

COMPRENDRE



PANORAMA DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE (QPV)



Remerciements

L'Agence nationale de la cohésion des territoires remercie l'ensemble des répondants à l'enquête pour leur disponibilité et la richesse de leurs contributions. Nos remerciements vont également à Adeline Townsend et Dorian Friedman (ARS des hauts-de-France), Nassera Menou (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Cécile Nemrod (Atelier Santé Ville de Cavaillon), Sylvie Maurel (CCAS de Cavaillon), Marion Pollier (Labo Cités) et Guillaume Vincent (Préfecture du Rhône).

Directeur de la publication : Henri Prévost (ANCT) ; Auteurs : Elisa MAUME, Hélène CHAPET, Laurie TEMGO (ANCT) ; Cartographie : Nina ANTONOFF, Maïron TREFINE (ANCT) ; Secrétariat de rédaction : Muriel Thoin (ANCT)

Photographie de couverture : iStock ©yavorskiy

Contact presse : relations.presse@anct.gouv.fr

Dépôt légal : Septembre 2026 ISBN : 978-2-488583-32-9



SOMMAIRE

INTRODUCTION P.5

DES LIEUX DES DEMARCHES TERRITORIALES DE SANTE (DTS) DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE..... P.7

- Présentation des quatre DTS étudiées p.7
- Une cartographie des DTS dans les QPV p.11
- Le fonctionnement et l'organisation des DTS p.16

LES DYNAMIQUES TERRITORIALES DE SANTE A L'ŒUVRE DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE P.18

- Les articulations avec le contrat de ville p.18
- Les enjeux de pilotage et d'articulation des DTS p.19

FOCUS TERRITORIAUX : LE CAS DE LA REGION HAUTS-DE-FRANCE ET DU DEPARTEMENT DU RHONE P.23

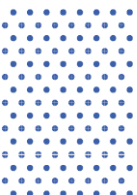
- DTS et QPV dans la région Hauts-de-France p.23
- DTS et QPV dans le département du Rhône p.25

CONCLUSION P.28

ANNEXES P.29

- Annexe 1 : liens vers les sites des ARS avec présentation des CLS p.29
- Annexe 2 : feuille de route partagée entre l'ARS Ile-de-France et la Préfecture de
Région p.30
- Annexe 3 : questionnaire d'enquête p.34
- Annexe 4 : tableau de synthèse par département issu des données collectées dans
le questionnaire d'enquête..... p.37

GLOSSAIRE P.39



Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) sont situés en territoire urbain et sont caractérisés par un écart de développement économique et social apprécié par un critère de revenu des habitants¹. Plus de **six millions** de personnes vivent dans les 1 584 quartiers prioritaires redéfinis en 2024². La **santé des habitants des QPV** se caractérise par des indicateurs plus dégradés que dans le reste de leurs agglomérations³ (espérance de vie, prévalence de certaines pathologies, etc.).

L'un des facteurs explicatifs est le renoncement aux soins, qui est plus élevé en QPV. Il est souvent corrélé à des difficultés d'accès pour des raisons géographiques et économiques. A titre d'exemple, le renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières est particulièrement élevé en quartier prioritaire : 27 % des résidents y renoncent contre 17 % pour les résidents des autres quartiers. La part des personnes ayant renoncé aux soins en raison de l'éloignement du cabinet est également plus importante en QPV et la barrière du délai de rendez-vous, et donc de la disponibilité de l'offre, constitue un facteur de renoncement encore plus déterminant : 18 % des habitants des quartiers prioritaires renoncent à des soins sur ce motif.

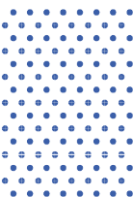
Ces territoires accueillent des populations plus fragiles et plus pauvres, qui disposent par exemple plus rarement d'une couverture maladie complémentaire et qui sont par ailleurs plus souvent bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU-C).

Notes

¹ Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine

² Décret n° 2024-806 du 13 juillet 2024 procédant à des corrections au sein de la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les départements métropolitains et décret n° 2025-1435 du 30 décembre 2025 modifiant le décret n° 2024-1212 du 27 décembre 2024 modifiant la liste des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, à Saint-Martin et en Polynésie française.

³ ONPV (2019), Rapport annuel 2019



INTRODUCTION

La territorialisation des politiques de santé en France s'inscrit dans un mouvement plus large de transformation de l'action publique amorcé dès les années 1970⁴. Celui-ci s'est d'abord traduit par la mise en place d'outils de planification de l'offre de soins, tels que la carte sanitaire⁵ puis les schémas régionaux d'organisation sanitaire⁶. La création, en 1996, des agences régionales de l'hospitalisation constitue une première étape vers un pilotage déconcentré du système de santé. Cette évolution s'est poursuivie avec la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » de 2009⁷, qui instaure une organisation intégrée à l'échelle régionale en créant les agences régionales de santé, chargées d'articuler soins, prévention et médico-social au plus près des besoins des populations ainsi que les contrats locaux de santé. La loi de modernisation du système de santé de 2016⁸ est venue renforcer cette dynamique en promouvant les logiques de parcours, la démocratie sanitaire territoriale et de nouvelles formes de coordination entre professionnels, notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il s'agit de stratégies de **santé populationnelle**, c'est-à-dire qu'elles intègrent une approche globale et intégrée de la santé qui vise à améliorer les résultats sanitaires d'une population donnée, tout en réduisant les inégalités de santé et en maîtrisant les coûts.

Parallèlement à cette **territorialisation institutionnelle**, des initiatives locales ont émergé dès le début des années 2000, portées par des collectivités territoriales, des associations et des acteurs de terrain. Inscrites dans une logique de proximité, elles visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en s'appuyant sur une connaissance fine des besoins des populations. Parmi ces initiatives, les **ateliers santé ville (ASV)**, créés dans le cadre du comité interministériel des villes du 14 décembre 1999⁹, constituent une démarche pionnière, antérieure à la loi HPST. Fondés sur le diagnostic partagé et la participation des habitants, ils poursuivent un double objectif : améliorer l'accès à la prévention et aux soins pour les publics vulnérables, et intégrer la santé dans l'ensemble des politiques locales (logement, éducation, insertion, cadre de vie). Les travaux de capitalisation menés au niveau national soulignent à cet égard leur rôle effectif dans la mise en réseau des acteurs, le développement d'actions de proximité et la réduction de certains freins à l'accès aux soins¹⁰.

L'analyse des démarches territoriales de santé dans les quartiers prioritaires met ainsi en évidence l'articulation de deux dynamiques complémentaires : une territorialisation impulsée par l'État et structurée par les agences régionales de santé, et des initiatives locales plus anciennes, issues de la politique de la ville. C'est à l'intersection de ces logiques descendantes et ascendantes que se posent aujourd'hui les enjeux de gouvernance, de coordination et d'efficacité des politiques de réduction des inégalités de santé à l'échelle infra-urbaine.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire **d'interroger les conditions concrètes de mise en œuvre** de ces démarches dans les quartiers prioritaires, tant du point de vue de leur **inscription dans les dispositifs contractuels** (contrats de ville, contrats locaux de santé) que de leurs **modes d'organisation et de leur capacité à transformer** les pratiques professionnelles et l'offre de santé

Notes

⁴ Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et créant le service public hospitalier.

⁵ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

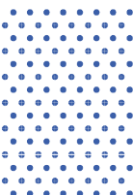
⁶ Stingre, Didier, Le service public hospitalier, coll. « Que sais-je ? », Presses Universitaires de France, 2021.

⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁸ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁹ <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251768.htm>

¹⁰ Fabrique Territoires Santé ; Secrétariat général du Comité interministériel des villes ; IRDSU.

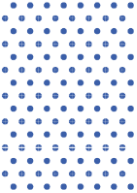


face aux déterminants sanitaires et sociaux. L'articulation progressive entre les initiatives locales et les outils portés par les agences régionales de santé – notamment les contrats locaux de santé – renforce la place de ces démarches dans les stratégies sanitaires, tout en soulevant des enjeux de lisibilité et de complémentarité.

Dès lors, la présente étude s'attache, dans un premier temps, à **dresser un état des lieux des démarches territoriales de santé dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville**, en présentant les principales caractéristiques, leur répartition et leur fonctionnement. Elle examine, dans un second temps, les **dynamiques territoriales à l'œuvre, en s'intéressant aux enjeux de leur pilotage**. Elle propose ensuite un **éclairage territorial** à partir de deux études de cas, avant de dégager, enfin, les principaux constats et de proposer des pistes de réflexion.

Cette étude s'appuie sur différents matériaux :

- un travail bibliographique pour établir un corpus de textes réglementaires et d'articles scientifiques sur les DTS ;
- les données issues de l'enquête en ligne adressée aux services de l'Etat en charge de la mise en œuvre de la politique de la ville du 25 mars 2025 au 30 mai 2025 ;
- les recensements existants des DTS disponibles (DGOS, Centre national de ressources des CLSM) ;
- une série d'entretiens avec des professionnels du secteur de la santé et de la politique de la ville réalisés en juin 2025.



ÉTAT DES LIEUX DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ (DTS) DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE (QPV)

Dans le paysage administratif français, plusieurs dispositifs de coordination d'acteurs et de programmation d'actions de santé cohabitent et couvrent la géographie des QPV.

PRÉSENTATION DES QUATRE DTS ETUDIÉES

L'étude retient quatre démarches territoriales de santé (DTS) comme objets d'observation et d'analyse.

La première d'entre elles est [l'Atelier santé ville \(ASV\)](#). Défini en 2012 par le référentiel national des ASV comme « *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 (ISTS)* »¹¹ à l'échelle du QPV, l'ASV est la première démarche partenariale entre l'Etat et les collectivités territoriales dans le champ de la santé.

Le comité interministériel des villes (CIV) du 14 décembre 1999 acte la création des ASV. Leur contenu sera détaillé dans une première circulaire du 13 juin 2000¹², année de la mise en place des nouveaux contrats de ville 2000-2006. La circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A no 2006-383 du 4 septembre 2006¹³ acte la généralisation des ASV dans le cadre des nouveaux contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) et comme l'une des déclinaisons des Plans régionaux de santé publique (PRSP). La position des ASV fait l'objet de plusieurs actualisations, la dernière en 2012 dans un référentiel national des ASV produit par le Secrétariat général du comité interministériel des villes (SGCIV).

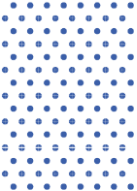
A partir d'un diagnostic partagé des besoins de santé du territoire concerné, les ASV pilotent une programmation locale d'actions concourant, dans son périmètre, à la lutte contre les inégalités de santé. Son action peut s'inscrire dans le cadre du CLS. Les ASV intègrent fréquemment les habitants des QPV concernés à leur pilotage. Majoritairement porté par la collectivité locale, le fonctionnement de l'ASV est assuré par le coordonnateur, qui réunit le comité de pilotage composé des représentants des signataires du contrat de ville sur le champ de la santé : ARS, Education nationale, CPAM, Centre hospitaliers, CMP/CMPP, etc. Le financement de l'ingénierie est assuré par les ARS et les collectivités territoriales, majoritairement des communes. Les crédits de la politique de la ville sont mobilisés pour le financement des actions.

Notes

11 Référentiel national des ASV, 2012 : https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0097.pdf

12 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 : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2000/00-25/a0251768.htm>

13 Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A no 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 no DGS/DHOS/SD1A/2006-353 du 2 août 2006 : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-09/a0090023.htm>



En parallèle de ce développement et confortés par l'utilité des ASV, le ministère de la Santé et le secrétariat d'Etat chargé de la politique de la ville publient en 2009 une lettre-circulaire interministérielle N°DGS/DIV/DP1/2009/68 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et à la préparation de la mise en place des Contrats locaux de santé (CLS). En 2009, la loi *Hôpital patients santé et territoires – HPST*¹⁴ instaure la contractualisation comme mode d'action privilégié afin de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé : « 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 »¹⁵. Cette démarche est structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'action et de modalités de suivi et d'évaluation. Elle décline notamment les priorités du Projet régional de santé (PRS), élaboré par l'ARS, au niveau local afin d'apporter une réponse adaptée au plus près des besoins de la population¹⁶. S'agissant de son périmètre, le territoire d'implantation est flexible, il est privilégié « dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins » depuis la loi dite 3DS de 2022.¹⁷ Les CLS fonctionnent grâce à un coordonnateur qui anime et coordonne les parties prenantes. Les signataires du contrat sont obligatoirement les collectivités territoriales et les ARS, mais les préfets, les services de l'Etat, les acteurs de santé et les associations peuvent être associés au dispositif.¹⁸

Dans le champ de la santé mentale, les conseil locaux de santé mentale (CLSM) sont des « démarches de concertation locale qui réunissent élus, professionnels, citoyens, personnes concernées par des troubles psychiques, aidants et associations pour co-construire une stratégie territoriale de santé mentale »¹⁹. Bien qu'un certain nombre existaient déjà avant, la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)²⁰ vient d'abord conforter le positionnement des CLSM dans la politique de santé mentale. Ensuite, l'instruction du 30 septembre 2016, émise par la Direction générale de la santé (DGS) et le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET, auquel a succédé l'ANCT) établit un cadre précis pour le développement des CLSM, prioritairement dans les territoires relevant de la politique de la ville²¹.

Ils sont le levier de mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), initiés par la feuille de route *Santé mentale et psychiatrie* du ministère de la Santé annoncée le 28 juin 2018. Enfin, en 2025, une nouvelle instruction actualise celle de 2016 pour consolider et renforcer les CLSM²², en invitant notamment les ARS à favoriser leur soutien, y compris dans le cadre d'un accompagnement financier. En annexe de cette instruction est intégrée un référentiel national des

Notes

¹⁴ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475>

¹⁵ Art. L. 1434-17 du Code de santé publique

¹⁶ Référentiel Contrat Local de Santé de l'ARS IDF, 2016 : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2024-08/CLS-referentiel.pdf>

¹⁷ Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045197395> et article L1434-10 IV du Code de la santé publique

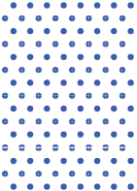
¹⁸ SGMAS, Contrats locaux de santé, « Agir ensemble pour la santé des citoyens au cœur des territoires », 2012

¹⁹ <https://ressources-clsm.org/quest-ce-quun-clsm>

²⁰ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>

²¹ INSTRUCTION N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41379>

²² INSTRUCTION N° DGS/SP4/2025/78 du 20 mai 2025 actualisant l'instruction n°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville : <https://ressources-clsm.org/sites/default/files/2025-06/DGSSP4202578%20du%2020%20mai%202025.pdf>



CLSM rédigé par le Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale, un programme du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) depuis 2017. Il assure une mission de service public en soutenant la création de nouveaux CLSM partout en France et accompagnant le bon fonctionnement de ceux déjà en activité.

Dans une logique de démocratie sanitaire, le CLSM intègre à la fois les aidants, les usagers et les habitants aux côtés des services sociaux, médico-sociaux et sanitaires, collectivités territoriales, bailleurs sociaux nécessaires dans la gouvernance. Le CLSM est mis en œuvre « *dans un territoire de proximité, correspondant aux besoins identifiés dans le diagnostic territorial partagé en santé mentale et reconnu comme pertinent par les acteurs locaux des différents champs concernés (sanitaire, social, médico-social), ceux de la psychiatrie et de la santé mentale. Par conséquent, ce sont eux qui définissent le territoire adéquat qui peut être un quartier, une commune, ou une intercommunalité* ». ²³ Les projets de CLSM bénéficient d'un portage politique fort et de la volonté des élus de promouvoir la santé mentale, en lien avec la psychiatrie publique. ²⁴

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), quant à elles, ont été créées par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ²⁵ et sont entrées dans le champ conventionnel en 2019 avec la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel. La loi définit la CPTS comme « *composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours [...] et d'acteurs médicosociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé* ». Leur création s'inscrit dans le prolongement de différents travaux conduits par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) ^{26,27} qui s'accordaient sur la « nécessité de promouvoir une réponse plus collective et coordonnée des soins primaires afin de mieux répondre aux besoins de santé de proximité des populations » ²⁸. En pratique, les CPTS sont conçues pour transformer les logiques de prise en charge médicale en conservant une approche centrée sur le patient et ses besoins tout en instaurant une approche collective autour de diagnostics partagés sur d'autres dimensions (accès au soin, parcours de santé, gestion de crise, etc.).

Notes

23 *ibid*

24 Arcella-Giroux & Berthon, 2015

25 *Ibid.*

26 Avis du 13 juillet 2016 du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) et rapport publié le 23 novembre 2016 du intitulés « Innovation et système de santé » <https://www.strategie-plan.gouv.fr/publications/innovation-systeme-de-sante>

27 Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé, Bernadette DEVICTOR, 2014 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf

28 Rapport "Tour de France des CPTS", 2023 : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf

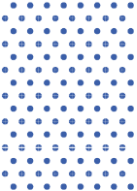
DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ : SIMILITUDES ET DIFFÉRENCES

Les quatre démarches analysées ont pour objectifs de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé dans leurs champs d'action respectifs mais intègrent les spécificités des QPV lorsque leurs périmètres se chevauchent.

La plupart des ARS propose sur leur site internet un guide à destination des collectivités pour se lancer dans la création d'une démarche territoriale de santé. Le référentiel des CLS produit par l'ARS Ile-de-France en 2016 compile plusieurs tableaux d'analyse comparée des démarches territoriales de santé, dont certains éléments ont été repris dans le schéma récapitulatif ci-dessous.

Extraits des tableaux d'analyse comparée des DTS Référentiel Contrat local de santé, Agence régionale de santé Ile-de-France, 2016

	CLS	ASV	CLSM
Domaines d'intervention	Prévention/ promotion de la santé Politiques de l'offre de soins Accompagne- ment médico- social Déterminants de la santé : système de soins, socio- environnemen- taux	Principalement : • prévention (primaire, secondaire : nutrition, addictions, santé mentale...); • accès aux droits, aux soins ; • déterminants (sociaux...)	Prévention/promotion de la santé mentale Inclusion sociale Accompagnement médico-social du handicap psychique Déterminants de la santé mentale Accès aux soins
Echelle d'intervention	Communale Intercommunale	Infra-communale : QPV + possibilité d'ASV communaux ou intercommunaux	Territoire de proximité pertinent pour les acteurs locaux
Acteurs socle de la contractualisation	A minima : ARS / Collectivité territoriale En + sur l'IDF : Préfecture de dpt, CPAM, Conseil Dép., Etablissement de santé	Préfecture / Collectivité territoriale	Collectivité territoriale, Etablissement de santé psychiatrique et ARS



UNE CARTOGRAPHIE DES DTS DANS LES QPV

Les données existantes

Malgré les efforts entrepris ces dernières années pour recenser les démarches territoriales de santé, aucune étude ne permet aujourd'hui d'avoir une vision exhaustive de leur présence dans les QPV. La connaissance repose donc sur une compilation de sources partielles et hétérogènes.

Les ateliers santé ville (ASV)

Jusqu'en 2014, le suivi national des ASV était assuré pour le ministère de la Ville par l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé), puis par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), dans le cadre d'une politique publique visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dans les quartiers prioritaires, puisqu'ils étaient principalement financés par les crédits de la politique de la ville. En 2013, dans son rapport « Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et ateliers santé-ville » le Haut Conseil de la santé publique²⁹ reconnaissait le rôle majeur des ASV et recommandait leur inscription dans le droit commun de la santé publique, notamment par le financement de l'ingénierie par les ARS. Ainsi, à partir de 2014, le suivi par le ministère de la Ville prenait fin, laissant le pilotage au ministère de la Santé via les agences régionales de santé.

L'association Fabrique Territoires Santé, financée par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT), constitue aujourd'hui la principale source d'information sur les ASV. Elle publie des enquêtes et cartographies à partir de questionnaires adressés aux coordonnateurs locaux. Ces données reposent sur des déclarations volontaires. En 2017, Didier Febvrel, médecin de santé publique et président de l'association Fabrique Territoires Santé, dénombrait entre 250 et 270 ASV, couvrant pratiquement la totalité des quartiers de la politique de la ville les plus sensibles³⁰. En 2023, une enquête menée par Fabrique Territoires Santé a permis de recenser 79 ASV, dont la grande majorité couvre des QPV³¹.

Les contrats locaux de santé (CLS)

Chaque Agence régionale de santé recense les contrats signés dans sa région³². Certaines ARS proposent également des cartographies de la couverture régionale des CLS en croisant notamment avec les périmètres des QPV. Par ailleurs, l'association Fabrique Territoires Santé a publié en 2026 une enquête flash sur la place des QPV au sein des contrats locaux de santé³³.

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Les CLSM sont pour la plupart connus et suivis par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, qui les recense sur son site internet³⁴. Depuis l'instruction du 13 mai 2025³⁵, les ARS pilotent,

Notes

²⁹ Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des ateliers santé ville, HCSP <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=352>

³⁰ Febvrel, D. (2017). Ateliers santé ville : des dynamiques territorialisées de santé. Les Tribunes de la santé, 56(3), 49-53. <https://doi.org/10.3917/seve.056.0049>.

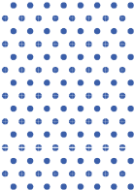
³¹ Etat des lieux du déploiement des ateliers santé ville et des contrats locaux de santé, Fabriques territoires santé, <https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2024/05/Rapport-ASV-et-CLS- Fabrique-Territoires-Sante.pdf>

³² Annexe n°1 « Liens vers les sites des ARS où sont renseignés les CLS »

³³ Enquête – Place des QPV dans les Contrats locaux de santé, Fabrique Territoires Santé <https://www.fabrique-territoires-sante.org/enquete-place-des-qpv-dans-les-contrats-locaux-de-sante/>

³⁴ Site du CCOMS : <https://ressources-clsm.org/carte-clsm>

³⁵ INSTRUCTION N° DGS/SP4/2025/8 du 13 mai 2025 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville



appuient et soutiennent le développement des CLSM ce qui pourrait conduire à faciliter leur recensement. En 2024, on recensait environ 280 CLSM, dont 160 couvrant un ou plusieurs QPV.

Historiquement, le développement des CLSM a particulièrement fonctionné dans les QPV, où les inégalités sociales de santé sont très marquées. Le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM rappelle que « de par son approche par les déterminants de santé et de par sa philosophie de démocratie sanitaire, la démarche CLSM a toute la légitimité pour intervenir auprès des populations les plus précaires : en s'articulant avec les acteurs clés des QPV (ASV, cités éducatives, maisons de quartier, ambassadeurs santé...). Le CLSM peut ainsi lui aussi contribuer à réduire les inégalités sociales de santé ».

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CPTS sont recensées au niveau national par la Direction générale de l'Offre de soins (DGOS) sur son « Atlas des CPTS », outil numérique disponible en libre accès pour le grand public³⁶. En mai 2025, la DGOS comptabilisait 831 CPTS. La Fédération des CPTS³⁷ publie également de nombreuses données. Bien que des cartographies régionales existent, elles n'indiquent pas spécifiquement le lien entre les CPTS et les QPV, ce qui impose un travail complémentaire de géoréférencement pour analyser leur implantation dans ces territoires (voir carte page suivante).

Au-delà de ces structures, d'autres organismes produisent des données utiles comme la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui diffuse régulièrement des études sur les CLS ou les CPTS, mais sans focalisation sur les QPV. Des travaux de recherche, tels que le projet CloTerreS, ont aussi permis de cartographier partiellement les CLS, en montrant leur forte présence dans les territoires urbains mixtes.

L'incomplétude des données sur ces quatre types de DTS explique la difficulté à dresser une cartographie précise et actualisée de celles implantées dans les QPV. Elle souligne l'intérêt stratégique d'avoir un outil d'observation national des DTS intégrant la cartographie de la géographie prioritaire.

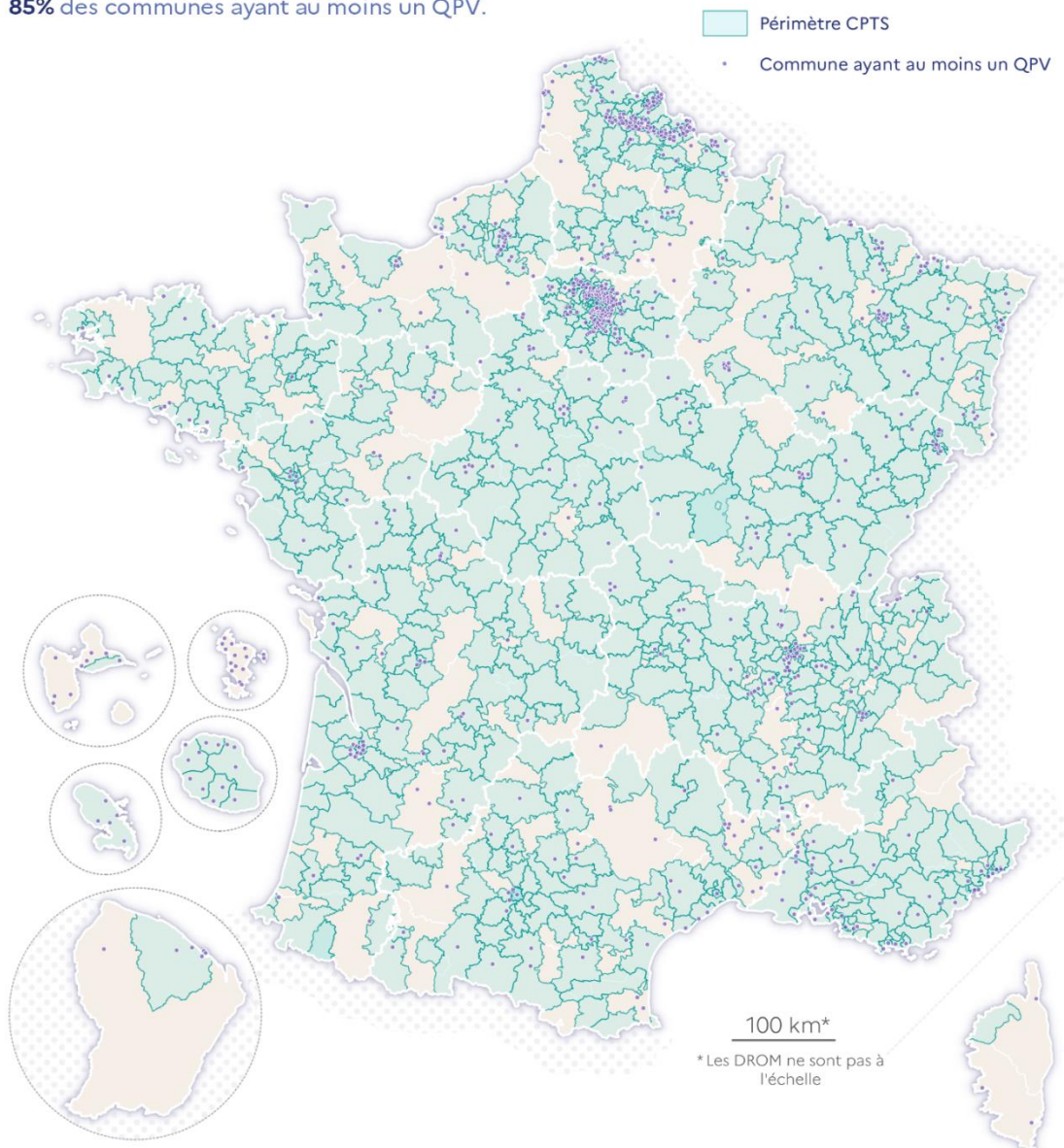
Notes

36 Atlas des CPTS : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/cpts-s-organiser-sur-un-meme-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients/article/l-atlas-des-cpts>

37 Cartographie des CPTS en région - FCPTS. (2024, 14 juin). FCPTS : <https://www.fcpts.org/cartographie-dynamique/>

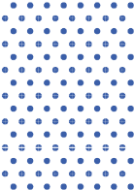
Périmètres des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Les CPTS couvrent **75%** du territoire français et environ **85%** des communes ayant au moins un QPV.



Source : DGOS, IGN 2024 • Réalisation : PADT ANCT - Cartographie 09/2025

⇒ Cette carte représente l'implantation des CPTS à l'échelle nationale. On observe une couverture particulièrement étendue : environ **75 % du territoire français** est désormais couvert par au moins une CPTS, et près de **85 % des communes comportant au moins un QPV** se trouvent incluses dans leur périmètre. Cette couverture quasi-généralisée traduit la dynamique institutionnelle forte qui accompagne leur développement, soutenue par l'Assurance maladie et les ARS.



Le recensement de l'ANCT

En mars 2025, l'ANCT a diffusé un questionnaire numérique visant à recenser les DTS en QPV destiné aux services de l'État chargés de la mise en œuvre de la politique de la ville. Le questionnaire en ligne pouvait être transmis à d'autres professionnels intervenant au niveau local susceptibles d'y contribuer utilement.

L'enquête comptabilise un total de 69 répondants, qui ont pu renseigner une ou plusieurs DTS sur leur territoire. Les répondants sont issus de 43 départements différents, représentant 11 régions (cf. Tableau de synthèse par département en annexe 4). Le département du Nord (59) représente plus de 10 % des réponses, suivi du Vaucluse (84) avec près de 6 %, puis l'Isère (38), la Seine-Maritime (76), les Pyrénées-Atlantiques (64) et Mayotte (976) (environ 4 %). La majorité des réponses reçues proviennent des services déconcentrés de l'Etat.

Profil des répondants

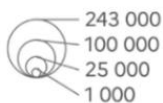
Structure de rattachement	Proportion de répondants
Préfectures, services déconcentrés de l'Etat	66,9 %
Collectivités locales	23,4 %
Agences Régionales de Santé	5,4 %
Centres sociaux	4,3 %

Au 15 mai 2025, date de clôture de l'enquête, 251 DTS ont été recensées couvrant au total 610 QPV.

A noter : il convient de préciser que les éléments rapportés du questionnaire ne sont pas exhaustifs et ne couvrent pas l'ensemble du territoire et des DTS existantes. Ils permettent de dessiner des tendances.

Démarches territoriales de santé recensées en QPV

Population communale vivant en QPV



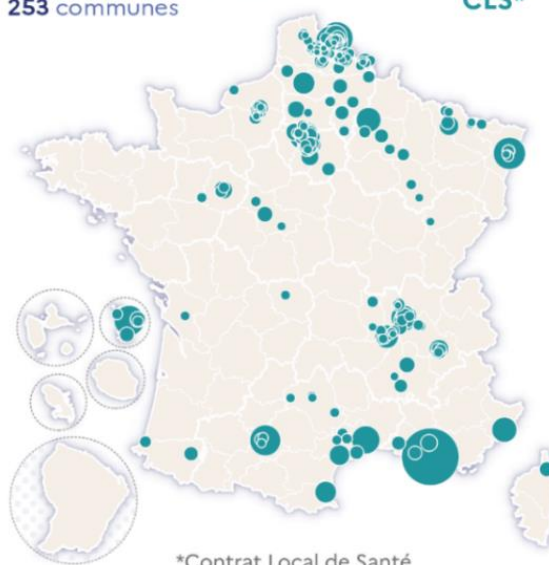
Les ASV recensés dans
192 QPV localisés dans
71 communes

ASV*



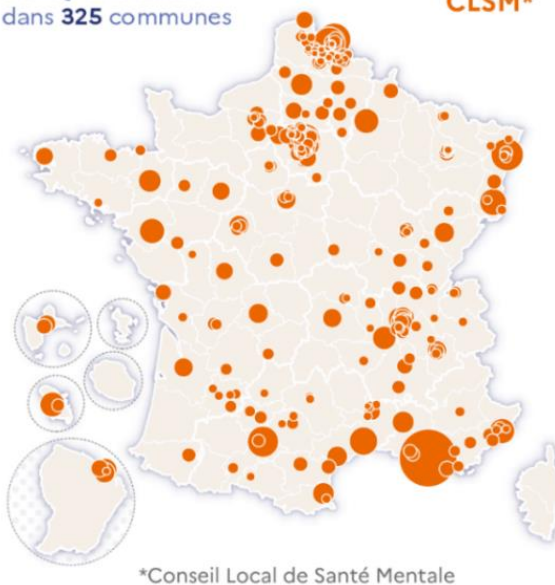
Les CLS recensés dans
433 QPV localisés dans
253 communes

CLS*

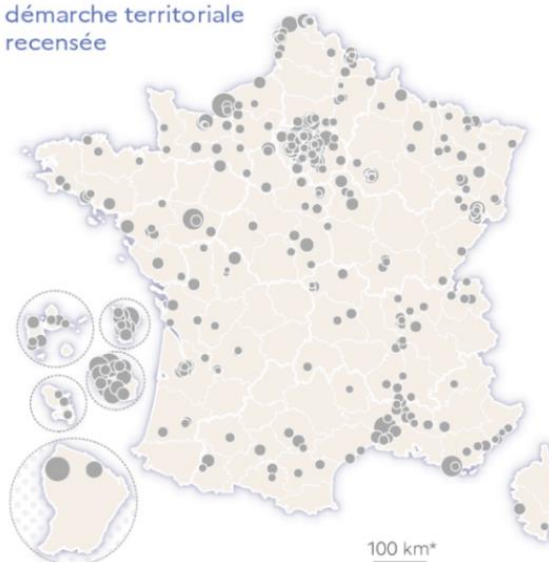


CLSM recensés dans
697 QPV localisés
dans **325** communes

CLSM*



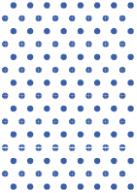
691 QPV localisés dans
381 communes sans
démarche territoriale
recensée



* Les DROM ne
sont pas à l'échelle

Source : ANCT 2025, IGN 2024, génération des QPV 2024-2030 • Réalisation : PADT ANCT - Cartographie 09/2025

⇒ Les quatre cartes ci-dessus sont issues de la combinaison des données du questionnaire en ligne et des données existantes (voir pp.11 à 14), hors CPTS. Elles donnent à voir un panorama (non-exhaustif) des QPV couverts par une ou plusieurs DTS. 1573 QPV sont couverts par au



moins une des 4 DTS ou bien situés dans une commune couverte par une des 4 DTS (cf. carte n°3).

LE FONCTIONNEMENT ET L'ORGANISATION DES DTS

L'analyse des réponses au questionnaire montre une grande diversité d'organisation des démarches territoriales de santé dans les QPV.

Le superposition territoriale des DTS

Les DTS observées interviennent sur des périmètres très variés. Certaines sont strictement mono-quartier, en particulier les ASV, historiquement pensés pour intervenir à l'échelle du quartier. D'autres ont une couverture multi-QPV, comme les CLS ou les CLSM, qui opèrent souvent à l'échelle d'une intercommunalité.

Echelle d'intervention de la DTS par type de DTS

	Echelle intercommunale	Echelle communale
CLS	45,8 %	54,2 %
CLS M	42 %	58 %
ASV	20 %	80 %
CPTS	53,3 %	46,7 %

Par ailleurs, on retrouve une couverture variable des QPV selon les territoires. Dans les Hauts-de-France, par exemple, 79 % des communes en QPV sont couvertes par un CLS, 62 % par un CLSM et 93 % par une CPTS³⁸, bien que cette dernière soit rarement articulée de manière effective avec la géographie prioritaire (cf. carte des DTS en QPV p.20).

La coordination

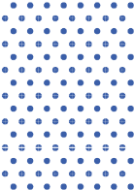
88 % des DTS renseignées disposent d'un coordonnateur, chargé de « l'animation de la démarche projet et la mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'intersectorialité »³⁹. L'intitulé du poste de coordonnateur varie selon les territoires et les structures auxquelles il est rattaché. Dans les cas où il n'y a pas de coordonnateur renseigné, les commentaires déposés laissent à penser que le poste est en cours de recrutement ou que la DTS est en cours de réorganisation. Pour autant, dans 50 % des cas, un comité de pilotage reste assuré par les élus, le préfet ou l'ARS pour poursuivre son animation.

Le rattachement des postes de coordination varie en fonction du type de DTS. Plus de 80 % d'entre eux sont rattachés aux collectivités locales (EPCI ou communes) ou au CCAS. Certains répondants ont aussi indiqué que les postes de coordonnateurs de CLSM ou de CPTS sont rattachés au centre hospitalier. C'est le cas par exemple des coordonnateurs des CLSM lyonnais, rattachés administrativement au Centre hospitalier du Vinatier, spécialisé en santé mentale.

Plusieurs exemples mentionnent un financement du poste assuré à 50 % par l'ARS, ce qui sous-entend un co-pilotage de fait entre les acteurs locaux et régionaux. De nombreux de postes sont à

Notes

³⁸ Données transmises par l'ARS Hauts-de-France (juin 2025)
³⁹ Les coordinations des démarches territoriales de santé, Fabrique Territoires Santé, 2024



temps partiel et mutualisés entre plusieurs dispositifs, ou même intégrés dans un portefeuille de missions élargi. Ce morcellement des fonctions réduit la capacité du coordonnateur à assumer un rôle stratégique, notamment en matière de mobilisation des partenaires, d'évaluation et de pilotage de l'action.

Une gouvernance souvent partagée

La gouvernance des DTS repose sur des comités de pilotage (COPIL) et des comités techniques, qui réunissent les partenaires signataires et les acteurs du territoire, préparés voire animés par le coordonnateur. **82 %** des DTS renseignées organisent un COPIL, au minimum une fois par an. Les réunions des COPIL sont le plus souvent co-pilotées par un trio récurrent composé des élus locaux et du préfet ou de son représentant, ainsi que de l'ARS. Le COPIL associe par ailleurs une pluralité d'acteurs tels que les associations, les délégués du préfet, etc. Certaines DTS font l'objet de spécificités selon les thématiques embrassées, comme par exemple les COPIL des CLSM qui intègrent systématiquement les personnes concernées par des troubles psychiques.

S'agissant par exemple des CPTS, dernières arrivées dans le paysage institutionnel, leur dynamique propre en lien avec l'Assurance Maladie et les ARS ne leur permet pas encore d'être connues et intégrées systématiquement aux instances de gouvernance. Certaines tentatives émergent néanmoins, avec des CPTS cherchant à devenir signataires de CLS par exemple.

Les formes d'organisation des DTS dans les QPV sont plurielles et évolutives, combinant différentes échelles d'intervention, modalités de gouvernance et portages institutionnels. Si cette diversité permet une certaine souplesse d'adaptation aux réalités locales, elle pose aussi la question de la lisibilité des dispositifs et de l'efficacité de leur fonctionnement. Le panorama dressé laisse entrevoir une diminution progressive de la place donnée aux QPV dans les démarches territoriales de santé.



LES DYNAMIQUES TERRITORIALES DE SANTÉ À L'ŒUVRE DANS LES QPV

Les DTS qui couvrent des QPV sont confrontées à un double enjeu d'articulation, d'une part, celles relevant de politiques publiques spécifiques aux QPV, identifiées dans le cadre du contrat de ville et, d'autre part, les DTS relevant du droit commun, déployées sur l'ensemble du territoire y compris les QPV et qui viennent parfois se superposer.

LES ARTICULATIONS AVEC LE CONTRAT DE VILLE

L'un des principaux objectifs des démarches territoriales de santé est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en cohérence avec les objectifs des contrats de ville dans les territoires concernés par la géographie prioritaire. Dans la majorité des contributions à l'enquête, cette articulation est présentée comme évidente : souvent le CLS constitue le volet santé du contrat de ville. Dans certains territoires, l'étape diagnostic du contrat de ville est coproduite et constitue le socle commun des priorités d'intervention du CLS, de l'ASV et du CLSM.

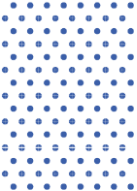
A Cavaillon par exemple, l'ASV porté par le CCAS constitue le dispositif de coordination dans le champ de la santé, adossé à un diagnostic local partagé. En effet, dans le cadre du renouvellement du contrat de ville en 2023, les partenaires se sont entendus pour mettre à jour le diagnostic et réécrire le plan local de santé sur une temporalité commune.

D'autres dispositifs de la politique de la ville comme les Cités éducatives travaillent aussi à l'articulation avec le CLS, le CLSM ou l'ASV. C'est le cas d'une trentaine de Cités éducatives qui déclaraient en 2024 avoir des actions ou des partenariats avec l'ARS, notamment dans le cadre des objectifs du contrat local de santé.

S'agissant de la coordination, en règle générale, les coordonnateurs des DTS sont invités aux réunions de pilotage des contrats de ville et inversement pour les agents chargés de la mise en œuvre de la politique de la ville de l'Etat ou des collectivités qui participent aux instances de pilotage des DTS, quelles qu'elles soient. Ce lien, lorsqu'il existe, est également renforcé lorsque les délégués du préfet travaillent en lien étroit avec l'ARS.

Pour autant, plusieurs répondants identifient des marges de progression possibles avec « *des temps de travail spécifiques chargés de mission politique de la ville et coordonnateurs CLS à intensifier* » ou « *un point sur les DTS qui pourrait être fait à chaque comité de pilotage du contrat de ville* », en intégrant même « *ces mutualisations dans la structuration des dispositifs* ». Un commentaire issu l'enquête propose qu'« *un point sur les DTS soit fait à chaque comité de pilotage des contrats de ville, d'autant que les problèmes de santé, et notamment de santé mentale sont de plus en plus prégnants au sein des quartiers* ».

Un contributeur formule le souhait de « *s'appuyer davantage sur les DTS, notamment les ASV, pour décliner les politiques de santé publique auprès des publics les plus vulnérables* » tandis qu'un autre propose « *une organisation (et des financements) pour mener des DTS sur de petits QPV, dont la mise en œuvre d'ASV serait surdimensionnée mais dont les besoins en coordination restent avérés* ». Globalement, il apparaît dans les réponses que, lorsque la population vivant en QPV représente une petite part de la population totale, le travail sur les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) est moins prioritaire alors que l'échelle des quartiers est pertinente pour toucher les publics fragiles.



Enfin, la cohérence entre les dispositifs suppose aussi un portage politique clair de la part des collectivités, qui jouent un rôle décisif pour ancrer la santé dans les priorités des contrats de ville. Là où les élus locaux s'engagent, l'articulation entre dispositifs se renforce, tandis qu'en leur absence, les démarches reposent sur des dynamiques individuelles et cloisonnées.

Alors que la nouvelle contractualisation Engagements quartiers 2030 a permis de recentrer les contrats de ville autour des enjeux identifiés par les parties prenantes à l'échelle de chaque territoire, certains répondants ont pour objectif de s'en saisir pour « réactiver l'articulation entre les CLS / CLSM et les instances de la politique de la ville, dans une volonté commune de renforcement du droit commun en matière de santé dans les quartiers prioritaires ».

LES ENJEUX DE PILOTAGE ET D'ARTICULATION DES DTS

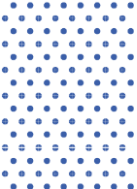
Comme indiqué en introduction, l'émergence et le développement des DTS s'est fait en plusieurs étapes sur des territoires hétérogènes. Leur développement est donc disparate. Certaines sont plus anciennes que d'autres ou bien davantage portées politiquement en raison d'un contexte ou d'une histoire locale particulière.

Date de création des DTS dans les réponses à l'enquête

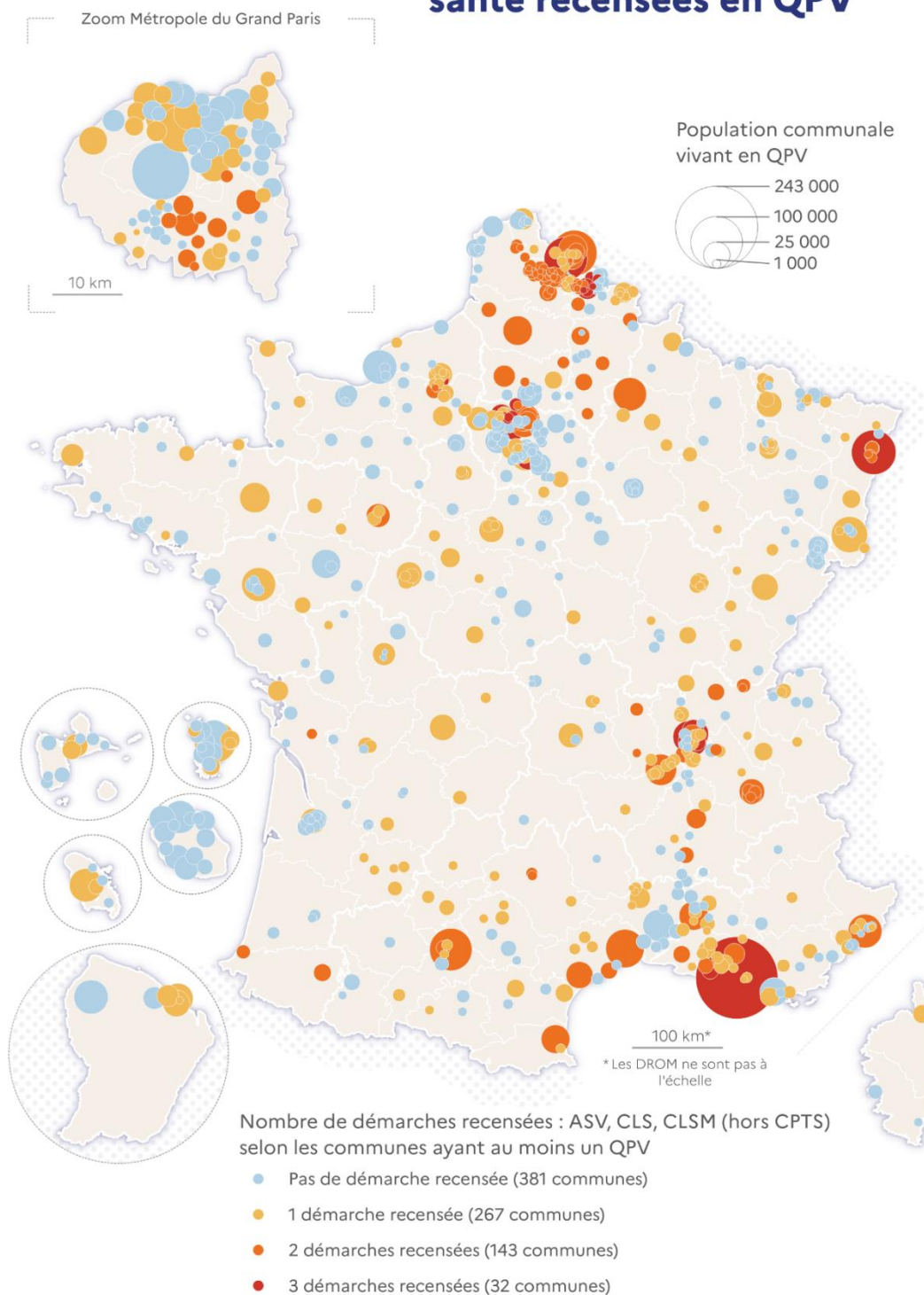
Date de création de la DTS	Part des réponses
Inférieure à 1 an	13 %
1 à 5 ans	36 %
5 à 10 ans	32 %
10 à 15 ans	12 %
Plus de 15 ans	8 %

Ces créations croissantes ces dernières années viennent légitimement soulever la question de leur cohabitation sur un même territoire, notamment au croisement de la géographie prioritaire. Les tendances actuelles, confirmées par les entretiens et les réponses au questionnaire, montrent un développement soutenu par les ARS des CLS, et une dynamique relativement similaire pour les CLSM. Cette évolution laisse également penser qu'un certain nombre d'ASV ont été intégrés ou remplacés par le développement des CLS, même s'il reste difficile de l'affirmer, en raison des difficultés de recensement rencontrées depuis plusieurs années.

Le "mille-feuille" des dispositifs de santé territoriaux est un diagnostic largement partagé par les répondants à l'enquête. Ainsi, chaque DTS doit assurer son propre pilotage tout en veillant à la concordance de ses actions avec celles des autres.



Démarches territoriales de santé recensées en QPV



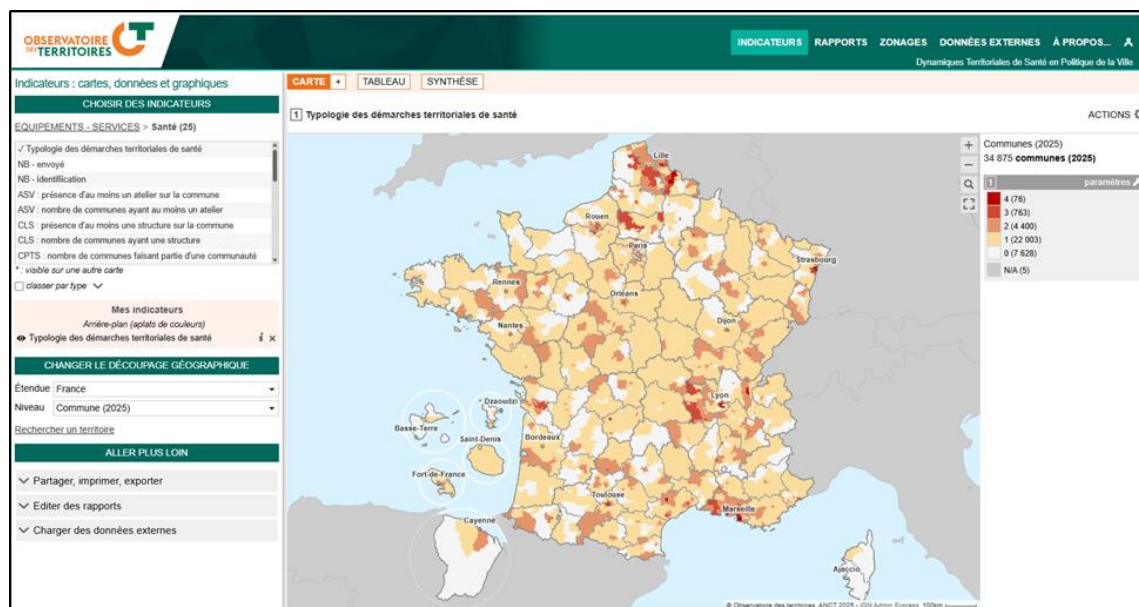
*ASV : Atelier Santé Ville, CLS : Contrat Local de Santé, CLSM : Conseil Local de Santé Mentale, CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Source : ANCT 2025, génération des QPV 2024-2030, IGN 2024 • Réalisation : PADT ANCT - Cartographie 09/2025

⇒ Cette carte représente la superposition des DTS à l'échelle des communes. L'absence de DTS représentées ne signifie pas qu'elles n'existent pas mais qu'elles peuvent ne pas avoir été identifiées dans les réponses à l'enquête.

Outil de visualisation du nombre de DTS par type

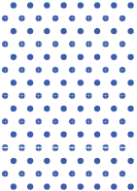
La cartographie interactive qui présente le type et le nombre de DTS recensées pour chaque commune est disponible sur le site « Observatoire des territoires » animé par l'ANCT, sur demande en contactant PLSIQ-Sante-Sport@anct.gouv.fr. Les données (CLSM, CPTS, CLS et ASV) disponibles (*) se trouvent dans le déroulé « Choix des indicateurs », dans la rubrique « EQUIPEMENTS - SERVICES > Santé ». L'indicateur « Typologie des démarches territoriales de santé » permet d'afficher le cumul des DTS par commune (cf. carte des DTS recensées en QPV et visualisation ci-dessous.).



La cartographie ne représente pas les DTS par point mais indique pour chaque commune si elle est couverte par une ou plusieurs DTS. La zone blanche ne signifie pas une absence de DTS mais que l'étude n'a pas permis d'obtenir les données.

(*) Sources des données :

- recensement des CLSM par le CCOMS (2024)
- cartographie des CPTS de la DGOS (2025)
- CLS recensées dans le questionnaire ANCT et transmis par l'ARS Hauts-de-France (2025)
- ASV recensées dans le questionnaire ANCT (2025)



L'enquête permet d'identifier de nombreux exemples de cohabitations réussies entre les DTS, et plus précisément entre l'ASV et le CLS lorsqu'ils travaillent en cohérence. C'est le cas dans plusieurs communes du Rhône où le maintien de l'ASV n'est pas remis en cause puisqu'il porte des missions très complémentaires à celles du CLS.

Certains territoires tentent aussi de structurer des coordinations horizontales entre démarches. Ces configurations reposent souvent sur des coordinatrices et des coordonnateurs particulièrement investis, qui prennent l'initiative de créer des réseaux formalisés ou non, de partager des outils de diagnostic, ou de co-organiser des actions.

Le rôle du délégué du préfet est aussi largement reconnu comme central puisqu'il fait le lien au carrefour des acteurs associatifs dans les QPV, des coordonnateurs des DTS et des ARS.

Le constat global est donc celui de l'absence de stratégie uniforme de coordination des DTS dans les territoires. Des besoins réels sont exprimés par les répondants qui souhaiteraient un « *accompagnement plus local des DTS par les politiques publiques (ARS - Préfecture) afin de mutualiser les différentes dynamiques* » et « *éviter la superposition de pilotage* ». Dans un souci de partage d'informations et d'expérience, des propositions sont aussi formulées pour faire émerger une « *rencontre annuelle entre les différents partenaires santé afin de partager une vision commune des enjeux et attendus en QPV* », voire même « *une animation de réseaux interdépartementale des coordonnateurs ASV pilotée par l'ANCT en lien avec le ministère de la santé* ».

La feuille de route partagée ARS/Préfecture de Région : un exemple d'outil de pilotage et de coordination

La Préfecture de région et l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France ont engagé en 2025 une réflexion visant à élaborer une feuille de route régionale afin de renforcer la prise en compte des enjeux liés à la santé au sein des QPV d'Ile-de-France.

En Ile-de-France, 40 contrats d'engagements quartiers 2030 (CEQ 2030) ont été signés en 2024 au bénéfice d'1,7 million d'habitants qui vivent dans les 298 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), soit 14 % de la population francilienne.

Les sujets relatifs à la santé sont nombreux dans les QPV et font l'objet de références dans plusieurs axes du projet régional de santé et dans les contrats d'engagements quartiers 2030. L'ARS Ile-de-France et la Préfecture de région ont pour objectif de prioriser quelques enjeux majeurs, qui apparaissent les plus prégnants et de décliner des priorités et actions à l'échelle régionale qui répondent aux enjeux territoriaux, dans une logique de soutien aux capacités d'action locales. Une copie de la feuille de route est jointe en annexe à titre d'exemple.



FOCUS TERRITORIAUX : LE CAS DE LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE ET DU DÉPARTEMENT DU RHÔNE

Les résultats de l'enquête révèlent une grande hétérogénéité dans l'organisation, le pilotage et l'articulation des démarches territoriales de santé selon les contextes locaux. Pour dépasser l'analyse agrégée et illustrer concrètement les enjeux, deux territoires ont été retenus : la région Hauts-de-France, où la couverture en DTS est dense et historiquement construite autour de la politique de la ville, et le département du Rhône, marqué par des évolutions notables des dispositifs, dans un contexte d'incitation régionale forte de l'ARS au développement des CLS et CLSM. Ces deux études de cas permettent de mettre en lumière les facteurs qui favorisent ou freinent une coordination efficace des démarches en QPV.

DTS ET QPV DANS LA RÉGION HAUTS-DE-FRANCE

- ⇒ La carte des Hauts-de-France (page suivante) révèle un maillage dense mais hétérogène des DTS. Les CLS sont nombreux et couvrent une grande partie des QPV, confirmant l'importance de cet outil dans la région. Les CLSM y sont également présents, reflétant une prise en compte croissante des enjeux de santé mentale. Cependant, certains QPV sont dépourvus d'ASV, alors que ces dispositifs sont traditionnellement plus ancrés dans la proximité. Cette configuration régionale illustre les dynamiques de recomposition : un développement fort des CLS, parfois en remplacement des ASV, mais aussi l'existence d'expérimentations locales de coordination entre dispositifs.

Démarches territoriales de santé recensées en QPV

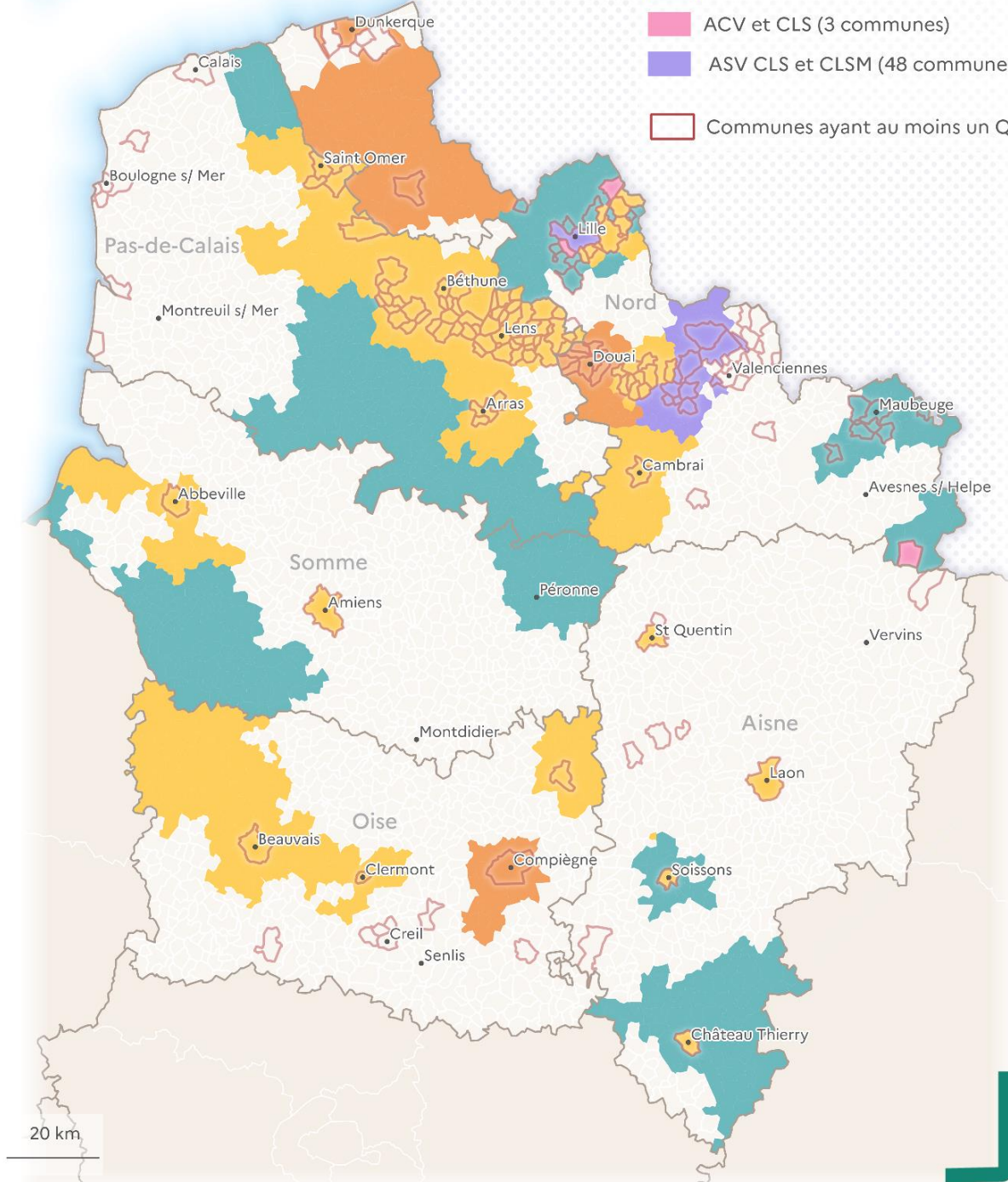
Zoom région des Hauts-de-France



Nombre de démarches recensées :
ASV, CLS, CLSM (hors CPTS)*

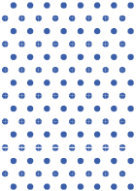
- CLS (709 communes)
- CLSM (148 communes)
- CLSM et CLS (592 communes)
- ACV et CLS (3 communes)
- ASV CLS et CLSM (48 communes)

Communes ayant au moins un QPV



*ASV : Atelier Santé Ville, CLS : Contrat Local de Santé, CLSM : Conseil Local de Santé Mentale, CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Source : ANCT 2025, IGN 2025, génération des QPV 2024-2030 • Réalisation : PADT ANCT - Cartographie 10/2025



La région Hauts-de-France se distingue historiquement par une présence ancienne et structurée des DTS, adossée à une politique volontariste des collectivités locales, en lien avec les préfets et l'ARS. Le territoire a été un terrain pionnier des ASV dans les agglomérations touchées par de fortes inégalités sociales et sanitaires. En effet, l'enquête révèle que les ASV dans cette région datent en moyenne de 5 à 10 ans. Au fil du temps, cette dynamique s'est enrichie avec le déploiement de contrats locaux de santé (CLS) à différentes échelles selon les contextes locaux : intercommunale (ex. CA du Pays de Saint-Omer) ou communale (Hem, Laon, etc.). Les DTS sont la déclinaison opérationnelle et territorialisée du projet régional de santé (PRS) et des schémas départementaux, tous issus de constats partagés.

Les résultats de l'enquête confirment cette densité d'intervention. Dans les Hauts-de-France, 79 % des communes comptant un QPV sont couvertes par un CLS, 62 % par un CLSM, et 93 % par une CPTS. Cette superposition des dispositifs traduit un foisonnement d'initiatives, mais aussi une difficulté récurrente à articuler ces démarches entre elles. Cette situation « *permet des complémentarités, mais crée aussi des zones grises de coordination* ». Dans la région, tous les CLS sont signés par la préfecture afin de favoriser la bonne articulation avec les contrats de ville. Les prochains CLS qui seront signés couvriront une partie des QPV non-couverts jusqu'alors.

Au sein de chaque DT-ARS un référent politique de la ville assure le lien avec les délégués du préfet pour co-construire et mettre en œuvre les politiques de santé au plus près des habitants des QPV. Les coordonnateurs des dispositifs jouent ici un rôle pivot et peut-être intégrés dans ce duo. Mais les réponses au questionnaire mettent en avant la surcharge de travail comme un frein important pour aller au bout de ces articulations. Les COPIL des différentes DTS, co-pilotés par l'ARS et les coordonnateurs sont réguliers et bien identifiés par les partenaires et signataires ce qui contribue à leur bon fonctionnement.

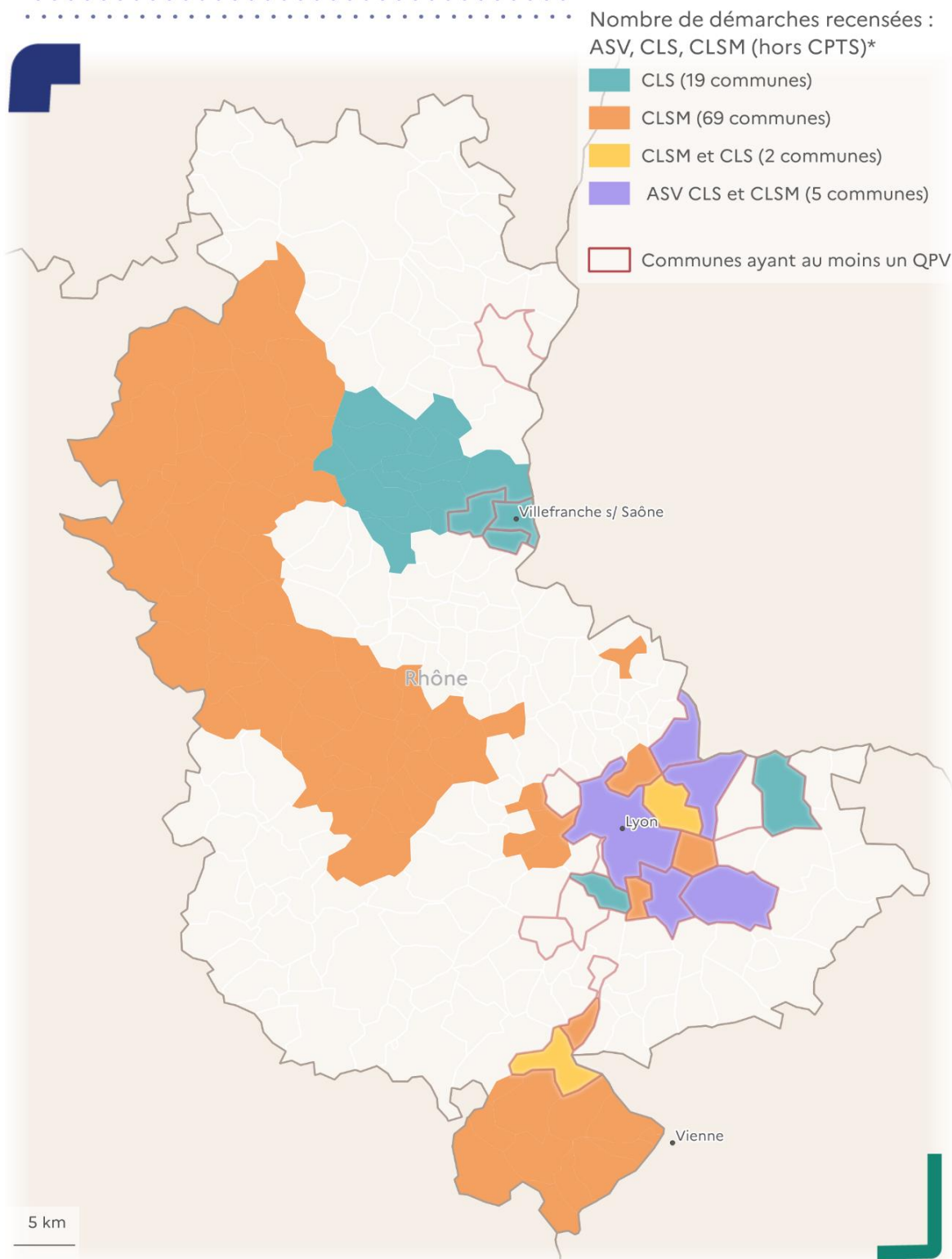
L'ARS travaillent également avec les préfets pour les encourager à déployer des actions et orientations ciblées en direction des QPV, comme la médiation en santé, l'accès des femmes à la prévention, la santé mentale des jeunes, etc. Néanmoins, le CLS à ce stade, ne joue pas entièrement son rôle de « volet santé du contrat de ville », considérant le fait que de nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé ne sont pas directement impulsées par le CLS mais par l'intermédiaire du délégué du préfet et des services politiques de la ville, comme actions financées directement par le contrat de ville. La qualité des articulations peut aussi dépendre de la typologie des QPV couverts (effet de masse des problématiques et des inégalités de santé), le soutien des élus et les habitudes de travail.

DTS ET QPV DANS LE DÉPARTEMENT DU RHÔNE

- ⇒ Dans le Rhône, la carte met en lumière une **forte dynamique d'incitation de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (AURA)** au développement des CLS et CLSM, principalement axés sur la prévention et la promotion de la santé. La diminution du nombre d'ASV, constatée par Labo Cités, est visible, certains CLS ayant pris le relais en intégrant un volet QPV. Néanmoins, dans des territoires comme Saint-Priest, la cohabitation ASV-CLS-CLSM fonctionne de manière complémentaire grâce à une ingénierie locale structurée et un portage politique affirmé. Cette situation démontre que le déploiement des DTS n'est pas qu'une question de présence, mais bien de gouvernance et de coordination entre les outils.

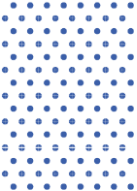
Démarches territoriales de santé recensées en QPV

Zoom département du Rhône



*ASV : Atelier Santé Ville, CLS : Contrat Local de Santé, CLSM : Conseil Local de Santé Mentale, CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Source : ANCT 2025, IGN 2025, génération des QPV 2024-2030 • Réalisation : PADT ANCT - Cartographie 10/2025



Le département du Rhône offre un exemple intéressant d'évolution dans la structuration des démarches territoriales de santé. Depuis plusieurs années, l'ARS AURA mène une politique volontariste d'incitation à la création de CLS et de CLSM, principalement orientés vers la prévention et la promotion de la santé, avec un accent moins marqué sur l'organisation de l'offre de soins. Cette stratégie a permis un déploiement rapide de ces dispositifs, mais sans homogénéité de positionnement vis-à-vis des 48 QPV du département.

L'organisation à l'échelle du département est spécifique puisque le contrat de ville de Lyon est métropolitain et couvre 90 % des QPV du département. Un délégué du préfet a été désigné « référent santé » afin de centraliser l'information sur cette thématique et être l'interlocuteur privilégié des partenaires. Cette mission permet de favoriser l'articulation du droit commun et des enjeux du contrat de ville s'agissant des politiques de santé sur la métropole lyonnaise. Ainsi, l'ARS « *fixe les règles et le cadre, lance et relance les DTS* », et le délégué du préfet se positionne en relais entre les collectivités et l'ARS, notamment pour veiller à la prise en compte des besoins spécifiques des habitants des QPV.

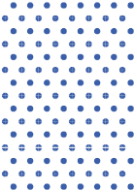
Le Rhône compte aujourd'hui une couverture importante en CLS, dont le périmètre est majoritairement défini à l'échelle de la commune. Toutes DTS confondues, 99 % d'entre elles interviennent à l'échelle de la commune ou du QPV. C'est un paramètre qui coïncide avec le contrat de ville métropolitain qui se décline en « conventions locales d'application » à l'échelle de chaque commune.

On constate une diminution progressive du nombre d'ASV, comme le documente le centre de ressources de la politique de la ville Labo Cités. Les ASV sont devenus des réalités très différentes selon les territoires, ce qui les rend d'ailleurs difficiles à recenser. Cette évolution marque une forme de transition : dans plusieurs cas, le CLS a pris la place de l'ASV, en intégrant la coordination santé à une échelle plus large.

À Saint-Priest par exemple, tous les dispositifs (ASV, CLS, CLSM) coexistent, avec un coordonnateur unique et un service santé dédié au sein de la collectivité, ce qui facilite une gouvernance intégrée, et efficace.

En l'absence d'une stratégie unique d'animation d'un réseau de DTS, des réseaux de coordonnateurs se sont formés, favorisés aussi par le soutien du centre ressource de la politique de la ville Labo Cités et de l'association Promotion santé (Instance régionale d'Education et de Promotion de la Santé jusqu'en 2024).

Les CPTS, encore récentes, sont très hétérogènes en taille et en fonctionnement. Elles ne sont que peu représentées dans les instances de gouvernance. La signature des accords conventionnels interprofessionnels (ACI) avec l'ARS pourrait être l'occasion de cibler des engagements communs, notamment sur la réduction des ISTS.



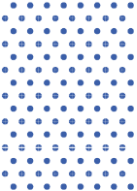
CONCLUSION

L'enquête conduite, issue de l'analyse croisée de la littérature disponible, les entretiens et contributions des acteurs locaux, met en évidence cinq constats majeurs quant au déploiement des démarches territoriales de santé dans les QPV :

1. les inégalités territoriales de couverture persistent : certains QPV restent à l'écart de toute DTS, tandis que d'autres cumulent plusieurs démarches non articulées ;
2. la diversité des DTS et de leurs périmètres s'inscrivent dans le constat global d'une hétérogénéité des réponses au local, reflet des contextes historiques et locaux, de la géographie des inégalités et de la structuration institutionnelle propre à chaque territoire ;
3. le pilotage des DTS est souvent fragile, marqué par des fonctions de coordination essentielles mais fragilisées, un manque de lisibilité institutionnelle et une gouvernance inégale, notamment en l'absence de portage politique fort ;
4. l'articulation avec les contrats de ville tend à se construire, favorisée par la nouvelle contractualisation, mais reste à consolider ;
5. la coordination entre DTS est parfois difficile, en dépit de leur superposition fréquente sur les mêmes territoires, le cloisonnement des dispositifs (ASV, CLS, CLSM, CPTS) freinant la mutualisation des diagnostics, des actions et des ressources.

Pour renforcer le déploiement des DTS auprès des habitants des QPV, plusieurs pistes d'évolutions peuvent être envisagées :

1. encourager l'adossement systématique des DTS aux contrats de ville pour permettre la prise en compte des enjeux spécifiques des QPV ;
2. structurer la mission d'animation et de coordination des DTS à l'échelle pertinente localement, afin d'assurer la cohérence des démarches, la circulation de l'information et l'accompagnement des porteurs de projets ;
1. mutualiser les outils de suivi et de cartographie entre le ministère de la Santé et le ministère de la Ville pour améliorer la lisibilité nationale des DTS ;
2. valoriser les bonnes pratiques pour nourrir et partager une culture commune de l'action territoriale en santé.



ANNEXES

ANNEXE 1

LIENS VERS LES SITES DES ARS AVEC PRÉSENTATION DES CLS

Île-de-France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/contrat-local-de-sante-cls-1>

Normandie : [Les Contrats locaux de santé par département | Agence régionale de santé Normandie](#)

Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) : [Contrats locaux de santé | Agence régionale de santé PACA](#)

Occitanie : [Contrats locaux de santé | Agence régionale de santé Occitanie](#)

Bourgogne-Franche-Comté : [Nos contrats locaux de santé | Agence régionale de santé Bourgogne-Franche-Comté](#)

Auvergne-Rhône-Alpes : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante-cls-deployes-en-auvergne-rhone-alpes>

Bretagne : [Les CLS en Bretagne | CLS Bretagne](#)

Centre Val-de-Loire : [Les Contrats locaux de santé | Agence régionale de santé Centre-Val de Loire](#)

Corse : [Les contrats locaux de santé: améliorer la santé de la population d'un territoire | Agence régionale de santé Corse](#)

Grand Est : [Contrats locaux de santé : améliorer la santé de la population d'un territoire | Agence régionale de santé Grand Est](#)

Guadeloupe : [Contrat Local de Santé \(CLS\) | Agence régionale de santé Guadeloupe](#)

Guyane : [Les contrats locaux de santé - Guyane](#)

Hauts-de-France : [Les Contrats Locaux de Santé | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Hauts-de-France](#)

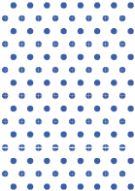
La Réunion : [Les Contrats Locaux de Santé | Agence Régionale de Santé La Réunion](#)

Martinique : [Contrats Locaux de Santé \(CLS\) | Agence régionale de santé Martinique](#)

Mayotte : [Les contrats locaux de santé | ARS : Mayotte](#)

Nouvelle-Aquitaine : [Déploiement des contrats locaux de santé en Nouvelle Aquitaine | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine](#)

Pays de la Loire : [Contrats locaux de santé en Pays de la Loire](#)



ANNEXE 2

FEUILLE DE ROUTE ENTRE LA PRÉFECTURE DE RÉGION ET L'AGENCE REGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

La Préfecture de la région Île-de-France et l'Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France partagent depuis le premier projet régional de santé et les Contrats de ville de 2015 un intérêt commun pour le développement d'actions en faveur de la santé des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

Les enjeux et besoins en santé des habitants des QPV sont nombreux, notamment les difficultés d'accès aux services de santé, en particulier la médecine générale, les soins en santé mentale et les services médico-sociaux.

Ces questions de santé sont aujourd'hui de plus en plus reconnues comme un enjeu particulier dans la Politique de la ville, ce dont témoigne l'importance qui leur ont été accordée dans les contrats Engagements Quartiers 2030 (CEQ 2030), dont le contenu marque une prise en compte plus importante et plus précise de ces enjeux, en particulier autour de la santé des jeunes, de la santé mentale, de l'accès aux soins et à la prévention.

La présente feuille de route vise, dans la continuité de la feuille de route 2023/2024, à consolider cette articulation des politiques publiques et des services tant au niveau territorial que régional afin de soutenir les acteurs des territoires concernés et de favoriser une action cohérente des services au niveau local.

I Etat des lieux régional des dispositifs de l'ARS et de la politique de la ville en matière de santé

a) Les dispositifs de coordination territoriale en santé pilotés par l'ARS

- Le contrat local de santé (CLS)

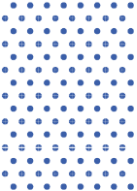
Le Contrat local de santé est un dispositif à la fois de programmation (diagnostic partagé, fiches actions contractualisées) et de pilotage local d'une politique de santé (COPIL présidé par le Maire). C'est l'outil de mise en cohérence entre acteurs d'une politique de santé publique sur le territoire. En Île-de-France, 88 CLS sont signés ou en cours de renégociation, couvrant plus de 90 % des QPV.

- La communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

La communauté professionnelle territoriale de santé est une structure organisant l'action des professionnels de santé sur le territoire. Elle n'est pas une instance mais une organisation de travail en réseau permettant le portage de projets communs par les acteurs du soin. Chaque CPTS disposant d'une fonction de direction ou de coordination et d'un conseil d'administration, elle permet également aux autres acteurs de disposer d'un interlocuteur pour travailler avec l'ensemble des professionnels de santé d'un territoire.

- Le conseil local de santé mentale (CLSM)

Le Conseil local de santé mentale est une instance de co-construction d'une politique de santé mentale partagée entre collectivité, psychiatrie, habitants et acteurs. Il mobilise des acteurs spécifiques avec une méthode horizontale visant à réduire les silos entre les différents partenaires. L'enjeu majeur de la santé mentale et l'important travail de culture commune qui reste à construire



sur ce sujet impose une instance spécifique. Il s'articule avec le contrat local de santé, dont il co-construit et met en œuvre le volet santé mentale.

- Le projet territorial en santé mentale (PTSM)

Les Projets territoriaux en santé mentale sont des outils de déclinaison de la politique de santé mentale, leur objectif est d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. L'année 2026 verra le renouvellement des Projets territoriaux de santé mentale, outils structurants de l'offre de soins, d'accompagnement et de prévention en santé mentale.

b) Les dispositifs de la politique de la ville en matière de santé

- Le contrat « engagement quartiers 2030 » (CEQ 2030)

Les Contrats Engagements Quartiers 2030 s'inscrivent dans la continuité de la précédente génération de contrats de ville. Ils permettent d'orienter l'action de la politique de la ville sur les six prochaines années. En Île-de-France, 40 contrats d'engagements quartiers 2030 ont été signés en 2024 au bénéfice d'1,7 million d'habitants qui vivent dans les 298 quartiers prioritaires de la politique de la ville, soit 14% de la population francilienne.

L'analyse des enjeux de santé dans les 40 CEQ 2030, menée par la mission ville régionale en lien avec les Préfectures de département, permet de dégager trois priorités principales :

- la santé mentale
- l'alimentation saine et durable
- le sport et l'activité physique pour la santé

- L'Atelier santé-Ville (ASV)

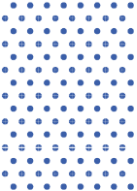
L'Atelier santé-Ville est un dispositif et une méthode d'action à l'échelle localisée d'un ou plusieurs quartiers, qui doit s'intégrer dans le contrat local de santé sans perdre sa spécificité dans les interventions au bénéfice des habitants des quartiers prioritaires.

II. Les axes d'intervention retenus pour la feuille de route 2025 - 2026

Priorité 1 : Développer des actions communes en particulier sur la santé mentale

Dans ce cadre et en complément du Projet territorial de santé mentale, il est proposé de renforcer le suivi et le pilotage conjoint des politiques de santé mentale destinées aux habitants de QPV, en particulier :

- Assurer un suivi régional commun des projets issus de l'appel à volontariat « Mettre en œuvre un programme de renforcement des compétences psychosociales (CPS) des enfants et des jeunes en Cité Educative » lancé par l'ARS le 28 avril 2025. Ce suivi est assuré par la Direction de la santé publique, la coordination régionale Cités Educatives et la Mission Ville régionale.
- Organiser conjointement un temps régional de partage d'expériences et de qualification des acteurs et institutions autour des inégalités dans le déploiement des interventions de renforcement des CPS, prévu le 10 octobre 2025.
- Poursuivre le soutien à la formation Premiers Secours en santé Mentale pour les bénévoles associatifs actifs dans les QPV. Afin de pouvoir diffuser cette offre, la Mission Ville pourra s'en faire le relais auprès des réseaux pertinents.
- Former les acteurs aux questions de santé mentale, en fonction de leur situation professionnelle ou d'intervention auprès du public.



- Consolider et développer les modalités d'accès à des dispositifs d'écoute, d'orientation et d'accompagnement adaptés pour la santé mentale de enfants et adolescents dans les QPV franciliens, en s'appuyant sur les acteurs et organisations existantes (Maisons des adolescents, label maison de l'enfance et de la réussite éducative, PRE, Missions locales, PAEJ, équipes de psychiatrie, etc.)

Priorité 2 : Mieux structurer les actions santé dans les QPV, en particulier l'action des contrats locaux de santé et les ateliers santé ville

- Réaffirmer la complémentarité du contrat local de santé et de l'atelier santé ville. Cette complémentarité se traduit par la sollicitation de l'avis de l'ARS avant toute modification de financement de l'atelier santé ville.
- Poursuivre et consolider l'animation régionale des réseaux d'acteurs santé (voir 1.) par les Centres de ressource politique de la ville et l'opérateur Promotion Santé Ile-de-France.

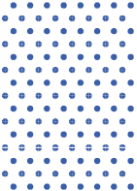
Priorité 3 : Favoriser les liens entre les services de l'ARS et de la Politique de la ville aux échelles régionale et départementale

a) Une coordination plus interministérielle

- S'assurer de l'invitation et de l'association du Préfet délégué à l'égalité des chances, ou de son représentant, dans les instances du contrat local de santé, du projet territorial en santé mentale et des conseils locaux de santé mentale lorsque le dispositif couvre un territoire QPV.
- S'assurer de la présence de l'ARS aux instances de suivi politique de la ville en invitant le Directeur de la délégation départementale de l'ARS, ou son représentant, aux comités de pilotage des contrats d'engagement quartier 2030.
- Mettre en œuvre conjointement l'instruction interministérielle relative aux maisons France Santé

b) Un meilleur partage d'informations

- Assurer une meilleure coordination des actions cofinancées entre les missions Ville et les DD ARS, notamment concernant les projets relatifs aux Cités Éducatives (volet prévention et la santé mentale). Ce partage d'information se fera sous une forme souple et économe en ressources humaines pour l'ensemble des services concernés.
- Mise à jour 2 fois par an des contacts structurants des territoires en matière de santé. Ce travail sera réalisé sous l'égide de la mission Ville régionale et de la Direction de la santé publique.
- Faciliter un accès réciproque aux informations structurantes concernant les politiques locales en matière de santé et de politique de la ville.
- Favoriser le partage d'expérience entre les différents acteurs institutionnels concernés par la santé des habitants des QPV via l'organisation de webinaires et de rencontres régionales (Préfectures, DD ARS, DRAJES / SDJES, CPAM, CAF, etc.).



III. Le Pilotage régional et suivi de la feuille de route

a) La mise en place d'instances dédiées

Afin d'assurer la mise en œuvre de cette feuille de route, le suivi, l'évaluation des orientations fixées, les signataires s'engagent à la mise en place d'un comité de suivi régional, une fois par an, en présence de la Préfecture de région (Mission ville), de l'ARS IDF, des Préfectures de département et des délégations départementales de l'ARS.

La mise en Œuvre de la feuille de route est confiée à la Mission Ville régionale de la Préfecture de région et à la Direction de la santé publique de l'ARS Ile-de-France. Ces services organisent en particulier le partage des informations, données et contacts pertinents pour les services départementaux.

Au niveau départemental, les interlocuteurs techniques de référence pour le suivi des actions de la feuille de route sont les suivants :

- En Préfecture, le responsable de la Mission Ville départementale,
- En Délégation départementale ARS, le responsable du département Prévention et promotion de la santé pour ce qui concerne ces champs et pour ce qui concerne les CLS, les CLSM, les ASV. Concernant les autres sujets (offre de soins, santé mentale hors CPS et CLSM), le Directeur départemental ou son adjoint est l'interlocuteur de référence, et mobilisera les services concernés.

b) Les moyens mobilisés

Un volet santé correspondant aux orientations régionales sera décliné dans l'appel à projet régional au titre des crédits de la politique de la ville (programme 147). La Direction de la Santé Publique est chargée de la synthèse financière des engagements pris par l'ARS Ile-de-France concernant les QPV.

L'importance de conduire des actions renforcées dans les QPV sera maintenue et réaffirmée dans le guide de l'intervention en prévention et promotion de la santé de l'ARS IDF et dans la doctrine régionale relative aux contrats locaux de santé et aux conseils locaux de santé mentale, en particulier concernant le soutien à l'ingénierie et à la coordination.

c) La durée de la feuille de route régionale

La présente feuille de route entrera en vigueur à la date de la signature de toutes les parties et expirera au 31 décembre 2026.

Fait en deux exemplaires originaux

Paris, le 21 déc. 2025

Le Préfet de la Région d'Ile-de-France,

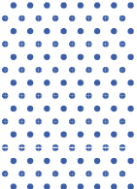
Préfet de Paris

Marc Guillaume

Le Directeur général de

l'Agence régionale de santé

Denis Robin



ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

DIFFUSÉ VIA UN RÉSEAU D'E-MAILS, LE 25 MARS 2025 PRINCIPALEMENT AUX SERVICES DE L'ÉTAT ET AUX DES PROFESSIONNELS LOCAUX INTERVENANT EN DIRECTION DES QPV SUR LA PLATEFORME DÉMARCHES SIMPLIFIÉES

Identité du répondant

Email

Etablissement

SIRET

Dénomination

Forme juridique

Formulaire Cette démarche a pour ambition l'amélioration des parcours de santé et la promotion d'une équité territoriale en matière de santé publique. Elle permettra d'évaluer l'articulation et la mise en œuvre des DTS à l'échelle nationale d'une part, et de lister/cartographier les démarches territoriales de santé présentes sur l'ensemble du territoire d'autre part. Nous vous remercions pour le temps et l'attention que vous accorderez à cette étude. Pour nous contacter : PLSIQ-Sante-Sport@anct.gouv.fr Date de clôture de l'enquête : 15 mai 2025 (Jusqu'à cette date, vous avez la possibilité de modifier ou actualiser vos réponses)

Contexte

L'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) réalise une étude sur les Démarches territoriales de santé (DTS) dans les Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). Ces démarches jouent un rôle clé dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, tout en favorisant des parcours de santé mieux coordonnés au niveau local. Votre participation est essentielle pour identifier et valoriser les DTS à l'œuvre sur l'ensemble du territoire. Nous vous remercions pour le temps et l'attention que vous accorderez à cette étude.

Mention RGPD

L'ANCT traite les données recueillies pour d'une part, lister et cartographier les démarches territoriales de santé présentes sur l'ensemble du territoire et, d'autre part, créer un annuaire à usage strictement interne pour pouvoir recontacter les acteurs locaux et agents territoriaux exerçant en direction des QPV sur les démarches territoriales de santé. Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et pour exercer vos droits, reportez-vous à la notice ci-jointe sur la gestion de vos données et vos droits.

Informations de contact et sur votre territoire

Prénom Nom Fonction

Adresse électronique professionnelle

Numéro de téléphone professionnel

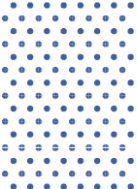
Votre périmètre d'intervention est (cochez la mention applicable, une seule valeur possible)

Région

Département

Intercommunalité

Commune



Connaissance des Démarches Territoriales de Santé (DTS)

Avez-vous connaissance d'une ou de plusieurs DTS sur votre territoire ? (Cochez la mention applicable) Oui - Non

Si « non », pourriez-vous nous indiquer au moins une personne ressource à contacter sur votre territoire, pour répondre à ce questionnaire ?

Prénom Nom Fonction

Adresse mail

Numéro de téléphone

Si « Oui », renseignez la DTS

Type de la DTS

Contrats locaux de santé (CLS)

Ateliers Santé Ville (ASV)

Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

Communautés professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Date de création de la DTS

Inférieure à 1 an

1 à 5 ans

5 à 10 ans

10 à 15 ans

Plus de 15 ans

Le territoire concerné par la DTS est Intercommunalité Commune Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) Commune

Quel(s) QPV sont concerné(s) par la DTS renseignée ? Citez-le(les) fidèlement à leur(s) orthographe(s)

Existe-t-il un poste de coordinateur ? Oui - Non

Prénom

Nom

Intitulé du poste occupé

Organisme de rattachement

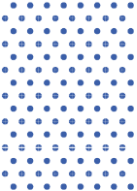
Adresse électronique

Numéro de téléphone

Commentaire ou information utile

Existe-t-il une instance de pilotage (COPIL) pour la DTS renseignée ? Oui - Non

Si oui, par qui est-elle pilotée ?



Préfet ou son représentant

Elus locaux (maire, son adjoint, etc.)

Représentant ARS

Responsable des services déconcentrés de l'Etat (Direction départementale de la cohésion sociale, etc.)

Représentant d'une association

Acteurs locaux

A quelle fréquence cette instance est-elle réunie ?

Préconisations

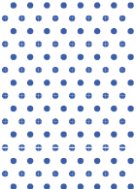
Quelles sont vos recommandations pour soutenir les démarches territoriales de santé (DTS) sur votre territoire ?

Avez-vous des commentaires, observations ou suggestions supplémentaires concernant les démarches territoriales de santé (DTS) sur votre territoire ou en général ?

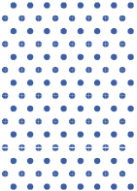
ANNEXE 4

TABLEAU DE SYNTHÈSE PAR DÉPARTEMENT ISSU DES DONNÉES COLLECTÉES DANS LE QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Département	Nombre de DTS	Nombre de QPV couverts par au moins l'une d'entre elles	% de DTS avec une coordinatrice	% de DTS avec un COPIL
01 - Ain	2	4	100 %	100 %
04 – Alpes-de- Haute-Provence	1	2	100 %	100 %
06 – Alpes- Maritimes	1	6	100 %	100 %
07 - Ardèche	2	2	50 %	0 %
12 - Aveyron	1	1	100 %	100 %
13 – Bouches-du- Rhône	20	167	100 %	95 %
17 – Charente- Maritime	3	3	100 %	100 %
23 - Creuse	3	3	67 %	33 %
26 - Drôme	2	7	100 %	100 %
2A – Corse du Sud	2	10	50 %	100 %
2B – Haute-Corse	1	2	0 %	0 %
31 – Haute- Garonne	1	10	100 %	100 %
32 - Gers	1	1	0 %	0 %
34 - Hérault	15	38	93 %	93 %
38 - Isère	4	18	0 %	50 %
41 – Loir-et-Cher	6	8	100 %	100 %
42 - Loire	6	16	100 %	100 %
50 - Manche	2	5	100 %	0 %
51 - Marne	6	13	100 %	100 %
52 – Haute-Marne	10	14	100 %	60 %
57 - Moselle	11	35	55 %	85 %
58 - Nièvre	1	1	100 %	0 %

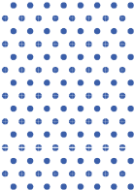


59 - Nord	15	72	80 %	67 %
60 - Oise	2	5	100 %	100 %
64 – Pyrénées-Atlantiques	10	20	70 %	90 %
65 – Hautes-Pyrénées	1	1	100 %	100 %
66 – Pyrénées-Orientales	2	10	100 %	100 %
67 – Bas-Rhin	1	20	100%	100 %
69 - Rhône	42	141	98 %	100 %
70 – Haute-Saône	1	1	100%	100 %
72 - Sarthe	2	7	100 %	100 %
73 - Savoie	2	4	100 %	50 %
76 – Seine-Maritime	5	14	100 %	100 %
77 – Seine-et-Marne	1	1	100 %	100 %
84 - Vaucluse	7	31	100 %	71 %
91 - Essonne	3	11	100%	100 %
93 – Seine-Saint-Denis	1	1	100 %	100 %
94 – Val-de-Marne	1	2	100 %	100 %
95 – Val-d’Oise	26	91	100 %	54 %
976 - Mayotte	6	15	67 %	67 %



GLOSSAIRE

- ACSE - Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances
- ANCT - Agence nationale de la cohésion des territoires
- ARS - Agence régionale de santé
- ASV - Atelier santé ville
- AURA - Auvergne-Rhône-Alpes
- CCAS - Centre communal d'action sociale
- CCOMS - Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale
- CGET - Commissariat général à l'égalité des territoires
- CLS - Contrat local de santé
- CLSM - Conseil local de santé mentale
- CMP – Centre médico-psychologique
- CMPP- Centre médico-psycho-pédagogique
- CMU-C - Couverture maladie universelle complémentaire
- COPIL - Comité de pilotage
- CPAM - Caisse primaire d'assurance maladie
- CPTS - Communauté professionnelle territoriale de santé
- CUCS - Contrat urbain de cohésion sociale
- DGS - Direction générale de la Santé
- DGOS - Direction générale de l'Offre de soins
- DHOS - Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
- DIV - Délégation interministérielle à la Ville
- DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
- DTARS - Délégation territoriale des ARS
- DTS - Démarche territoriale de santé
- Loi 3DS - Loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale
- EPCI - Etablissement public de coopération intercommunale
- FTS – Fabrique territoires santé
- HCAAM - Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie
- HDF – Hauts-de-France
- HPST - Hôpital patients santé et territoires
- INSEE - Institut national de la statistique et des études économiques



ISTS - Inégalité sociale et territoriale de santé

ONPV - Observatoire national de la politique de la ville

PRS - Projet régional de santé

PRSP - Plan régional de santé publique

PTSM - Projet territorial de santé mentale

QPV - Quartier prioritaire de la politique de la ville

SGCIV - Secrétariat général du Comité interministériel des villes

SIG - Système d'information géographique de la politique de la ville

En France, plus de six millions de personnes vivent dans les 1 584 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) marqués par des inégalités sociales et économiques persistantes. Parmi les sujets les plus importants, l'accès à la santé est un enjeu majeur : espérance de vie réduite, prévalence accrue de pathologies chroniques et renoncement aux soins pour des raisons financières ou géographiques. Ces inégalités, exacerbées par des déterminants sociaux et environnementaux, appellent des réponses adaptées et coordonnées.

C'est dans ce contexte que les démarches territoriales de santé (DTS) jouent un rôle clé. Le plus souvent portées par des collectivités territoriales et soutenues par les agences régionales de santé (ARS), ces démarches visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) en agissant sur les déterminants de la santé et en favorisant une approche coordonnée, intégrée et participative. Quatre dispositifs principaux structurent aujourd'hui ce paysage : les ateliers santé ville (ASV), les contrats locaux de santé (CLS), les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ainsi que les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Ce document, réalisé par l'Agence nationale de la cohésion des territoires (ANCT) en collaboration avec des acteurs de terrain, dresse un état des lieux de la couverture des quartiers prioritaires par les DTS. A partir d'une enquête nationale menée en 2025 auprès des services de l'État de la politique de la ville, des collectivités et des professionnels, ainsi que des entretiens et des analyses territoriales, il met en lumière la diversité des dispositifs. Il présente leur répartition géographique, leurs modalités de gouvernance et de pilotage et propose des exemples de dynamiques locales en lien avec les contrats de ville. Celles-ci sont notamment illustrées par deux études de cas sur la région Hauts-de-France et le département du Rhône. Ce document donne ainsi des clés de lecture sur les enjeux actuels autour du pilotage de ces démarches et sur la construction de réponses plus coordonnées et inclusives au service des habitants des quartiers prioritaires.

PANORAMA DES DÉMARCHES TERRITORIALES DE SANTÉ DANS LES QUARTIERS PRIORITAIRES DE LA POLITIQUE DE LA VILLE (QPV)

