

HEALTHY CITIES, HEALTHY CITIZENS

PRECONISATIONS ISSUES DU FORUM 2022



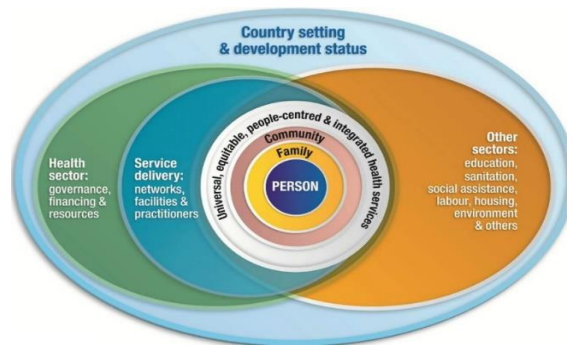
PRINCIPAUX CONSTATS PARTAGES

1. A travers l'histoire, les villes ont toujours entretenu des rapports complexes avec les maladies, les pandémies en particulier (peste, choléra, grippe, etc.). L'histoire se répétant, la récente pandémie du COVID a réinterrogé la manière de concevoir des réponses adaptées (remise en cause partielle de la densification, changement de paradigme pour l'habitat, rôle cru des trames vertes et bleus, etc.). Ces deux thèmes interagissent, et cas d'insuffisance sur l'un des deux plans, les conséquences peuvent être dramatiques. La pandémie Covid a montré que la perte des liens sociaux entraîne des problématiques de santé, y compris sociale et mentale. Or, l'urbanisme peut contribuer à améliorer la socialisation et le bien-être, à travers la qualité des logements, l'environnement, les espaces verts.

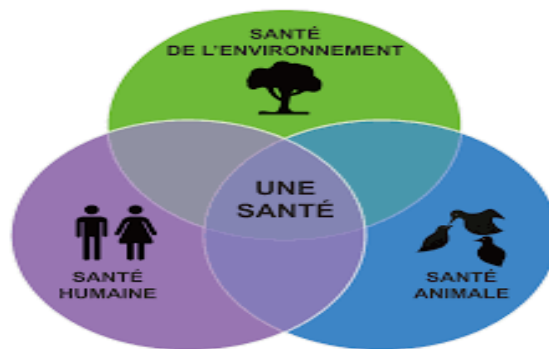


Breughel, la triomphe de la mort

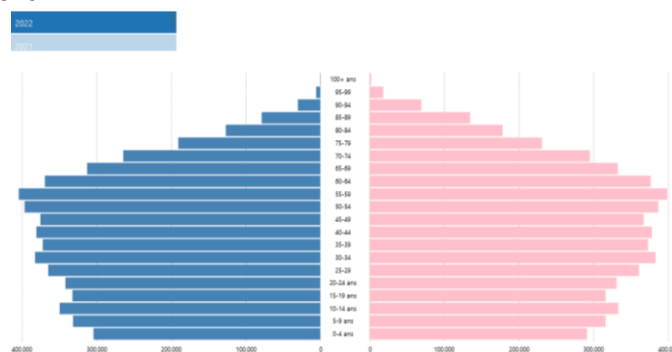
2. La réponse aux besoins de bien-être et à la santé ne peut provenir de la seule approche sanitaire (souvent médicalisée à l'excès). La santé est déterminée par un ensemble de facteurs : les conditions socioéconomiques, (éducation, emploi, famille, revenus); le cadre de vie (environnement, habitat, mobilité, etc.) ; les comportements individuels (tabagisme, alimentation, alcoolisme, activités sexuelles, etc.). Le facteur sanitaire représente à peine de 10 à 20 % des déterminants (selon les auteurs). Le graphique illustre les interdépendances entre les niveaux d'action (source : OMS).



3. La crise climatique a favorisé l'émergence du concept de santé globale (ou One Health) ; celui-ci intègre trois différentes dimensions et conduit à s'appuyer sur l'interaction complexe entre la santé de l'environnement, la santé humaine, la santé animale. Il s'agit là d'un enseignement directement issu de la récente pandémie. Les actions en lien avec l'amélioration du cadre de vie améliorent donc aussi de la santé des habitants.



4. Outre la crise climatique et la menace des pandémies, les intervenants ont souligné le risque majeur d'un tsunami du vieillissement ; les solutions pratiquées, maisons de repos notamment, ne répondent pas totalement aux besoins de chacun, ni à l'augmentation rapides du nombre de personnes âgées (ainsi, en Wallonie, il faudrait créer chaque quinzaine 90 lits nouveaux en maisons de repos). Il en est de même pour l'augmentation des maladies chroniques, ou encore du mal-être de nos sociétés (suicide, solitude, maladie mentale, sens). La médicalisation des problèmes sociaux ne conduit pas une solution durable. D'autres solutions doivent monter en puissance pour ces différentes dimensions.



5. Comment agir pour renforcer la pertinence et l'efficacité des actions menées dans ces deux champs ? Notre système de santé est-il performant ? Nos territoires sont-ils porteurs d'amélioration ? Les acteurs constatent que les performances doivent être améliorées : un surplus d'efficacité peut provenir de la collaboration entre ces champs d'action, ainsi que cela a été souligné lors des débats.

6. Les écarts socioéconomiques reflètent les inégalités : celles-ci augmentent. Elles se traduisent dans différents constats (statistiques, cartographies). Or ces écarts sont fort semblables voire identiques en matière d'environnement : accès à l'espace vert, qualité de l'air, niveau de bruit, etc.

LES PRESUPPOSES DE L'ACTION INTEGREE

Le FORUM a tout d'abord cerné deux présupposés qu'ont partagé le public présent.

1. Une vision holistique s'avère nécessaire pour faire face aux multiples défis qui s'accumulent : le tsunami du vieillissement de la population, l'essor des maladies chroniques, la résurgence des pandémies, la dégradation du cadre de vie, etc.
2. L'évolution nécessaire du « CURE » vers le « CARE », du curatif vers le soin préventif et, plus largement, vers la promotion de la santé. Cette évolution conduit à privilégier l'action de première ligne sous l'angle systémique, plutôt que la segmentation à outrance ou la médicalisation systématique.

PRECONISATION 1. COOPERER ENTRE ACTEURS DE SANTE ET DES TERRITOIRES

Dans le contexte dépeint, le dialogue et la coopération entre acteurs de la santé et du bien-être et acteurs des territoires constitue une priorité. La plupart des intervenants ont souligné combien les échelles d'action des acteurs de la santé et du bien-être pourraient utilement être mieux articulées avec celles des acteurs des territoires.

Le FORUM a mis en évidence ce constat : le dialogue entre ces acteurs est nouveau, quasi-inédit. Peu nombreux sont ceux qui disposent des notions principales qui régissent l'autre domaine que le sien. Le FORUM a mis en évidence la nécessité d'une approche territoriale combinée ; celle-ci garantira une efficacité renforcée, pour chaque action et aux différentes échelles des territoires. En cela la coopération entre les praticiens de la santé globale et les acteurs des territoires s'avère efficiente. Le schéma ci-dessous illustre l'interdépendance, vu depuis le champs d'action des urbanistes : on constate qu'une série de ces domaines sont situés au carrefour des deux types de compétences.



1. Réduire les émissions et expositions aux polluants
2. Promouvoir des modes de vie sains
3. Favoriser la cohésion sociale et le bien-être des habitants
4. Favoriser l'accès aux soins et aux services
5. Réduire les inégalités de santé
6. Gérer les antagonismes
7. Mettre en place des stratégies intersectorielles
8. Promouvoir des projets flexibles face aux évolutions des modes de vie

En fonction de cet éventail et à la suite des débats, FOR URBAN PASSION préconise pour nos villes :

- tout d'abord d'établir une vision partagée entre acteurs territoriaux (qui relèvent des compétences régionales) et acteurs de la santé et du bien-être (qui relèvent pour grande partie du Fédéral et des Communautés) ; celle-ci reposera sur les « présupposés de l'action intégrée » explicités ci-dessus

- cette vision doit ensuite évoluer, et se matérialiser afin de déboucher sur une stratégie transversale (à l'exemple d'Utrecht), qui aborde l'ensemble des préoccupations ; cette stratégie se déclinera aux différentes échelles territoriales : habitat, quartier, bassin de vie, métropole, région). Sa gouvernance sera conduite sur un mode locorégionale : les acteurs du « local » dialoguent avec ceux du « régional », décident et œuvrent ensemble, selon le principe de la subsidiarité.

Dans ce cadre, l'association demande que :

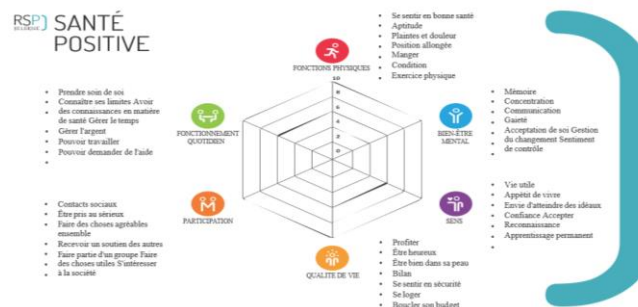
- chaque région prenne l'initiative de rencontres régulières et systématiques qui soient dédiés dans un premier temps à mieux se connaître et prendre connaissance des principales dispositions qui régissent chaque domaine, et qui dans un second temps émettent des avis sur les réglementations en projet ou sur les initiatives projetées
- des discussions s'ouvrent, en présence des représentants des acteurs, sur les convergences à instaurer entre régions, communautés ou institutions dans la perspective de la santé positive.

PRECONISATION 2. PARTAGER DES OBJECTIFS POUR FAIRE EVOLUER LES DISPOSITIFS

Les acteurs de la santé et du bien-être ont déjà du mal à se connaître entre eux : le préventif parle peu au soin de première ligne, le médecin de famille se sent dénigré par la spécialisation curative, etc. La situation est comparable pour les acteurs des territoires : le constructeur ou le développeur connaît peu la planification (sauf ses contraintes légistiques), l'expert phytosanitaire dialogue peu avec l'aménageur, etc. Ce manque de transversalité constitue un obstacle à l'efficacité de certains dispositifs ou de certaines mesures : au sein même des dispositifs de santé, de même que pour ceux relatifs aux territoires. Avec ces différents intervenants, nous avons partagé ce qui suit.

Jean Hermesse (ancien secrétaire général des Mutualités Chrétiennes, acteur de la politique de santé depuis 40 ans, ayant enseigné l'économie de la santé, administrateur actif dans plusieurs institutions). Il a mis l'accent sur :

- les six déterminants de la santé positive :



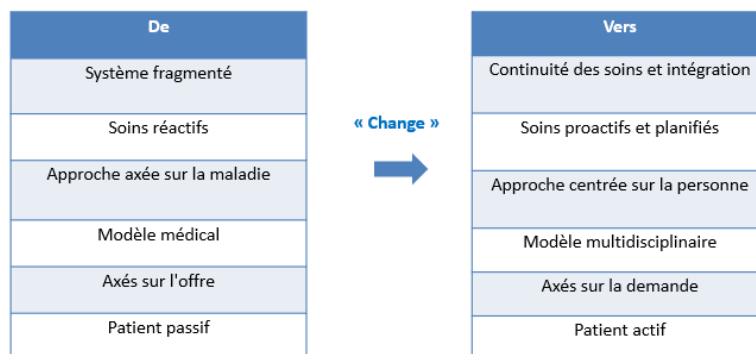
- l'insuffisance en matière de prévention : les dispositifs sont dispersés, les politiques se parlent peu car les outils se trouvent éclatés entre les niveaux de pouvoirs

Ri De Ridder (a été haut fonctionnaire au sein de l'INAMI. Il a souvent plaidé en faveur de la responsabilisation des acteurs à l'échelle des territoires, et soutenu les Maisons médicales dont il a été un initiateur à Gand. Il est l'auteur de « Au chevet de nos soins de santé » publié chez Mardaga en 2020). Il a insisté sur ces défis :

- l'accent à mettre sur la promotion de la santé : cette dernière doit être un argument sans cesse avancé car il motive chacun pour soi et pour les autres
- la nécessité de développer ou encourager la solidarité : l'état actif n'est pas une formule creuse, elle doit sans cesse être vivifiée
- décourager la surconsommation (exemple de la gratuité des soins dentaires avant 18 ans) et viser en priorité les publics qui ont un accès difficile aux soins
- développer l'approche populationnelle : en complément des choix *Evidence based*, il faut écouter pour promouvoir les choix *Demand based*.

Il s'agit donc de « démedicaliser », c'est-à-dire de combiner, en partant de la demande, divers soins intégrés allant de préventif au curatif. Autrement dit, il conviendrait que l'attention et les moyens soient davantage consacrés aux soins de première ligne et de prévention, jusqu'aux soins de type curatif répondant davantage à la demande des personnes ; ce qui suppose davantage d'écoute participante.

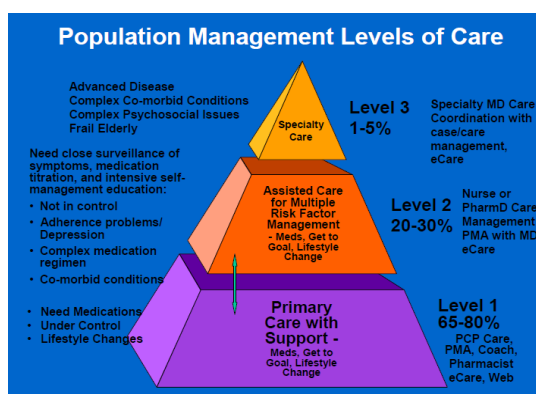
En définitive, il conviendra de faire évoluer les dispositifs selon ce schéma théorique :



Du côté des acteurs du territoire, plusieurs des opérations montrées sont en lien avec des enjeux de sociabilisation, mais aussi d'alimentation saine, de choix des matériaux naturels, et enfin, la qualité de l'air (à travers des actions sur les îlots de chaleur urbaine ou des actions de renaturation). Le nécessaire dépassement de l'action en silo en constitue la condition de base. C'est en ce sens que le mécanisme des contrats de quartier a une forte valeur démonstrative par le changement de paradigme qu'il a fondé. Au sein du dispositif, on se rend compte que tous les actes en lien avec l'amélioration du cadre de vie améliorent également la santé des habitants.

PRECONISATION 3. AGIR ENSEMBLE A L'ECHELLE D'INTERVENTION « N-1 »

Ainsi qu'évoqué plus haut, les acteurs de la santé publique ont souligné le nécessaire renversement de la pyramide du système de santé tel que pratiqué aujourd'hui, illustrée comme suit, afin de promouvoir les choix *Demand based*. La priorité est alors accordée aux soins primaires, la prévention et la première ligne, pour lesquels les moyens seront décuplés.



Les intervenants ont insisté sur le renversement d'échelle que suppose une approche qui prenne comme priorité la demande. Partir de la demande conduit en effet à privilégier le local, afin de multiplier les dialogues et l'écoute, identifier les priorités en matière de promotion de la santé et de prévention, de mettre en place des solutions de proximité.

Le modèle souligne, également et une fois encore, la nécessité d'agir de manière combinée avec les acteurs des territoires. Ce renversement copernicien se traduit par un déploiement des actions de terrain sur le plan local.

Pour les acteurs des territoires, leurs pratiques sont par nature multiscalaires et transversales : agissant sur les établissements humains ou sur la nature, leurs métiers doivent forcément imbriquer les échelles et les domaines traités, sur le mode systémique. Il s'agit notamment de mettre en place des micro-solutions dans différents domaines qui le nécessitent: préservation des sols, lutte contre les îlots de chaleur, changements en matière des énergies, etc. Mais aussi gestion ou création d'équipements de sports, de détente, etc. Chacune des solutions est sous l'impact ou détermine un impact aux échelles différentes. L'évolution des pratiques urbanistiques signale également un « retour au local » qui fait émerger des besoins et des aspirations « issus de la base », qui doivent déterminer les actions de niveau supérieur, dans une logique de *Bottom-up*.

Sur le plan théorique, comment peut-on alors comprendre l'articulation des domaines et les échelles adéquates d'action ? Le modèle de Whitehead se présente comme suit.

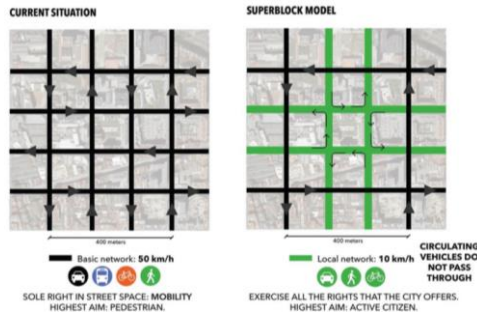


- l'individu : il doit être responsabilisé en renforçant de capacité d'« autodétermination » (*empowerment*), ses connaissances et ses fondements personnels d'agir pour le bien individuel et collectif
- la communauté : le sentiment d'appartenance à une collectivité doit être encouragée ; cela suppose que les marges d'autonomie collective soient augmentées et valorisées, en vue de renforcer la cohésion sociale
- les services et les structures : le cadre de vie doit permettre l'épanouissement, et le degré d'équipements des différents territoires doit être mis en harmonie avec les besoins à proximité ; cela touche de nombreux domaines : l'habitat en premier lieux, le travail, le déplacement, les loisirs et la culture, etc.
- le niveau macro : on a insisté plus haut sur la nécessité d'une gouvernance incluant les différentes échelles ; à partir de celles-ci s'organiser la lutte contre les inégalités (cf. infra), les évolutions de l'économie vers davantage de résilience, etc.

PRECONISATION 4. CHOISIR UN TYPE DE STRATEGIE ADAPTE

Le FORUM a souligné l'importance de stratégies territoriales qui articulent ces deux domaines, à des degrés divers. Ainsi, à travers les exemples analysés lors du FORUM, on constate que chaque ville déploie son propre modèle de combinaison de ces domaines.

Barcelone (Salvador Rueda, ex-directeur de l'Agence de l'environnement de Barcelone). Le plan vise en premier lieu la stratégie de mobilité et d'environnement basée sur la proximité. Il concerne une (grande) partie de la ville, le plan Cerda qui date du 19^e siècle. La création des Supermanzana (ou Superblocks) permet progressivement d'y réduire la circulation automobile. Pour faire accepter le bouleversement des habitudes de déplacement, les arguments mis en avant portent pour une large part sur le bien-être et la santé, incluant la qualité de l'air, la diminution du bruit, l'accès à des jardins collectifs, ou encore à des services divers s'inscrivant dans l'optique de « la ville à 10 minutes ». A ce stade, une petite partie du plan a été réalisée, avec un succès partagé.

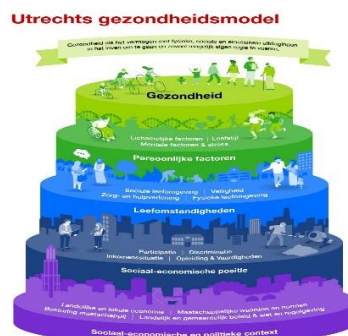


Grenoble (François Berthet est directrice de l'urbanisme de la ville de Grenoble). La « Charte de l'habitat et de la construction favorables à la santé » vise le développement du territoire de la ville. Elle met l'accent sur « les modes de vie » et non pas sur « les grands projets », sujets habituels et majeurs des stratégies urbaines. Il s'agit donc d'aménager le territoire afin que le bien-être individuel et collectif s'améliore, en se basant sur différents déterminants pour chacune des opérations envisagées. Un focus particulier est accordé au logement, prenant en compte les situations locales : limiter les nuisances, verdurer pour prévenir les îlots de chaleur, gestion des eaux, alimentation et activité physique à proximité, accès et mobilité. Le mot Charte renvoie à la volonté d'associer différents acteurs : institutions de soins et services, développeurs immobiliers, acteurs de la mobilité, de l'alimentation, etc. La Charte balise les interventions à venir, elle décline la stratégie aux différentes échelles (métropole, ville, centre, quartier, habitat). A ce stade, le diagnostic partagé a été établi (qui a pris plus d'un an) ; la phase d'implémentation vient de débuter.

La charte vise la qualité de l'habiter pour tous les habitants, le neuf et le construit



Utrecht (Jeroen Koning est responsable de l'approche transversale pour la santé positive) Il s'agit d'une stratégie transversale fédérant les acteurs publics et privés. Outre les thèmes classiques (croissance démographique, pollutions, mobilité, espaces verts), une attention particulière est accordée aux services, à leur modes de gestion et leur implantation dans les divers quartiers. Sous l'intitulé « Healthy Urban Living for Everyone in Utrecht », ces acteurs souscrivent à divers engagements; par exemple quant à la construction durable, la prise en compte des attentes, etc. Il s'agit d'une stratégie « remontante », qui est destinée à évoluer en fonction des résultats et des degrés de satisfaction, notamment en regard de l'évolution de l'espérance de vie en bonne santé dans les différentes parties de la ville.



Le choix d'un modèle stratégique par chaque ville doit avant tout conduire à une cohérence nouvelle, face à l'actuelle répartition complexe des compétences en matière de santé et de bien-être. Et prendre en compte les avancées déjà accomplies.

A Bruxelles et pour ce qui concerne l'action locale, FOR URBAN PASSION se réjouit en ce sens et à titre de premier pas du récent Plan social-santé intégré de la COCOF ; les actions à l'échelle des quartiers se déploient par les contrats locaux social-santé intégrés (CSSI) qui viennent de démarrer. Nous estimons néanmoins que ces plans ou contrats ne peuvent se baser sur une délimitation linguistique communautaire dans une ville cosmopolite telle que Bruxelles. Une articulation forte entre ces CSSI et les contrats de quartier serait bienvenue.

FOR URBAN PASSION se réjouit également des avancées en Wallonie, notamment les plans communaux de cohésion sociale ; l'un de ses sept axes concerne l'accès à la santé pour tous. L'association souligne également les mérites du Plan de Prévention et de Promotion de la Santé (PPPS) et ses cinq axes thématiques.

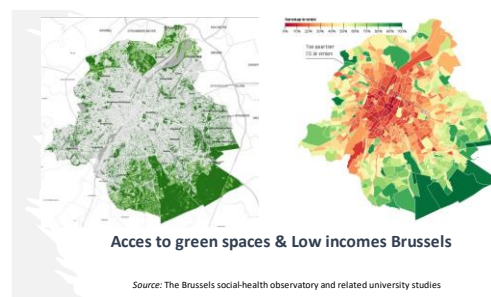
Pour ce qui concerne l'action « régionale », avec la sixième réforme de l'État, le fédéral s'est déchargé de l'exercice de toute une série de matières au profit des entités fédérées. Dans le domaine des soins de santé, le passage des compétences comprend notamment les soins aux aînés (maisons de repos - MR- et maisons de repos et de soins -MRS-), les infrastructures hospitalières, les personnes handicapées avec l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (ADA), la santé mentale (maisons de soins psychiatriques, initiatives d'habitations protégées), la prévention (cancer du sein, colorectal...) et l'organisation des soins de 1ère ligne. La perspective d'un élargissement de la régionalisation des soins de santé rend impérieux de s'organiser mieux, en articulant davantage ces dispositifs.

PRECONISATION 5. RENFORCER L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS ET A UN CADRE DE VIE POSITIF

Les habitants des villes ne sont pas égaux en matière de santé et de bien-être. Les indicateurs examinés lors du FORUM démontrent des différences notoires dans ces nombreux domaines qui reflètent l'inégalité des conditions de vie et en particulier l'accumulation des déficits pour les quartiers où se concentrent les ménages à faible revenu. Cela concerne notamment :

- la qualité de l'air (taux de de microparticules dans l'air, dioxyde d'azote, carbone)
- l'exposition au bruit
- l'espérance de vie
- la santé mentale
- l'accès aux espaces verts, en regard des revenus

(cartographies pour Bruxelles)



Cette discordance plaide pour des politique de discrimination positive, permettant de rattraper, au mieux, les différences de situation en matière des facteurs de bien-être, d'accès aux soins, de qualité du cadre de vie, etc. On doit notamment repenser les dispositifs d'accès aux soins et les incitants (p.ex. l'accès aux soins dentaires dont profitent principalement les jeunes adultes des familles aisées) ; ou encore choisir d'aménager un parc (p.ex. là où se concentre les inégalités d'accès).

Il ne faut pas ignorer pour autant la difficulté d'adapter les mesures liées à la santé et au bien-être en fonction de la perméabilité des territoires (réceptivité des cultures, des modes de vie, des usages...) et

la spécificité des territoires (centre urbain ou campagne). Les besoins et réponses ne sont pas identiques.

MESURES OPERATIONNELLES

Outre la mise en place de ces principes, on veillera aux mesures opérationnelles sectorielles et relatives à ces différents domaines.

Habitat. Celui-ci constitue le premier maillon de la chaîne du cadre de vie. Son impact sur la santé nécessite une attention soutenue pour ces différentes échelles :

- Augmenter le nombre de logements traversants (Grenoble : jusqu'à 80% dans la ZAC Flaubert)
- Améliorer la qualité des constructions (dégradabilité des composants, béton ou colles, etc.)
- Isoler et privilégier des systèmes de chauffage peu énergivores
- Augmenter l'utilisation des énergies renouvelables
- Mutualiser divers services (laverie commune, etc.) ; il faut veiller à accompagner ces prestations par un bailleur ou une association.

Equipement des territoires. L'accent a été mis trop longtemps que la concentration des équipements, hospitaliers notamment, alors que les équipements ou services de l'échelle locale ne font pas l'objet d'une vision ou d'une planification efficace ; les mesures au jour le jour doivent laisser la place à un dialogue entre acteurs des deux domaines. La plupart des territoires sont en insuffisance d'équipements (de proximité) tandis que d'autres ont en situation d'abondance (Simon Davies, sur les zones hospitalières). Les quartiers centraux et pauvres ont un besoin plus important d'équipement et de services (visite guidée de Molenbeek, Jeroen Koning – Utrecht, Salvador Rueda – Barcelone). Dans ce sens, au sein des contrats de quartier il y a toujours eu la création d'une infrastructure publique (école, potager, etc.), au-delà de la production du logement et de l'amélioration de l'espace public. Ainsi, le contrat de quartier « Versailles » poursuit des objectifs qui lie urbanisme et santé tels que :

- Ouvrir des équipements de quartier à toutes et tous (pour enfant, sportif, emploi)
- Favoriser la pratique du sport (place de la femme, des personnes âgées)
- Développer une offre innovante de logements intergénérationnels
- Revaloriser les espaces ouverts
- Encourager l'agriculture urbaine et l'alimentation saine (profiter des ressources pour les activités socioéconomiques).

Qualité de l'air. De manière générale, il paraît hautement utile de prendre appui sur les différents indicateurs pour justifier diverses mesures. Ainsi on ignore trop souvent qu'en matière de pollution, l'OMS recommande des maximums allègrement dépassés (particules fines – valeur recommandée par l'OMS 5 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, valeur observée à Bruxelles 12 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ et en Wallonie 13 $\mu\text{g}/\text{m}^3$; dioxyde d'azote – valeur recommandée par l'OMS 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, valeur observée à Bruxelles 38 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ et à Charleroi 23 $\mu\text{g}/\text{m}^3$). Outre les mesures classiques liées au renforcement de la sévérité de normes d'émissions de véhicules ou de machines, une approche territoriale s'avère nécessaire ; on pense notamment à des zones d'émissions dans le secteur de la logistique.

Trames vertes et bleues. Les villes exemplaires examinées intègrent systématiquement dans leurs aménagements des facteurs de réduction des émissions et d'augmentation de l'humidité (canopées, noues d'eau pluviales, etc.) Elles privilégient souvent la stratégie des « petits pas » : on veille à la progressivité des aménagements, en partant du bac à sable, premier vecteur de convivialité dans le

quartier, pour remonter ensuite vers des aménagement plus larges (Geoffroy Grulois, Françoise Berthet).

Végétal. Face aux chaleurs extrêmes, comment mieux vivre avec le concours du végétal ? (Françoise Berthet, Grenoble, ZAC Flaubert)

- Mission complète confiée à un paysagiste (réalisation de la conception et de l'exécution ; missions qui sont habituellement scindées)
- Objectif affiché de création d'oasis urbaine
- Travail sur la morphologie urbaine : modélisation des Ilots de Chaleur Urbaine
- Macro-lots avec parking souterrains : proposition d'un parking silo
- Gestion de l'eau pluviale (noues)
- Impact des chantiers sur le plan énergétique (bilan carbone complet)

Démonstrateurs. Pour autant, le développement de projet plus larges présente l'avantage de démontrer les effets d'un changement de paradigme. Il s'agit par exemple de quartiers nouveaux nécessaire pour l'accueil démographique ne fournissent l'opportunité (Françoise Berthet, Grenoble, ZAC Flaubert). Ou encore de projet plus petits mais à forte valeur partagée (Jean Hermesse, concernant Vivagora).

Succès. Il faut constamment mettre en avant les clés du succès - Jeroen Koning, Utrecht, et Françoise Berthet, Grenoble ; celle-ci cite parmi les facteurs de réussite :

- Le recours à un sociologue spécialiste en santé publique
- La sélection d'une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) agile sur la méthodologie et la production en collectif
- L'intégration à l'échelle ville du plan municipal de santé
- La détermination de mesures chiffrées qui objectivent le cheminement d'un projet.

Recherche. Le FORUM a également mis en évidence que les liens entre santé et territoires doivent continuer à être investigués. Le milieu scientifique ou d'étude (universités, acteurs de terrain...) est souvent bien au fait des observations, identification des problèmes et des mesures à appliquer mais il n'est guère ou insuffisamment sollicité. C'est pourquoi il paraît nécessaire de :

- Développer les programmes de recherche
- Faciliter l'accès aux données (big-data)
- Aider à la modélisation pour renforcer la proactivité dans une démarche prospective.

Gouvernance. Lors de l'établissement (progressif) des dispositifs de l'Etat-providence, ces derniers ont mis en place des mesures génériques applicables de la même manière à tous, alors que les spécificités des territoires auraient nécessité une méthode d'intervention adaptative. Ainsi, les mesures ont dû être appliquées partout sans que les bourgmestres ne puissent les adapter suivant leur territoire.

- Aujourd'hui, les dispositifs de la solidarité procédurales sont en crise, les mécanismes se sclérosent ou gonflent selon une évolution incontrôlée.
- A présent, il s'agit de réfléchir à articuler ou régénérer ces dispositifs avec ceux de la solidarité chaude, de proximité, faite de gestes de solidarité qui ont laissé des traces vivaces selon les pays ou les contrées.
- Ces derniers peuvent être encouragés dans l'optique de rendre plus visible et plus directs l'entraide. Dans cette optique, il s'agit de reconstruire de manière collective une sécurité sociale adaptée.
- Une première étape peut être d'imaginer un prototype pragmatique et d'en faire un projet test/pilote, pour ensuite proposer aux autorités de faire évoluer le système et d'adopter les mesures nécessaires.