

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

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

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE LA JEUNESSE
ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

MINISTÈRE DE LA VILLE

MINISTÈRE DES SPORTS

Instruction SG n° 2011-08 du 11 janvier 2011 relative à l'organisation des relations entre les agences régionales de santé et les services déconcentrés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports

NOR : ETSZ1101074J

Validée par le CNP le 9 juillet 2010 – Visa CNP 2010-135.

Validée par le COMEX jeunesse, sports et cohésion sociale : le 12 juillet 2010.

Date d'application : immédiate.

Résumé : le réseau des agences régionales de santé et celui des directions territoriales chargées de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS, DDCS et DDCSPP) ont vocation à développer de nombreuses collaborations au bénéfice des publics prioritaires, mais aussi de l'ensemble de la population, sur des thèmes communs d'intervention.

Mots clés : articulation et coordination des réseaux.

Références :

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

Décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles ;

Décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;

Décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements.

Annexes :

Annexe I. – Liste non exhaustive des champs communs d'actions entre ARS/DRJSCS/DDCS/PP.

Annexe II. – Liste non exhaustive des outils et dispositifs mobilisables dans les collaborations entre ARS et cohésion sociale (DRJSCS et DDCS/PP).

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales, Haut Fonctionnaire de la défense et de la sécurité à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale) ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales de la cohésion sociale ; directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations ; direction régionale des affaires sanitaires et sociales de La Réunion ; directions de la santé et du développement social d'outre-mer ; directions départementales de la jeunesse et des sports d'outre-mer ; (Pour attribution).

Le partage des missions dévolues aux agences régionales de santé (ARS), d'une part, et aux directions régionales et départementales de l'administration territoriale de l'État chargées de la cohésion sociale et de la jeunesse et des sports, d'autre part (DRJSCS, DDCS, DDCSPP), est défini par le cadre législatif et réglementaire.

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les ARS définissent et mettent en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique ;
- des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;
- des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

Conformément aux dispositions du décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), les directions régionales assurent, sous l'autorité du préfet de région et sous réserve des compétences des préfets de département, le pilotage et la coordination des politiques sociales, sportives, de jeunesse, d'éducation populaire et de vie associative et leur mise en œuvre, pour ce qui relève des compétences régionales.

Les articles 4 et 6 du décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles chargées de la cohésion sociale précisent que ces directions mettent en œuvre ces mêmes politiques et concourent à l'identification et à la prise en compte des besoins prioritaires de santé des populations les plus vulnérables et à la lutte contre les toxicomanies et les dépendances.

Pour autant, les deux réseaux ont vocation à développer de nombreuses collaborations au bénéfice des publics prioritaires, mais aussi de l'ensemble de la population, sur des thèmes communs d'intervention, dans le cadre des moyens qui leurs sont alloués.

L'objet de cette circulaire est de définir et de recenser les champs communs d'intervention, les outils et les dispositifs, d'une part, et des modalités de collaboration entre les deux réseaux, d'autre part.

Cette circulaire n'a pas pour objet de définir le mode opératoire de mise en œuvre de certaines missions qui relèvent à la fois des ARS, pour les compétences sanitaires et médico-sociales, et du réseau des DRJSCS et DDCS/PP, s'agissant des attributions en matière sociale. Des instructions complémentaires seront diffusées ultérieurement sur ces sujets dits « frontières ».

1. Champs communs d'intervention

Dans le champ social :

L'importance des problématiques sociales dans les déterminants de santé et dans les questions d'accès aux soins nécessite des relations étroites entre les ARS et les DRJSCS, et le cas échéant les DDCS/PP, notamment :

- pour développer les politiques de prévention et de promotion de la santé qui nécessitent une articulation des deux réseaux, notamment lorsque des politiques contractuelles avec les collectivités territoriales ont été développées (exemple des contrats urbains de cohésion sociale [CUCS] comportant un volet santé) ;
- pour préparer la réponse aux alertes et aux urgences sanitaires et sociales, ainsi que pour gérer les alertes et les crises dans ces domaines sous l'autorité du préfet de département ;
- pour garantir aux personnes en situation précaire ou vulnérable l'accès aux dispositifs de santé et de soins, en particulier lorsqu'elles sont issues des quartiers prioritaires de la politique de la ville ;
- pour garantir aux personnes en perte d'autonomie l'accès à leurs droits et le respect de ceux-ci et promouvoir leur accompagnement et leur insertion sociale ;
- pour offrir des solutions d'insertion sociale, voire d'hébergement d'urgence, lorsque c'est nécessaire, aux personnes en difficulté sociale du fait de leurs troubles mentaux.

Dans le champ de la jeunesse et des sports :

Par ses compétences générales sur toutes les questions relatives à la jeunesse et aux sports, la DRJSCS contribue, en appui à l'ARS, aux actions de prévention et d'éducation à la santé à destination de la jeunesse ainsi qu'à la promotion des activités physiques et sportives en matière de santé. En outre, l'ARS intervient en appui de la DRJSCS, notamment dans le cadre du PRS, sur :

- la protection de la santé des sportifs ;
- la prévention et la lutte contre le dopage ;
- la promotion des activités physiques et sportives comme facteur de santé.

Dans ce cadre, les ARS et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports développeront des collaborations privilégiées dans tous les domaines d'actions communes, en particulier dans les champs suivants :

- la connaissance et l'analyse des déterminants sociaux de l'état de santé et notamment les inégalités sociales, les évolutions sociales et sanitaires dans les territoires, dans une perspective de compréhension globale des réalités et des évolutions locales et de l'impact des politiques sociales et sanitaires sur les conditions de vie des populations. Les diagnostics élaborés dans la phase préliminaire des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS) devront être partagés et alimenter les instances de concertation, notamment les commissions de concertation des politiques publiques de la CRSA ;

- la prise en compte des besoins de soins de santé dans la planification et la mise en œuvre des politiques locales de santé, de prévention, d'éducation à la santé et d'accès aux soins, notamment :
 - des personnes en situation précaire ou vulnérables (personnes sans couverture maladie complémentaire, personnes sans domicile fixe, majeurs protégés, étrangers malades, sortants de prison, détenus, etc.). L'élaboration du PRAPS, programme obligatoire du PRS, sera le cadre du travail commun envers ces populations. Un groupe de travail interministériel, piloté par le préfet Alain Régnier, délégué interministériel à l'hébergement et à l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées, est chargé de faire des propositions sur l'accès aux soins des personnes sans abri ou mal logées. Les résultats de ce groupe de travail pourront être utilement repris dans les PRAPS ;
 - des personnes âgées isolées ou hébergées en établissement non médicalisé ;
 - des personnes handicapées adultes et enfants ;
 - des habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville, notamment lorsque ceux-ci ont fait l'objet d'un diagnostic dans le cadre d'un atelier santé-ville (ASV) ou du volet santé d'un programme de réussite éducative (PRE), mais également les populations en difficulté sociale dans les zones rurales. Les contrats locaux de santé, qui permettent une mise en œuvre de programmes d'actions de proximité, feront l'objet d'un accompagnement grâce à une mission confiée à Laurent Chambaud, directeur de la santé publique de l'ARS d'Île-de-France ;
- la prise en compte des besoins de soins de santé des jeunes (dont ceux suivis par les missions locales et ceux suivis dans le cadre des maisons de l'adolescent) et des personnes pratiquant une activité physique ou sportive dans la planification et la mise en œuvre des politiques locales de santé, de prévention, d'éducation à la santé et d'accès aux soins ;
- l'accompagnement social et l'insertion dans la vie sociale des personnes en perte d'autonomie, permanente ou temporaire, du fait de l'âge, du handicap ou d'une maladie, des personnes souffrant d'addiction, des personnes en souffrance mentale et des étrangers malades ;
- le développement d'objectifs partagés de promotion et d'éducation à la santé à l'attention de tous les publics, particulièrement dans le cadre des PRS et des PRAPS, en mobilisant les acteurs privilégiés de chacun des deux réseaux territoriaux ;
- la promotion des démarches qualité des deux réseaux ;
- la mise en œuvre et le développement d'articulations entre les formations sanitaires, sociales et médico-sociales ;
- en coordination avec les acteurs et dans le cadre des compétences de chacun (préfet de zone, préfet de région, préfet de département, président du conseil général, autres collectivités territoriales) :
 - le développement de programmes communs d'inspections, d'audits et de contrôles des établissements et services sociaux, ainsi que des établissements d'activités physiques et sportives ;
 - la coordination des politiques de lutte contre la maltraitance ;
 - le repérage et le traitement des situations d'habitat indigne et/ou insalubre, en lien étroit avec les responsables et les compétences métiers concernés au sein de l'ARS ;
 - la gestion des crises susceptibles d'avoir un impact sur les populations, notamment les plus vulnérables.

2. Modalités de collaboration

2.1. *La coordination des politiques publiques dans le cadre du comité de l'administration régionale (CAR)*

Vous vous reporterez utilement au décret n° 2010-146 du 16 février 2010 modifiant le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements, ainsi qu'à la lettre circulaire du Premier ministre en date du 13 décembre 2010 relative à l'application du décret précité.

Chacun dans ses compétences propres, vous veillerez néanmoins à assurer la cohérence des différents schémas territoriaux, avec le projet d'action stratégique de l'État (PASE).

2.2. *La participation des DRJSCS aux instances de concertation et de décision des ARS*

La direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale est membre du conseil de surveillance des ARS.

Le DRJSCS participe à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Il participe aussi aux deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, mises en place au sein des ARS :

- la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle infantile ;
- la commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Ces deux commissions réunissent les principaux décideurs et financeurs de la région (services de l'État, collectivités territoriales et organismes de sécurité sociale) dans la perspective d'améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé et d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions conduites.

La mise en œuvre de la loi HPST, et en particulier au cours de l'année 2011 l'élaboration du projet régional de santé, sera l'occasion de structurer et de mettre en cohérence les programmes de travail. Certaines composantes du PRS sont prioritairement concernées : le schéma régional de prévention, le schéma régional de l'organisation médico-sociale et le PRAPS.

L'implication des DRJSCS dans les travaux menés par les ARS dans le cadre des PRS est donc attendue, en vue de faire prendre en compte les besoins de santé des populations qui relèvent de la compétence des directions chargées de la cohésion sociale.

2.3. Le rôle et la place du référent cohésion sociale de l'ARS

Le DG ARS désigne, au sein de l'équipe de direction de l'agence, un référent chargé de l'interface avec le secteur de la cohésion sociale, y compris la politique de la ville et les activités des collectivités territoriales dans le secteur social.

Le référent cohésion sociale de l'ARS veille notamment :

- à l'intégration de la dimension de cohésion sociale et à la prise en charge effective des publics en situation de précarité dans le projet régional de santé et ses déclinaisons locales, y compris infracommunale, pour les quartiers prioritaires de la politique de la ville ;
- au développement des capacités d'études et d'analyses partagées au sein des plates-formes régionales d'observation sanitaire et sociale ;
- à la mise en place de partenariats formalisés avec les secteurs jeunesse, sports et cohésion sociale.

2.4. Le rôle et la place du médecin conseiller de la DRJSCS

La DRJSCS est responsable de l'animation du réseau régional de médecine du sport.

Le médecin conseiller conduit la politique de prévention par les activités physiques et sportives aussi bien dans le champ de la prévention primaire que secondaire et tertiaire. Il doit bénéficier d'interlocuteurs privilégiés au sein de l'ARS pour l'ensemble de ses compétences d'attribution.

La DRJSCS veille à l'intégration de la dimension de la politique de prévention par les activités physiques et sportives, auprès de l'ARS et particulièrement dans le cadre du PRS.

2.5. L'articulation des outils et dispositifs des deux réseaux

Les ARS et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports doivent veiller à articuler leurs outils et dispositifs dans le cadre d'objectifs communs de développement sanitaire, médico-social, social, sportif et de jeunesse.

En tout état de cause, les ARS et les DRJSCS veilleront à la mise en cohérence des programmes territoriaux dont elles sont chargées.

Les modalités de ces coopérations peuvent prendre des formes diverses adaptées aux besoins et disponibilités locales.

Sur l'ensemble de ces problématiques communes, les deux réseaux privilégieront une organisation de travail partenariale (constitution d'équipes pluridisciplinaires ARS-cohésion sociale) et une approche territoriale de définition et de mise en œuvre des politiques locales de santé, de jeunesse, de sport et de cohésion sociale, associant l'ensemble des partenaires (autres services de l'État, collectivités territoriales, caisses d'assurance maladie, secteur associatif, etc.).

Dans ce cadre, les organisations locales innovantes seront portées à la connaissance des services, via l'intranet des ministères sociaux.

2.5.1. Les outils d'observation, d'analyse et d'évaluation

Les deux réseaux disposent, chacun ou conjointement, d'outils d'observation : les services statistiques des agences et directions régionales, les centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (CREAI), les observatoires régionaux de santé et les plates-formes régionales d'observation sanitaire et sociale.

Ces outils doivent être utilisés au mieux, de façon conjointe, pour préciser l'analyse des besoins locaux et l'évaluation des actions engagées.

2.5.2. Les outils de programmation, de planification et de contractualisation

Les ARS et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports doivent s'attacher à articuler et à coordonner leurs programmations thématiques et territoriales, notamment en matière de crédits d'intervention, d'une part, et à partager leurs informations sur les structures qu'ils financent, d'autre part.

Ils pourront recourir à la contractualisation pour formaliser des objectifs partagés, ainsi que le cadre et les modalités de coopération.

Les documents contractuels sont conclus par le DG ARS et le préfet de région ou de département, pour le compte des services déconcentrés en charge de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

En tant que de besoin, les collectivités territoriales seront parties prenantes dans ces coopérations.

Les initiatives prises dans ces domaines pourront s'appuyer sur les contrats locaux de santé prévus à l'article L. 1434-17 du code de la santé publique.

De façon générale, les actions communes ou conjointes des agences ou des services déconcentrés chargés de la cohésion sociale devront s'inscrire dans le projet régional de santé, *via* les schémas et les programmes régionaux portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Elles seront également mises en cohérence avec la stratégie de l'État en région, arrêtée dans le PASE (projet d'action stratégique de l'État), et avec les travaux du CAR.

De même, le schéma régional de médecine du sport et les autres programmes de développement du sport élaborés et animés par la DRJSCS devront s'articuler avec le projet régional de santé.

*La secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,
Haut Fonctionnaire de la défense
et de la sécurité,*

E. WARGON

ANNEXE I

LISTE NON EXHAUSTIVE DES CHAMPS COMMUNS D' ACTIONS ENTRE ARS/DRJSCS/DDCS/PP

1. Observation sanitaire et sociale

Plates-formes sanitaires et sociales (lorsqu'elles existent) composées de différents partenaires, dont les collectivités locales et les caisses d'allocations familiales.

Dans les régions où ces plates-formes n'existent pas de façon formalisée, il faut veiller à créer les conditions du partage des données et à travailler en amont à l'articulation des travaux menés sur ce champ par les différents opérateurs financés à ce titre (notamment ORS, CREAL...), ainsi qu'avec les statisticiens.

Besoins de santé

Des personnes vulnérables. Des dispositifs sont identifiés à ce titre, notamment :

- le PRAPS et le PNNS ;
- les ateliers santé ville ;
- les permanences d'accès aux soins de santé ;
- les lits halte soins-santé ;
- les maisons pluriprofessionnelles de santé.

Des personnes âgées :

- les services de soins infirmiers à domicile ;
- les services de soins d'aide à domicile ;
- les foyers logements ;
- les plans Alzheimer et Bien Vieillir.

Des personnes handicapées :

- les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés ;
- les groupes d'entraide mutuelle ;
- les services d'accompagnement à la vie sociale ;
- les plans Handicaps (autisme, audition, vision, santé mentale, etc.).

Des jeunes :

- les missions locales ;
- les maisons des adolescents ;
- les actions de prévention et d'éducation développées dans le cadre des politiques éducatives territoriales et/ou dans les accueils collectifs des mineurs.

Des détenus :

- prendre en compte leurs besoins dans les plans santé : santé mentale ; plan Cancer, plan VIH-IST, plan Hépatites, etc.

2. Sports

Les actions de protection de la santé des pratiquants visés par le code du sport.

Le suivi médical des sportifs de haut niveau et de ceux inscrits dans le parcours de l'excellence sportive.

Les actions de prévention et de lutte contre le dopage.

L'évaluation régulière de l'offre régionale des structures médico-sportives en vue de l'établissement d'un schéma régional intégré dans le contrat local de santé à conclure avec l'ARS.

Les procédures d'agrément (les établissements organisant des épreuves d'effort et les antennes médicales de prévention du dopage).

La veille épidémiologique des accidents liés à la pratique des activités physiques et sportives dans la région.

Les actions de promotion des activités physiques et sportives comme facteur de santé dont :

- la déclinaison régionale des actions prévues par les programmes nationaux de santé publique en vigueur ;
- l'intégration de la pratique des activités physiques et sportives dans les réseaux de santé de prise en charge de l'obésité ou d'autres pathologies chroniques.

3. Besoins de formation

Professions sanitaires, médico-sociales et sociales.

Professions sportives et de l'animation.

Pilotage, programmation, certification et délivrance des diplômes.

4. Besoins sociaux

Des personnes handicapées et des personnes âgées et articulation des politiques dans le cadre des schémas PH/PA élaborés par les conseils généraux.

Des toxicomanes (lutte contre les toxicomanies et l'alcoolisme).

Des malades mentaux.

Des patients (au sens général) : volet social des plans.

Des étrangers malades.

5. Handicaps – personnes âgées

Interventions croisées au sein de la MDPH et de la CDAPH (*cf.* circulaire DGCS/SD3 n° 2010-97 du 23 mars 2010 relative à la répartition des compétences entre les ARS et les directions régionales et départementales chargées de la cohésion sociale dans le champ de la politique du handicap).

6. Contrôles

Contrôles conjoints d'établissements (notamment dans le cadre de la prévention et de la lutte contre la maltraitance).

Assistance de l'ARS et spécifiquement d'une compétence médicale dans le cadre des contrôles des établissements sociaux.

7. Habitat

Procédures d'insalubrité des habitats dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne.

Mise en œuvre et suivi du volet habitat indigne du PDALPD (plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées), de préférence dans le cadre du pôle départemental de lutte contre l'habitat insalubre, en particulier lorsque le quartier concerné bénéficie d'une opération de rénovation urbaine.

Prise en compte des aspects sociaux et des problématiques de santé (dépistage du saturnisme) dans le traitement de la situation des occupants des logements indignes, avec un relais des commissions du fonds de solidarité logement et des organismes chargés du versement des allocations familiales.

8. Alertes sanitaires

Gestion des alertes sanitaires (santé animale - santé humaine) dans le cadre des DDCSPP.

9. Crises

Gestion des crises (canicule, grand froid ou toute autre crise sanitaire qui aurait un impact sur les populations, dont les plus précaires).

ANNEXE II

LISTE NON EXHAUSTIVE DES OUTILS ET DISPOSITIFS MOBILISABLES DANS LES COLLABORATIONS ENTRE ARS ET COHÉSION SOCIALE (DRJSCS et DDCS/PP)

Les ARS et les DRJSCS peuvent s'appuyer sur les différents programmes ministériels et dispositifs d'intervention. À titre d'illustration, peuvent être évoqués :

- les programmes régionaux de santé, et notamment le programme d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) ;
- le développement de contrats locaux de santé (sur un territoire donné, par exemple dans le cadre de la politique de la ville ou dans des zones particulièrement isolées) ;
- le développement de contrats locaux en matière de cohésion sociale (chartes territoriales de cohésion sociale en mobilisant les crédits d'ingénierie sociale disponibles sur le programme 177, par exemple) ;
- la mise en place d'ateliers santé dans le cadre des politiques éducatives territoriales (projets éducatifs locaux et accompagnement à la scolarité) et dans les accueils collectifs de mineurs ;
- le développement des ateliers santé ville sur les territoires prioritaires de la politique de la ville ;
- le développement de projets de promotion de la santé par le sport dans le cadre des orientations du Centre national pour le développement du sport (CNDS) ;
- la mobilisation des ressources dédiées à un secteur d'intervention ou à un public spécifique (fonds d'expérimentation pour la jeunesse) ;
- la mobilisation de crédits d'études du programme 124 et des agences ;
- l'utilisation de crédits de subvention des programmes de politiques publiques ;
- la mobilisation d'outils pour l'innovation et l'expérimentation sociale (FIES) ;
- la mobilisation du service civique ;
- la mobilisation d'opérateurs locaux (réseau information jeunesse et acteurs associatifs pour le montage ou la participation à des projets communs) ;
- les outils SI plaintes, prisme et vigie (outils nationaux de référence). Ils seront communs aux deux institutions et permettront un partage d'informations en matière de lutte contre la maltraitance, de promotion de la bientraitance et d'inspection ;
- le programme pluriannuel (2007-2011) de repérage des risques de maltraitance en établissements, à intégrer dans le cadre du programme régional de contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux.