

## AVIS

### relatif à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé Place des Ateliers santé ville

20 mars 2013

Les inégalités sociales et territoriales de santé sont un enjeu crucial et préoccupant des politiques publiques en matière de santé. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a proposé de mieux les mesurer et de les éviter ou les réduire.

Pour ce qui concerne les réponses apportées sur le terrain, le HCSP a souhaité faire le point sur une démarche récente, les Ateliers santé ville, mis en place il y a une dizaine d'années et pour lesquels de nombreuses productions, publications ou études permettent d'analyser la démarche et de dégager les points forts et les points qui doivent être encore améliorés.

Les Ateliers santé ville (ASV) sont des démarches et des dispositifs, impulsés au niveau national, qui s'appuient sur des dynamiques locales. Ils sont développés au niveau communal ou intercommunal pour une approche territoriale fine des problématiques de santé jusqu'à l'échelle d'un quartier. Depuis 2000, ils représentent le cadre structurant du volet santé de la politique de la ville (issu lui-même du volet santé de la loi de lutte contre les exclusions de 1998). Les ASV sont un des moyens dont se sont dotées les politiques publiques pour soutenir le développement de programmes de santé publique à l'échelon local, dans le cadre d'une coopération entre l'État et l'échelon communal ou intercommunal ; ce qui constitue un exemple unique dans le champ des politiques sanitaires.

Leurs champs d'intervention se caractérisent, d'une part, par leur diversité qui tient à la nécessité de prendre en compte les spécificités des individus, des populations et des quartiers et, d'autre part, par leur capacité à combiner les enjeux propres à la territorialisation des politiques de santé avec ceux de l'intersectorialité des déterminants de la santé.

**Considérant les points suivants :**

#### **1. Les ASV constituent une démarche et un cadre structurant d'ampleur nationale**

La définition d'un Atelier santé ville est rappelée dans le référentiel national diffusé en mars 2012 [1]. « L'ASV constitue une démarche d'ingénierie de projet, de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé au service de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, elle s'applique dans un cadre partenarial au profit des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville ».

Il s'agit d'une démarche d'action de santé publique ou de promotion de la santé reposant sur un diagnostic territorial partagé des besoins de santé [2, 3] (93 % des ASV ont réalisé un ou plusieurs diagnostics territoriaux de santé, dont 85 % avant l'année 2011<sup>1</sup>) et l'élaboration et la

<sup>1</sup> Sauf indication contraire, tous les chiffres cités dans ce document sont tirés de l'enquête annuelle de suivi des ASV réalisée par l'[Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances](#) (Acsé) en 2012 auprès de 220/230 ASV (taux de réponse = 94 %) et portant sur l'année 2011 [3].

mise en œuvre d'une programmation locale de santé (81 % des ASV réalisent une telle programmation) en cherchant à favoriser la participation des habitants [4].

Les ASV visent à : identifier au niveau local les besoins de santé spécifiques des habitants des quartiers en difficulté et leurs déterminants, notamment ceux liés aux conditions de vie de ces habitants ; mobiliser l'ensemble des acteurs et ressources d'un territoire ; fédérer un collectif autour des questions de santé et développer de nouvelles formes de coopération. Il s'agit de tenter d'inscrire dans une dynamique de co-construction des individus considérés comme des acteurs-citoyens.

Leurs objectifs stratégiques, listés dans leur référentiel [1], sont notamment de :

- Améliorer la connaissance de la situation du territoire en matière de santé,
- Développer le partenariat et le travail en réseau,
- Favoriser l'accès aux soins et à la prévention,
- Agir pour la continuité et le développement de l'offre de soins,
- Développer la participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé,
- Renforcer les compétences des acteurs locaux et l'information en matière sociale ou de santé,
- Favoriser l'accès de la population aux droits sociaux et sanitaires,
- Favoriser les pratiques d'évaluation des actions conduites et la mise en place d'outils.

Les ASV, au nombre de 230 en 2011, couvrent aujourd'hui largement le territoire national. Au total, 75 départements en comptent au moins un, et parmi eux, 5 se sont dotés chacun de plus de 10 ASV (Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Rhône, Bouches-du-Rhône et La Réunion). Un tiers (38 %) des 221 ASV ayant répondu à l'enquête de suivi de l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé) ont été créés entre 2000 et 2006, 44 % entre 2007 et 2008<sup>2</sup> et 18 % entre 2009 et 2011.

En 2011, 215 ASV ont généré 3 492 actions, soit une moyenne de 16 actions chacun. En moyenne, chaque ASV compte 1 629 bénéficiaires « directs »<sup>3</sup> de ses actions, soit un total de 327 975 bénéficiaires directs et 571 224 bénéficiaires indirects.

Dans une perspective de réduction des inégalités [5], le volet santé des contrats de ville - dans lesquels s'inscrivent les programmes des ASV - constitue un levier supplémentaire pour atteindre les publics les plus marginalisés.

De fait, pour la santé des populations en difficulté, six thèmes principaux ressortent des actions menées par les ASV : « nutrition et santé », « pratiques addictives et à risque (y compris tabac et alcool) », « santé mentale », « VIH/sida-IST-hépatites », « cancer » (y compris les dépistages) et « autres thèmes ». L'axe « santé des populations en difficulté » et le thème « nutrition et santé » regroupent à eux seuls 43 % des actions. Parmi les actions ciblées sur un public particulier, 37 % concernent les jeunes de 16 à 25 ans et le public scolaire. Les trois thèmes « nutrition », « addictions » et « précarité » ont représenté 44 % des projets des ASV retenus en 2011 lors d'appel à projets d'organismes nationaux et/ou des ARS et on note une progression du thème « cancer » entre 2010 et 2011. L'ensemble des 656 actions issues des appels à projets représente 20 % du nombre total des actions des ASV.

L'objectif quantitatif affiché par l'Acsé était de porter le nombre des ASV à 300 d'ici la fin de l'année 2011, objectif qui n'est pas encore atteint.

<sup>2</sup> Ces années correspondent à la mise en place des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS), dont le volet santé est la cinquième thématique prioritaire.

<sup>3</sup> Un bénéficiaire direct est un habitant ou un professionnel concerné par une action de l'ASV. Cela exclut les représentants d'institutions partenaires ou pilotes de l'ASV et les personnes visées par des actions très larges, par exemple de communication ou d'information.

## 2. Les ASV sont développés et soutenus par l'Etat et les collectivités territoriales

Les ASV ont été constamment soutenus par les ministères de la santé et de la ville, le Comité interministériel des villes (CIV) et le Conseil national des villes (CNV). Le soutien d'élus locaux au co-pilotage des ASV et leur attachement à cette démarche et à ce dispositif de « coproduction de santé publique » [6] ont été également régulièrement exprimés (notamment par l'association Élus, santé publique et territoires [7]) et valorisés par le réseau Ville-Santé de l'OMS. La moitié des ASV est directement portée par une commune, 21 % d'entre eux par un Centre communal d'action sociale (CCAS) et 9 % par une intercommunalité, une communauté d'agglomération ou un syndicat intercommunal<sup>4</sup> ; ce qui souligne l'engagement des élus locaux.

Depuis 2007, un ensemble de moyens (inscrits dans la loi de finances) ont été dégagés par l'Acisé<sup>5</sup> dans le cadre contractuel de la politique de la ville, afin de cofinancer l'ingénierie des ASV (dans les faits les postes de coordination et la réalisation de diagnostics locaux) et les actions de prévention et d'accès aux soins dans le cadre du volet santé des CUCS. Le financement des programmes d'action générés et/ou suivis par les ASV relève également d'autres sources. Au total, les communes financent les deux tiers des ASV et les Agences régionales de santé (ARS) en soutiennent un peu plus d'un tiers. En moyenne, un ASV est financé, hors actions, par trois financeurs différents, pour un montant moyen annuel total de 78 625 € (soit un total annuel de 16,5 millions d'euros). Les ASV ayant déclaré mener 3 492 actions en 2011, le montant moyen de financement par action est de 5 710 €.

## 3. Les ASV s'inscrivent depuis leur création dans les évolutions réglementaires

Les ASV ont été créés le 14 décembre 1999 à l'initiative du CIV et ont été rendu opérationnels par la Délégation interministérielle à la ville (DIV) en juin 2000, en lien avec la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'action sociale (DGAS), afin de structurer le volet santé des contrats de ville puis des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et d'impliquer les élus locaux dans un cadre contractuel avec l'Etat. Depuis 2006, la santé est l'une des cinq thématiques prioritaires de la politique de la ville [8,9] et, la même année, le ministère de la santé inscrit les ASV dans la politique régionale de santé publique [10].

Les liens entre les Contrats de ville dans lesquels sont développés les ASV et les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les plus démunis - une des mesures phares de la lutte contre les exclusions en 1998 - ont été réaffirmés plusieurs fois entre 2000 et 2009 [11-16]. Les ASV ont également été positionnés par l'instruction ministérielle du 11 janvier 2011 [17] comme des outils et dispositifs mobilisables dans des champs d'action communs - sanitaire et social - pour développer les politiques de prévention et de promotion de la santé qui nécessitent une articulation des deux. Enfin, il est préconisé de lier le développement des ASV à celui des Contrats locaux de santé (CLS) [18] institués par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009 et portés par les ARS et les collectivités territoriales. Cette articulation est aussi incluse dans le référentiel national des ASV [1]. D'après l'enquête Acisé de 2012, 14 % des villes ayant un ASV ont signé un CLS en 2011<sup>6</sup> et un tiers des ASV indiquent que le projet est en cours (dans 94 % des cas, ils sont alors impliqués dans son élaboration).

## 4. Les ASV ont initié puis formalisé une démarche innovante qui fait émerger et/ou consolide des réseaux d'acteurs locaux

Dans le processus de mise en place des projets ASV, différents moments sont distingués. En pratique et successivement [19] :

- la prise de conscience et la sensibilisation aux problématiques de santé locales de tous les acteurs au moment de la réalisation initiale du diagnostic des besoins locaux, piloté par le coordinateur ASV ;

<sup>4</sup> Enquête annuelle de suivi des ASV réalisée par l'Acisé en 2011.

<sup>5</sup> L'Acisé fournit 90 % du financement de l'Etat aux ASV et, en moyenne, 53 % du budget total des ASV.

<sup>6</sup> En Ile-de-France, cette proportion atteint 68 % en janvier 2013 (54/79 villes avec un ASV ont signé un CLS).

- puis la connexion avec toutes les politiques et ressources locales concernées (notamment de droit commun) - pas seulement strictement sanitaires - au moment de la mobilisation des opérateurs et de la définition des actions et programmes identifiés comme prioritaires (le coordonnateur ASV n'étant ici jamais lui-même opérateur).

Dès 2000, un cadre de référence a été défini [20]. Une labellisation est proposée en 2007, qui développe surtout les éléments à identifier dans le projet ASV [21]. Cette logique aboutit, en 2012, à l'édition d'un référentiel national des ASV [1] qui traite de leur positionnement dans le contexte actualisé des politiques publiques de santé et de cohésion sociale, et vise à harmoniser les pratiques.

Ce référentiel national<sup>7</sup> affiche ainsi les principaux acquis des démarches ASV tant sur le plan méthodologique que stratégique :

1. sur le plan méthodologique : définition de territoires de projet en santé pertinents au niveau local, élaboration de diagnostics participatifs des besoins, fédération d'acteurs et élaboration partagée d'un plan et d'une programmation d'actions de santé, coordination et suivi de celle-ci par une structure dédiée, animation de la démarche par un professionnel compétent ;
2. sur le plan stratégique, les dynamiques locales de santé animées dans ce cadre sont souvent les seules qu'on puisse observer sur ces territoires.

Par ailleurs, des instances d'animation régionale mises en place dans les six régions parmi les plus peuplées de France métropolitaine, permettent les échanges d'informations et le partage des pratiques. Enfin, une plate forme nationale de ressources est active depuis janvier 2012. « Cette plateforme a pour objet de contribuer aux réflexions sur les inégalités sociales et territoriales de santé ; de constituer un réseau national référent pour les acteurs locaux, régionaux et nationaux ; de rendre accessibles les informations nécessaires au fonctionnement des ASV et d'être force de propositions et de ressources pour la recherche, l'innovation et l'expérimentation » [22].

### **5. Transversalité, intersectorialité et promotion de la santé constituent les clés d'action des ASV sur les déterminants sociaux de la santé au niveau le plus local**

« L'originalité des ASV tient en grande partie dans leur capacité à assurer la transversalité et à promouvoir des actions de santé intersectorielles liées aux autres thématiques des CUCS » [1] et des politiques de différents secteurs ayant un impact sur la santé (habitat, environnement, transport, cadre de vie, éducation, insertion...). Associée à une démarche de programmation, cette capacité permet « d'optimiser ainsi l'impact des interventions sur les déterminants de la santé » [23]. Sur ces déterminants complexes, les ASV visent à générer une expertise partagée ainsi qu'une action partenariale et ainsi faire évoluer le système de santé comme l'un des vecteurs essentiels du développement social des villes.

La démarche développée par les ASV s'appuie ainsi sur des références conceptuelles et méthodologiques telles que l'approche systémique de la santé et la promotion de la santé.

Les ASV propagent une culture de promotion de la santé et de programmation en santé à l'échelle locale [24] : diagnostics partagés avec objectivation collective des besoins de santé ; mise en place des conditions d'expression de la population (habitants et professionnels de la santé et du social) ; émergence de nouvelles problématiques en facilitant leur reconnaissance et leur intégration dans les dispositifs de droit commun ; production de connaissances sur les territoires et émergence d'expertises locales. « Les ASV produisent un véritable effet organisateur du champ local de la santé, qui améliore l'efficacité et la cohérence des actions développées sur le territoire » [23].

<sup>7</sup> Son contenu précise l'organisation et le fonctionnement de l'ASV en indiquant ce que le projet ASV devrait être en terme de positionnement de la démarche, de pilotage, de coordination, de portage juridique, de financement et de suivi des ASV. Les missions de l'ASV sont détaillées, ainsi que l'environnement partenarial. Dans cet environnement, l'articulation des ASV avec les CLS est analysée et scénarisée. Enfin, des éléments de cadrage méthodologique sont exposés dans plusieurs annexes.

La mise en chantier de diagnostics de territoire et la fonction de veille territoriale font aussi des ASV des lieux d'observation locale. Ils représentent un « cadre pertinent de recueil et de partage de la connaissance et sont sources d'évolution des pratiques professionnelles et territoriales » [24]. Ainsi, « ces ASV constituent de véritables cellules territorialisées d'alerte et d'actions visant notamment à informer les habitants des campagnes nationales de prévention et favoriser leur accès aux soins » [25].

## **6. Les ASV sont des outils de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé même si leurs impacts sur ces inégalités sont difficiles à évaluer**

Un certain nombre d'arguments et de faits plaident pour affirmer que les ASV s'inscrivent dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, comme le HCSP l'a déjà rappelé dans un précédent rapport : « ses dispositifs ASV, parce qu'ils peuvent mettre en lumière les aspects contextuels des inégalités sociales de santé et donc à terme proposer des actions visant à leur réduction tant par des politiques d'aménagement que par des politiques de prévention et d'actions de santé publique, sont particulièrement intéressants » [26].

Les ASV sont inscrits depuis leur création dans les politiques publiques de lutte contre l'exclusion, puis de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé à partir de 2003 :

1. en tant que démarches et dispositifs structurants du volet santé de la politique de la ville, ils concernent par définition les habitants des quartiers défavorisés ;
2. par leur ancrage territorial au plus près des besoins des populations [27] : les ASV contribuent, par les diagnostics locaux et leur fonction d'observation [28], à mieux connaître les problématiques sur les territoires en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. De ce point de vue, les ASV contribuent très nettement à l'identification et à la visibilité des inégalités territoriales et sociales de santé [29] ;
3. par le cadre d'action publique qu'ils créent, susceptible d'adapter et enrichir les politiques de santé publique : il en est ainsi de la dynamique instaurée sur le territoire par l'articulation entre les différents volets du CUCS et par l'articulation nécessaire avec les politiques régionales et nationales dans le champ des actions spécifiques visant à agir sur les inégalités sociales de santé [30].
4. par leurs actions sur les déterminants sociaux de la santé, au croisement des politiques de santé (notamment leur inscription dans les PRAPS) et des politiques de cohésion sociale : les actions menées sur le cadre de vie en constituent un exemple quand elles prennent en compte simultanément les difficultés liées à l'habitat, aux relations sociales et à la qualité de vie.

Il reste que l'objectivation et la mesure des effets des ASV sur la réduction des inégalités sociales et territoriales sont difficiles et, de fait, quasi inexistantes. Vu les choix d'attribution de moyens consacrés à l'évaluation par les politiques publiques, de telles évaluations restent hors de portée des capacités et des ressources des dispositifs actuels, au niveau local comme au niveau national. Enjeu méthodologique, de temps et de ressources, « le rôle et l'impact concret des ASV dans la réduction des inégalités sociales de santé ne pourront être appréciés et mesurés qu'après plusieurs années et des travaux d'enquête et d'évaluation plus approfondis » [29].

Dans cette perspective, des chercheurs ont élaboré, avec le soutien de l'INPES, une grille expérimentale d'analyse des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé qui fédère plusieurs méthodes d'évaluation [31]. Cet outil pose les jalons d'une démarche qualité pour agir contre les inégalités sociales de santé ; il ne s'agit cependant pas d'un outil d'évaluation d'impact.

Néanmoins, certaines actions mises en œuvre dans le cadre des ASV ont fait la preuve de leur capacité à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : c'est le cas, par exemple, de celles concernant les dépistages des cancers et la santé bucco-dentaire (notamment grâce à l'intervention de médiateurs et au partenariat avec l'assurance maladie). D'autres actions sur

l'accessibilité aux soins et à la prévention pourraient bénéficier de ce type de partenariat pour mesurer leur impact sur le moyen et long terme.

## **7. Les ASV ont été considérés favorablement dans la plupart de leurs dimensions mais la démarche et le dispositif restent perfectibles**

En 2009, l'analyse critique du volet santé des CUCS a montré que les ASV apportent une véritable plus-value, en générant une dynamique (inédite en France) de coopération contractualisée entre l'État et les collectivités locales en matière de santé, dans le cadre d'une démarche de promotion de la santé associant l'ensemble des acteurs locaux concernés par la problématique [23]. Depuis cette date, le développement des contrats locaux de santé, l'effort de territorialisation des politiques de santé (à travers les Projets régionaux de santé) et la reconnaissance croissante de nouveaux enjeux (par exemple l'accès aux droits sanitaires et sociaux, la santé environnementale, la santé des migrants, ou encore la santé mentale) ont fait évoluer pratiques, partenariats et priorités en valorisant le cadre d'organisation des ASV et leur méthodologie. La grande hétérogénéité et la diversité des ASV ne facilitent pas leur évaluation. En fait, la nature même de la démarche et des objectifs poursuivis justifient cette diversité, qui est plutôt un gage de bonne pratique : « le pragmatisme, propre à la démarche [d'adaptation à la réalité locale très diverse], constitue un des gages de l'instauration d'actions de proximité inscrites dans l'espace potentiel de la réduction des inégalités sociales de santé » [30].

La recherche de la participation et de l'implication des habitants dans une logique de démocratie participative locale et de co-construction constitue un acquis méthodologique important des ASV, même s'il reste dépendant des réalités locales. « En ce sens, l'ASV doit également veiller à ce que l'implication des citoyens se traduise par une effectivité de l'action, en vue de répondre aux besoins exprimés » [24]. La participation des habitants à la conception, la mise en œuvre et/ou l'évaluation des actions a eu lieu dans une majorité des ASV (58 %) en 2011.

Leur valeur réside dans leur capacité à initier et coordonner un projet territorial de santé et à développer des approches intersectorielles de promotion globale de la santé et d'accès aux soins en favorisant l'articulation avec l'ensemble des dispositifs existants dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville [24]. Le CNV, dans son avis 2007, notait déjà « que des résultats ont été obtenus par les ASV, d'une ampleur probablement sous-estimée. » Par exemple, un ASV sur cinq mène des actions en lien avec le cadre de vie et 26 % ont mené au moins une action en lien avec des projets de rénovation urbaine. Les deux tiers des ASV s'articulent aussi, par exemple, avec les Programmes de réussite éducative. Néanmoins, cette transversalité reste très difficile à analyser dans la mesure où les bilans et les évaluations des dispositifs nationaux ou régionaux se font par programmes thématiques [29].

La capacité de mobilisation des acteurs locaux est sans doute un des indicateurs d'activité des ASV les plus pertinents au regard de leurs missions. L'implication des professionnels de santé est souvent la plus difficile même si environ 70 % des ASV tentent de mobiliser les professionnels de santé des secteurs public et privé (la sollicitation du secteur public étant moins intense que celle du secteur privé mais semble s'accompagner d'une meilleure implication). Pour 43 % des ASV, l'accès aux soins dans un contexte d'évolution préoccupante de la démographie médicale locale constitue une priorité. Quand une structure de soins de premier recours s'est créée sur leur territoire, deux fois sur trois des ASV ont été impliqués dans le projet.

La fonction de coordination est essentielle dans la mise en place des ASV (ingénierie de projet et animation territoriale) pour articuler les dynamiques locales et pour assurer le suivi de l'évolution des problématiques de santé sur le territoire [32]. Tous les ASV sont dotés d'un poste de coordinateur (mais une fois sur deux seulement, il s'agit d'un équivalent temps plein). Des facteurs de fragilité ont été mis en évidence, qui tiennent à la variété des employeurs et à leur positionnement local, à la précarité des emplois, la faiblesse des rémunérations et au défaut de reconnaissance, mais également à l'absence d'un référentiel de compétences spécifiques et d'un dispositif national de formation. Ainsi, en 2011, 52 % des coordinateurs sont sous contrat de la

fonction publique territoriale (en CDD de 1 an et moins pour 57 % d'entre eux<sup>8</sup>), tandis que les contractuels de droit privé sont plus souvent en CDI. Le rapport 2012 de l'Acsé montre quelques évolutions positives<sup>9</sup> mais qui restent incomplètes, s'agissant d'un « nouveau » métier qui « joue le rôle de révélateur de nouvelles compétences à articuler au niveau des politiques locales de santé publique, tout en veillant aux interfaces avec les autres échelles territoriales » [33].

En 2011, les ASV ont réalisé plus souvent une évaluation des actions mises en œuvre (82 %) qu'une évaluation globale de l'ensemble de la démarche (42 %)<sup>10</sup>. Cette activité d'évaluation (le plus souvent il s'agit d'auto-évaluation) est dépendante de l'ancienneté du coordonnateur : 55 % des coordinateurs en poste depuis moins d'un an indiquent avoir mené une évaluation d'action(s) en 2010, contre 93 % de ceux en poste depuis plus de deux ans. En matière d'évaluation, l'analyse critique du volet santé des CUCS faite en 2009 [23] a mis en avant la relative faiblesse des capacités de suivi et d'évaluation avec 40 % de non-réponses ou d'absence explicite d'évaluation du nombre de bénéficiaires. En 2011, l'enquête annuelle de l'Acsé a montré que cette proportion a considérablement diminué (6 % de non-réponses et 13 % d'absence d'évaluation du nombre de bénéficiaires) : seuls 9 % des ASV ne répondent pas à la question.

Les modalités de suivi à l'effet d'évaluation les plus utilisées consistent en la définition d'indicateurs et la mise en place de tableaux de bord, généralement déclinés par fiche-programme. Rares sont les évaluations externes (réalisées pour seulement 11 % des CUCS ayant un volet santé). D'autres modalités très diverses sont également, mais plus rarement, mises en œuvre de façon complémentaire (évaluation participative, auto-évaluation ou encore évaluation des processus). Enfin, comme nous l'avons déjà souligné, l'évaluation des impacts (notamment sur les inégalités sociales et territoriales de santé) reste largement hors de portée des moyens humains et financiers consentis aujourd'hui à ces dispositifs.

### **Le HCSP recommande le développement et le renforcement de la démarche et du dispositif ASV**

#### ➤ **Dans leur positionnement au croisement des politiques de santé et de la politique de la ville :**

- par le maintien de l'inscription des ASV dans l'animation des dispositifs de contractualisation entre l'État et les collectivités territoriales dans le champ de la santé et de la politique de la ville, par le biais soit des CLS positionnés sur les quartiers de la politique de la ville, soit des volets santé des futurs contrats pour la politique de la ville ;
- par la formalisation du rôle et de la place des ASV dans la réflexion sur l'articulation entre les besoins locaux et la mise en place des projets régionaux de santé des ARS et des politiques locales de cohésion sociale de l'État (dont la politique de la ville et de rénovation urbaine).

#### ➤ **Dans la pérennisation de leurs ressources :**

- par le maintien des cofinancements pour l'ingénierie des ASV, inscrits dans la loi de finances et confiés à l'Acsé, ne saurait suffire à la couverture des besoins. Compte tenu de l'élargissement des champs contractualisés dans le cadre des CLS, un apport de financement des ARS pour le cofinancement de l'ingénierie ASV est nécessaire. de même que le renforcement des dispositifs de prévention portés par les ARS sur les quartiers prioritaires.

<sup>8</sup> Entre 6 % dans les ASV de statut associatif et 89 % dans ceux portés par des CCAS.

<sup>9</sup> Plus d'un coordinateur sur deux (55 %) est en poste depuis au moins trois ans (ce chiffre était de 44 % lors de l'enquête annuelle précédente). Un effet de pérennisation est observé parmi les coordinateurs en poste depuis plus de 4 ans, qui sont désormais 37 % (contre 26 % l'année précédente, ce qui signifie que les coordinateurs en poste au bout de 3 ans en 2011 ont pour l'essentiel été maintenus en 2012).

<sup>10</sup> La question reste celle des moyens consentis et consacrés à l'évaluation dans le budget récurrent des ASV et/ou celui des actions, par les financeurs des ASV et les promoteurs des actions.

➤ **Dans leur capacité de coordination et d'animation :**

- par la mise en place d'un dispositif national de formation des coordonnateurs ASV, reposant sur une évaluation partenariale des besoins de formation et l'élaboration d'un référentiel de compétences de la fonction, permettant la validation des acquis de l'expérience et la reconnaissance statutaire de la fonction.
- par un soutien accentué à leurs capacités de programmation et de développement de projets de santé ciblés sur les micro-territoires de la politique de la ville. Un tel soutien ne peut s'entendre que dans le cadre de conventions pluriannuelles de financement de l'ingénierie des ASV qui identifient les dotations de chaque cofinanceur et qui soient garantie aux ASV ayant mis en place une programmation d'actions pluriannuelle et animant des dispositifs contractualisés (CLS, volets santé des contrats uniques, conseils locaux en santé mentale) s'inscrivant dans la durée.

➤ **Dans leur cohérence et harmonisation :**

- par le soutien à la plateforme nationale de ressources des ASV et son renforcement pour en faire une véritable instance de pilotage national, diffuser et soutenir le développement de la méthodologie de projet, appuyer la valorisation des ASV et la capitalisation de leurs acquis, valeur ajoutée et production. La plateforme nationale devrait notamment tenir à intervalle régulier des rencontres nationales des ASV avec la participation et le concours d'instances d'expertise en santé publique (dont le HCSP) ;
- par la promotion, la diffusion et l'utilisation des référentiels pour améliorer la qualité de la programmation des ASV : notamment le référentiel national des ASV [1], les outils d'aide à la construction des actions en promotion de la santé et pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé [31] et le guide de recommandations à l'usage des maîtres d'ouvrage de diagnostics locaux de santé [34].

➤ **Dans la mise en œuvre de démarches d'évaluation :**

- par le soutien à des démarches localisées d'évaluation des ASV sur leurs territoires en les centrant sur l'impact sur les inégalités sociales de santé ;
- par la mise en œuvre d'une démarche nationale d'évaluation de la démarche des ASV et notamment par l'étude comparative de la situation et de la dynamique des territoires ayant un volet santé du CUCS selon qu'ils bénéficiaient, ou non, d'une animation ASV ;
- par le concours - en lien avec les Etablissements publics à caractère scientifique et technologique (Inserm, CNRS) et les Universités - de scientifiques et d'experts afin de créer les conditions de la recherche sur des micro-territoires et de mobiliser les compétences pour une évaluation multifactorielle des effets de la démarche locale de santé publique qu'ils mettent en œuvre.

*La Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé a tenu séance le 20 mars 2013 : 11 sur 16 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 11 votants, 0 abstention, 0 vote contre.*

## **Références**

[1] Secrétariat général du comité interministériel des villes. *Référentiel National des Ateliers santé ville (ASV)*. Saint-Denis : Les Editions du CIV, mars 2012, 45 p.

[2] Bertolotto F, Mannoni C, Stefanelli ML, Richard C. *Etat des lieux sur la construction de la démarche ASV : étude auprès de 27 ASV*. Saint-Denis : Délégation interministérielle à la ville, mars 2004, 103 p.

[3] Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances. *Enquête annuelle de suivi des ateliers santé ville 2011*. Paris, Ministère de la ville, 2012, 72 p.



- [4] Club d'observation sociale en Rhône-Alpes. *Observer ensemble : enjeux et éléments de méthode pour une observation partagée des habitants*. Lyon : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, janvier 2010, 47 p.
- [5] Richard C, ed. *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales de santé. Compte-rendu du séminaire des 6-8 octobre 2008*. Saint-Denis : Editions de la DIV, avril 2009, 322 p.
- [6] Collectif. *Les élus et les programmes territoriaux de santé publique : bilan et perspectives des Ateliers santé ville. Actes du séminaire du 27 janvier 2005 à l'Assemblée nationale*. Saint-Denis : Délégation interministérielle à la ville, 2005, 62 p.
- [7] Elus, santé publique et territoires. *Offre de soins, accès à la santé: Quel rôle pour les élus locaux ?* Saint-Denis : ESPT, 2008, 154 p.
- [8] Décisions CIV du 14/12/1999, du 09/03/2006, du 18/02/20011. Confirmée par la circulaire du 24 mai 2006 sur l'élaboration des CUCS.
- [9] Joubert M, Mannoni C. *Le volet santé des CUCS, « 5ème pilier » de la politique de la ville*. Saint-Denis : Profession Banlieue, novembre 2009, 16 p.
- [10] Circulaire interministérielle N°DGS/DHOS/SD1A/2006/383 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ASV.
- [11] La circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en place des ASV les inscrit dans les priorités régionales des PRAPS.
- [12] La circulaire DGS du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire donne un premier cadre de référence aux ASV.
- [13] La circulaire DGS du 19 février 2002 relative aux PRAPS, dans sa fiche 4 « pour une démarche de territorialisation », lie les PRAPS et les contrats de ville dans lesquels elle recommande de développer les ASV.
- [14] La loi d'orientation Loi n°2003-710 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans son chapitre sur la réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles, définit les ASV comme une instance notable pour accompagner les programmes de prévention, concrétisation des PRAPS.
- [15] La circulaire N°DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au PRAPS vise à définir la poursuite des PRAPS dans le cadre des Plans régionaux de santé publique (PRSP). Les ASV sont cités pour aider à assurer le déploiement du programme par le développement du partenariat avec des territoires de proximité et leurs élus en particulier avec l'appui des politiques territoriales de l'Etat, pour étayer les diagnostics initiaux, pour soutenir la mobilisation des professionnels. Le référent santé/précarité régional prévu par ce texte apporte son concours au cadrage et à la valorisation de la contribution des ASV. Une annexe entière est consacrée aux ASV avec des éléments pour une labellisation élaborée par la DIV.
- [16] La Loi du 21 juillet 2009 n° 2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients ne cite pas les ASV mais précise néanmoins que les ARS sont associés à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1er de la loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé; loi qui, pour rappel, définit les ASV comme une instance notable pour accompagner les programmes de prévention, concrétisation des PRAPS.
- [17] Circulaire N°SG/2011/08 relative à l'organisation des relations entre les agences régionales de santé et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports.
- [18] CIV du 20 juin 2008, intitulé « Espoirs Banlieue: une dynamique pour la France », Lettre-circulaire interministérielle du 20 janvier 2009 DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.
- [19] Evaluation thématique des CUCS pour le SG-CIV, restitution 30 juin 2009, Fernando Bertolotto, Michel Joubert et Chantal Mannoni.
- [20] Circulaire du 13 juin 2000 qui le détaille en lien avec les PRAPS.
- [21] Annexe de la circulaire du 07 décembre 2007 relative au PRAPS qui livre les éléments élaborés par la DIV pour une labellisation du projet ASV.
- [22] Communiqué. Création de la Plateforme nationale de ressources des Ateliers santé ville, décembre 2011.

- [23] Bertolotto F, Joubert M, Vincent MA, Mannoni. *Analyse critique du volet santé des Contrats urbains de cohésion sociale. Synthèse du rapport final*. Saint-Denis : Secrétariat général du comité interministériel des villes, mai 2009, 18 p.
- [24] Richard C, ed. *Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales de santé*. Compte-rendu du séminaire des 6-8 octobre 2008. Saint-Denis : Editions de la DIV, avril 2009, pp. 144-153 & 164-189.
- [24] Mannoni C. *La démarche Ateliers santé Ville : des jalons pour agir*. Saint-Denis : Profession banlieue (coll. Groupe de travail), janvier 2008, 218 p.
- [25] André P. *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur le bilan et les perspectives d'avenir des politiques conduites envers les quartiers en difficulté depuis une quinzaine d'années*. Paris : Sénat (coll. Rapport d'information), octobre 2006, n° 49, 261 p.
- [26] Haut Conseil de la santé publique. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité*. Paris : La Documentation française – HCSP (coll. Avis et rapports), décembre 2009, 103 p.
- [27] Richard C, ed. *Les Ateliers Santé Ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Saint-Denis : Les éditions de la DIV (coll. Repères), 2007, 287 p.
- [28] Chauvin P. Comment objectiver et construire de la connaissance sur les réalités sociales des quartiers en difficulté ? In : Richard C, ed. *Les Ateliers Santé Ville : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé*. Paris : Editions de la DIV (coll. Repères), 2007, pp. 40-50.
- [29] DRASS Ile-de-France. *Territorialisation en santé publique en Ile-de-France sur la base de l'expérience des Ateliers Santé Ville et des Projets Locaux de Santé. Rapport de synthèse*. Paris : Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, février 2010, 25 p.
- [30] Joubert M, Chauvin P, Richard C. Les Ateliers Santé Ville : intersectorialité et réduction des inégalités sociales de santé à l'échelon local. In: Potvin L, Moquet M, Jones C, eds. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES Editions (coll. Dossiers Santé en action), 2010, p. 178-87.
- [31] Potvin L, Moquet MJ, Jones CM, eds. *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES Editions (coll. Dossiers Santé en action), 2010, 380 p.
- [32] Mannoni C. Le métier de coordonnateur de la démarche Atelier santé ville. *Les cahiers de la DSU* 2005 ; automne-hiver : 33-34.
- [33] Mannoni C. *Les ateliers santé ville : une plus-value locale pour la réduction des inégalités de santé*. Saint-Denis : Profession banlieue, 2010, 67 p.
- [34] Imbert F, Moine L, Guye O, Medina P, Clappier P, Millot I, Venzac M, eds. *Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé*. Paris : FNORS, mai 2012, 114 p.

Avis produit par la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé  
Le 20 mars 2013

**Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)