

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE LA VILLE

SECRETARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ

Lettre interministérielle de présentation du 12 mars 2012 relative au référentiel national des ateliers santé ville (ASV)

NOR : ETSP1230189X

*Annule et remplace la publication du référentiel national des ateliers santé ville (ASV)
au BO 2012/04 du mois de mai 2012, page 359*

Pièce jointe : un référentiel national.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé, le ministre de la ville et la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, à Madame et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

Les ateliers santé ville (ASV) constituent le principal outil de la politique de la ville pour la réalisation de ses objectifs en matière de santé. Ils ont vocation à coordonner, structurer et animer le volet santé du contrat urbain de cohésion sociale (CUCS). Leur mission principale est de développer une démarche concertée de programmation d'actions de santé sur les territoires de la politique de la ville au travers d'une méthodologie de projet en promotion de la santé.

Vous trouverez ci-joint un référentiel national destiné à guider l'action des ateliers santé ville et à préciser leur place dans le nouvel environnement sanitaire.

Délibérément conçu pour être un outil pratique à disposition des acteurs de terrain de la politique de la ville et de ses partenaires, le référentiel met l'accent sur :

- l'organisation et le fonctionnement, notamment le pilotage et la coordination ;
- les missions : élaboration d'un diagnostic territorial partagé des besoins, élaboration, puis mise en œuvre d'une programmation locale ;
- l'articulation entre les ASV et les autres dispositifs locaux touchant à la santé : CUCS, dispositifs locaux, contrats locaux de santé.

Nous vous demandons de bien vouloir transmettre ce document à vos collaborateurs ainsi qu'aux maires des communes concernées.

Fait le 12 mars 2012.

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*
XAVIER BERTRAND

Le ministre de la ville,
MAURICE LEROY

*La secrétaire d'État auprès du ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,
chargée de la santé,*
NORA BERRA

SECRETARIAT GENERAL DU COMITE
INTERMINISTRIEL DES VILLES (SGCIV)

Référentiel national des ateliers santé ville (ASV)

SOMMAIRE

INTRODUCTION

I. – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ASV

- 1.1. **Positionner clairement la démarche ASV**
- 1.2. **Le pilotage des ASV**
- 1.3. **La coordination de l'ASV**
- 1.4. **Le portage juridique des ASV**
- 1.5. **Le financement des ASV**
- 1.6. **Le suivi de l'ASV**

II. – LES MISSIONS DE L'ASV

- 2.1. **La réalisation d'un diagnostic territorial partagé des besoins de santé**
- 2.2. **L'élaboration et la mise en œuvre d'une programmation locale de santé**
- 2.3. **Favoriser la participation des habitants**

III. – LES DISPOSITIFS ET PARTENARIATS (L'ENVIRONNEMENT DE L'ASV)

- 3.1. **Les autres dispositifs du CUCS**
- 3.2. **Les ASV et les autres opérateurs et dispositifs locaux de santé**
- 3.3. **L'articulation des ASV avec les contrats locaux de santé**

Annexe I. – Textes de référence des ASV.

Annexe II. – Le paradoxe français : les inégalités sociales de santé (ISS).

Annexe III. – Les ARS et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Annexe IV. – Apprécier le champ local de la santé en vue de la mise en place d'un ASV.

Annexe V. – Les collectivités locales partenaires.

Annexe VI. – Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention.

Annexe VII. – Les PRE et la thématique santé.

Annexe VIII. – Les règles de contractualisation donnant accès aux crédits santé de la politique de la ville.

Annexe IX. – Liste des principaux items de suivi ASV (ACSé).

Annexe X. – Membres du groupe d'élaboration du référentiel.

L'atelier santé ville (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, selon les termes de la circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006).

La circulaire DGS/SP 2 n° 2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire pose un cadre méthodologique de référence pour les ASV dans son annexe IV et définit l'articulation de cette démarche avec les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

La démarche ASV prend en compte le contexte nouveau issu des dispositions de la loi Hôpitaux-patients-santé-territoires (HPST) du 21 juillet 2009, et notamment la perspective d'élaboration des contrats locaux de santé (CLS) entre les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités locales.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, les ateliers santé ville (ASV) ont conduit un travail particulièrement important pour s'attaquer aux inégalités sociales et territoriales de santé dans les territoires de la politique de la ville.

Le comité interministériel des villes (CIV) réuni le 18 février 2011, sous la présidence du Premier ministre, a décidé de conforter la démarche ASV et de poursuivre le développement du réseau pour atteindre l'objectif de 300 ASV, en l'inscrivant dans un nouveau contexte marqué par la mise en place des agences régionales de santé (ARS) et l'élaboration des futurs contrats locaux de santé (CLS). Le CIV souhaite ainsi favoriser l'articulation entre les ASV et les CLS.

Afin de mettre en œuvre ces orientations, le secrétariat général du CIV (SGCIV) a procédé à l'actualisation du cadre de référence des ASV, en concertation avec les directions d'administration centrale du ministère du travail, de l'emploi et de la santé et l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité de chances (ACSé), avec le concours d'experts, de représentants des collectivités territoriales, de représentants des ARS et d'un groupe de coordonnateurs des ASV.

Destiné aux services de l'État, aux collectivités territoriales et aux ARS, ce référentiel vise notamment à clarifier le positionnement des ASV dans le nouveau contexte des politiques publiques de santé et de cohésion sociale pour la période 2011-2014, en cohérence avec l'action conduite par les collectivités locales. Il précise les objectifs stratégiques de cette démarche et comment elle s'intègre dans un contexte nouveau résultant notamment des CLS.

Ce document vise également, dans la perspective de la poursuite du développement du réseau d'ASV, à harmoniser les pratiques en rappelant les principales composantes méthodologiques de la démarche ainsi que les conditions à respecter pour réussir son lancement et son développement, en suivre les activités et en mesurer les résultats.

I. – ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE L'ASV

Le présent chapitre actualise les principaux éléments du cadre de référence opérationnel en tenant compte des bonnes pratiques observées sur le terrain.

Une plus grande harmonisation des pratiques au sein des ASV contribue à la réalisation des objectifs du volet santé de la politique de la ville, elle facilitera l'intégration des ASV aux nouveaux cadres de pilotage et de coordination des politiques locales en santé institués notamment par la loi Hôpitaux – patients – santé – territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

1.1. Positionner clairement la démarche ASV

L'ASV permet à la commune ou au groupement de communes de développer avec l'État une approche contractualisée des problématiques de santé du territoire et des moyens à mettre en œuvre pour réduire les inégalités de santé. La qualité du portage politique et technique du projet, tant au sein de la collectivité territoriale que de l'ARS et des services déconcentrés de l'État, est déterminante.

Même si les municipalités n'ont pas des compétences dédiées en matière de santé publique, la complexité des problématiques impose une approche intersectorielle de proximité, qui implique particulièrement le niveau communal.

Une articulation forte avec la politique de développement durable est nécessaire.

La mise en place d'un ASV suppose le respect d'un processus qui doit être reconnu par ses promoteurs institutionnels (1) : la présentation au conseil municipal de la démarche et l'adoption d'une délibération marquant le soutien de la commune au dispositif d'ingénierie et de coordination constitutif de l'ASV, ainsi que la désignation d'un(e) élu(e) référent(e) chargé(e) du volet santé du CUCS, sont des facteurs de crédibilité et d'efficacité. L'ASV doit être clairement positionné par rapport aux autres organes de santé dont la ville est susceptible de disposer (service municipal de santé, service communal d'hygiène et de santé, centre municipal de santé, etc.) et identifiés par les acteurs de terrain. Un lien doit être assuré avec l'échelon intercommunal.

Selon les circonstances locales, la configuration de l'ASV peut :

- recouvrir la totalité de l'axe thématique santé du CUCS (la circulaire du 13 juin 2000 précise, dans son annexe technique I, que l'ASV « pourra constituer le dispositif opérationnel de la convention thématique santé ») ;
- adopter une configuration minimaliste qui permet d'encadrer un projet spécifique sans nécessairement inclure la totalité des moyens ou des projets intégrés au volet santé du CUCS ;
- adopter une configuration intermédiaire, dans laquelle l'ASV apparaît comme le pivot méthodologique et la boîte à outils du volet santé du CUCS, permettant de développer des actions d'appui (travail en réseau, formation et accompagnement d'acteurs, diagnostic, programmation, suivi méthodologique, évaluation, capitalisation et valorisation...), et/ou en coordonnant ou réalisant des initiatives locales (actions de promotion ou d'éducation à la santé, de prévention, d'accompagnement socio-sanitaire de publics, d'appui à l'offre de soins de proximité...).

1.2. Le pilotage des ASV

La participation effective au comité de pilotage des représentants des institutions signataires du CUCS et des principales catégories de partenaires du volet santé est nécessaire.

(1) Voir annexe IV : « Apprécier le champ local de la santé en vue de la mise en place d'un ASV. »

Au même titre que l'engagement des élus locaux, celui des représentants de l'ARS et des services de l'État dans les instances de pilotage est essentiel pour valoriser la démarche, l'intégrer dans le cadre des politiques publiques et la crédibiliser auprès des acteurs de terrain.

L'instance de pilotage de l'ASV porte une vision commune de la thématique santé au sein du CUCS, déclinée ensuite dans les programmations annuelles.

Le pilotage stratégique de l'ASV doit mobiliser au niveau de la collectivité locale le maire et/ou l'adjoint chargé du volet santé du CUCS, et pour les services de l'État, le représentant du préfet désigné par celui-ci, en particulier le délégué territorial adjoint de l'ACSé et un représentant du directeur général de l'ARS, en particulier son délégué territorial.

Outre les représentants du préfet, de la collectivité territoriale et de l'ARS, il est indispensable d'associer au comité de pilotage les partenaires suivants :

- le chef de projet du CUCS et/ou le coordonnateur du volet santé du CUCS, au cas où le coordonnateur de l'ASV n'exerce pas cette fonction ; le coordonnateur des équipes de réussite éducative ;
- des représentants des habitants et de leurs associations ;
- des représentants des professionnels de santé ;
- les représentants des établissements de santé et structures de soins de premier recours ;
- des partenaires intervenant sur des champs en lien avec celui de la santé :
 - conseil général ;
 - conseil régional ;
 - services déconcentrés de l'État : logement, éducation nationale (équipes éducatives et médecine scolaire), intérieur, environnement... ;
 - organismes de protection sociale : CPAM, CAF, mutuelles ;
 - bailleurs sociaux ;
 - associations de prévention ;
- des représentants d'opérateurs experts : centres de ressources de la politique de la ville, observatoires régionaux de la santé, pôles de compétences en éducation et promotion à la santé...

Le comité de pilotage établit la feuille de route de l'ASV, précise les missions du coordonnateur et veille à son positionnement au sein des instances du CUCS.

Il détermine les moyens affectés à la mise en œuvre de la démarche, valide la programmation, assure le suivi et l'évaluation du fonctionnement et des activités de l'ASV.

Le comité de pilotage se réunit au moins deux fois par an et est coprésidé par les représentants du préfet et du maire.

Afin d'éviter l'épuisement des acteurs participant au comité de pilotage de l'ASV, on veillera à éviter la démultiplication des instances locales de santé de ce type.

1.3. La coordination de l'ASV

La désignation d'un coordonnateur de l'ASV dédié à l'animation de la démarche est primordiale pour le bon fonctionnement des ASV (1).

Le coordonnateur de l'ASV doit être intégré à l'équipe chargée du pilotage technique du CUCS.

Son positionnement doit lui conférer la légitimité nécessaire pour pouvoir mobiliser les différentes catégories d'acteurs et ressources qu'il doit mettre en cohérence afin de réaliser les objectifs de l'ASV.

La complexité de la fonction de coordination conduit souvent à la constitution d'une équipe projet qui entoure et soutient le coordonnateur.

Avec un statut et une composition adaptés à la nature des besoins de la démarche, cette équipe est souvent constituée de professionnels locaux délégués notamment par les services de santé des collectivités locales ou volontaires (professionnels libéraux). Des intervenants experts du champ de la santé publique peuvent également être appelés à soutenir la fonction de coordination de l'ASV (diagnostic, évaluation, mise en place d'actions spécialisées...).

Principales missions du coordonnateur

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.

À ce titre, les coordonnateurs sont conduits à :

- mobiliser les acteurs qui, à travers les différents dispositifs de la politique de la ville, traitent des questions de santé ;
- travailler en lien étroit avec l'ARS et les services de l'État chargés de la cohésion sociale ;
- se rapprocher des équipes de réussite éducative, auxquelles il a été demandé d'accentuer leur intervention dans le domaine de la santé ;
- s'impliquer dans le volet santé des différentes instances locales.

(1) Politique de la ville et santé publique : une démarche locale pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, séminaire de Bordeaux, éditions de la DIV, 2008.

Les coordonnateurs ASV doivent activement contribuer à développer la préoccupation de la promotion de la santé chez les acteurs et décideurs locaux (méthodologie de projet en santé publique, approche globale des problématiques de santé, développement de stratégies en réseau...), et travailler en lien avec les autres ASV (échanges et valorisation de bonnes pratiques au sein des coordinations ou animations régionales et nationales).

Le coordonnateur participe à une mission de service public.

Principales fonctions du coordonnateur

Chargé de l'animation et du suivi technique de l'ASV, il organise son action en conformité avec les orientations arrêtées par le comité de pilotage, notamment :

- il assure la conduite des travaux de diagnostic territorial de santé ;
- il élabore, met en œuvre et suit la programmation locale de santé ;
- il organise le travail et anime les instances techniques qui assurent la mise en œuvre du projet ;
- il promeut le travail en réseau entre les différents partenaires et facilite la participation de la population ;
- il sollicite les expertises nécessaires et propose les outils susceptibles de contribuer à la réalisation des objectifs opérationnels du projet, en particulier l'observation des besoins locaux ainsi que l'évaluation des actions ;
- il peut être amené à réaliser des activités de prévention et de promotion de la santé sur le territoire du CUCS lorsque la réalité locale l'exige (carence d'opérateurs notamment).

Responsable de la démarche devant le comité de pilotage, il peut également assumer la responsabilité du volet santé au sein de l'équipe chargée de l'animation technique du CUCS. Dans cette perspective :

- il prépare et anime les séances du comité de pilotage de l'ASV ;
- il assure la cohérence de la démarche santé en interface avec les autres volets du CUCS ;
- il rend compte des activités du volet santé au chef de projet CUCS ;
- il est responsable de la tenue à jour du tableau de bord de l'ACSé ;
- il assure la représentation de l'ASV dans les instances chargées de la politique de santé et de la cohésion sociale du territoire ;
- il peut être conduit à assurer une fonction de relais local des politiques publiques de santé et de lutte contre les inégalités sociales de santé (appels à projets, campagnes de prévention...);
- il assure la traçabilité des activités de l'ASV, la capitalisation des acquis, la responsabilité de la valorisation et de la communication auprès des partenaires et du public.

Compétences techniques du coordonnateur

Il est souhaitable que cette fonction soit assurée par un professionnel maîtrisant la démarche de promotion de la santé, la conduite de projets et disposant d'une bonne connaissance des champs de la santé et du développement local.

L'accomplissement de sa mission suppose des compétences en matière d'animation, d'aide à la concertation, de soutien méthodologique aux acteurs et d'expertise des projets locaux de santé.

Moyens de coordination

Les évaluations ont confirmé que la réalisation optimale de la mission requiert la mise à disposition, pour les quartiers qui le justifient, d'au moins un poste en équivalent temps plein.

La rémunération du poste de coordonnateur chargé des fonctions d'ingénierie et de coordination de projet doit être partagée *a minima* entre les collectivités locales et l'État.

Les financements accordés par l'État pourront l'être *via* une convention pluriannuelle signée avec le préfet de département, ordonnateur des crédits délégués de l'ACSé. Il appartiendra, au cas par cas, au préfet de fixer la durée de la convention.

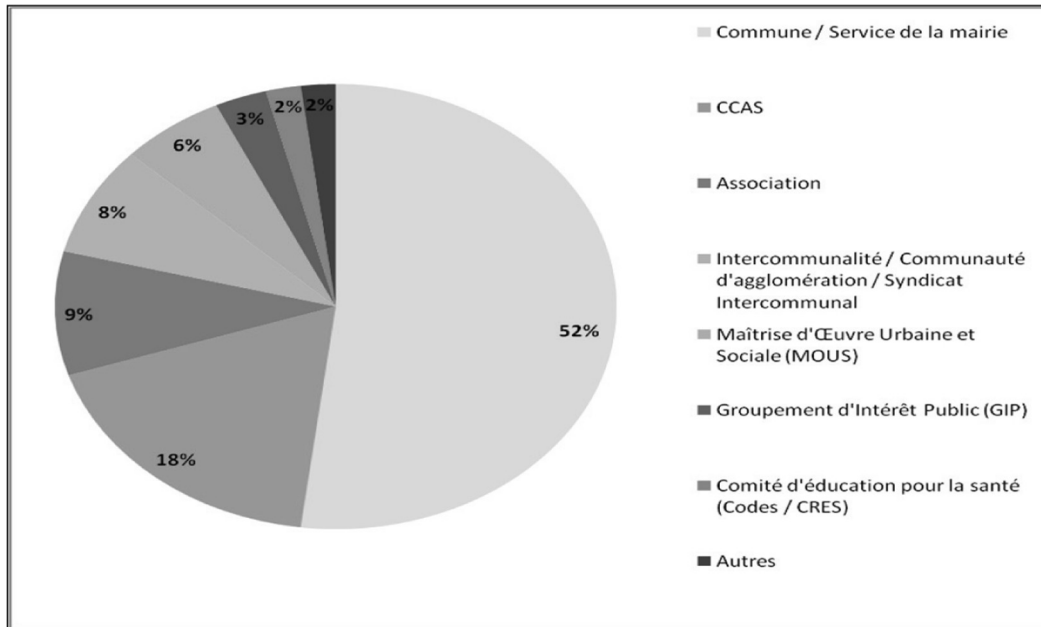
Afin de garantir la qualité des activités, les coordonnateurs ASV doivent pouvoir :

- bénéficier des formations et accompagnements nécessaires au bon exercice de leurs missions (formations CNFPT, dispositifs d'animation et de formation des DRJSCS et des ARS, soutiens départementaux ou régionaux, appui des centres de ressources de la politique de la ville ou de la santé) ;
- participer aux activités de coordination et de soutien aux ASV mises en place au niveau local ou national (plate-forme nationale de ressources ASV, animations ou coordinations locales ASV).

1.4. Le portage juridique des ASV

Si la majorité des ASV sont portés par les dispositifs ou services des collectivités locales, d'autres cas de figure existent, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Types d'organismes porteurs des ASV au 31 décembre 2009



Source : étude ACSé – Altimax, novembre 2010.

Le choix de la forme juridique et de la structure porteuse doit prendre en compte la nécessité de favoriser un fonctionnement partenarial, de garantir la transparence de gestion et l'exercice des responsabilités de chacun, ainsi que de faciliter l'intervention de terrain au plus près des publics prioritaires.

La nature de la mission, de son organisation et des moyens de l'ASV favorisent l'intérêt du choix du portage de l'ASV par une structure de droit public, disposant d'une comptabilité publique (commune ou intercommunalité, CCAS...).

Lorsque les ASV sont portés par des structures disposant d'un statut juridique spécifique, leur conférant une autonomie de gestion, la forme associative à but non lucratif, définie par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association est la plus fréquente.

Dans tous les cas, la structure juridique de l'ASV doit permettre de recevoir directement les financements accordés par l'État.

1.5. Le financement des ASV

Le développement du réseau des ASV implique, dans la limite de leurs moyens respectifs, la poursuite de l'effort financier consenti par les communes et intercommunalités et par l'État à travers le budget de l'ACSé, et la mobilisation renforcée des moyens d'intervention des ARS.

Le développement des cofinancements d'actions par d'autres collectivités territoriales et institutions finançant des actions de santé au niveau local constitue un enjeu important.

L'analyse des données d'activité des 264 ASV recensés fin 2010 permet d'estimer les ressources totales consacrées au cofinancement des ASV et de leur programmation sur les crédits ACSé à près de 13 millions d'euros.

Sur ces 13 M€, le soutien sur crédits ACSé à l'ingénierie de projet ASV représente un volume d'environ 7 M€ en perspective annuelle 2011 et 2012.

Les crédits de l'ACSé dédiés aux ASV sont destinés principalement au financement de l'ingénierie de projet (notamment la fonction de coordination) et des diagnostics.

D'autres crédits du volet santé de l'ACSé peuvent être mobilisés dans le cadre du financement du programme d'actions de l'ASV.

Il s'agit notamment des crédits destinés à :

- l'accès à la prévention (cet objectif comporte les modalités d'intervention visant à permettre aux populations concernées par la politique de la ville d'accéder à une information sur la santé et à une offre de prévention de proximité de qualité) ;
- les actions d'accès à la prévention en santé, concernant notamment les thématiques portées par les plans nationaux de santé publique ;
- la prévention de la toxicomanie et des conduites addictives en cohérence avec le plan triennal de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie) ;
- les actions favorisant la connaissance des dispositifs de santé et socio-sanitaires ;
- la lutte contre les inégalités d'accès aux droits et aux soins :
 - les actions d'interprétariat social permettant une assistance d'interprétariat aux populations maîtrisant mal la langue française afin de faciliter l'accès aux droits et à la santé ;

- les actions d'accompagnement médico-social ou de médiation sanitaire ;
- les actions d'accès aux soins (soutien aux projets permettant l'accès effectif aux soins, notamment à une offre de soins de proximité de qualité) ;
- l'accompagnement par les ASV de la mise en place des maisons de santé (notamment pour l'élaboration des diagnostics préalables) et des contrats locaux de santé, en complément des crédits de droit commun des ARS.

1.6. Le suivi de l'ASV

Le pilotage, le suivi et l'évaluation nationale du volet santé de la politique de la ville sont réalisés par les institutions de tutelle : par le SGCIV, qui pilote et apprécie l'évolution générale du programme au regard des objectifs et des orientations du CIV en matière de santé, ainsi que par l'ACSé, qui assure l'animation des réseaux locaux, le suivi des activités et leur financement au travers des budgets qui lui sont délégués par le SGCIV.

Au niveau local, les ASV doivent prévoir une procédure de suivi et d'évaluation de leur fonctionnement qui permette de rendre compte de leurs activités, des partenariats construits, des moyens mobilisés et du fonctionnement des instances de pilotage (comités de pilotage de l'ASV...), aux acteurs et partenaires locaux ou régionaux et à la population des quartiers investis par la démarche.

Ils doivent aussi pouvoir rendre compte de leur activité et résultats au niveau des instances locales de gouvernance du système de santé (conférence de territoire, CRSA, PRAPS...), ainsi qu'aux financeurs des actions.

Les outils visant à rendre compte des activités de l'ASV sont multiples [bilans d'activité, tableaux de bord, rapports d'évaluation, fiches projets, documents de bilan, dispositions relatives aux bilans des projets financés... (1)]. L'ACSé utilise un tableau de suivi, consultable (à compléter).

Ces outils doivent distinguer :

- le suivi et le bilan de l'utilisation des crédits ou des soutiens budgétaires (sollicités par les autorités de tutelle ou les financeurs) concernant l'activité de l'ASV ou la réalisation des actions programmées ;
- le suivi et l'évaluation qualitative des programmes d'actions fondés sur des objectifs définis au plan local.

Il est recommandé de prévoir toujours au niveau local une évaluation participative, permettant à toutes les catégories d'acteurs et notamment aux associations locales ou représentatives des habitants d'y être associées.

II. – LES MISSIONS DE L'ASV

2.1. La réalisation d'un diagnostic territorial partagé des besoins de santé

Toute démarche ASV doit reposer sur un diagnostic partagé des besoins de santé du territoire concerné réalisé en lien avec les collectivités locales, l'ARS et les services de l'État.

Ce diagnostic a pour vocation principale de guider l'élaboration d'objectifs et d'une programmation d'actions de santé sur le territoire du CUCS. Le diagnostic doit conduire à la construction d'une vision commune des besoins du territoire, en favorisant la mobilisation prioritaire des moyens d'action du droit commun.

Il doit constituer une occasion de promouvoir la démocratie sanitaire, en offrant notamment aux publics les plus défavorisés l'occasion de s'exprimer et de participer à la prise en charge de leur santé, et aux professionnels de santé l'opportunité de s'inscrire dans une démarche territoriale de santé.

Contenu

Il doit porter sur les processus de dégradation de l'état de santé des publics ciblés par la politique de la ville, notamment sur les facteurs qui génèrent des conduites à risques ou qui réduisent l'accès aux services de prévention et de soins.

L'analyse des causes doit prendre en compte les facteurs individuels et épidémiologiques ainsi que les déterminants socio-environnementaux de la santé, les représentations et les pratiques sociales de santé des populations concernées.

Il doit considérer également la variable territoriale afin de pouvoir comparer les besoins des populations du quartier concerné à ceux du reste de la population de la collectivité.

Le diagnostic permet d'identifier l'ensemble des ressources et acteurs de la prévention et des soins mobilisables sur le territoire et les besoins d'accès aux soins non pourvus.

Une attention particulière doit être portée à l'analyse à court, moyen et long terme de la démographie des professionnels de santé présents sur le territoire.

(1) Voir par exemple la fiche « Guide méthodologique – Phase 2 : auto-évaluation et préconisations » et la « Fiche-action ASV », réalisée par la mission d'impulsion et de coordination régionale des ASV en Aquitaine portée par l'IREPS Aquitaine (ex CRAES-CRIPS d'Aquitaine), in : <http://www.educationsante-aquitaine.fr/index.php?act=1,5,1,7>.

La partie relative au repérage des besoins d'accès aux soins et à l'analyse de la démographie des professionnels de santé doit faire l'objet d'une approche concertée avec l'ARS.

Le positionnement, l'activité et les besoins des structures de soins de premier recours sur le territoire (centres, maisons, pôles de santé, cabinets de groupe) doivent faire l'objet d'une étude particulière en lien avec l'ARS, dans le cadre de l'élaboration des volets ambulatoires des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), afin de garantir la meilleure prise en compte des difficultés d'accès à la prévention et aux soins de populations prioritaires.

Étapes et méthodologie de l'élaboration

Le diagnostic de santé du territoire est réalisé à l'initiative du comité de pilotage et est piloté par le coordonnateur ASV.

Il peut être décidé d'en confier la réalisation à un opérateur spécialisé externe, dont la prestation pourra être cofinancée par l'État. Il est alors recommandé de privilégier un accompagnement méthodologique par l'ASV et d'éviter une externalisation totale de la démarche, afin de capitaliser au mieux l'effet de mobilisation et de responsabilisation produit par le diagnostic partagé.

Les collectivités territoriales et l'État allouent à chaque ASV une subvention préalable visant à couvrir le coût du diagnostic partagé.

Le diagnostic nécessite plusieurs phases :

- la collecte, mise en forme et diffusion de données pertinentes : outre les sources classiques de données sanitaires, sociales et démographiques (INSEE, INVS, INSERM...), il convient de s'appuyer sur les nombreuses sources d'informations et d'études déjà réalisées sur le territoire. Dans cette perspective, il est fortement recommandé de solliciter les services publics territoriaux, en particulier ceux chargés de la santé et de l'action sociale (communes, conseil général), organismes de sécurité sociale, mutuelles...). Des sources d'information pourront être mobilisées auprès des organismes et instances chargés de l'observation et de production de données locales telles que les observatoires régionaux de santé (ORS) ou les plates-formes d'observation sociale et sanitaire (POSS) des DRJSCS, les observatoires locaux de l'action sociale et parfois de la santé mis en place par les CCAS notamment. Il est également utile de solliciter les organismes professionnels tels que les URPS et conseils locaux de l'ordre des professions sanitaires et sociales, les services d'information médicale des centres hospitaliers et des structures de soins (centres, maisons ou pôles de santé) ;
- la formalisation d'une synthèse écrite du travail de diagnostic, comportant des informations précises et vérifiables : la communication est essentielle pour préserver le caractère partenarial et participatif de la démarche et développer une dynamique pour les phases d'action à venir.

Le document de synthèse devra être présenté au comité de pilotage de l'ASV, qui devra le valider, et le transmettre à l'ARS et à la DDCS.

Les diagnostics déjà réalisés doivent être diffusés à l'ARS et régulièrement actualisés.

Pendant tout le processus les référents ARS et DDCS chargés de la politique de la ville veilleront à faciliter le développement et l'amélioration des diagnostics locaux en fonction des enjeux de déploiement local de leur politique :

- en facilitant l'accès aux données publiques des différents services (éducation nationale, secteurs de psychiatrie, CPAM...);
- en accompagnant les coordonnateurs des ASV insuffisamment formés ou soutenus localement pour faire face aux difficultés de cette approche ;
- en facilitant l'accès à des formations, des temps d'échanges de pratiques ;
- en soutenant les animations ou coordinations régionales ou départementales des ASV ;
- en facilitant l'accès aux ressources, y compris financières, nécessaires à la réalisation du diagnostic partagé.

2.2. L'élaboration et la mise en œuvre d'une programmation locale de santé

La phase suivante des travaux conduits par un ASV doit être consacrée à l'élaboration d'une programmation locale d'actions de santé favorisant la promotion de la santé, l'accès à la prévention et à l'offre de soins de premier recours, ainsi que l'accompagnement médico-social.

Elle peut s'intégrer dans un plan local de santé établi pour un territoire plus vaste, mais doit être centrée sur la réponse aux besoins de santé des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Dans le cas où le territoire de projet de l'ASV prend en compte un bassin de vie qui dépasse le périmètre du CUCS, les actions doivent prioriser les quartiers de la politique de la ville.

Le programme local d'actions de santé est avant tout un cadre, qui doit dépasser le « catalogue » d'actions et mettre en cohérence l'ensemble des politiques et ressources de droit commun susceptibles d'apporter des réponses aux besoins de santé diagnostiqués localement.

Il est important de considérer la programmation locale de santé comme une consolidation et un prolongement de la dynamique territoriale en santé déjà engagée. Ainsi, les partenaires affirment leurs engagements et présentent un projet stratégique de santé allant au-delà de la juxtaposition d'actions. Par ce biais, les services de l'État pourront relayer au niveau régional la nécessité de concentrer les moyens de droit commun sur les territoires fragiles, en cohérence avec les orientations stratégiques régionales.

Conformément aux textes de référence, le programme local d'actions de santé doit s'intégrer à la politique régionale de santé mise en œuvre par l'ARS à partir du PRS et être cohérent avec la stratégie précisée dans la partie ambulatoire des SROS. Ceci facilite l'articulation de la démarche ASV avec la mise en place d'un CLS.

La programmation peut comporter des actions spécifiques lancées à l'initiative de l'ASV, et qu'il coordonne. Les actions sont réalisées principalement par des prestataires ou des partenaires, mais l'ASV peut éventuellement les conduire.

Élaboré selon la méthode de programmation par objectifs, le programme local d'action de santé est décliné annuellement afin de :

- favoriser l'évaluation et l'élaboration du bilan annuel à présenter à l'instance de pilotage ;
- respecter le principe de l'annualité budgétaire des crédits publics mobilisés dans ce cadre et faciliter le suivi physico-financier des activités de l'ASV par les financeurs principaux (collectivités locales et délégués territoriaux de l'ACSé).

Le programme d'actions intègre les moyens et les ressources spécifiques de la politique de la ville mobilisés sur les différents volets du CUCS, ceux du droit commun des secteurs de la santé, de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports, ainsi que ceux propres à la collectivité locale concourant à la prise en compte des problèmes de santé du territoire.

Principales étapes d'élaboration

Le plan d'actions est présenté par objectifs stratégiques déclinés en objectifs opérationnels qui doivent être directement évaluables et assortis des principaux indicateurs de moyens.

À titre d'exemple, la programmation et le bilan annuel d'activité de l'ASV pourraient se fonder sur les objectifs stratégiques et opérationnels suivants :

- améliorer la connaissance de la situation du territoire en matière de santé (recensement des données, construction ou actualisation des diagnostics, partage et capitalisation des conclusions) ;
- développer le partenariat et travail en réseau (mobilisation des acteurs locaux, constitution de groupes de travail sur des thèmes spécifiques, mise en œuvre de supports de partage d'information, d'expérience et de mutualisation des ressources entre acteurs locaux) ;
- favoriser l'accès aux soins et à la prévention (identification des déterminants de la santé pris en charge par l'ASV et des facteurs facilitant l'accès aux soins, mise en œuvre des actions et des programmes favorisant l'accès à la santé, traitement des problématiques sanitaires émergentes, déclinaison locale des programmes nationaux et régionaux) ;
- agir pour la continuité et le développement de l'offre de soins (information des décideurs locaux, faciliter l'installation de professionnels de santé sur la ville, soutien aux projets de regroupement ou d'exercice pluriprofessionnel) ;
- développer la participation active des habitants dans la réalisation d'actions de santé (promouvoir la participation des habitants sur des thèmes particuliers [environnement, habitat, santé des jeunes et adolescents], assurer l'implication des habitants dans la conception et la mise en œuvre de projets) ;
- renforcer les compétences des acteurs locaux et l'information en matière sociale ou de santé (améliorer l'organisation et la diffusion de formations des acteurs locaux sur des problématiques de santé et d'accès aux droits et aux soins) ;
- favoriser l'accès de la population aux droits sociaux et sanitaires (actions en direction des personnes victimes de violences, appui des services d'interprétariat linguistique disponibles, intégration de la problématique santé dans l'accompagnement social et professionnel des habitants) ;
- favoriser les pratiques d'évaluation des actions conduites et mise en place d'outils (encourager les pratiques d'évaluation auprès des différents partenaires, création d'outils de diagnostic, de pilotage et d'évaluation des actions conduites au sein de l'ASV) ;
- identifier les contraintes de gestion de l'ASV (assurer de façon pérenne et opérationnelle le financement de l'ASV, évaluer le poids des contraintes administratives sur les charges de travail, implication des partenaires dans l'atteinte des objectifs communs).

Les modalités de mise en œuvre doivent être précisées, notamment :

- le système de pilotage, de suivi et d'évaluation ;
- les moyens mobilisés ;
- le calendrier de réalisation.

La programmation comporte également un volet relatif à l'observation locale de la santé ; celui-ci sera mis en œuvre avec la collaboration des instituts régionaux d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et des observatoires régionaux de santé (ORS).

2.3. Favoriser la participation des habitants

La participation de la population constitue à la fois un objectif et un moyen de promotion de la santé sur le territoire de la politique de la ville.

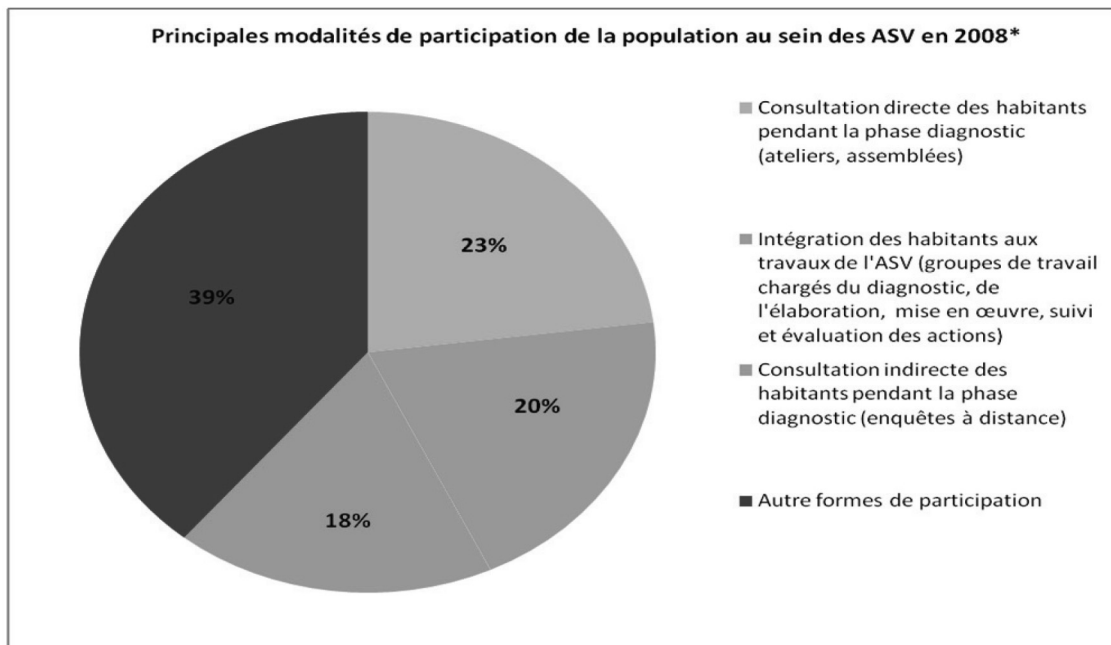
Cependant, la participation sociale en santé « ne se décrète pas », et nécessite une approche et une volonté forte des animateurs ainsi qu'une maîtrise des méthodes participatives dans le champ de la santé.

Il existe un éventail très large de formes de participation qui impliquent plus ou moins réellement les personnes.

La modalité la plus fréquente est la consultation des habitants, déclinée de multiples façons. Les habitants sont invités à venir discuter des projets en cours pour faire entendre leurs besoins. Dans d'autres cas la participation correspond à un questionnement dans le cadre d'enquêtes, souvent menées par des prestataires extérieurs. Cela peut prendre également la forme de groupes de travail ou de groupes de parole associant directement les habitants ou les associations les représentant.

Ce travail avec les habitants n'est pas simplement un élément de démocratie locale, il permet d'agir globalement sur la santé et d'améliorer réellement leur situation individuelle. La participation constitue un vecteur de la réduction des inégalités de santé et favorise l'inclusion sociale (sortir de l'isolement, du mal-être, des tensions intergénérationnelles, des prises de risques...).

À la fin de l'année 2009, 64 % des ASV conféraient une place aux habitants des quartiers « dans la conception, mise en œuvre et/ou évaluation des actions de l'ASV » (1).



(*) Source : étude critique du volet santé des CUCS, DIV, mars 2009.

III. – LES DISPOSITIFS ET PARTENARIATS (L'ENVIRONNEMENT DE L'ASV)

La valeur ajoutée de l'ASV réside dans sa 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.

3.1. Les autres dispositifs du CUCS

Les moyens mobilisés au titre de la santé sur les autres volets des CUCS peuvent être importants, aussi, l'articulation de l'ASV avec le volet éducatif du CUCS et le programme de réussite éducative est elle essentielle au regard des pathologies concernent les enfants d'âge scolaire observées sur les territoires de la politique de la ville (nutrition, obésité, santé bucco-dentaire, vaccinations, diabète, handicap mental...).

L'articulation avec les démarches engagées au titre de l'emploi et de la prévention de la délinquance est également un facteur important de réduction des inégalités sociales de santé.

3.2. Les ASV et les autres opérateurs et dispositifs locaux de santé

L'ASV peut participer, sous la conduite de l'ARS, à la promotion de l'articulation et des coopérations entre les différents opérateurs et acteurs du champ de l'action sanitaire et sociale, notamment

(1) Agence de marketing interactive Altimax, étude pour l'ACSé : « L'activité des ateliers santé ville en 2009 – Tableau de bord », novembre 2010.

ceux concourant aux soins de premier recours tels que définis à l'article L. 1411-11 du CSP (modifié par l'article 36 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires), soit :

« L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique.
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.
- 4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

Les coopérations bénéficiant de l'appui de l'ASV doivent pouvoir se développer en privilégiant les actions de droit commun au bénéfice des habitants des quartiers sensibles.

L'accompagnement des porteurs de projets de création de structures de soins de premier recours en exercice regroupé et pluriprofessionnel (maisons, centres et pôles de santé) fait l'objet d'une forte mobilisation du réseau des ASV.

3.3. L'articulation des ASV avec les contrats locaux de santé

L'article L. 1434-17 du CSP précise que : « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. »

L'article L. 1435-1 CSP précise que : « L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1^{er} de la loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé. »

Les ASV trouvent naturellement leur place dans le nouveau cadre contractuel posé par la loi HPST pour le développement local des politiques de santé. La démarche territorialisée de coordination et d'ingénierie de projet en santé qu'ils développent correspond avec celle qui devrait conduire à la mise en place d'un CLS.

Ainsi, les principaux acquis des démarches ASV tant sur le plan méthodologique (définition de territoires de projet en santé pertinents au niveau local, élaboration de diagnostics de besoins participatifs, fédération d'acteurs, 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), que stratégique (les dynamiques locales de santé animées dans ce cadre sont souvent les seules observées sur ces territoires, fédérant les principales catégories d'acteurs de santé), doivent faciliter la mise en place des CLS.

Un processus de négociation en vue d'une contractualisation pourra être engagé dès lors qu'une des parties souhaitera mettre en place un CLS, le projet devant décliner localement les objectifs du programme régional de santé en cohérence avec les besoins des territoires et des enjeux prioritaires de santé portés par les collectivités locales.

Les collectivités locales pourront solliciter l'ARS dans une démarche volontariste qui visera à satisfaire les besoins locaux repérés, en cohérence avec les orientations du PRS ainsi que des plans nationaux de santé.

En cas de similitude des territoires de projets et d'une évaluation positive du contenu des programmations de santé coordonnés par les ASV, le DG de l'ARS pourra proposer aux collectivités locales partenaires du CUCS de faire converger le volet santé du CUCS et le CLS.

Le ministère de la santé a identifié quatre scénarii principaux qui pourraient déterminer les conditions d'intégration des ASV aux CLS (1), soit :

Scénario 1 : intégration de l'ASV et de sa programmation dans le CLS portant sur les mêmes territoires (quartiers prioritaires).

Scénario 2 : intégration de l'ASV et de sa programmation, comme volet d'un CLS portant sur un territoire élargi.

Scénario 3 : regroupement de plusieurs ASV et de leur programmation dans un même CLS portant sur un territoire fédérant des zones couvertes par des CUCS.

Scénario 4 : existence d'un ASV ou du volet santé d'un CUCS sans mise en place d'un CLS.

(1) Un document de référence pour les ARS a ainsi été élaboré et validé au mois de mars 2011 : contrat locaux de santé – Éléments de référence (lien doc disponible sur <http://i.ville.gouv.fr/reference/6960/elements-de-reference-sur-les-contrats-locaux-de-sante-cls-presentation-perimetre-et>).

En cas de vision commune sur le territoire de projet et d'évaluation positive du programme d'actions de l'ASV (scénario 1), les comités de pilotage de l'ASV et du CLS pourraient être confondus, le dispositif de coordination constitué par l'ASV mis à disposition du CLS et renforcé en moyens par l'ARS. Dans ce cas, le préfet ou son représentant serait également signataire du CLS au même titre que les collectivités locales et le DG ARS signataire du CUCS lors de son renouvellement.

Lorsqu'un CLS est construit sur une échelle élargie (communautés de communes, agglomérations, pays) par rapport au territoire de projet d'un ou plusieurs CUCS ou ASV, ceux-ci constitueraient un volet territorial du CLS, leur programmation étant intégrée ainsi que leurs dispositif de pilotage et de coordination.

Enfin, dans le cas où l'ARS considère que le territoire de projet d'un CUCS n'est pas pertinent pour son intégration à un CLS, ses représentants maintiennent leur participation au pilotage du volet santé du CUCS ou de l'ASV, afin de les inscrire dans une démarche de transversalité vis-à-vis du projet régional et de ses déclinaisons territoriales.

Ainsi, la programmation de l'ASV peut être intégrée à celle du CLS, qui doit se décliner en un programme pluriannuel d'actions, mis en œuvre annuellement, éventuellement par la voie d'avenants, et comportant un dispositif d'évaluation structuré.

La valeur ajoutée du CLS sur le plan budgétaire réside dans l'effet de levier produit par la mobilisation de cofinancements partenariaux et les économies d'échelle réalisées par une mutualisation et une meilleure coordination des dispositifs de soins et de leur pilotage partenarial.

Il paraît également indispensable de préciser que les moyens alloués par l'État au volet santé du CUCS au travers du budget de l'ACSé, resteront ciblés sur les quartiers prioritaires et ne seront pas réorientés vers d'autres objectifs que ceux définis dans le cadre du dialogue local entre l'État et les collectivités locales signataire du CUCS.

ANNEXES

- Annexe I. – Textes de référence des ASV.
- Annexe II. – Le paradoxe français : les inégalités sociales de santé (ISS).
- Annexe III. – Les ARS et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- Annexe IV. – Apprécier le champ local de la santé en vue de la mise en place d'un ASV.
- Annexe V. – Les collectivités locales partenaires.
- Annexe VI. – Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention.
- Annexe VII. – Les PRE et la thématique santé.
- Annexe VIII. – Les règles de contractualisation donnant accès aux crédits santé de la politique de la ville (1).
- Annexe IX. – Liste des principaux items de suivi ASV (ACSé).
- Annexe X. – Membres du groupe d'élaboration du référentiel.

(1) Extrait de : ACSé, secrétariat général, département des affaires financières, service du budget et contrôle de gestion : « Nomenclature générale des interventions de l'ACSé 2011, manuel de l'utilisateur, thème 4 : santé et accès aux soins », version de janvier 2011, pp 22-24.

ANNEXE I

TEXTES DE RÉFÉRENCE DES ASV

- Loi n° 2003-710 du 1^{er} août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine. JO du 2 août 2003. Chapitre I^{er} « Réduction des inégalités dans les zones urbaines sensibles », annexe I, point 4 « santé ».
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Circulaire DIV/DGS du 13 juin 2000 relative à la mise en œuvre des ateliers santé ville dans le volet santé des contrats de ville (2000-2006).
- Circulaire DGS/SP2/2000-324 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire.
- Circulaire DIV/DPT-LSSP/MILDT/2001-14 du 9 janvier 2001 relative au programme de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances sur les territoires de la politique de la ville.
- Circulaire DGS/6C/DHOS/02/DGAS/DIV n° 2001-393 du 2 août 2001 d'orientations relatives aux actions de santé conduites dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) dans le champ de la santé mentale.
- Circulaire DGS/SD6D/2002-100 du 19 février 2002 relative aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes en situation de précarité (fiche 4 de la circulaire).
- Circulaire interministérielle du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement.
- Circulaire DGS/SD1/2004-454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique.
- Circulaire n° 101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
- Circulaire DGS/SD6D/2004-627 du 21 décembre 2004 relative à l'identification et l'analyse des projets de santé publique contractualisés avec les collectivités locales.
- Comité interministériel des villes du 9 mars 2006. Circulaire du 24 mai 2006 relative à l'élaboration des contrats urbains de cohésion sociale.
- Circulaire DIV du 24 mai 2006 et fiche « Programmation santé des CUCS ».
- Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville abrogeant la circulaire interministérielle n° DGS/DHOS/SD1A/2006-353 du 2 août 2006.
- Circulaire n° DGS/2007/430 du 7 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).
- Lettre-circulaire interministérielle DGS/DIV/DP1 n° 2009-68 du 20 janvier 2009 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.
- Instruction n° SG/2011/08 du 11 janvier 2011 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, adressée par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales aux préfets de région, RRJSCS, DG-ARS, préfets de département, DDCS, DDPP, DRASS de La Réunion, directions de la santé et du développement social d'outre-mer et directions départementales de la jeunesse et des sports d'outre-mer.

ANNEXE II

LE PARADOXE FRANÇAIS : LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ (ISS)

La situation sanitaire française est marquée par un paradoxe : l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées en Europe, mais les inégalités sociales de santé (ISS) sont également parmi les plus importantes. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « gradient social de santé », et vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies : déjà dans le texte).

Exemples : concernant la mortalité, l'espérance de vie à 35 ans d'un homme cadre supérieur est de sept ans plus élevée que celle d'un ouvrier. Pour le même cadre, l'espérance de vie sans incapacité est de dix ans supérieure à celle d'un ouvrier. Le taux de mortalité prématurée des hommes sans diplômes (risque de décès avant 65 ans) est 2,5 fois plus élevé que celui des hommes ayant fait des études supérieures.

Ces inégalités commencent dès l'enfance (la prévalence de l'obésité, de l'asthme, l'état dentaire, le recours aux soins spécialisés, le développement psychomoteur cognitif et langagier des enfants sont très stratifiés selon la position sociale de la famille). Elles expliquent pour partie la reproductibilité des ISS d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents, etc.

La compréhension des ISS nécessite de se référer à un modèle global des déterminants de la santé.

En effet, l'âge, le sexe, les facteurs génétiques, comme les comportements individuels ne suffisent pas à expliquer les différences observées. Le poids des conditions de travail, de vie, la qualité des liens sociaux, l'éducation, ont un impact important sur la fréquence des comportements « à risque », sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. Les parcours de vie difficiles, construits dès l'enfance, entraînent une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé.

On comprend dès lors que les réponses, en termes de politique publique, se situent en amont ou en complément du cadre sanitaire traditionnel.

Voir aussi :

1. « Agences régionales de santé – Les inégalités sociales de santé », sous la direction de B. Basset. Éd. INPES, août 2009. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>.
2. Rapport du Haut Conseil de la santé publique : « Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité » : http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf.
3. Rapport final du consortium DETERMINE : www.healthinequalities.eu.
4. Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS) : http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html.

ANNEXE III

LES ARS ET LA LUTTE CONTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES
ET TERRITORIALES DE SANTÉ

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, promulguée le 21 juillet 2009, confie aux ARS un objectif de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (1) à réaliser par l'intermédiaire de projet régional de santé (PRS). L'article L. 1434-2 du code de la santé publique stipule que [...] : « Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région.

2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale.

3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17.

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. »

Le décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé précise que celui-ci :

- « est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux, ainsi que de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
- qu'il comporte une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, tenant compte notamment des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- qu'il doit intégrer des objectifs en matière de réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ;
- ainsi que des mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. »

En outre, le Conseil national de pilotage des ARS veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de la réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.

(1) Voir annexe II.

ANNEXE IV

APPRÉCIER LE CHAMP LOCAL
DE LA SANTÉ EN VUE DE LA MISE EN PLACE D'UN ASV

FACTEURS DÉTERMINANTS pour le développement d'une nouvelle démarche ASV	LECTURE LOCALE (CUCS/agglo...) (addition des réponses cumulées par site)			LECTURE départementale (addition des réponses cumulées par CUCS)			LECTURE RÉGIONALE (addition des réponses cumulées par département)		
	Oui (*)	Non	?	Oui	Non	?	Oui	Non	?
Sites ayant bénéficié d'un contrat de ville ou d'un CUCS									
Sites ayant réalisé un diagnostic santé local « objectif » (chiffré)									
Sites ayant réalisé un diagnostic santé local « subjectif » (partagé)									
Sites ayant défini des objectifs prioritaires de santé locaux									
Sites bénéficiant d'actions santé intégrées à un PRS ou au PRAPS									
Sites ayant intégré explicitement le volet santé du contrat de ville ou du CUCS au PRAPS ou PRS									
Sites bénéficiant de la présence d'opérateurs susceptibles de porter un ASV (y compris au sein de l'équipe CUCS)									
Sites bénéficiant de la présence de collectifs/réseaux de santé locaux									
Sites bénéficiant d'une mobilisation de la municipalité sur les questions intéressant l'ASV (élu et service désignés)									
Sites bénéficiant d'une cellule désignée au sein de l'ARS chargée de suivre les questions intéressant l'ASV et ou CLS									
Sites bénéficiant d'une mobilisation du conseil général sur les questions intéressant l'ASV									
Sites bénéficiant d'une mobilisation des autres acteurs importants sur les questions intéressant l'ASV (médecine libérale, police, hôpitaux, justice, éd. nationale, CAF, FAS, CPAM, ORS, laboratoires recherche/universités, grandes associations à vocation sociale, CODES/IREPS, associations prévention, mutuelles, etc.)									
Total (addition des réponses cumulées permettant d'apprécier la perméabilité relative locale, départementale ou régionale aux ASV)									

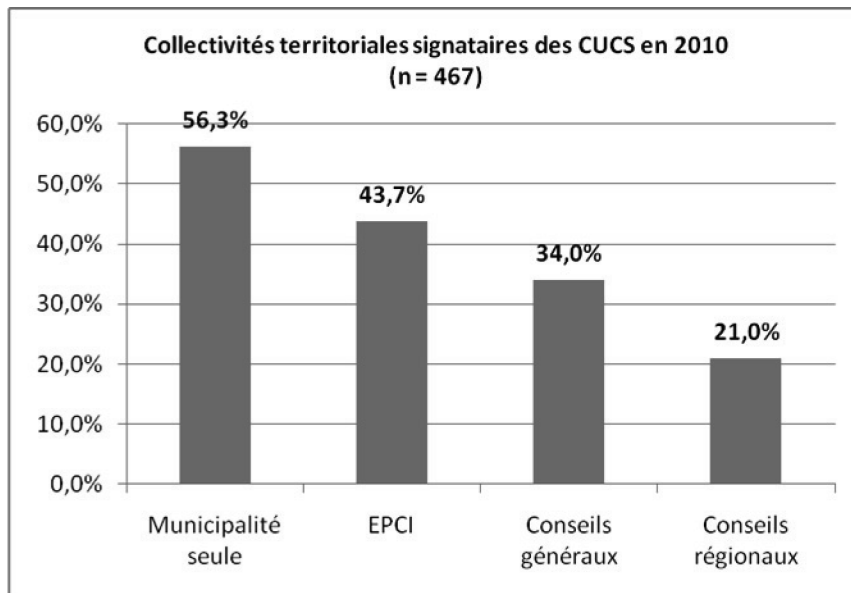
(*) Oui : facilite. Non : freine. ? : incertain.

ANNEXE V

LES COLLECTIVITÉS LOCALES PARTENAIRES

L'engagement des collectivités locales dans la mise en œuvre de l'ASV est essentiel, car elles ont la capacité d'intervenir en proximité sur des nombreux déterminants de la santé ainsi que l'expérience et les compétences sur différents registres de l'action sanitaire et sociale.

Le tableau suivant montre que si la majorité des CUCS sont signés par des municipalités seules (56,3 %), une part non négligeable (43,7 %) sont des CUCS intercommunaux signés par des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI). On peut aussi observer que les autres collectivités territoriales sont des partenaires importants des CUCS : les conseils généraux sont cosignataires de 34 % d'entre eux, et les conseils régionaux de 21 %.



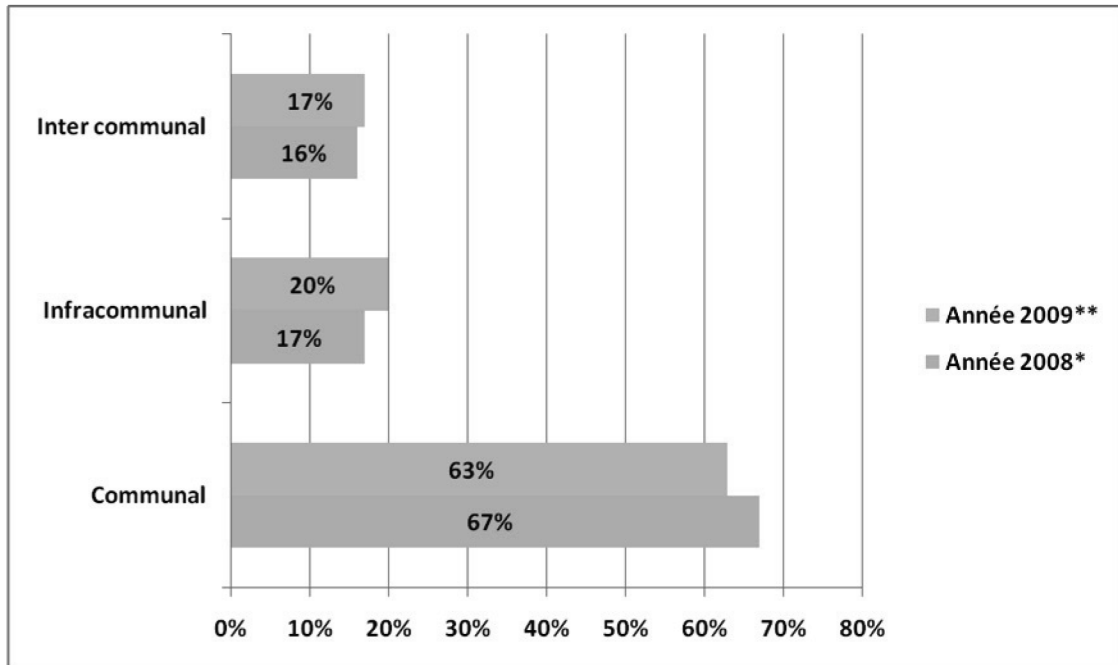
Source : D'après le rapport n°3394 enregistré le 4 mai 2011 à la Présidence de l'Assemblée Nationale, au nom de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi visant à prendre des mesures d'urgence en faveur des villes et des quartiers en difficulté (n°3297), déposé par Mr François PUPPONI.

Ainsi, même si elles n'ont pas de compétences propres d'attribution dans le champ de la santé, l'expérience historique des municipalités sur ce sujet, les conduit à mobiliser des moyens spécifiques au bénéfice de la santé des plus défavorisés (CCAS, services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), centres de santé et dispensaires municipaux, services de protection maternelle et infantile ou de santé scolaire gérés par les municipalités).

Le tableau suivant montre qu'à l'image des CUCS la majorité des ASV définissent leur territoire de projet au niveau d'un ou plusieurs quartiers de la commune.

La démarche peut être appliquée aussi au niveau intercommunal (la majorité des ASV intercommunaux sont situés au sein d'agglomérations, de communautés de communes ou de communautés urbaines).

Territoires de projet des ASV – Années 2008 et 2009



Source : ACSé, enquêtes annuelles ASV Kynos (*) et Altimax (**).

Les expériences en cours montrent que selon l'échelle d'organisation des ASV la démarche peut varier dans ses priorités. Ainsi, lorsqu'ils sont organisés au niveau d'une agglomération, on observe une meilleure mobilisation des ressources des ASV consacrées à l'observation, l'évaluation et l'élaboration de stratégies d'action ; alors que dans les démarches plus locales, c'est la coordination des acteurs dans la proximité et l'impulsion de la participation des populations qui sont privilégiés.

Dans le cas des ASV intercommunaux, il conviendra de prioriser les territoires ou les quartiers les plus fragiles dans le déploiement des moyens et ressources de l'ASV fournies par l'État.

L'intervention des conseils généraux est également importante du point de vue de la santé, et leur association au pilotage des ASV doit être recherchée (secteur médico-social, prévention, protection maternelle et infantile, protection de l'enfance, aide et action sociale...).

Enfin, les conseils régionaux sont aussi potentiellement des partenaires importants qui dans de nombreuses régions, mobilisent des moyens sur des initiatives ciblées (santé environnementale, accès aux emplois et formation professionnelle dans le champ sanitaire et médico-social, soutien aux structures de prévention, programmes ciblant des publics vulnérables [jeunes ou migrants], lutte contre la désertification médicale et des professionnels de santé...).

ANNEXE VI

OUTIL DE CATÉGORISATION DES RÉSULTATS DE PROJETS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION

Extrait de : Michel JOUBERT, Chantal MANNONI « Le volet santé des CUCS, " 5^e pilier " de la politique de la ville – Analyse critique », in Les après-midi du Centre de ressources de la politique de la ville Profession Banlieue, n° 16, 13 novembre 2009.

Une méthodologie nommée « Outil de catégorisation des résultats en matière de promotion et de prévention de la santé » a été éprouvée notamment en Suisse et au Canada. Elle part du principe que, si l'on agit sur les déterminants, cela produit nécessairement un effet, même s'il n'est pas mesurable au niveau local.

Le modèle a été développé par Promotion Santé Suisse en collaboration avec les instituts de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne. Il repose sur le « *outcome model* » du Pr Don Nutbeam. Il permet d'évaluer les résultats obtenus par des projets de promotion de la santé et de prévention et peut servir de manière plus générale à l'analyse d'une situation, à la planification d'une intervention et à l'évaluation d'un projet.

En janvier 2007, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a réalisé une version adaptée pour la France du *Guide de catégorisation des résultats* en collaboration avec un groupe de professionnels de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Cet exercice serait intéressant à mener au niveau des ateliers santé ville, au moins en matière de structuration et d'organisation. Si l'on considère que 30 % des ateliers santé ville sont aujourd'hui articulés avec le Programme de réussite éducative (PRE), qu'ils seront 70 % dans quelque temps et que les différents volets santé du CUCS sont articulés entre eux, on peut d'autant plus mesurer l'intérêt de construire des outils.

Si les déterminants qui interviennent autour de la démarche atelier santé ville sont appropriés et travaillés, on peut alors considérer que l'on a un effet levier sur la réduction des inégalités de santé. Ces outils sont bien sûr à adapter, mais c'est la démarche qui est intéressante parce qu'elle pourrait permettre de montrer les évolutions et d'avoir des outils d'évaluation qualitatifs.

Contenu de l'outil de catégorisation

Les résultats attendus des interventions en prévention et promotion de la santé sont classés en trois colonnes :

- amélioration de la santé de la population ;
- modification des déterminants de la santé ;
- modification des facteurs qui influencent les déterminants de la santé.

Une colonne supplémentaire décrit les catégories d'activités de promotion de la santé.

Mode d'emploi

Le modèle de catégorisation des résultats est un instrument d'analyse qui sert au développement de la qualité. Il permet d'identifier des résultats planifiés (objectifs) et des résultats effectivement atteints en lien d'une part avec des activités de prévention et de promotion de la santé et d'autre part avec des problèmes de santé. Il permet de déceler les interactions et l'impact des projets et des programmes.

Le modèle peut être utilisé à différents niveaux : projets, programmes, institutions, stratégies nationales, régionales ou locales. À tous ces niveaux, le modèle peut être utilisé aux phases d'analyse de situation, d'élaboration des objectifs et stratégies, de pilotage et d'évaluation d'un projet. Il peut servir à en démontrer l'impact et donc à légitimer l'investissement financier vis-à-vis des pouvoirs publics.

L'outil de catégorisation des résultats peut non seulement être utilisé par le responsable du projet ou l'évaluateur mais aussi servir de support à la discussion sur le projet, dans le cadre d'une séance de travail de l'équipe projet, entre évaluateurs et principaux participants au projet...

Pour en savoir plus, voir sur le site de l'INPES :

Aperçu général de l'outil :

www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/modelePSS.pdf.

Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention : www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf.

ANNEXE VII

LES PRE ET LA THÉMATIQUE SANTÉ

Extraits de : Guide méthodologique Mettre en œuvre un programme de réussite éducative, Coll. Repères, l'éditions de la DIV, juin 2007.

« Le projet de réussite éducative et les ateliers santé ville »

[...] « Les ateliers santé ville peuvent légitimement être intégrés au PRE quand ils répondent à des besoins spécifiques d'enfants repérés comme étant en difficulté éducative sur les territoires couverts par le projet. On peut également imaginer que les ateliers santé ville puissent mettre en œuvre des actions répondant aux besoins non couverts d'enfants identifiés dans le cadre du PRE et qui pourront bénéficier à un public plus étendu » (p. 15).

Extraits du « Programme des interventions de l'ACSE pour 2011, adopté par le conseil d'administration le 20 décembre 2010 »

« Les interventions de l'ACSé en matière de santé sont centrées sur les ateliers santé-ville (ASV) qui permettent une structuration des actions au plan local [...]. Par ailleurs, un volume non négligeable d'actions est financé dans le cadre des CUCS en dehors des ASV et, pour un total d'environ 10 millions d'euros, dans le cadre des projets de réussite éducative au titre du suivi individualisé des enfants [...]. »

« En 2011, les interventions de l'ACSé comprennent trois programmes nationaux : réussite éducative, accès à la réussite et l'excellence, et soutien à la parentalité. »

« Le nombre de PRE labellisés est stabilisé à 531 pour un nombre total d'enfants bénéficiaires de 135 000 au total dont 59 600 parcours (année scolaire 2009-2010). »

« [...] Les actions sont mieux ciblées en matière de soutien à la scolarité pour les adolescents (afin de lutter contre le décrochage scolaire), de travail collectif sur la psychologie de l'enfant (en associant les parents), de santé et de parentalité. »

« Ces tendances doivent être confirmées en 2011 sur la base des orientations suivantes :

- 3. Privilégier au plan qualitatif :
- la santé, en particulier un diagnostic et une orientation adéquate pour la prise en charge des difficultés liées à la santé physique (vue, audition, dyslexie...) et mentale et au rythme de vie des écoliers et des collégiens ;
- la prévention de l'absentéisme et du décrochage scolaire : le PRE doit permettre de construire des parcours individualisés pour accompagner les élèves potentiellement absentéistes et repérés par les établissements scolaires (travail autour de l'estime de soi et de la motivation scolaire, tutorat, parrainage, soutien ciblé selon la difficulté repérée) ;
- [...] – le soutien à la parentalité : les actions visant à améliorer la relation parents-école et la fréquentation scolaire des enfants demeurent primordiales. Le recours à des adultes-relais occupants des fonctions de médiateur avec l'institution scolaire peut être développé. En outre, quel que soit le parcours, il est indispensable que la famille soit associée à toutes ses étapes. »

ANNEXE VIII

LES RÈGLES DE CONTRACTUALISATION DONNANT ACCÈS AUX CRÉDITS SANTÉ
DE LA POLITIQUE DE LA VILLE (1)

L'ACSé est chargée du cofinancement État du volet santé de la politique de la ville.

L'agence intervient dans le domaine de la santé pour contribuer à l'accès à une offre de soins de proximité de qualité, à la fois curative et préventive. Elle dispose pour agir d'un dispositif spécifique (ASV) et finance des actions ciblées dans ce cadre et celui des CUCS. L'ensemble de ces actions doit être articulé avec le niveau régional (ARS) qui met en œuvre et finance les actions de prévention et d'offres de soins.

Conditions d'accès aux crédits santé de la politique de la ville (2).

L'ordonnancement des crédits de l'ACSé est organisé à trois niveaux :

- au niveau national, ils relèvent de la responsabilité du directeur général de l'ACSé, ordonnateur principal, qui s'appuie sur les services centraux de l'agence pour déléguer les crédits correspondant aux dépenses déconcentrées aux préfets, délégués territoriaux de l'ACSé et ordonnateurs secondaires de ses crédits ;
- au niveau régional, le préfet de région est le délégué régional de l'ACSé et s'appuie sur les services de la DRJSCS pour l'ordonnancement des crédits ;
- au niveau départemental, le préfet de département est le délégué départemental de l'ACSé et s'appuie sur les services de la DDCS, DDCS-PP et des préfectures de département pour l'ordonnancement des crédits.

Le préfet, délégué de l'agence, accorde des subventions aux porteurs de projet pour réaliser des actions en cohérence avec les missions de l'ACSé. Il a le libre choix d'accepter ou de refuser une demande de subvention.

Tous les organismes demandeurs de subventions de l'ACSé (même s'il ne s'agit pas d'associations) doivent utiliser le dossier unique de demande de subvention (formulaire n° 12156*03) téléchargeable sur le site www.service-public.fr.

Le dossier est unique car :

- il est destiné à toutes les collectivités publiques ;
- il regroupe toutes les actions que l'organisme entend mettre en œuvre durant une année et pour lesquelles il sollicite un financement public.

La loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, dite loi « DCRA » (art. 10, 19 et 21) prévoit que toute demande adressée à l'administration doit faire l'objet d'un accusé de réception (art. 19 et 21).

L'examen de la recevabilité de la demande porte sur :

1. La conformité aux missions et aux priorités de l'établissement, (sous réserve d'un examen ultérieur approfondi).
2. La compétence du niveau national, régional ou départemental : si le dossier n'est pas adressé au bon échelon, le service qui a reçu le dossier doit le transmettre à l'échelon compétent. L'organisme demandeur sera informé par courrier type.
3. La constitution formelle des dossiers : le dossier doit être complet, signé et rempli très précisément.

À défaut, il sera retourné à l'organisme pour modifications ou compléments.

Toute personne morale bénéficiant de financements publics doit être inscrite au répertoire SIRENE, même si elle n'emploie pas de salariés (la démarche est gratuite sur www.sirene.tm.fr). Les services demandeurs qui n'ont pas la personnalité morale n'ont pas la possibilité de contracter avec l'ACSé. Ils peuvent cependant bénéficier d'un tiers « support », bénéficiant de la personnalité morale, qui pourra contracter avec l'ACSé.

Tout demandeur de subvention publique doit présenter une attestation dite « d'eurocompatibilité » en conformité avec la circulaire du Premier ministre du 18 janvier 2010 relative aux relations entre les pouvoirs publics et les associations : conventions d'objectifs et simplification des démarches relatives aux procédures d'agrément (annexe I). En effet, en 2010 une fiche 4.2 a été introduite dans le dossier de demande de subvention. Elle est la conséquence de l'application d'un règlement européen relatif à la libre concurrence au sein de l'Union (3). Le droit européen interdit les aides

(1) Extrait de : ACSé, secrétariat général – département des affaires financières – service du budget et contrôle de gestion : « Nomenclature générale des interventions de l'ACSé 2011, manuel de l'utilisateur, thème 4 " Santé et accès aux soins ", version de janvier 2011, pp 22-24.

(2) Extrait de : ACSé, secrétariat général – direction des affaires financières et du contrôle – service de l'exécution financière, du contrôle et de l'audit : « Guide de l'ordonnateur secondaire de l'ACSé : attribution de subventions », janvier 2011.

(3) Règlement (CE) n° 1998/2006 de la commission du 15 décembre 2006, concernant l'application des articles 87 et 88 du traité aux aides de minimis.

publiques versées par un État membre à une entreprise pour assurer une activité économique d'intérêt général, qui fausserait la concurrence intracommunautaire. Ceci s'applique également aux associations qui, au sens du droit communautaire, est une entreprise, même si elle est à but non lucratif, et la notion d'activité économique recouvre « toute offre de biens ou de services sur un marché donné ».

Il en résulte qu'une grande partie des activités exercées par les associations que l'ACSé finance peuvent être considérées comme des services d'intérêt économique général (SIEG) et que les aides publiques qui leur sont apportées doivent respecter la réglementation européenne sur les aides d'État. En dessous d'un seuil dit *de minimis* (terme latin signifiant « d'importance minimale »), on considère que l'aide apportée par un État à une association ne fausse pas la concurrence (en 2011 le seuil est de 200 000 € sur trois ans).

Les services instructeurs procèdent à l'examen de l'opportunité des demandes recevables. Cet examen porte sur les aspects suivants :

1. L'adéquation de chaque action objet de la demande avec les priorités et les objectifs de l'agence, notamment déterminés par le programme d'intervention annuelle et les instructions spécifiques propres à chaque dispositif.
2. La qualité de l'action proposée (cohérence, faisabilité, analyse des coûts au vu du budget).
3. La capacité du porteur à formuler : des objectifs clairs et précis de l'action, un nombre limité d'indicateurs pertinents et vérifiables pour mesurer sa réalisation et son impact, en quoi l'action proposée contribue concrètement à chacun des objectifs poursuivis.
4. La compétence du porteur (sur la base du rapport d'activité, du compte rendu financier d'actions financées antérieurement).

Lorsque les éléments d'opportunité requis ne sont pas tous réunis, le délégué prononce le rejet de la demande notifié par une simple lettre mentionnant les voies de recours.

La demande de subvention doit comporter, d'une part, le budget global de l'organisme « support » de l'ASV et, d'autre part, le budget prévisionnel des actions faisant l'objet de la demande de subvention. Le budget d'action est analytique, c'est un extrait du budget de l'organisme « support » de l'ASV. Ces deux documents doivent donc être cohérents. Le compte de l'action est structuré en trois niveaux :

Niveau 1 : les charges et les produits « directs », c'est-à-dire générés directement par l'action (part variable des charges et produits). Exemple : le salaire d'un animateur qui est recruté sur un projet est porté à 100 % au compte 64 « Charges de personnel ».

Niveau 2 : les charges et les produits « indirects », c'est-à-dire qui ne sont pas liés directement à l'action (part des frais fixes). Exemple : le salaire du directeur de l'organisme « support » de l'ASV (ou du comptable) est porté au prorata du temps qu'il consacre au projet.

Niveau 3 : les contributions volontaires : (comptes 86 en dépenses et 87 en recettes). Il s'agit d'une valorisation comptable des locaux, des personnels mis à disposition. Attention : ces deux comptes doivent toujours être équilibrés. Ces comptes permettent d'avoir une juste estimation du coût global de l'action. Mais ils ne constituent pas des dépenses (ou des recettes) réelles, c'est-à-dire « en monnaie sonnante et trébuchante ». Exemple : une mairie met à disposition de l'organisme « support » de l'ASV un local, un véhicule ou encore des employés de la mairie. Pour la mairie c'est une charge qu'elle consent à titre gratuit.

Selon une règle interne à l'ACSé, les modalités de versement des subventions sont les suivantes :

- pour les subventions inférieures ou égales à 153 000 € (à considérer projet par projet) : paiement en totalité dans le mois suivant notification ou retour de la convention signée ;
- pour les subventions supérieures à 153 000 € : 65 % dans le mois suivant la réception, en deux exemplaires, de la convention signée par le représentant légal ; 25 % dans le mois suivant la réception, en deux exemplaires, d'un certificat d'engagement transmis dans le courant du dernier trimestre de l'année. Ce document est disponible sur le site www.lacse.fr ; 10 % dans le mois suivant la réception des pièces justificatives mentionnées à l'article « justification ».

Une clause interdisant le reversement des subventions figure dans tous les modèles types de notifications-conventions de l'ACSé (1). Il y a reversement lorsque un organisme verse à un organisme tiers tout ou partie d'une subvention accordée par l'ACSé pour qu'il réalise l'action en ses lieu et place, alors qu'il détient les compétences nécessaires pour le faire. Il n'y a pas reversement lorsque l'organisme bénéficiaire rémunère un organisme tiers pour des prestations pour lesquelles il ne dispose pas des compétences nécessaires. Il s'agit d'honoraires ou de prestations de services qui constituent un poste de charges au même titre que l'électricité, le téléphone ou les frais postaux ou des frais d'études.

(1) Origine de cette interdiction et des exceptions : article 15 du décret-loi du 2 mai 1938 relatif au budget ; article 35 du décret n° 62-1287 du 29 décembre 1962).

(2) Les CPO ne doivent pas être confondues avec les accords cadres pluriannuels qui eux déterminent un mode de collaboration sur des enjeux politiques communs entre un ou plusieurs organismes financeurs.

Bien que les actions développées dans le cadre de l'ASV puissent faire l'objet de convention annuelle (l'action se déroule sur l'année civile) ou « sur deux exercices » (l'action se déroule entre deux années civiles), la nature des problématiques et des activités qui portent souvent sur le moyen ou long terme ainsi que le cadre triennal des ASV indiquent l'intérêt de prévoir la formalisation du projet par le biais d'une convention pluriannuelle d'objectifs (CPO) (2). Une CPO ne peut être établie que si : les projets portés par les organismes s'inscrivent dans la durée et si l'organisme est reconnu pour la qualité de ses interventions. Les CPO à l'ACSé sont conclues pour une durée de trois ans, pendant lesquels l'ACSé doit respecter son engagement juridique de financer le cocontractant jusqu'au terme de la convention (sous réserve toutefois de ses disponibilités budgétaires) ce qui est mentionné dans la convention. Les modèles types de convention pluriannuelle d'objectifs et d'avenant financier doivent être utilisés. À l'issue des trois ans, la conclusion d'une nouvelle convention pluriannuelle est subordonnée à la réalisation d'un bilan évaluatif établi conjointement avec l'organisme selon un schéma unique défini par la direction générale de l'ACSé. Ce bilan, prévu par la convention pluriannuelle, doit intervenir au plus tard six mois après la date fixant le terme de la convention. Il est très souhaitable que le bilan évaluatif soit préparé durant le dernier trimestre de la CPO, afin d'éviter une rupture de financement trop longue entre deux CPO. Comme il est spécifié dans la convention, le bilan doit permettre notamment : de vérifier la conformité des résultats à l'objet subventionné et aux conditions de réalisation, de mesurer l'impact des actions ou des interventions et d'identifier les prolongements susceptibles d'être apportés à la convention.

Conformément à la circulaire interministérielle DIV/DGCL/DGCP du 10 avril 2007, les préfets, délégués de l'ACSé, ont la possibilité de mutualiser les crédits de la politique de la ville par la conclusion de conventions financières avec les GIP dédiés au développement social urbain, les collectivités territoriales ou leurs établissements publics de coopération intercommunale ou les caisses d'allocations familiales pour la gestion du dispositif ville-vie-vacances. La circulaire encadre le financement de ces organismes mutualisateurs et rappelle l'obligation de modifier les conventions constitutives des GIP pour prendre en compte le cadre contractuel des CUCS et leur durée. La mutualisation concerne le financement d'actions entrant dans les missions de l'ACSé, conduites par des organismes réalisateurs, publics ou privés, dans le champ de la politique de la ville ; le financement de frais de fonctionnement, notamment au titre du pilotage du CUCS (ces frais de fonctionnement doivent être isolés et identifiés clairement, ils doivent être raisonnables : entre 2 et 5 % de la subvention de l'ACSé et ne doivent pas donner lieu à deux conventions distinctes). La mutualisation doit être formalisée par le biais d'une convention type, obligatoirement annuelle.

ANNEXE IX

LISTE DES PRINCIPAUX ITEMS DE SUIVI ASV (ACSé)

Nombre de coordinateurs dédiés à l'ASV, en ETP (ex. : si une personne à mi-temps, noter 0,5).
Mis à part le (ou les) coordinateur(s) éventuels, autres postes dédiés à l'ASV ; intitulé du (ou des) poste(s).

Existe-t-il un comité de pilotage de l'ASV (réunissant au moins un représentant de la collectivité – mairie ou intercommunalité – et un représentant de l'État) ?

Outre le comité de pilotage, existe-t-il une autre instance de décision et de coordination concernant l'ASV (comité technique, mise en place d'actions...) ?

Existence d'une animation ou coordination départementale/régionale/inter-régionale ASV ?

Territorialisation des actions engagées et ciblage sur les territoires les plus prioritaires de la politique de la ville (CUCS 1 en particulier).

Nombre et typologie des partenaires (institutions, associations, élus, professionnels...) impliqués dans les activités de l'ASV ?

Nombre et typologie des financeurs impliqués dans l'ASV et ses actions.

L'ASV a-t-il donné lieu à la réalisation d'un diagnostic territorial de santé (voire de plusieurs diagnostics) et à son actualisation ?

Nombre de professionnels de santé (secteur public et privé) effectivement impliqués dans les actions de l'ASV.

Sur l'année écoulée, des habitants ont-ils participé à la conception, à la mise en œuvre et/ou à l'évaluation des actions de l'ASV ?

Y a-t-il eu une programmation annuelle des actions de l'ASV ?

Mesures quantitatives de l'activité de l'atelier santé ville (volume d'actions, nombre de personnes concernées...).

Y a-t-il eu sur l'année écoulée une ou plusieurs évaluations de l'ASV ?

Inscription de l'ASV dans le cadre politique de la ville (projet territorial et quartiers prioritaires, CUCS, PRE, PNRU...) ?

Articulation de l'ASV avec les mesures récentes (liens avec les ARS ; contrat local de santé ; nouvelles structures de soins de premier recours...).

Quelle est l'adaptation du fonctionnement de l'ASV aux évolutions récentes du système de santé ?

ANNEXE X

MEMBRES DU GROUPE D'ÉLABORATION DU RÉFÉRENTIEL

EXPERT	STRUCTURE
Jean-Yves Lefevvre	SG - CIV
Isabelle Defrance	
Serge Fraysse	ACSé
Nadia El Alouani	
Bernard Basset	SGMAS
Véronique Mallet	DGS
Antoine Gueniffey	
Dr Pierre Larcher	DGCS
Christine Matraglia	DGOS
Christine César	INPES
Dr Frédéric Jacquet	ARS-LR
Olivier Rovere	ARS-NPC
Catherine Richard	DRJSCS IDF
Dr Laurent Elghozi	ESPT
Mme Marie Claude Serres-Combourieu	AMF
Dr Chantal Mannoni	Consultante
Fernando Bertolotto	Consultant