



## CONVENTION TRIENNALE D'OBJECTIFS

### POUR LES QUARTIERS POPULAIRES

2013 / 2015

entre

LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ,

LA MINISTRE DÉLÉGUÉE AUX PERSONNES AGÉES  
ET A L'AUTONOMIE,

LA MINISTRE DÉLÉGUÉE A LA FAMILLE,

LA MINISTRE DÉLÉGUÉE AUX PERSONNES  
HANDICAPÉES ET A LA LUTTE CONTRE  
L'EXCLUSION

et

LE MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA VILLE

## Introduction

L'accès aux droits sanitaires, aux droits sociaux, aux soins, à l'éducation à la santé et à la prévention, représente un enjeu majeur dans les quartiers populaires.

Différents rapports, notamment ceux de l'observatoire national des zones urbaines sensibles (ONZUS), soulignent les écarts dont souffrent les habitants des quartiers populaires dans ces domaines.

Dans les zones urbaines sensibles (ZUS), un tiers des habitants se considère en mauvaise santé contre 27% dans les agglomérations environnantes ; les phénomènes de surpoids et d'obésité, ainsi que de mauvaise santé bucco-dentaire, y sont plus fréquents ; un tiers des femmes déclarent souffrir de maladies chroniques.

Les rapports de l'ONZUS établissent en outre, à partir d'enquêtes déclaratives, que le renoncement aux soins, notamment pour des raisons économiques, y est plus fréquent (23 % des habitants en ZUS, contre 17 % hors ZUS) et que la part des habitants déclarant ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire est deux fois plus élevée qu'ailleurs (14,9 % contre 7,7 %).

D'autre part, l'offre de soins de premier recours en ZUS est moindre que dans les agglomérations urbaines abritant des ZUS, hors services d'urgence hospitaliers. La densité des professionnels de santé par habitant y est ainsi deux fois moins importante qu'ailleurs, en particulier pour les médecins spécialistes et les infirmiers.

Face à ces constats, le développement des structures coordonnées de soins à exercice regroupé et pluri-professionnel, comme les maisons de santé pluri-professionnelles et les centres de santé dans les quartiers, facteur d'attractivité et de sécurité pour les professionnels, permet un accès à la prévention et à des soins de proximité de qualité. De même, la territorialisation de la politique de santé a vocation à être renforcée. Les contrats locaux de santé (CLS) s'avèrent dans cette optique l'outil pertinent pour fédérer de nombreux acteurs locaux dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Par ailleurs, l'accès et la satisfaction des droits sociaux sont une exigence particulièrement importante dans les quartiers populaires, que ces droits prennent la forme de prestations, d'un accès prioritaire à des modes d'accueil de la petite enfance, ou d'information et d'accompagnement dans des dispositifs tremplin d'insertion dans la vie active. Le développement de solutions d'accueil collectif des jeunes enfants (0-3 ans), notamment, constitue une réponse adaptée aux difficultés sociales observées dans ces quartiers. Les effets bénéfiques de l'accueil collectif sont maintenant avérés. Un accueil collectif précoce (avant la scolarisation) favorise l'intégration sociale et permet de lutter contre les inégalités d'accès aux apprentissages, au savoir et à la culture.

Les familles dans les quartiers présentent des particularités dans leur structure démographique et leur composition : surreprésentation des familles nombreuses et monoparentales, part importante des familles étrangères ou d'origine étrangère. Elles se caractérisent également par une situation sociale particulièrement dégradée. Ainsi, comme le souligne le rapport 2012 de l'ONZUS, la part des personnes vivant sous le seuil de pauvreté est 2,9 fois plus élevée dans les ZUS. Ces caractéristiques impliquent à la fois un renforcement des politiques sociales à leur intention et le développement d'approches qualitativement adaptées aux familles des quartiers populaires.

Dans cet objectif, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale et la future convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Caisse nationale d'allocation familiale (CNAF) feront l'objet d'une déclinaison spécifique dans des territoires ciblés et identifiés

comme prioritaires. La paupérisation des quartiers nécessite la mise en œuvre d'une réforme de l'action sociale territorialisée dans le cadre de la refonte de la politique de la ville.

La proportion des personnes de plus de 65 ans est de 20% dans le parc social et pourrait atteindre 35% en 2035. Alors même que les quartiers de la politique de la ville comportent une population plus jeune, ils sont composés d'un nombre important de logements sociaux, construits après guerre et logeant encore une population en partie vieillissante, population dont la situation s'est aggravée depuis 2008 puisque le taux de pauvreté s'est accru de 3 points en deux ans et s'avère supérieur de près de 7 points à celui de la moyenne nationale dans cette tranche d'âge. Cette situation nécessitera de mettre en œuvre des programmes d'adaptation des logements, de renforcement du lien social, d'actions intergénérationnelles et de lutte contre l'isolement des personnes âgées.

Enfin, il convient de prendre en compte les liens entre inégalités sociales et environnementales (au sens inégalités d'exposition géographiques), les origines des situations d'inégalités environnementales étant souvent reliées au niveau socio-économique des populations concernées (proximité de zones de forte densité d'activité, points noirs de bruit, zones de contaminations passées...). Le Plan national santé environnement, et les Plans régionaux santé environnement ont pour objectif à la fois d'avoir un axe de réduction des inégalités environnementales et en même temps de s'adapter aux spécificités locales.

La décision n°9 « santé, affaires sociales » du comité interministériel des villes (CIV) du 19 février 2013 a retenu les objectifs suivants :

- Dans le cadre de la stratégie nationale de santé, réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en agissant à la fois sur l'accès aux dispositifs de prévention et sur l'accès à l'offre de soins ;
- Décliner dans les quartiers de la politique de la ville les politiques sociales et de santé portées par l'État, ses opérateurs et partenaires ;
- Associer les agences régionales de santé à la préparation, la signature et au pilotage des contrats de ville 2014-2020 ;
- Développer des actions spécifiques en direction des jeunes enfants (0-3 ans)
- Soutenir des programmes de renforcement du lien social et de lutte contre l'isolement des personnes âgées ;
- Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge du handicap dans les quartiers de la politique de la ville.

Le CIV a retenu 4 mesures dans les domaines de la santé et 4 mesures dans le domaine de la cohésion sociale, pour contribuer à l'atteinte de ces objectifs et faciliter ainsi les parcours des habitants des quartiers prioritaires.

Prise en application de la circulaire n° 5619/SG du Premier ministre du 30 novembre 2012 relative à l'élaboration de conventions d'objectifs pour les quartiers populaires, la présente convention est conclue pour trois ans entre la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, la ministre déléguée à la famille, la ministre déléguée aux personnes handicapées et à l'exclusion et le ministre délégué chargé de la ville. Elle vise à :

- Préciser ces 8 mesures et les résultats à atteindre ;
- Définir les dispositifs et les moyens à mobiliser pour les mettre en œuvre ;
- Adapter le partenariat local aux enjeux des territoires prioritaires ;
- Assurer la cohérence avec les autres politiques publiques du champ sanitaire et social ;
- Préciser les méthodes de travail et de collaboration des deux ministères afin de garantir la cohésion de l'action publique.

## **Titre I : La question centrale de l'accès aux droits**

Le programme de lutte contre le non-recours aux droits sociaux sera engagé tout spécialement en direction des personnes en situation de vulnérabilité dans les quartiers de la politique de la Ville. L'état des lieux de l'accès et du recours aux droits sanitaires et sociaux sur un territoire sera dressé lors de la préparation des futurs contrats de ville.

Les Caf déclineront dans ces quartiers un « rendez-vous des droits » destiné à améliorer l'accès aux droits de publics ciblés, tels les bénéficiaires du RSA, ou en lien avec certains événements ou situations présentant un risque de vulnérabilité particulier. Il s'agira d'étudier l'ensemble des aides au titre des dispositifs gérés par la branche famille et dans un cadre partenarial, à informer et orienter au titre des dispositifs gérés par d'autres opérateurs.

Indicateur de suivi : le nombre de rendez-vous des droits mis en place dans les quartiers en politique de la ville.

Dans l'objectif de réduire le renoncement aux soins pour raisons financières, les actions en faveur d'un meilleur recours aux droits, et notamment aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire de santé (CMU complémentaire et ACS), seront déclinées dans les quartiers de la politique de la ville. Des partenariats seront mis en œuvre entre les services accueillant des publics en difficulté (CCAS, missions locales...) les caisses d'assurance maladie et les structures de soins de premier recours présentes dans les quartiers, afin de faciliter les instructions des demandes de CMU complémentaire ou d'ACS. Le positionnement d'un appui social intégré pour informer et aider à l'accès aux droits dans tous les lieux d'accueil et de soins de proximité des quartiers sera également recherché.

S'agissant des indicateurs de suivi, des méthodes spécifiques seront établies, telles que l'étude sur échantillon dans un premier temps et les propositions d'exploitation de données territorialisées par la suite, permettant de mesurer le recours aux droits (notamment CMUC, ACS, tarifs sociaux du gaz et de l'électricité) des bénéficiaires de minima sociaux dans les quartiers de la politique de la ville.

## **Titre II : Dans le domaine de la santé et de l'action médico-sociale**

Les désavantages subis par les habitants des quartiers prioritaires en matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention ainsi qu'en matière de santé perçue sont approchés par différents travaux (cf. introduction).

Les mesures de la présente convention, ainsi que celles en faveur de l'emploi, de l'environnement, du logement et de l'éducation, qui permettent d'agir favorablement sur d'importants déterminants de la santé et qui figurent dans les conventions *ad hoc*, devront contribuer à réduire les écarts de santé observés entre les quartiers prioritaires et les autres territoires.

La réduction de ces écarts doit en particulier permettre :

- de réduire les phénomènes de renoncement aux soins, notamment de premier recours, et de favoriser l'accès aux consultations médicales, notamment de spécialistes,
- de proposer une offre de bilans et d'exams de santé, et de réduire les écarts des taux de dépistage des maladies chroniques,
- d'améliorer la prise en compte par les habitants de leur propre santé.

L'amélioration du système d'observation de la santé (accès aux droits, aux soins et à la prévention) fait l'objet de mesures dans le titre IV de la présente convention. Les éventuels nouveaux dispositifs d'observation permettront un suivi plus affiné des résultats des mesures ainsi qu'un ajustement des indicateurs de la convention.

## **Article 1 : Les objectifs opérationnels**

### **1.1 Disposer d'un diagnostic partagé des problèmes de santé (accès à une couverture maladie et à une complémentaire, accès aux soins et à la prévention, état de santé, offre de soins) des habitants quartiers prioritaires**

Après qu'auront été définis les nouveaux quartiers prioritaires de la politique de la ville, les directeurs généraux des ARS conduiront un diagnostic local de santé partagé, intégrant un volet environnemental, sur les territoires qui n'auraient pas fait l'objet d'un tel état des lieux lors de l'élaboration du projet régional de santé (PRS) ou lors des réflexions sur sa mise en œuvre. C'est sur la base de ce diagnostic, établi en lien avec les « ateliers santé ville » existants, que les ARS et leurs partenaires - notamment CPAM, élus locaux, professionnels de santé, etc. - seront à même de prévoir les mesures de prévention et d'accès aux soins qui seront inscrits dans les nouveaux contrats dont ils seront signataires en 2014.

Indicateurs :

- Nombre de territoires prioritaires ayant bénéficié d'un diagnostic local de santé partagé en amont de la signature des contrats de ville / nombre total de territoires prioritaires.
- Nombre de territoires prioritaires identifiés comme fragiles en termes d'accès aux soins et population concernée / nombre total de territoires prioritaires.

### **1.2 Améliorer l'accès aux soins de premier recours**

Les déficits d'accès aux soins dans certains quartiers sensibles de la politique de la ville, repérés dans le cadre des volets ambulatoires des schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) par les ARS, feront l'objet d'un plan d'action. L'objectif est de renforcer l'accès aux soins de proximité dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville en déclinant le pacte territoire santé, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ; à cette fin, des plans d'actions adaptés à ces territoires seront élaborés :

- i. Faciliter dans les territoires identifiés comme fragiles par les ARS l'installation de jeunes médecins, notamment par l'accueil de stagiaires, un meilleur accompagnement à l'installation et une sécurisation financière pour les postes de praticiens territoriaux de médecine générale et la signature des contrats d'engagement de service public ;
- ii. Permettre aux médecins salariés de centres de santé, d'hôpitaux ou de centres mutualistes de diversifier leur activité en exerçant une partie de leur temps dans les structures de soins de premier recours des zones prioritaires de la politique de la ville analysées comme fragiles par l'ARS ;
- iii. Soutenir l'exercice en équipes pluri professionnelles de proximité, en particulier par le développement de maisons de santé ou de centres de santé dont le modèle économique doit être consolidé. Le développement de la télémédecine, l'encouragement des coopérations entre professionnels, notamment les transferts de compétences, contribueront à l'atteinte de cet objectif ;
- iv. Les coopérations entre les structures de soins de premier recours implantées dans les quartiers et les hôpitaux de proximité présents ou situés en lisière de ces quartiers seront renforcées, notamment par le

développement de nouvelles structures de soins adossées aux établissements de santé.

Indicateurs :

- Nombre de médecins généralistes et nombre de médecins généralistes de moins de 60 ans par territoire fragile.
- Nombre de structures d'exercice coordonné en territoire fragile.
- Nombre de projets de télémédecine concernant des structures d'exercice coordonné, des équipes pluri professionnelles de proximité ou encore des professionnels de santé isolés par territoire fragile, dont nombre de projets opérationnels c'est-à-dire prenant en charge des patients.
- Taux de praticiens territoriaux de médecine générale en exercice dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

### **1.3 Renforcer les initiatives de prévention dans les quartiers**

Les besoins spécifiques des habitants des quartiers en matière de prévention seront pris en compte dans le déploiement territorial de la stratégie nationale de santé et des plans nationaux de santé publique, notamment ceux concernant les principales causes de mortalité évitables.

En particulier, la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage sera renforcée dans le cadre du plan cancer 3 moyennant une meilleure compréhension des inégalités et freins à ce dépistage au niveau des quartiers de la politique de la ville.

Les conseils locaux de santé mentale prévus par le plan psychiatrie et santé mentale seront mis en place, au titre du projet régional de santé, en tenant spécialement compte des quartiers prioritaires.

Les directeurs généraux des ARS veilleront avec leurs partenaires à garantir pour les quartiers prioritaires une offre de prévention adéquate en fonction des besoins identifiés dans le diagnostic local de santé, notamment en matière de vaccinations, d'examens et de bilans de santé, de prévention de l'obésité, de consultation et d'information en matière de vie sexuelle et de contraception, de dépistage des maladies chroniques, ainsi que d'accueil et consultations dans le domaine des addictions.

Les directeurs généraux des ARS seront associés aux politiques de rénovation urbaine conduites par l'État et ses partenaires afin de réduire les risques sanitaires liés à l'habitat, en particulier dans le cadre des programmes soutenus par l'agence nationale de rénovation urbaine (ANRU), les programmes de rénovation des quartiers et d'amélioration de l'habitat, ou de lutte contre l'habitat indigne ou insalubre.

### **Article 2 : L'adaptation du partenariat local en santé**

1°) Les directeurs généraux des ARS, conformément à l'article L 1435-1 du code de la santé publique, participeront à l'élaboration et seront signataires des futurs contrats de ville, conclus entre l'État et les collectivités locales en matière de politique de la ville.

2°) Le contrat local de santé (CLS) pourra constituer le volet santé d'un contrat de ville, lorsque les territoires de contractualisation coïncideront. Le volet santé du contrat de ville pourra aussi être constitué par le sous-ensemble du CLS portant sur des quartiers prioritaires.

3°) Les Ateliers santé ville (ASV), dispositifs d'animation et de coordination du volet santé des contrats uniques, portés par l'État et les collectivités locales partenaires et associant l'ARS dans leur pilotage, pourront contribuer à l'animation des CLS, dès lors que ces derniers bénéficient aux habitants des quartiers et qu'ils constituent le volet santé du contrat de ville. Dans ce cas, les actions de santé prévues par les CLS et mises en œuvre par les ASV pourront bénéficier de financements des ARS dans des conditions définies avec les directeurs généraux des ARS.

## **Titre III : Dans le domaine de la cohésion sociale**

Dans le cadre de la mise en œuvre des mesures du CIV du 19 février 2013 et de l'élaboration des futurs contrats de ville, les cinq ministères veilleront à la mise en œuvre des mesures suivantes :

### **Article 3 : Les objectifs opérationnels**

#### **3.1 La territorialisation du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville**

La pauvreté, source de la définition des quartiers prioritaires de la politique de la ville, justifie une territorialisation du plan de lutte contre la pauvreté.

Outre les questions d'accès aux droits mentionnées au titre I, cette action concernera prioritairement :

1°) Le développement des réseaux des points conseils budgétaires et financiers et l'appui à la mise en œuvre de l'aide alimentaire dans sa dimension insertion sociale et accompagnement des bénéficiaires.

Indicateurs de suivi : existence de points conseils budgétaires et financiers et indicateurs sur les personnes suivies par eux, nombre de structures d'aide alimentaire soutenues dans la mise en place des nouveaux indicateurs de suivi des bénéficiaires au sein des territoires politique de la ville,

2°) La mise en œuvre d'expérimentations, sur les quartiers de la politique de la ville, des parcours d'insertion autour des emplois d'avenir pour les personnes sortant de l'Aide Sociale à l'Enfance, ou placées sous main de justice dès septembre 2013, en lien avec les collectivités locales et les services des ministères en charge de l'emploi et de la justice compétents en la matière.

Indicateurs de suivi : nombre de jeunes habitant les quartiers sortants de l'ASE et de jeunes placés sous main de justice bénéficiaires d'un emploi d'avenir et études ou enquêtes permettant sur certains territoires de mesurer le recours de ces jeunes aux dispositifs sociaux de droit commun (accès aidé à une mutuelle santé, recours au RSA, aux aides au logement ...) ou expérimentation d'indicateurs.

#### **3.2 La territorialisation des dispositions de la convention d'objectifs et de gestion avec la CNAF**

**L'Etat demandera aux CAF de participer à la préparation et à la mise en œuvre des futurs contrats de ville et d'en être signataires.**

Le ministère des Affaires sociales et de la Santé veillera avec la CNAF, dans le cadre des moyens définis par la convention d'objectifs et de gestion, à soutenir les initiatives suivantes qui prendront en compte les publics des quartiers prioritaires de la politique de la ville.

1 - Promouvoir le développement des modes d'accueil collectif pour les 0-3 ans. Cette action sera permise par la définition d'instruments financiers qui viendront solvabiliser l'action des collectivités locales en matière de création de solutions d'accueil collectif afin de corriger les inégalités territoriales). La définition des quartiers prioritaires bénéficiant de ces instruments se fera en cohérence avec la géographie prioritaire de la politique de la ville.

Indicateurs de suivi : nombre de places de crèches nouvelles créées dans les quartiers de la politique de la ville, nombre de places de crèches rénovées dans ces quartiers.

2 - Pérenniser les actions innovantes d'accueil des jeunes enfants dans les quartiers de la politique de la ville, adaptées aux besoins des familles des quartiers, ainsi que les projets de formation et d'accès à l'emploi dans les métiers de la petite enfance. Le SG-CIV et la DGCS, en lien avec la CNAF et l'ACSé, élaboreront un programme de soutien au développement des projets les plus structurants.

Indicateurs de suivi : nombre d'actions innovantes ou prenant en compte les besoins de publics spécifiques en matière d'accueil des jeunes enfants dans les quartiers de la politique de la ville.

3 - Pour contribuer à la préscolarisation des enfants de moins de 3 ans, des classes passerelles seront développées à titre expérimental. Il sera prioritairement tenu compte de la géographie de la politique de la ville pour la mobilisation des moyens consacrés à cette expérimentation.

Indicateur de suivi : nombre de classes passerelles créées est dans les quartiers prioritaires.

4 - L'accompagnement des familles vulnérables dans les quartiers prioritaires ainsi que l'éveil et la socialisation des enfants feront l'objet d'un soutien accru grâce au développement des lieux d'accueils enfants-parents (LAEP) qui seront articulés avec les dispositifs d'action ou de veille sociale dont ceux mis en œuvre par les bailleurs sociaux

Indicateur de suivi : nombre de lieux d'accueils enfants-parents créés.

5 - La politique de facilitation de l'intégration des familles et des jeunes de 12 à 18 ans dans la vie collective et citoyenne, en particulier au travers du financement des centres sociaux et des espaces de vie sociale, ainsi que des actions développées par les adolescents, et d'aides au financement du Bafa, accordera une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Indicateur de suivi : nombre de jeunes âgés de 12 à 18 ans habitant les quartiers bénéficiaires d'une activité organisée par les centres sociaux et les espaces de vie sociale.

Nombre de jeunes aidés passant le Bafa. Nombre de projets d'adolescents accompagnés.

### **3.4 Lutter contre l'isolement des personnes âgées.**

La « Mobilisation Nationale de Lutte contre l'Isolement Social des Agés » (MONALISA) engagée par un groupe d'associations et d'organismes, dont l'AMF, l'ADF et l'UNCCAS, sera particulièrement initiée et soutenue dans les quartiers prioritaires.

Indicateurs : Nombre d'opérations soutenues



## **Titre IV : Dispositions communes**

### **Article 4 : Les méthodes de travail et de collaboration entre les deux ministères**

1°) Conformément à leurs responsabilités respectives dans le pilotage territorial des politiques publiques, les préfets de région et les directeurs généraux des ARS seront chargés dans le cadre collégial du comité d'administration régional de la déclinaison de la présente convention dans chaque région. Ils devront notamment veiller à la prise en compte des quartiers prioritaires de la politique de la ville dans l'allocation des moyens sanitaires et médico-sociaux et la mise en place de leurs programmes d'actions et au renforcement de la cohérence et de l'articulation de leurs dispositifs au travers des commissions de coordination des politiques publiques, constituées auprès des ARS.

2°) Les préfets des départements seront chargés de négocier et de mettre en œuvre la prochaine génération de contrats de ville 2014-2020. A cet effet, ils constitueront auprès du préfet délégué à l'égalité des chances, du sous-préfet ville ou du préfet désigné ad hoc une équipe restreinte d'agents nominativement désignés et appartenant aux principaux services concernés par la politique de la ville, aux fins de préparer et de suivre la négociation des futurs contrats avec les collectivités territoriales, puis de veiller à leur application. Dans ce cadre, les ARS et les DDCS proposeront la désignation d'un correspondant santé et affaires sociales pour participer aux travaux de cette équipe.

3°) Les personnels Etat concernés par la préparation des futurs contrats de ville pourront bénéficier d'une formation préalable conduite conjointement par les deux ministères, avec l'appui des centres de ressources de la politique de la ville et des ateliers santé ville. De plus, des actions territoriales de formation seront mises en place, associant l'ensemble des professionnels amenés à intervenir sur un même territoire dans le champ de l'action sociale et de la cohésion sociale (services sociaux communaux, CCAS, services sociaux départementaux, CAF, services de l'État, associations ...).

4°) Le SGCIV engagera un travail avec la DREES, l'ONZUS et la Mission de suivi et de territorialisation du plan pauvreté pour l'amélioration de l'observation de la santé des quartiers prioritaires. Une convention de partenariat entre la DRESS, la CNAM et le SG-CIV permettra de définir un plan d'action visant à structurer l'observation et l'analyse des données de santé à l'échelle intra-communale des quartiers prioritaires de la politique de la ville. Un programme commun de travail sera mis en place afin d'améliorer la connaissance de l'intervention sociale dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville et de territorialiser des outils statistiques de suivi des actions sociales. Il convient aussi de développer des études sectorielles territorialisées pour mieux évaluer les besoins en matière de prévention, d'accompagnement social et médico-social sur les territoires de la politique de la ville.

5°) Les deux ministères se consulteront préalablement sur tout texte comportant des dispositions d'intérêt commun.

### **Article 5 : Le pilotage et le suivi de la convention**

Un comité de pilotage se réunira au moins une fois par an autour du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales et du secrétaire général du comité interministériel des villes. Il associera la DGS, la DGOS, la DSS, la DGCS, la DREES, la CNAF, la CNAM, l'ACSé et deux représentants de DG d'ARS. En fonction de l'ordre du jour, différents opérateurs nationaux pourront être associés aux travaux de ce comité.

Le comité de pilotage aura pour mission de suivre la mise en œuvre de la convention et des décisions du comité interministériel des villes du 19 février 2013. À ce titre il en établira le bilan annuel et procèdera à l'analyse des résultats.

Une instruction des ministres sera adressée aux préfets et aux directeurs généraux des Agences Régionales de Santé pour la transmission et la mise en œuvre de la présente convention dans les territoires.

Fait à Paris, le 19 AVR. 2013

La Ministre des affaires sociales et de la santé

housse tounsi

Le Ministre délégué chargé de la Ville



La Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie

Michelle Bekou

La Ministre déléguée à la famille

DPB

La Ministre déléguée aux personnes handicapées et à la lutte contre l'exclusion

helt.