

SÉMINAIRE 7 • P61
Hôpital du futur, ville et partenariat public-privé

L'INSTITUT PALLADIO A DIX ANS • P66
10 personnalités et 300 auditeurs engagés pour penser la ville de demain

LES FONDATEURS ET MÉCÈNES DE LA FONDATION PALLADIO • P82



AVANT-PROPOS

LA FATALITÉ DE LA VILLE…. N'EST PAS CELLE D'UN « GRAND CORPS MALADE »

Il en faut de l'audace pour aborder le sujet du bien-être et de la santé dans la ville de demain. Et d'ailleurs, il a fallu attendre la dixième année de l'Institut pour oser se confronter à cette question sans doute moins immédiatement accessible que celle de l'aménagement, des mobilités, de la densité ou même de la transmission des savoirs. Partager pendant un an de réflexion cette question du bien-être et de la santé dans la ville, avec de jeunes dirigeants de l'industrie de la ville, est en fait le terme d'un cheminement qui a été porté par les neuf premiers cycles de l'Institut Palladio. Il est vrai en effet que tous ceux qui se sont penchés sur la politique de la ville, avec pourtant beaucoup d'énergie et de clairvoyance, se sont d'abord préoccupés de porter secours à un organisme considéré comme fragile, fiévreux et tétanisé.

Des investissements considérables ont été consentis pour tenter de reconstruire la ville, former des accompagnateurs ou des médiateurs, proposer une vie associative capable de créer du lien social. Il faut bien l'avouer, rarement les mots de bien-être et de santé ont servi de moteur à la politique de la ville.

Si Gilbert Emont, au terme de dix ans de recherche, ayant conduit le furet des auditeurs dans les dédales complexes et déroutants du tissu urbain, a proposé de retenir ce thème pour l'année 2021, c'est qu'il constitue un aboutissement et peut-être même la finalité de la ville elle-même. Ce choix qui est intervenu un an avant l'arrivée de la pandémie n'est pas simplement le fruit d'une prescience ou d'une circonstance heureuse, mais celui d'une démarche et d'une réflexion étalées sur une décennie : quelle est la finalité ultime d'une ville sinon d'apporter aux urbains le bien-être de vivre ensemble grâce à la santé du corps et de l'esprit ? Sur ce sujet-là comme sur tant d'autres, la Covid 19 a opéré comme un dévoilement, conséquence d'une retraite obligée et d'une distanciation subie. Cette réflexion s'impose alors comme la finalité naturelle de toute politique urbaine qui dépasse largement l'addition des questions hospitalières, de médecine de ville, de pollution de toutes natures, de nourriture ou tout simplement de capacité à vivre paisiblement et joyeusement le temps de la rue. Il est d'ailleurs naturel que cette réflexion débouche pour l'année 2022 sur un questionnement lié à l'espace public qui est probablement le lieu le plus précieux de l'éclosion urbaine.

Il faut sans doute souligner le profit que va tirer l'ensemble des acteurs de la fabrique de la ville, de cette réflexion conduite par Gilbert Emont et relayée maintenant par Pierre Ducret. En dix ans, trois cents jeunes dirigeants se sont confrontés à la question urbaine, dépassant les compétences et le professionnalisme qu'ils ont développés, pour acquérir un regard nouveau sur la finalité de leur métier.

Bien-être et espace public sont en fait largement les facettes d'un même sujet qui sera traité en continuité sous les regards exigeants d'Édouard Philippe, maire du Havre, et de Nathalie Appéré, maire de Rennes. Il faut souhaiter que les trois cents auditeurs des dix générations de l'Institut Palladio aient le goût de travailler ensemble pour dessiner un nouveau visage de la ville. Saurons-nous mériter le qualificatif de « ville olympique » où santé et compétition juvénile se substitueront aux soins nécessaires à un « grand corps malade ». La nouvelle décade qui s'ouvre pour l'Institut Palladio s'attachera à faire émerger une nouvelle image de la ville, riche d'espérance et de potentialités.



BERTRAND DE FEYDEAU

Président de la Fondation Palladio





OUVERTURE DU CYCLE

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

LA PROPOSITION URBAINE D'ÉMANCIPATION



BRUNO KARSENTI

Philosophe, directeur d'études à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS)

Ce texte est la retranscription de l'intervention de Bruno Karsenti au colloque d'ouverture du cycle 2021 de l'Institut Palladio le 2 décembre 2020.

La crise sanitaire que nous traversons pèse d'un poids très lourd sur chacune de nos pensées, tout particulièrement celles qui se rapportent à la question urbaine aujourd'hui. Inutile d'essayer d'échapper à l'ombre qu'elle projette, on n'y arrivera pas. Il s'agit à coup sûr d'une obsession, mais d'une obsession légitime. Elle doit donc être prise de front, et convertie en quelque chose de plus positif que la déploration, la plainte, le catastrophisme. Ce qu'on voudrait alors, c'est en tirer une incitation à penser autrement, à nous repenser, à réfléchir notre expérience de façon à y dégager de nouveaux possibles. Et parmi ces possibles, l'élaboration d'une autre condition urbaine que celle connue jusqu'à présent.

Nous ne savons ni quand ni comment nous allons nous sortir de la situation dans laquelle nous sommes brutalement entrés depuis moins d'un an. En particulier, nous ne savons pas ce qui va en résulter pour les communautés urbaines que nous formons. Mais ce dont nous pouvons être assurés, c'est de l'éloignement, de la dissipation de l'évidence avec laquelle ces communautés s'éprouvaient, installées dans une sorte d'acquis civilisationnel très largement partagé à travers le monde. Jusqu'à une date relativement récente, il nous était difficile d'imaginer que la centralité du phénomène urbain, son caractère axial, puisse être vraiment mise en question. Désormais, ce n'est plus du tout le cas. Au contraire, l'évidence s'est muée, avec une certaine rapidité, en situation problématique. Le fait est devenu patent avec la crise sanitaire, mais il l'était en vérité déjà depuis une ou deux décennies : le rôle structurant de la ville dans l'expérience des Européens est en train de bouger. De ce point de vue, la crise sanitaire ne fait qu'accélérer une transformation déjà induite par l'autre crise, celle dans laquelle la pandémie vient en quelque sorte s'encastrer, à savoir la crise environnementale et climatique.

Ce n'est un secret pour personne que les deux crises, sanitaire et climatique, sont dans un rapport étroit. Les zoonoses, auxquelles le coronavirus appartient, se multiplient à mesure que s'intensifient des circulations favorisant les transmissions virales entre l'animal et l'Homme, et la récurrence de ce phénomène renvoie directement à la dégradation de nombreux écosystèmes à l'échelle planétaire, en même temps qu'à la mondialisation des échanges qui caractérise notre économie. Les deux crises sont donc emboîtées, indissociables l'une de l'autre. Cela ne veut pas dire qu'elles soient identiques ou complètement assimilables, bien entendu. Mais elles sont suffisamment liées pour qu'on sache bien, plus ou moins consciemment, que c'est de notre condition historique en général qu'il est question dans chaque cas. Une réaction nouvelle est exigée de nous, à laquelle aucune des réponses éprouvées antérieurement ne fournit la clef. Où prend place la ville dans cette réinvention requise ? Cette place est à coup sûr centrale, mais elle n'est pas du tout la même, là non plus, que celle que la modernité avait pu lui faire lorsqu'elle se reconnaissait structurée par la question sociale avant tout.

Il faut à ce sujet commencer par un bref rappel : le rapport intérieur entre ville et modernité a représenté sur la longue durée le cœur de l'évidence civilisationnelle qui est aujourd'hui mise à mal. Son lieu de naissance est européen, et son extension fut mondiale. Sous l'effet de la colonisation et du développement des échanges, le modèle européen s'est conjugué avec d'autres modes de croissance urbaine de par le monde, sans jamais perdre son dessein caractéristique.

Pour ressaisir ce dessein sur la longue durée, plusieurs voies sont possibles. On peut mettre l'accent, en remontant très loin sur l'héritage de la commune médiévale et du mouvement inouï d'autonomie collective dont elle a été le levier. On peut aussi se situer plus près du présent, en se concentrant sur la grande ville capitaliste du XIX[e] siècle, avec ses effets contradictoires d'individualisation et de massification, et suivre les altérations de cette forme au cours du XX[e] siècle. Quelle que soit la perspective adoptée, la focale demeure : de la ville dépend l'autocompréhension des modernes dans ce qu'ils ont d'absolument spécifique, d'irréductible, de singulier. Surtout, on reconnaît que cette identité se donne, à travers la ville, sous la forme d'une ambivalence constitutive. Car d'un côté, la ville recèle par elle-même le sens de l'émancipation individuelle et collective par quoi la modernité s'affirme ; de l'autre, elle atteste plus qu'aucune autre réalité des formes de vie aliénées, exploitées, réifiées, que cette même modernité a dû aussi engendrer pour se produire.

Bref, la modernité ne s'exprime nulle part plus complètement que dans le Janus urbain, la double face du procès par quoi elle se définit. C'est pourquoi, aussi, penser la ville est toujours apparu comme un geste épistémologique de première importance. Ce n'est pas seulement que la ville recueille les savoirs, c'est qu'elle est par elle-même savoir : elle l'est au sens particulier de savoir critique, qui est d'abord critique de soi. De cette pensée, en somme, dépendait l'élévation de notre niveau de conscience sociale et politique. Or voilà très exactement ce qui est sur le point de changer. Au regard de la grande ambivalence féconde qui a pour nom la ville, la période récente nous a déplacés considérablement. C'est là, en vérité, que réside maintenant notre perplexité.

Reprenons appui sur l'épreuve avérée par la crise sanitaire. La ville, une fois encore, est sur la sellette. Mais elle l'est à un degré et avec une intensité sensiblement plus forte qu'auparavant. Car ce qui arrive, c'est que la capacité même que recélerait la ville à donner une



réponse aux dommages modernes se trouve attaquée de front. De sorte que ce qui est en train de se déliter, c'est la ville comme lieu paradoxal et ambivalent, où résiderait aussi bien le problème à affronter que la ressource à utiliser pour le surmonter. C'est la ville comme levier indispensable des transformations que la modernité devait s'imposer à elle-même pour ne pas s'égarer, voire pour ne pas s'effondrer. Ce genre de problématisation de la question urbaine avait connu un âge d'or, entre la fin du XIX[e] siècle et l'entre-deux-guerres, en particulier aux États-Unis. Elle avait culminé dans l'École de Chicago et la naissance de ce qu'on appelait, dès les années 1920, l'écologie urbaine, puissant courant théorique qui a essaimé tout au long du XX[e] siècle. Or il est significatif que ce n'est pas en reprenant cette référence « écologique » que l'écologie se rapporte aujourd'hui à la ville. Au regard de la situation actuelle, les choses se présentent différemment. Une rupture plus radicale paraît s'imposer : une rupture qui nous incite à redéployer les formes de vie dans des mouvements et dans des configurations spatiales que l'expérience urbaine ne paraît plus pouvoir contenir.

Cela est rendu particulièrement sensible par la pandémie, mais celle-ci, répétons-le, ne fait qu'accuser des tendances déjà marquées par la dégradation environnementale. Les évolutions réelles, en termes d'exode urbain notamment, sont difficiles à anticiper sur le moyen ou sur le long terme, et elles s'inscrivent de toute façon dans des reconfigurations territoriales autrement plus complexes et diversifiées, les zones rurales et périurbaines étant affectées par les altérations des milieux de vie de façon tout aussi forte et à chaque fois spécifique.

L'important, toutefois, est de noter ce qui en résulte pour la centralité de la pensée de la ville dans ce que j'ai appelé l'autocompréhension des modernes. Sur ce point, le changement est profond et incontestable, en raison de ce qu'il vient toucher : rien moins que le nouage entre ville et modernité comme enjeu crucial des luttes à travers lesquelles les sociétés s'efforçaient d'avancer et de progresser.

Si bien qu'on se dit que c'est peut-être le moment de revenir sur nos évidences les plus ancrées pour les interroger. C'est le moment de redécrire ce qu'on voulait vraiment dire par expérience moderne sous l'angle de la ville – expérience des modernes *sub specie urbanitatis*. À quoi, exactement, tenons-nous ou tenions-nous, quand nous pensons ou pensions notre expérience de moderne sous le prisme de la ville ?

Je vais tenter, dans ce qui suit, de résumer ce genre d'attache à la ville. Il me semble que notre expérience urbaine est toujours apparue comme traversée par deux lignes rectrices, qui interfèrent l'une avec l'autre, mais qu'on doit distinguer pour y voir plus clair. Une ligne que j'appellerai socio-morphologique – et une ligne juridico-politique.

La ligne socio-morphologique, d'abord. Cette ligne est active sur la longue durée. Elle se précipite depuis la fin du XVIII[e] siècle avec l'essor du capitalisme, à travers la première grande phase d'industrialisation (celle qui a provoqué le paupérisme et la constitution de la classe ouvrière, ce qui a motivé la première grande critique urbaine), puis la seconde phase d'industrialisation au début du XX[e] siècle ensuite (impulsée par le fordisme et le post-fordisme, pivot d'un autre genre de critique urbaine, en particulier l'écologie urbaine que j'ai déjà mentionnée). La grande différence entre les deux phases, on le sait, c'est la forme prise par l'investissement capitaliste : dans la première, qui s'étend tout au long du XIX[e] siècle, il a été massivement réinjecté dans les procès de production, alors que dans la seconde, il est passé par la consommation et la restructuration des marchés. Dans les deux cas, des types de villes, et des problématiques politiques liées à la ville très différentes, se sont évidemment dégagés. Cela étant, sans rien méconnaître de ces différences, la même dynamique socio-morphologique demeurait, bien décrite par Émile Durkheim dans sa thèse de 1893, *De la division du travail social*. Conjointement et en réseau depuis le Moyen-âge, les villes, disait-il en substance, sont des réalités morphologiques qui émergent nécessairement du fait de l'accentuation de la division du travail et de la spécialisation croissante des fonctions sociales. À partir du XVIII[e] siècle, et surtout au siècle suivant, le phénomène s'accélère et devient conscient et politiquement régulé. Cette dynamique a deux grandes conditions : il faut que marchent ensemble ce que Durkheim appelait la « densité matérielle » et la « densité morale ». Entendons, l'accroissement du volume de la population, facteur proprement démographique, et l'accroissement du nombre et de la nature des interactions sociales, facteur social proprement dit. Toute ville, qu'on la prenne à quelque moment de son histoire que ce soit, est un composé réel de ces deux facteurs primordiaux. Mais à cela s'en ajoute un troisième, moins directement perceptible, et pourtant décisif si l'on veut comprendre le milieu tout à fait singulier que constitue la ville, par distinction de toute autre forme de condensation morale et physique (telle que la famille, le village, la congrégation, la corporation ou la communauté). C'est que la concentration, en l'espèce, est dynamique, et résulte de flux migratoires plus ou moins stabilisés. La ville est un produit de l'exode, et elle l'est essentiellement. Moralement, cela veut dire qu'elle fait passer au second plan les liens fondés sur la parenté et l'ancrage territorial. Or c'est très exactement dans cette mesure qu'elle nous oblige autrement – et constamment autrement, si l'on peut dire, et comme le diront les auteurs de l'École de Chicago, en bons lecteurs de Durkheim – les uns à l'égard des autres. Le désancrage est le point d'entrée dans l'ancrage de la ville, comme ancrage où la moralité fonde la territorialité, et non pas l'inverse. En elle, les individus et sous-groupes sont donc mis en

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN



relation sur un autre mode que celui déterminé par leurs identités héritées : ils s'engagent dans de nouveaux liens, au-delà de la reproduction des statuts associés à la naissance en un lieu donné et dans un lignage assigné. Le foyer d'une nouvelle vie morale apparaît – une vie dont on voit bien que nous sommes tous, ruraux comme urbains d'aujourd'hui, complètement imprégnés.

Je résume. La ville est en nous, spirituellement si l'on peut dire, sous ces trois aspects : contiguïté distanciée, migration et mobilité incorporées, et différenciation interne sur la base d'une division du travail accentuée, et donc d'une individualisation, une conscience toujours plus poussée de l'individualité.

C'est pourquoi la ville n'est pas seulement un phénomène socio-morphologique, mais aussi un phénomène juridico-politique. C'est la deuxième ligne. Elle tient, au fond, à cette vitalité morale qu'on vient de voir. Dans la mesure où des interactions nouvelles renaissent constamment, une recherche de régulation est enclenchée que les cadres traditionnels ne suffisent jamais à assurer. Cela, les grands historiens de la ville médiévale avaient été, au XIX[e] siècle, les premiers à le souligner. Mais surtout, le trait est repris et pleinement compris par un sociologue comme Max Weber. Il revient en propre à la ville, disait-il, de poser à nouveaux frais la question du droit, en la reconduisant à la question de la formation des droits subjectifs individuels, de l'autonomie juridique des sujets de droit et des obligations nouvelles qui naissent de cette autonomie reconnue et expérimentée dans la vie urbaine. Ce genre de pensée du droit, c'est aux franchises médiévales qu'on le doit historiquement, et plus précisément à la tierce position qu'elles sont venues occuper, en contrepoint aussi bien du pouvoir monarchique que des pouvoirs féodaux. C'est la naissance d'un contre-espace, qui n'est ni celui du pouvoir central ni celui des dominations locales.

Ce sont des origines reculées de la bourgeoisie, de cette classe qui est urbaine par définition, dont il est évidemment question ici. Mais si l'on prend un regard moins éloigné sur ce processus, on peut dire que la ville acquiert ici son trait constitutif de lieu de confrontation des droits – entre catégories sociales aux intérêts opposés, entre sujets en conflits, entre agents sociaux qui, désancrés de leurs terroirs et de leurs lignages, font l'expérience d'une mobilité aussi bien sociale que physique. En ville, des situations ne cessent pas d'apparaître dans leur nouveauté, à raison des phénomènes de mobilité, de différenciation et d'individualisation qui forment ensemble sa synthèse propre. Des injustices se creusent auxquelles on ne pensait pas – mais aussi, des rapports de solidarité naissent, se constituent, à la faveur de la conception de formes de vie plus justes. Des modes inédits de cohésion s'inventent, qu'aucun cadre préétabli dans la tradition ne permettait de penser.

C'est pourquoi il n'est pas exagéré de dire qu'à travers la ville, la modernité prend conscience d'elle-même dans ses contradictions intrinsèques, tout comme dans la nécessité impérieuse de dépasser ces contradictions. On touche à ce que j'appelais en commençant l'ambivalence féconde, le Janus urbain. Mais ce qu'on voit aussi, c'est la nature foncièrement historique de la ville. Cette historicité, elle la tient de sa nature de quête terrestre et séculière orientée par le droit, à distance de l'inertie relative des communautés territoriales et des groupes de parenté, et en rupture avec les normes d'origine religieuse qui les structurent plus essentiellement.

L'historicité de la ville est inséparable de la sécularisation dont elle est le vecteur – ce qui passe d'abord, comme vous le voyez, par l'instanciation du droit. Voilà le dernier aspect de la conscience urbaine que je m'efforce de caractériser.

Défendre la ville aujourd'hui, c'est insister sur le fait qu'il lui revient de reposer sans cesse la question de l'autonomie et de la vitalité du savoir dans sa forme spécifiquement sécularisée et laïque, tout comme il lui revient de vectoriser l'ordre juridique, c'est-à-dire dans l'établissement de nouvelles normes aptes à répondre aux transformations sociales les plus décisives, celles qui naissent de l'accroissement et de la diversification des interactions. Bref, la ville, spirituellement toujours, est inséparable d'une inquiétude sur les normes et sur leur justification, à distance de la fondation théologico-politique des formes de pouvoir traditionnels. Que des droits, individuels et collectifs demandent à être satisfaits, et il s'ensuit immédiatement que de nouvelles règles doivent être inventées à l'aide d'une réflexion plus poussée. Pour le dire d'un mot, c'est d'un même mouvement profondément moderne que la ville fait émerger en son sein les tribunaux et les universités. Du morphologique découle le juridico-politique, qui à son tour enclenche une prééminence épistémique – une valorisation inouïe du savoir laïque. Car c'est là, si l'on veut, la proposition urbaine d'émancipation complètement dépliée dont il ne cesse jamais de dépendre. Elle est articulée autour de l'individualité, de la mobilité sociale, de la justice séculière et du savoir laïque. Elle est ouverte sur une histoire qui, telle une ligne de fuite infinie et sans terme assigné, s'échappe toujours plus de la fixité traditionnelle des communautés référées à la terre, à la parenté et à la foi commune.

Je reviens alors à notre situation présente. On voit facilement qu'il nous est impossible de nous priver de la force propulsive contenue dans cette proposition. Mais on voit aussi que les crises que nous traversons, environnementale et sanitaire, la mettent aussi fortement à l'épreuve. Pourquoi ? Tout simplement parce qu'on en est à un moment historique où l'on s'interroge à nouveau sur la possibilité de poursuivre le projet d'émancipation dans la continuité du processus juridico-politique et socio-morphologique d'urbanisation.

Ce n'est pas seulement les crises environnementales qui mettent évidemment à l'épreuve la double densification matérielle et morale, dont elles accusent bien plus fortement les aspects destructeurs qu'elles rappellent les traits émancipateurs. Mais c'est surtout que la critique contemporaine se conduit d'une tout autre façon que dans les diagnostics critiques de la première comme de la seconde industrialisation, axés quant à eux sur les désastres et les injustices causés par la prolétarisation et la société de masse. Bref, la critique contemporaine, dans ses ressources propres, tend à se détourner de l'expérience urbaine pour prendre son élan et son impulsion. Le peut-elle ? C'est toute la question. Et la ville elle-même est-elle apte à affronter ce déplacement idéologique, ou pour mieux dire spirituel ? C'en est une autre, tout aussi insistante.

Tentons une hypothèse. Désormais, un grand refoulé de la ville resurgit et attire tous les regards : je veux parler du désancrage et de la suspension territoriale, dont j'ai souligné l'importance structurelle, que ce soit sur la ligne morphologique ou sur la ligne juridique. La ville, c'était la recherche d'un tout autre ancrage et d'une tout autre disposition spatiale, indexés à la différenciation et à l'individualisation, et supports de formes inédites de solidarité. Mais précisément, voilà qui est de moins en moins évident pour la conscience commune. Ce à propos de quoi on s'est mis à douter, c'est de la possibilité de faire découler le juridico-politique du socio-morphologique en droite ligne, sans hiatus et sans solution de continuité, en tablant simplement sur le fait que l'espace de la ville, point d'orgue de l'émancipation moderne des individus et des groupes, effectuerait sa rupture avec les communautés d'appartenance, leur distribution et leurs attachements territoriaux. Ce qui paraît remis en question, en un mot, c'est le fait que la ville puisse ou doive se poser comme un contre-espace, un espace inversé de celui creusé par les attachements primaires.

Le productivisme, c'est incontestable, a été le grand présupposé tacite de notre modèle de développement. La gauche et la droite, de ce point de vue, ne se distinguaient pas, ou très peu. Qu'on lui trouve des justifications socialistes ou des justifications libérales ou conservatrices, il s'agissait là d'un donné d'arrière-plan. Dans ce présupposé, il est clair aussi que la ville occupait une place stratégique, dans la mesure où c'est à elle qu'il revenait au premier chef de porter la critique interne des dommages causés par ce productivisme. C'est ainsi qu'elle avait fourni l'élan à la régénération des droits, tout comme au développement du savoir critique. Mais justement, tout se passe comme si, aujourd'hui cette critique interne, immanente, arrivait au pied du mur. Elle fait face à une difficulté contre laquelle elle ne paraît pas armée. C'est que le droit, la justice, et jusqu'aux droits les plus élémentaires comme la sécurité et l'accès aux ressources, passent par la redéfinition des interdépendances et des ancrages territoriaux qui ne peuvent pas se penser depuis la ville, en prenant appui sur sa nature de contre-espace émancipateur.

La ville est décentrée dans le champ de la pensée critique, elle n'en occupe plus le cœur, et cela la modifie profondément, ou tout au moins cela modifie profondément le rapport que la pensée entretient avec cet objet. Car ce n'est pas à la ville que revient la prérogative d'encoder la critique du productivisme dans ses formes de vie, ce n'est pas en elle, ou pas exclusivement en elle, que droit et savoir se nouent avec l'évidence d'un héritage incompressible.

Ce n'est pas en elle, mais ce n'est pas non plus complètement hors d'elle. C'est dans un cadre plus large, où elle vient elle-même se réinscrire et redéfinir sa place, comme une expérience singulière, appelée maintenant à inventer des relations avec d'autres types d'expériences : celles qui, dans la période actuelle et hors des villes, se sont à leur tour imposées comme les foyers de nouvelles propositions d'émancipation, aptes à reprendre les problèmes de la différenciation, de l'individualisation, de la recherche du droit et du savoir sous de nouvelles coordonnées, où les facteurs territoriaux et environnementaux sont surdéterminants.

Quoi qu'il en soit, la proposition urbaine d'émancipation demeure, elle est un acquis du destin commun des peuples dont ceux-ci ne peuvent se passer sans retomber dans la régression historique. Que celle-ci soit toujours menaçante, c'est un fait dont témoignent suffisamment les formes de reterritorialisation populistes et nationalistes que les crises ne cessent de susciter – et qui mettent souvent les métropoles sur le banc des accusés. Mais cela nous rend d'autant plus conscient du défi qui s'impose, quand on entend aujourd'hui à la fois défendre et repenser l'expérience urbaine. C'est que la proposition d'émancipation qu'elle contient est maintenant à la recherche d'un ancrage nouveau, d'un rapport d'intégration aux milieux de vie, qui ne serait plus commandé par la ligne de partage entre la ville et tout ce qui n'est pas elle. Dans cette recherche, la théorie sociale ne suffit pas. Elle est l'affaire de tous ceux qui, tels que vous, travaillent de près ou de loin à reconstruire la ville sur de nouvelles bases, tout en étant conscients que sa modernité en est à un tournant de sa longue trajectoire.



MISE EN PERSPECTIVE

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

Le choix du fil rouge du cycle 2021 de l'Institut Palladio avait été arrêté dès novembre 2019… Gilbert Emont[1], qui dirigeait alors le cycle, avait donc fait preuve de préscience tant les événements des années 2020 et 2021, bouleversées par une pandémie et une crise sanitaire sans précédent, ont donné une brûlante actualité à nos réflexions.

Toutefois, fidèles à l'esprit et à la tradition de l'institut, nous avons cherché, au cours de nos 8 séminaires, à nous dégager autant que possible de l'actualité pour tenter de comprendre les tendances profondes qui font de la santé et du bien-être des urbains un sujet de plus en plus important pour la fabrique de la ville.

À ce titre, nous avons considéré, suivant tous les experts, savants et professionnels qui ont accepté d'intervenir dans ce cycle, que la pandémie, comme toute crise majeure, est avant tout un révélateur et un accélérateur de tendances préexistantes.

Il serait d'ailleurs vain de tenter d'analyser aujourd'hui ses conséquences spécifiques réelles sur les phénomènes urbains de long terme : mouvements de population entre métropoles, villes petites et moyennes, campagnes notamment. La mesure en est en effet impossible puisque les données disponibles en 2021 sont celles, au mieux, de 2019.



PIERRE DUCRET

Directeur
de l'Institut Palladio

Pour citer Jean Viard[2], un de nos premiers conférenciers, « la vérité sur la pandémie au Covid sera dans le futur récit qui en sera fait ». Cette prédiction est particulièrement pertinente s'agissant de ses effets de long terme sur l'évolution urbaine dont la complexité des rythmes est, depuis 10 ans, au cœur des travaux de l'Institut.

Il reste que la crise que le monde a traversée depuis 2020, et dont nous ne sommes pas encore sortis, a mis en lumière la vulnérabilité de notre civilisation urbaine : les concentrations de populations, couplées à leur interconnexion par les réseaux de transport, favorisent la progression fulgurante des virus et des maladies infectieuses, ce qui rend urgent une réelle renaissance des politiques de santé publique et de protection des populations. Au-delà même de ce risque sanitaire, la pandémie est apparue comme une sorte d'alerte et de répétition générale d'autres crises globales à venir, notamment celles qui proviendront du dérèglement climatique. C'est l'habitabilité du monde en général et de la ville en particulier qui est désormais en question.

Le contexte du cycle de 2021 a donc donné une dimension d'urgence à notre thème ; il a accentué le caractère essentiel et même tragique des enjeux urbains de la santé et du bien-être.

Mais sa pertinence aurait été la même sans la crise. Il suffit de rappeler que le secteur de la santé à lui seul, c'est-à-dire dans une définition plutôt restrictive du sujet, nous y reviendrons, pèse environ 11 % du PIB français. Son impact macro-économique est donc considérable sur notre civilisation urbaine. Ses emplois, ses objets – certains massifs, comme l'hôpital – structurent les villes, leurs formes et leurs vies quotidiennes. Pour l'industrie de la ville, il s'agit donc d'un sujet majeur. Ne serait-ce qu'en raison de la composante immobilière de la dépense de santé, et de l'investissement dans ce secteur. Pour ne citer qu'un exemple récent, le « Ségur » de la santé a abouti à un plan d'investissement de 19 milliards parmi lesquels 6 milliards concernent l'immobilier.

Compte tenu du poids de ce marché, l'industrie s'est elle-même organisée et concentrée : de grands acteurs opérateurs se sont constitués dans la santé et le médico-social qui jouent un rôle structurant sur l'offre de services.

Mais notre cycle avait un objectif bien plus large que de faire le point sur l'immobilier de santé, ses acteurs et ses évolutions.

Nous avons exploré l'ensemble des enjeux du bien-être et de la « pleine santé » des populations urbaines en recherchant les leçons que les professionnels de la ville et de l'immobilier peuvent en tirer.

La synthèse qui suit tente de présenter les principaux enseignements issus de ce voyage.



POUR UN URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE EN VILLE

La lutte contre les maladies, le souci de la santé des habitants ont façonné nos villes et notre pensée de la ville. Comme nous l'a rappelé Thierry Paquot[3], ils sont au cœur de l'urbanisme moderne bien que l'approche fonctionnaliste et techniciste de la santé ait pu nous le faire oublier.

La pandémie que nous traversons a pour effet de refaire de la santé une priorité pour l'ensemble des politiques publiques et pour l'aménagement urbain. Car cette crise a mis en évidence qu'elle ne peut être abordée sous le seul angle de la maladie et du soin médical. L'OMS[4] insiste depuis longtemps sur le fait que la santé ne se réduit pas à l'absence de maladie. Le concept de « Global Health » désigne un état complet de bien-être, physique, mental, social et se joue aussi dans notre rapport avec notre environnement. Il est par essence transversal au sens où ses déterminants relèvent à la fois de l'accès à l'emploi, à l'éducation, à la culture, au sport. Ainsi 70 % des déterminants de santé sont des facteurs socio-économiques.

Cet objectif de santé globale n'est ni un modèle de vie ni un modèle de corps. Dans un esprit proche de celui de la médecine chinoise, il désigne une capacité d'adaptation permanente de l'individu plus qu'un état stable idéal.

La pleine santé est donc un quasi synonyme du bien-être, terme dont, selon Michel Lussault[5], la dimension dynamique est mieux exprimée par le gérondif de l'anglais « well being ».

Si on peut en définir les déterminants, il est cependant très difficile de le mesurer en raison de sa dimension fondamentalement individuelle.

Ajoutant encore une couche de complexité à cette immense ambition, l'OMS a popularisé le concept « One Health » qui renvoie à la nécessité d'intégrer l'objectif de pleine santé de l'humanité à sa relation avec l'ensemble de la biosphère dont nous ne sommes qu'une composante. On en comprend bien la pertinence en pensant aux risques déjà manifestes provenant de nos relations avec le monde animal, qu'il s'agisse de l'élevage industriel, des animaux sauvages ou de la biodiversité dans son ensemble, comme l'a souligné le professeur Didier Sicard[6].

La fabrique de la ville doit intégrer cette vision globale de la santé et du bien-être :

– La pleine santé est, doit être un sujet transversal pour la production de la ville. Toutes les politiques publiques sont concernées, à l'image de l'agenda 2030 des objectifs de développement durable de l'ONU qui ne se limite pas dans ce domaine à l'ODD 3[7] « Accès à la santé ».

– La médecine évolue, doit évoluer vers le modèle « 4P » comme Prévention, Prédiction, Personnalisation, Participation, ce qui impacte fortement ses infrastructures et ses différentes enveloppes immobilières, nous y reviendrons.

– À l'offre de soins médicaux (*cure*), dont la scientificité et la technicité progressent à une vitesse impressionnante, doivent s'adjoindre une préoccupation, une culture, une civilisation du « prendre soin » (*care*) qui doivent s'inscrire dans la conception de la ville elle-même.

Deux mouvements favorables apparaissent dans ce domaine :

– La généralisation en cours des Études d'Impact Santé (EIS) qui analysent, en vue de les améliorer, les projets urbains déjà avancés au prisme de la santé et du bien-être des populations.

– La naissance d'un Urbanisme Favorable à la Santé (UFS) qui intègre cette préoccupation dès les prémices de la conception urbaine. Joan Tronto, philosophe américaine, définit ainsi le *care* : « Activité caractéristique de l'espèce humaine, qui recouvre tout ce que nous faisons dans le but de maintenir, de perpétuer et de réparer notre monde, afin que nous puissions y vivre aussi bien que possible. »

Dans tous les cas, il s'agit au fond de prendre réellement en compte les corps des urbains, qu'ils soient au repos, au travail ou en mouvement dans la ville.

L'expérience des confinements successifs a suscité une éclosion de multiples prédictions/prophéties anti-villes ou anti-métropoles. Il est vrai qu'ils ont fait apparaître comme essentiel au bien-être le besoin d'espace extérieur intégré à l'habitat et revalorisé l'image dégradée du « pavillon avec jardin » de banlieue comme celle de la vie rurale. Associés au développement spectaculaire du télétravail et des nouveaux modes de vie qu'ils autorisent pour une partie de la population, ils ont probablement joué un rôle important dans l'engouement qui s'observe sur le marché immobilier pour les villes petites et moyennes, pour la ruralité et pour les maisons individuelles.

Précisons toutefois, comme nous l'a rappelé Martin Vanier[8], que la porosité entre ces différents types de territoires comme entre les modes de vie qui les caractérisent est désormais très grande et qu'il faut les penser en termes d'interdépendance plutôt que les opposer.

La préoccupation de la santé publique et le désir de bien-être des populations ne sont pas incompatibles avec le modèle de la ville compacte. La défense de ce modèle demeure à la fois consubstantielle à celle de la civilisation urbaine européenne et la condition indispensable, avec la maîtrise de l'étalement urbain et la

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

lutte contre l'artificialisation des terres, de la transition vers un monde décarboné et sobre en consommation de ressources naturelles.

Mais la crise sanitaire a montré l'urgence et encore la nécessité de rendre la densité urbaine habitable et désirable par tous, objectif qui doit désormais être commun aux politiques publiques comme aux différentes composantes de l'industrie de la ville. La critique de la qualité de la vie urbaine, du déficit d'urbanité de la ville, que la pandémie a mise en évidence, doit déboucher sur une accélération de transformations profondes.

IL FAUT TOUT D'ABORD INTENSIFIER LA PRÉSENCE DE LA « NATURE » DANS LA VILLE, CONSTRUIRE LA VILLE « BIOPHILE ».

Car la nature nous rend heureux et la crise sanitaire nous a montré à quel point le vivant auquel nous appartenons nous manque quand nous en sommes privés. Tel est probablement l'enjeu principal de la planification et de la fabrique urbaine aujourd'hui. C'est à la fois l'urbanisme réglementaire (PLU[8] « bioclimatiques) et l'urbanisme opérationnel qui doivent s'en saisir. Rendre accessible pour tous la relation aux espaces naturels (« la nature du 1/4 d'heure ») est une priorité à la fois pour la lutte contre le changement climatique, contre l'effondrement de la biodiversité et pour la santé et le bien-être en ville. Ce dernier argument aura d'ailleurs certainement une grande efficacité pour faire accepter les mesures nécessaires à l'atteinte des deux autres objectifs. Car l'affaire est difficile : il faut récupérer de l'espace, notamment sur la voiture (25 m² par véhicule !), le plus gros problème étant de réussir à le désasphalter pour retrouver la pleine terre par une « road diet ». Mais le processus est lancé dans beaucoup de villes et pourrait même avoir des effets favorables sur les budgets municipaux. Cette réconciliation n'est plus une utopie.

TOUS LES SEGMENTS DU MARCHÉ IMMOBILIER ET DE LA CONCEPTION URBAINE DOIVENT INTÉGRER LE SUJET SANTÉ/ BIEN-ÊTRE.

L'habitat en premier lieu bien sûr. La production et la rénovation des logements doivent se conformer à l'exigence de « santé habitée », c'est-à-dire tenir compte de l'ensemble des facteurs de santé liés à l'habitat, à commencer par son ouverture sur l'extérieur et les possibilités offertes d'accès aux équipements et espaces publics ainsi qu'à la « nature ». Le développement du travail à domicile doit être intégré dans la conception des logements (pour éviter la « zoomification » de l'espace privé). La qualité de l'air intérieur et les matériaux utilisés (colles, etc.) sont aussi des éléments essentiels de cette santé habitée.

C'est donc d'abord la qualité des logements qu'il faut améliorer pour tous afin de rendre la ville compacte habitable et désirable.

Pour les bureaux, le phénomène irréversible du télétravail de masse change aussi la donne : deux jours de télétravail généralisés se traduisent par une baisse de 15 à 20 % de la consommation d'espace. C'est l'occasion, plus encore que de baisser les coûts, d'améliorer le bien-être au travail en augmentant les surfaces des zones collaboratives et d'échanges dans les entreprises : agoras, places de village, salles de remue-méninges, cafétérias, tous espaces dont le confort et l'agrément gagnent à être généreusement végétalisés.

Il s'agit d'apporter aux salariés les conditions de confort qu'ils ne peuvent avoir chez eux. Les espaces de « coworking » et les tiers-lieux, hybrides ou non, doivent évoluer dans le même sens.

Bien avant la crise, de grandes entreprises avaient déjà pris ce tournant (pensons à l'emblématique siège d'Amazon), et développent aussi les technologies « sans contact » favorables à la prévention sanitaire, même hors période de crise. Tous les employeurs doivent intégrer que la santé et le bien-être de leurs salariés sont un facteur de productivité et investir en conséquence dans les espaces de travail.

LE DOMAINE DES DÉPLACEMENTS EST UN TERRAIN TOUT AUSSI RICHE POUR UN TEL URBANISME « PRENANT SOIN » DES HABITANTS.

Le développement de la marche et du vélo, aussi favorable à la lutte contre le changement climatique qu'à la santé des urbains, est devenu un enjeu majeur.

Ainsi, 50 % des déplacements motorisés dans les centres urbains se font sur une distance inférieure à 5 km. Cette proportion est la même pour les déplacements inférieurs à 7 km en périphérie. On mesure le potentiel de progression et les gains possibles en prévention dont l'activité physique est un des deux déterminants principaux, avec la nutrition. Encore faut-il prévoir, dessiner et protéger les parcours. Le design urbain et les choix de matériaux sont à cet égard déterminants : il vaut mieux que la voiture traverse la voie du piéton plutôt que l'inverse, ce qui appelle des continuités dans les revêtements de sols. Il faut aussi prévoir des parcours confortables en été, mesure clé d'adaptation au réchauffement, et accueillants pour les enfants comme pour les personnes à mobilité réduite. Les bancs, tous les 100 à 150 m, sont un des dispositifs les plus efficaces et les moins coûteux pour inciter à l'activité physique. Les « parcours de santé » doivent ainsi sortir de leur statut de micro-équipements annexes pour inspirer l'ensemble du dessin des déplacements des urbains. À cet égard, la place des escaliers, leur confort et leur facilité d'accès sont des éléments fondamentaux.



De façon plus spécifique, les pratiques sportives urbaines sont un domaine d'application de l'UFS[10], à condition de veiller à ce que les espaces et les équipements qui leur sont dédiés ne visent pas seulement les jeunes hommes en bonne santé (« street workout ») et soient adaptés en priorité aux plus vulnérables.

Enfin, notre bien-être et notre santé, notamment mentale, dépendent largement de nos interactions avec les autres. La conception des espaces publics doit favoriser la « densité relationnelle de la ville », selon l'expression de Sonia Lavadinho[11].

Il doit aussi contribuer à lutter contre la précarité relationnelle et la solitude de masse. Comme nous l'a rappelé Jean-François Serres, l'isolement touche en effet environ 13 % des Français. Le CESE[12] le définit comme « la situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations insuffisantes en quantité et/ou en qualité, est en situation de souffrance ou de danger ». Il a un impact considérable sur la santé des personnes concernées ; il est la deuxième cause de suicide et il accélère la perte d'autonomie des personnes âgées. La spirale isolement/pauvreté caractérise la misère urbaine moderne.

Les villes et les entreprises peuvent, doivent soutenir et développer toutes les formes de relations engagées dans la lutte contre ce fléau : proches aidants familiaux, tissus de solidarité de proximité, volontariat, bénévolat…

Tous ces exemples essentiels du « prendre soin » ne sont pas un luxe offert à des urbains hédonistes pour lesquels l'art de vivre prend le pas sur l'art de produire, sur le travail, en un mot : sur l'effort.

Il s'agit au contraire de promouvoir un mode de vie plus sobre et plus frugal, favorable à la santé des corps et des esprits ainsi qu'à ce qui fait l'intérêt même de la ville : la proximité des autres.

Et s'il est si important de prendre soin des urbains pour progresser dans cette voie, c'est aussi parce que les transformations qu'ils vivent déjà, les défis considérables qu'ils vont devoir relever, à commencer par celui du changement climatique, justifient qu'ils soient correctement accompagnés.

Les technologies numériques peuvent contribuer puissamment à cette évolution en faveur de la santé et du bien-être en ville et faire baisser les coûts de l'urbanisme favorable à la santé. « L'open data » rend disponibles de nombreuses données précieuses, pour la conception des parcours urbains notamment. Cela permet aussi de traiter correctement les « invisibles » : pollution de l'air par exemple.

Pour le bâtiment, le BIM[13] et les capteurs produisent des indicateurs de perception qui peuvent être utilisés pour produire et exploiter des bâtiments sains et favorables au bien-être.

Mais cette dimension très positive du numérique a aussi son revers bien connu et largement documenté : le bien-être des urbains ne peut passer par leur asservissement au numérique. Au-delà même du problème posé pour les libertés publiques, la technologie peut aussi produire de l'isolement, voire de l'enfermement.

« L'habitèle » numérique (Dominique Boullier[14]) reste à inventer. Il s'agit de parvenir à un équilibre qui dépend d'arbitrages de nature politique qui doivent eux-mêmes résulter de délibérations démocratiques, comme l'ensemble de cette vision globale de la santé et du bien-être en ville.

C'est ce qu'ont bien compris les villes du réseau international « Villes Santé » qui combinent cette démarche avec leur politique de développement durable.

Leur programme est un serment d'Hippocrate de la ville. On mesure aujourd'hui à quel point elles sont pionnières et ont pris de l'avance dans un mouvement appelé à se généraliser.

L'attractivité des villes se jouera, se joue déjà largement sur cette dimension qui ne peut évidemment se limiter à une simple démarche de marketing urbain.

LA VILLE ET L'OFFRE DE SOINS

On l'a vu, la pleine santé est plus large que la santé, le système de santé est plus large que le système de soins. Reste que ce dernier consomme aujourd'hui 97 % des dépenses, largement socialisées par l'assurance maladie et que ce budget considérable croît plus vite que la population et que le PIB.

Rappelons-en brièvement les grands traits que Jean-Yves Guedj[15] et Édouard Couty[16] nous ont décrits :

Les chiffres sont massifs : 220 000 médecins, deux millions de soignants. Et dans l'approche la plus large, la population des soignants et des aidants de toutes catégories est probablement la composante la plus importante de la population active. La crise sanitaire a mis en évidence leur rôle primordial dans la société, comme le besoin de qualification et de reconnaissance de ces métiers.

L'accès aux soins est une garantie constitutionnelle (préambule de la Constitution de 1946) qui s'entend à la fois d'un point de vue géographique et en termes de sécurité comme de qualité.

La question des inégalités d'accès aux soins entre la ville et le monde rural est complexe : il y a le même nombre de médecins pour 100 habitants dans la Nièvre, la Creuse, en Corrèze et en Île de France. Mais on en compte 30 par km² dans la région capitale et 0,1 dans la Creuse… La couverture médicale est plutôt meilleure dans les périphéries urbaines que dans les

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

centres mais c'est en raison des différences de morbidité liées à l'âge moyen de leurs populations respectives.

Les principales inégalités sont en fait sociales et non géographiques, moins en raison de l'accessibilité des soins que de la prévalence des maladies dans les différents groupes sociaux, ce qui renvoie évidemment au concept de santé globale développé plus haut.

Citons les deux principaux enjeux auxquels fait face l'offre de soins :

– le développement des maladies chroniques, qui est en partie la conséquence du progrès de la technique médicale (sida, cancer) mais aussi des modes de vie (diabète, obésité),

– et le vieillissement de la population.

La santé mentale apparaît enfin comme un domaine trop délaissé, alors qu'une bonne part des maux de nos sociétés en relève. Elle exige aujourd'hui des investissements qui auront un impact social positif considérable : pour ne citer que cet exemple, 70 % des personnes sans domicile relèvent de soins psychiatriques. Sur ce sujet, le paradoxe est que la psychiatrie qui s'est dotée de structures très en avance sur le reste de la médecine – psychiatrie hors les murs de l'hôpital et intégration au tissu urbain et médico-social – souffre d'une grande pauvreté de moyens qui limite son efficacité.

Pour toutes ces raisons, la bonne combinaison du *cure* et du *care* et, en conséquence, le rapprochement du médical et du médico-social paraissent indispensables.

Le fait de placer le malade au centre du dispositif et de le responsabiliser (ce qui suppose un investissement d'éducation) permettra cette évolution qui devra trouver un chemin entre deux écueils : la médecine technoscientifique qui fait du malade un objet et un nouvel hygiénisme qui place les populations sous contrôle.

QUE PEUVENT LES VILLES ?

LES VILLES PEUVENT TOUT D'ABORD FAVORISER LA MODERNISATION DE LA « MÉDECINE DE VILLE ».

C'est la partie de l'offre de soins qui a le moins évolué au cours des dernières décennies. L'exercice en solo des médecins reste dominant – il n'y a que 910 maisons de santé pluridisciplinaires en France – et les soins infirmiers à domicile sont encore trop peu développés dans notre pays.

Pourtant de nombreuses tendances prometteuses, outillées par la technologie, permettent de considérer que 80 % des pathologies liées aux maladies chroniques pourraient être traités par une médecine de ville bien organisée.

Cette évolution peut être accélérée par la création d'enveloppes immobilières adaptées.

Les bâtiments de format R+1 se prêtent particulièrement bien à l'accueil de maisons de santé pluridisciplinaires comme c'est le cas au Royaume-Uni, en Allemagne, en Australie, aux États-Unis. La « révolution de l'ambulatoire », dont on reparlera plus bas à propos de l'hôpital, appelle la multiplication de ce type de structures qui peuvent couvrir une part considérable des soins, y compris la rééducation fonctionnelle par exemple.

Le modèle de la « Mayo Clinic » américaine est à cet égard impressionnant.

Les rez-de-chaussée urbains se prêtent aussi particulièrement bien à l'installation de petites structures collectives médicalisées (béguinages) pour personnes âgées. L'intégration « d'appartements-services » dans les programmes de logement est une bonne solution pour l'intégration des personnes âgées dans la ville, de même que le développement des colocations pour seniors.

La télémédecine, dont la pratique a explosé depuis le début de la crise sanitaire (1 million de consultations par semaine contre 10 000 en 2019), ce qui est une bonne nouvelle, peut être favorisée par des « cabines » dotées des moyens techniques aujourd'hui éprouvés : capteurs, palpeurs, contact à distance avec un médecins et émission des ordonnances.

C'est enfin évidemment dans le domaine médico-social que les leviers de l'action municipale sont les plus nombreux, qu'il s'agisse de la conception des structures d'accueil des personnes sans domicile, qui peut désencombrer les services d'urgence hospitaliers ou plus généralement du lien à établir entre le médical et le social pour le suivi des patients.

Toutes ces innovations nécessitent d'importants investissements qui devront associer capitaux publics et privés. À cet égard, il semble nécessaire d'adapter l'urbanisme réglementaire afin de le rendre plus accueillant pour l'investissement privé.

L'HÔPITAL, DE L'HYPER OBJET URBAIN À L'OBJET HYPER URBAIN.

Le professeur Gérard Saillant[17], grand praticien hospitalier, présente avec humilité l'hôpital comme « une petite partie de la médecine, elle-même traitant une petite partie de la santé qui n'est qu'une petite partie du bien-être ».



C'est vrai, et c'est pourquoi le sujet n'est traité qu'à la fin de cette synthèse. Reste que l'objet impressionne par sa massivité, à tous égards.

Premier employeur dans la plupart des villes, l'hôpital, dès 100 000 habitants, est une chose énorme au milieu du tissu urbain. Il y a bien sûr un écart de 1 à 10 entre l'emprise foncière des « monstres » (80 ha) et celle des petits hôpitaux. Mais la moyenne se situe malgré tout entre 15 et 20 hectares.

Sur 1000 habitants de notre pays, 192 sont hospitalisés chaque année dans 3000 établissements. L'hôpital, un des rares objets urbains ouverts 24 heures sur 24 et 365 jours par année, dont l'autonomie énergétique est une nécessité fonctionnelle, doit gérer des flux qui donnent le vertige et qui entraînent une usure rapide, exigeant des investissements réguliers.

Cet objet, dans sa version contemporaine résultant des grandes réformes successives de 1945, 1958 et 1970, est un lieu d'une particulière densité, humaine, scientifique, technique et sociale.

Comme le dit Philippe Villien[18], c'est « un lieu de naissance et de mort, de soins à l'autre, de bienveillance et d'entraide ». Son rôle dans les crises, comme nous venons de l'expérimenter, en fait un symbole du lien social, de ce qui peut être attendu de la société.

Les trajectoires dans le temps long de ces hyper objets tendent à les rendre à la fois de plus en plus denses et de plus en plus fluides ainsi qu'à réduire leur empreinte foncière dans les centres au profit des périphéries. L'approche de type « minier » des réserves foncières hospitalières de centre-ville devra sans doute être abandonnée à l'avenir pour privilégier le rôle qu'elles peuvent jouer en période de crise grave, car l'hôpital est une ressource d'adaptation de premier plan.

La construction de nouveaux hôpitaux est l'occasion de grands concours très stimulants sur « l'hôpital du futur » mais aucun plan abstrait n'est en mesure de fournir la formule magique du bon hôpital. Tout au plus semble-t-il possible de considérer aujourd'hui qu'au-delà de 700 à 800 lits, la complexité de l'objet se traduit par des déséconomies d'échelle.

Enfin, l'hôpital, dont l'évolution a été beaucoup plus rapide que celle de la médecine de ville, qu'il soit public, privé ou à but non lucratif, connaît désormais la révolution de l'ambulatoire qui le transforme en plateforme de services et le met en relation avec l'extérieur. Pour mémoire, 45 % des soins chirurgicaux peuvent désormais être traités en ambulatoire et une bonne partie peuvent être effectués hors site.

C'est le sujet essentiel du point de vue de la construction de la ville de demain : l'hôpital, objet hyper connecté par lui-même, a besoin de mieux se connecter à la ville (et pas seulement à la médecine de ville, même si tout reste à faire dans ce domaine) à la fois physiquement « sur ses bords » et dans son fonctionnement.

Sa périphérie immédiate doit accueillir des programmes de logements, pour les soignants comme pour les familles voire les patients eux-mêmes ainsi que des services hôteliers.

Sa relation aux systèmes de transport est évidemment cruciale, de même que les parcours de marche à pied qui doivent être conçus à l'aune des capacités de déplacement des personnes malades et vulnérables.

Un équilibre doit toutefois être trouvé entre ce besoin d'ouverture physique de l'hôpital comme lieu central du « prendre soin » et ses contraintes rigoureuses de sécurité dans la gestion des flux ainsi que sa fonction protectrice pour les patients.

Au cœur du système de soins, l'hôpital, pour être un moteur de la santé globale, doit devenir une ressource pour la prévention de même que pour l'éducation sanitaire du public.

Il devra aussi franchir les frontières qui le séparent trop du médico-social, où se trouvent pourtant ses racines historiques.

LES EHPAD SONT LES OBJETS EMBLÉMATIQUES DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.

Les progrès du maintien à domicile des personnes âgées et le succès des résidences-services de nouvelle génération les conduisent à accueillir des pensionnaires de plus en plus dépendants. Leur répartition sur le territoire est plutôt satisfaisante, mais le nombre de places offertes aujourd'hui (600 000) devra croître rapidement puisqu'il est prévu 4 millions de personnes en perte d'autonomie en 2050.

Ils connaissent eux aussi des mutations profondes.

La technologie leur permet de mieux organiser la surveillance des patients. Elle est aussi une ressource essentielle pour conserver leur lien avec les familles, sujet fondamental comme l'a montré le premier confinement de 2020.

Ils peuvent eux aussi s'ouvrir pour fonctionner comme des plateformes de services au profit des personnes âgées habitant à proximité.

Ils peuvent enfin se diversifier en couplant leurs établissements avec des résidences-services dont les fonctions support sont partagées de même que les résidences peuvent concevoir leurs services pour les offrir à la fois sur place et à domicile.

Notre exploration a mis en évidence le caractère central que doit avoir le souci de la santé et du bien-être dans le développement durable de la ville.

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

Ce programme ambitieux dépend de deux conditions à lever pour pouvoir conduire les innovations et transformations qui s'imposent :

La gouvernance de la ville doit s'emparer du sujet, à l'image des engagements du programme du réseau Ville-Santé. Il n'est ni souhaitable ni nécessaire de modifier à cette fin la répartition des compétences entre l'État et les collectivités.

Rien n'interdit en effet à ces dernières de conduire des exercices de planification, à l'image du travail réalisé de longue date par l'agglomération lyonnaise sur son schéma directeur hospitalier, qui n'a malheureusement pas fait école.

C'est d'ailleurs à l'ensemble de l'offre de soins qu'il conviendrait de les élargir, ce qui permettrait d'en tirer ensuite les conséquences dans les documents d'urbanisme.

Cela supposerait bien sûr une très large concertation avec tous les acteurs concernés, ce qui aurait, dès le lancement du processus, un effet de mobilisation et d'apprentissage collectif.

Quant à l'urbanisme opérationnel, on a vu qu'il s'agit avant tout de le rendre attentif aux aspects du bien-être et de la santé insuffisamment pris en compte aujourd'hui.

Déployer du capital, privé et public. Dans ce domaine, le paradoxe est bien connu : le coût de la construction de la ville de demain n'est que très partiellement financé par son principal bénéficiaire, la rente foncière qui a par ailleurs un effet d'amplification des inégalités sociales. Les solutions à apporter à ce problème crucial ne relevaient pas du programme de notre cycle. Il n'en reste pas moins qu'elles seront indispensables à la réussite de la ville durable pour tous.



1. Ancien directeur de l'Institut Palladio.
2. Sociologue, directeur de recherches associé CNRS (Centre national de la recherche scientifique) au CEVIPOF (Centre de recherches politiques de Sciences Po).
3. Philosophe de l'urbain.
4. Organisation mondiale de la santé.
5. Géographe, professeur à l'École Normale Supérieure de Lyon, directeur de l'École Urbaine de Lyon.
6. Médecin, ancien président du Comité consultatif national d'éthique, professeur émérite à l'Université de Paris.
7. Les objectifs de développement durable.
8. Géographe, professeur à l'École d'Urbanisme de Paris, directeur d'études chez ACADIE.
9. Plan local d'Urbanisme.
10. L'Union Française des Sports.
11. Chercheuse à l'École Polytechnique Fédérale de Lausanne, fondatrice de Bfluid.
12. Conseil économique social et environnemental.
13. *Building information modeling.*
14. Professeur en sociologie à Sciences Po Paris, chercheur au Centre d'études européennes et de politique comparée.
15. Président émérite de Sanesco.
16. Conseiller maître honoraire à la Cour des Comptes, ancien directeur de l'offre de soin, médiateur national pour les personnels hospitaliers.
17. Président de l'Institut du Cerveau – ICM.
18. Architecte urbaniste, enseignant chercheur à l'École Nationale Supérieure d'Architecture de Paris Belleville / Institut Parisien de recherche Architecture, urbanistique et Société (Ipraus) / UMR AUSser.



CONTRIBUTIONS DES AUDITEURS

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

Outre leur disponibilité et leur présence tout au long du cycle, les auditeurs sont amenés à contribuer à la réflexion de l'année, d'une part en interagissant avec les conférenciers et en apportant ainsi leurs regards de praticiens ; d'autre part, en s'associant à un groupe de travail sur l'un des thèmes traités. Leurs contributions sont présentées ici.

CYCLE 2021

COLLÈGE DES AUDITEURS



PARRAIN

ÉDOUARD PHILIPPE

Maire du Havre, président de la communauté urbaine Le Havre Seine Métropole, ancien Premier ministre

CHANTAL AIRA CROUAN, architecte associée, directeur de l'Agence Paris – IDF , Kardham Architecture
MARIE BALMAIN, directrice pôle transitions, EGIS
CHRISTELLE BASTARD, directrice des études prospectives, CBRE
VÉRONIQUE BATY, responsable de projets, Poste Immo
CLÉMENCE BECHU, directrice du développement et innovation, Agence Bechu & Associés
ÉMILIE COLLIGNON, directrice du développement, S2T Ingénierie
ROLAND CUBIN, directeur des opérations, Groupama Immobilier
PAUL DARRIBERE, directeur adjoint fund management, BNP Paribas Real Estate
SABINE DESNAULT, directrice exécutive R&D, innovation et RSE, Gecina
JULIEN DROUAUD, directeur du pôle résidentiel, Covivio
VINCENT DROUET, directeur de l'aménagement, Kaufman & Broad
ELLA ETIENNE-DENOY, CEO, Green Soluce
OMAR FJER, director, Ardian
MARIE-ANNE FOURRIER, directrice transformation et développement France, Korian
SANDRA GALLICE, directrice territoriale de la prospective et du développement immobilier, Orange
ÉMILIE GERMANE, secrétaire générale, SFL – Société Foncière Lyonnaise
ARNAUD HAMON, directeur développement, Ogic
MATHILDE HAUSWIRTH, associée, PwC France
MARIE JASON, directrice marketing, Cogedim Résidences Services
HUBERT JOACHIM, directeur adjoint des investissements, Amundi Immobilier
MATEY KARASSIMEONOV, directeur des relations publiques, Eiffage Aménagement
ORIANE LAFARGUE, directrice développement grands projets & concours IDF, Marignan
THIERRY LASSALLE, directeur des ressources humaines, Groupe Artelia
MICHEL LE FAOU, directeur du développement, Socotec
SYLVIE LE MONNIER, directrice d'agence, ADIM Ile-de-France Habitat
FRANK LUTZ, directeur financier adjoint, Société de la Tour Eiffel
MASSIMO MATTIUSSI, architecte, directeur du développement, SCAU
LUDOVIC MOULY, directeur général adjoint, Engie Aire Nouvelle
ARNAUD NIGOGHOSSIAN, directeur du développement Europe hospitality, Bouygues Bâtiment France Europe
ELIAS RAOUF, senior construction manager, Unibail-Rodamco-Westfield
CARINE ROBERT, directrice synergies urbaines, Icade Synergies Urbaines
JONATHAN SEBBANE, directeur général, Sogaris

CYCLE 2021

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

FIL ROUGE : de tout temps, la ville a été le vecteur de l'élaboration de la culture propre à la société qu'elle abritait. Aujourd'hui où le mode urbain est devenu le primat de développement de la planète, l'immobilier, qui en est la traduction tangible et pérenne, se voit investi d'une mission essentielle. Si le patrimoine bâti a toujours été un témoin de la transmission des connaissances, il endosse désormais, en rendant compatibles de nombreuses ruptures simultanées, un rôle inédit dans l'émergence d'une nouvelle société de la connaissance. Quelles solutions l'immobilier et la ville sont-ils susceptibles d'apporter aux grands défis de notre temps et d'inventer pour permettre un épanouissement harmonieux d'une nouvelle société de la connaissance ?

COLLOQUE D'OUVERTURE / 2 DÉCEMBRE 2020

SÉMINAIRE 1 • RÉVOLUTIONS URBAINES ET DÉMOGRAPHIQUES : LA SOCIÉTÉ DES URBAINS

22 - 23 JANVIER 2021

JEAN VIARD, sociologue, directeur de recherches associé CNRS au CEVIPOF
GÉRARD-FRANÇOIS DUMONT, géographe, économiste, démographe, recteur, professeur à Sorbonne Université

Le monde rural devenu minoritaire cède la place à une nouvelle civilisation urbaine, à l'émergence de grandes concentrations de populations, à une interface et un échange permanents entre villes et espaces naturels. La mobilité accrue globalise les risques de transmission épidémique entre espaces initialement peu en rapport les uns avec les autres, en particulier pour les métropoles, du fait de l'intensité des échanges internationaux. Par ailleurs, l'allongement de la durée de la vie, l'émergence des vies complètes, l'augmentation du temps libre bouleversent les déterminants de la consommation, le rapport entre les usages de la ville et l'interaction entre les groupes sociaux. L'espace urbain et l'émergence d'une nouvelle urbanité exprimeront de nouveaux modes d'échanges entre les habitants et les institutions, en particulier en matière de santé, du fait d'un hôpital public prédominant centré sur les grandes pathologies et la recherche de pointe, mais aussi d'une médecine de ville confrontée au défi de masse et plus généralement l'aspiration aux soins du corps qui caractérisent le monde moderne. Le risque épidémique rappelé par la récente crise, et son corollaire du confinement, nécessitent de réinterroger les défis posés à la ville de demain.

PARRAIN

ÉDOUARD PHILIPPE

Maire du Havre,
président de la communauté
urbaine Le Havre
Seine Métropole,
ancien Premier ministre

SÉMINAIRE 2 • TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES : UNE RÉVOLUTION POUR LES MODES D'HABITER

5 - 6 FÉVRIER 2021

SONIA LAVADINHO, chercheuse à l'École Polytechnique Fédérale de Lausanne, fondatrice de Bfluid
DOMINIQUE BOULLIER, professeur en sociologie à Sciences Po Paris,
chercheur au Centre d'études européennes et de politique comparée

L'organisation de la société des urbains s'appuie fortement sur les grandes métropoles, fruits de l'impact spatial d'une nouvelle économie fondée sur la rapidité des échanges et leur mondialisation. La nouvelle civilisation urbaine tend à s'organiser en de vastes territoires où les habitants expriment désormais plus directement leurs choix, conscients des menaces sur leur environnement et aptes à renouer avec des modes de consommation plus vertueux. La sécurité sanitaire fait partie intégrante de ces préoccupations avec ses interrogations parfois contradictoires sur les options à retenir (habitat individuel diffus ou non, mobilité périurbaine et transports collectifs…). De nouvelles formes de consommation, de travail, de participation citoyenne et d'habitat sobre en énergie constituent les enjeux auxquels il convient de faire face. La révolution numérique offre en la matière des horizons nouveaux permettant de réinventer les pratiques quotidiennes.

SÉMINAIRE 3 • AMÉNAGER LES TERRITOIRES : QUELLES NOUVELLES STRUCTURATIONS TERRITORIALES ?

5 - 6 MARS 2021

LAURENT DAVEZIES, économiste, professeur au CNAM, titulaire de la Chaire « Économie et développement des territoires »
MARTIN VANIER, géographe, professeur à l'École d'Urbanisme de Paris, directeur d'études chez Acadie

Projeter la ville dans les grands mouvements qui affectent la société des urbains, c'est confronter des évolutions globales à un état d'inégalité inhérent au départ à chacun des territoires. Donner plus de compétitivité à la société urbaine française, c'est savoir reconnaître ses atouts différentiels et en jouer. Dans un contexte de transformation du modèle économique global et de la relation au travail, le positionnement spécifique des territoires tend à se radicaliser. La croissance des pôles urbains actuels sera asymétrique et la migration des habitants vers les lieux les plus attractifs risque de perturber profondément les équilibres territoriaux actuels. Le déploiement d'un système sanitaire donnant la plus grande égalité possible aux citoyens vis-à-vis des risques encourus et de l'accès au soin est-il dès lors menacé ? *A contrario*, une plus grande répartition de la population et une décentralisation plus poussée représentent-elles un gage de meilleur bien-être pour le plus grand nombre ?

SÉMINAIRE 4 • DE NOUVEAUX PARADIGMES POUR LA POLITIQUE SANITAIRE ET SA TRADUCTION URBAINE ?

26 - 27 MARS 2021

ÉDOUARD COUTY, conseiller maître honoraire à la Cour des Comptes, ancien directeur de l'offre de soin,
médiateur national pour les personnels hospitaliers
JEAN-FRANÇOIS SERRES, fondateur de MONALISA (Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés)
JEAN-YVES GUEDJ, président émérite de Sanesco

L'hôpital moderne est apparu comme un grand apport de l'économie de la connaissance et de la structuration du monde urbain en grandes métropoles. Les outils performants et remarquablement équipés ont doté ces entités urbaines des moyens de lutter avec succès contre les maladies du temps (cancer, affections cardiovasculaires et neurologiques…). La sophistication de la médecine hospitalière n'a-t-elle pas négligé en revanche la médecine générale de ville, la proximité des citoyens et leurs soignants au quotidien ? Les pathologies chroniques affectant les habitants soumis au stress de la grande ville, l'anonymisation urbaine et la prise en compte de populations relevant de fragilités spécifiques continuent-elles à être prises en charge avec efficacité ? Là encore, la récente crise de la Covid-19 appelle à reformuler un diagnostic d'ensemble ainsi que les solutions à adopter en termes urbanistique et immobilier.

SÉMINAIRE 5 • DES RÉPONSES POUR LA VILLE DU FUTUR ET DU BIEN-ÊTRE

16 - 17 AVRIL 2021

PROFESSEUR GÉRARD SAILLANT, président de l'Institut du Cerveau – ICM
JEAN-CLAUDE SZALENIEC, gérant d'Hares Conseil, conseil en développement immobilier du groupe Domusvi
PHILIPPE VILLIEN, architecte urbaniste, enseignant chercheur à l'ENSA de Paris Belleville / Ipraus / UMR AUSser

Dans cette société des urbains à la concentration urbaine difficilement contournable, le « bien-vivre » exigera des réponses nouvelles dans la relation entre l'appareil technologique sophistiqué qu'est devenu l'hôpital et son environnement urbain. Saura-t-on maintenir à la ville du quotidien son aptitude à proposer des solutions proches des habitants et génératrices d'un état sanitaire de qualité ? La complémentarité entre l'espace physique de l'hôpital, les soucis de la sécurité au quotidien et la réalisation d'espaces de vie créateurs du bien-être individuel constituent l'enjeu des villes modernes pour couvrir l'ensemble des réponses appropriées aux diverses situations possibles. La marchabilité des espaces, la biodiversité et la démultiplication des espaces naturels constituent des défis aussi importants à relever que la complexité et l'efficacité des immeubles hospitaliers.

SÉMINAIRE 6 • GOUVERNANCE URBAINE ET BIEN-ÊTRE AU QUOTIDIEN : LA GOUVERNANCE URBAINE CONVOQUÉE

10 SEPTEMBRE 2021 - LE HAVRE (EN JOURNÉE)

SIMON DU MOULIN DE LABARTHETE, directeur général de l'Agence d'urbanisme de la région du Havre et de l'Estuaire de la Seine
THIERRY LOCHARD, urbaniste référent mobilités et projets urbains de l'Agence d'urbanisme de la région du Havre
et de l'Estuaire de la Seine
MICHEL LUSSAULT, géographe, professeur à l'ENS de Lyon, directeur de l'École Urbaine de Lyon
ÉDOUARD PHILIPPE, maire du Havre, président de la communauté urbaine Le Havre Seine Métropole, ancien Premier ministre

La crise récente a également montré combien les élus des villes se sont retrouvés en première ligne pour répondre aux angoisses et besoins d'urgence des citoyens. Certes, la décentralisation leur donne un pouvoir imminent sur l'hôpital public mais la puissance de l'institution ne les met guère en posture d'orienter les choix. De plus, le secteur privé est lui aussi très sollicité pour participer à l'investissement mais aussi à l'exploitation de pans grandissants du dispositif de santé. Quelles orientations nouvelles pour le partenariat du public et du privé ? Quels montages innovants pour assurer dans les métropoles la réponse diversifiée à la pluralité des besoins ? Quelle capacité de régulation entre les mains des collectivités territoriales ?

SÉMINAIRE 7 • HÔPITAL DU FUTUR, VILLE ET PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

4 - 5 JUIN 2021

GUILLAUME BARAÏBAR, architecte, associé de l'agence SCAU
MATHIEU CABANNES, architecte associé de l'agence SCAU
MARIE CHABROL, architecte-urbaniste, responsable développement AIA Territoires, maître assistant associée
à École Nationale Supérieure d'Architecture de Normandie
SIMON DAVIES, directeur associé AIA Environnement, vice-président de la Fondation AIA, enseignant
à l'École Spéciale d'Architecture
ÉRIC DE THOISY, architecte, docteur en architecture, directeur de la recherche de l'agence SCAU
OLIVIER WIGNIOLLE, directeur général d'Icade

Les incidences de toutes ces évolutions sur la forme que prendront les espaces urbains de demain sont bien sûr très nombreuses. De même, la gestion des intérêts contradictoires exige des mécanismes de régulation renouvelés et proactifs. Comment les urbanistes et leurs conseils juridiques les intègrent-ils dans leurs réflexions et comment se traduisent-ils dans la forme urbaine, y compris dans l'équilibre entre centre et périphérie, création d'immobilier nouveau et conversion de l'ancien ? Plus généralement, existe-t-il une vision urbaine de l'accès aux soins et une capacité de management qui permette d'en atténuer l'inégalité spatiale. La nécessité d'un investissement plus massif et diversifié pour traiter à la fois du *cure* et du *care*, de la routine et de la crise, de « l'aigu » et du « chronique » ouvre-t-elle des champs nouveaux en termes de financement et de montage juridique ?

SÉMINAIRE 8 • MISE EN PERSPECTIVE / 25 - 26 JUIN 2021

DÎNER DES AUDITEURS / 27 SEPTEMBRE 2021

COLLOQUE DE CLÔTURE / 24 NOVEMBRE 2021

En raison de la crise sanitaire les séminaires 1 à 7 se sont tenus en visio-conférence. Le séminaire 8 a eu lieu à la Maison Palladio.
Par ailleurs, nous remercions les équipes de la mairie du Havre pour leur accueil lors du 6e séminaire.

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

DÉBAT PUBLIC N°1
VILLE ET SANTÉ : ROUVRIR LE DÉBAT ENTRE URBANISTES ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

21 JANVIER 2021 EN LIVE

THIERRY PAQUOT, philosophe de l'urbain
DIDIER SICARD, médecin, ancien président du Comité consultatif national d'éthique, professeur émérite à l'Université de Paris

La crise sanitaire de 2020 a remis au premier plan la question de la santé dans la société des urbains. Thierry Paquot montrera que ce sujet a été au cœur de la pensée et de la conception de la ville moderne. Il faut aujourd'hui réinterroger la production de la ville durable au regard des besoins et des contraintes sanitaires. Le Professeur Sicard, sage de la médecine française, fera part des questions que le souci de la santé et du bien-être des urbains conduit à poser aux urbanistes.

DÉBAT PUBLIC N°2
URBANISME DU BIEN-ÊTRE ET PRÉOCCUPATIONS SANITAIRES : QUELS CHOIX POUR LE GRAND PARIS ?

21 SEPTEMBRE 2021 EN LIVE

SOPHIE BOISSARD, directrice générale du groupe Korian
STEPHAN DE FAŸ, directeur générale de Grand Paris Aménagement

Métropole emblématique, le Grand Paris doit concilier le déploiement spécifique de l'offre hospitalière, le support à l'innovation dans la médecine de ville et la promotion d'un urbanisme du bien-être. Quelles convergences entre les acteurs publics et privés pour gérer cette complexité ?



RÉVOLUTIONS URBAINES ET DÉMOGRAPHIQUES : LA SOCIÉTÉ DES URBAINS

« L'impact d'une crise mondiale sur les défis de la ville : de la fin de l'Anthropocène vers l'émergence d'Homo Circulus au sein d'un urbanocène respectueux de la vie ? »

Que l'on se réfère à son origine grecque – « polis » – ou latine – « villa » –, la ville puise ses fondamentaux dans sa capacité à organiser, accueillir, protéger, définissant ainsi les bases de l'urbanocène.

Une ère qui au fil du temps a vu la ville évoluer, se transfigurer même, pour arriver à celle du XXIe siècle déjà engagée dans son premier quartier, et dont la transformation s'oppose à ces fondamentaux. En effet, la croissance démographique urbaine exponentielle du XXe siècle et de ce début de siècle a généré de nouvelles problématiques de confort et de santé, remettant en question la viabilité sociale, économique et environnementale de nos systèmes urbains. Par ailleurs, sur un plan social, l'accélération des rythmes de vie et l'évolution des usages questionnent le rôle de l'habitat.

Autant de facteurs eux-mêmes renforcés par un contexte de changement climatique important révélateur de l'incapacité des villes à l'accompagner, encore moins à l'absorber.

En 2050, 70 % de la population mondiale sera urbaine, alors que les villes n'occuperont que 3 % de la planète[1]. Principales émettrices de gaz à effet de serre (GES), elles sont majoritairement responsables du changement climatique. Par effet rétroactif, elles en sont aussi également les principales victimes, avec les effets directs (ICU, qualité de l'air, catastrophes naturelles…) ou indirects (pandémies, grands mouvements citoyens, migrations croissantes à venir) que l'on connaît déjà trop bien.

L'être humain a perturbé les écosystèmes naturels et densifié de façon majeure les villes. Au-delà de cette densification, dont l'acceptation reste fortement corrélée au ressenti qu'elle génère chez les urbains, le constat est que cette ville a été construite sans suffisamment considérer la résilience qu'est la nature.

Face à cette situation, l'accès à des lieux plaisants et confortables, véritables espaces de ressources et de sociabilité urbaine, devient déterminant pour la viabilité des écosystèmes urbains. Une conception adaptée à ces nouvelles contraintes, et autant que possible biomimétique, peut rendre la ville du futur « durable », quelles qu'en soient les conditions sécuritaires ou sanitaires.

Si depuis l'Antiquité jusqu'au mouvement hygiéniste de la fin du XIXe siècle, les grosses crises sanitaires ont toujours interrogé les villes, leur organisation et leur fonctionnement, la crise actuelle et ses conséquences, s'inscrivent dans un contexte nouveau, car celui-ci est mondial et concerne toute la planète. Bien qu'il en émerge l'accélération salutaire de la transition environnementale, elle touche des villes et des cultures de toutes tailles, et de tout type d'organisation urbaine, mettant en lumière les nouvelles capacités humaines, industrielles, numériques, tout en en soulignant aussi les nuisances générées par nos environnements contemporains. Elle révèle l'inadaptabilité des villes à faire face aux défis du changement climatique.

C'est parce que l'urgence est là, qu'il faut rester optimiste. Il y a toujours eu des crises et des changements climatiques, et il y en aura encore. La nature a toujours su démontrer sa capacité à y faire face. Suivant son modèle, nos villes peuvent apprendre à faire preuve d'adaptabilité, pour que le XXIe siècle marque le temps de la réconciliation entre les humains et la nature.

Voilà le défi posé pour cet urbanocène qui doit continuer à croître au sein d'un anthropocène plus respectueux du vivant : développer un urbanisme à minima vivable, et autant que possible désirable pour les 5 milliards d'êtres humains qui vivront dans les villes dans les années qui viennent.

Cette révolution urbaine transforme le paradigme de la ville et l'organisation même de ses urbains qui doivent apprendre à faire partie d'un « tout ». Ainsi, l'Homo Sapiens urbain, devenu Homo Circularius[2], démontrera sa capacité particulière à prendre soin de sa vi(ll)e pour qu'elle-même prenne soin de lui…

LA PANDÉMIE COVID 19 : UN « DÉCLENCHEUR » DE LA BASCULE DU CHANGEMENT

LES CRISES SONT DES ACCÉLÉRATEURS DE TENDANCES

« Celui qui possède un pourquoi qui le fait vivre, peut supporter tous les comment. »
Friedrich Nietzche

Avec la crise, ce qui était une tendance devient l'un des fondements de la société : on veut donner un sens à sa vie, à ses actions, à notre urbanité.

Vivre des tragédies permet aussi de les mettre en perspective au travers de prismes différents de notre quotidien… Ainsi, la crise du Covid-19 nous a mis face à deux « victoires » :

- La force de l'intelligence collective a optimisé le nombre de vies sauvées : en faisant cause commune, l'humanité s'est battue pour vivre.

- Le temps du questionnement a laissé place à celui de l'action : les gens qui veulent changer de vie le font, le changement climatique est devenu une réalité dans la conscience collective…

Selon les termes utilisés par le sociologue Jean Viard, on peut prévoir que les 10 prochaines années seront à l'image des « 10 glorieuses » : l'énergie du changement va se déployer pour accélérer l'amélioration de nos qualités de vie.

CONTRIBUTION DE

CLÉMENCE BECHU
OMAR FJER
LUDOVIC MOULY
CARINE ROBERT

INTERVENANTS

GÉRARD-FRANÇOIS DUMONT
JEAN VIARD

1 - Données ONU.
2 - *Homo Circularius* est la projection d'un *Homo Sapiens* urbain qui aura su développer de nouvelles capacités pour s'intégrer pleinement aux économies circulaires du vivant, parce que la ville dans laquelle il habite sera composée de la sorte.

S1

S1

RÉVOLUTIONS URBAINES ET DÉMOGRAPHIQUES : LA SOCIÉTÉ DES URBAINS

L'économie reprend sa fonction de « moyen » pour la première fois depuis l'ère capitaliste. La volonté partagée de retrouver un sens la repositionne. Bien que toujours mondiale, elle se relocalise au profit d'une recentralisation de l'humain et de la nature dont il fait partie. L'écologie structure désormais le débat, pour que le « vivant » ainsi remis au cœur de la société transforme la donne, et que cette quête de « l'art de vivre mieux », déjà dans l'air avant la crise sanitaire, soit désormais la règle.

DE LA RÉAPPROPRIATION SOCIALE À LA « RAISON D'ÊTRE » DE LA VILLE

La recherche de cet « art de vivre mieux » amplifie la quête de sens dont chacun a besoin, au travers de sa propre personnalité, de ses projets, de son entreprise, de sa ville.

Quel est le nouveau sens urbain ? De quelle raison d'être la ville doit-elle se doter ?

Les villes portent la croissance et la consommation. Une étude de l'Institut McKinsey, parue en 2012, projetait que les 600 villes dites « monde », identifiées dans le rapport, regrouperaient 25 % de la population mondiale et généreraient 60 % de la richesse mondiale en 2025.

Une projection intéressante à mettre en perspective des travaux récents du psychologue américain Roy Baumeister visant à démontrer que le bonheur est lié à la satisfaction des besoins présents (bonne santé, sensation de bien-être, capacité d'acheter ce dont on a besoin), tandis que le sens attribué à l'existence est lié aux relations sociales, au fait de s'occuper des autres, de se projeter dans des défis et de prier.

Dès lors comment conjuguer densité économique et sociale avec densité de m² de bonheur ? Pourquoi ne pas en finir avec l'indicateur sans doute dépassé du « Produit intérieur brut », agrégat de données purement économiques, pour formaliser le « Bonheur national brut », indice déjà imaginé en 1972 par le roi du Bhoutan à l'âge de 16 ans ?

Depuis 2019, la loi Pacte invite les entreprises à se doter d'une « raison d'être » dans leurs statuts. Pourquoi ne pas réfléchir à la définition d'une « raison d'être » plus universelle, à l'échelle de la ville dont ces mêmes entreprises composent le paysage, et dont les enjeux sont par conséquent démultipliés ?

Adaptée à la ville, la « raison d'être » questionne le rôle que celle-ci peut jouer dans la société, et la mission qu'elle doit désormais se donner pour rester une « terre d'accueil », « une ville-ressource », capable de répondre aux grands enjeux de transition actuels, qu'ils soient liés à la révolution écologique en cours ou aux nouvelles attentes intergénérationnelles des populations.

Selon une enquête de l'Institut BVA parue en novembre 2020, « l'aspiration des Millennials à changer la ville s'incarne avant tout dans l'intention de redonner une dimension humaine à la ville : plus de proximité, plus de convivialité et un environnement plus sain ».

La réappropriation de la ville par ses habitants est une priorité pour les plus jeunes, à condition qu'elle soit apaisée, accessible et conviviale pour tous, également davantage réconciliée et tournée vers la nature. Ils veulent aussi que leur ville conserve une activité forte, facilitatrice du maintien ou de la création de liens entre ses habitants.

Au sein de cette ville nécessairement plus saine, la santé doit être pensée comme le cœur de la mutation sociale et urbaine, non plus comme une charge. La ville doit être un véhicule (re)ssource de bonnes santés au pluriel.

L'un des préalables pour être en bonne santé est la bonne condition psychologique de chacun. Une condition notamment nourrie par la toile sociale dont chaque être a besoin, et que la ville permet de tisser. Cependant, ce maillage ne peut plus se faire au détriment de notre santé physique et de celle de notre environnement.

Les villes sont au cœur de l'activité économique, et positionnées de manière opportune au centre d'une innovation bouillonnante qui apporte des solutions grandissantes, mais elles sont aussi les récepteurs de mouvements sociétaux profonds dont la crise sanitaire a permis de faire émerger haut et fort l'urgence d'une transition écologique majeure.

La démarche « One Health » implique des transformations profondes pour que les pollutions multiples présentes en ville, et néfastes pour tous, soient bientôt remplacées par des ressources multiples : des plantes fabriquant plus d'oxygène, des mobilités douces, des appartements adaptés, des colonnes Morris absorbant la pollution automobile…

Cette transition lourde déjà enclenchée nous fera certainement entrer dans une longue période de désinvestissement forcé, comme en attestent déjà les nombreux projets de construction ou de développement suspendus par les collectivités. Un temps qui marquera sans doute un creux de vague dans la croissance, pourtant indispensable à l'innovation, pour qu'émerge l'économie du climat constructive de la raison d'être de nos villes. Souhaitons la voir marquer une nouvelle époque de cet urbanocène auquel chacun aspire, au sein duquel l'ensemble des professionnels de la fabrication de la ville auront réussi à adapter leurs modèles, et trouver de nouvelles voies de croissance et rentabilité responsables.

LE BONHEUR EST-IL DANS LE « VILLAGE » ?

« Nous vivons tous dans un village.

Le trajet vers la boulangerie continue de structurer nos déplacements, et notre quotidien s'inscrit dans un cercle accessible à 15 minutes à pied de notre domicile.

Simplement, pour éviter le sentiment d'enfermement, il faut sentir que l'évasion est possible et avoir un accès facile vers d'autres quartiers ou une métropole. »

François de Singly, sociologue et chercheur au CNRS – expert en sociologie urbaine.

De la vie métropolitaine à la ville à taille humaine

Vivre dans la ville se caractérise par une effervescence omniprésente. Vivre dans la ville, c'est aussi assouvir le besoin de trouver sa propre échelle, en s'attachant à son propre quartier, « son village » : y entretenir un sentiment d'appartenance pour une meilleure qualité de vie au quotidien.

Face à la crise, la technologie a transformé la tendance de fond qu'était le travail à distance en une réalité quotidienne, bouleversant ainsi les critères de recherche de son lieu de vie. Le travail reste important, mais la volonté d'équilibrer vies professionnelle et personnelle l'a surpassé. Plus qu'un travail, c'est la possibilité de travailler qui attire désormais.

Le confinement du printemps 2020 a poussé de nombreux citadins à s'installer ailleurs, hors des grandes agglomérations. Dans ce contexte tout à fait particulier, ils y ont découvert un autre confort de vie leur ayant permis de maintenir leur activité grâce au télétravail, tout en profitant de privilèges que leur vie urbaine ne leur offrait pas.

La flexibilité du temps et de l'espace de travail, où les perspectives offertes par le télétravail permettent désormais de choisir un lieu de travail qui soit aussi un lieu de vie. Certains vont même plus loin en optant pour une vie « nomade » qui prend la forme d'un habitat alterné entre la ville et la campagne. Une tendance qui tendra à croître à condition que les campagnes soient de mieux en mieux connectées à leur mégapole d'appartenance, et dotées des infrastructures nécessaires pour accéder à l'éducation, aux soins…



Vivre à la campagne pour forger la ville de demain ? Le monde de demain s'invente aussi à la campagne…

Les territoires ruraux regorgent de solutions et d'initiatives dans le champ politique, économique ou environnemental. Ces derniers sont autant d'ancrages sur lesquels accrocher de nouveaux métiers.

Certains ayant choisi de fuir pleinement la grande ville l'ont aussi fait car ils ont vu leur métier « urbain » dépourvu de sens[3]. « Réfugiés » à la campagne, ils y ont découvert une nouvelle manière d'habiter et ont développé localement de nouvelles activités, souvent participatives de la construction de notre économie en transition.

Ces personnes ont ainsi retrouvé une place dans la société parce qu'elles y participent activement. Elles y forgent de nouveaux métiers, plus alignés avec leurs convictions et le sens qu'elles souhaitent donner à leur vie. C'est ce que révèle Nicolas Hazard, au travers de son livre *Le bonheur est dans le village* (Flammarion) rédigé après être allé à la rencontre de ces entrepreneurs ex-urbains installés dans les campagnes en juin 2020.

Ces nouveaux métiers émergents dans les campagnes participeront-ils à transformer les activités urbaines en reconnectant la ville à un ancrage plus local ? Serviront-ils le besoin des urbains de redonner un sens à leur quotidien ? Tout nous invite à le croire…

LA « SANTÉ » DE LA VILLE, UN DÉFI QUI SE LIT DANS SA DÉMOGRAPHIE

En 1900, à peine 15 % de l'humanité vivait en ville. En 2050, près de 70 % des humains seront citadins, et 50 % d'entre eux occuperont un habitat informel. Les villes évoluent à une vitesse fulgurante en raison des changements démographiques et de la croissance globale de la population. Chaque semaine, près de 1,3 million de personnes se déplacent vers les villes du monde entier. D'ici 2030, les « mégalopoles », c'est-à-dire les zones urbaines de plus de 10 millions d'habitants, vont passer de 31 à 43. En 2030, 65 % de la population vivra dans des villes.

Le « vieil Occident », déjà urbanisé à plus de 80 %, ne peut esquiver les défis socioculturels, politiques et environnementaux du nouveau millénaire.

Pour mesurer pleinement les enjeux de ces défis, il est important de pouvoir s'appuyer sur des outils. En cela, la démographie est fondamentale pour mesurer le bien-être d'une population, à condition d'en maîtriser les processus, comme le démographe Gérard-François Dumont l'explique.

Les dynamiques démographiques s'inscrivent dans quatre révolutions :

- Les transitions démographiques
- Les migrations internationales
- Le vieillissement de la population
- L'urbanisation.

Celles-ci se trouvent aujourd'hui fortement perturbées par la pandémie, car elle a engendré des mouvements de population indépendants des dynamiques de base les expliquant.

Bien que l'on puisse se poser la question d'intégrer les pandémies comme un phénomène d'analyse en soi à juxtaposer aux quatre premiers, il n'en reste pas moins que le premier phénomène de dynamique démographique à analyser demeure la transition démographique, étant donné son impact fondamental sur la construction de l'urbanocène.

LA TRANSITION DÉMOGRAPHIQUE

La transition démographique a subi au XXe siècle une accélération sans commune mesure depuis la naissance de l'humanité. Si la population mondiale a stagné à 250 millions d'humains entre l'an 0 et l'an 1000, elle a été multipliée par 4 en 100 ans entre 1900 et 2000, passant de 1,6 milliard à quasiment 8 milliards aujourd'hui.

Ce phénomène de croissance urbaine s'analyse au travers de deux étapes génériques distinctes composant la transition urbaine.

La première étape se compose de deux phases.

La phase primitive (phase A-B) marque le début de l'augmentation du taux de croissance. Elle se caractérise par une mortalité élevée des bébés, des enfants adolescents ou des femmes en couches, compensée par un taux de natalité élevé. À ce stade, l'accroissement de population est faible et précaire, d'autant plus qu'il est impacté par chaque événement grave, type famine ou guerre.

Notons que les villes sont souvent des territoires où la mortalité est élevée, mais dont le taux de croissance intrinsèque est compensé par des apports externes de population.

Dans cette étape, la phase du progrès agricole, médical, hygiénique ou technique facilite ensuite une baisse rapide de la mortalité avec le maintien d'une natalité forte (B-D), générant ainsi un accroissement fort de la population.

La deuxième étape de transition (D-G) marque une décélération continue de la mortalité, mais à un rythme beaucoup plus lent. En effet, la progression marginale diminue en raison des progrès faits lors de la première partie, et d'une natalité qui, quant à elle, diminue fortement. Il en résulte un taux d'accroissement naturel amoindri par rapport au taux de la première partie.

L'augmentation si forte de la population au XXe siècle s'explique principalement en raison d'une baisse importante de la mortalité. Les perspectives à horizon 2050 donnent des prévisions de population mondiale comprise entre 8 et 10,5 milliards d'habitants, selon l'effet qu'auront des événements futurs négatifs (mal/sous-alimentation, pollution, risques géopolitiques, crises climatiques, famine, crises sanitaires…) ou positifs (amélioration de la médecine, politiques bas carbone, gestion alimentaire…).

Quel est l'impact de la transition démographique sur les constructions urbaines ? Les villes subissent d'abord des influences géographiques, géopolitiques et historiques qui elles-mêmes influencent fortement leurs constructions. Comment faire le lien ?

Quels sont les impacts des pandémies sur la démographie ? Et précisément de la pandémie Covid-19 ? Certaines pandémies ont un impact important sur la pyramide des âges. Ce n'est pas le cas de celle-ci, car si elle tue en proportion autant de personnes d'une catégorie d'âge que les autres maladies, elle n'a pas un impact exclusif sur la mortalité. En limitant les rencontres, en retardant les mariages, en fermant les centres de PMA, elle a un impact fort sur la nuptialité ou sur la natalité. Par exemple, en France, l'Insee a annoncé une baisse de 7 % des naissances en décembre 2020, et de 13 % en janvier 2021 par rapport à l'année précédente. Une rupture dont on peut prévoir un impact de long terme sur la pyramide des âges…

LES MIGRATIONS INTERNATIONALES

Les migrations internationales jouent un rôle influent sur la pyramide des âges et la composition des pays. Elles s'analysent au travers de 2 familles de données :

- Des données historiques au sein desquelles émergent des causes politiques, religieuses, ou économiques. On y classe aussi les migrations climatiques qu'elles soient forcées ou de confort.

- Des données organisationnelles de globalisation (effacement des frontières européennes par exemple), d'internatio-

3 - Dans son livre *Bullshits jobs* (Éditions Les liens, 2020), l'anthropologue et économiste David Graeber dénonce la prolifération des emplois inutiles, y incriminant la place prise par la finance…

S1

RÉVOLUTIONS URBAINES ET DÉMOGRAPHIQUES : LA SOCIÉTÉ DES URBAINS

nalisation (les migrations sont logistiquement plus simples), de mondialisation (les entreprises étant à envergure mondiale, elles entraînent des migrations).

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Bien qu'encore disparate selon les pays et les continents, le vieillissement de la population est global et la population humaine n'a jamais été aussi âgée.

On se pose aujourd'hui la question de savoir quel sera l'impact de la pandémie Covid-19 sur le vieillissement et indirectement sur les migrations. Les retours des expatriés dans leur pays sont-ils temporaires ? Le retour (temporaire ?) des frontières durera-t-il ? Comment impactera-t-il les migrations internationales ?

La question de la production aussi se pose. Va-t-on voir une réindustrialisation de certains pays européens avec un impact sur les migrations ? Quid des circuits courts ?

L'URBANISATION

Cette pandémie a évidemment un impact très fort sur l'urbanisation. Comme vu dans la première partie, le télétravail modifie les équilibres géographiques entre la ville et la campagne. S'il ne faut aller que deux jours par semaine au bureau, on peut accepter des temps de transports allongés et donc s'installer dans des villes moyennes facilement connectées aux grands pôles d'emploi grâce à de nouveaux développements économiques qui le facilitent. Ces installations peuvent elles-mêmes être créatrices d'emploi dans ces villes. Cela peut aller jusqu'à entraîner une délocalisation de certains emplois vers des villes moyennes avec des employeurs qui suivent leurs employés. C'est ainsi que la pandémie peut restructurer la construction urbaine sur les prochaines décennies.

DU CORPS URBAIN AU CORPS HUMAIN…

« J'habite là parce que c'est chez moi » ou « C'est chez moi, donc j'y habite». L'habitat est-il une fonction ou un ressenti ?

Si, dans sa fonction, il prend tantôt la forme de logement, *co-living*, foyer, studio, maison, selon les noms que lui donnent nos cultures et les formes que lui assignent les architectures, l'habitat est aussi là où l'on se sent bien, parce que l'on peut s'y reposer, s'y réjouir, y grandir, seul ou avec d'autres, s'y protéger des intempéries extérieures ou se réfugier des tracas quotidiens. C'est là que l'on doit pouvoir y vivre ses moments les plus intimes, comme de grands événements partagés. On y vit parce qu'on y a un toit. S'abriter est-il une condition suffisante pour habiter ?

Alors que le logement s'arrête juridiquement pour chacun au pas de sa porte, habiter dans sa forme active consiste à être au monde, donc à agir. Comme le philosophe Heidegger le décrit dans son essai *Bâtir, Habiter et Penser* publié en 1951 lors de la crise allemande du logement, « habiter ne dépend pas seulement de l'habitabilité d'un logement ou de la qualité architecturale d'un bâtiment. Ce sont certainement des conditions favorables mais l'essentiel est ailleurs. Cet ailleurs consiste à vivre au plus près de soi avec et parmi les choses et les humains[…] en prenant soin du déjà-là […] sans abîmer le monde. » C'est donc à dire en le ménageant aussi. Comment peut-on donc concevoir des logements, des quartiers, des villes, dans lesquels habiter favorise l'épanouissement et le bien-être, parce qu'on arrive à y vivre avec soi et avec les autres, en ménageant son monde ?

HABITER : ET SI L'INTUITION ÉTAIT LA CLÉ ?

Pour Schopenhauer, l'intuition était la marque de fabrique de toutes les œuvres de génie. Einstein, lui, la définissait comme une « sensation au bout du doigt essentielle à l'innovation ».

L'intuition c'est en fait notre « inconscient d'adaptation », une qualité essentielle dont l'augmentation est corrélée positivement à l'efficience de son entourage avec des répercussions positives.

Une intelligence que le monde « d'avant » a trop négligé, et qui, pour fonctionner à son optimum, doit être cultivée, travaillée, aiguisée au quotidien.

Stimuler ce sens favoriserait-il le bien-être en ville et à toutes les échelles de l'habitat ?

Beaucoup le pensent et de nombreux projets et expérimentations dans les espaces urbains publics et privés sont menés. L'intelligence intuitive est une clé pour guider l'aménagement de toutes les entités qui composent la ville.

Ainsi, la théorie du NUDGE peut inspirer cette ville du bien-être. NUDGE, qui signifie « coup de pouce » en anglais, est une théorie du comportement intuitif destinée à engendrer les meilleures prises de décision. Le prix Nobel a été décerné à Richard Thaler en 2018 (*Nudge : improving decisions about Health, Wealth and Happiness*, Yale University Press, 2008).

Appliqué à l'espace et au design, le Nudge s'avère sans doute un guide de *design thinking* très performant.

L'idée est donc de faire reposer la conception de la ville du bien-être, sur le NUDGE, pour créer des lieux de vie qui facilitent l'autonomie des gestes et la prise de décision seul ou en groupe, de façon beaucoup plus intuitive :
- Faciliter les flux mis à disposition.
- Limiter les contacts-objets.
- Rendre intuitifs les éco-gestes.
- Hybrider les espaces.
- Faciliter le *design thinking*. La sérendipité, et donc faire naître les idées au hasard des rencontres.
- Faciliter l'intuition parce que l'on se sent chez soi, quelle que soit l'échelle.

Le Nudge c'est être actif et pro-actif. Par exemple, appliqué à l'immobilier, un grand et beau escalier très visible dans un immeuble, et de surcroît éclairé naturellement, suscitera l'envie de l'utiliser plutôt que de prendre l'ascenseur, favorisant ainsi les rencontres et l'activité physique.

Faisant la synthèse de ce constat, on est en droit de s'interroger sur le fait que, désormais, pour attirer et fidéliser, le bureau et tous les alternatifs qui composent la ville doivent dépasser cette quête révolue de l'intelligence collective, pour devenir un booster d'intelligence intuitive. Une forme d'intelligence dont les neurosciences reconnaissent scientifiquement aujourd'hui qu'elle est un allié indispensable à nos capacités cérébrales ainsi qu'à notre bon moral et à notre bonne santé.

VERS LA VI(LL)E « PRÉVENTIVE » : LA « CARE CITY »

Penser la ville comme un « corps urbain » invite à transformer l'adage « mens sana in corpore sano » en « Sana in sano civitatem urbanites » (Des urbains sains dans une ville saine).

• Comment faire de la ville un terroir fertile de « santés » au pluriel ?

• Comment développer une ville qui sous toutes ses composantes favorise la « santé » : Une ville qui donne (ville nourricière, ville sociale et solidaire, ville servicielle), mais une ville qui reçoit aussi pour que les urbains entrent dans une relation écosystémique avec elle.

La « care city » pourrait être définie comme une ville préventive capable de prendre soin de ses urbains par son organisation, parce que tout y est aussi conçu pour qu'eux-mêmes en prennent soin.

DE LA VILLE À LA CAMPAGNE, ET DE LA CAMPAGNE À LA VILLE

Si le confinement du printemps 2020 a pu donner à de nombreux citadins l'envie de s'installer ailleurs, loin de la « grande ville », beaucoup n'y ont finalement pas



trouvé, sur la durée, l'équilibre qu'ils y attendaient. Beaucoup de manques s'y sont fait ressentir : relations sociales, vie culturelle, accès à divers services.

• Comment assouvir cette quête de l'ailleurs doublée d'une quête de sens, que chaque urbain recherche, à proximité de chez lui, en ville ? Comment apporter à la ville les notions d'espace, de temps et de nature qu'ils ont retrouvées un temps à la campagne et qui participent à leur condition de liberté, de coopération et d'innovation sociale ?

Cependant beaucoup d'autres ont appris à vivre à la campagne, car ils y ont trouvé la possibilité de développer leurs propres activités, qui participent à la construction d'une nouvelle ère économique.

• Il y a encore des stéréotypes sur la vie à la campagne. Les opportunités économiques sont encore dans les métropoles, mais la vie à la campagne reste une tendance de fond qu'il faut anticiper. Il faut la faciliter, investir dans les zones rurales avec la 4G et la 5G, la santé, les mobilités, les commerces de proximité. Les conditions ne sont pas encore réunies, mais selon David Graeber, bientôt 3 ou 4 millions de personnes en France pourraient franchir le pas si on les aide.

La ville, un terroir fertile de santé(s)

On vit bien parce qu'on habite bien. Mais qu'est-ce que vivre ?

Vivre c'est avoir une santé épanouie, et pas seulement la santé physique : toutes les santés. Pendant le confinement, tout a été fait pour protéger la santé physique au détriment des autres santés.

Santé physique – santé sociale – santé morale – santé psychique : la ville doit être un terroir fertile de « santés » au pluriel.

La ville chronotopique

Projeter plusieurs fonctions au sein d'une même unité de lieu stimule les interactions et l'animation de la ville, et favorise la réduction des déplacements, épargnant ainsi des nuisances pouvant y être associées. Si la perception d'un lieu et de son usage diffère en fonction des individus, il en va de même pour la perception du temps.

Par exemple, développer des lieux chronotopiques peut favoriser le bien-être de personnes âgées qui perçoivent le temps de manière plus allongée et ressentent le besoin de varier leurs occupations plus souvent que des urbains plus jeunes, au risque d'en ressentir de la lassitude et donc un impact moral…

La ville nourricière

Parce qu'elle contribue à la santé, la question de l'alimentation en ville est un trait d'union entre la nature et la ville. La mise en place de circuits courts répond à la demande des consommateurs de connaître l'origine et le mode de production des aliments qu'ils consomment, mais aussi de retrouver du lien et du sens à travers ce qu'ils mangent.

La ville sociale et solidaire

La ville doit participer au moral de tous. Celui-ci passe par des actions de solidarité visant à pallier l'isolement et à dynamiser les territoires. La multiplication de tiers-lieux solidaires, dont le gouvernement a annoncé en septembre 2021 qu'il en faisait l'un des piliers de la relance, les reconnaissant d'intérêt général car contribuant de manière significative au développement et à l'activation de ressources locales (130 millions d'euros de budget), en est à la fois une preuve et un levier d'action à saisir.

Comment fabriquer plus d'espaces « d'intérêt collectif » ?

La ville de l'espace vital

La ville, avec ses espaces extérieurs, généreux, arborés, bourrés d'oxygène, doit se promouvoir, se développer, à l'extérieur et dans ses intérieurs.

Comment développer des espaces intermédiaires, dans le voisinage, où des ressources de solidarité et de cogestion sont possibles ?

La distinction entre espaces publics et privés est-elle toujours de mise ? Comment apporter plus de flexibilité entre ces deux types d'espace et au sein de chacun ?

L'ordre des choses change. En effet, on peut constater que durant les périodes de confinement, les espaces privés et pourtant collaboratifs ont autorisé une gestion souple des usages. *A contrario*, on constate que pendant les périodes de déconfinement, c'est l'appropriation temporaire des espaces publics pour des activités « privées » qui représente une clé de la reprise/survie de certains secteurs : terrasses pour les restaurants, gestion des files d'attentes pour les magasins, offre culturelle dans les centres commerciaux…

L'adaptabilité, l'appropriation, les espaces intermédiaires sont les constantes d'un urbanisme contextuel répondant aux interrogations suivantes : comment les espaces publics peuvent-ils être ouverts à plus d'usages, plus d'appropriations, en lien avec les habitants et activités qu'ils servent ? Comment développer et répartir des micro-aménagements dans la ville afin de démultiplier des espaces de vie partagés ?

CONCLUSION

Vers l'émergence d'un nouvel écosystème RURbain pour un Homo Sapiens « Circularius » ?

L'expérience conforte l'avenir de l'urbanité dont le rôle central et social en fait un « besoin » essentiel.

Pour autant, la crise sanitaire a enclenché le déclic du changement sur l'ensemble de la chaîne de valeur de la fabrique de la ville et des territoires. Il est acquis que la santé et ses formes plurielles (physiologique, psychologique, sociale…) soient désormais pensées comme le cœur de la mutation sociale et urbaine, et non comme une charge. La santé de notre espèce Homo Sapiens homéotherme indissociable de l'écosystème naturel environnant a donné naissance au début des années 2000 à la démarche « One Health ». Celle-ci fait partie intégrante du 4e Plan National Santé Environnement (PNSE 4), lancé début mai 2021 par le ministère de la Transition écologique et celui des Solidarités et de la Santé, qui s'appliquera en France jusqu'en 2025. Au travers de quatre axes stratégiques décomposés en actions, ce plan fait ainsi la promotion d'une approche systémique des enjeux de santé environnementale.

Voilà donc un vrai changement de paradigme dans le mode de prise de décision gouvernementale, car il invite à « une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire, le travail étant réalisé sur le plan local, régional, national et mondial, pour obtenir des résultats optimaux en matière de santé et de bien-être, tout en reconnaissant les interconnexions entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun » (One Health Commission, 2019).

À l'image de la nature, la ville et ses composantes doivent devenir écosystémiques pour développer la capacité de notre espèce, désormais urbaine, à mettre en place les bonnes méthodes et les bonnes pratiques pour s'adapter, voire anticiper le changement climatique et ses effets, comme le fait le reste de la nature depuis 3,8 milliards d'années.

Le climat est la clé de voûte de la ville. Il en va de la survie de notre espèce. En atteste le dernier rapport alarmant publié par le GIEC à l'été 2021.

La ville, désormais l'habitat principal d'Homo Sapiens, a devant elle un grand chantier : celui d'intégrer le fonctionnement de la nature, l'ayant rendue incapable d'accueillir un climat qui change,

RÉVOLUTIONS URBAINES ET DÉMOGRAPHIQUES : LA SOCIÉTÉ DES URBAINS

S1

et donc de protéger ses habitants, pour leur assurer à la fois un milieu vivable leur permettant d'y trouver un abri, pour s'y développer en bonne santé et pleinement épanouis.

Cette question de l'habitat est donc vitale et fortement corrélée à la santé de tous. Quand on revient sur l'origine de ce qu'est l'habitat d'Homo Sapiens, il n'est autre que la relation qu'il a avec son écosystème, et les échanges symbiotiques qu'il opère avec lui. Une nouvelle définition de l'habitat urbain peut participer à l'habitabilité de tous, intégrant aussi certaines particularités issues de la campagne. L'urbanité, la proximité des services et des personnes, on la trouve dans la ville. La ville demeure, on y demeure, on y travaille, la ville est un lieu où on va prendre du plaisir, s'amuser et se cultiver ; elle est l'essence même de l'urbanité.

Pour autant, le mode de vie RURBAIN sera-t-il une tendance profonde, qui ne demandera qu'à être révélé, pour devenir une réalité commune ?

Il y a la ville du futur utopique, projection souvent dystopique de notre réalité, et sur des horizons en général très lointains. Ce que font des dessinateurs comme l'architecte Shuiten, dont l'œuvre magnifique est une très belle promesse de réconciliation poétique entre l'humain et la nature.

Et puis, il y a la ville du futur proche. Celle à laquelle les générations présentes aspirent, pour elles-mêmes et leurs enfants. Une ville désirable parce qu'elle est vivable. Une ville vivable parce que l'on s'y sent bien.

Une ville où chaque m² n'est pas uniquement fonctionnel, mais un m² où l'on peut potentiellement y ressentir une émotion, satisfaire ses sens. Où l'on n'y vit pas forcément non plus toujours la même chose. On l'on peut y vivre en pleine santé, que l'on parle de santé purement physique mais aussi intellectuelle, physiologique, psychologique…

La ville du futur, c'est une ville de bonheurs au pluriel !

Pour concevoir cette ville composée de m² de bonheurs au service de la qualité de vie de ses usagers, le monde de l'immobilier doit innover au travers de chaque projet qui en donne une occasion renouvelée.

Une innovation qui n'a pas pour finalité la technologie mais qui la met au service de sa finalité : la qualité de vie.

Ainsi, aménager des territoires et des villes, doit donc aussi répondre au besoin de proposer à Homo Sapiens un mode de vie plus à même de ménager son monde, et conduire par son instinct grégaire, si ce n'est à la survie de son espèce, à son évolution en un « Homo Circularius » qui aura su s'intégrer aux cycles du vivant, et dont la(es) santé(s) seront elle-même ménagées en retour.



TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES : UNE RÉVOLUTION POUR LES MODES D'HABITER

Dans quelle mesure peut-on faciliter notre réconciliation avec le Vivant et permettre l'avènement de la ville relationnelle que nous attendons au XXe siècle, c'est-à-dire servir notre bien-être dans l'espace urbain ?

La transition écologique et la transition numérique sont deux des enjeux majeurs du XXIe siècle. Les révolutions industrielles ont bouleversé l'activité humaine mais également les écosystèmes du Vivant qui l'environnent. Dernière en date, la révolution numérique transforme aujourd'hui le monde dans toutes ses composantes de façon très rapide et très profonde.

À l'aune de ce double bouleversement, notre présentation propose, dans une première partie, de saisir les liens, apports, opportunités et limites du numérique sur le Vivant et de comprendre les impacts qu'il amène sur nos modes d'habiter et de gouverner la ville sous l'angle relationnel.

Dans une deuxième partie, nous déplacerons ce prisme. Nous nous interrogerons sur notre envie de voir émerger une ville désirable, en dépassant le seul outil technologique numérique si utile dans notre réconciliation avec l'environnement et si puissant soit-il, pour imaginer une ville du bien-être et du bonheur.

S2

NUMÉRIQUE ET RÉCONCILIATION AVEC LE VIVANT : UNE CONSIDÉRATION QUI SEMBLE À PREMIÈRE VUE ANTINOMIQUE, MAIS QUI RECÈLE DE NOUVELLES OPPORTUNITÉS

L'HYBRIDATION EST UNE RÉALITÉ ET VA S'ACCÉLÉRER DANS NOS SOCIÉTÉS. UTILISONS L'OUTIL NUMÉRIQUE AU SERVICE DE LA VILLE RELATIONNELLE DÉFENDUE PAR SONIA LAVADINHO, ET DONC LA VILLE DU BIEN-ÊTRE !

Le numérique et la transition environnementale, et plus largement la transition pour une intégration plus forte du Vivant dans nos vies urbaines du XXIe siècle, semblent à première vue incompatibles. Ainsi, si on considère les impacts environnementaux, les technologies numériques aggravant sérieusement l'obsolescence chronique de nos objets ne vont pas dans le bon sens. Elles sont très coûteuses pour l'environnement, du moins au niveau de leur fabrication. Le « cloud » repose sur des infrastructures très énergivores, et malgré la densité d'intégration des puces et l'accroissement de l'efficacité énergétique des ordinateurs, globalement, les flux de matières et d'énergie du secteur des TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) s'accroissent (Victor Petit, 2017). Cela semble donc mal parti pour rapprocher numérique et Vivant. Il est important de noter que la littérature spécialisée distingue trois ordres d'effets environnementaux des TIC : les effets directs des technologies (*Life Cycle Impacts*), les effets indirects des applications (*Enabling Impacts*) et les effets systémiques (*Structural Impacts*), ces derniers impliquant « le changement de comportement (styles de vie) et le changement structurel économique[1] ». Leurs effets sont contrastés. « Du côté négatif, les effets rebonds empêchent la réduction de l'utilisation totale des ressources matérielles en dépit du découplage […] Du côté positif, les TIC ont le potentiel de soutenir des modes durables de production et de consommation[1] ». C'est cette dimension positive du numérique qui va nous intéresser et que nous allons explorer dans cette première partie de notre propos en ajoutant au double volet production – consommation l'apport du numérique à nos interactions sociales, à la lumière des grilles de lecture proposées par Sonia Lavadinho et Dominique Boullier.

Selon Sonia Lavadinho, la ville relationnelle inscrit les interactions humaines, c'est-à-dire la vie sociale, au cœur de l'aménagement urbain, la chercheuse qualifiant ces interactions de « dynamiques de proximité ». L'outil numérique, de par l'hybridation qu'il induit dans nos modes de vie, y contribue. Ainsi, le numérique, en permettant le développement et la généralisation du travail en distanciel plusieurs jours par semaine comme nous l'expérimentons dans le contexte sanitaire mondial depuis plus d'un an maintenant, définit une nouvelle articulation entre les espaces que nous occupons et le temps. Les temps traditionnellement consacrés aux transports domicile-travail par exemple sont transformés en temps libres supplémentaires mis à notre disposition. Ceux-ci constituent de nouveaux temps de respiration favorables au repos individuel, propices aux connexions avec le Vivant par exemple, par le biais de la redécouverte de la promenade grâce à des trames urbaines végétalisées mais également aux activités créatrices de lien social autour de la culture, du jeu et de la solidarité avec les autres à l'échelle du quartier notamment. Le numérique permet, grâce aux applications et communautés en ligne, de créer des dynamiques locales de proximité dans le monde réel à l'échelle de son bâtiment, de son quartier (exemples d'applications numériques : Nextdoor, Allovoisins, Mon super Voisin ou encore Stootie) et plus largement de sa ville, et ce, non seulement entre personnes de la même génération mais également entre différentes générations (exemples d'applications numériques : Ernesti, Les Talents d'Alphonse ou encore Les Amis d'Hubert). Cela est particulièrement vrai notamment auprès de concitoyens dits « séniors » dont on facilite par la même occasion le maintien à domicile et la sécurité (exemple de la plateforme européenne WeShareWeCare). De plus, le numérique devient un vecteur puissant de rapprochement et d'inclusion de zones géographiques rurales qui constituent les « hinterlands » urbains, traditionnellement considérées comme éloignées des centres urbains, voire isolées ou exclues des services et activités disponibles dans les villes (services médicaux et éducatifs notamment). Très concrètement, cela passe par des applications « soft » mais également par une infrastructure numérique mutualisée qui doit être pensée et mise en œuvre à l'échelle des bâtiments : une épine dorsale numérique des bâtiments à l'image de l'électrification au début du XXe siècle. Pour y arriver, des cadres de référence, pour permettre à l'ensemble des acteurs impliqués de parler un même langage sur le sujet, ont vu le jour tels que le référentiel R2S – Ready2Services – développé et proposé par l'association professionnelle SBA – la *Smart Buildings Alliance* pour les *Smart Cities*.

L'hybridation croissante entre numérique et physique et les nouvelles dynamiques sociales qu'elle engendre impactent la destination même des espaces physiques. Elle rebat notamment les cartes de la logique mono usage des bâtiments : tertiaires, résidentiels ou commerciaux. Dans ces conditions, pourquoi se rendre dans tel espace ? Comment assurer que

CONTRIBUTION DE

JULIEN DROUAUD
ELLA ÉTIENNE-DENOY
SANDRA GALLICE
ÉMILIE GERMANE

INTERVENANTS

DOMINIQUE BOULLIER
SONIA LAVADINHO

1. *ICT for Sustainability : An Emerging Research Field*, Hilty and Aebischer, 2015

TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES : UNE RÉVOLUTION POUR LES MODES D'HABITER

S2

les espaces soient toujours d'actualité par rapport aux attentes des usagers ? Quelle plus-value les espaces physiques apportent-ils par rapport aux interactions numériques ? Autant de questions qui amènent à creuser l'enjeu de la mixité, de la modularité et de la réversibilité facilitée des espaces ainsi que des services qu'ils proposent. On peut imaginer que demain les espaces de travail tertiaires prennent une forme de plus en plus éclatée et décentralisée sous la forme de mini tiers-lieux en pieds d'immeubles mixtes dispersés dans les quartiers urbains permettant d'envisager le travail en distanciel non pas chez soi mais en bas de chez soi. On privilégiera le travail de fond individuel ne nécessitant pas de réunions lors de ces plages de travail en distanciel et on dédiera les temps dans les espaces physiques de bureaux à des réunions à valeur ajoutée pour accélérer l'exécution des projets dans des salles projets pensées à cet effet. Exit les « open spaces » densifiés des années 1980 et redécorés au gré des décennies, ainsi que les bureaux individuels symboles de pouvoir, pour de vraies salles projets modulaires permettant le travail agile. À cet égard, la réflexion de Dominique Boullier quant à l'approche la plus appropriée de l'intégration du numérique dans nos villes et en particulier dans les espaces que nous occupons est centrale : prenons soin de « rendre habitables » nos enveloppes et non pas de faire de nos habitats de purs réseaux. Ne sous-estimons pas non plus l'importance de l'appropriation des espaces, notamment dans les espaces de travail. L'hybridation phygitale croissante que l'on constate pour le bâtiment tertiaire vaut également au niveau du commerce avec le développement du multicanal et le rôle joué par la boutique physique versus la boutique en ligne.

LA CRÉATION DE NOUVELLES POSSIBILITÉS POUR PRENDRE EN COMPTE NOTRE IMPACT SUR LE VIVANT

À la fin du XXe siècle, nous avons pris conscience de l'impact prééminant de l'être humain sur l'écosystème terrestre au travers du concept d'Anthropocène défini par Paul Josef Crutzen et Eugène Störmer. Depuis, de nombreuses COP nourries par les rapports du GIEC depuis 1988 et les discours politiques les plus lucides (*cf.* discours de J. Chirac en 2002 lors du Sommet de la Terre de Johannesburg : « Notre maison brûle et nous regardons ailleurs. La nature, mutilée, surexploitée ne parvient plus à se reconstituer, et nous refusons de l'admettre. ») ont contribué à faire changer les mentalités.

Si, comme nous venons de le voir, l'hybridation du numérique et de la réalité recèle de nombreuses opportunités, dans quelle mesure peut-elle être également un atout au service de la transition climatique et de l'amélioration de notre impact sur le vivant ?

Comprendre le vivant

Tout d'abord, le numérique révolutionne notre compréhension du monde. Les travaux de Gerard Berry (conférences « La révolution informatique dans les sciences » en 2015) mettent en lumière que l'informatique et les mathématiques permettent une compréhension non seulement des sciences physiques (« Le grand livre de la nature est écrit en langage mathématique » Galilée), mais également des sciences du vivant. Il s'attache notamment à démontrer l'apport colossal de l'informatique à l'astronomie, la médecine ou encore la biologie. Les simulations numériques permettent l'élaboration de champs d'expériences qui ne seraient pas possibles ou trop coûteuses en temps et en énergie dans le monde physique ; l'exemple de l'industrie spatiale et aéronautique illustre les optimisations que permettent les modélisations numériques par rapport à des expériences réelles. Les apports du numérique dans le domaine de la biologie sont également considérables. Thomas Lescuit dans ses recherches sur la « Dynamique du vivant » s'appuie considérablement sur cet outil pour entrer au cœur des cellules et de leur morphogenèse. Le numérique se révèle être une invention majeure pour la compréhension du monde et des écosystèmes.

Préserver le vivant

L'outil numérique est devenu incontournable et prépondérant. Mais si comprendre le monde vivant et notre impact sur celui-ci est essentiel, il n'est cependant pas suffisant pour le préserver. Bien des applications informatiques ont révolutionné le domaine médical, de l'imagerie par résonnance magnétique aux interventions chirurgicales assistées, améliorant considérablement notre santé. Mais pouvons-nous nous contenter de voir l'espérance de vie des humains croître sans embarquer avec nous les autres chaînes du vivant ? Sommes-nous entrés dans la sixième extinction massive d'espèces comme le pensent Gilles Bœuf et un certain nombre de scientifiques internationaux ? C'est un nouveau pacte avec le vivant qui s'impose à nous aujourd'hui ; un contrat moral qui nous oblige à changer de point de vue. Nous ne sommes pas hors du monde vivant, mais bien intégré parfaitement en son sein. « Par-delà nature et culture » de P. Descola nous donne une première clé anthropologique de cette lecture. Les continuités entre l'être humain, l'animal, et le végétal, des ressemblances d'extériorités (morphologie, formes sociales) ou d'intériorités (intention, âme, valeur) sont mises en évidence pour interroger l'idée reçue d'un espace domestique radicalement séparé d'un espace sauvage. Nous devons donc agir sous peine de voir notre soif de progrès ronger la vie qui nous entoure et consécutivement notre propre vie. Un des enjeux majeurs est de contrôler l'impact carbone de nos activités et de préserver les écosystèmes terrestres. Nous devons repenser notre manière de produire, de nous déplacer, de nous loger, de nous nourrir et de transformer nos besoins en énergie pour qu'ils soient plus sobres et moins émetteurs de CO_2. À ce titre les travaux de « The Shift project » proposent des clés intéressantes pour transformer notre économie. L'outil numérique joue un rôle essentiel dans cette transition : outils de production industriels et de gestion de projets, pilotage de moyens de transport, optimisation de la consommation des véhicules, *smart cities* et optimisations énergétiques à l'échelle de quartier, performance des bâtiments au travers du BIM. Il ne peut cependant pas se soustraire lui-même aux impacts environnementaux qu'il génère. Il ne doit pas non plus faire l'objet d'une utilisation qui serait la finalité de l'action, mais au contraire se situer au centre de stratégies et de politiques réfléchies. L'intervention de Dominique Boullier sur les atouts et faiblesses des modèles urbains développés par IBM puis par Google illustre le fait que la collecte et l'utilisation des données pour améliorer les systèmes, si elles sont pertinentes, ne peuvent réussir sans une gouvernance transparente issue de coopération et d'intelligence collective.

C'est ainsi qu'un des axes majeurs pour favoriser l'efficience du numérique nous paraît être sa pleine prise en main et maîtrise par la société pour la servir et non l'inverse.

L'ENJEU DE L'IMPACT SOCIAL RENFORCÉ ET DE LA RÉSILIENCE

L'être humain conscient de son appartenance au monde vivant, capable de redéfinir une nouvelle forme de lien nécessaire avec ce dernier, une nouvelle harmonie, et ayant la volonté de bâtir des trames, des réseaux, des enveloppes et des mobilités en lien avec ces ambitions se retrouve au centre d'un nouveau système. Quel type de système saura prendre la mesure de cette opportunité et comment devra-t-il utiliser à son avantage l'outil numérique ? Quelle forme de résilience cela peut-il entraîner ?



Nous avons vu notre présence physique au monde être augmentée de nos opinions véhiculées par les réseaux sociaux et enrichie de flux de données qui prolongent nos expériences au travers de nos achats, nos déplacements, nos activités, nos loisirs. Le prolongement de nos intentions participe à l'élaboration de nouvelles formes urbaines et à la transformation de nos modes de vie. Certains, comme l'illustre Dominique Boullier, ont conçu des modèles entiers, des villes nouvelles du numérique, puis ont intégré des capteurs pour recueillir les données permettant d'optimiser leurs systèmes à l'instar de IBM City. D'autres ont bâti des arbres de décisions multiples et utilisé l'apprentissage automatique (*machine learning*) pour développer des bases de données capables de prédire des modèles urbains à l'instar de Google City. Malgré des qualités de performances ou d'optimisation de ces systèmes, il s'avère que les formes urbaines issues de ces modèles ont échoué, péchant par leur manque de transparence et de moyens pour les citoyens de critiquer ou de peser sur les choix. Le modèle de la WikiCity apparaît alors pertinent, car il présente un mode de gouvernance flexible et participatif. Il utilise la même puissance de collecte des données, la possibilité de concevoir des outils performants, mais ceux-ci restent subordonnés au débat politique, économique, écologique organisé par le corps social. Cette forme de gouvernance soumise à l'intelligence collective des citoyens entrevoit la possible réconciliation de catégories sociologiques ou d'âges diverses. Offrir l'éclairage des possibles et la possibilité de choisir, favoriser l'éducation par le savoir et permettre la maîtrise de ces connaissances actualisées acquises par tous nous semblent un moyen pragmatique de répondre à la volonté de cohésion sociale et de bien-être commun.

La WikiCity comme forme flexible et modulable de l'organisation publique offre également par son modèle différentes formes de résilience. Les projets participatifs, la co-conception d'habitats (ex. de la WikiHouse) d'immeubles ou de quartiers favorisent l'acceptation par tous et permettent l'émergence de biens durables au service de nos usages.

Une société connectée et apprenante, maîtrisant le numérique, a l'opportunité d'optimiser considérablement la performance de ses systèmes : gestion des mobilités, des énergies, des déchets, gestion de sa forme urbaine et de son organisation politique, possibilité de piloter les projets par groupes de compétences ou d'expertises pour favoriser l'efficacité des prises de décisions.

La maîtrise de ces moyens permet de rendre soutenables les efforts et devoirs impartis aux habitants de la ville et vient en contrepartie assurer un équilibre et un bien-être partagé.

Elle sera d'autant plus efficace qu'elle se sera constituée une enveloppe protectrice et aura conservé concomitamment sa capacité à filtrer : dans le sens sortant, en préservant la sécurité de son système d'information notamment contre le *hacking* et les *data bridges*, dans le sens entrant en interrogeant la pertinence de ses flux, de ses informations et de son savoir.

Si le numérique et les possibles que nous venons d'évoquer présentent des sources d'efficacité évidentes, s'ils sont incontournables dans notre compréhension du monde, s'ils sont un outil au service de la préservation de notre environnement, il serait néanmoins réducteur de limiter notre vision de la ville de demain à cette seule dimension. L'émergence de la technologie numérique et du progrès qu'il promet ne doit pas nous couper de la *low tech* et de nos traditions, l'efficacité d'un TGV hautement connecté nous enlever le plaisir de la marche, la pertinence d'une bonne gestion nous empêcher dans notre désir de ville séduisante.

SI NOUS AVONS BEL ET BIEN UN DÉSIR DE VIVRE ET RESSENTIR UNE VILLE QUI SE FONDERAIT DAVANTAGE SUR LE BIEN-ÊTRE, DE QUELS OUTILS, AUTRE QUE LE NUMÉRIQUE, DISPOSONS-NOUS POUR LE RÉALISER ?

Au-delà des immenses apports que proposent les technologies de l'information et de la communication, il est important de souligner que d'autres formes de connexions, de respirations sont essentielles à notre bien-être.

En questionnant la « ville fonctionnelle » qui a été modelée en grande partie en réponse à la révolution industrielle liée à l'électricité et au pétrole, en soulignant ses atouts mais aussi ses limites dans un premier temps, nous montrerons que la ville de demain ne pourra pas être qu'une « ville de l'hyper connectivité » issue de la révolution numérique. Nous nous interrogerons ainsi sur la nécessité de réintroduire du désir dans nos formes urbaines et explorerons donc une autre facette de la ville, complémentaire mais combien nécessaire à notre bien-être : la ville désirable, la ville relationnelle.

UN DÉVELOPPEMENT FONDÉ JUSQU'ICI SUR UNE RÉPONSE AUX BESOINS FONCTIONNELS

Le développement postérieur à la Seconde Guerre mondiale, que ce soit en termes de développement urbain ou numérique, a privilégié le fonctionnel, l'optimisation, les besoins au détriment du relationnel, du bien-être, de la relation avec la nature et des désirs.

La ville fonctionnelle fut le modèle urbain dominant pendant la période de reconstruction massive post-Seconde Guerre mondiale en Europe de l'Est et en Europe de l'Ouest. La fonctionnalité prime alors sur toute autre dimension. Pour exemple, un des architectes les plus connus de cette période d'après-guerre, Le Corbusier, propose son propre concept de ville fonctionnelle. Les quatre grands domaines d'activités humaines (habiter, travailler, circuler et se cultiver) s'expriment dans des zones bien distinctes à l'intérieur de la ville : l'espace public est divisé et déchiré en morceaux selon les activités et les « besoins urbains » ; ces différentes zones sont aménagées d'une façon efficace et efficiente en utilisant les technologies les plus modernes disponibles pour la construction.

Les caractéristiques principales de la ville fonctionnelle du XXe siècle sont les suivantes :

- On a privilégié les infrastructures : une ville du travail et des voies de circulation. La ville est l'espace de l'automobile qui doit pouvoir circuler librement et facilement. Les habitants jouissent d'une extrême mobilité pour circuler dans la ville et quitter la ville, mais paradoxalement, souffrent d'une extrême sédentarité dans leur quotidien.

- La ville a également été l'outil pour échapper à la nature, pour dompter l'environnement et pallier certaines contraintes environnementales en inventant des bâtiments et des structures qui permettent de gérer la température, la météo, la mobilité… La ville servait alors la résolution de toutes ces problématiques environnementales et naturelles.

- Dans la ville fonctionnelle, les villes sont segmentées en zones dédiées à telle ou telle activité : on y trouve très peu de programmes mixtes et quand bien même un programme est dit mixte, il présente environ 15 % d'une autre destination.

- On a créé des logements mais pas des habitats ; les logements de la ville fonctionnelle répondent aux besoins de première nécessité (une protection, un abri) mais les intérieurs ont été oubliés. « Habiter, c'est cette capacité à transformer et à être transformés. » La saturation cognitive due à la connectivité et aux

S2

TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES : UNE RÉVOLUTION POUR LES MODES D'HABITER

nouvelles technologies en général a eu tendance à limiter l'attention nécessaire à développer ce sentiment d'habiter.

• On promeut l'extrême connexion : les deux modèles de ville évoqués par Dominique Boullier n'ont pas fait leurs preuves.

L'IBM City (*model to data*/ modèle prescriptif)

Dans ce modèle de développement urbain, IBM Intelligent Operation Center fournit un tableau de bord exécutif qui aide les équipes municipales à avoir une vision claire de tous les aspects de la gestion d'une ville. Il permet d'explorer en aval tous les organismes sous-jacents, tels que les services de gestion des urgences, la sécurité publique, les services sociaux, les transports et la distribution de l'eau.

Par exemple, la ville de Montpellier a travaillé avec IBM sur une série d'initiatives dites « Smarter Cities » dans le but d'améliorer la durabilité et la qualité des services que la ville offrait à ses citoyens : gestion de l'eau, de la mobilité et la gestion transversale des risques. Les objectifs à trois ans étaient variés : depuis la réduction de la pollution et de la congestion du trafic à l'accompagnement des citoyens dans leurs interactions avec les services publics en passant par la réduction du nombre de voitures particulières et la détection de fuites sur les réseaux publics et privés. D'autres villes françaises, comme Rennes, Lyon ou Dijon, ont également tenté l'expérience. L'échec relatif de ces expérimentations n'a pas conduit à leur pérennisation et au succès commercial escompté par les firmes qui les ont lancées. En effet, ces modèles ont rapidement montré des limites : le déploiement de capteurs dans le but de collecter un nombre infini de données n'est plus à la mode, encore moins sans une vision très claire de la finalité et de l'utilisation qui sera faite de ces données, les coûts élevés sont prohibitifs et la sobriété numérique et énergétique doit plus que jamais être au centre des réflexions. Mais surtout, les villes se sont rendu compte que le pouvoir de décision leur échappait. À Rio notamment, ce modèle a été un échec commercial.

La Google City (*data to model*/ modèle prédictif fondé sur le passé)

Dans ce modèle, Google et sa filiale de développement immobilier partent de la collecte des données d'une ville et de ses citoyens pour construire des modèles qui se mettent à jour au fur et à mesure. La première étape de Google dans cette construction était l'application Googlemaps. Fort de ce succès qui dure encore, Google a décidé d'aller au-delà dans l'expertise urbaine et de s'attaquer au développement et à la création de « quartiers intelligents » ultra-connectés. Sa filiale Sidewalk Labs a pris en charge en 2017 l'aménagement d'une zone portuaire abandonnée de 5 ha à Toronto, mais ce « Google quartier » ne verra jamais le jour. Le projet a été abandonné en 2020, le principal frein ayant été les inquiétudes concernant la collecte et l'utilisation des données des résidents. Par ailleurs, le projet d'aménagement de Google exigeait une surface de développement cinq fois supérieure à celle du périmètre de l'étude initiale, ce qui n'était pas acceptable pour la municipalité. Enfin, au-delà des risques pour la vie privée, le projet posait aussi la question de la privatisation de l'espace public et de son « exploitation » par une société comme Google.

En résumé, la ville fonctionnelle marque une rupture avec les points de vue habituellement adoptés par l'urbanisme avant son apparition. Elle a rempli l'objectif principal de l'époque d'après-guerre et des Trente Glorieuses : adapter la ville aux exigences de la modernité, à la suite de l'industrialisation et des avancées technologiques de la première partie du XX^{e} siècle. Mais surtout, elle a été le lieu de modernisation économique, sociale et politique et a permis à une population en pleine croissance de se loger, de travailler, de vivre…

Ce modèle a cependant montré ses limites à plusieurs niveaux :

• les enveloppes ont été effacées (connexion trop intrusive / hyperconnectivité) et il a été demandé trop d'adaptabilité aux habitants ;

• les modèles prédictifs ont gommé les futurs, les possibilités de devenir, les débats et les contradictions au profit de l'optimisation permanente du modèle avec notamment la perte de la fonction décisionnelle au sein des villes ;

• la méfiance des populations par rapport au traçage des activités s'est accrue : principale limite du numérique ;

• les infrastructures du XX^{e} siècle se sont révélées peu résilientes sur le plan environnemental : le changement climatique n'a pas été appréhendé dans les programmes, étant donné la fixation d'objectifs trop lointains et le problème de gouvernance dans les décisions (échelle étatique / échelle des villes).

- Le modèle était fondé sur l'optimisation mais :
- moins d'aléas et pourtant plus d'incertitude,
- plus de connexion et pourtant moins de temps pour les relations humaines,
- plus de confort matériel et pourtant moins de bien-être,
- plus de machine/ intelligence artificielle et moins d'humain/nature.

Mais surtout la ville fonctionnelle n'a pas pris en considération les désirs de ses habitants et a perdu de vue les désirs non rationnels, et non compatibles avec l'optimisation souhaitée à tous les niveaux. En essayant de dompter les éléments, nous nous sommes peu à peu éloignés du Vivant au lieu de réaliser qu'il fait partie de nous et de nos villes.

DANS CE CONTEXTE DE PANDÉMIE (ET DE RESTRICTIONS MULTIPLES DE NOS LIBERTÉS) ET ÉTANT DONNÉ LES ENJEUX MAJEURS DE LA TRANSITION ÉCOLOGIQUE QUE NOUS DEVONS AFFRONTER DANS LES PROCHAINES ANNÉES, QUELLE PLACE ET QUEL AVENIR POSSIBLE DANS NOS SOCIÉTÉS ET DANS NOS VILLES POUR NOS DÉSIRS ?

En effet au-delà des stricts besoins fonctionnels que les infrastructures et le développement numérique peuvent remplir, qu'en est-il de nos désirs et de la prise en compte de notre bien-être ? Quels sont ces désirs ? Ces désirs ne sont-ils pas remplis d'un certain nombre de contradictions ?

Nous conservons un désir de ville et des multiples possibilités de surprise, de rencontres et de culture qu'elle nous offre. Alors qu'aujourd'hui ces offres sont totalement réduites voire supprimées dans le contexte actuel, cet avantage comparatif de la ville par rapport à la campagne apparaît d'autant plus essentiel et vital. Là où la ville est le lieu de l'imprévu et de la découverte de l'autre, de l'inconnu, la campagne pourrait apparaître comme le lieu du temps cyclique et routinier, comme le souligne Dominique Boullier. Ce désir de nature ou de campagne perdure et retrouve même de la vigueur au regard des restrictions actuelles. En effet, d'une part au cours des dernières décennies le pavillon dans les zones périurbaines a été un modèle de développement privilégié par une partie de la population et d'autre part, le cadre citadin télétravailleur développe plus que jamais le désir d'une vie « autrement » à la campagne. Cependant, il convient de se demander quels sont les désirs sous-jacents, et nécessairement plus complexes, ainsi exprimés par ces différentes catégories de la population française. Les « villes-jardin » telles que les définit Jean Viard avec leurs pavillons regroupés en lotissements répondent-elles à cette attente de nature ? Pour Sonia Lavadinho, la réponse est non. Ce désir de pavillon masquerait peut-être un désir plus pragmatique d'une petite parcelle de jardin permettant : la convivialité, un espace extérieur de jeu pour les enfants, la possibilité de bricoler, etc. Selon cette sociologue, nous n'avons pas un désir de vraie nature, d'une nature sauvage mais un désir d'une nature humanisée, à notre portée, présente au quotidien par petites touches. Dès lors, comment la réintroduire dans nos villes afin de répondre à ces besoins ou désirs à la fois pragmatiques (jouer, recevoir, bricoler) et aux désirs plus primaires et ancestraux comme se sentir à nouveau partie intégrante de cette nature ? Comment ne plus se sentir à côté, en dehors d'elle, comme le développement urbain des dernières décennies nous y a poussés ? Ce désir de nature fait certainement appel à un désir plus profond de reprendre possession de son corps dans un monde où la sédentarité est devenue un mal contre lequel les injonctions de l'OMS tentent irrémédiablement de lutter. Le bien-être serait un corps en mouvement, comme le défend Sonia Lavadinho.



Nous pouvons aussi constater un désir de mobilité qui n'a fait que s'accroître au cours des dernières décennies. Ainsi Sonia Lavadinho s'interroge sur la pertinence de villes que nous aurions conçues dans le seul but de les quitter aisément. Ce désir de mobilité se heurte au souhait profond d'être bien chez soi, dans sa ville, laquelle serait un point d'ancrage et d'attachement.

Nous sommes connectés à chaque moment de notre existence, à la maison, dans nos loisirs et dans notre travail (phénomène accentué par le distanciel forcé introduit par la pandémie). Nous désirons cette connexion car elle nous rend de nombreux services au quotidien et nous permet de nous sentir proches de personnes, de communautés géographiquement éloignées… mais ce désir de connexion vient se heurter à un désir qui est peut-être plus fondamental, de respect de ce que l'on peut appeler en anglais la *privacy*, l'enveloppe selon la notion de Dominique Boullier (à distinguer de la vie privée car la notion est plus large). L'ultra connexion peut être ressentie comme une agression, une intrusion dans notre sphère privée, voire créer des mouvements de repli sur soi comme on peut le constater parfois dans les *open spaces* de bureaux (à l'inverse de l'effet recherché), provoquer une saturation cognitive, un hachage de l'attention… un défaut de présence à soi et aux autres. Recréer une enveloppe protectrice paraît une nécessité pour Dominique Boullier : une « habitèle » quand il s'agit du numérique (en référence à notre habitat qui vient lui-même s'opposer au logement) : faire habitèle signifie reprendre possession de nos données, reprendre possession de notre enveloppe numérique. L'idée est ici que celles-ci ne soient plus partagées et diffusées sans notre plein accord et notre pleine conscience et de reprendre la maîtrise de notre connectivité et ainsi ne plus être passif dans le flux de données que nous recevons et que nous diffusons parfois malgré nous.

De manière plus générale, notre désir se porte sur la rapidité et l'efficacité dans notre quotidien et notre travail. Toutefois, ce contrôle que nous exerçons sur nos activités pour les optimiser, les rendre plus efficaces n'est-il pas un leurre ? Ne perdons-nous pas notre temps à trop vouloir le rationaliser et l'optimiser ? Le désir est fort de retrouver la maîtrise de notre espace-temps, sans pour autant qu'une *slow life* à la campagne ne soit la réponse ultime.

COMMENT PENSER LA VILLE POUR QU'ELLE SOIT EN PHASE AVEC NOS DÉSIRS ?

Comment la redéfinir au sortir de cette crise ?

Nous entamons une ère où nous sommes amenés à repenser notre relation avec le vivant et notre place dans la nature, une ère où la distinction entre ce qui relève de la nature et ce qui relève de la culture et donc de l'humain n'aurait plus de pertinence. La prise de conscience d'un être humain n'étant que le simple maillon d'un grand ensemble, d'un cosmos comme l'appelle Dominique Boullier, est de plus en plus forte. Notre rapport au vivant change et des lois viennent le cristalliser (lois sur le bien-être animal). Or nos choix urbains ont trop souvent été conçus en opposition avec la nature comme nous avons pu le voir précédemment en privilégiant la fonctionnalité et l'efficacité et ils doivent donc désormais évoluer pour intégrer cette prise de conscience et cette relation radicalement différente face au monde vivant. Et cela pourrait nous conduire, par la même occasion, à replacer l'Homme au centre de nos organisations (que ce soit les villes, les entreprises, la société).

Notre bien-être est beaucoup plus dépendant du monde du vivant que nous avons bien voulu le croire jusqu'à présent.

Sonia Lavadinho propose de revaloriser désormais les espaces à l'intérieur de la ville, de créer ces petits espaces – les m^2 heureux – qui nous manquent pour passer au cours de notre journée le « quart d'heure heureux », le quart d'heure de temps libre que l'on peut occuper dans un trajet à pied, dans un parc entre deux rendez-vous, ou en attendant un train… ce quart d'heure, ces m^2 qui peuvent donner une autre tournure à notre vie au quotidien :

• En réintroduisant dans l'espace urbain des zones de nature permettant de répondre à ses besoins négligés : en créant tout à la fois l'espace ludique, l'espace de rencontre, l'espace naturel et en s'éloignant ainsi de l'aspect purement fonctionnel de la ville.

• En réalisant un aménagement urbain davantage axé sur les infrastructures « soft », plus souples dans leurs installations et moins coûteuses, privilégiant les aspects plus relationnels de la ville.

• En désalphatant certaines zones pour retrouver de la pleine terre : à Paris par exemple les ambitions pour le futur PLU marquent nettement toutes ces préoccupations.

Concernant la mobilité au sein de la ville (enjeu majeur de la vie en milieu urbain), certains pays entament déjà une réflexion et fixent des objectifs. Londres misant par exemple sur un objectif de 50 % de trajets à pied ou en vélo d'ici 2030, ou la Suisse qui rend à la circulation à pied une partie de son réseau routier secondaire.

L'enjeu est ici de créer une ville qui permet une combinaison équilibrée entre une centralité et l'accessibilité. Une ville qui assure de la flexibilité mais qui garantit l'ancrage et les habitudes si nécessaires à l'équilibre de chacun, une ville où l'on favorise l'habitat là où nous n'avons que des logements, un habitèle nous protégeant d'un environnement numérique invasif, des bureaux qui ne seraient pas de simples postes de travail. De manière plus générale, il s'agit de réenchanter la ville, d'y recréer de la surprise, de l'échange et des rencontres, de la rendre plus accueillante pour certaines tranches d'âge comme les adolescents ou les personnes âgées, qui sont évincés actuellement des usages de la ville, et de redonner aux habitants l'envie d'être des touristes dans leurs propres villes.

Face au développement du travail et de toute forme de relation à distance tant utilisés par ces temps de confinement, il s'agit de redonner de la valeur à la présence : présence à soi et présence aux autres ; retrouver de l'intensité relationnelle dans tous les espaces de notre quotidien. Si le télétravail s'est fortement développé et pourrait être une tendance qui s'inscrit dans la durée, certains attendent le retour au bureau avec impatience. Faudra-t-il repenser nos modes de travail même lorsque nous serons en présentiel et les espaces de bureau en conséquence ?

TRANSITION ÉCOLOGIQUE ET DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES : UNE RÉVOLUTION POUR LES MODES D'HABITER

Dominique Boullier, par le biais de la WikiCity, met en exergue ce souhait de collaboration et d'échanges, de débats, de contradictions, d'une démocratie participative, du dialogue à l'inverse des pensées univoques induites par le fonctionnement des réseaux sociaux, ou par les modélisations de l'intelligence artificielle. Faire participer chaque citoyen à l'aménagement de sa ville (ex. *complaining apps, feed backs* humains indispensables) est aussi un moyen d'y parvenir.

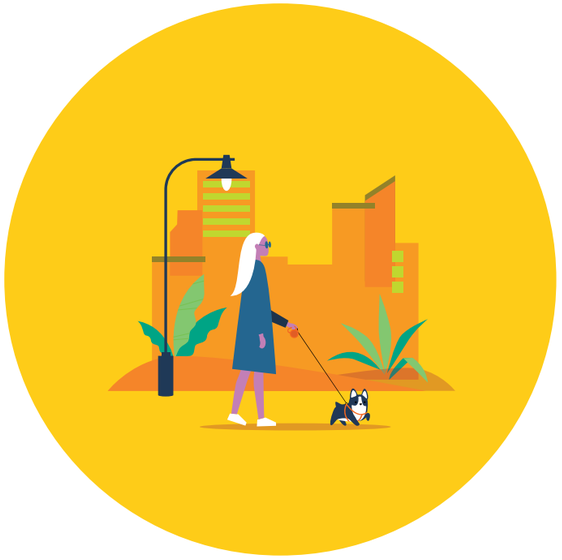
CONCLUSION

L'être humain, « augmenté » ancré dans le XXIe siècle nourrit désirs et fantasmes. Le monde numérique est déjà en train de s'étendre sous nos yeux et nous amènera à réinventer nos relations entre humains, à maîtriser nos impacts environnementaux au travers d'une transition écologique nécessaire, à renouveler notre pacte avec le Vivant. Dans ce monde mouvant, nos immeubles et nos villes s'ils sont pensés comme des enveloppes innovantes mais protectrices, connectées mais filtrantes, performantes mais désirables auront toutes les qualités pour préserver notre bien-être, nous permettre des respirations nécessaires.

Les objectifs de neutralités climatiques à 2050 fixés par l'UE devront comprendre des cibles intermédiaires, une trajectoire à intégrer dans le développement des projets immobiliers et d'aménagement, pour accélérer la mise en œuvre immédiate des changements souhaités et nécessaires. Les États devront soutenir ces initiatives et déléguer les décisions structurantes aux collectivités plus à même de recueillir les participations citoyennes.

On a pu voir que le développement urbain, que ce soit dans son habitat, sa mixité ou son accessibilité, et le développement numérique qui peut l'accompagner doivent prendre à nouveau en compte des désirs plus variés, plus proches des besoins fondamentaux humains, et globalement un désir plus vaste de bien-être. Or dans notre société occidentale, tout doit être mesuré et apprécié pour avoir de la valeur, ce phénomène étant accentué par les outils numériques. Dans ce cadre, comment définir les bons indicateurs pour mesurer ces désirs et le bien-être ressenti ? Comment réconcilier les contradictions qui nous animent tous sur ces thèmes ? Sur quelles bases pourrons-nous fonder de nouveaux consensus essentiels pour vivre ensemble et assurer une cohésion à des villes et territoires toujours plus peuplés ?

S2



AMÉNAGER LES TERRITOIRES : QUELLES NOUVELLES STRUCTURATIONS TERRITORIALES ?

Les inégalités territoriales : un mythe ? Peut-on, doit-on encore aménager le territoire ?

« Ce qui est incroyable, c'est que l'on fait partie des pays les moins inégalitaires des pays de l'OCDE, grâce à un très puissant système de redistribution. En revanche, le ressenti des inégalités est très puissant. François Dubet montre bien que l'opposition entre les gens, avant, était classique, c'était les prolétaires contre les capitalistes et que, maintenant, ça a laissé place à de nouveaux groupes comme les cadres créatifs, les cosmopolites mobiles, les locaux immobiles, les inclus et les exclus, les stables et les précaires. En fait, les inégalités sont devenues presque individuelles et non plus au sein d'une classe sociale, d'un parti ou d'un syndicat. C'est ce que François Dubet appelle les passions tristes, ces colères pour des sentiments d'injustice qui se déversent sur les réseaux sociaux. » Laurence Duboys Fresney, 18 mars 2021 sur France Culture (en compagnie de Laurent Davezies dans l'émission *Nos géographies*).

Selon la définition qu'on décide de retenir, les inégalités territoriales peuvent être, ou ne pas être, un mythe. Si l'on s'appuie sur les travaux réalisés par Laurent Davezies, celui-ci démontre que les inégalités de revenus entre Français n'ont jamais été aussi faibles et que l'on tend même vers une certaine forme d'égalité en raison de la redistribution des richesses. Malgré le ressenti, il s'agit donc plutôt d'un mythe. En revanche, si l'on décide d'avoir une vue plus objective, moins focalisée sur des indicateurs, alors oui, les inégalités entre territoires ne sont pas un mythe. Ceux-ci peuvent être inégalement desservis par les infrastructures routières et ferroviaires, n'ont pas les mêmes atouts touristiques ou agricoles, n'ont pas le même capacité d'accueil de centres de décisions économiques, etc. Est-ce que pour autant les territoires moins bien lotis n'offrent pas une qualité de vie ou des niveaux d'emplois leur proposant une certaine attractivité ? N'ont-ils pas des atouts à faire valoir, nécessitant un accompagnement, mais sans forcément aller vers l'égalité et l'homogénéité ? Certainement.

Il est donc toujours possible mais aussi nécessaire d'aménager le territoire, afin de garantir l'unité du pays. Mais « aménager » ne doit pas/plus dire « égaliser / homogénéiser » le territoire. Il s'agit plutôt de miser sur « les » territoires, sur leurs spécificités et leurs atouts. Ce mouvement a démarré avec la décentralisation au début des années 1980 mais c'est très fortement accéléré ces dernières années.

S3

UNE FRANCE MOINS INÉGALITAIRE QUE NOUS NE NOUS LA REPRÉSENTONS

• L'industrialisation a enclenché un mouvement de différenciation de la trajectoire des territoires en fonction de leurs avantages comparatifs : première scission entre les territoires industriels et les territoires ruraux. Puis la mondialisation a enclenché une mutation vers une économie plus servicielle : délocalisation des emplois productifs à faible valeur ajoutée et concentration des nouvelles fonctions productives « intellectuelles » dans quelques territoires locomotives – exemple du secteur IT. C'est le phénomène de métropolisation sélective où densité et intensité des échanges sont créatrices de richesse : approche de la nouvelle géographie territoriale de Krugman.

• Résultat : les inégalités territoriales de formation de PIB se sont fortement accrues ces dernières décennies. C'est l'une des raisons de l'apparition de la politique d'aménagement du territoire en France dès 1955. Cette organisation était censée résoudre le déséquilibre grandissant entre la région parisienne (concentrant les emplois, les ressources et donc les richesses) et la Province, en décentralisant une partie des activités et des décisions de Paris vers la Province, pour redistribuer et rééquilibrer de la croissance à l'ensemble de la France. Des villes sont désignées comme métropoles d'équilibre. Mais avec l'essor de la mondialisation, une dimension internationale s'est immiscée dans la politique territoriale. La compétitivité internationale des territoires est devenue un enjeu crucial, reléguant la question du rééquilibrage stratégique entre Paris et Province au second plan. Certains parlent d'échecs : les mécanismes de concentration du PIB se sont finalement accélérés, s'ouvrant juste à quelques nouveaux territoires métropolitains, la DATAR a fini par être supprimée…

• Pourtant, dans le même temps, constat d'une forte réduction des inégalités de revenus : les mécanismes de redistribution financiers et de transferts inter-régionaux non matériels semblent eux fonctionner. La théorie du ruissellement des richesses se vérifierait donc ? À moins que ce ne soit le thermomètre (l'indicateur du PIB) qui ne mesure plus correctement la réalité de la création de richesse…

• Les évolutions démographiques confirment cette tendance : la densité reste bien un vecteur fort de création de valeur, et donc de concentration des richesses produites. Mais elle n'est plus un facteur d'attractivité des populations, au contraire. Certains territoires ruraux connaissent des attractivités résidentielles fortes depuis plusieurs décennies. Le Covid (par le biais de l'affirmation de nouvelles aspirations au bien-être et leur concrétisation grâce au télétravail) ne va faire qu'accélérer des tendances déjà anciennes au desserrement à différentes échelles.

• Les populations votent de plus en plus avec leurs pieds ! Et rejettent désormais massivement le modèle de la métropolisation tel que nous le connaissons. Ne doit-on pas y voir l'émergence d'une nouvelle définition de l'attractivité ? Et donc, par là-même, réviser notre notion de l'aménagement des territoires ? Ce ne sont plus les infrastructures qui aménagent, mais la « désirabilité » des territoires. Sommes-nous arrivés à la fin des modèles rationnels prédictifs du fait de la fragmentation : du temps, des lieux, des aspirations ? Point de rupture de la complexité liée à la prise en compte de l'humain ? Est-ce la fin du leadership de la normalisation productive au bénéfice de la subjectivité du bien-être ?

CONTRIBUTION DE

CHANTAL AÏRA-CROUAN
CHRISTELLE BASTARD
ROLAND CUBIN
MATEY KARASSIMEONOV
ELIAS RAOUF

INTERVENANTS

LAURENT DAVEZIES
MARTIN VANIER

S3

AMÉNAGER LES TERRITOIRES : QUELLES NOUVELLES STRUCTURATIONS TERRITORIALES ?

DU PRISME ÉCONOMIQUE À LA PRISE EN COMPTE DU BIEN-ÊTRE HUMAIN : POUR UNE REDÉFINITION DE L'ATTRACTIVITÉ TERRITORIALE

• Le primat de l'économique a conduit à une vision purement fonctionnaliste de l'aménagement des territoires : on a construit des villes du travail et de l'automobile, pour favoriser les flux économiques ; des villes du *zoning*, censées être plus modernes et « efficaces » dans leur organisation, et surtout plus faciles et rapides à produire en masse, mais froides et impersonnelles ; des villes de la surdensité, pour se positionner dans la compétition internationale du toujours plus, en oubliant les besoins de respiration, de nature, de qualité de vie et d'inclusivité. Il s'agissait de répondre au besoin d'urbanisation rapide lié au boom économique des Trente Glorieuses, puis à la mondialisation débridée des échanges. Mais nous avons changé d'époque, moins de modèles urbains : pas de prise en compte notamment des externalités négatives inhérentes à la surconcentration (ségrégation, stress, pollution…).

• Le fonctionnalisme ne correspond plus à la demande majoritaire des populations, car nos vies sont de moins en moins tournées vers la seule activité productive : le temps de travail à l'échelle de nos existences se réduit tendanciellement dans nos sociétés de la prospérité (gains de productivité, allongement des études, aspirations à un meilleur équilibre de vie, vieillissement de la population…). Notre nouvelle disponibilité cognitive ou temps de cerveau disponible (ainsi que l'amélioration de niveau global d'éducation et notre relatif confort de vie…) nous amène à complexifier nos aspirations : revenir à certains fondamentaux un peu perdus de vue en raison de l'accélération de nos rythmes de vie, les enrichir d'une nouvelle quête de sens et de solidarités. Désormais les populations souhaitent que la ville s'adapte à leurs besoins pour plus de bien-être, et non à l'optimisation économique. Un nouveau modèle de centralité désirable, durable et inclusive doit émerger.

• Il faut repartir des besoins essentiels de l'humain qui avaient été le plus oubliés : reconnexion à la nature, environnement sécuritaire et apaisé, lien social et chaleur humaine, renouveau de l'espace public… Retour sur le devant de la scène du modèle ancien de la ville européenne, mais en version revisitée : poussée de la ville de la proximité, de la ville relationnelle, facteur d'opportunités, de surprises, de rencontres, plus durable également (mobilités douces). Mais le rêve du pavillon phénix en banlieue isolée avec barbecue perdure, dans certaines catégories de la population : il n'y a pas que des bobos parisiens ! Diversification des aspirations, des préférences en fonction des moments du parcours résidentiels, des systèmes de valeurs personnels : pas de modèle urbain unique ou idéal. Car la notion de bien-être est par définition éminemment subjective : quel impact alors sur la notion d'égalité et de cohésion territoriales ?

• Mais pas d'opposition absolue entre bien-être et économique : demain, les territoires attractifs pour les populations seront aussi les territoires qui créeront de l'emploi. Car nos sociétés vont progressivement basculer dans une économie plus orientée vers le *Care*, le service aux populations (y compris la logistique/distribution) : une part croissante de la production de la richesse nationale va donc échapper aux mécanismes de densité et de concentration, et favoriser un développement plus autonome des territoires, dans un pays où le poids de l'économie dite socialisée, c'est-à-dire qui dépend de revenus publics et sociaux, est déjà fort. Nouvel âge d'or de l'économie résidentielle versus l'économie productive : nous entrerions dans une 3e phase de notre développement économique (après le productif industriel et le productif serviciel) ?

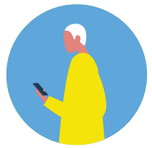
• Cette évolution est-elle totalement souhaitable ? Ne risque-t-on pas de sacrifier sur l'autel de ce nouveau dieu « bien-être » des dimensions essentielles de notre souveraineté nationale sur le long terme ? Derrière la question de la compétition internationale entre les territoires se jouent aussi celles de notre autonomie, de notre potentiel d'innovation économique en préparation de l'avenir et de notre capacité à produire pour partie ce que nous consommons. C'est aussi une question écologique essentielle : favoriser les circuits courts plutôt que la démultiplication des flux de circulation des biens liée à la spécialisation des territoires. Mais la problématique de la relocalisation d'une partie de l'industrie, même à forte valeur ajoutée, même fortement automatisable, se heurte à la logique du « pas dans mon jardin » (*cf.* Pierre Veltz : personne ne veut de l'implantation d'une usine chimique en face de chez soi…). Ne risque-t-on pas de créer un nouveau modèle dual donc non tenable : d'un côté quelques rares territoires denses et productifs, donc *a priori* riches mais « sacrifiés », car concentrant les nuisances, et de l'autre des territoires d'économie résidentielle pure, dédiés au bien-être des populations ? La cohésion nécessite un sentiment de justice et d'équité de part et d'autre (exemple de l'Italie du Nord qui refuse de plus en plus de « payer » pour le Sud). C'est une contradiction, un paradoxe difficile à surmonter, ou plutôt un juste équilibre à trouver ?

• D'un point de vue plus philosophique, dans un vie désirable et nonobstant la subjectivité voire l'intimité de cette notion, l'être humain a besoin d'un travail, ou du moins d'une activité à utilité collective. C'est une source d'épanouissement, une stimulation physique et intellectuelle plus qu'une source d'aliénation, maintenant que la pénibilité du travail va globalement déclinant (automatisation prévisible des activités les plus ingrates et monotones). La géographie des emplois va donc devoir progressivement s'adapter à cette nouvelle donne des aspirations au bien-être des nouveaux facteurs de production (les populations) et se déconcentrer à son tour à l'échelle française : la numérisation de la relation au travail a aussi ses limites. La question de la mobilité au sein des aires métropolitaines reste donc à traiter : comment réduire le stress, la fatigue, la pollution par le biais des systèmes de transports adaptés garantissant une accessibilité « raisonnable » aux différents lieux structurant notre existence-résidence, consommation, travail, loisirs… ?

AMÉNAGER LE DÉSIR ?

• Dans cette nouvelle attractivité des territoires qui se dessine en liaison avec la prise en compte du bien-être, poids accru des concepts de représentations mentales, de certains tropismes sociétaux difficiles à combattre (comment sinon expliquer que la partie S/O de la diagonale de la désertification en soit sortie, quand le quart N/E semble s'y enfoncer ?). Les facteurs plus subjectifs pourraient prendre le relais des critères « fonctionnalistes » traditionnels. Importance de la beauté, de la dimension qualitative des aménagements, des notions de confort de l'espace public : il faut donner envie pour « aménager » les territoires de la subjectivité. Rôle moteur par exemple de la requalification des centres urbains dans la redynamisation des métropoles régionales. Ne plus se contenter d'aménager mais manager les territoires, y compris dans la dimension marketing et sociale : redonner plus de pouvoirs, libérer les initiatives aux échelons locaux.

• D'un point de vue territorial, dans cette nouvelle grille de lecture, la question de la densité, et donc le rôle des infrastructures et équipements dits structurants, ne serait plus aussi déterminante que par le passé. Le développement du télétravail va aussi clairement amplifier le mouvement : dissociation croissante entre le lieu de « fabrication » de la valeur ajoutée (résidence des salariés) et son lieu de consolidation (l'entreprise). Idem pour la consommation avec la numérisation partielle du commerce. Cette indifférenciation accrue de la localisation des nouveaux facteurs de production (les humains) vis-à-vis de la notion de densité et de proximité (remplacée par l'accessibilité, qui est variable car plus seulement physique) doit nous amener à revoir notre approche de l'aménagement : doit-on aménager tout le territoire ? Y a-t-il un sens aux espaces faiblement peuplés, une nécessité d'attractivité ? La faible densité ne serait plus synonyme de territoire dévasté : ce sont des espaces de beauté, de préservation, de respiration nécessaires à l'équilibre global d'un système, et ils répondent à des aspirations de vie certes minoritaires mais légitimes…



• C'est cette dimension d'utilité sociale collective que reconnaissent et matérialisent les mécanismes redistributifs ainsi que certaines politiques d'aménagement. Ces territoires de faible densité contribuent au « bien commun », mais autrement qu'en produisant du matériel, et c'est à ce titre qu'ils ont le droit aussi à un niveau minimal d'équipements et de services. Une limite tout de même : un certain niveau de densité, donc de proximité, reste indispensable à la diversité de l'offre de services, à l'animation des territoires. Or cette dernière demeure un facteur fort de satisfaction pour les populations. Et d'un point de vue environnemental, l'éparpillement ne favorise pas un mode de vie vertueux (sauf à imaginer un retour à l'autarcie, mais la mobilité reste essentielle à la vie…).

• Importance également de la notion d'écart dans la construction de la désirabilité, de l'envie : l'insatisfaction n'est pas objective, elle relève généralement d'un écart perçu par rapport à une norme, qui n'est pas la même pour tous, à un sentiment de marginalisation, d'abandon, parfois à tort (Gilets jaunes)… Le problème ne proviendrait-il pas tout simplement d'un besoin de fierté, de reconnaissance de l'apport de chacun, même modeste, à l'équilibre global du système ? C'est par exemple la question des emplois de 1re ligne, mis en exergue avec la crise du Covid, et de leur sous-rémunération structurelle : il convient donc de réinterroger nos systèmes de valorisation primaire. La redistribution, c'est bien, mais sans reconnaissance, on tombe dans des logiques d'assistanat qui ne permettent pas de se construire une identité, un sentiment d'appartenance, un respect pour soi-même… C'est toute la problématique qui tourne autour du salaire minimum : des droits sans devoirs ou contributions associés, ce sont des droits sans reconnaissance, sans fierté possible…

• Les vrais problèmes se posent donc pour les territoires qui sont totalement exclus des logiques de flux des personnes et des biens, et dont l'utilité sociale n'est pas reconnue parce qu'ils sont hors systèmes de valeurs : ceux où on atterrit sans le vouloir et qui accueillent les activités dont personne ne veut (migrants, délinquance, trafics…). Ce sont des territoires de relégation, dont il est difficile de tirer des motifs de fierté (sauf à développer des logiques claniques tribales, un contre-modèle culturel qui induit ensuite un risque de séparatisme…) et dont il est par ailleurs difficile, voire impossible de s'échapper. Les trappes à pauvres, qui n'ont jamais le choix de leurs lieux de vie… Il s'agit de certaines régions, certaines zones aussi (et peut-être même surtout) des territoires les plus moteurs en raison des externalités négatives croissantes liées à la surdensité (les territoires de la politique de la ville par exemple) : question de la bonne échelle de lecture des inégalités ? Spirale isolement social/inégalités/pauvreté : ne pas bénéficier d'un bon réseau, c'est se couper de l'accès aux ressources informelles qui sont de plus en plus essentielles. Mais comment lutter contre les barrières mentales ? Ex. de Clichy Montfermeil à 10 km de Paris : l'arrivée du métro du Grand Paris va-t-elle radicalement modifier la trajectoire de ce territoire ? Et un système peut-il fonctionner sans territoires de relégation, sans perdants, sans poubelle ?

• Au final, quelle équité derrière la notion d'aménagement ? Égalité des moyens, des résultats ? On le voit, l'homogénéité ou l'équilibre territorial n'est ni possible ni souhaitable. Elle doit être abandonnée au profit d'une articulation intelligente, d'une complémentarité entre territoires, d'une forme d'équité/réciprocité : différentes formes de centralités, de densité, de contributions doivent se développer et coexister en s'articulant pour former des réseaux relationnels. On doit passer à des logiques d'individualisation des solutions pour mieux tenir compte des perceptions, même biaisées, et préférences locales. Mais aussi favoriser la coopération plus que la compétition territoriale : la concurrence n'est pas toujours synonyme d'efficacité et a un coût, dès lors qu'il est question de gestion des biens communs. Un nouveau rôle, positionnement pour le pouvoir central : celui d'animateur, de chef d'orchestre qui doit aussi se positionner comme le garant de la persistance d'une certaine circulation, d'un brassage entre territoires ?

NOUVEAU PARADIGME TERRITORIAL, NOUVELLES GOUVERNANCES, NOUVELLES COMPÉTENCES

• L'articulation des territoires confronte les aspirations au bien-être individuel à l'efficacité de l'organisation collective. Il n'y a pas d'harmonie sans cadre, d'équilibre sans législatif. Et pourtant les évidences ont disparu, les positions dogmatiques sont obsolètes avant même que les structures qui doivent s'y substituer n'aient pris le temps d'émerger ou d'être démonstratives d'une efficacité ressentie. Dans un contexte incertain, sans outils de prospective fiables et avec des enjeux sociétaux, économiques et environnementaux majeurs, l'aménagement du territoire ne peut être relégué en question subalterne du pays.

• Créer, susciter, encourager l'attractivité d'un territoire mettent en jeu plusieurs volets systémiques dans une alchimie qui échappe à la représentation par modèle. C'est une rencontre entre des aspirations (inspirations) citoyennes, des gens pour l'accompagner ou la faire naître, une culture, une histoire, une géographie, un système éducatif, un réseau de transport… Un tout qu'il est difficile d'envisager à différents niveaux de gouvernance, mais qui doit nécessairement être considéré comme tel. Les dimensions locale, nationale, interrégionale, intercommunale et les autres strates de la gouvernance des territoires ont un rôle à jouer.

• Mais la cohésion relève de la nation et de l'État. La volonté de décentralisation n'est pas antinomique d'un positionnement réel de l'État dans les contextes locaux. Cela relève plus d'un modèle de management que de textes ou de positionnements. Efficacité du modèle de transfert de compétences en blocs segmentés (l'État gardant la main pour la santé et le logement, les régions recevant l'éducation et la formation professionnelle et les départements recevant le transport, l'action sociale/médico-sociale) inhérente à la décentralisation à la française ? La décentralisation semble avoir souffert de décisions politiques où la « peur » d'un fédéralisme (vs une histoire/culture jacobine en France) a abouti à un simple partage des pouvoirs (en tout cas des responsabilités, et pas toujours des moyens financiers), pas au

AMÉNAGER LES TERRITOIRES : QUELLES NOUVELLES STRUCTURATIONS TERRITORIALES ?

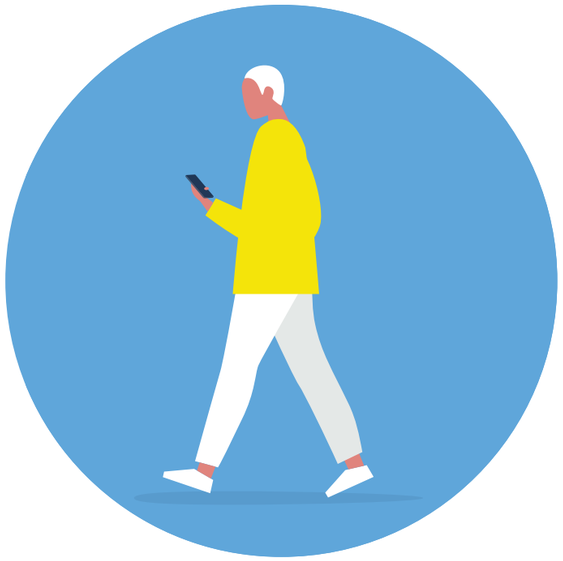
développement d'une véritable culture de coopération.

• L'État facilitateur de l'organisation inter-régionale et décideur final ? À la question des structurations territoriales, la réponse peut être connectée à « l'agilité », tous ont un rôle à jouer et l'État peut/doit prendre sa place. Non pas comme un diktat centralisateur mais dans une logique d'accompagnement ou de leadership en fonction du contexte local. En prenant en compte les « spécificités » de la problématique. Basculer d'une normalisation nationale dans un particularisme territorial assumé et raisonnable.

• L'anticipation stratégique relève également de cette responsabilité centrale : dénicher les incarnations et les mutations qui s'amorcent pour les accompagner, les amplifier et assurer leur évolution dans un cadre participatif et démocratique. Pourquoi cela ne serait-il pas le rôle de l'État ? En quoi est-ce une mission impossible que d'animer le développement inter-régional afin d'assurer les missions nationales comme le transport, la formation et autres mais porté par des projets locaux et des élus locaux en phase avec les aspirations citoyennes ?

• Un changement de paradigme à la tête de l'État ? À peine deux mois après son élection, le président de la République déclarait à l'occasion de la première Conférence des territoires (juillet 2017) : « l'égalité, qui crée de l'uniformité, n'assure plus l'égalité des chances sur la totalité de notre territoire ». Dans la foulée, le gouvernement a décidé de faciliter les expérimentations locales. Ce premier pas vers la « différenciation » des territoires va être amplifié par le projet de loi, qui doit être adopté en Conseil des ministres dans les prochaines semaines, appelé « 4D » car « relatif à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale », et qui doit impulser une nouvelle politique de décentralisation basée sur la liberté et la confiance…

• Encore faut-il que l'État se dote de compétences clés. C'est une question d'hommes et de femmes qui doivent être formés, posséder un sens civique irréprochable, être à l'écoute : *cf.* la suppression annoncée de l'ENA… Les corps d'élite peuvent-ils retrouver dans l'État des ambitions à porter qui donnent du sens à la réalisation personnelle ? Qui pour s'engager ? Quel poids la prise en charge de ces problématiques face au gain financier plus considérable dans les entreprises privées ? L'État peut-il s'appuyer sur les entreprises privées pour bâtir son management de l'aménagement territorial ?



DE NOUVEAUX PARADIGMES POUR LA POLITIQUE SANITAIRE ET SA TRADUCTION URBAINE ?

Pour « cerner » au mieux les attendus de la restitution de notre séminaire, nous avons parmi les très nombreuses définitions prêtées au « paradigme » retenu celle consistant à l'envisager comme « la façon dont un système a été conçu et pensé dans ses grandes lignes ».

Ce système sera-t-il alors capable de se réformer et d'évoluer ? Assurément comme tout système, sinon il serait conduit à une mort certaine. Dans tous les cas, ce sera notre postulat de départ.

Quelle orientation va prendre cette réforme ? Nous devons travailler sur plusieurs hypothèses, non exhaustives, et qui influenceront inéluctablement le développement urbain ; de la même manière, la façon d'envisager la ville de demain aura aussi irrémédiablement une influence sur celle d'envisager la santé et le bien-être associé : le *care* est « entre les mains » du développement urbain.

Ce sujet est extrêmement vaste et sa restitution peut l'être tout autant. Les quatre thèmes que nous allons développer sont issus d'une réflexion et d'échanges collectifs :

- **La place de l'hôpital dans la ville**
- **La médecine de ville et son avenir / la prévention/le *care* et le *cure***
- **Une approche positive et globale de la santé pour un urbanisme préventif**
- **Les nouveaux paradigmes post-Covid**

En 1974, le rapport Lalonde fixe les quatre déterminants du système de santé qui sont :

- **Les caractéristiques individuelles : âge, niveau socio-économique, éducation, habitat, revenu**
- **Les comportements (individuels ou en groupe)**
- **L'environnement**
- **Le système de soins.**

LE *CURE*

Dans l'offre de santé en France, l'offre de soins représente 97 % des dépenses privilégiant ainsi l'offre de soins au détriment de la santé publique. Elle est historiquement fournie par l'hôpital.

Acte 1 : la sécurité sociale

Au sortir de la Seconde Guerre, le Conseil National de la Résistance œuvrera pour une révolution sanitaire majeure : la sécurité sociale. Il optera pour le système bismarckien, système fondé sur un modèle assuranciel basé sur le travail.

Acte 2 : création des hôpitaux universitaires

En décembre 1950, la réforme Debré institue les centres hospitalo-universitaires (CHU) devenant des pôles d'excellence médicale, des lieux de recherche adossés à des facultés de médecine réunissant praticiens et universitaires. L'hôpital est un marqueur important de la cité et le premier employeur de la Ville.

Acte 3 : création du service public hospitalier

La loi Boulin en décembre 1970 crée le service public hospitalier et consacre l'hôpital public comme le « pivot du système de santé ». Le directeur de l'hôpital est dorénavant nommé par l'État qui met les moyens en œuvre afin de garantir la permanence, la continuité et l'égalité d'accès aux soins.

Ces trois actes sont les fondations du système hospitalier actuel. Ce système a prouvé sa capacité à jouer un rôle d'amortisseur social et à former des professionnels de santé de qualité.

La médecine de ville

Elle est l'offre de soins regroupant tous les professionnels de santé libéraux ou salariés non hospitaliers. Ces professionnels couvrent à la fois les champs du curatif, du préventif, de la promotion de la santé et du champ médico-social.

LE *CARE*

Les maladies chroniques relèvent de plus en plus du *Care* que du *Cure* au niveau de la promotion et de la prévention de la santé.

Du fait notamment de l'allongement de la durée de vie et du progrès médical, les maladies chroniques représentent aujourd'hui 70 % des morts dans le monde, soit 3 personnes sur 4 dans les pays développés. Ce sont des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle, l'obésité…

Ces maladies sont souvent associées à des facteurs de risques sociaux liés à l'habitat, aux revenus et à l'éducation.

La prise en charge de ces pathologies (on n'en meurt plus et l'on vit plus longtemps avec) nécessite ainsi un système de soins adapté.

Aujourd'hui, l'élément central c'est le creusement des inégalités sociales car elles ont un très fort impact sur l'état de santé. Un des principaux vecteurs de ces inégalités est l'isolement social, soit la situation dans laquelle se trouve une personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes en nombre ou en qualité, est en situation de souffrance et de danger. Cet isolement touche environ 7 millions de Français et a les mêmes effets sur la mortalité que l'obésité et le tabagisme. À l'inverse des idées reçues, on constate une forte corrélation entre pauvreté et isolement social.

Sans ce tissu social, ce *care*, nos systèmes de protections sociales s'effondreraient. Il faut que collectivement nous prenions garde à ce tissu, c'est un sujet central.

L'évolution du *Cure* et du *Care*

Le principal moteur de l'évolution de la médecine aujourd'hui est le patient. Il est en effet de plus en plus informé et partenaire de sa santé. Il attend des résultats et aura dans le futur une place beaucoup plus importante.

Du côté du *cure*…

Les évolutions de la médecine de ville sont nombreuses :

• Le travail en groupe (les maisons de santé pluridisciplinaires).

• La médecine numérique et ses innovations qui permettent aussi d'agir sur la prévention et la promotion de la santé (donc pas que sur les soins) : Doctolib, la télémédecine.

• La qualité des soins et le développement de l'évaluation de cette qualité.

• Le développement de centres de santé (exemple du diabète) qui regroupent sur

CONTRIBUTION DE

ARNAUD HAMON
MARIE JASON
THIERRY LASSALLE
SYLVIE LE MONNIER
MASSIMO MATTIUSSI

INTERVENANTS

ÉDOUARD COUTY
JEAN-YVES GUEDJ
JEAN-FRANÇOIS SERRES

S4

DE NOUVEAUX PARADIGMES POUR LA POLITIQUE SANITAIRE ET SA TRADUCTION URBAINE ?

un même lieu les différents médecins spécialistes suivant les maladies chroniques.

Depuis la fin des années 2000, nous avons vu apparaître le développement de l'hôpital de jour (le virage ambulatoire), parfois même dans des centres dédiés totalement ambulatoires notamment pour le traitement des maladies chroniques. On constate le développement également de l'hospitalisation à domicile.

Du côté du *care*…

Pour lutter contre l'isolement social, le secteur associatif s'investit aujourd'hui avec deux éléments d'action : une coopération au niveau des territoires également ouverte à la société civile et, la mise en place d'un cadre large d'intervention par le biais d'une charte qui anime ces citoyens bénévoles en lien avec les acteurs locaux.

Les faiblesses du système de santé actuel et des pistes pour les corriger

Des faiblesses identifiées…

Principal acteur des soins d'urgence et des soins hautement spécialisés, l'hôpital public a, au fil des années, concentré les moyens et les ressources et s'est cloisonné. Il ne s'est pas suffisamment ouvert aux autres partenaires, médecine de ville et autres établissements de santé privé.

Aujourd'hui malgré l'organisation du médecin traitant, le parcours du patient n'est pas fluide et la réforme pas aboutie.

Des pistes : les espoirs sont grands pour que la numérisation aide à casser les murs entre l'hôpital et la médecine de ville.

Les investissements en termes de compétence, de technologie, de matériel sont énormes pour la médecine de demain. L'investissement immobilier privé dans les lieux de santé peut être un recours intéressant.

Certains souhaitent redonner du levier financier et du contrôle aux villes en matière de santé et de soins hospitaliers (sorte de décentralisation) permettant ainsi de coordonner ce contrôle local en lien avec l'architecture et l'urbanisme.

Plus une structure hospitalière est grande, moins elle se soucie de son environnement. Une des pistes consiste à regrouper géographiquement médecine de ville et médecine hospitalière, faire participer l'hôpital à ce type de projets architecturaux, sous conditions de lisibilité et de fluidité pour le patient. Comment la ville sortira-t-elle de l'immobilisme architectural et organisationnel des lieux de médecine de ville classiques ?

Nos villes doivent être plus favorables au développement de la relation : les lieux de rencontre, les lieux de proximité, la rencontre immédiate à proximité doit être favorisée par les espaces physiques.

Comment maintenir l'engagement dans le temps des volontaires qui œuvrent contre l'isolement et identifier clairement cet enjeu au niveau politique ?

Le *care*, prendre soin, c'est par cet exercice, en général qu'on fait société, ce n'est pas limité à la dimension des professionnels soignants exclusivement.

LA PLACE DE L'HÔPITAL DANS LA VILLE

Face aux nombreux défis du système de santé français avec le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population, les inégalités sociales et territoriales, ou encore les aspirations des usagers à une prise en charge globale et personnalisée, la thématique du décloisonnement et de la coopération ville-hôpital est au cœur d'une politique de transformation.

NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ EST À LA CROISÉE DES CHEMINS

La pandémie actuelle a mis en exergue ses faiblesses mais aussi ses atouts. Quelles sont les leçons qu'on peut en tirer ? Quels sont les changements nécessaires et les solutions urbaines qui peuvent accompagner ces mutations ?

Les trois actes fondateurs de notre système de santé se sont occupés uniquement de l'offre de soins au détriment des deux autres volets de la politique de santé que sont la santé publique et la sécurité sanitaire. Ainsi a-t-on hérité d'une culture du soin mais pas de celle de préserver le plus longtemps possible le plus grand nombre en bonne santé.

La pandémie a encore démontré le rôle d'amortisseur social de notre système de protection. Solvabiliser les soins et assurer la prise en charge sont un atout comme la qualité de la formation des universités françaises.

À l'inverse, le cloisonnement et les corporatismes de notre système de santé sont de vrais handicaps qui aujourd'hui pénalisent l'accès aux innovations.

Notre absence de santé publique est aussi un handicap avec l'émergence des maladies chroniques. La réforme de la gouvernance, qui a transféré en 2005 au directeur des hôpitaux, au détriment des élus locaux, les compétences budgétaires et l'organisation, a accru ce cloisonnement et a renforcé le fossé entre l'hôpital et la ville.

L'ÉMERGENCE DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Avec l'émergence de nouveaux acteurs que sont l'usager et le malade, l'émergence de la démocratie en santé, le vieillissement de la population, l'émergence de maladies chroniques, l'hôpital va devoir évoluer, les corporatismes tomber, la gouvernance changer et son organisation devenir plus agile.

C'est autour des soins ambulatoires que l'organisation urbaine de l'hôpital doit innover. L'interaction entre le plateau technique et la médecine de ville doit trouver les connexions nécessaires à l'idéal de soin. L'hôpital doit se déployer sur la ville et participer à son dynamisme.

Déjà l'hôpital est sorti de ses murs lors de la création du SAMU. L'augmentation très importante des accidents de la route fut à l'origine d'une sensibilisation de la population à cette catastrophe. C'est sur ces bases que fut créé le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) au CHU de Toulouse, le 16 juillet 1968. Il faut savoir qu'il était interdit à l'hôpital de sortir de ses murs avant la création du SAMU.

LES SOLUTIONS URBAINES QUI PEUVENT ACCOMPAGNER CES MUTATIONS

Plusieurs expériences existent déjà pour offrir des perspectives alternatives à l'hospitalisation comme des hôtels hospitaliers ou des appartements thérapeutiques en psychiatrie.

Le patient viendra demain à l'hôpital pour son plateau technique, ses salles de radiologies et de diagnostics. Aussi, nous devons proposer des solutions urbaines pour accompagner ces mutations comme des hôtels hospitaliers qui pourraient être réalisés sur les emprises foncières de l'hôpital en bail emphytéotique afin d'en réduire le coût d'investissement.

En effet les établissements de santé disposent d'un patrimoine immobilier important. Les restructurations récentes et le virage ambulatoire ont libéré des espaces au sein des structures hospitalières.

La fédération hospitalière de France a, dans son rapport en 2018, émis plusieurs propositions pour favoriser le lien ville-hôpital et déverrouiller les blocages. Elle a incité la mise à disposition des capacités foncières au profit de projets de la médecine de ville, sous réserve d'un régime économique et comptable non péjoratif pour les établissements de santé. Certains ont d'ores et déjà aidé à l'implantation de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou de Centre de santé (CDS) en leur sein. Intégrées aux hôpitaux, ces structures favorisent le travail en équipe ainsi que le partenariat médical pour l'hôpital dans la prise en charge des patients en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et des résidents des EHPAD.



À l'exemple du partenariat monté entre le Centre Hospitalier du Ternois et la communauté de communes afin d'ouvrir une MSP sur le site de l'hôpital local. Ce centre hospitalier a cédé le terrain à l'euro symbolique et la communauté de commune a financé la construction. Ce partenariat a permis de densifier l'offre de médecine de ville du territoire et d'assurer pour l'avenir un partenariat médical.

Mais l'hôpital doit aussi conserver des espaces de respiration, des jardins, des espaces de promenades. La crise sanitaire a montré que les hôpitaux ont besoin de pouvoir s'appuyer sur des espaces ouverts non bâtis. De nombreuses villes ont opéré des rééquilibrages de l'espace public autour des hôpitaux pour faciliter le déplacement des soignants, comme à Montpellier où des pistes cyclables provisoires ont été créées pour favoriser l'accès aux centres hospitaliers. Une bonne intégration urbaine, une bonne desserte en transports en commun ainsi que des aménagements et des espaces verts autour des hôpitaux permettront aux usagers et personnel d'utiliser des modes doux et ainsi peut-être pouvoir réduire l'emprise dédiée au parking.

Pour passer les crises comme celle de la Covid-19, mais aussi pour renforcer les liens entre le système de santé et les citoyens, l'hôpital a sa place en ville et a besoin d'espaces autour pour se déployer.

Cela ne sera possible qu'avec des actions publiques fortes, au croisement des politiques de santé publique et des politiques urbaines. Cela sera l'opportunité d'étendre le champ d'action de l'hôpital pour devenir un lieu de promotion de la santé et du bien-être et pas seulement de soin.

LA MÉDECINE DE LA VILLE/ PRÉVENTION/ *CARE CURE*

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a bousculé la pratique de la médecine de ville : alors que les salles d'attente des cabinets médicaux se vidaient, le numérique s'est installé dans les usages de consultation, mais aussi dans les pratiques des soignants.

Plus qu'une alternative technologique pour compenser les défaillances dans les déserts médicaux, l'usage des téléconsultations est désormais adopté pour gérer les suivis médicaux (renouvellement d'ordonnance, maladies chroniques…) ou pour remédier partiellement aux difficultés d'accessibilité rencontrées par les personnes à mobilité réduite.

Un sondage publié par Odoxa en janvier 2021 montre que l'usage de la télémédecine a été multiplié par 3 en 1 an. Les Français sont d'ailleurs parmi les plus enthousiastes d'Europe à son sujet, avec 73 % de jugements positifs, et déclarent un très haut taux de satisfaction (88 % en France contre 80 % en moyenne en Europe).

Source : http ://www.odoxa.fr/sondage/telemedecine-multipliee-3-1-an-francais-parmi-plus-enthousiastes-deurope-a/

En parallèle, la généralisation de l'usage des technologies numériques de santé, du dossier médical à l'intelligence artificielle et passant par l'impression 3D accroît le champ d'actions et l'efficacité de la médecine de ville en mettant à disposition des outils et des données qui permettent une prise en charge et une orientation personnalisée en fonction de la pathologie du patient.

Dans ce contexte, la ville peut jouer un rôle d'incubateur faisant avancer de concert le politique, l'économie, la médecine et les citoyens avec pour objectif commun un système de santé résilient, agile et inclusif. Cette position serait rendue possible grâce à des partenariats public-privé solides, visant à coordonner l'ensemble des acteurs de la chaîne de prévention et de soin, et à mutualiser les ressources et les solutions nécessaires.

À l'instar de la politique sanitaire à la recherche du bon équilibre entre le *Care* (prévention) et le *Cure* (soin), la ville de demain proposerait de développer et de renforcer les concepts de « Maison du Bien-être » et de « Maison de Santé Pluridisciplinaire ».

La « Maison du Bien-être » serait une traduction de proximité des enjeux d'une politique de santé sur la prévention. Elle s'occuperait de la recherche de bien-être physique, mental et social, et regrouperait en son sein une proposition diversifiée :

• Activités physiques et sportives : réalisées en groupe elles favorisent les interactions sociales, et ont une action bénéfique sur le moral (réduction de l'anxiété et du stress).

• Alimentation et nutrition : l'enjeu est d'une part de faciliter le passage de la pédagogie (accompagnement, explication des bonnes pratiques nutritionnelles) à l'application concrète (proposition de produits locaux, de saison, agro-responsables), d'autre part de détecter les pathologies liées à la nutrition.

• Bien-être mental : de la méditation à l'aide psychologique, la maison du bien-être permet de rééquilibrer les agressions liées aux modes de vie contemporains.

Lieux de vie et lieux relationnels, les Maisons du Bien-être seraient ouvertes sur la ville pour en faciliter l'usage de tous. Adossées à une école, à un gymnase, installées à proximité d'un parc ou d'une place publique, elles sont un lieu incontournable dans la cité, pour que chaque citoyen puisse être pleinement acteur de sa santé. Elles permettraient en outre l'animation et l'expression d'un tissu associatif local engagé pour le bien-être de leurs communautés.

Par ailleurs, les « Maisons de Santé Pluridisciplinaire » pourraient prendre une nouvelle envergure. Implantées en cœur de ville pour une accessibilité optimisée, elles se transformeraient pour devenir des coopératives de santé, de véritables « ruches », qui permettent de créer une offre de soins renforcée connectant un réseau de spécialistes libéraux, des *starts up* de la *Health Tech*, et des matériels et technologies indispensables à la pratique de la médecine de ville.

Ainsi, les citoyens ont la possibilité d'être pris en charge de façon personnalisée par une équipe pluridisciplinaire qui se constitue spontanément en fonction des besoins du patient. Cette coopération est rendue possible par l'utilisation partagée d'outils (matériels médicaux, système de partage de données…) et par une gouvernance paritaire publique et privée.

« Porté par des acteurs privés et publics, le déploiement de la e-santé associé à un recueil systématique des données de santé fait partie des bases indispensables sur lesquelles doit reposer notre système de soins. »

Source : https ://www.institutmontaigne.org/publications/e-sante-augmentons-la-dose

Ce mode de fonctionnement de la médecine de ville en réseau augurerait de multiples vertus :

• Accompagner la demande croissante des médecins de ville d'accéder à une activité salariée.

• Favoriser la collaboration entre experts du secteur de la santé et contribuer à l'innovation en e-santé : médecins, ingénieurs, entrepreneurs, pharmaciens, industriels, mutuelles, collectivités, etc.

• Permettre une formation continue des soignants face à un virage numérique qui transforme leur façon d'exercer leur métier.

• Rendre flexible/réversible l'usage des centres de santé pour adapter et organiser l'offre de soins au niveau local en situation de crise sanitaire.

DE NOUVEAUX PARADIGMES POUR LA POLITIQUE SANITAIRE ET SA TRADUCTION URBAINE ?

S4

- Mettre à disposition de la médecine de ville un plateau technique permettant l'examen complet des patients.

- Soulager les services hospitaliers, les urgences, en orientant plus aisément certains patients vers la médecine de ville.

Ainsi, en corrélant « Maison du Bien-être » et « Maison de Santé Pluridisciplinaire », la médecine de ville peut devenir une médecine des « 4P » : prédictive, préventive, personnalisée et participative.

UNE APPROCHE POSITIVE ET GLOBALE DE LA SANTÉ POUR UN URBANISME PRÉVENTIF

Plus qu'un état, la santé est une ressource pour la vie quotidienne, pour le développement social, économique et personnel (La charte d'Ottawa 1986).

Bien au-delà de la question de la maladie, la santé est liée à la notion de qualité de vie. Ainsi, une approche uniquement basée sur la réduction des risques ne suffit plus. Il faut travailler à un cadre de vie favorable à la santé, qui encourage par exemple les déplacements actifs et l'accès de chacun aux équipements et services.

Il faut se baser sur une approche globale de la santé, le *Global Health* dont parle Édouard Couty et qu'on a encore du mal à appliquer en France.

En effet, si la santé repose en partie sur des caractéristiques biologiques propres à chacun, elle dépend aussi du comportement individuel, de déterminants sociaux, de déterminants liés au cadre de vie et de déterminants environnementaux.

Cela implique une chose certaine, c'est que l'urbanisme doit devenir un levier de promotion et la prévention de la santé.

Notre santé est influencée par des facteurs qui relèvent de choix faits et d'actions menées dans d'autres secteurs en dehors du strict domaine de la santé comme les politiques économiques, environnementales, l'aménagement, les transports. Dès 1948, la Constitution de l'OMS fixe la coopération avec d'autres institutions spécialisées. En 2013, elle intègre la Santé dans toutes les politiques qui développent une approche intersectorielle des politiques publiques en tenant compte des conséquences sanitaires de chaque décision. Ainsi, les choix concernant l'aménagement du territoire, en gouvernant en partie les transformations de nos environnements, de nos habitats, constituent des leviers incontournables de promotion de la santé pour la population.

L'École des Hautes Études de Santé Publique (EHESP) quant à elle développe depuis 2011 un axe transversal de recherche, d'expertise et de formation sur la thématique urbanisme et santé, mis en œuvre lors de la recherche qui a mené à la parution du guide *Agir pour un urbanisme favorable à la santé : « concepts & outils »*. Dans le cadre de ses activités qui se sont élargies à de multiples partenaires du secteur de l'urbanisme comme les aménageurs et les collectivités, l'EHESP a travaillé sur le concept d'urbanisme favorable à la santé, en se nourrissant notamment des travaux de l'OMS. En a découlé un cadre de référence définissant cinq axes d'action pour agir pour un urbanisme favorable à la santé : un aménagement favorable à la santé correspond à promouvoir des choix d'aménagements qui permettent de réduire l'exposition des populations aux polluants, aux nuisances et autres agents délétères. Ces choix ont pour but de promouvoir des comportements ou des styles de vie sains des individus (par le biais d'installations ou d'infrastructures adaptées et accessibles à tous) et plus spécifiquement : favoriser l'activité physique et la non-sédentarité, inciter à une alimentation saine, de contribuer à changer l'environnement social en proposant des espaces de vie qui soient agréables, sécurisés et qui permettent de favoriser le bien-être des habitants et la cohésion sociale, de corriger les inégalités de santé entre les différents groupes sociaux économiques et les personnes vulnérables, en termes d'accès à un cadre de vie de qualité.

Un autre point majeur pour tendre vers un urbanisme favorable à la santé consiste à soulever et à gérer autant que possible les antagonismes et les possibles synergies lors de la mise en œuvre opérationnelle des projets urbains. Cette façon d'aborder la santé dans le champ de l'urbanisme basée sur une approche plus positive, moins axée sur les risques, plus globale et intersectorielle est en cohérence avec les pratiques d'urbanisme prônées aujourd'hui. Il faut en effet prendre en compte les enjeux de santé et de bien-être à la source, dans les choix de planification et d'aménagement urbain et faire de la santé une composante essentielle de l'aménagement.

Cette démarche part du constat qu'avec le développement des villes, la santé devient un enjeu fondamental des politiques urbaines. Alors que les trois quarts de la population française vivent désormais en zone urbanisée, on observe une augmentation des pathologies attribuables pour partie à l'environnement urbain. L'état de santé des populations urbaines et périurbaines est en effet influencé par de multiples facteurs comme les environnements naturels et bâtis, les nuisances et la qualité des milieux. L'enjeu en termes d'aménagement réside dans l'intégration de toutes les composantes de la santé et de la qualité de vie des personnes dans la mise en œuvre des projets afin de réduire les nuisances.

En France, plusieurs outils complémentaires de promotion de la santé dans le champ de l'urbanisme peuvent être considérés : des outils relevant d'une approche en santé, comme l'évaluation d'impact sur la santé ou les démarches d'urbanisme favorable à la santé, des outils relevant d'une approche environnementale, comme la procédure réglementaire de l'évaluation environnementale (EE), soumise à avis de l'autorité environnementale (AE), le label Écoquartier, la démarche HQE Aménagement, ou l'Approche environnementale de l'urbanisme élaborée par l'ADEME (AEU 2).

L'Évaluation d'Impact en Santé (EIS) est en émergence depuis 2010 en France. Elle s'inspire en partie de l'approche anglo-saxonne *Health Impact Assessment* (HIA). Cette méthodologie sort du champ classique de l'évaluation des politiques publiques en mettant en place des procédures pour juger des effets potentiels sur la santé d'une politique ou d'un projet. Il s'agit d'une approche anticipative, intersectorielle et participative qui vise à prendre des décisions le plus en amont possible en recommandant des mesures appropriées. La réalisation de l'EIS s'appuie ainsi sur six grandes étapes : 1. La sélection (juger de l'utilité de la mise en œuvre de l'EIS pour tel ou tel projet ; 2. Le cadrage (analyse du projet) ; 3. L'évaluation des impacts ; 4. Les recommandations pour les décideurs ; 5. La décision ; 6. Le suivi et l'évaluation.

Cette démarche, en plein essor au niveau international, demeure encore au stade expérimental en France. Toutefois, les projets de recherche en urbanisme qui mettent la santé au cœur de leur démarche se développent et font l'objet d'appels à projets ambitieux.

Le projet « ILOT PILOT SANTÉ », développé pour le compte de Leroy Merlin Source « Programmer des quartiers bénéfiques à la santé / bien-être ».

Mené par Marie Chabrol et Julien Langé, tous deux urbanistes, le projet vise à retisser les liens entre urbanisme et santé, à la petite échelle de l'îlot ou du quartier dans la ville. À mi-chemin entre l'échelle macro des systèmes de santé et l'échelle micro des individus, cette échelle intermédiaire est propice à programmer, imaginer, expérimenter des initiatives propices à la santé et au bien-être des habitants. C'est sans aucun doute une échelle pertinente pour imaginer des modes d'action renouvelés et coopératifs entre habitants et professionnels, acteurs du soin et promoteurs de l'urbain avec une nouvelle conception de la gouvernance.



Forts de cette conviction, les deux urbanistes ont progressé sur plusieurs axes : repérages d'une multitude d'initiatives conjuguant ville et santé partout dans le monde, ateliers collaboratifs avec des professionnels (santé, prévoyance, architecture, pouvoirs publics…), construction d'une grille de lecture pour les quartiers bénéfiques à la santé qui servira de base à des expérimentations aujourd'hui en gestation. Les auteurs ont ainsi établi une structuration en six grandes orientations : la ville qui soigne, la ville qui abrite, la ville qui occupe, la ville qui fait bouger, la ville qui permet la nature, la ville qui régule – et en proposent une double restitution : un rapport détaillé présentant les enjeux et les propositions pour chacune d'entre elles, et une représentation visuelle sous forme de coupes urbaines pour en lire les expérimentations possibles dans la ville. Elle implique aussi une démarche participative pour tester la pertinence, modifier ou accélérer la mise en œuvre de solutions qui peuvent toucher les domaines de l'aménagement, du cadre bâti mais aussi des espaces privés.

Le concept des VILLES-SANTÉ (Consensus de Copenhague de 2018 regroupant une soixantaine de pays européens).

Il s'agit d'une démarche de transformation pour aller vers des sociétés sûres, inclusives, durables et résilientes. Les Villes-Santé favorisent la santé et le bien-être par la gouvernance, le renforcement du pouvoir d'agir et la participation, la création d'environnements urbains contribuant à l'équité et à la prospérité des habitants, et l'investissement dans l'humain pour promouvoir la paix sur Terre. Les Villes-Santé donnent l'exemple, en luttant contre les inégalités et en promouvant la gouvernance et le leadership en matière de santé et de bien-être par l'innovation, l'échange des savoirs et la diplomatie en santé. Elles agissent en tant que chefs de file et partenaires pour relever nos défis mondiaux communs en matière de santé publique, comme les maladies transmissibles ou non, les défis environnementaux, les inégalités sociales de la santé, la résistance aux antimicrobiens, les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la couverture sanitaire universelle.

Le concept de « Rues Saines ».

La société Healthy Street en collaboration avec l'University College de Londres lance le concept de rues saines. L'approche est basée sur dix indicateurs de rues saines fondées sur des preuves, chacun décrivant un aspect de l'expérience humaine d'être dans la rue. Ces indicateurs doivent être hiérarchisés et équilibrés pour améliorer la durabilité sociale, économique et environnementale grâce à la façon dont les rues sont conçues et gérées. Elle propose des améliorations sur les conditions existantes des rues pour pouvoir s'adapter à chaque situation et peut ainsi s'appliquer à toutes les rues, partout dans le monde. L'adoption de cette approche nécessite des changements progressifs dans tous les aspects des processus décisionnels liés aux rues et aux transports.

LES NOUVEAUX PARADIGMES POST-COVID

Une fois explorés des axes de développement, n'est-il pas trop tôt pour tenter une prospective ? Disons que non, tout en restant très prudent, lorsque nous envisageons des hypothèses de réforme. L'histoire a montré, parfois, des revirements inattendus par rapport à des attendus prétendument inéluctables.

Cette dernière contribution consistera à proposer des pistes envisagées sinon envisageables en retour d'expérience de la crise sanitaire actuelle toujours en cours.

Comment la crise sanitaire va-t-elle être aussi l'occasion de repenser le système dans son ensemble en proposant de nouveaux paradigmes qui pèseront sur sa traduction urbaine : bref, tenter « une brève histoire du futur ». Voilà ci-après les pistes proposées.

VERS UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE RENFORCÉE POUR UNE MEILLEURE EFFICACITÉ DE L'OFFRE DE SOINS ?

Avec comme objectifs :

- Améliorer la santé de la population pour limiter le besoin en soins.

- Maintenir les meilleures conditions (géographiques, économiques, sécurité et qualité) d'accès à une offre de soins diversifiée.

Cette crise a indéniablement engendré de réels questionnements pour l'avenir de nos sociétés, de nos villes partout dans le monde. La réduction (temporaire ou durable) des déplacements, le recours massif au télétravail, la nécessité d'intégrer le risque pandémique dans tous les lieux accueillant du public, suscitent de profondes réflexions sur nos besoins futurs en aménagements, et bien entendu dans le secteur de la santé.

La Covid-19 a mis à rude épreuve les systèmes de santé, en faisant ressortir les nombreux besoins des établissements hospitaliers. L'amélioration architecturale, fonctionnelle et technique de ceux-ci est un des savoir-faire qui doit devenir une priorité première.

Intra-muros, de nombreux programmes devront permettre une reconstruction quasi complète des ouvrages hospitaliers favorisant une reprise de l'ensemble de la distribution des fluides, y compris médicaux, une amélioration des liaisons verticales par ajout de trémies d'ascenseurs extérieures, par exemple. Ces travaux devront être exécutés en site occupé et nécessiteront une alliance des compétences architecturales et d'ingénierie.

Comment introduire la nature, la résilience, les nouveaux usages et le bien-être urbain sur des espaces publics rares, déjà dédiés aux mobilités, aux réseaux et aux travaux ? Il faudra sans aucun doute exploiter tous les espaces, dont l'aérien, pour gagner en efficacité.

L'urbanisation de l'humanité se poursuit partout sur la planète. Rendre les villes plus efficaces, résilientes et agréables à vivre devient donc année après année un objectif d'une importance croissante. Seule une mise en commun des compétences et vision transversale (sur une formule du type Palladio) permettra d'appréhender l'écosystème urbain dans toute sa complexité et sa diversité.

La nécessité de faire évoluer le financement de la santé face au vieillissement de la population.

Avec comme enjeux :

- Accroître l'espérance de vie en bonne santé.

- Maîtriser les coûts de prise en charge pour préserver l'égalité d'accès aux soins.

Dans tous les pays, les besoins en matière de santé évoluent. Boom démographique ou vieillissement des populations, amélioration de l'accès aux soins et accueils des patients deviennent partout des priorités.

Tous les intervenants l'ont mis en lumière : la difficulté est le cloisonnement des spécialités, des priorités et donc des financements. La ville, dans sa conception, peut aider alors à « décloisonner » sans rajouter de l'administratif à l'administratif.

Les mutations à l'œuvre dans l'approche du *Care* et du *Cure* doivent s'intéresser aussi à leur financement. La solidarité – comme principe universel – doit être de mise mais l'ingénierie dans l'optimisation de la maîtrise des coûts doit devenir tout autant prioritaire que l'ingénierie dans

DE NOUVEAUX PARADIGMES POUR LA POLITIQUE SANITAIRE ET SA TRADUCTION URBAINE ?

la conception des lieux de soins, sinon rien ne se passera.

La prévention doit l'emporter et doit devenir l'affaire de tous. Cette priorité ne doit pas être que l'apanage du secteur public, le monde privé doit prendre sa part aussi par des actions concrètes : des systèmes de bonus / malus sont à mettre en place pour appeler les employeurs à renforcer les actions de prévention (stade 1) plutôt que de traitement (stades 3 et 2).

Un système de prévoyance plus étendu est aussi à inventer pour se prémunir contre les risques touchant les ascendants au même titre que ses descendants. Assurer le risque « prévoyance » vers les ascendants est compliqué mais doit être une piste à sérieusement explorer.

Sans cet impératif, il est clair que le système deviendra hors de contrôle et que l'ensemble du système des retraites devra être repensé (sachant que le temps d'inactivité devrait quasi être plus long que le temps d'activité).

L'ISOLEMENT SOCIAL : UNE QUESTION CENTRALE DANS L'AVENIR DES POLITIQUES PUBLIQUES

Avec comme enjeux :

- L'Impact sur la cohésion sociale
- L'Impact sur la démocratie
- L'Entraide et la solidarité de proximité constituent un tissu de résilience

Comme cela a été défini précédemment, l'isolement social doit faire l'objet d'une très particulière attention… et à bien y réfléchir, ce qui est valable à l'échelle micro (niveau maison de santé, Ephad) l'est tout autant à l'échelle macro : tous ces concepts peuvent être repris à la dimension urbaine. Le télétravail peut accélérer la tendance à l'isolement social, aussi, la Ville deviendra plus que jamais le vecteur principal de la « rencontre » avec l'autre : tout doit être « dessiné » dans cette perspective.

Les espaces collectifs doivent être privilégiés au regard de la « sécurité » dont on voit bien qu'elle devient un élément essentiel du bien-être général (quasi obsessionnel). Il y a une dimension politique à ne pas négliger dans la ville relationnelle.

En conclusion, les enjeux sont connus :

- Industrie de la santé « réinventée » : optimiser les infrastructures de prestation. Créer des équipements et installations high-tech pour répondre aux multiples besoins des praticiens comme des usagers.
- Mobilité multimodale : déployer une mobilité urbaine diversifiée et relier les villes, territoires et continents. Bâtir des ouvrages d'art fondamentaux sûrs et durables.
- Mieux vivre en ville : renouveler les espaces de vie et de travail en réinventant les établissements de santé.

Comment introduire la nature, la résilience, les nouveaux usages et le bien-être urbain sur des espaces publics rares, pour gagner en efficacité. La santé n'y échappera pas et cela reste une piste à creuser. Il faut gagner en intégration : nous ne pouvons que promouvoir la mise en commun des talents pour continuer l'ouvrage…

CONCLUSION

Aujourd'hui et c'est incontestable, la santé traverse l'ensemble des préoccupations de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire. Nous pouvons l'illustrer par leur grande diversité en montrant notamment ce qui est aujourd'hui établi et mesuré. L'objectif est de s'intéresser aux leviers d'amélioration que constituent les politiques publiques d'aménagement du territoire.

Des politiques qui ne se contentent pas uniquement de l'organisation de l'offre de soins et à sa régulation sur les territoires, mais des politiques qui « dessinent » nos cadres de vie et permettent qu'ils soient plus favorables à la santé : en contribuant à réduire les expositions environnementales, en offrant des formes urbaines propices aux activités physiques, moins anxiogènes… Un thème qui interpelle les collectivités, les acteurs de la ville, les habitants, autant qu'il ouvre sur de réels enjeux d'avenir.

Si la quantité de vie et l'autodétermination de chaque citoyen ont été des déterminants majeurs de l'éthique du XX^e siècle, l'adage formulé par Paul Valéry – « Le temps du monde fini commence » ne devrait-il pas devenir l'un des piliers de l'éthique du XXI^e siècle ?



CONTRIBUTIONS DES AUDITEURS

LA MÉTROPOLE : DES RÉPONSES POUR LA VILLE DU FUTUR ET DU BIEN-ÊTRE

L'HOPITAL, L'ÉPICENTRE DU CURE AVEC UNE OUVERTURE TIMIDE SUR LE *CARE*

Les missions de l'hôpital organisées autour du *Cure*

L'hôpital public est chargé de la mission du service public de la santé dans le respect de ses quatre grands principes : continuité, égalité, neutralité et adaptabilité, son activité doit être continue, avec accessibilité de tous les usagers. L'hôpital public doit aussi répondre aux impératifs liés à sa fonction d'enseignement et de recherche ainsi qu'à des missions d'intérêt général.

Une disparité des sites hospitaliers

L'origine historique des hôpitaux en France (et en Europe) prend ses racines dans l'histoire religieuse de notre société. Les premiers lieux d'accueil des malades furent, en effet, au Moyen Âge, les Hôtels-Dieu situés à proximité des églises et des congrégations religieuses dont les membres se consacrent aux soins aux malades. Il existait par ailleurs une volonté de mise à distance du cœur de ville d'une population sans ressources que l'on isolait dans des établissements adaptés à leur situation sociale ou à leurs maladies (les incurables, les victimes d'épidémies, les pauvres honteux…). À l'intérieur des murs, le plan général est souvent organisé en croix autour d'une chapelle elle-même organisée en chapelles secondaires autour de l'hôtel central afin d'assurer une séparation des différentes catégories de malades. Des communications étaient parfois établies entre les différentes divisions par des galeries ou des souterrains.

Afin d'améliorer le système hospitalier, Louis XIV en 1662 chargea les villes de la gestion de leurs hôpitaux. Cette décision fut renforcée par la loi du 7 octobre 1796 sous le Directoire, puis par Napoléon Bonaparte où chaque municipalité fut chargée de la surveillance des hospices civils de leur circonscription. Les hôpitaux généraux, de tailles très diverses, au nombre de 2 500 étaient pour la plupart de petits hôpitaux hospices de faible capacité, où se côtoyaient les enfants abandonnés, les malades, les vieillards, les mendiants, les aliénés et les filles de mauvaise vie.

C'est le développement de l'hygiène pasteurienne à la fin du XIX^e siècle qui, avec le développement des spécialisations médicales, a conduit à des constructions isolées, de type pavillonnaire s'étendant sur des surfaces importantes. À cette même période, des sociétés de secours mutuel ont été créées pour répondre aux nouveaux problèmes apportés par le développement industriel et des établissements de santé privés sont apparus pour combler les lacunes laissées par les établissements publics repliés sur le territoire communal et se chargeant essentiellement de l'indigence.

À partir des années 1930, les hôpitaux publics se sont ouverts à toute la population pour devenir progressivement de véritables centres de hautes technologies médicales. Ainsi, dans les années 1930-1950 apparaissent des hôpitaux blocs permettant une concentration des moyens et des facilités de communication et de circulation. Les nouvelles tendances à l'humanisation dans les années 1970 conduisent à édifier des établissements plus petits, à taille humaine, plus faciles à gérer, autour de 500 lits. C'est également à cette période que l'hôpital public acquiert la personnalité morale et l'autonomie financière et qu'il n'est plus rattaché que territorialement à la collectivité locale.

Cette lente évolution du rôle des hôpitaux et des populations prises en charge explique les grandes modifications dans l'organisation, la structure et dans la conception architecturale des établissements de santé. Le paysage hospitalier en France offre aujourd'hui une grande disparité : de taille avec de petits hôpitaux et de très grands hôpitaux, de localisation en hyper centre et en périphérie, d'évolutions possibles grâce aux réserves foncières disponibles ou non.

Une convergence des attentes et des besoins

Si ces vagues successives de construction ont accompagné les grandes réformes hospitalières et les évolutions technologiques, les sites hospitaliers aspirent aujourd'hui à des besoins similaires qui, en fonction de leur contexte, trouvent des réponses singulières. Il est possible de distinguer quatre attentes communes qui ont toutes pour objectif d'améliorer le parcours de soin du patient et de s'adapter à leurs besoins :

- L'hyperconnexion : avec la ville, via un système performant de transport en commun, et au sein même de l'hôpital, via une grande fluidité entre les services.
- L'hyperdensification des sites : des hôpitaux monofonctionnels avec de très nombreux lits d'accueil à des nappes hospitalières plus polyvalentes associées à l'essor de l'ambulatoire qui libère de l'espace et permet d'accueillir de nombreuses spécialités de pointe.
- La résilience face aux crises : la complexité de beaucoup d'hôpitaux de s'adapter vite et bien face à la crise du Covid illustre l'importance de mettre en avant davantage d'agilité, aussi bien sur le plan spatial que sur le plan administratif.
- Le *Care* et l'ouverture sur la ville : il est aujourd'hui nécessaire d'avoir une stratégie de santé globale de la ville au site hospitalier pour améliorer le *Care* avec la prévention notamment et limiter le *Cure* d'une part et pour proposer un accompagnement personnalisé et adapté à chaque patient d'autre part.

L'ACCOMPAGNEMENT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION AVEC LA MONTÉE EN PUISSANCE DU *CARE*

UNE POPULATION QUI VIEILLIT DE PLUS EN PLUS ET DE MOINS EN MOINS BIEN.

Les séniors dans la ville

Un constat démographique s'impose à nos sociétés européennes et pour ce qui concerne la France, nous allons rapidement constater une progression très significative du nombre des personnes âgées, elles seront de plus en plus nombreuses pour atteindre les 20 millions en 2050. Outre cette progression du nombre de personnes âgées, l'autre corollaire est l'augmentation très significative du nombre de personnes en perte d'autonomie avec la nécessité de disposer de 4 millions de places versus les 600 000 disponibles en 2020.

La situation de perte d'autonomie génère de fait la dépendance, mais la dépendance peut être de différente nature, nécessitant une réponse adaptée à la nature de chacune d'entre elles. On classifie les grandes familles de la dépendance de la façon suivante.

Dépendance physique

Elle peut être la causalité de maladies neurodégénératives ou de maladies psychiques, elles sont malheureusement en forte croissance.

Dépendance affective

Cette forme de dépendance est essentiellement liée à la solitude et à l'isolement, qui sont une des caractéristiques de l'entrée dans le grand âge. Ces situations ne sont pas propres à des territoires spécifiques ou des formes d'habitat. Les Métropoles, les agglomérations, comme la ruralité sont confrontées à ce phénomène, qui peut être plus marqué dans les grandes villes du fait de l'anonymat que procure la Cité !

CONTRIBUTION DE

ÉMILIE COLLIGNON
MATHILDE HAUSWIRTH
ORIANE LAFARGUE
MICHEL LE FAOU
FRANK LUTZ

INTERVENANTS

PROFESSEUR
GÉRARD SAILLANT
JEAN-CLAUDE SZALENIEC
PHILIPPE VILLIEN

S5

LA MÉTROPOLE : DES RÉPONSES POUR LA VILLE DU FUTUR ET DU BIEN-ÊTRE

Ces formes de dépendance pouvant être cumulatives et nécessitant de fait un hébergement en EHPAD.

Mais alors comment faire évoluer l'habitat en rapport à la dépendance ?

La progression dans le grand âge et la perte d'autonomie ne nécessite pas systématiquement un hébergement en EHPAD, d'une part en raison du nombre contraint de places, d'autre part car il existe des solutions alternatives et progressives répondant au mieux à la situation de chaque individu.

L'un des premiers enjeux de notre société sera surtout dans un premier temps de satisfaire au défi de la mise aux normes PMR des logements existants, car bien avant de construire de nouveaux lieux de vie, ne conviendrait-il pas de faire en sorte que la majeure partie des logements existants puissent être adaptés à la situation de perte de mobilité.

Par ailleurs, pour permettre une meilleure utilisation du parc de logements existants, il conviendrait d'identifier les logements adaptés, dont les situations d'adaptabilité pourraient être certifiées par des bureaux de contrôle à l'identique de ce qui se réalise pour le patrimoine bâti public.

On peut noter à cet égard une expérience quasi unique, menée par la Ville de Lyon sur une partie de son territoire, du recensement des logements adaptés à la perte d'autonomie et au vieillissement. Cela complété par un outil cartographique développé par l'Agence d'Urbanisme de l'Aire Métropolitaine Lyonnaise sur les lieux de la ville adaptés au vieillissement permettant par exemple d'identifier sur une adresse donnée la proximité d'aménités propres au bien-être des personnes âgées (commerces, structures de soins, espaces verts, etc.).

Nouvelles solutions d'habiter la ville adaptées aux personnes âgées

La nécessité de nouvelles formes d'habiter a permis la genèse de solutions innovantes jusqu'alors peu usitées sur un public de personnes âgées par exemple le *Co-living* sénior, permettant entre autres de nouvelles formes de socialisation, la mise en place d'une restauration commune permettant par exemple de rompre l'isolement dans lequel peuvent être plongées les personne âgées, la mise en place d'activités physiques, intellectuelles et ludiques permettant ainsi de maintenir en meilleur état de forme les habitants de ces structures.

Par ailleurs, l'usage de l'Habitat adapté et le maintien dans le logement passant par la mise aux normes PMR, de l'aide à domicile, voire éventuellement de l'usage de logement partagé est aussi une des solutions nouvelles d'habiter et adaptées aux personnes âgées.

Enfin, le développement sur ces vingt dernières années de structures résidentielles collectives avec services, s'il a permis à un plus grand nombre d'accéder à un habitat adapté à l'évolution de sa forme de vie, cela pose toute la question de l'accessibilité sociale au plus grand nombre de ces résidences, qui sont à ce jour essentiellement détenues par des investisseurs privés avec une logique de maximisation du rendement financier de ces dernières au détriment parfois de la qualité de vie au sein de ces résidences.

LES DÉFIS DU *CURE* PASSENT PAR PLUS DE *CARE*

Nécessité de répondre au défi de la perte d'autonomie

L'enjeu démographique du *papy-boom* annoncé nécessitera une augmentation nécessaire du nombre de places accompagnée d'une évolution des outils réglementaires, car un certain nombre de blocages persiste ou alors ont été mis en œuvre sans vision de long terme. L'enjeu financier se trouve aussi posé à la société dans son ensemble avec la question du financement de l'autonomie et de la dépendance passant par une cinquième branche de l'assurance maladie, tout nouvellement créé par la Loi de Finances de la Sécurité Sociale en fin d'année 2020 mais dont l'assise du financement restera à étayer dans les années à venir, car tout est encore à ce jour balbutiant.

L'accessibilité sociale au plus grand nombre de structures par essence onéreuses reste posée, certes les bases du financement de la dépendance ont été actées mais il faudra aussi préciser et éclaircir rapidement le rôle donné aux territoires et plus particulièrement aux collectivités locales.

Enfin, pour subvenir aux enjeux de production de structures nouvelles, un « toilettage » du CCH sera nécessaire pour faire face à certains blocages réglementaires, vu la pénurie de foncier accessible et constructible associée à ce sujet.

Manque de personnel et métiers peu attractifs

La présente crise du Covid a mis en évidence l'investissement au sein de notre société de nombre d'« invisibles » pourtant nécessaires au bon fonctionnement de notre société et entre autres dans les domaines médicaux et médico-sociaux, le personnel des EHPAD est essentiel aux bonnes conditions d'accueil des EHPAD, ils sont des *key-workers* essentiels de la Cité mais aujourd'hui très peu valorisés.

Si le maintien à domicile a fortement progressé ces dernières années, cela a nécessité une logistique adaptée avec le portage de repas, l'organisation de soins à domicile entre autres. L'extension de tout cela va nécessiter un « effort industriel » conséquent mêlant à la fois une gestion de la ressource humaine disponible en valorisant les métiers, qui sont aujourd'hui plus subis que voulus, et une meilleure efficience et organisation du travail. Un effort de formation et de structuration de filière devra se mettre en place en lien avec l'État et les Régions au titre de la formation professionnelle pour étendre les champs de compétence du personnel en place et recruter. En effet, le champ de la numérisation s'étendra dans ces métiers et notamment pour faciliter un accès plus aisé à la télémédecine entre autres, ce qui est un exemple parmi tant d'autres tant la numérisation de notre société progresse de jours en jour.

Le plus de *Care* passera donc par le développement de filières professionnelles adaptées aux mutations en cours et structurées pour les enjeux de demain.

Développement de l'innovation

La mise en œuvre et le développement de l'innovation comme notamment le *Co-living* sénior nécessitera des financements, toutefois il conviendrait de ne pas tomber dans les excès qu'ont pu connaître par exemple les résidences étudiantes au mitan des années 2000 avec des produits typés investisseurs qui étaient plus des produits financiers avant d'être des logements adaptés aux étudiants à la fois en termes d'accessibilité au plus grand nombre et dans leur conception pour permettre un usage et une habitabilité adaptés aux étudiants ?

Ces dernières années, de nouveaux modèles ont émergé comme les CANTOU portés entre autres par des bailleurs sociaux. Elles sont une réponse notamment en hypercentre permettant ainsi la création de petites structures collectives adaptées (10 à 15 personnes), faciles à implanter en centre-ville et surtout ne nécessitant pas une armature d'encadrement trop poussée. À l'origine, créé au sein des EPHAD pour accueillir les malades d'Alzheimer, le modèle est aussi utilisé pour un public plus large et sur un modèle de petite unité, ou chaque occupant, certes plutôt en situation de non-dépendance apporte sa « bonne volonté » pour permettre le bon fonctionnement de la structure. Toutefois pour assurer l'attractivité de ces structures, il faut



assurer les aménités nécessaires avec une obligation de lieux d'agréments : espaces verts accessibles, local commun pour activité, présence humaine.

Concomitamment, l'habitat intergénérationnel s'est aussi développé, parfois pris pour un effet de « mode », cet habitat est en développement car il est surtout adapté à une demande de proximité, à un échange de service entre habitants, il induit une forme de *Care* par la prise en « soin » des résidents entre eux.

Le défi du *Care* ne pourra être demain que la combinaison de l'innovation sociale associée à l'innovation dans l'habitat et complétée par une prise de conscience collective.

QUID DE L'EHPAD EN POST-COVID ?

La crise du Covid : l'EHPAD, un modèle hypersensible aux phénomènes épidémiques

La crise du Covid a mis en exergue la sensibilité du modèle de l'EHPAD face au phénomène épidémique avec une très grande fragilité des résidents face à toute épidémie. Autant en période anté-Covid, l'EHPAD fonctionnait de façon assez ouverte avec notamment une capacité de visite donnée aux familles des résidents, la crise du Covid a généré *de facto* une évolution « obligatoire » et subie du modèle. Il en va de la nécessaire prise en compte des flux comme à l'hôpital (interdiction de la restauration collective en salle), de la nécessité de redistribuer les locaux (plus de possibilité de chambre double par exemple) et enfin de la capacité à vivre en « autarcie » pour se prémunir des événements épidémiques extérieurs.

Cela veut aussi dire des établissements plus numérisés permettant la télémédecine, la mise en œuvre aisée de visioconférence pour permettre aux résidents de ne pas perdre le contact avec l'extérieur. La conception de ces nouveaux établissements devra être aussi plus aboutie sur le sujet CVC, pour se prémunir de la diffusion des virus par voie aérienne.

Tout cela générera une évolution du modèle pour permettre d'optimiser les nouveaux services nécessaires, l'amortissement des surcoûts générés, cela se traduira par des capacités d'accueil optimisées, le modèle actuel de 85 lits évoluera probablement et sûrement vers un modèle futur de 120 lits pour en optimiser le fonctionnement.

La sortie de crise du Covid devra être mise à profit pour partager entre tous les intervenants dans ce domaine d'un retour d'expérience sur les bonnes pratiques et une mutualisation des bonnes expériences.

Nécessité de fonctionnement plus inclusif

Un fonctionnement plus inclusif est aussi une attente des résidents, avec par exemple la présence de jardins potagers au cœur des établissements, au cœur des villes permettant ainsi le lien avec la vie et le quartier. De même l'accueil de jour pour des personnes âgées non dépendantes bénéficiant de services mutualisés : restauration, soins, loisirs nécessitera un surdimensionnement de certains équipements : locaux communs, restauration, entre autres.

Nécessité de fonctionnement en réseau

La nécessité de fonctionner en « réseaux locaux » avec un EHPAD « mère » associé à des CANTOU et un réseau de personnes maintenues à domicile ou en logement intergénérationnel permettra demain de mieux profiter de l'expérience de professionnels de santé, de leur permettre aussi d'avoir une souplesse de fonctionnement (congés et récupération sont essentiels pour des métiers « lourds » psychiquement !). Cela permet aussi de mieux mutualiser certaines fonctions qui, intégrées dans ces réseaux, sont ainsi plus abordables pour le plus grand nombre.

Tout cela passe aussi par une meilleure connexion avec les acteurs sociaux de la cité : CCAS, associations de personnes âgées, structures éducatives. C'est tout un réseau qui doit se bâtir à l'échelle d'un territoire pour faire en sorte qu'une politique d'accueil du Grand Âge soit efficace. Cela va bien au-delà du simple aspect de la qualité de l'immobilier, bien nécessaire mais pas suffisant.

Enfin le cadre réglementaire devra aussi évoluer pour permettre plus facilement les expérimentations et le test d'innovations. Aujourd'hui, sortir du « cadre » est assez complexe car le poids des habitudes, des règlements rend difficile toute production d'innovations.

L'ÉVOLUTION DE LA MÉDECINE, DE PLUS EN PLUS DANS LE *CARE* PAR LE BIAIS DE LA PRÉVENTION

LA MÉDECINE DE DEMAIN (LES 4 P) PLUS DANS L'ÉCHANGE

La médecine des 4P

Gérard Saillant, professeur de chirurgie orthopédique et traumatologique, est l'un des plus éminents spécialistes de la médecine du sport et de la chirurgie de la colonne vertébrale. Il est très impliqué dans la problématique de la prévention, un des points clés dans la médecine des 4P, qui représente, selon lui, la médecine d'aujourd'hui et du futur.

Le terme de « la médecine des 4P » serait né aux États-Unis dans les années 2000 et serait attribué au docteur Leroy Hood, célèbre biologiste américain. Elle représente une médecine préventive, participative, prédictive et personnalisée.

- Préventive : l'éducation à la santé devrait permettre de réduire les risques de maladie (prévention primaire), favoriser les dépistages précoces (prévention secondaire) et améliorer la vie des personnes malades (prévention tertiaire).
- Participative : une fois éduqué chaque individu devient alors acteur de sa santé, de ses soins, et de plus en plus « patient expert » au travers de ses expérience et de ses recherches.
- Prédictive : le développement de la cartographie génétique pour chacun permettra à l'avenir de mieux identifier les facteurs de risque et les éléments protecteurs de la santé d'une personne.
- Personnalisée : sur la base de la cartographie des facteurs de risque de l'individu et de l'ensemble des données recueillies (« Big Data »), l'intelligence artificielle permettra de définir au mieux le parcours de soin le plus adapté au patient.

L'approche curative de notre médecine a permis d'augmenter fortement l'espérance de vie des malades d'une cinquantaine d'années au cours du XXe siècle. Cette nouvelle approche de la médecine des 4P, celle du prendre soin ou du *Care*, devrait favoriser non seulement cette poursuite de l'augmentation de l'espérance de vie mais également la qualité de celle-ci.

Les fondamentaux de la médecine préventive

Le premier vecteur sur lequel le professeur Saillant a souhaité se focaliser dans cette approche est celui de la prévention. Selon lui, l'hôpital devrait être un centre de prévention et non de soin. Dans cette éducation à la santé, permettant de réduire fortement les risques de maladie, deux éléments fondamentaux ressortent : la nutrition et l'activité physique, résumés aussi par le fameux « manger bouger ».

Si l'intérêt d'une bonne nutrition n'est plus à démontrer, elle ne peut se limiter à un slogan publicitaire « manger 5 fruits et légumes » ou à la définition d'une liste d'aliments à consommer ou à éviter. Elle doit passer par un accompagnement expliquant l'intérêt des différents aliments, la manière de les cuisiner, de les manger et de prendre du plaisir au cours de l'ensemble de ce processus.

LA MÉTROPOLE : DES RÉPONSES POUR LA VILLE DU FUTUR ET DU BIEN-ÊTRE

S5

Le rôle des nutritionnistes est clé dans cette étape et mérite d'être beaucoup plus développé dans les années à venir.

De même, l'activité physique ne peut se restreindre à des recommandations déterminées en fonction de profils types comme proposées par l'OMS ou encore le site du gouvernement « mangerbouger.com » mais doit être adaptée à chaque situation. À ce niveau, le médecin généraliste pourrait jouer un rôle mais souvent il n'a pas été suffisamment formé sur le sujet, et quant aux professionnels du sport, leur vision « santé » reste encore à développer. Il y a alors cette fonction à prendre pour sensibiliser l'individu à l'intérêt de garder son corps en mouvement et l'inciter à s'inscrire dans une activité physique adéquate et régulière.

L'alliance des professionnels de la santé et du sport

C'est sur ce deuxième élément que le professeur Saillant s'est beaucoup investi en créant du lien entre l'hôpital, les médecins et les clubs de sport en Côte Basque où il préside l'association Sport Santé. Cette dernière est l'émanation du projet de la ville de Biarritz qui a fait le pari en 2009 de se lancer dans une démarche sport santé pour inciter chacun à pratiquer une activité physique régulière et devenir acteur de sa santé. Cette initiative, portée dès 2012 par l'association Côte Basque Sport Santé (CBSS) à l'échelle du territoire, s'est développée au fil des années comme une référence. S'appuyant sur un réseau de partenaires, provenant du sport, de la santé ainsi que d'acteurs institutionnels nationaux et locaux, CBSS a lancé en mai 2015 un projet innovant associant des médecins libéraux et des clubs sportifs pour développer la prescription d'activités physiques par les médecins volontaires auprès de la population des sédentaires, présentant ou non une pathologie chronique.

Fort de l'expérience du CBSS, le Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) s'est lancé dans un projet « Sport-Santé » ambitieux en créant en 2017 l'Université Transversale d'Activité Physique pour la Santé (UTAPS). L'hôpital affirme alors sa volonté de se positionner sur la prévention dans son rôle de promoteur de santé. Grâce à l'appui de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le soutien de l'Agence Régionale de Santé, ce dispositif innovant permet à l'ensemble des patients atteints de maladies chroniques en Affection Longue Durée (ALD) d'intégrer un parcours de santé en activité physique de 1 an.

C'est ainsi deux dispositifs de sport sur ordonnance, complétés par un atelier nutrition, qui sont proposés en Côte Basque : « Prévention » et « Malades Chroniques ». Le dispositif « Prévention » prend en charge et suit la reprise de l'activité physique pour toute personne sédentaire sur une durée de 3 mois dans un club sportif. Le dispositif « Malades Chroniques » se décompose en deux étapes avec une phase initiale de réentraînement pendant deux mois dans les locaux de l'UTAPS au CHCB suivie d'une phase relais de 10 mois d'accompagnement dans un club sportif. Cette initiative semble être couronnée de succès avec 85 % des 1010 personnes ayant bénéficiées du dispositif qui continuent de pratiquer une activité régulière après le bilan des 3 mois.

Au niveau national, le dispositif des Maisons Sport-Santé, qui vise à offrir un accès à une activité physique et sportive au quotidien à tous les moments de la vie, a été lancé en 2019. Les 150 nouvelles structures labellisées début 2021 portent à 288 le nombre de Maisons Sport-Santé reconnues sur l'ensemble du territoire. Le nouvel appel à projets attendu dans l'année, afin de labelliser au moins une centaine de nouvelles structures, permettra de se rapprocher de l'objectif des 500 Maisons Sport-Santé labellisées à l'horizon 2022 fixé par le Président de la République. Elles portent toutes la même ambition : rapprocher les professionnels de santé et du sport pour faciliter l'orientation et l'accès aux activités physiques et sportives dans le cadre de la prévention primaire et à l'activité physique adaptée pour les personnes malades. Faire du sport pour être en bonne santé deviendrait une responsabilité collective.

Le sport, une responsabilité collective

Pour être en bonne santé, l'OMS recommande en moyenne pour les adultes 150 minutes d'activité modérée par semaine ou 30 minutes par jour. Cela ne représente que 2 % d'une journée et pourtant le constat est alarmant. Encore trop souvent, certaines populations se tournent très tardivement vers la médecine « moderne » pour soigner des pathologies qui auraient pu être évitées. Il y aurait en France 20 millions de malades chroniques, 17 % de la population en situation d'obésité et 31 % en situation de surpoids avec un responsable identifié : la sédentarité. Elle est définie comme une épidémie lente, insidieuse et qui tue. Selon l'OMS, l'inactivité physique est responsable de 9 % des décès en France. Le remède est alors tout trouvé : l'activité physique. Elle constitue un bon moyen de prévention et de lutte notamment contre les maladies cardio-vasculaires (dont l'hypertension artérielle), les maladies métaboliques (obésité, diabète de type 2) et les cancers. Mais elle n'est pas prise en charge par la Sécurité Sociale et une politique de prévention représente un investissement à moyen terme, difficilement compatible avec les échéances en politique.

À titre d'exemple, le coût annuel de l'obésité est estimé à 3 milliards d'euros par an en France. Investir dans la prévention est source d'économies. Pour le diabète seul, augmenter de 5 % le nombre de ceux qui suivent les recommandations d'activité physique pour la santé permettrait de réduire de près de 46 millions d'euros les dépenses directes (médicaments, hospitalisation, etc.) et de 36 millions d'euros les dépenses indirectes (absentéisme, baisse d'efficacité au poste de travail, etc.) liées à cette maladie.

C'est dans cette même démarche de prévention qu'a été créé le groupe « Pour une France en forme », présidé par le professeur Gérard Saillant. Ce collectif travaille avec le Comité olympique pour que dans l'héritage des Jeux Olympiques de 2024, il y ait la promotion de l'activité physique pour tous, et en particulier dans la ville. Il milite ainsi pour toutes les actions qui invitent les urbains à faire un minimum d'exercice quotidien notamment en favorisant les déplacements non motorisés (marche, vélo) qui ont un impact sur la santé non seulement de manière directe mais également indirecte, en préservant l'environnement. Certaines villes comme Le Havre, en avance sur le sujet, précisent ainsi les temps de trajet à pied ou à vélo sur les panneaux de direction avec par exemple « Gare, 20 min à pied, 10 min à vélo ».

Si tous les professionnels de la santé et du sport sont en première ligne pour accompagner la mise en mouvement du corps, les entreprises sont invitées aussi à s'engager dans cette démarche. Le bien-être de leurs collaborateurs fait partie de leur responsabilité sociétale avec l'idée de reconnaître un jour une pause santé bien-être et qui pourrait passer par le soutien financier d'initiatives sport santé.

Parmi les nombreux atouts que représente l'activité physique, Robert E. Sallis, co-auteur d'une étude réalisée sur 48 000 adultes et publiée dans le *British Journal of Sports Medicine*, démontre que les personnes inactives auraient ainsi 2,3 fois plus de risque que les actifs d'être hospitalisées à la suite d'une infection au Covid-19, 1,7 fois plus de risque d'entrer en service de réanimation et 2,5 fois plus de risque d'en mourir. Les inactifs sont définis ici comme des personnes pratiquant moins de 10 minutes de sport par semaine et les actifs comme étant celles qui suivent les recommandations de l'OMS avec 150 minutes de sport modéré par semaine.



D'autres formes de la médecine préventive

La prévention prend également deux autres formes : la prévention dite secondaire et tertiaire. La prévention secondaire consiste à favoriser le dépistage précoce qui serait essentiel pour prévenir les facteurs de risque et ensuite orienter le patient de manière adaptée. La médecine prédictive avec la cartographie du génome permettra à l'avenir de mieux anticiper les risques, même si les antécédents familiaux représentent déjà de premiers indicateurs. La prévention tertiaire vise à l'éducation des patients et de leur entourage par les médecins et les associations de malades afin de mieux comprendre et mieux vivre certaines pathologies.

La médecine participative

Dès lors que le patient prend part au processus de santé, la médecine est dite participative. Elle implique notamment qu'une fois éduqué, chaque individu devient acteur de sa santé, de ses soins. Il se responsabilise. Certains, au travers de leurs expériences, de leurs recherches et de la connaissance de leurs besoins et de leur pathologie, finissent par devenir des patient-experts.

L'essor des objets connectés et des applications accompagne ces mouvements en rendant ludiques certaines activités. En visualisant leurs progrès, les individus peuvent se prendre au jeu en cherchant à améliorer leurs résultats contribuant d'une part à l'évolution de leur santé et d'autre part à l'alimentation des bases de données pour affiner les algorithmes, les prédictions et les prises en charge personnalisées. L'évolution technologique de ces objets connectés permettra au médecin d'être en permanence informé de l'état de santé de ses patients, pouvant l'amener en cas de besoin à les convoquer.

À l'Institut du Cerveau, des études ont montré qu'il était possible d'anticiper de 30 à 60 minutes l'arrivée d'une crise d'épilepsie, permettant de l'éviter en administrant le traitement adapté. Dans quelques années, ce traitement se fera de manière autonome avec probablement des implants connectés qui préviendront le médecin en charge du patient. Mais se posent ici au moins trois questions : celle de la responsabilisation du patient dans ce processus, celle de la confidentialité des données ainsi que celle du risque d'intrusions malveillantes dans l'administration du traitement. Ces deux derniers points n'invitent pas à créer un cinquième P, qui pourrait être celui de la Protection des données, mais implique que toute cette médecine nouvelle doit gérer de plus en plus la santé aussi de ses infrastructures informatiques et se prémunir des virus associés.

La médecine participative c'est aussi inscrire le patient et son entourage dans l'amélioration des conditions de vie de la pathologie, prenant en compte la santé physique mais également psychique et sociale. Dans cet esprit, il a été créé au service de neurologie à la Pitié-Salpêtrière un *living-lab*. Il s'agit d'une réunion régulière avec les malades, les médecins, les infirmières, et éventuellement des techniciens et aides-soignantes. Cette démarche a permis notamment de mettre en place huit dispositifs permettant d'améliorer la vie du parkinsonien.

UNE ÉVOLUTION SCLÉROSÉE PAR DES BARRIÈRES CULTURELLES

L'évolution de la médecine repose sur l'échange des connaissances

Il a été mis en évidence que l'évolution de la médecine repose sur l'échange des connaissances. C'est grâce à des échanges que le diagnostic peut être établi et le traitement correct mis en évidence en prenant en compte l'ensemble des éléments exogènes (environnement dans lequel il évolue, son héritage génétique, l'écosystème qui l'entoure, etc.) et intrinsèques au patient. Ainsi, le professeur Saillant a mis en évidence les bienfaits de réunir au sein d'un même lieu l'ensemble des personnes qui vont intervenir au cours du parcours de soin du patient. C'est réunir au sein d'un même plateau technique, le kinésithérapeute, l'ostéopathe, le médecin, le chirurgien orthopédique, l'infirmier, le chercheur, l'étudiant en médecine du sport, etc. Cela permettrait des échanges entre praticiens sur un même domaine qui travailleraient à la complémentarité de leurs approches, réfléchiraient ensemble au meilleur traitement pour le patient. Le partage de leurs connaissances du patient, de son historique de soin, de son histoire au sens large permettrait une meilleure prise en charge. Cependant, cet échange et partage de connaissances restent sclérosés par de nombreux silos.

La médecine en France est sclérosée par quatre silos très importants

Il existe différents types de silos qui viennent faire obstacle à un partage de connaissances et à une collaboration au service d'une même cause que serait une médecine efficace. Il a été identifié les quatre principaux silos suivants :

- Le silo entre le public et le privé : les échanges entre l'hôpital public et les cliniques privées restent encore trop limités. La crise sanitaire du Covid-19 l'a démontré, alors que les hôpitaux publics étaient au bord du débordement, des déplacements de patients sur plusieurs centaines de kilomètres ont été mis en place quand des cliniques privées voisines sont restées avec des lits inoccupés.
- Le silo entre le médical et le médico-social : il existe une barrière psychologique à une collaboration entre ces deux niveaux mais également des barrières géographiques, physiques et administratives. L'ensemble de ces éléments ne permet pas des échanges fluides et fructueux entre ces différents services. Le médico-social n'est pas considéré au même niveau que le médical alors qu'ensemble ils permettraient une médecine plus efficace.
- Le silo de l'hyperspécialisation : cela conduit à une compartimentalisation de la médecine et du malade. Le patient est pris en charge par le spécialiste pour le mal pour lequel il est l'expert, mais il n'y a pas de prise en charge plus holistique du patient qui permettrait d'identifier les origines de son problème et de mettre en place un parcours de soin complet et un suivi. Car si l'hyperspécialisation permet un soin pour une affection donnée, la prise en compte des facteurs d'origine et le suivi d'une affection sont autant d'éléments essentiels du parcours de soin du patient.
- Le silo du corporatisme : en effet, chaque corps d'État de la médecine fait partie d'un ordre auquel est rattaché un corporatisme fort qui limite le partage, la remise en question, la prise en compte d'une vision plus holistique. L'Ordre des médecins, celui des infirmières, des aides-soignantes, etc., tous vont défendre leur pré carré par loyauté à leur ordre.

Ces différents silos qui s'entrechoquent dans le parcours de soin du patient, limitent très fortement les interactions entre les professionnels de la santé. Différentes idées pour lutter contre ces silos ont été suggérées. Il s'agit notamment d'encourager le dialogue entre les professionnels de la santé afin de favoriser les progrès de la médecine, favoriser les échanges de médecins entre les hôpitaux publics et les cliniques privées, sensibiliser les médecins aux autres besoins du patient pour une prise en charge plus holistique du patient, créer de nouveaux métiers et modifier les périmètres de responsabilité afin de faire sauter certains silos existants. Il pourrait par exemple s'agir de permettre à l'opticien de prendre en charge cer-

S5

LA MÉTROPOLE : DES RÉPONSES POUR LA VILLE DU FUTUR ET DU BIEN-ÊTRE

taines corrections visuelles sans besoin de l'ophtalmologue, de créer le métier de « case manager » qui prendrait en charge le parcours de santé du patient du début à la fin comme peuvent le faire les *nurses* aux États-Unis. C'est le métier d'« aiguilleur du ciel » de l'activité physique qui accompagnerait le patient dans sa pratique régulière et adaptée du sport.

L'idée derrière ces idées est de favoriser une collaboration plus forte entre l'ensemble des professionnels de santé qui vont intervenir lors du parcours de soin du patient. C'est permettre à chacun d'avoir une vision holistique du patient et ainsi lui proposer un meilleur parcours de soin et peut-être anticiper les crises de demain.

ANTICIPER LES CRISES DE DEMAIN

À un niveau personnel avec le *Care* et à un niveau national avec la recherche

Les partenariats public-privé comme l'Institut du Cerveau sont un exemple de réussite. C'est rassembler tout l'écosystème autour du patient. À la fois géographiquement, rassembler au même endroit, le médecin, le malade, le chercheur, le businessman et les *start-ups*. C'est également les rassembler dans un lieu qui va favoriser le partage, la collaboration et c'est ici qu'intervient l'importance du design architectural qui va être le vecteur du partage entre l'ensemble des intervenants, du chercheur à l'infirmière. C'est rassembler au sein d'un même lieu « du philosophe au polytechnicien » parce qu'il faut rassembler les sciences sociales et les sciences dures, car elles sont complémentaires. C'est rassembler les expériences des différentes nations, le public et le privé, favoriser l'innovation en permettant aux *start-ups*, aux biotechnologies de participer à l'échange. Et c'est avant tout mettre le patient au cœur du système. C'est ce qui a été fait au sein de l'Institut du Cerveau et les résultats ont été réels : 50 brevets déposés, 8 nouveaux dispositifs approuvés.

C'est finalement remettre l'Hôpital au centre de tout un ensemble au service d'une même cause. C'est rassembler l'action et la réflexion, la pratique et la théorie, l'hôpital et la recherche et finalement rassembler maintenant avec le *Care* et le patient au cœur du dispositif de Santé et demain avec la recherche et la collaboration de l'ensemble des acteurs.

Le concept de réserves pour faire face à des crises futures

Anticiper les crises de demain, c'est aussi peut-être prévoir des réserves foncières, matérielles et humaines pour anticiper les crises de demain comme celle que nous sommes en train de vivre. Le concept des réserves de matériel a, à de maintes reprises, été mis en avant face à la pénurie de masques au début de la pandémie de Covid-19. Mais face au concept de réserves, il y a aussi le sujet de l'utilisation de ces réserves en temps de paix. On peut alors penser à utiliser ces réserves pour la simulation, pour la recherche, pour les étudiants.

Et finalement c'est derrière cela que se pose la question de la réconciliation du patrimoine et de l'Hôpital.

LE *CARE*, UNE PRÉVENTION PARTICIPATIVE À FAVORISER

L'IMMOBILIER, ACTEUR DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE ET PARTICIPATIVE

Les fondamentaux de la médecine préventive pourraient se résumer avec le slogan du gouvernement « Manger Bouger ». Comme vu précédemment, il est question de sensibiliser et d'éduquer la population aux bienfaits d'une nutrition saine et équilibrée et d'une activité physique régulière et adaptée, puis d'accompagner cet apprentissage par sa mise en pratique en responsabilisant chacun (la médecine participative).

L'immobilier apprend à s'inscrire dans son environnement

L'immobilier s'est toujours adapté aux problématiques de son temps. D'abord là pour protéger contre l'environnement, que cela soit des intempéries ou d'autres formes d'agression (intrus, animaux…), l'immobilier a plus récemment inscrit dans son ADN les problématiques d'hygiène permettant de participer activement à l'amélioration des conditions de vie ainsi que de son espérance. Aujourd'hui, les défis sont ceux d'inscrire l'immobilier dans son environnement en limitant son impact sur la biodiversité, quitte même à l'inviter à participer à l'expansion de celle-ci, et dans le bien-être de ses habitants en contribuant à la mise en mouvement de leur corps, de leur esprit.

La biodiversité a longtemps été mise de côté, le développement des villes se faisant souvent au détriment de la faune et de la flore. Si pendant des millénaires cette stratégie n'avait pas engendré de drame sur la nature, son impact est devenu flagrant avec des dérèglements qui se trouvent aussi bien au niveau macro, avec le réchauffement climatique, que micro, avec les perturbateurs endocriniens. Cette prise de conscience conduit à ce changement de paradigme de la conquête de l'Homme sur la faune et la flore à la redécouverte de l'intérêt majeur de cette faune et cette flore sur la santé de l'Homme et son bien-être, un concept intégré dans la vision « One Health » de l'OMS. En la protégeant ou en l'accompagnant dans son développement, la biodiversité devient le premier acteur de la santé en favorisant la qualité des aliments.

La mobilité avec l'immobilier et la ville

Tout en apprenant à s'inscrire dans son environnement, l'immobilier doit également être un vecteur de mouvement pour ses occupants. Longtemps mis en arrière-plan, l'escalier reprend le devant de la scène. Il favorise l'activité physique et les échanges en redevenant un endroit de passage. Le bien-être au bureau est devenu clé, notamment dans la volonté de recruter ou de garder les talents.

À l'extérieur, le mobilier et les équipements urbains doivent être une invitation à l'activité physique avec des aires de jeux pour les plus jeunes, des terrains multisports (*city stade*), des *skateparks*, des aires de fitness (parc street workout) et des pistes cyclables pour les adultes et des bancs pour les plus séniors. Le banc serait l'une des installations les plus efficaces dans cette mise en mouvement des personnes âgées facilitant ainsi leur récupération pendant leur marche quotidienne.

Certaines villes participent activement à cette mise en mouvement en proposant des expositions ou encore des parcours visites de la ville plus ou moins long s'adaptant aux impératifs de chacun, une démarche dans laquelle l'immobilier s'inscrit également avec la charte de 1 immeuble 1 œuvre. Par ailleurs, certains bailleurs complètent leur offre en proposant des salles de *fitness*, de soin ou encore la livraison de produits frais et bio. Les corps bougent et les esprits voyagent, apportant ainsi de la respiration dans un environnement urbain parfois oppressant.

Manger Bouger Dormir

Enfin, si la nutrition et l'activité physique sont clés, la récupération représente le dernier pilier dans la performance sportive. Le sommeil est apparu comme un des déterminants de la santé dans la communication du gouvernement avant de disparaître début 2007. Le « Manger Bouger » pourrait être complété par un « Dormir », le Slogan de l'Institut National du Sommeil et de la Vigilance étant « Dormez Bougez ». Mais cet institut rappelle qu'une activité physique régulière et qu'une alimentation équilibrée améliorent la qualité du sommeil. Ainsi, la boucle est bouclée et le Manger Bouger se suffit à lui-même.



LES COLLECTIVITÉS LOCALES AU CŒUR DU DISPOSITIF

L'amélioration du dispositif global ne pourra passer que par une mobilisation territoriale et surtout une libération des énergies, faisant en sorte que certains carcans disparaissent. La crise du Covid a montré la nécessité absolue d'une bonne articulation entre tous les acteurs du *Care* et du *Cure*.

Morcellement de la gouvernance (ARS / Département / agglomérations / communes)

La gouvernance actuelle pilotant d'une manière générale les questions de santé, de médico-social et de dépendance est soit pour certains aspects trop verticale et éloignée des territoires soit trop morcelée et inadaptée en termes de réponse à la massification des besoins.

Cela nécessite aussi une réorganisation de la chaîne de décision pour plus de clarté, d'efficacité et de proximité.

ARS

Le rôle des ARS a été particulièrement critiqué durant la crise du Covid, notamment du côté des collectivités locales. Administration verticale, sûre d'elle, sans souplesse, ne permettant ni la délégation ni l'expérimentation, elles ont dû s'adapter aux besoins et aux exigences du terrain face à des collectivités qui ont su se sur-mobiliser via notamment les Maires, qui de leur côté ont su faire preuve d'inventivité, de capacité de mobilisation sur les territoires : distribution des masques en début de crise, organisation de la vaccination en lien avec les soignants. Les ARS devraient être cantonnées au cadrage des grandes orientations par régions et à la délégation de moyens au collectivités et aux structures avec une vision de délégation et de décentralisation basée sur la confiance mutuelle entre tous les acteurs et non dans la suradministration d'un modèle bien essoufflé.

Cela passera entre autres par la fixation d'objectifs et la contractualisation d'allocation de moyens financiers aux collectivités et notamment sur le *Care*, domaine le plus en lien avec leur compétence.

Il faut en terminer avec la « sur administration » de la santé, les ARS doivent avoir un rôle et une vision uniquement stratégiques.

Départements / Métropoles (au statut réel de métropole)

Les départements ou les Métropoles suivant les territoires doivent être le Chef de file opérationnel pour mise en œuvre des projets et la répartition des financements notamment sur le médico-social. Pour se faire, elles doivent être en capacité de définir et d'élaborer un schéma directeur départemental ou métropolitain sur le sujet de la dépendance. Ce schéma directeur doit bien entendu se concevoir en partenariat avec les communes ou agglomérations, suivant en cela les spécificités de chaque territoire et de leur mode d'organisation. Les départements, notamment au travers de leur compétence dans le domaine social, sont aussi les « financeurs » d'une partie des actions en la matière, il est donc nécessaire qu'ils en soient aussi les concepteurs.

Agglomérations / communes

La crise du Covid a mis en exergue un besoin de proximité et de mobilisation de réseaux sur ces sujets (réseaux de soins, associations, mise à disposition de locaux, etc.). Le Pilotage de la proximité par le biais des CCAS en lien avec les communes leur revient de plein. Par ailleurs, dans une démarche de favoriser l'innovation sociale, les communes ou agglomérations sont les mieux à même de mettrent en œuvre des démarches participative sur la dépendance : recherche d'innovation, partenariat avec les associations, visant à faire en sorte que la prise en compte de la dépendance soit la plus efficiente sur leur territoire de ressort.

Elles sont aussi les plus en capacité de définir les besoins locaux et d'identifier les moyens à mobiliser. Enfin, le pilotage de l'urbanisme étant de leur compétence, elles ont la capacité d'organiser leur espace par la définition de leur politique d'urbanisme pour les nouveaux établissements. Par ailleurs, elles peuvent aussi constituer des réserves foncières permettant ainsi de répondre graduellement à la monté en puissance des besoins sur territoire.

Enfin, il leur reviendra d'organiser et de piloter le partenariat avec les acteurs locaux de la dépendance et de l'immobilier, aux fins de permettre la production de l'immobilier le plus adéquat en termes de réponse aux besoins constatés.

Vers un parcours de soin structuré de l'hôpital à la ville

Pour conclure, l'ensemble des interventions tend à mettre en évidence une évolution nécessaire du parcours de soin très axé aujourd'hui vers le *Cure* pour demain passer par plus de *Care*. On pense alors à un parcours de soin qui s'apparenterait à une expérience client du *Care* vers le *Cure* au sein d'un écosystème innovant dans la ville. Cet écosystème dans la ville passe par des soins de proximité, dans de petites unités de soins, mais également par des soins spécialisés au sein de centres hospitaliers puis enfin par des soins hyperspécialisés réalisés au sein de CHU et centres de référence plus importants. La ville doit accompagner chacune des étapes du parcours de soin du client / patient en fonction de ses besoins. Construire la ville de demain, c'est construire la ville qui mettra le *Care* à l'épicentre de ses préoccupations.



GOUVERNANCE URBAINE ET BIEN-ÊTRE AU QUOTIDIEN

S6

CONTRIBUTION DE

VINCENT DROUET
HUBERT JOACHIM
ARNAUD NICOGHOSSIAN
JONATHAN SEBBANE

INTERVENANTS

SIMON DU MOULIN DE LABARTHETE
THIERRY LOCHARD
MICHEL LUSSAULT
ÉDOUARD PHILIPPE

DIMENSION SPATIALE

COMMENT LES LIEUX HISTORIQUES DE LA SANTÉ ÉVOLUENT-ILS VERS DES LIEUX DÉDIÉS AU BIEN-ÊTRE ? EN QUOI LA GOUVERNANCE A-T-ELLE OU NON JOUÉ UN RÔLE DANS CETTE ÉVOLUTION ?

Historiquement, l'hôpital est passé de rôle d'accueil, d'assistance pour les plus démunis et des exclus administré par l'Église à une fonction étatique régalienne puis, au cours du XIXe siècle, il se transforme en centre de médicalisation/soignante par les soins, jusqu'à devenir depuis sa fonction principale et exclusive.

Très souvent, un hôpital se caractérise par un ensemble immobilier relativement majestueux avec une position assez visible dans la ville, qui fréquemment lui confère la qualité de lieu historique.

En effet, c'est un morceau de ville, où le cycle de la vie se décline en plusieurs étapes : la naissance, les soins, le travail, le repos, la vie et la mort. La reconversion, nécessaire à sa sauvegarde, est un sujet qu'il convient donc d'aborder avec concertation.

L'évolution accrue des techniques et normes hospitalières entraîne à sa suite des modifications de formes architecturales. Ces lieux, le plus souvent classés, peuvent ainsi se transformer de manière endogène, se regénérant sur eux-mêmes, libérant quelquefois des espaces pour accueillir de nouveaux programmes urbains. Dès lors, les centres hospitaliers déménagent des villes historiques qui ont fini par englober leurs implantations pour se déployer à la périphérie, dans des zones dites pôles hospitaliers plus fonctionnelles et largement connectées aux axes de communication structurants des métropoles. Les hôpitaux historiques, aux architectures souvent remarquables, fréquemment protégés au titre des monuments historiques, perdent ainsi leur fonction d'origine et se pose alors la question de l'intégration de ces espaces relativement volumineux à la vie urbaine, alors même qu'ils ont été conçus de manière autonome et refermés sur eux-mêmes. La plupart du temps, ces lieux historiques de santé doivent évoluer vers une nouvelle vie, tout en gardant la fonction et l'état d'esprit initial.

La reconversion d'un site hospitalier requiert la participation de plusieurs acteurs autour du processus complexe qu'elle représente. Les usages projetés, le contexte urbain et les montages d'opérations peuvent être très divers, l'enjeu principal étant de conjuguer les besoins de tous pour garantir un projet articulant intérêt public et viabilité économique.

La gouvernance ainsi revêt un aspect fondamental afin de fédérer l'intervention des acteurs. Plusieurs acteurs se distinguent :

– les hôpitaux le plus souvent propriétaires du site, pour qui l'enjeu principal est la valorisation de leur bien immobilier. En effet, sa vente permet souvent de financer de futurs projets, voire le nouvel hôpital. En général, l'institution souhaite limiter les risques liés au portage foncier, en cédant son patrimoine à une collectivité ou à un professionnel de l'immobilier ;

– les collectivités dépositaires de l'homogénéité urbanistique, du développement de leurs territoires et conscientes des enjeux urbains soulevés, sont inévitablement parties prenantes des réflexions en amont de la cession. Elles peuvent être un acquéreur potentiel ou du moins, elles devront se positionner comme garantes de la qualité du projet urbain. Elles peuvent également être porteuses de certains programmes, principalement des infrastructures publiques et culturelles ;

– les promoteurs, porteurs de projets classiques, sont les acteurs clés, puisque ce sont eux qui développeront le projet. Ils peuvent ne prendre en charge que certains programmes (logements, bureaux, commerces) ou porter l'ensemble de l'opération (voir Hôtel-Dieu de Lyon et Hôpital général de Dijon, portés par le groupe Eiffage, à la fois promoteur et constructeur ou la société OGIC dans le cadre de l'Hôpital Richaud à Versailles). Des porteurs de plus petits projets complémentaires, pouvant être mobilisés par le biais des appels à projets, souvent des acteurs du territoire qui enrichissent ainsi les programmes de reconversion (voir le restaurant Le Grand Réfectoire de Paul Bocuse dans l'Hôtel-Dieu de Lyon) ;

– enfin, les habitants sont également incontournables dans la réussite d'une reconversion, étant les usagers passés et futurs des bâtiments et des espaces publics. Attachés à leur patrimoine collectif, ils sont de plus en plus vigilants et demandent à être associés à la réflexion d'opérations urbaines structurantes qui contribueront à leur bien-être.

Dans les quelques exemples suivants de reconversions d'hôpitaux situés en centre-ville, ce sont des partenariats public-privé qui ont permis ces transformations devenant finalement une nouvelle forme de gouvernance urbaine.

Au cœur de la ville de Besançon, sur le site de l'ancien Hôpital Saint-Jacques, la Ville porte le projet de la future cité des savoirs et de l'innovation. Le nouveau quartier ainsi créé s'établit entre la ville ancienne et le Doubs créant plusieurs parcours entre patrimoine historique et paysager. Cette reconversion propose une offre de logements neufs et en réhabilitation, une résidence étudiante, une résidence de *co-living*, une résidence pour chercheurs, une pépinière d'entreprises, un centre de congrès et un hôtel ainsi que des commerces.

À Lyon, c'est l'Hôtel-Dieu fondé au XIIe siècle sur les bords du Rhône pour soigner les pèlerins et qui a connu une renommée internationale depuis le XIXe grâce aux pionniers de la chirurgie ou de la radiologie tels Léon Berard ou Étienne Destot qui devient, après sa réhabilitation, un lieu d'hospitalité. Des boutiques, des restaurants, des bureaux, un hôtel de luxe et la Cité de la gastronomie ont pris place dans ce lieu cher aux Lyonnais, classé au Patrimoine mondial.

Sur le site de l'ancien Hôpital général de Dijon, un nouveau quartier sort de terre associant valorisation du patrimoine, préservation de la biodiversité et intégration d'une architecture audacieuse rendant aux habitants un joyau historique marqué par 800 ans d'occupation hospitalière. Si une partie du site accueille logements et résidences pour étudiants comme pour séniors dans un écoquartier, la partie réhabilitée se transforme pour développer la Cité de la gastronomie et du vin autour d'espaces d'exposition dédiés au Repas gastronomique des Français classé au Patrimoine de l'UNESCO, d'espaces de formations, de cinémas, d'un hôtel de prestige, de commerces sur le thème de la Cité, restaurants et cave à vin hors du commun.

À Versailles dans le quartier Notre-Dame, la transformation de l'ancien Hôpital Royal a permis l'arrivée de nouvelles familles et d'étudiants, et aux Versaillais de possibles déambulations dans les nouveaux jardins publics. L'ex-Hôpital Richaud, à deux pas de la gare Versailles Rive-Droite, s'est donc transformé en commerces, bureaux, espaces verts, et 330 appartements, une crèche et un centre culturel dans l'ancienne chapelle.

La mutation du patrimoine hospitalier semble offrir un potentiel relativement large de projets novateurs. En effet, les emprises au sol libérées dans les cœurs de ville donneraient l'occasion d'enrichir, d'améliorer ou d'adapter ceux-ci aux besoins d'aujourd'hui et futurs en offrant un terrain d'expérimentation, qui permettra de créer de nouveaux lieux de vie, d'atmosphère, de bien-être et de nouvelles centralités emblématiques. La forte dimension historique et patrimoniale de ces espaces mobilise l'ensemble des acteurs d'un territoire et crée beaucoup d'attentes qui doivent se matérialiser dans des projets visibles et cohérents propres à chaque contexte territorial (voire local). Le succès de la transformation, de la régénération des lieux de santé historique vers/avec une dimension de bien-être nécessite un réel dialogue des différents partenaires et la mise en place de processus et de stratégies urbaines souples.

Mais comment réussir à déterminer les éléments constitutifs du bien-être de l'individu relatif à l'espace et comment arbitrer les préférences des individus afin de qualifier leur niveau d'importance et permettre le succès de ces transformations ? Comment passe-t-on des attentes ou du désir des habitants à la mise en place d'aménagements qui y répondent ?

N'est-ce pas là le rôle à jouer de la participation citoyenne dans la fabrique de la Ville comme moyen d'identifier les attentes d'un panel représentatif à l'échelle d'un territoire afin de proposer des choses nouvelles et d'aider les acteurs locaux dans leur prise de décision.

Tel est le défi de la gouvernance de ces projets innovants.

DIMENSION INSTITUTIONNELLE

ESPACES HYBRIDES ET HYPER PROXIMITÉ, GOUVERNANCE DES VILLES EN TRANSFORMATION. EXISTE-T-IL UNE (BONNE) GOUVERNANCE INSTITUTIONNELLE DU BIEN-ÊTRE ET DE LA SANTÉ ?

Dimension essentielle de notre quotidien, l'espace-temps est une clé d'entrée impactant fortement la fabrique et la gestion de la ville de demain, « on a souvent aménagé l'espace pour gagner du temps, on a trop rarement aménagé les temps pour gagner de l'espace », explique Luc Gwiazdzinski, géographe.

Passons ensemble à une approche où la ville serait un lieu de confluence de la dimension spatiale et de la dimension temporelle. Ce qui demande d'avoir une vision très précise du temps : architectes, utilisateurs, urbanistes, aménageurs, élus, décideurs publics, investisseurs et constructeurs chargés de mettre en musique les temps de la ville et de trouver le bon rythme. Ces différents dispositifs ajoutent la dimension de faire ensemble aux deux sens politique et urbanistique du mot : sphère publique et espaces publics.

Des acteurs aux modes de raisonnement variés et aux attentes très différentes peuvent fragiliser les coopérations et compliquer la compréhension partagée d'un intérêt commun de long terme : le bien-être des utilisateurs. Il est donc nécessaire de travailler avec tous les acteurs de la ville qui ont des logiques et une relation à l'espace-temps parfois divergents.

Le rôle prépondérant des décideurs publics serait donc d'incarner la fonction de chef d'orchestre urbain permettant en effet de mettre en place le bon tempo de l'action publique :

- le temps des mandats électoraux,

- le temps législatif,

- le temps des études,

- le temps de la réalisation

- et le temps des usages.

On comprend le paradoxe entre avoir accès à des biens de consommation et services dans une ville de manière presque immédiate pour réallouer le temps gagné à notre bien-être personnel et aux moments que l'on partage avec nos proches. L'objectif de ce concept est de redonner aux habitants des villes ce qui leur manque : du temps.

Le principe de « La ville du quart d'heure », selon Carlos Moreno, permet de bien comprendre ce paradoxe. Habiter, travailler et même télétravailler, s'approvisionner, se soigner, se cultiver, faire du sport : ce sont les piliers de la ville du quart d'heure. Pour arriver à rendre possible cela, il faut une volonté politique. Du maire, des élus locaux impliquant une volonté d'aménager des espaces, des routes pour les vélos et les autos, des équipements pour tous en conséquence. Les infrastructures sont là, la gouvernance publique peut impulser aux utilisateurs de mieux cohabiter avec les riverains dans le partage des espaces publics permettant de vivre ensemble le bien-être de nos villes de demain.

La gouvernance réside dans les acquis modernes des nouveaux modes de décider et de faire. Si elle est aujourd'hui incontournable dans la conception et la mise en œuvre de projets de toute nature – industriel, urbain, associatif, etc. – elle s'est imposée comme une dimension forte de la fabrique de la ville, passée au tamis indispensable du développement durable.

La ville reste une matière complexe, aux parties prenantes multiples et variées ; aussi la « bonne » gouvernance urbaine fait-elle bouger les curseurs, depuis la capacité individuelle aux capacités collectives de négociation, la décision apparaissant finalement comme la résultante d'une délibération à plusieurs. Passé au crible de thématiques particulières et complexes comme la problématique du bien-être et de la santé, que cela donne-t-il ?

Si la gouvernance des villes semble se caractériser par une fragmentation toujours plus forte des lieux de pouvoirs et de décisions, c'est précisément le cas en matière de santé : l'État joue un rôle essentiel en portant les financements liés au développement des nouvelles infrastructures hospitalières et plus largement les politiques publiques en matière de santé ; les collectivités locales, villes et territoires, jouent également un rôle central en participant activement à l'aménagement de l'espace et en portant la connaissance locale des besoins en matière d'offre de santé et de soins ; citons également les professionnels de santé, sans qui le système ne peut en aucun cas fonctionner et qui, par leur choix d'installation et d'affectation, influent directement sur la cartographie de l'offre de soins en France ; ajoutons enfin à cette liste non exhaustive les associations de patients, de citoyens ou d'habitants, les aménageurs ou encore les opérateurs de transport qui doivent être utilement associés à la délibération collective d'une politique nationale et locale de santé pour qu'elle puisse être efficace.

Si la fragmentation des acteurs et des intérêts est bien réelle, elle se heurte néanmoins au recentrage de la décision quand il s'agit du choix d'implantation d'infrastructures hospitalières toujours plus complexes et toujours plus coûteuses, dont l'État reste largement le chef de file ; et c'est bien là la difficulté d'une gouvernance urbaine efficace en matière de santé et de bien-être, coincée entre la nécessité d'élargir la négociation aux multiples parties prenantes et la tentation toujours forte d'une décision verticalisée, symptomatique du fonctionnement français, en matière d'infrastructure et d'investissement.

S'agit-il d'une fatalité signant au fond l'échec par avance de toute gouvernance urbaine des politiques de santé et de bien-être au niveau des villes ? Ou le reflet à l'instant T de l'ajustement en cours d'une gouvernance urbaine que d'aucuns appellent à faire évoluer ?

Clairement, la difficile articulation entre pouvoir central et aspiration locale ne date ni d'aujourd'hui ni d'hier : depuis les premières lois de décentralisation de 1981, c'est l'ensemble du système institutionnel français qui évolue, quinquennat après quinquennat, lois après lois, vers une plus grande responsabilité des échelons locaux qu'enserre dans le même temps une mainmise forte de l'État. Daniel Behar et Aurélien Pirou ont ainsi bien montré les limites qu'impose notre système de pensée d'emboîtement parfait des échelles et donc des

GOUVERNANCE URBAINE ET BIEN-ÊTRE AU QUOTIDIEN

institutions (*Après la décentralisation : 15 propositions pour refonder l'action territoriale* par Daniel Béhar, Aurélien Delpirou – 13.01.2021) invitant à penser la décentralisation « après la décentralisation », soit un système de responsabilisation accrue des échelons locaux, dans lequel l'État accepterait d'abandonner un part de son pouvoir.

Cette tension nationale/locale est sans doute exacerbée en matière de politique de santé et de bien-être : les acteurs majeurs (AP-HP, CHU, etc.), les infrastructures, notamment les hôpitaux, les choix d'investissement et de technologie, la politique de santé – entre médecine hospitalière et médecine de ville – la formation des professionnels de santé relèvent quasi exclusivement de l'État ; mais les impacts locaux, les effets de l'offre de soins, la responsabilité du comblement des carences en médecins et professionnels de santé, la formation des infirmier(ères), le bien-être des habitants incombent également aux acteurs locaux, en charge de l'aménagement de leur propre territoire et directement en prise avec leurs administrés. Partant, c'est un nécessaire dialogue qui doit s'opérer entre les échelons nationaux et locaux, sans oublier d'associer ces nouvelles parties prenantes que sont les représentants des patients ou des habitants : dit autrement, la gouvernance, sur le thème de la santé et du bien-être, est une nécessité à défaut d'être un choix. Et ce constat semble partagé, à défaut de fournir des résultats encore parfaits : la mise en place des Agences régionales de Santé (ARS) a permis de déconcentrer une partie de la politique de santé et de rapprocher les échelons locaux et nationaux dans la mise en œuvre desdites politiques, voire de les adapter (soyons fous !) selon les circonstances et les territoires. Les initiatives d'acteurs locaux, comme la réinstallation de dentistes sur son territoire par la Ville du Havre, en lien avec le CHU installé à Rouen, portent également leur fruit, démontrant tout l'intérêt à « collégialiser » la négociation sur l'offre de soins et les politiques de santé. Regroupant les populations, concentrant les enjeux du bien-être comme la qualité du cadre de vie, l'accès aux soins ou l'exposition à la pollution, les villes sont indubitablement des acteurs clés de la définition, de la mise en œuvre et de l'efficacité des politiques de santé et de bien-être. À ce titre, leur implication au « bon niveau » est nécessaire pour penser une « bonne » gouvernance urbaine des politiques de santé. Il ne s'agit pas d'imaginer un énième chamboule-tout des compétences – ce que ni Édouard Philippe, maire du Havre et ancien Premier ministre, ni Daniel Behar ne recommandent ; mais de penser un cadre de négociation où chacun aurait sa place et où la responsabilité finale de la décision échoit à celui qui est le mieux à même de connaître les besoins de son territoire – et d'assumer dans la durée les conséquences de ses choix. À ce titre, la gouvernance urbaine des politiques de santé et de bien-être pourrait assurément laisser davantage de place aux échelons locaux, dans une logique de responsabilisation des villes et des territoires.



HÔPITAL DU FUTUR, VILLE ET PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

L'HÔPITAL, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Réinventer l'Hôpital est un thème central et récurrent qui préoccupe l'ensemble de la communauté des soignants et des acteurs sociaux. Les priorités sont claires et partagées : nous devons mettre à la disposition d'un maximum de patients les dernières découvertes médicales ; utiliser l'intelligence collective de tous les acteurs, publics et privés, pour déployer des organisations innovantes moins « hospitalo-centrées » et davantage tournées vers les besoins des patients ; permettre aux professionnels d'avoir accès aux données de santé ; faire usage de l'intelligence artificielle à bon escient ; donner aux patients les moyens de devenir acteurs de leur santé notamment à travers l'utilisation des outils numériques, etc.

Mais penser l'Hôpital du futur n'est pas si simple. La notion d'Hôpital a évolué avec le temps et elle recouvre aujourd'hui des réalités multiples.

Pour penser l'Hôpital de demain, retournons-nous vers l'Hôpital d'hier.

Quelle métamorphose entre l'Hôpital-hospice du Moyen-Âge, que nous a présenté le cabinet SCAU et les grands hôpitaux modernes comme le futur Groupement Hospitalier du Nord Essonne à Saclay ! L'Hôpital est passé d'une vocation sociale à une vocation médicale. Du Moyen-Âge à la réforme Debré de 1958, l'« Hôpital-hospice » est devenu un « lieu d'excellence médicale ». Au Moyen Âge, l'Hôpital, situé au cœur de la cité et fondé par l'Église, était chargé de l'assistance publique à l'égard des pauvres, vieillards, infirmes. Il n'était pas adapté pour accueillir les malades, les soigner et endiguer la propagation de l'épidémie. Les progrès de la médecine et la création de la Sécurité Sociale en 1945 vont permettre l'émergence de « l'Hôpital moderne ». Édouard Couty nous a rappelé le caractère fondateur de la « réforme Debré » de 1958, qui a transformé l'Hôpital en un pôle d'excellence médicale et a créé une classification hiérarchisée des hôpitaux, au sommet de laquelle se trouvent les Centres hospitalo-universitaires (CHU), lieux de recherche et de formation, réunissant praticiens et universitaires.

Aujourd'hui, il n'y a plus « un » Hôpital mais « des » hôpitaux, du plus petit au plus grand, du plus ancien au plus moderne.

La notion d'Hôpital est d'ailleurs restrictive, et il serait plus adapté de parler d' « établissements de santé » à qui le Code de la Santé Publique (Article L 6111-1) donne les nombreuses missions dont celle d' « assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, celle de « délivrer les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile » et celle de « participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ».

Résultant à la fois d'initiatives publiques et privées, le secteur hospitalier français présente aujourd'hui un paysage varié. Parmi les 3042 structures hospitalières existant en 2021, trois types de statuts juridiques cohabitent : les 1360 établissements publics, les 1000 établissements privés à but lucratif et les 682 établissements privés à but non lucratifs. Ces structures ont des modes d'organisation et de gestion, de financement et de régulation très différents.

Parmi les établissements publics, trois types d'établissements coexistent : 178 sites de centres hospitaliers régionaux (CHR), 947 centres hospitaliers, 95 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et 140 établissements de soins de longue durée.

Cette diversité de statuts se combine avec une diversité de taille et de localisation des sites hospitaliers, comme Philippe Vivien l'a indiqué. Les sites hospitaliers vont de 5-6 ha, comme Maubeuge (300 lits) à 80 ha comme Montpellier ou Lille, la moyenne étant à 20 ha. De même, la situation des sites hospitaliers est très disparate, de l'hyper centre-ville au milieu rural. La transformation des hôpitaux s'opère de façon variable, soit sur place par densification, soit par une relocalisation quand le potentiel constructible et la vétusté des bâtiments d'origine ne permettent plus d'accueillir des installations modernes et conformes. Souvent les gros hôpitaux quittent le site central, pour essaimer en périphérie urbaine, le site d'origine fermant complètement ou partiellement.

L'Hôpital du futur n'est d'autant plus réductible à un seul et unique site qu'il devient une sorte de « galaxie sanitaire » maillant le territoire. C'est ce qu'on appelle le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). Introduite par la Loi de modernisation de notre système de santé en 2016, l'organisation des hôpitaux en GHT est centrée sur le parcours patient et sur une approche territoriale de la santé, fondée sur la coopération et la coordination entre sites. Au sein du GHT sont regroupés plusieurs types de structures dont les activités sont plus ou moins techniques : du site qui porte le GHT et concentre toutes les activités de court séjour de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), au site de Long Séjour, en passant par le site de Soins de Suite et de Réadaptation, l'Hôpital s'incarne dans des structures dont les activités sont complémentaires, graduées et répondent à des besoins aussi variés que ceux du bébé qui vient au monde, du mourant en fin de vie, de celui qui vient se faire poser une prothèse de hanche, de celle qui vient pour sa cure de chimiothérapie en ambulatoire, de celui qui est admis pour une rééducation post-AVC ou de celui qui a besoin d'une IRM ou d'un avis de spécialiste. En haut de la pyramide, les hôpitaux et cliniques très spécialisés se caractérisent par une hyper-densification, comme les CHU dont Philippe Vivien nous a si bien décrit le gigantisme, l'hyper-densification par « nappe hospitalière » et l'hyper-connexion à Toulouse (Hôpital Purpan), au pôle hospitalier Est de Lyon, ou à la Timone de Marseille. Afin de concentrer les compétences rares et les plateaux techniques sophistiqués et coûteux, on ferme les petits établissements et on les regroupe, comme nous l'a expliqué Olivier Wigniolle.

Parallèlement, l'Hôpital spécialisé qui était initialement un lieu d'hébergement se recentre sur le soin du fait du « virage ambulatoire », axe fort de la stratégie nationale de santé, plusieurs fois évoqué par Jean-Yves Guedj et Olivier Wigniolle. L'évolution des techniques chirurgicales et anesthésiques ainsi que les programmes de réhabilitation rapide dans le domaine de la chirurgie mais aussi le développement de l'e-santé (télémédecine, e-suivi) permettent désormais une réduction des durées de séjours. On vient à l'Hôpital pour 4-5 jours en hospitalisation complète, ou pour quelques heures en Hôpital de jour, mais on y dort de moins en moins. Le séjour à l'Hôpital devient un élément du parcours de soin parmi d'autres, qui s'articule avec la prise en charge en ville. L'Espace Numérique de Santé en cours de déploiement doit permettre de connecter les professionnels de santé entre eux et rendre plus aisés les échanges des données de santé entre Ville et Hôpital.

Notre système de santé évolue depuis plusieurs années pour renforcer l'interaction ville-Hôpital. La Loi HPST de 2009 (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) a conduit à une importante réorganisation des soins en introduisant une approche territoriale de la santé. Cette loi a incité les établissements de santé à davantage coopérer avec la ville, mais aussi avec les autres établissements privés et publics du territoire. La loi HPST a ainsi créé les Agences Régionales de Santé (ARS) pour coordonner l'offre de soins locale et définit le médecin généraliste comme le coordinateur des parcours de soins. Leurs rôles respectifs sont renforcés en 2016 par la loi de « modernisation de notre système de santé ».

CONTRIBUTION DE

MARIE BALMAIN
VÉRONIQUE BÂTY
PAUL DARRIBÈRE
SABINE DESNAULT
MARIE-ANNE FOURRIER

INTERVENANTS

GUILLAUME BARAÏBAR
MATHIEU CABANNES
MARIE CHABROL
SIMON DAVIES
ÉRIC DE THOISY
OLIVIER WIGNIOLLE

S7

HÔPITAL DU FUTUR, VILLE ET PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

La coopération forte entre le système hospitalier et les professionnels de ville est devenue indispensable.

En 2016, avec « Ma Santé 2022 », l'État propose une nouvelle réforme structurelle qui vise à favoriser la coopération des acteurs de santé sur les territoires autour des Communautés Professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) dont nous a parlé Jean-Yves Guedj. C'est la fin de l'hospitalo-centrisme : il faut organiser l'exercice coordonné de la médecine de ville, décloisonner la santé, réconcilier la ville et l'Hôpital en permettant l'interopérabilité Ville-Hôpital informatique en santé.

Penser l'Hôpital du futur, c'est donc désormais penser d'une part l'articulation avec la médecine de Ville, et plus largement avec la Ville, d'autre part la coopération avec les autres acteurs, publics et privés.

UN HÔPITAL, DES HOPITAUX– ILLUSTRATIONS

L'HÔPITAL : LA QUESTION DE LA CENTRALITÉ SPATIALE

Les exemples de l'Hôtel-Dieu, à Paris, et du Groupe Hospitalier Nord Essonne (GHNE), à Saclay, présentés par l'agence SCAU, illustrent la question de la centralité spatiale de l'Hôpital évoquée précédemment.

En première analyse, ces deux exemples semblent parler d'eux-mêmes.

D'une part, l'Hôtel-Dieu, construit au cœur même du berceau de la capitale, fait l'objet aujourd'hui d'une reconversion partielle qui, tout en maintenant certaines fonctions sanitaires, fera la part belle à de nouveaux usages non liés à la santé (résidence étudiante, restaurants…). Dans ce cadre, le site ne conservera qu'un nombre très restreint de chambres d'hospitalisation et n'aura plus de bloc opératoire, de nombreux services d'hospitalisation ayant été transférés à l'Hôpital Cochin (Paris 14e) : correspond-il toujours à ce que l'on nomme un Hôpital ?

D'autre part, de nouveaux hôpitaux de taille toujours plus significative, à l'instar du futur GHNE, qui sont souvent construits dans des zones plus excentrées mais offrant des possibilités d'extension future et permettant de développer une organisation beaucoup plus fonctionnelle et adaptée aux évolutions technologiques.

On reviendrait alors à l'idée que les malades sont tenus à distance de la cité, comme l'illustre le projet avorté, au XVIIIe siècle, de transférer l'Hôtel-Dieu sur l'île des Cygnes située sur la Seine (projet qui s'inscrivait déjà, au siècle des Lumières, dans les prémices d'une approche biophilique) ou encore le fait que certains hôpitaux, centraux aujourd'hui, comme l'hôpital Saint Louis, ont en fait été « rattrapés » par l'extension de la ville.

Cette analyse paraît également justifiée par la problématique du coût et de la disponibilité du foncier, dans un contexte caractérisé par une volonté de contenir les dépenses publiques, associée à la recherche d'une taille critique permettant à l'Hôpital d'offrir en un lieu unique à la fois (i) des technologies et des services de pointe (IRM, scanners, blocs opératoires …), (ii) une capacité à soigner un grand nombre de pathologies différentes et (iii) un rôle de formation des médecins (internat) et de recherche.

Pour autant, ces exemples doivent être mis en regard d'un objectif de maillage du territoire, qui n'est pas bâti autour d'un hôpital central, mais d'une complémentarité appelée à se développer entre plusieurs modèles d'hôpital et plusieurs types d'acteurs du système de soins, et ce, d'autant plus dans un contexte de métropolisation.

L'HÔPITAL : LA QUESTION DE LA CENTRALITÉ DES FONCTIONS

Cet Hôpital du futur vu comme une « galaxie sanitaire » pose également la question de la centralité des fonctions dans les différentes structures composant cette galaxie.

L'agence SCAU a illustré le fait que l'Hôpital, assemblage de différents équipements et compétences, peut se décomposer en différents blocs distinguant les fonctions liées à l'administration, à l'hébergement, aux soins ambulatoires et aux plateaux médicotechniques par exemple.

Émerge ainsi l'idée non plus seulement de plusieurs hôpitaux sur un territoire offrant une même palette de fonctions, mais d'une constellation composée de plusieurs noyaux hospitaliers et de satellites, possiblement renforcés ou complétés par des offres tierces, pouvant subvenir à certaines fonctions historiquement allouées à l'Hôpital : hôtels hospitaliers pour l'hébergement, espaces d'accompagnement non médicalisé des malades, centres de consultations, hospitalisation à domicile, intégration d'une promotion de la santé dans la conception urbanistique…

L'HÔPITAL ET LA VILLE : QUELLES SYNERGIES ?

SANTÉ ET CADRE DE VIE, POUR UN URBANISME FAVORABLE À LA SANTÉ (UFS)

Le concept d'Urbanisme favorable à la Santé a été développé par l'OMS en 1987. Il se fonde sur le fait que la santé signifie, plus que l'absence de maladie, l'état complet de bien-être (physique, mental et social) dépendant de quatre déterminants essentiels : l'environnement, le style de vie, la biologie humaine et le système de soin. On considère, comme le soulignait Simon Davies, que le système de soin et la génétique ne déterminent qu'à hauteur de 30 % le niveau de santé d'un individu. Ce qui signifie que les 70 % restant sont influençables par le cadre de vie.

L'Urbanisme favorable à la Santé vise à créer, à travers la conception urbaine et ses aménagements, les conditions permettant de promouvoir la santé et le bien-être des populations. Son référentiel officiel s'articule autour de sept axes qui abordent la question des pollutions ; la promotion des comportements de vie sains (le corps en mouvement) ; le cadre de vie ; la réduction des inégalités ; la gestion des antagonismes entre les différentes politiques publiques ; l'implication de l'ensemble des acteurs (dont citoyens) ; l'adaptabilité des projets en prenant en compte l'évolution des comportements et modes de vie[1]. Elle permet d'intégrer la dimension santé à chaque projet architectural, urbain ou paysager. Elle traite la santé de manière holistique en considérant la condition physique, environnementale mais également la condition sociale, psychologique, relationnelle dont Sonia Lavadinho et Jean-François Serres défendent l'importance.

L'urbanisme santé est une démarche globale qui s'exprime à travers des aménagements urbains souvent simples et « low tech ». Simon Davies nous livre de nombreux exemples innovants de « design actif » qui pensent la place du corps dans la ville avec des aménagements incitant à l'activité physique pour tout public (y compris les plus sédentaires) ; d'installations « informelles » permettant de stimuler l'imagination des enfants en complément des aires de jeux ; « design biophilique » qui mise sur la relation entre l'Homme et la nature ; etc. Simon Davies souligne également l'importance de ne pas prendre ces différents composants indépendamment, mais de travailler sur leur complémentarité.



Cette conception qui intègre environnement, urbanisme, paysage et santé est facilitée par les outils numériques qui permettent d' « objectiver les intuitions » : capter, traiter et modéliser les données (qualité de l'air, usages, climat, etc.), visualiser les flux, travailler en scénarios itératifs, projeter les impacts d'un projet sur un temps long. Marie Chabrol présente des applications dans la prise en compte des sujets d'accessibilité dans des projets d'EPHAD ou la modélisation de l'évolution des conditions de confort selon différents scénarios climatiques.

La prise en compte de l'influence de l'environnement et du cadre de vie sur la santé devient incontournable dans la fabrique de la ville, mais soulignons que ces nouveaux designs sont encore peu présents dans la conception des établissements de santé. L'enjeu de l'Hôpital du futur sera de réussir à dépasser l'approche immobilière en travaillant l'usage et les interfaces avec la ville. Parions que l'Hôpital du futur plus ouvert, ancré sur son territoire et son écosystème sera également « biophilique », bas carbone, inclusif sur le modèle du Steno Diabetes Center de Copenhague !

DE L'HÔPITAL AU PARCOURS DE SOINS

Penser les synergies entre la ville et l'Hôpital suppose également de réfléchir au parcours et à l'offre de soins au sein d'une ville ou d'un territoire. La question de la santé ne concerne pas uniquement les professionnels de santé et si la place de l'Hôpital est centrale, il n'est qu'un maillon d'un système qui se conçoit dans un environnement donné.

Dans sa dimension spatiale, on observe que l'évolution des hôpitaux est en tension entre deux tendances qui cohabitent :

- La concentration avec le développement d'hyper-centres hospitaliers toujours plus grands, demandant toujours plus de capitaux, avec un niveau de technicité/médicalisation toujours plus pointu et dont le besoin foncier questionne la place de l'Hôpital au sein même des villes.
- La décentralisation poussée par l'évolution même de la médecine avec le virage ambulatoire (qui représente 45 % des interventions chirurgicales aujourd'hui), la médecine personnalisée et la télémédecine qui replace l'Hôpital dans un ensemble de soin plus large (Gérard Saillant).

L'Hôpital du futur consistera à tirer parti de la complémentarité de ces deux modèles pour développer une offre de soins adaptée à chaque territoire (ou quartier), en fonction des besoins de la population et de son contexte environnemental. De grands hôpitaux centraux qui concentrent matériels et techniques sophistiqués et, en parallèle et connectés, un réseau de centres médicaux multiples pour traiter l'amont et l'aval du parcours de soins (coopératives de médecins, unités de soins sans rendez-vous, structures de soins assurant la continuité entre hospitalisation et soin ambulatoire, etc.) tout en favorisant l'hospitalisation à domicile.

En renforçant les liens entre les actes de soins pouvant se faire à distance, c'est donc l'Hôpital qui se diffuse en ville (des centres de soins au logement) pour être au plus proche des habitants. Ce modèle suppose de travailler d'autres paramètres : soutenir le développement de programmes hybrides permettant de retrouver une offre de soins dans des lieux de proximité (qui ne sont pas des établissements de soin conventionnels) ; développer les services et l'hospitalisation à domicile ; repenser le rôle du patient dans le parcours de soin et la relation généraliste-spécialiste avec le développement de la télémédecine ; mettre en place une politique d'optimisation patrimoniale hospitalière et son mode de financement (partenariats publics privés).

PARTENARIATS PUBLICS / PRIVÉS : QUELLES COOPÉRATIONS POUR L'HÔPITAL DU FUTUR ?

DU PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ INSTITUTIONNEL POUR FINANCER DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ…

« Le contrat de partenariat est un contrat administratif par lequel l'État ou un établissement public de l'État confie à un tiers, pour une période déterminée en fonction de la durée d'amortissement des investissements ou des modalités de financement retenues, une mission globale ayant pour objet la construction ou la transformation, l'entretien, la maintenance, l'exploitation ou la gestion d'ouvrages, d'équipements ou de biens immatériels nécessaires au service public, ainsi que tout ou partie de leur financement à l'exception de toute participation au capital. » Ordonnance du 17.06.2004

Ce partenariat très décrié a fait les frais du désastre financier et sanitaire du Centre Hospitalier Sud-Francilien (CHSF) illustrant les dérives potentielles d'un contrat mal négocié. Le risque de ce type de montage est lié à la rapidité des évolutions technologiques de la santé et au nécessaire réinvestissement dans la structure hospitalière, pouvant générer une augmentation sensible du montant du loyer. C'est ainsi que pour le CHSF, le loyer est passé de 32 millions d'euros en 2005 à 50 millions d'euros aujourd'hui.

Cependant, grâce à un pilotage très encadré du dialogue compétitif, le PPP n'est peut-être pas à enterrer, comme le montre l'exemple du CHU de Montréal. Selon une étude de l'Agence Nationale d'Appui à le Performance de janvier 2021, le prix de revient d'un PPP serait assez équivalent à celui d'une Maîtrise d'Ouvrage Publique.

Le montage en BEFA, plus classique et plus assurantiel, privilégié par ICADE et décrit par Olivier Wigniolles lui a permis de constituer un patrimoine de 6 milliards d'euros depuis 2006, dans le domaine de la santé, avec des gestionnaires privés et de s'imposer comme un partenaire incontournable.

Dans le Ségur de la santé, l'immobilier représente quasiment 1/3 du montant total d'investissement de 19 milliards d'euros, preuve, s'il en est, qu'il constitue une part non négligeable dans la question de la santé. Cette enveloppe globale pourra être fléchée vers les établissements privés de santé. Les partenariats sont donc plus que jamais à mettre en œuvre.

À DES PARTENARIATS MULTIPLES ET À ÉCHELLES VARIABLES AU SERVICE DU *CARE* ET DU *CURE*

La loi Pacte introduit la qualité de société à mission permettant à une entreprise de déclarer sa raison d'être à travers plusieurs objectifs sociaux et environnementaux. La santé et le bien-être rentrent parfaitement dans ce champ. C'est à ce titre qu'Icade met en avant l'innovation, la mixité, l'inclusion, la connexion et l'empreinte carbone dans ses programmes immobiliers.

Concrètement, cela peut se traduire, par exemple :

- Par la contribution du promoteur immobilier à l'aménagement d'espaces verts ouverts à tous en cœur ou en périphérie d'opérations immobilières, qui participent à la biophilie locale.
- Par la connexion des logements rendant possibles les consultations distantes et les hospitalisations à domicile…
- Par la création en rez-de-chaussée de programmes immobiliers d'espaces collectifs ouverts sur l'îlot pour faire des lieux de liens pour ceux, très nombreux, qui souffrent d'isolement, nuisible à leur santé…

Autant de contributions au bien-être relevant davantage du *care* que du *cure*

1. *Agir pour un urbanisme favorable à la santé, outil d'aide à l'analyse des PLU au regard des enjeux de santé. EHESP & DGS*

S7

HÔPITAL DU FUTUR, VILLE ET PARTENARIAT PUBLIC-PRIVÉ

et pas nécessairement ciblés sur les établissements de santé, mais pouvant contribuer largement à cette dernière.

Nombreux sont les partenaires cités par les intervenants dans le domaine de la santé et du bien-être, avec des formes juridiques et des thématiques très variées. Ainsi, ces structures s'échantillonnent depuis le privé lucratif vers le privé non lucratif et le public y compris de collectivités territoriales, en passant par les structures associatives, mutualistes, les organismes de prévention, les congrégations religieuses… auxquelles s'ajoutent les fondations (Ex. : le MAGGIE CENTRE en GB).

Les coopérations public/privé mais également privé/privé peuvent prendre des formes multiples comme :

• La mise à disposition de foncier/de bâtiments par les collectivités pour les Maisons de Santé ou centres médico-sociaux.

• Les baux fonciers :

Bail Emphytéotique où le bailleur reste propriétaire du bien à l'issue du bail ou Bail Emphytéotique Hospitalier par lequel le privé réalise les études et travaux du bâtiment qu'il loue à l'établissement de santé qui devient propriétaire du bien à la fin contractuelle du bail.

Bail Réel Solidaire où l'acquéreur paie une redevance au propriétaire foncier sans date de fin, à adapter au contexte médico-social car dédié au logement actuellement.

• Convention d'Occupation du territoire (sur domaine public) sur la durée de l'amortissement du bien immobilier.

• Achat de foncier pour implantation d'un équipement de soins sur les espaces hospitaliers avec une mutualisation des services avec l'Hôpital (restauration, pharmacie centrale, achats consommables) et à l'inverse accueil de certains soins pour le compte de l'Hôpital (Ex. : clinique de Soins de Suite et de Réadaptation implantée dans le domaine foncier de l'Hôpital).

Dans tous les cas, il semble incontournable que l'univers du financement des établissements de soin, par le biais de l'ARS et de la sécurité sociale, croise les logiques territoriales en y intégrant tous les acteurs publics et privés.

Les élus territoriaux jouent donc un rôle primordial dans cette articulation car, au-delà du statut de Président de Conseil de Surveillance de l'Hôpital, leurs leviers d'actions sont nombreux : réglementation urbaine (PLU, ZAC, PC), modalités de mise à disposition du foncier, aides directes ou indirectes aux structures intervenant sur le terrain, aux côtés des financeurs déjà présents (associations, fondations…) et surtout coordination et animation du partenariat à l'échelle d'un territoire.

L'HÔPITAL DU FUTUR : UN MAILLON DU PARCOURS « SANTÉ / BIEN-ÊTRE » TERRITORIAL ?

Pour conclure, nous considérons que l'Hôpital du futur doit s'envisager comme un élément de la constellation des solutions « santé », voire « bien-être » qu'un territoire peut proposer. Si l'Hôpital devient de plus en plus technologique avec des équipements de haute technicité et des compétences de haut niveau, le traitement de la problématique de la santé sort largement de l'Hôpital et s'inscrit non seulement dans une multiplicité de lieux, publics ou privés, mais répond également aux besoins d'une diversité de profils. Cette approche holistique nous amène à privilégier une logique de parcours « santé / bien-être » à l'échelle de la ville et de façon coordonnée avec un nouveau mode d'organisation de l'Hôpital.

À l'instar de la préoccupation des élus locaux quant à leur capacité à offrir un parcours résidentiel à leurs administrés, il est dorénavant également nécessaire de penser un parcours « santé / bien-être » qui va au-delà de la ville, et qui selon les spécificités locales s'élargit au territoire

En effet, le Parcours résidentiel, c'est la capacité pour une ville de proposer une solution de logement à toute personne quel que soit son âge, sa CSP, sa structure familiale. Ainsi, au cours de ses différentes étapes de vie, cette personne trouvera toujours une réponse à son besoin de logement sur ce même territoire.

Imaginer un Parcours santé/ bien-être, c'est la capacité pour un territoire à proposer un environnement et l'accès à des ressources favorisant un épanouissement personnel ainsi qu'une offre de soins préventifs ou curatifs à toute personne peu importe son âge, sa CSP, sa structure familiale, ou son état de santé. Ainsi, au cours de ses différentes étapes de vie, cette personne trouvera toujours une réponse à la prise en compte de sa santé sur ce même territoire.

Les réflexions et témoignages des différents intervenants nous ont sensibilisés au fait que cette évolution de la place de la santé à l'échelle du territoire, et donc de l'Hôpital hors les murs, s'appuie sur trois principes forts.

L'approche devient

1. Territoriale et écosystémique
2. Centrée sur l'usager
3. Agile et favorisée par l'innovation

L'Approche devient territoriale et écosystémique

« La santé n'est pas un état mais un processus d'adaptation permanente. »

On peut retranscrire cette vision à l'échelle d'un territoire.

Une ville est un métabolisme vivant qui doit en permanence rester en mouvement et garantir un équilibre adapté aux besoins de sa population, notamment concernant les sujets de santé et de bien-être.

Comme cela a été développé précédemment, cet équilibre « santé » pose la question :

• De la technicité versus l'accompagnement humain.

• Du rôle de l'espace public versus l'espace privé.

• De la centralisation des équipements et compétences versus leur décentralisation.

• De l'identification des ressources de bien-être et d'épanouissement, qui participent à la prévention (design actif, biophilie, équipement sportif, toilettes publiques, proximité des bancs pour des personnes âgées…), versus la mise à disposition de ressources de soins (préventifs ou curatifs).

• Des modèles de financement publics-privés versus la création de partenariats spécifiques divers, tout en prenant en considération la question des impacts en termes d'inclusion économique et sociale (création d'emplois locaux…), mais aussi l'évolutivité des solutions.

La réponse n'est donc pas standard mais spécifique et adaptée à chaque situation territoriale. Cependant, elle doit systématiquement prendre en considération l'ensemble de ces points d'attention.

L'approche devient centrée sur l'usager

Traiter le sujet de l'offre de *care* ou de *cure* à l'échelle de la collectivité locale doit s'appuyer sur une compréhension des utilisateurs de ces offres. Pour cela, il va falloir investir dans la data et proposer des solutions d'accompagnement adaptées et personnalisées.

Un territoire accueille des profils de population extrêmement variés qui, mis sous le prisme de la santé, de l'identification de leurs besoins et des offres locales, pourraient par exemple se décliner ainsi :



Profil utilisateur	Besoins	Offre locale
Patient	Traitement ponctuel de maladies aigües	– Hôpital – Ambulatoire – Professionnel de santé de ville
Patient	Traitement récurrent d'une maladie chronique	– Hôpital
Personne dépendante	Accompagnement et suivi avec un niveau de médicalisation +/- important	– EPHAD – Maggie's centers – Services mutualisés
Personne non malade	Se maintenir en bonne santé mentale et physique, prévention	– Design actif – Biophilie – Télémédecine – Professionnel de santé

Un même individu peut changer de profil utilisateur au cours de sa vie.

Repositionner l'usager du territoire au cœur de la réflexion sur la santé force à repenser les méthodes d'appréhension de ces sujets, et peut-être s'inspirer des techniques innovantes pour faire émerger de nouveaux projets, comme le *design thinking* « territorial » et ainsi affiner les différentes propositions de valeur « santé » faites aux habitants

L'approche devient agile et est favorisée par l'innovation

L'innovation dans la santé est multiple.

Le domaine de la santé est avant tout bouleversé par l'innovation technologique relative au champ médical, comme les biotechnologies ou la robotique chirurgicale, mais cette dernière impacte également très fortement le parcours et la connaissance du patient, avec des innovations comme la télémédecine, les objets connectés de santé, le dossier médical partagé.

L'innovation réside également dans une approche holistique de la santé, qui ne touche plus que le patient mais l'usager au sens large, en intégrant toute l'innovation urbaine comme le design actif, les capteurs de qualité de l'air ou encore l'*open data* et le *tracking* de données de santé (*Cf.* l'application Strava qui met à disposition des données sur les pratiques sportives dans un quartier).

Ainsi les ARS auraient engagé 260 millions d'euros dans l'innovation depuis 2013 et créé 30 000 emplois pour le secteur de la santé numérique.

«Hôpital du futur, ville et partenariat public-privé»

La santé sort des murs des lieux destinés au traitement de la maladie.

La santé est totalement intégrée dans un écosystème territorial.

L'Hôpital du futur ne serait-il pas un maillon protéiforme du parcours « santé / bien-être », adapté à chaque territoire et coconstruit par des acteurs publics et privés, en coordination avec les ARS et les élus locaux ?





L'INSTITUT PALLADIO A DIX ANS

10 PERSONNALITÉS ET
300 AUDITEURS ENGAGÉS
POUR PENSER LA VILLE DE DEMAIN

DIX CYCLES, DIX MARRAINES ET PARRAINS

LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS TERRITOIRES ?



2012
PATRICK BRAOUEZEC



« La mise en place de la Fondation Palladio et le déroulement réussi du premier cycle de réflexions de son institut viennent à point dans un monde préoccupé par l'avenir de ses villes. Il a besoin que ceux qui les bâtissent et les gèrent se comprennent mieux et échangent, sans a priori et de façon constructive, sur les défis qu'ils vont avoir à relever ensemble. »

LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS HABITANTS ?



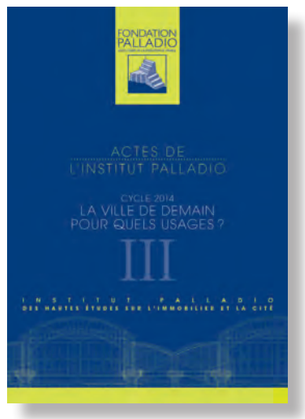
2013
GÉRARD COLLOMB



« Je souhaite remercier la Fondation Palladio de proposer un espace de respiration où l'on peut s'affranchir de l'urgence du moment et prendre le temps de penser la construction de la ville et ses transformations, en bénéficiant de l'éclairage de brillants observateurs contemporains. à titre personnel, je trouve toujours extrêmement enrichissant d'échanger et de croiser les points de vue avec les professionnels de l'urbain, avec lesquels les acteurs politiques coproduisent la ville au quotidien au travers d'un partenariat qui gagnerait, partout, à être encore renforcé. »



LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS USAGES ?

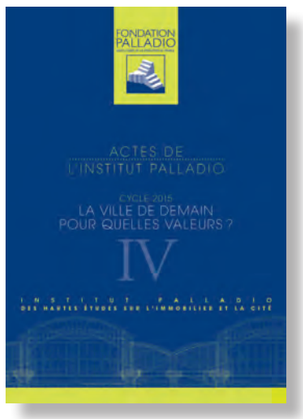


2014
JEAN-LOUIS BORLOO



« Vouloir opposer l'urbain et l'humain, c'est ne rien comprendre à la ville et il faut combattre les travers fonctionnalistes de la Charte d'Athènes qui ont contribué à séparer ce qui n'aurait jamais dû l'être. En réfléchissant sur les "usages" et en réunissant dans le débat les ingénieurs, les urbanistes, les architectes, les constructeurs et les financiers, Palladio participe à l'élaboration d'une Charte d'un nouveau mode pour le XXIe siècle débutant : celle qui privilégie la réalité socio-économique et opérationnelle d'une ville plus durable et responsable de son destin. »

LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELLES VALEURS ?

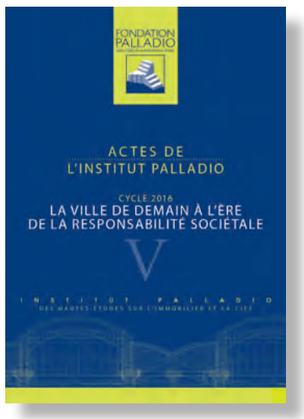


2015
ALAIN JUPPÉ



« Je suis heureux d'avoir été le parrain de ce cycle 2015 et félicite la Fondation Palladio et son institut de poursuivre avec intelligence et persévérance cette exploration fine de notre environnement humain et urbain. Dans notre monde incertain, nous avons plus que jamais besoin d'appliquer nos capacités de réflexion et d'initiative à des objets tout aussi incertains parce que nouveaux mais cruciaux pour l'avenir des Hommes et de la démocratie. »

LA VILLE DE DEMAIN À L'ÈRE DE LA RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE



2016
ANNE HIDALGO

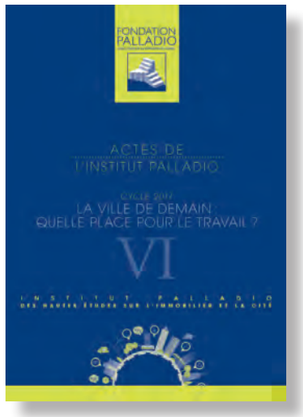


« La construction de la ville de demain ne peut se faire sans les architectes et urbanistes, les acteurs économiques et associatifs, mais aussi et surtout l'ensemble des habitants concernés. Je salue le travail de la Fondation Palladio qui a soulevé, avec le cycle 2016 de son institut, de nouvelles questions essentielles concernant l'avenir de nos villes. Je suis heureuse d'avoir pu parrainer cette année de réflexion particulièrement féconde, et je souhaite une très belle continuation à ce projet nécessaire. »

CYCLES 2017-2021

DIX CYCLES, DIX MARRAINES ET PARRAINS

LA VILLE DE DEMAIN QUELLE PLACE POUR LE TRAVAIL ?



2017
XAVIER BERTRAND



«Trop longtemps, nous avons pensé la ville comme une somme d'infrastructures et d'aménagements, dictant aux habitants un mode de vie. Or, nos manières de vivre, de travailler, de se déplacer évoluant si rapidement, il y a urgence de penser la ville dans une approche innovante, globale, de l'inscrire dans un nouveau modèle de société. Penser la ville ou plutôt les villes et comprendre les évolutions, comme le fait la Fondation Palladio et son institut, sont plus qu'une nécessité. C'est un impératif aujourd'hui pour tout responsable politique.»

HABITER LA VILLE DE DEMAIN



2018
JOHANNA ROLLAND



«Je suis convaincue que la construction de la ville de demain nécessite de nouveaux modes de faire et d'inventer, dans un partenariat renouvelé entre les acteurs privés et la puissance publique, et avec les citoyens, pour imaginer de nouveaux usages, de nouvelles formes urbaines, de nouveaux modes d'habiter qui répondent aux enjeux des transitions écologiques, numériques et démographiques. Les échanges et les travaux au sein de la Fondation Palladio doivent y contribuer.»



ÉCHANGER BIENS ET SERVICES INNOVANTS DANS LA VILLE DE DEMAIN



2019
VALÉRIE PÉCRESSE



«Je partage cette conviction qui est au cœur de l'Institut Palladio : il est essentiel que les professionnels de l'aménagement du territoire bénéficient d'espaces de réflexion, de mutualisation de leurs savoirs et de partage des bonnes pratiques autour des enjeux contemporains des grandes régions métropoles mondiales. J'ai la certitude que de ces échanges naîtront les innovations qui transformeront l'expérience que nos concitoyens font de la ville».

LA VILLE DE DEMAIN AU SERVICE DES SAVOIRS



2020
BERNARD CAZENEUVE



«Je ne dirai jamais assez ma gratitude à l'Institut Palladio et à ses membres pour m'avoir permis, en tant que parrain du cycle 2020, de réfléchir à

« La ville de demain au service des savoirs ». Le thème choisi [...] revêtait une dimension politique, qui invitait à une ample réflexion sur les liens pouvant exister entre l'urbanisme, au sens de l'aménagement des territoires, et l'accès des citoyens aux services publics, à l'éducation, à la culture et plus largement aux savoirs».

BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN



2021
ÉDOUARD PHILIPPE



«Bien que bousculé par l'actualité, le cycle de l'année 2021 a mené le travail prospectif qu'il s'était fixé: comment peut-on encore habiter, se déplacer, travailler, se divertir en ville?

En deux mots, comment peut-on encore vivre, et bien vivre, en ville ? [...]

Je félicite l'Institut Palladio d'avoir contribué à la réflexion collective d'où jailliront les villes de demain. Des villes où l'on sera des millions à se sentir aussi libres, aussi préservés, aussi bien qu'à la campagne.»

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2012


CYRIL AULAGNON


CORINNE BERTONE


MARC BERTRAND


PATRICK BLANC


GILLES BONNIER


PIERRE BOUCHET


BENOÎT CORNILLET


ANNE-LISE DELORON-ROCARD


BERNARD DESLANDES


VINCENT GRAVIER


CATHERINE LE FLOCH


FABIO LUNAZZI


FRANÇOIS MAILLARD


ALBERT MALAQUIN


PIERRE MEYER


PABLO NAKHLÉ-CERRUTI


ANNE PEYRICOT


BRICE PIECHACZYK


MARION PIGNOL


LAURENCE POIRIER-DIETZ


RAPHAËL RICOTE


CATHERINE SABBAH


PATRICK TONDAT


IOANNIS VALOUGEORGIS


CHRISTOPHE VENIEN

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2013


DIDIER BELLIER-GANIÈRE


HERVÉ BOURSIER


PHILIPPE BOUVIER


PHILIPPE CANTREL


MATHIEU CHAZELLE


CHRISTOPHE CHEVALLIER


PHILIPPE CHIAMBARETTA


OLIVIER DANZIGER


LUC DELAMAIN


LAURENT DORÉ


MARC ESPONDA


BRUNO FILIPPI


LOÏC HERVÉ


BENOÎT LABAT


PHILIPPE LE TRUNG


STANISLAS LEBORGNE


BENOÎT LEMMEL


BÉATRICE MAHUZIER


JEAN-MICHEL MANGEOT


ÈVE PIETRIGA


DOMINIQUE RICHARD


CHRISTINE SONNIER


DAMIEN TEROUANNE


GAËL THOMAS


RAPHAËL TRÉGUIER


YANN VIDECOQ

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2014


CORINNE BAYSSIE


VICTOR BETH


DIMITRI BOULTE


AUDREY CAMUS


BERNARD CAROUGE


MARIE-HÉLÈNE CONTAL


MARIE-CLAUDE DALIBARD


ANNE-MICHÈLE DONNET


SÉBASTIEN DUPRAT


BENOÎT FRAGU


FABIEN GARNIER


ÉLÉONORE HAUPTMANN


JEAN-FRÉDÉRIC HEINRY


FRANÇOIS JALLOT


FRANCE JAZANY


VINCENT JEAN-PIERRE


MAUREEN LUCE-MOUTERDE


JÉRÔME MATHIEU


THIERRY MOLTON


BRUNO MONIER-VINARD


VINCENT MOULARD


JEAN-PAUL RIVAL


NICOLAS RUGGIERI


MARINE ULIVIERI


LAURENT VIGNEAU


BA TUOC VO


ROMAIN WELSCH

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2015


FRANÇOIS AGACHE


GUILLAUME BARAÏBAR


LAMIA BOUBAHA


RAPHAËL CATONNET


VÉRONIQUE CHANDELIER


JUSTINE CULIOLI


STÉPHANE DANEL


CYRIL DE FRANCQUEVILLE


FLORENT DE MALHERBE


CHRISTINE DESMOULINS


BENJAMIN DORÉ


MARC FASIOLO


NATHANAËL FOURNIER


LAURE-REINE GAPP


VINCENT GAUTIER


BENOÎT GINOT


STÉPHANE GODET


BARBARA KIRALY


MAXIME LANQUETUIT


DAVID LAURENT


AURÉLIE LEMOINE


ÉDOUARD MATHIEU


FRÉDÉRIQUE MONJANEL


SOPHIE NIGRON-MATTEZ


HÉLÈNE STEVE-DUFAURE DE CITRES


FRANÇOIS TARDY


GILLES THIERRY


ÉRIC TRAUCHESSEC

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2016


ÉLISE AIRAUD


THOMAS AUBERT


SYLVAIN BELLOCHE


JULIEN BÉRUJEAU


CATHERINE BOCQUET


PIERRE BRESSOLLETTE


CHRISTOPHE CANU

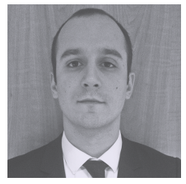

STÉPHANE CAZE


CLÉMENT DECOSTER


CYRIL DOUCET


JÉRÔME DURAND


FRANCK FAUCHEUX


STÉPHANE GARDAVAUD


PHILIPPE GÉRARD


DORRA GHRAB


DIANE-LAURE GRAND


OLIVIER HAYE


STÉPHANIE JANKEL


SONIA LUGASSY


ARIANE MEER


BLANDINE MELAY


STÉPHANIE MEURGUES


OLIVIER MORLET


ÉRIC OUDARD


CATHERINE PAPILLON


VALÉRIE PARES


CHRISTIAN ROBINET


MATHIEU TOLIAN

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2017

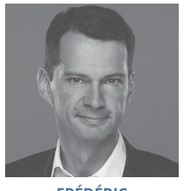

GUILLAUME BIGOT


PIERRE-YVES BONNAUD


OLIVIER BUCAILLE


FRANÇOIS CANTINAUD


OLIVIER COURTAIGNE


FRÉDÉRIC DE KLOPSTEIN


ÉRIC DE THOISY


MARC-ANTOINE DELBAUFFE


GUILLAUME DELORME


ÉRIC DONNET


MATTHIEU EVRARD


YANN FLORENÇON


FRÉDÉRIC GHOULMIÉ


SYLVAIN GRÉMY


PIERRE-YVES GUICE


DIMITRI LACOURTE


ANTOINE LE TREUT


DOAN LEBEL


GÉRALDINE LEMOINE


BÉATRICE LIÈVRE-THÉRY


DIMITRI MAILLARD


ALEXANDRE MERAH


ÉMILIE MOREAU


JEAN-RAPHAËL NICOLINI


BÉRENGÈRE OSTER


GUILLAUME PASQUIER


CHRISTOPHE ZURAWSKI

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2018


ALEXIA ABTAN


MARIE-DOUCE ALBERT


FABRICE AMIC


NAJOUA ARDUINI-ELATFANI


JEAN-FRANÇOIS ARÈNES


XAVIER BARREYAT


FLORENT BORIO


PHILIPPE BRIGNOL


MATHIEU CABANNES


SOFIANE CHIKH


NICOLAS DAUBRESSE


MARIE DUBOIS


VINCENT DUPONCHEL


FABRICE DUPRÉ


MALENA FOCHE


AUDREY FRÉMIOT


LAËTITIA GEORGE


JULIEN GOUBAULT


ÉRIC GROVEN


JEAN-LUC GUIRAL


SAMUEL HENRY-DIESBACH


SÉBASTIEN LORRAIN


BARBARA MONREAL MUÑOZ


CHARLOTTE NOVEL


HANS OSWALD


ÉMILIE PALANQUE


JULIEN PIECHOWSKI


ELSA PISARONI


STÉPHANE SCHEBAT


BAPTISTE SUAUDEAU


CLÉMENT THERY


KATIA TIBICHTE


MARC VETTRAINO

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2019


PAUL ARKWRIGHT


LOUISA BAILECHE


PHILIPPE BAMAS


JÉRÉMIE BASTARD


JEAN-CHARLES BOURLIER


JESSICA BROUARD-MASSON


MATTHIEU CRÉVOISIER


ELODIE DALLONGEVILLE


MARC DAUMAS


BAUDOUIN DELAPORTE


THIBAULT DESSANDIER


RAPHAËL DREUX


ALEXIS DUBOIS


CAROLINE FORTIER


FANNY GUYOT


ERIC HOUVIEZ


LOÏC JARDIN


GUILLAUME JOLY


JEAN-BAPTISTE LAISNEY


TRISTAN LEGENDRE


DAPHNÉ MILLET


OLIVER PAGE


GUILLAUME PETIT


JENNIFER ROCH


VINCENT SADÉ


MARC SPEISSER


JEAN-PHILIPPE SURIAM


GUILLAUME TERRAILLOT


NICOLAS TOMASSO


MATTHIEU VILLAND


AGNÈS VIRALLY


ASTRID WEILL

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2020


SANDRA ARON


MAXIME BARBIER


BERTRAND BERDOULAT


SIMON BERGOUNIOUX


GUILLAUME BOUAZIZ


ADRIEN BOUCHER


PIERRE-ÉDOUARD BOUDOT


ALEXANDRE DE LAGARDE


LOUIS DE MONTAUZAN


HONORINE FANELLI


ROMAIN FERRÉ


ANNE GENOT


PIERRE HAUSSWALT


BÉRENGÈRE JOLY


CHRISTOPHE LADAURADE


JULIEN LANDFRIED


STÉPHANIE LARCHERON


ÉLISE LECLERC


JOSÉPHINE LELONG-CHAUSSIER


HÉLÈNE LIBER


GUILLAUME MANGEOT


VINCENT MATHIEU


LAURENT MOURET


CHARLOTTE PAJAUD-BLANCHARD


ASTRID PELLETIER


CHLOÉ PROSPERI


SARAH RAVALET


ALEXANDRE REINBOLD


SANDRA ROUMI


CAROLINE SAINDERICHAIN


NICOLAS TENNEVET


LOU VILLAND

LES AUDITEURS DU CYCLE PALLADIO

2021


CHANTAL AÏRA CROUAN


MARIE BALMAIN


CHRISTELLE BASTARD


VÉRONIQUE BATY


CLÉMENCE BECHU


ÉMILIE COLLIGNON


ROLAND CUBIN


PAUL DARRIBERE


SABINE DESNAULT


JULIEN DROUAUD


VINCENT DROUET


ELLA ETIENNE-DENOY


OMAR FJER


MARIE-ANNE FOURRIER


SANDRA GALLICE


ÉMILIE GERMANE


ARNAUD HAMON


MATHILDE HAUSWIRTH


MARIE JASON


HUBERT JOACHIM


MATEY KARASSIMEONOV


ORIANE LAFARGUE


THIERRY LASSALLE


MICHEL LE FAOU


SYLVIE LE MONNIER


FRANK LUTZ


MASSIMO MATTIUSSI


LUDOVIC MOULY


ARNAUD NIGOGHOSSIAN


ELIAS RAOUF


CARINE ROBERT


JONATHAN SEBBANE

FONDATEURS ET MÉCÈNES DE LA FONDATIO PALLADIO

LES FONDATEURS

ALTAREA · BNP PARIBAS REAL ESTATE · Bouygues Immobilier · COVIVIO · EY Building a better working world · gecina

ICADE · KAUFMAN & BROAD · KLEPIERRE · LA FRANÇAISE investing together · SOCOTEC · UNIBAIL RODAMCO WESTFIELD

LES MÉCÈNES

ADI ASSOCIATION DES DIRECTEURS IMMOBILIERS · GROUPE ADP · AE75 ALLIANCE ÉCONOMIE · aéma REIM · afilog · bechu + associés

AIRE NOUVELLE · alila Promoteur · AMO Architecture et Maîtrise d'Ouvrage · Amundi Asset Management · ARDIAN · AREP

ARTELIA · BATIPART · BOUYGUES BATIMENT ILE-DE-FRANCE · BUSINESS IMMO · CBRE · cdc habitat

CDIF Club des développeurs immobiliers et fonciers · citynove · CLIMESPACE CNCIC · COSY HOME Property Management Furnished Apartment & Office · egis · EIFFAGE IMMOBILIER

FONDATEURS ET MÉCÈNES DE LA FONDATIO PALLADIO

EMERIGE · enia ARCHITECTES · FFB · France FÉDÉRATION PROMOTEURS IMMOBILIERS · Finestate · OFFICINE MAGELLAN PARIS · NANTES · STRASBOURG · LYON

FREO · FREY investir l'avenir · ga SMART BUILDING · GENERALI Real Estate · Groupama IMMOBILIER · KINGÉROP

inter construction · KARDHAM beyond building · KORIAN · Marignan · OGIC une nouvelle nature de ville · orange

PANHARD GROUPE · PCA-STREAM Philippe Chiambaretta Architecte · PERIAL Créateur de performance durable · POSTE IMMO · pwc · QUARTUS ET LA VILLE SE PARTAGE

RDAI · Groupe Rougnon · RRED™ · SCET Ingénierie conseil · Saphyr · SCAU

Sefri Cime · SFL SOCIÉTÉ FONCIÈRE LYONNAISE · SOCIETE DE LA TOUR EIFFEL · sogaris La logistique urbaine du Grand Paris · SOGELYM DIXENCE · spie batignolles

TECILI CONSEIL · VEOLIA · VINCI CONSTRUCTION FRANCE · VINCI IMMOBILIER · VIPARIS

Nous remercions tous ceux qui ont participé à la réalisation de cet ouvrage.

Collection « Les Actes de l'Institut Palladio® »
ISSN 2268-848X
Cycle 2021 - Bien-être et santé dans la ville de demain
Édition novembre 2021

Les « Actes de l'Institut Palladio® » est une publication de la Fondation Palladio, abritée par la Fondation de France.
Fondation Palladio : 8 rue Favart, 75002 Paris
www.fondationpalladio.fr - Tél : +33 (0)1 40 38 38 31

Conception graphique : Autonne, www.autonne.com
Imprimeur labellisé imprim'vert
Crédits photos :
Stéphane de Bourgies, Nicolas Grout, Bertrand Rieger, Frank Ryckewaert,
Région Île-de-France, Lou Benoist, ville du Havre et Istock .

INSTITUT PALLADIO DES HAUTES ÉTUDES SUR L'IMMOBILIER ET LA CITÉ
COLLECTION « LES ACTES DE L'INSTITUT PALLADIO® »

DÉJÀ PARU

2012 : LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS TERRITOIRES ?
2013 : LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS HABITANTS ?
2014 : LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELS USAGES ?
2015 : LA VILLE DE DEMAIN POUR QUELLES VALEURS ?
2016 : LA VILLE DE DEMAIN À L'ÈRE DE LA RESPONSABILITÉ SOCIÉTALE
2017 : LA VILLE DE DEMAIN : QUELLE PLACE POUR LE TRAVAIL ?
2018 : HABITER LA VILLE DE DEMAIN
2019 : ÉCHANGER BIENS ET SERVICES INNOVANTS DANS LA VILLE DE DEMAIN
2020 : LA VILLE DE DEMAIN AU SERVICE DES SAVOIRS
2021 : BIEN-ÊTRE ET SANTÉ DANS LA VILLE DE DEMAIN

À PARAÎTRE EN 2022 :

POUR UNE CIVILISATION URBAINE : LES DÉFIS DE L'ESPACE PUBLIC

FONDATION PALLADIO
AGIR POUR LA CONSTRUCTION DE LA VILLE DE DEMAIN

ABRITÉE PAR LA FONDATION DE FRANCE