



Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes  
Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports

Secrétariat général des ministères  
chargés des affaires sociales  
Personne chargée du dossier : Nicolas PRISSE  
tél. : 01 40 56 66 19  
fax : 01 40 56 87 65  
mél. : nicolas.prisse@sg.social.gouv.fr

Commissariat général à l'égalité des territoires  
Personne chargée du dossier : Stéphan LUDOT  
tél. : 01 85 58 60 91  
mél. : stephan.ludot@cget.gouv.fr

La ministre des affaires sociales, de la santé et des  
droits des femmes  
Le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports  
La secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région et de  
département  
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé

**CIRCULAIRE N° SG/CGET/2014/376 du 5 décembre 2014 relative à l'intégration des  
enjeux de santé au sein des contrats de ville**  
NOR : AFSZ1500546C

Classement thématique :

**Validée par le CNP, le 5 décembre 2014 - Visa CNP 2014-174**  
**Examinée par le COMEX, le**  
**Ou Visée par le SG-MCAS le**  
**Publiée au BO : oui**  
**Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui**

**Catégorie** : Mesures d'organisation des services retenues par les ministres pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

**Résumé** : La loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine n°2014-173 du 21 février 2014 pose les bases d'une nouvelle géographie prioritaire resserrée. Les quartiers prioritaires feront l'objet de contrats de ville de nouvelle génération signés par tous les services publics. Les ARS seront associées à leur élaboration et à leur signature, selon une méthode décrite dans la présente circulaire. Sous l'égide du SGMCAS et du CGET, une réunion des correspondants des ARS se tiendra prochainement pour faciliter le partage d'expériences entre ARS sur les premiers travaux d'élaboration des contrats.

**Mots-clés :** ARS, loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, contrats de ville

**Textes de référence :**

- Loi de programmation pour la ville et la cohésion urbaine n° 2014–173 du 21 février 2014 ;
- Comité interministériel des villes du 19 février 2013, et plus spécifiquement sa décision n°9 ;
- Convention triennale d'objectifs pour les quartiers populaires du 19 avril 2013 entre la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, la ministre déléguée à la famille, la ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre les exclusions et le ministre délégué à la ville ;
- Instruction n° 5706/SG du Premier ministre relative à l'animation et à la mise en œuvre par l'administration territoriale de l'Etat des conventions d'objectifs pour les quartiers de la politique de la ville du 26 mars 2014 ;
- Instruction n° 5729/SG du Premier ministre du 30 juillet 2014 relative aux contrats de ville.
- Circulaire du 15 octobre 2014 relative aux modalités opérationnelles d'élaboration des contrats de ville

**Objet de l'instruction**

La politique de la ville vise à réduire les écarts de développement entre les quartiers défavorisés et leurs unités urbaines et améliorer les conditions de vie de leurs habitants dans une perspective de rétablissement de l'égalité entre les territoires.

Les orientations de la loi du 21 février 2014 portant réforme de la politique de la ville sont susceptibles d'avoir, par elles-mêmes, un impact favorable sur la santé des habitants en agissant sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. L'action publique dans les quartiers doit également veiller à développer la promotion de la santé et de la prévention, doit promouvoir l'éducation à la santé, favoriser l'accès aux soins et enfin contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

La politique régionale de santé conduite par les ARS est mise en œuvre de manière territorialisée à l'échelle de territoires infrarégionaux pertinents et en articulation avec l'ensemble des institutions, collectivités et acteurs de santé. L'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est une priorité d'action transversale qui guide les politiques de santé de droit commun tant en matière d'offre de soins, de prévention que d'accompagnement médico-social.

La présente instruction a pour objet de définir les conditions de mobilisation des politiques en faveur de la santé portées par l'Etat et les collectivités au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Elle précise notamment les conditions d'association des agences régionales de santé (ARS) à l'élaboration, à la signature et à la mise en œuvre des contrats de ville.

**Etat des lieux de la réforme de la politique de la ville**

La réforme de la politique de la ville conduit, sur la base d'une géographie prioritaire resserrée et unique, à la mise en œuvre de contrats de ville en remplacement de zonages et dispositifs préexistants (CUCS, ZUS, ZRU, ZFU...). Ces contrats seront conclus entre, d'une part, l'Etat et ses établissements publics (dont les ARS) et, d'autre part, les communes et établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre concernés. Ces contrats seront élaborés sur des territoires intercommunaux comprenant un ou plusieurs quartiers prioritaires de la politique de la ville et seront signés également par les Départements, les Régions et les organismes de protection sociale.

La liste des 1 300 quartiers prioritaires de métropole a été diffusée le 17 juin 2014 par le ministère chargé de la ville afin que la concertation conduite par les Préfets avec les maires et les présidents

d'intercommunalité soit finalisée au cours de l'automne pour déterminer les périmètres précis des quartiers prioritaires.

S'agissant des quartiers situés dans les départements d'outre-mer, les travaux sont actuellement en cours.

La liste de l'ensemble des quartiers prioritaires et leur périmètre seront fixés par un décret applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Parallèlement, le nouveau programme national de renouvellement urbain visant en priorité les 200 quartiers présentant les dysfonctionnements urbains les plus importants sera mis en œuvre sur la période 2015–2025.

Les préfets ont pour objectif d'assurer la finalisation des volets « stratégiques » (cadre et objectifs) des contrats de ville (2015-2020) d'ici la fin de l'année 2014, pour une signature des contrats et leurs conventions d'application thématiques et territoriales au 1<sup>er</sup> semestre 2015.

### **Articulation entre le volet santé du contrat de ville et la convention interministérielle du 19 avril 2013**

La convention interministérielle du 19 avril 2013 (1° de l'article 4) confie aux préfets de région et aux directeurs généraux des agences régionales de santé, dans le cadre du CAR, la déclinaison de cette convention au sein de chaque région. Ils doivent conjointement « veiller à la prise en compte des quartiers prioritaires dans l'allocation des moyens sanitaires et médico-sociaux, la mise en place de leurs programmes d'actions et le renforcement de la cohérence et de l'articulation de leurs dispositifs au profit des nouveaux quartiers prioritaires de la politique de la ville dans le cadre des commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) ».

Au niveau départemental, les préfets doivent veiller à la diffusion, l'appropriation et la mise en œuvre de la convention interministérielle du 19 avril 2013, en particulier par la préparation et la négociation des contrats de ville.

### **Elaboration du volet santé des contrats de ville**

Une action coordonnée des acteurs des politiques publiques peut créer à l'échelle des quartiers prioritaires un contexte favorable à la santé et au bien être de la population. Les contrats de ville doivent permettre de construire une stratégie locale de promotion de la santé dont l'objectif est de réduire les inégalités sociales et environnementales de santé.

Ainsi, d'un point de vue général, le volet santé doit comporter des interventions spécifiques mais aussi des dispositions d'articulation avec les autres volets du contrat. En particulier, la promotion de la santé comme mieux-être individuel et collectif doit pouvoir s'appuyer sur une démarche locale de développement social.

L'élaboration du volet santé des contrats de ville repose sur les éléments de méthode prévus par la convention du 19 avril 2013.

1. Les ARS conduiront un diagnostic local de santé partagé avec l'ensemble des acteurs de santé, les partenaires institutionnels et, lorsqu'ils sont constitués, les conseils citoyens - ou, à défaut, les représentants des habitants des quartiers prioritaires - le cas échéant au niveau d'un territoire communal ou intercommunal comportant plusieurs quartiers prioritaires. Un travail devra être mené avec les pôles cohésion sociale des DDCS et des DRJSCS afin de favoriser la prise en compte des déterminants de santé dans la conduite des actions locales de cohésion sociale.

Ce diagnostic peut avoir déjà été réalisé, partiellement ou totalement, dans le cadre de l'élaboration ou de la territorialisation du Projet Régional de Santé (PRS), ou à l'occasion de la préparation de Contrats Locaux de Santé (CLS). Il devra principalement porter sur l'état de santé de la population, l'offre existante et les besoins couverts ou non en matière de santé. Une attention particulière sera portée sur les jeunes, les femmes en situation de monoparentalité et les personnes âgées. Le diagnostic veillera également à prendre en compte les actions possibles sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé car la santé d'une personne n'est pas dépendante de la seule offre de santé mais résulte d'une combinaison de facteurs parmi lesquels les conditions de vie matérielles, le sentiment d'appartenance à un groupe, l'éducation, l'emploi, l'environnement, etc.

Ce diagnostic sera établi en lien avec les Ateliers Santé Ville existants. Il s'appuiera également sur les états des lieux et les données disponibles, notamment auprès des observatoires régionaux de santé, des plateformes d'observation sanitaire et sociale et des organismes de protection sociale signataires des contrats de ville.

Il devra être mis en cohérence avec celui susceptible d'être réalisé pour la mise en œuvre du futur service territorial de santé au public, le contrat de ville devant être partie intégrante de la stratégie territoriale de santé.

2. Le contrat local de santé (puis le contrat territorial de santé) pourra constituer le volet santé du contrat de ville lorsque les territoires d'actions coïncident. A défaut, les priorités d'actions définies par le CLS qui apparaissent pertinentes au regard du diagnostic local alimenteront le volet santé.
3. Le diagnostic permettra de guider le choix des objectifs et des actions prioritaires à mener et à inscrire au contrat, notamment pour améliorer l'accès aux soins de premier recours et renforcer les initiatives de prévention dans les quartiers. Les ARS mobiliseront les mesures ou dispositions existantes, notamment les dispositifs de prise en charge des personnes atteintes du VIH ou toxicomanes, les maisons des adolescents, les centres de planification, les dispositifs spécifiques pour les femmes en situation précaires, les lits halte soins santé (LHSS) ou les PASS hospitalières. Elles tiendront compte des dispositifs d'accès aux droits et de prévention.

Le développement des structures de soins de premiers recours dans les quartiers prioritaires, ou au profit des habitants des quartiers, pourra constituer l'un des moyens de mobilisation de l'offre de soins existante. En particulier, les mesures du Pacte territoire santé pourront être déclinées territorialement, notamment en ayant un suivi de l'installation des praticiens territoriaux de médecine générale dans ou au profit des quartiers prioritaires. Dans le cadre du plan cancer 3, la lutte contre les inégalités d'accès au dépistage sera renforcée.

La mobilisation des conseils locaux de santé mentale existants et leur développement constitueront l'un des objectifs du volet santé du contrat de ville, notamment afin d'améliorer les conditions de diagnostic et de prise en charge du public jeune.

Afin de prendre en compte le « quartier vécu »<sup>1</sup>, les signataires du contrat de ville veilleront avant tout à identifier, en annexe, les différents équipements des champs sanitaire, médico-social et social, mais aussi ceux du champ éducatif ou des transports par exemple, qui sont utilisés au quotidien par les habitants des quartiers prioritaires, pour lesquels les politiques de droit commun et les crédits spécifiques du programme budgétaire 147 « politique de la ville » pourront être déployés afin d'encourager leur mobilisation sur les objectifs de santé inscrits au contrat.

---

<sup>1</sup> Le quartier « vécu » correspond aux usages des habitants et aux lieux qu'ils fréquentent (écoles, équipements sportifs, zones d'activité, etc.). Il conduit à identifier les institutions auxquelles ils sont confrontés dans leur quotidien, les infrastructures et équipements auxquels ils ont recours et plus largement les politiques publiques dont ils sont bénéficiaires. Ce périmètre, complexe à appréhender car renvoyant, selon les politiques publiques considérées, à des modes d'action et des échelles différents, ne fera pas nécessairement l'objet d'une délimitation précise. Les politiques de droit commun et les crédits spécifiques déployés dans le cadre de la politique de la ville pourront bénéficier aux infrastructures, équipements et associations relevant du quartier « vécu ».

4. Les Ateliers Santé Ville (ASV) pourront contribuer à assurer l'animation locale et la mise en œuvre des actions locales décidées dans le cadre du volet santé du contrat de ville.

Un ASV peut également contribuer à l'animation locale d'un CLS lorsque ce dernier constitue le volet santé du contrat de ville et se destine donc aux habitants des quartiers prioritaires. Dans ce cas de figure, les actions organisées au titre du volet santé du contrat de ville pourront être animées par un ASV et bénéficier de financements par l'ARS dans des conditions à déterminer par le contrat de ville.

### **Pilotage de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi du contrat de ville**

Il appartient à chaque directeur général d'ARS de prendre en compte la spécificité des quartiers prioritaires de la politique de la ville et de mettre en place les procédures de travail pour favoriser la bonne prise en compte des questions de santé dans les contrats de ville dont il sera cosignataire.

Le directeur général de l'ARS désigne un représentant auprès du préfet de département afin de participer aux travaux de l'équipe projet en charge de la préparation, de la négociation et du suivi des contrats de ville. Dans les départements métropolitains, ce correspondant est de manière privilégiée le délégué territorial ou son adjoint.

Un comité de pilotage du volet santé du contrat de ville devra être constitué par le représentant local désigné par le DGARS. Il s'appuiera sur les dispositifs existants, et notamment sur celui mis en œuvre lors de l'élaboration du CLS. Il veillera à associer l'ensemble des acteurs de santé et de prévention, et notamment les représentants des centres ou maisons de santé.

Ces travaux doivent débuter dans les meilleurs délais et leur calendrier sera précisé pour chaque futur contrat, en fonction du contexte local.

Les actions retenues devront être mises en œuvre au regard d'objectifs mesurables par les acteurs du contrat, assortis d'indicateurs de résultats propres à chaque contrat et reposant sur des données disponibles. Les trois indicateurs retenus au titre de l'instruction du Premier ministre du 26 mars 2014 précitée devront être considérés, ainsi que ceux de la convention interministérielle du 19 avril 2013.

### **Cas particulier des quartiers placés en dispositif de veille active**

Concernant les quartiers faisant l'objet d'un dispositif de veille active à compter du 1er janvier 2015, la loi du 21 février 2014 prévoit qu'ils peuvent faire l'objet d'un contrat de ville, reposant sur la mobilisation des seuls moyens de droit commun de l'État et des collectivités territoriales, dès lors que le président de l'EPCI et les maires concernés le demandent.

Un travail commun des ministères en charge de la ville, des affaires sociales et de la santé sera engagé afin de favoriser la mutualisation des bonnes pratiques relatives au volet sanitaire et social des contrats de ville. A ce titre, le SGMCAS et le CGET organiseront prochainement une réunion au ministère de la santé, des affaires sociales et des droits des femmes pour permettre à vos correspondants d'échanger sur l'avancée de leurs travaux, les difficultés rencontrées et les solutions apportées.

\*\*\*

Un "guide méthodologique" est en ligne sur le site internet du CGET afin de fournir les éléments de base nécessaires à l'élaboration des contrats de ville : <http://cget.gouv.fr/ressources/kit-methodologique>

La réussite de cette étape décisive de la refondation de la politique de la ville nécessite votre mobilisation et celle de l'ensemble des acteurs de la santé.

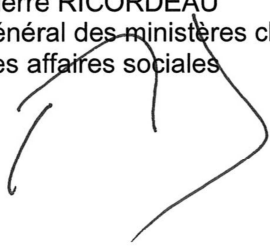
Aussi, je vous engage, au-delà de l'élaboration du seul volet santé, à participer activement à la construction des différents axes du contrat de ville qui peuvent avoir un impact sur l'amélioration de la situation sanitaire des habitants des quartiers, et singulièrement dans les champs du renouvellement urbain, de l'éducation, de la jeunesse et de la lutte contre les discriminations.

Le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et le Commissariat général à l'égalité des territoires se tiennent à votre disposition pour vous accompagner dans vos démarches.

Pour la ministre des affaires sociales, de la  
de la santé et des droits des femmes et par  
délégation

Pour le ministre de la ville, de la jeunesse et  
des sports,  
Pour la Secrétaire d'Etat chargée de la  
politique de la ville et par délégation

Pierre RICORDEAU  
Secrétaire général des ministères chargés  
des affaires sociales



Raphaël LE MEHAUTE  
Commissaire général délégué à l'égalité des  
territoires Directeur de la ville et de la  
cohésion-urbaine

