

# ateliers santé ville

PLATEFORME NATIONALE  
DE RESSOURCES

Plateforme nationale de ressources Ateliers santé ville  
42 Boulevard de la Libération  
93 203 Saint Denis Cedex

Saint Denis, le 1er décembre 2014

**Objet :** Recommandations de la Plateforme ASV sur la place des Ateliers Santé ville dans la réforme de la Politique de la ville

## Etat des lieux

La réforme de la Politique de la ville prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015. La signature des contrats de ville pourra intervenir **jusqu'au 30 juin 2015**. Conclues à l'échelle intercommunale là où il existe un EPCI à compétence politique de la ville (communautés urbaines et d'agglomérations, communautés de communes) et recensant l'ensemble des engagements pris en faveur des quartiers prioritaires pour la période 2015-2020, ils doivent remplacer les anciens contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) et les conventions de rénovation urbaine.

En plus du texte de loi, les principaux documents cadre disponibles sur les nouveaux contrats de ville et la nouvelle géographie prioritaire sont :

- les conventions interministérielles,
- la circulaire du Premier ministre du 30 juillet 2014
- la circulaire conjointe du ministre de la ville, de la jeunesse et des sports et de la Secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville du 15 octobre 2014
- Kit méthodologique du CGET comprenant :
  - Fiche - Processus d'élaboration du contrat de ville et calendrier
  - Fiche - Diagnostic territorial participatif
  - Fiche - Supports statistiques et cartographiques mobilisables pour l'analyse de la situation des quartiers prioritaires
  - Cadre de référence - Conseils citoyens
  - Cadre de référence - Lutte contre les discriminations au sein de la politique de la ville
  - Cadre de référence - "Egalité femmes-hommes" dans les contrats de ville de nouvelle génération
  - Fiche - Inscription du contrat de ville dans les outils de planification stratégique du territoire
  - Fiche - Comment mobiliser le droit commun de l'Etat pour les contrats de ville
  - Cadre de référence - La jeunesse, une priorité transversale

Tant sur la forme que sur le fond, l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions a un impact sur le fonctionnement et les actions de la démarche Atelier Santé Ville.

### Sur la forme :

- un nouveau maillage territorial dit « géographie prioritaire »
- un contrat unique intégrant 3 piliers : les dimensions sociale, urbaine et économique ;
- un contrat piloté à l'**échelle intercommunale** et mobilisant un cercle élargi de partenaires (Etat, Ville, Région, Département, ARS, CAF, bailleurs sociaux...)
- un **contrat mobilisant prioritairement le droit commun** de l'Etat et des collectivités territoriales
- un contrat s'inscrivant dans une volonté de co-construction avec les habitants.

### Sur le fond :

L'élaboration du contrat de ville se fait sur 3 piliers avec pour chacun une déclinaison en axes stratégiques et en objectifs opérationnels :

- Cohésion sociale (éducation, **volets santé**, culture, vie associative, sport et jeunesse)
- Cadre de vie et renouvellement urbain
- Développement économique et emploi (droit commun, objectifs chiffrés)

A partir de ces trois piliers, trois sujets transversaux sont prioritairement à valoriser : l'égalité entre femmes et hommes, la jeunesse, la lutte contre les discriminations.

#### **1) Impact de la géographie prioritaire sur la démarche Atelier Santé Ville**

La nouvelle géographie prioritaire se traduit par la suppression des zones urbaines sensibles qui sont remplacées par les quartiers prioritaires de la politique de la ville, faisant passer de 2500 quartiers (dont 751 zones urbaines sensibles) à 1300 le nombre de quartiers concernés.

#### Trois effets notables à considérer :

1 - Le nouveau découpage entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et la signature des nouveaux contrats de ville avant juin 2015 et donc **à partir de l'exercice budgétaire 2015**.

2 - Trois types de quartiers sont à distinguer :

\* **le quartier réglementaire** qui correspond à la zone prioritaire bénéficiant des crédits spécifiques de l'Etat au titre de la politique de la ville ;

\* **Le quartier vécu** : zone à proximité du quartier réglementaire pouvant bénéficier des crédits spécifiques si l'action menée sur le premier impacte celle-ci ;

\* **Le quartier de veille active** : zone hors politique de la ville ne bénéficiant plus de crédits spécifiques.

3 – A partir du 31 décembre 2014, les financements de l'Etat liés à la politique de la ville sur les quartiers en veille active seront arrêtés au profit de la mobilisation du droit commun.

(Exceptions faites en 2015 par le maintien dégressif notamment des crédits des PRE et des conventions « Adultes Relais » en cours).

**Actuellement, le maintien des ASV sur ces territoires placés en veille est donc principalement conditionné à la mobilisation du droit commun et à la volonté des élus des communes concernées d'assumer financièrement, seuls ou avec d'autres co-financements, le poste et les missions du coordinateur ASV.**

## **2) Le rôle de l'ASV dans l'élaboration des nouveaux contrats de villes**

Le processus d'élaboration des nouveaux contrats de ville laisse une place aux travaux des coordinatrices et coordinateurs des Ateliers Santé ville. Dans ce cadre, l'ASV doit pouvoir faire remonter et s'inscrire dans :

- les équipes de pilotage, en particulier **dans les comités techniques et les groupes de réflexion thématique** ; voir les chefs de projet de la politique de la ville, délégués des préfets sur les instances en cours.
- **Le diagnostic territorial participatif, incontournable** pour chaque pilier du contrat (cohésion sociale, cadre de vie et renouvellement urbain, développement économique et emploi).

Enfin et à partir des trois piliers du contrat déjà cités, seront déterminés des axes stratégiques et des objectifs opérationnels, déclinés dans des plans d'actions annuels. Il appartient aux acteurs locaux d'inscrire les dispositifs et démarches dans cette déclinaison.

**Le travail de valorisation de la démarche ASV** et de sa plus-value est donc à faire localement auprès de vos élus (politique de la ville, santé, éducation, insertion,...), des services départementaux de l'État, des délégués du préfet.

## **3) Les perspectives de financement des ASV**

A ce jour les ASV, autant dans leurs actions que pour le poste de coordination, sont principalement cofinancés par trois organismes :

- L'Etat, à travers l'Acsé ; pour l'ingénierie et une part des actions
- La commune ou l'EPCI ; pour l'ingénierie et une part des actions
- Le reste du budget (programmes d'action) provenant d'autres organismes, notamment les DT-ARS (appels à projet, programmes de prévention, promotion de la santé) et les DDCS, DDJS (correspondant aux actions de cohésion sociale).

La nouvelle réforme de la Politique de la ville prévoit notamment la dissolution de l'Acsé et la reprise de ces activités par le CGET dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016 en comptant l'année 2015 comme une période de transition.

### **Deux périodes sont à distinguer :**

#### Conditions spécifiques pour l'année 2015

L'année 2015 est considérée par l'Etat comme une phase de transition dans la mise en application de la réforme de la Politique de la ville.

Afin d'assurer la gestion des crédits pendant la période de signature des nouveaux contrats, l'Acsé est reconduite pour 2015 à titre transitoire.

Perspectives pour le 1<sup>er</sup> janvier 2015 :

- Les demandes de subvention Acsé pourront se faire en ligne début 2015 comme en 2014 ;
- Les appels à projet seront clôturés à la fin du premier trimestre 2015

#### Après 2015

Sur la période 2015-2017, les crédits d'intervention sur les quartiers en géographie prioritaire devraient être stabilisés sous réserve des votes des budgets 2016 et 2017.

Quatre éléments sont déjà à prendre en considération :

- Il appartiendra aux **acteurs locaux de décider de cofinancer tout ou partie de l'ingénierie** dédiée à la Politique de la ville.
- Les crédits du programme 147 et ceux de l'ANRU **ne seront engagés qu'après mobilisation des crédits et outils de droit commun.**
- Il est demandé aux préfets de région de mobiliser **10% de FSE et FEDER au titre de la Politique de la ville.** (Au-delà des 10%, des fonds pourront être mobilisés au profit des quartiers placés en veille active).
- En théorie, la distribution des dotations « politique de la ville » de l'Etat à destination des régions et départements prendra en considération le **potentiel financier des communes et EPCI** concernés par la nouvelle géographie prioritaire.
- Enfin, des mesures dites de « **simplification** » à destination des associations seront mises en œuvre :
  - Développement des Convention pluriannuelle d'objectifs (CPO) sur trois ans pour les projets structurants en lien avec les nouveaux contrats ;
  - Déploiement en 2016 de la co-instructions entre l'Etat, les collectivités territoriales et les autres financeurs potentiels des demandes de subventions (Système APPEL) ;
  - Utilisation de l'outil en ligne ADDEL pour les Cerfa (Application de dépôt des demandes de subventions en ligne) dès 2015 afin de simplifier les demandes de renouvellement d'action ;
  - Soutien aux associations via les postes FONJEP et « adultes-relais ». Les DRJSCS participeront dès 2015 à une réaffectation de ces postes sur des actions à destination des quartiers de la nouvelle géographie prioritaire.

#### **4) Orientations à destination des coordinateurs ASV**

1) Si la notion de santé est souvent mentionnée dans les textes d'application de la nouvelle Politique de la ville (dans le pilier "cohésion sociale") , les ASV sont cités dans le plan de lutte contre la pauvreté, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins, comme démarche complémentaire de proximité et ascendante, d'autant si un contrat local de santé existe (co-construction et pilotage). Par conséquent, la démarche ASV doit être considérée comme acquise. **Un travail de sensibilisation et d'interpellation des élus (parfois nouvellement élus) : maire, élu politique de la ville et élu santé est à faire sur leurs champs d'action.** Il appartient aux coordinateurs ASV de s'assurer que les projets et actions menés en matière de santé et s'appuyant sur des démarches participatives soient pris en compte dans le cadre du diagnostic préalable qui doit être réalisé sur les territoires de la nouvelle géographie prioritaire sur cette thématique spécifique.

2) Le niveau intercommunal des nouveaux contrats de ville est une source de confusion technique ou parfois politique entre les compétences et ressources des communes et celles des EPCI. Si l'EPCI prend les compétences politiques de la ville alors que l'ASV reste dans la majorité des cas attaché au niveau communal (voire infra-communal), ce changement induit, au niveau local, des questionnements sur l'articulation entre les membres des équipes projet, de même qu'entre les compétences respectives des villes et des agglomérations. Pour les coordinateurs ASV, il peut être une **opportunité pour renforcer leur lien avec les équipes projet et, surtout, réaffirmer la transversalité de la démarche ASV qui, dès lors que la réduction des ISTS suppose une prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé** (emploi,

logement, éducation etc.), nécessite une coopération avec les services chargés de la mise en œuvre de ces politiques sectorielles.

3) De même, le volet « santé » s’inscrivant désormais dans un pilier plus général appelé « cohésion sociale », cette nouvelle structure peut être un levier pour évoquer le caractère global et transversal de la santé telle qu’elle est abordée dans le cadre des démarches ASV. Au-delà du pilier cohésion sociale, **il appartient aux coordinateurs ASV de valoriser aussi, dans le cadre de l’élaboration des nouveaux contrats de ville, les actions menées sur les thèmes santé/emploi, santé/logement, santé/mobilité – de même que sur les priorités transversales (égalité hommes/femmes, lutte contre les discriminations, jeunes).**

4) La mobilisation du droit commun en priorité est un principe d’action important du nouveau cadre contractuel de la Politique de la ville. Il y a donc un effort de **différenciation à opérer entre les crédits de droit commun, les crédits européens et les crédits spécifiques notamment sur le financement de l’ingénierie ASV et des actions.**

5) Au-delà de la dimension financière, **le principe de mobilisation du droit commun peut** être vu comme une opportunité pour réfléchir avec l’ensemble des acteurs signataires des nouveaux Contrats de ville, de manière qualitative, sur l’efficacité des services rendus aux populations par le droit commun existant (cf. décalage entre l’existant et les attentes et besoins des populations). Pour les démarches ASV, il constitue une occasion de **renforcer les leviers d’action sur les politiques de santé publique** que sont l’amélioration de la qualité des services rendus par les acteurs de la santé et la réorientation de ces mêmes services vers des besoins jusque-là mal ou non couverts.

6) Sur les questions de santé dans les nouveaux contrats, la priorité accordée au droit commun doit aussi servir d’opportunité pour clarifier les modalités de gouvernance et de coordinations des différents dispositifs locaux : CLS/ASV et CLS/CLSM/ASV en particulier auprès des élus et des ARS. Le Contrat Local de Santé permet d’agir sur les leviers structurant le droit commun alors que l’ASV permet d’amener le droit commun vers les habitants. **L’ASV et le CLS sont donc complémentaires mais la mise en action et le fonctionnement de l’un ne peut se substituer à l’autre dans le cadre de la Politique de la ville.**

Pour toutes difficultés que vous rencontrez dans le cadre de l’élaboration des volets santé du contrat de ville, merci de nous en faire part.

Pour contacter la Plateforme :

[contact@plateforme-asv.org](mailto:contact@plateforme-asv.org)