TABLE RONDE

La place des quartiers prioritaires de la ville dans les contrats locaux de santé (CLS)

19 mai 2026

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

PROGRAMME

1.INTRODUCTION 2

2.PRESENTATION DE L'ENQUETE 4

3.DISCUSSION ET ECHANGES AUTOUR DES RESULTATS DE L'ENQUÊTE 16

4.SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS 24

FABRIQUE TERRITOIRES SANTÉ

RETOUR SUR...

—

-

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

2. INTRODUCTION

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

ACCUEIL INTRODUCTION

Didier Febvrel, président de Fabrique Territoires Santé

Merci de participer à cette journée organisée par l'association Fabrique Territoires Santé.

Fabrique Territoires Santé est une plateforme de ressources et un réseau national qui rassemble des acteur·rices engagé·es dans des démarches territoriales de santé : ateliers santé ville (ASV), contrats locaux de santé (CLS), conseils locaux de santé mentale (CLSM) et autres dispositifs, quels que soient les territoires concernés : quartiers prioritaires de la politique de la ville, territoires ruraux ou encore territoires ultramarins.

La matinée est consacrée à une réflexion collective qui précède, comme chaque année, notre assemblée générale, laquelle se tiendra cet après-midi à 14 heures.

Nos échanges s'appuieront sur une enquête exploratoire portant sur la place des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les contrats locaux de santé. Cette enquête vous sera présentée par Margaux Fête, chargée de mission à Fabrique Territoires Santé.

Nous poursuivrons ensuite avec une table ronde réunissant plusieurs intervenant·es :

Nous accueillerons Jade Roig, coordinatrice du Contrat local de santé de Sète et Fanny Rouquette, coordinatrice du Contrat local de santé des Montagnes catalanes. Toutes deux sont coprésidentes du **ROC-CLS** (Réseau Occitanie des coordinateurs et coordinatrices des CLS)

Nous accueillerons également Khalid Ida-Ali, délégué général de **l'Inter-Réseau du développement social urbain (IRDSU),** réseau national des professionnels de la politique de la ville.

Enfin, **Lucie Lechat**, chargée d'études et de mission à **l'ORS·CREAI Normandie**, Centre de ressources santé, vulnérabilités et politique de la ville, participera également à nos échanges

Avant de commencer, je souhaite remercier chaleureusement **Médecins du Monde**, qui nous accueille aujourd'hui dans ses locaux.

Un merci tout particulier à Amélie Ragueneau, directrice des opérations France, à Ivonne Chivita pour son accompagnement dans l'organisation de cette journée, ainsi qu'à l'ensemble des services généraux pour leur accueil et la préparation du déjeuner.

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

2.PRESENTATION DE l'ENQUETE

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

PRESENTATION DE L'ENQUÊTE « La place des QPV dans les CLS »

Margaux Fête, chargée de mission, Fabrique Territoires Santé

Je vais vous présenter les résultats de l'enquête flash sur la place des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les contrats locaux de santé. Cette enquête s'est déroulée de mai à décembre 2025[1].

Je présenterai d'abord le contexte qui nous a conduit à réaliser cette enquête, les objectifs qui en découlent, la méthode utilisée, les points forts et les limites de cette enquête flash, puis les principaux résultats.

2.1 Contexte

Cette enquête est née d'un premier questionnement sur la place de la santé dans les nouveaux contrats de ville.

Jusqu'en 2014, la santé constituait l'un des champs prioritaires des contrats urbains de cohésion sociale (CUCS). À partir de 2015, l'axe santé a disparu en tant que tel et s'est trouvé intégré dans l'axe « cohésion sociale » ou dans d'autres axes des contrats de ville. Les actions de santé n'ont pas disparu, mais elles sont devenues moins visibles.

Avec les contrats de ville « Quartiers 2030 », en vigueur depuis 2024, la santé réapparaît comme un enjeu identifié. Nous avons donc souhaité analyser concrètement la place des actions de santé dans ces nouveaux contrats.

Une deuxième interrogation concernait le manque de visibilité sur le déploiement des CLS dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. On observe une disparition progressive des ateliers santé ville (ASV), historiquement dédiés aux quartiers prioritaires, tandis que les CLS sont désormais signés à des échelles de plus en plus larges, souvent à moyens constants. Cette évolution interroge leur capacité d'animation et de coordination.

La circulaire de 2014 précise que le contrat local de santé constitue le volet santé du contrat de ville lorsqu'il n'existe pas d'atelier santé ville. La question est donc de savoir comment cette orientation se traduit concrètement sur les territoires. Quelle place occupent les actions de santé ? Comment s'articulent les contrats locaux de santé, les ateliers santé ville et les contrats de ville ?

Cette enquête vise ainsi à comprendre comment les CLS prennent en compte les quartiers prioritaires et comment ils s'articulent avec les contrats de ville et les ASV. Elle permet également d'identifier les principaux leviers et freins à la coordination des acteur·rices de santé dans les quartiers prioritaires de la ville.

[1] https://www.fabrique-territoires-sante.org/enquete-place-des-qpv-dans-les-contrats-locaux-de-sante/

2.2 Méthode

L'enquête repose sur un questionnaire semi-ouvert composé de vingt questions réparties en quatre parties.

Elle s'adressait aux coordinateur·rices de CLS exerçant sur des territoires comportant au moins un quartier prioritaire de la politique de la ville.

Le questionnaire a été diffusé par courrier électronique. Il a été complété par un groupe de discussion organisé en novembre 2025, réunissant onze participant·es.

L'enquête a recueilli 122 réponses. Les régions les plus représentées sont l'Île-de-France, la Nouvelle-Aquitaine et l'Occitanie. Au total, 51 départements sont représentés, offrant une bonne couverture du territoire métropolitain ainsi que des territoires ultramarins.

Cette enquête constitue une première approche de l'articulation entre les contrats locaux de santé et les contrats de ville, au moment du renouvellement de ces derniers.

Il convient toutefois de souligner certaines limites. À ce jour, il n'existe pas de recensement national exhaustif des CLS. Bien que l'échantillon soit conséquent, il ne peut donc pas être considéré comme représentatif de l'ensemble des contrats locaux de santé.

Par ailleurs, les résultats reposent sur les déclarations des répondants et reflètent leur niveau d'information au moment de l'enquête.

Profil des répondants

Parmi les 122 répondant·es, 92 % sont des coordinateur·rices de démarches territoriales de santé (CLS, ASV ou CLSM).

Plus de la moitié (56 %) sont coordinateur·rices de contrats locaux de santé et 30 % cumulent plusieurs fonctions de coordination (CLS, ASV et/ou CLSM).

L'enquête ne comprend pas de professionnels de la politique de la ville ou du contrat de ville, ce qui constitue un élément important pour interpréter les résultats.

Concernant les territoires couverts, 63 % des contrats locaux de santé sont signés à l'échelle intercommunale. Quelques démarches concernent des PETR (pôle d'équilibre territorial et rural) ou d'autres territoires de projet.

Pour plus de la moitié des répondant·es, le territoire couvert compte plus de 100 000 habitants.

Organisation des résultats

Les résultats sont présentés en trois séquences :

- La place de la santé dans les contrats de ville, les acteurs impliqués, la gouvernance et les articulations entre CLS, ASV et contrats de ville ;

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

- La prise en compte des quartiers prioritaires de la ville par les contrats locaux de santé, à travers la fréquence, la nature et les thématiques des actions mises en œuvre ;
- Les freins et les leviers de la coordination des acteur·rices de santé dans les quartiers prioritaires de la ville.

2.3 La santé dans les contrats de ville : acteurs, gouvernance et articulation

Cette première partie s'appuie sur quatre questions :

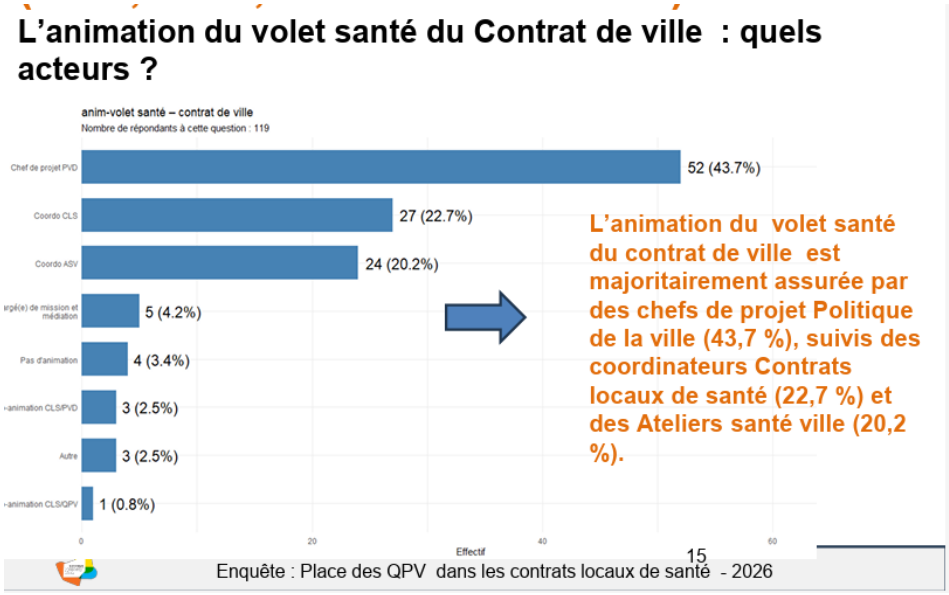
- Qui anime le volet santé du contrat de ville ?
- Le contrat local de santé est-il identifié comme le volet santé du contrat de ville ?
- Quel est le niveau d'articulation, formel ou informel, entre CLS, ASV et contrat de ville ?
- Quelle est la participation des coordinateurs et coordinatrices des démarches territoriales de santé aux instances du contrat de ville ?

RETOUR SUR…

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

Qui anime le volet santé du contrat de ville ?

L'enquête montre que l'animation du volet santé est majoritairement assurée par les chef·fes de projet du contrat de ville, suivi·es des coordinateur·rices de CLS puis des coordinateur·rices d'ASV. Cette répartition interroge les modalités d'articulation entre ces différent·es acteur·rices ainsi que la place des autres partenaires.



L'ASV, le CLS et le contrat de ville : quelle articulation ?

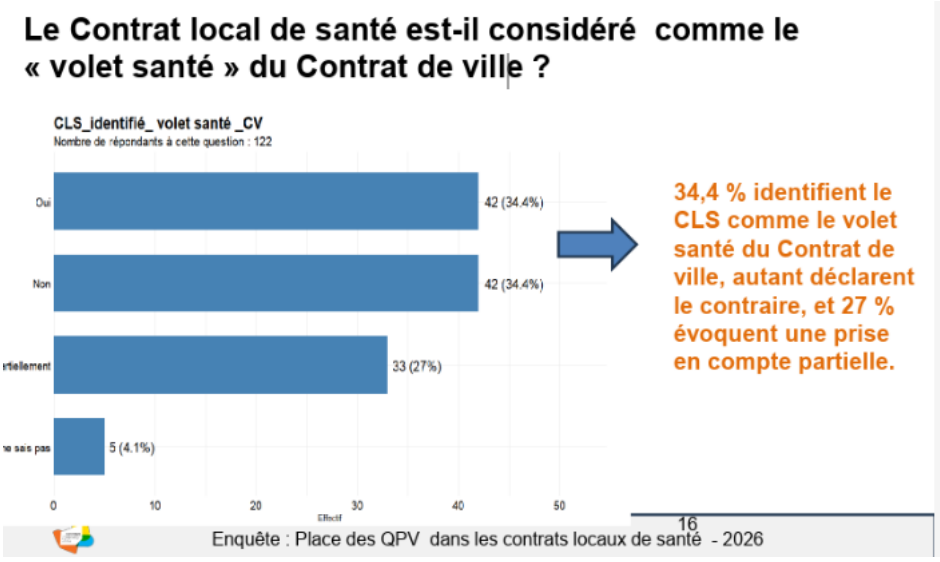
À la question de savoir si **le contrat local de santé est considéré comme le volet santé du contrat de ville**, les réponses sont très partagées : 34 % répondent oui et 34 % répondent non.

Dans les territoires où le CLS est clairement reconnu comme le volet santé du contrat de ville, les axes, objectifs et actions sont construits conjointement. Plusieurs répondant·es indiquent que les axes santé du contrat de ville reprennent ceux du contrat local de santé. Certain·es coordinateur·rices de CLS participent à la réécriture du contrat de ville, aux comités techniques et aux comités de pilotage, voire coaniment le groupe de travail santé avec les équipes de la politique de la ville.

Cette question renvoie également à la complémentarité entre les actions conduites dans le cadre de la politique de la ville et celles relevant du droit commun portées par le contrat local de santé.

RETOUR SUR…

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »



Concernant les ateliers santé ville, les situations sont beaucoup plus hétérogènes.

Un premier cas de figure correspond à des ASV pleinement reconnus comme le volet santé du contrat de ville. Leur animation est clairement identifiée et complémentaire du CLS. Ils jouent alors un rôle de proximité sur les quartiers prioritaires, en constituant une sorte de « loupe » territoriale sur les enjeux de santé.

À l'inverse, dans d'autres territoires, l'ASV est intégré dans les axes généraux du contrat de ville, notamment celui de la cohésion sociale, ce qui réduit sa visibilité sans pour autant faire disparaître les actions de santé. Dans d'autres cas encore, il est absorbé par le contrat local de santé, avec une fusion des instances et la disparition d'une coordination dédiée.

Nous observons ainsi des situations très diverses : une double coordination CLS-ASV dans certains territoires, une coordination unique dans d'autres, voire l'absence totale de coordination dédiée.

Enfin, une large majorité des répondant·es fait état d'une articulation entre contrat local de santé, contrat de ville et atelier santé ville, qu'elle soit formalisée (45,9 %) ou informelle. Seul·es 13,1 % déclarent l'absence de liens entre ces dispositifs.

Ces résultats traduisent une volonté de cohérence stratégique et opérationnelle autour des enjeux de santé dans les quartiers prioritaires.

Quelle participation des coordinateur·rices CLS aux instances du contrat de ville ?

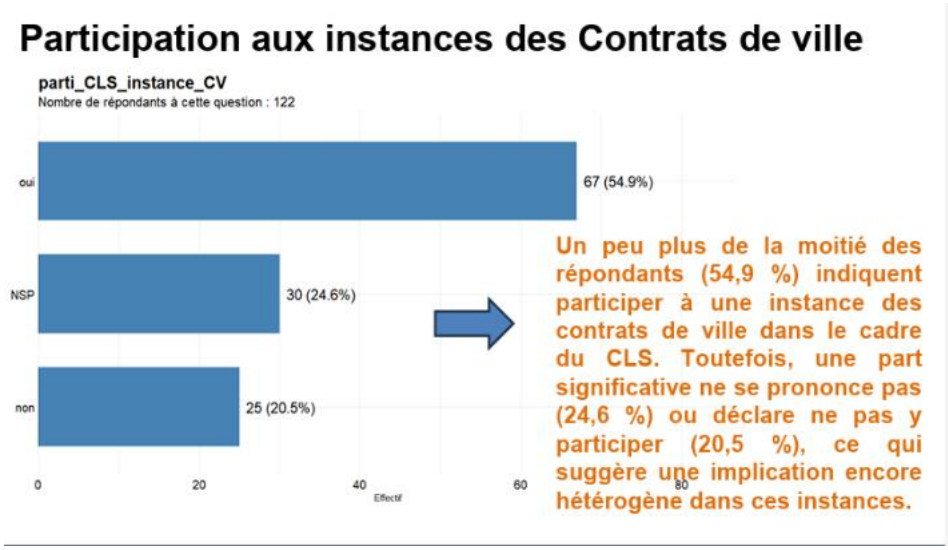
Concernant la participation aux instances du contrat de ville, un peu plus de la moitié des répondant·es déclarent participer aux instances dans le cadre du CLS.

Cette **participation intervient principalement dans les groupes de travail**, puis dans les comités de pilotage (COPIL) et les comités techniques (COTECH).

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

Lorsque les coordinateur·rices n'y participent pas, cela ne signifie pas nécessairement une absence d'articulation. Celle-ci peut s'exercer à un autre niveau, notamment par les partenaires signataires comme les Agences régionales de santé (ARS).



2.4 Actions des contrats locaux de santé et des ateliers santé ville dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville

Cette partie de l'enquête porte sur les actions menées dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Nous nous sommes d'abord intéressés aux actions déployées par les contrats locaux de santé dans les QPV : leur fréquence, leur nature et leurs principales thématiques. Nous avons ensuite examiné les moyens humains consacrés aux ateliers santé ville, notamment leur nombre, leur couverture des quartiers prioritaires et l'existence d'un temps de coordination dédié.

Fréquence des actions déployées

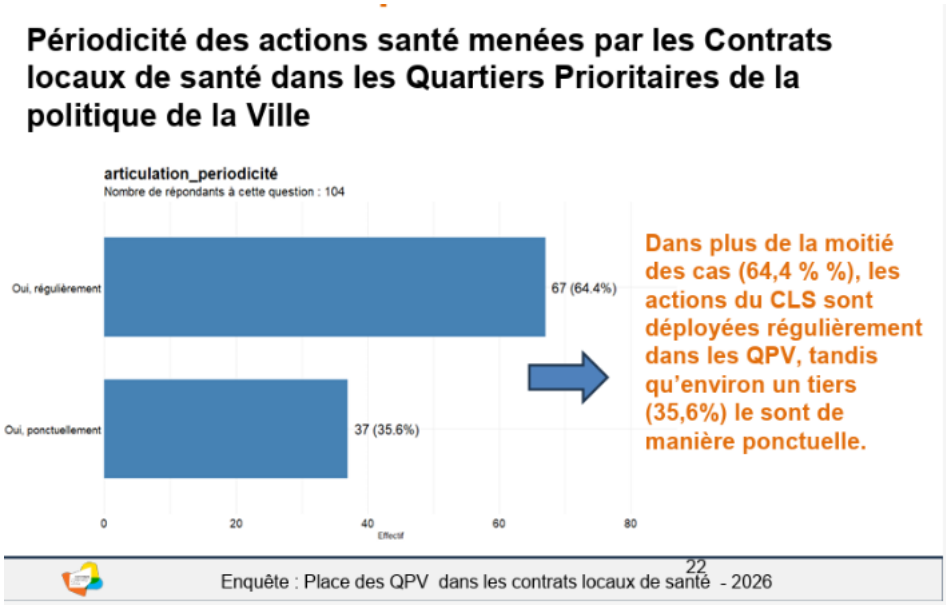
Concernant les actions menées par les contrats locaux de santé dans les QPV, plus de la moitié des répondant·es indiquent qu'elles sont déployées de manière régulière. À l'inverse, 35,6 % déclarent que ces actions sont mises en œuvre de façon ponctuelle.

Autrement dit, dans près d'un tiers des territoires, les actions de santé restent irrégulières. Cela pose la question de leur pérennisation et de la capacité des contrats locaux de santé à inscrire durablement leurs interventions dans les QPV.

FABRIQUE TERRITOIRES SANTÉ

RETOUR SUR…

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »



Thématiques traitées

S'agissant des thématiques abordées, les actions conduites conjointement concernent principalement la santé mentale, la nutrition et l'accès aux soins.

En revanche, les enjeux de santé environnementale demeurent peu identifiés et peu investis dans les quartiers prioritaires. Ils constituent probablement un axe de développement à renforcer dans les prochaines années.

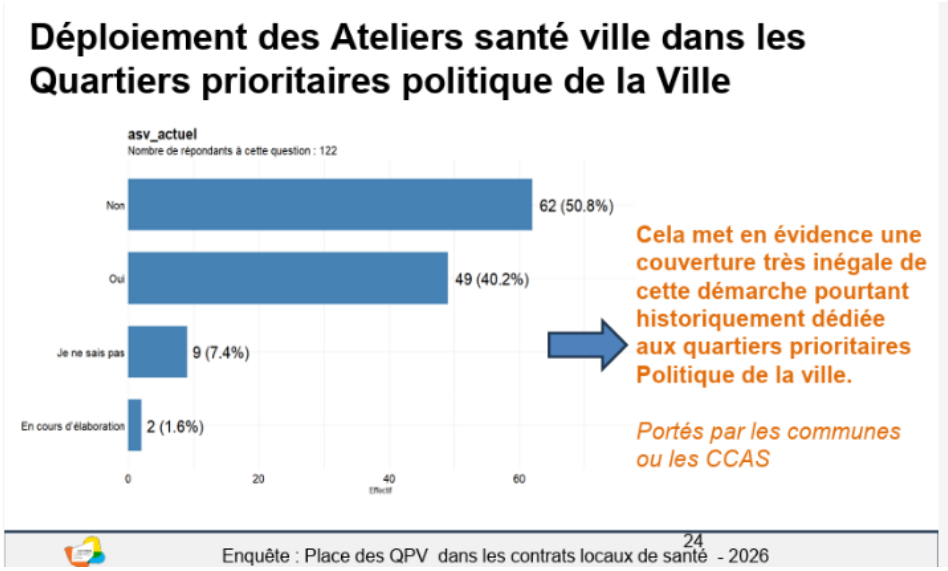
RETOUR SUR…

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

Déploiement des ateliers santé ville dans les quartiers prioritaires.

Les résultats montrent que seuls 40 % des quartiers prioritaires disposent d'un atelier santé ville, tandis que 50 % n'en disposent pas.

Ces résultats mettent en évidence une couverture très inégale de cette démarche, pourtant historiquement conçue pour répondre aux besoins spécifiques des quartiers prioritaires de la politique de la ville.



Les moyens humains consacrés aux ateliers santé ville

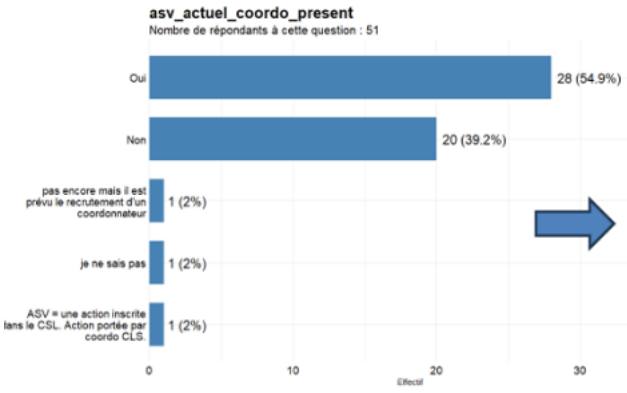
Nous avons ensuite examiné les moyens humains consacrés aux ateliers santé ville, en particulier l'existence d'un poste de coordination dédié.

54 % des ASV bénéficient d'une coordination dédiée tandis que 39,2 % n'en disposent pas. Lorsque ce poste existe, il couvre généralement plusieurs quartiers prioritaires, voire l'ensemble des quartiers du territoire concerné.

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

Moyens humains dédiés aux Ateliers santé ville



39,2 % des ASV ne disposent pas d'un poste de coordination dédié

54 % disposent d'un poste dédié

(1 poste ASV qui couvre plusieurs ou l'ensemble des QPV)

➔Fragilité structurelle

L'absence d'atelier santé ville ou de coordination dédiée ne signifie pas pour autant l'absence d'actions de santé dans les QPV. En revanche, cela souligne la nécessité de disposer d'une véritable interface entre les acteurs de la politique de la ville et ceux de la santé publique afin de mieux articuler les dispositifs de droit commun et les interventions spécifiques.

Les commentaires recueillis au cours de l'enquête insistent d'ailleurs fortement sur ce point. Ils mettent en évidence le besoin d'une animation territoriale dédiée, considérée comme un facteur essentiel de coordination entre les acteur·rices. Nous retrouverons cette question dans la partie consacrée aux freins et aux leviers de la coordination des acteur·rices de santé dans les quartiers prioritaires.

2.5 Les leviers et les freins à la coordination des acteur·rices de santé dans les quartiers prioritaires

Cette partie porte sur les leviers et les freins à la coordination des acteur·rices de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

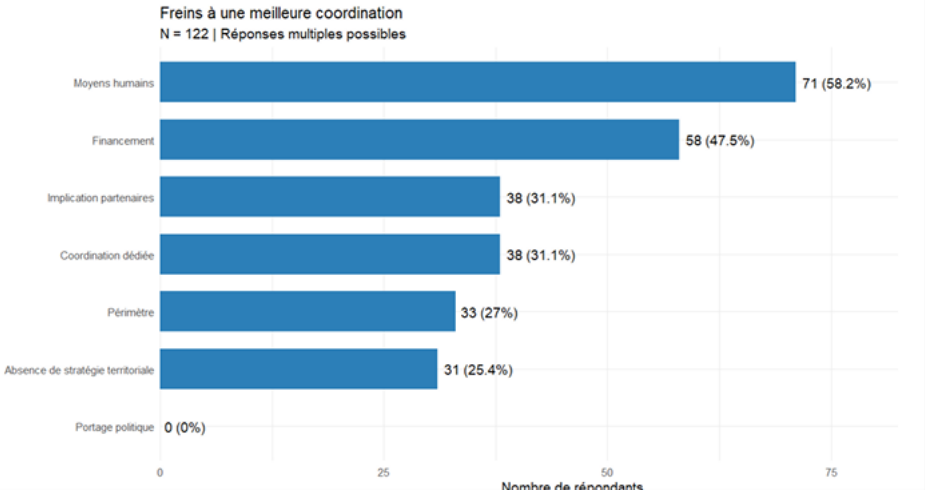
Les principaux leviers identifiés pour améliorer cette coordination sont, en premier lieu, le partage d'objectifs communs entre les partenaires, puis l'existence d'une animation territoriale dédiée, la volonté politique, les financements spécifiques et, enfin, des outils de suivi partagés.

À l'inverse, les principaux freins concernent le manque de moyens humains et financiers, une implication parfois insuffisante des partenaires, l'absence de coordination dédiée ainsi que les différences de périmètre entre les dispositifs. En effet, les démarches de santé ne sont pas toujours déployées à la même

échelle que les contrats de ville, ce qui peut constituer un obstacle à l'interconnaissance des acteur·rices et au travail partenarial.

En résumé, les principaux leviers sont l'animation territoriale, la volonté politique, le partage d'objectifs communs et les financements dédiés. Les principaux freins sont le manque de moyens humains et financiers, les différences de périmètre et l'absence d'une stratégie territoriale clairement partagée.

3. Coordination des acteurs santé dans les QPV : Freins



2.6 Conclusion

Pour conclure, avant de laisser place à la table ronde, quelques enseignements peuvent être retenus.

Le contrat local de santé constitue un espace contractuel qui permet de structurer les politiques publiques ayant un impact sur la santé. Toutefois, son action demeure aujourd'hui fortement contrainte par des moyens humains et financiers souvent limités et très variables selon les territoires.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville ne constituent pas toujours une priorité opérationnelle dans les contrats locaux de santé. Lorsque des actions y sont menées, elles restent souvent ponctuelles.

Cela soulève plusieurs questions : comment dépasser une logique d'actions ponctuelles pour construire des interventions durables ? Comment passer d'une prise en compte déclarative des quartiers prioritaires à une véritable priorisation dans les diagnostics, puis dans les plans d'action des contrats locaux de santé ? Comment mieux articuler les interventions relevant de la politique de la ville, qui relèvent du droit spécifique, avec celles du droit commun portées par les contrats locaux de santé ?

L'enquête montre également que l'atelier santé ville demeure un outil essentiel, mais fragilisé et parfois peu visible.

Près de la moitié des ASV recensés ne disposent pas d'un poste de coordination dédié. Dans certains territoires, ils sont intégrés à d'autres dispositifs, absorbés par le contrat local de santé ou perdent progressivement leur lisibilité. À l'inverse, lorsqu'ils sont clairement identifiés et articulés avec le CLS, ils constituent un véritable outil de proximité, apportant une connaissance fine des réalités des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Il existe donc un paradoxe : l'atelier santé ville est sans doute la démarche la plus proche des habitantes et des réalités de terrain, mais également l'une des plus fragiles. Cela pose la question de sa reconnaissance et de sa sécurisation comme dispositif complémentaire au contrat local de santé, plutôt que comme une simple fiche action du CLS, comme certain·es répondant·es à l'enquête l'ont indiqué.

L'enquête met également en évidence que les articulations entre contrat local de santé, contrat de ville et atelier santé ville existent dans de nombreux territoires. Elles sont toutefois parfois peu institutionnalisées. Cette situation n'est pas nécessairement problématique, mais elle montre que ces coopérations reposent souvent sur la bonne volonté des acteur·rices, la stabilité des équipes, la cohérence des périmètres d'intervention et les habitudes de travail.

Les témoignages soulignent ainsi l'importance des relations interpersonnelles dans le fonctionnement de ces articulations.

Pour terminer, deux questions restent ouvertes et alimenteront les échanges de la table ronde.

La première concerne la lisibilité des actions de santé dans les contrats de ville. Aujourd'hui, celles-ci sont portées à travers les contrats locaux de santé, les ateliers santé ville, mais aussi par des appels à projets de la politique de la ville, les cités éducatives, les programmes de réussite éducative (PRE) ou encore les projets de renouvellement urbain.

Cette multiplicité de dispositifs constitue-t-elle un frein ou, au contraire, une opportunité pour intégrer la santé de manière transversale dans l'ensemble des politiques publiques, même lorsqu'elle n'apparaît plus comme un axe spécifique du contrat de ville ?

La seconde question porte sur la capacité des contrats locaux de santé et des contrats de ville, désormais majoritairement élaborés à une échelle intercommunale, à garantir des actions réellement ciblées, durables et lisibles dans les quartiers prioritaires, là où les difficultés d'accès aux soins et les inégalités de santé demeurent les plus importantes.

Je vous remercie de votre écoute.

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

3. DISCUSSION ET ECHANGES AUTOUR DES RESULTATS DE L'ENQUÊTE

RETOUR SUR...

-

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

3.1 Introduction de la table ronde

Didier FEBVREL, président de Fabrique Territoires Santé

Je rappelle qu'il s'agit bien d'une enquête flash qui, comme Margaux Fête l'a précisé, n'a pas vocation à être représentative.

Avant de commencer cette table ronde, je voudrais remercier Lilia Santana et Margaux Fête, qui ont réalisé cette enquête en 2025. Je tiens également à remercier les membres du bureau qui se sont fortement impliqués dans ce travail, notamment Chantal Mannoni, Bénédicte Madelin, moi-même et d'autres encore.

Nous avons également bénéficié du soutien très précieux de Paula Lakrout, qui a accepté de travailler avec Margaux Fête et Chantal Mannoni afin de consolider les résultats de cette enquête et de finaliser le diaporama.

Pourquoi nous sommes-nous intéressés à cette question ?

Historiquement, Fabrique Territoires Santé était, il y a plus de vingt ans, la plateforme nationale de ressources des ateliers santé ville. Il y a une dizaine d'années, cette plateforme est devenue Fabrique Territoires Santé, tout en conservant au cœur de son action un enjeu majeur : la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Depuis son origine, notre réseau porte donc une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Nous entrons maintenant dans le vif du sujet avec une table ronde qui croisera plusieurs regards complémentaires : ceux des centres de ressources de la politique de la ville (RNCRPV), des réseaux de coordination locale en santé et des professionnels de la politique de la ville.

Nos échanges seront organisés en trois séquences :

1. La place de la santé dans les contrats de ville : cette première partie portera sur les modalités de gouvernance et de pilotage, ainsi que sur l'articulation entre les contrats locaux de santé (CLS), les ateliers santé ville (ASV) et les contrats de ville.

2. La prise en compte des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) dans les CLS : cette deuxième partie s'intéressera à la manière dont les QPV sont pris en compte dans les CLS, notamment au regard du principe d'universalisme proportionné et des actions mises en œuvre sur les territoires.

3. Les freins et les leviers des acteur·rices de santé dans les QPV : cette troisième partie visera à identifier les principaux obstacles rencontrés par les acteur·rices de santé intervenant dans les QPV, ainsi que les leviers permettant de renforcer leur intervention et leur coopération sur ces territoires.

RETOUR SUR...

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

3.2 Synthèse des échanges

3.2.1 Une place renforcée des enjeux de santé dans les contrats de ville

Une montée en puissance des enjeux de santé est observée dans les nouveaux contrats de ville **Quartiers 2030**, notamment par l'IRDSU et le groupe de travail santé du RNCPRV (*actif depuis 2019*).

La santé est désormais davantage envisagée comme une dimension transversale des politiques de cohésion sociale et non plus uniquement sous l'angle de la prévention ou d'actions ponctuelles.

La santé mentale apparaît comme une priorité forte, notamment en raison des besoins exprimés par les territoires, et elle concerne particulièrement les jeunes. D'autres problématiques restent également centrales : accès aux soins, addictions, obésité, handicap, vieillissement, non-recours aux droits et aux soins, ainsi que les enjeux de santé environnementale, d'alimentation, d'urbanisme favorable à la santé et de lutte contre l'isolement.

Toutefois, les situations demeurent très contrastées selon les territoires.

Certains disposent d'une stratégie structurée, d'une gouvernance claire et d'outils opérationnels (*appels à projets dédiés, partenariats aboutis, indicateurs et objectifs définis, typologie d'actions clairement identifiées, etc…),* tandis que d'autres souffrent d'un manque d'ingénierie dédiée, d'absence de portage politique, de moyens et de coordination. L'absence d'atelier santé ville (ASV) ou de contrat local de santé (CLS) est parfois constatée ; dans certains contrats de ville, ces dispositifs ne sont pas mentionnés, voire sont totalement absents.

Cette situation peut interroger : traduit-elle une faible appropriation de ces démarches, un manque de visibilité des enjeux de santé ou résulte-t-elle davantage des conditions d'élaboration des contrats (qui ont été élaborés dans un temps limité) ?

La place des agences régionales de santé (ARS) semble évoluer positivement dans les contrats de ville. Toutefois, certain·es acteur·rices interrogent la réalité des moyens supplémentaires alloués ainsi que la capacité d'intervention différentiée dans les QPV.

3.2.3 L'importance de la fonction pivot et d'animation territoriale

Le rôle du chef de projet politique de la ville : évolutions et limites actuelles

Le ou la chef·fe de projet politique de la ville apparaît comme un·e acteur·rice pivot de l'animation territoriale. Il ou elle assure la mise en réseau des partenaires, l'animation des dynamiques locales, la remontée des besoins, le développement des transversalités et le suivi des actions. Il ou elle joue un rôle

de facilitateur·rice entre différent·es acteur·rices (CCAS, acteur·rices associatif·ves, sportif·ves…).

Cependant, cette fonction est traversée par plusieurs difficultés : un isolement des professionnel·les (absence de relai dans les directions thématiques); un manque d'ingénierie spécialisée ; des moyens humains et financiers insuffisants ; une gouvernance parfois peu lisible ; un soutien politique variable selon les territoires.

La réussite des projets repose largement sur la qualité des partenariats, sur l'implication des différents acteurs locaux, la sensibilité et le portage des élus locaux…

La fonction du ou de la chef·fe de projet est de plus en plus transversale et stratégique mais avec le risque que cette fonction de pivot repose uniquement sur lui ou elle, sans les moyens dédiés pour cela.

Si ce rôle n'a pas forcément évolué dans sa fonction structurante, il ne pourra pas à lui seul, traduire une évolution majeure, et devra forcément être partagé avec tout l'écosystème local.

Une fonction d'interface entre les politiques publiques : le rôle du chef de projet santé

La place du ou de la chef·fe de projet santé (ou coordinateur·rice CLS-ASV-CLSM) s'inscrit également dans cette logique d'interface entre les différentes politiques publiques. Selon les territoires, ces professionnel·les peuvent cumuler plusieurs fonctions ou dispositifs, par exemple autour du CLS, de l'ASV ou encore du CLSM.

Les modalités d'exercice de ces fonctions doivent toutefois être adaptées aux caractéristiques de chaque territoire : rural, périurbain ou urbain, les besoins, les ressources disponibles et les réseaux d'acteur·rices pouvant être très différents.

Dans tous les cas, l'importance du portage politique est soulignée. Celui-ci constitue un facteur déterminant pour donner de la légitimité à la fonction de coordination, faciliter la mobilisation des acteur·rices et inscrire les actions dans la durée.

3.2.4 Une articulation à renforcer entre les dispositifs territoriaux : CLS, ASV et contrats de ville

Le CLS et l'ASV ne relèvent pas du même canal financier, ne poursuivent pas nécessairement les mêmes objectifs, et ne reposent ni sur les mêmes modalités d'animation ni sur les mêmes périmètres.

De la même manière, le contrat de ville ne saurait se limiter aux seuls quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). S'il vise notamment à réduire les inégalités sociales et territoriales dans les QPV, il doit permettre pour cela de

mobiliser les politiques publiques et les ressources du territoire en faveur de ces quartiers, tout en prenant en compte leur environnement et les dynamiques territoriales qui les dépassent.

Cette approche est notamment affirmée dans la circulaire de 2014 relative aux contrats de ville. Cela traduit le paradoxe de la circulaire qui appelait que le CLS soit le volet santé du contrat de ville, permettant d'aller au-delà des QPV.

Les coordinateur·rices de CLS peuvent ainsi avoir une approche globale permettant à la fois de mobiliser le droit commun et le droit spécifique, à condition qu'ils et elles aient les moyens humains et matériels nécessaires.

Articuler le CLS et le contrat de ville

L'articulation entre les deux démarches passe notamment par les documents cadres et les diagnostics. Les CLS peuvent intégrer une analyse spécifique des besoins des QPV, tandis que les contrats de ville peuvent s'appuyer sur ces éléments afin de partager un diagnostic commun et renforcer la transversalité entre les politiques de santé et de cohésion sociale.

Les intervenant·es rappellent que les différents dispositifs sont complémentaires et qu'ils doivent être articulés plutôt qu'opposés afin de garantir une réponse adaptée aux besoins locaux. Ils et elles ont également insisté sur la nécessité de disposer d'une gouvernance lisible. Plusieurs modalités d'articulation sont évoquées :

- soit les CLS peuvent donner des avis sur les projets qui sont portés par le contrat de ville (cotech, commissions santé…)

- soit ils peuvent être représentés au niveau des copils des contrats de ville avec une représentation par les ARS ou les CLS.

Mieux prendre en compte les QPV dans les CLS

Les échanges mettent en évidence l'importance de renforcer les liens entre les CLS, les ASV et les contrats de ville.

Le développement des CLS à l'échelle intercommunale tend à modifier les modes d'organisation. Si cette évolution permet une vision plus globale des enjeux de santé, elle soulève également la question du maintien d'une attention spécifique aux quartiers prioritaires.

D'un autre côté, les échelles territoriales communes peuvent être un levier pour une meilleure articulation, par exemple le CLS et le contrat de ville à la même échelle intercommunale.

La disparition progressive des ASV dans les services de la politique de la ville : un enjeu à objectiver

Il est noté un nombre limité de création de nouveaux ASV, ainsi qu'une disparition progressive de ces derniers. Selon l'RDSU, il existe donc un enjeu important à disposer d'une vision quantitative de la situation des ASV, à l'échelle nationale, au moyen d'une enquête couvrant l'ensemble du territoire. Celle-ci permettrait de disposer d'éléments d'analyse objectivés sur leur évolution, portage, répartition.

RETOUR SUR...

-

-

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

3.2.5 Stratégies pour prendre en compte les inégalités sociales et territoriales de santé dans les CLS

Les principaux enseignements :

→**La santé dans toutes les politiques** : les échanges rappellent que la santé relève de nombreux déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux. Elle nécessite donc une approche transversale mobilisant l'ensemble des politiques publiques.

→**La démarche FALC** (Facile à Lire et A Comprendre) permettant de rendre accessibles certaines informations en santé pour tous.

→**La médiation en santé** : elle joue un rôle important pour garantir l'accès aux droits et aux soins des personnes éloignées du système de santé.

→**L'importance du diagnostic** - **qualitatif et quantitatif** - : les territoires ont besoin de données pour objectiver les enjeux de santé et d'inégalités sociales et territoriales de santé. Cela permet aussi de nourrir les appels à projet santé dans le cadre de la politique de la ville.

→ **Les instances de gouvernance** constituent des espaces privilégiés pour partager cette culture commune et favoriser l'interconnaissance entre partenaires.

→**La participation des habitants** est également identifiée comme un levier essentiel pour mieux comprendre les besoins, adapter les actions aux réalités locales et renforcer la démocratie en santé.

3.2.6 Les apports des centres de ressources

Les centres de ressources jouent un rôle d'appui auprès des collectivités et des professionnel·les. Le RNCRPV est le réseau national des centres de ressources politique de la ville et produit des analyses transversales aux différents centres ressources.

Leurs missions consistent notamment à :

- Animer les réseaux d'acteur·rices (coordinateur·rices santé -CLS, ASV, médiateur·rices santé) ;
- Accompagner la montée en compétences ;
- Organiser des formations, webinaires et journées d'échanges ;
- Capitaliser et diffuser les expériences des territoires ;
- Favoriser les liens entre les secteurs de la santé et de la politique de la ville.

Ils soulignent néanmoins que, malgré une meilleure visibilité des enjeux de santé dans les contrats de ville, les stratégies demeurent souvent insuffisamment formalisées.

RETOUR SUR… –

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

3.2.7 Les inégalités sociales et territoriales de santé dans les territoires ruraux

Les territoires ruraux connaissent également d'importantes inégalités de santé, même si elles prennent des formes différentes de celles observées dans les quartiers prioritaires.

Les principales difficultés concernent : l'accès aux soins ; la mobilité ; l'isolement social ; la précarité souvent peu visible ; les difficultés d'accès aux actions de prévention.

Les coordinateur·rices de CLS développent des démarches d'« aller vers » afin de rejoindre les publics les plus éloignés des dispositifs. Cette approche repose sur un travail de proximité avec les associations, les collectivités et les acteur·rices locaux·ales.

Cette approche vise toutefois à éviter une logique de prévention exclusivement ciblée sur certains publics, ce qui pourrait contribuer à les stigmatiser. L'enjeu est plutôt de développer des actions accessibles à toutes et tous, tout en renforçant les capacités à aller au-devant des personnes qui rencontrent les obstacles les plus importants dans leur accès au droit commun.

Parmi les leviers identifiés, le binôme coordinateur·rice CLS / médiateur·rice en santé apparaît comme particulièrement pertinent. Le ou la médiateur·rice en santé peut en effet jouer un rôle d'interface et de proximité auprès des personnes les plus isolées, en facilitant leur orientation et leur accompagnement vers les dispositifs de droit commun.

3.2.7 Les principaux freins identifiés

Plusieurs difficultés reviennent de manière récurrente :

- Insuffisance des moyens humains et financiers ;
- Turnover important des professionnel·les ;
- Perte de mémoire des projets lors des changements d'équipes ;
- Manque de visibilité des dispositifs existants ;
- Gouvernance parfois complexe ;
- Risque de dilution des enjeux spécifiques des quartiers prioritaires dans des stratégies territoriales plus larges.

3.2.8 Les leviers d'amélioration

Les participant·es identifient plusieurs pistes d'action :

- Renforcer les coopérations entre contrats de ville, CLS et autres dispositifs territoriaux ;
- Consolider les fonctions de coordination et d'ingénierie ;
- Développer les actions d'aller-vers et la médiation en santé ;
- Améliorer la sensibilisation des élu·es et des partenaires aux déterminants de la santé ;
- Préserver une approche ciblée des publics les plus vulnérables tout en maintenant une logique de santé pour toutes et tous, conformément au principe d'universalisme proportionné ;
- Mieux capitaliser les expériences locales afin de diffuser les pratiques.

Ressources partagées

Une ressource du Réseau national des centres de ressources politique de la ville (RNCRPV), réalisée dans le cadre du groupe de travail santé. Elle présente des données clés pour mieux appréhender les principaux enjeux de santé des habitant·es des quartiers prioritaires, à destination des acteur·rices engagé·es dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

-→Cliquez ici

L'enquête flash réalisée par l'IRDSU en 2026 : « La santé mentale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ».

→Cliquez ici

Une ressource élaborée par l'ARS Hauts-de-France à destination des élu·es : « Élaborer et piloter un contrat local de santé (CLS) ».

→Cliquez ici

RETOUR SUR...

-

-

« LA PLACE DES QPV DANS LES CLS »

4. SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS

Les échanges mettent en évidence plusieurs recommandations pour renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Un premier enseignement concerne **la nécessité de développer une véritable dynamique partenariale à l'échelle locale**. La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé repose sur la capacité des acteur·rices à construire des alliances, à partager des objectifs communs et à inscrire leur action dans une stratégie collective. Il est souligné qu'il ne faut pas attendre un fonctionnement institutionnel idéal, mais s'appuyer sur les coopérations existantes et les renforcer progressivement.

La transversalité apparaît comme une condition essentielle de cette dynamique. Les organisations demeurent encore largement structurées par secteurs d'intervention - santé, urbanisme, politique de la ville, vie associative ou démocratie participative -, ce qui limite parfois les collaborations. Les intervenant·es rappellent que chacun·e contribue pourtant à un projet territorial global et que les interactions entre politiques publiques doivent être davantage explicitées et encouragées.

L'importance d'une ingénierie territoriale solide est également soulignée. Les intervenant·es insistent sur la nécessité de disposer de données territorialisées permettant de construire des diagnostics adaptés aux réalités locales et d'orienter les politiques publiques. Ils et elles rappellent également que les démarches de coordination, d'animation de réseaux, de conduite de projets et d'accompagnement méthodologique ne peuvent se développer sans moyens humains dédiés.

La gouvernance constitue un autre enjeu majeur. Les échanges mettent en évidence des difficultés liées à des responsabilités parfois dispersées, à des pilotages peu lisibles ou insuffisamment coordonnés entre les secteurs de la santé et de la politique de la ville. Une gouvernance davantage territorialisée, associant pleinement les différent·es partenaires, est identifiée comme un levier d'amélioration.

Les intervenant·es insistent notamment sur la **nécessité d'intégrer les acteur·rices de la santé dans l'ensemble des instances de gouvernance des contrats de ville**, au-delà des seuls groupes de travail consacrés à la santé. Leur participation aux comités techniques et aux espaces de décision permettrait d'apporter une lecture transversale des enjeux de santé dans les autres politiques publiques, telles que le logement, l'urbanisme ou l'éducation.

La question des financements est également centrale. Si de nombreuses initiatives locales sont développées, elles reposent fréquemment sur des financements ponctuels, insuffisants pour installer durablement les actions. Les participant·es plaident ainsi pour des financements plus pérennes, capables de soutenir une véritable stratégie territoriale.

Les échanges soulignent par ailleurs la nécessité de **mieux reconnaître les métiers de la coordination territoriale.** Les coordinateur·rices des contrats

locaux de santé, des ateliers santé ville, des conseils locaux de santé mentale, ainsi que les médiateur·rices en santé, jouent un rôle déterminant dans la mise en relation des acteur·rices, l'animation des partenariats et la circulation de l'information. Pourtant, leur contribution demeure souvent moins visible que les actions qu'ils et elles coordonnent.

Cette reconnaissance passe également par la **consolidation des postes de coordination.** Les intervenant·es rappellent que ces professionnel·les assurent un travail quotidien d'interconnaissance, de mise en réseau et de veille territoriale, indispensable à la cohérence des interventions.

Enfin, les participant·es réaffirment l'importance de maintenir une **attention constante aux publics les plus exposés aux inégalités de santé,** qu'ils et elles résident dans les quartiers prioritaires ou dans d'autres territoires fragilisés. **Le renforcement des complémentarités entre les dispositifs existants et la valorisation des fonctions de coordination** apparaissent comme des conditions essentielles pour construire des politiques locales de santé plus cohérentes, plus durables et mieux adaptées aux besoins des populations.

Fabrique Territoires Santé est une association tête de réseau nationale, créée en 2011. Elle vise à soutenir le développement des démarches territoriales de santé (ateliers santé ville, contrats locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, etc.) et se veut « plateforme de ressources » pour les acteurs et actrices de ces démarches.

Nous contacter :

contact@fabrique-territoires-sante.org

www.fabrique-territoires-sante.org

Réalisé avec le soutien de :