

Rentrée sociale

2009

2010

des associations
sanitaires, sociales
et médico-sociales



Enjeux politiques

Budgets prévisionnels 2010

*Unir
les associations
pour développer
les Solidarités*



Jeudi 1^{er} octobre 2009

Les transformations de l'Etat et l'impact sur les territoires

Introduction

Denis Legros,
Administrateur de l'Uriopss

« La fin est dans les moyens
comme l'arbre dans la semence »

GANDHI

Le projet de réforme des collectivités territoriales

Dominique Perben,
*Député du Rhône, Premier vice-président du
CG 69 en charge de la vie associative,
Membre du comité Balladur pour la
réforme des collectivités locales*

Questions Débat

LES TRANSFORMATIONS DE L'ETAT ET L'IMPACT SUR LES TERRITOIRES

Patrick Vandenberg,
Secrétaire général de l'ARH

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009

Un projet d'organisation sanitaire et sociale

Issue des EGOS, de la Commission LARCHER, des
rapports RITTER et FLAJOLET

4 TITRES :

- Modernisation des établissements de santé
- L'amélioration de l'accès à des soins de qualité
- La prévention et la santé publique
- L'organisation territoriale du système de santé

TITRE IV

L'ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Ce titre, porté par le secrétaire général des ministères sociaux, a principalement pour objet de créer les **Agences Régionales de Santé (ARS)**, *nouvelles autorités responsables du pilotage du système de santé en région*, qui permettront une organisation mieux ancrée dans les territoires et davantage décentralisée, au plus proche des besoins des patients.

Ces structures accompagneront notamment la nouvelle représentation des professionnels de santé libéraux.

- > les agences régionales de santé
- > la représentation des professionnels de santé libéraux
- > la politique régionale de santé
- > la déclinaison régionale de la politique de santé
- > les systèmes d'information de santé, un des leviers majeurs des Ars

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

- des acteurs essentiels du système de santé au niveau de la région > **déclinaison et mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, afin de veiller à la gestion efficiente du dispositif sanitaire, social et médico-social**
- un large champ de compétences traduisant une approche décloisonnée et globale
- des questions de santé > **organisation des soins, veille et sécurité sanitaire, prévention et ce, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur médico-sanitaire**

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

- > des interlocuteurs uniques placés sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, qui se substituent aux 7 structures aujourd'hui en place
-> Arh, Drass et Ddass, Urcam, Grsp, Mrs, Cram (dans leur volet « sanitaire »)
- > des personnes morales, autonomes moralement et financièrement

+ pour l'organisation sanitaire : plus de simplicité, de proximité, une coordination améliorée entre les acteurs

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

au niveau de leurs objectifs

- renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé, simplification du système de santé et association, au niveau régional, de l'Etat et de l'assurance maladie
- décloisonnement hôpital / champ ambulatoire / champ médico-social -> **mise en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité du système de santé**

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

au niveau de leur organisation

- un directeur général, nommé en conseil des ministres
- un conseil de surveillance -> **représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités locales, des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées**
- une conférence régionale de santé et de l'autonomie, 2 commissions de coordination des politiques de santé, des conférences de territoire dans chaque territoire de santé

+ pour les établissements : plus de simplicité, l'Ars étant l'interlocuteur unique des professionnels de santé

+ pour les patients : une proximité renforcé avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

au niveau du pilotage national

→ création d'un comité national de pilotage, présidé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie (les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale étant membres de droit)

> représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Cnsa), ainsi que des organismes membres de l'Uncam

→ définition de missions **> coordination de l'action des agences, directives données aux Ars et garantie de la cohérence des instructions qui leur sont données, évaluation des politiques menées**

La représentativité des professionnels de santé libéraux

- création d'unions régionales des professionnels de santé (Urps) rassemblant, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral -> **suppression des unions régionales des médecins libéraux (Urml)**
- organisation d'élections au sein de chaque région, déterminant les représentants de chaque profession au niveau régional et désignant les organisations représentatives au niveau national

La représentativité des professionnels de santé libéraux

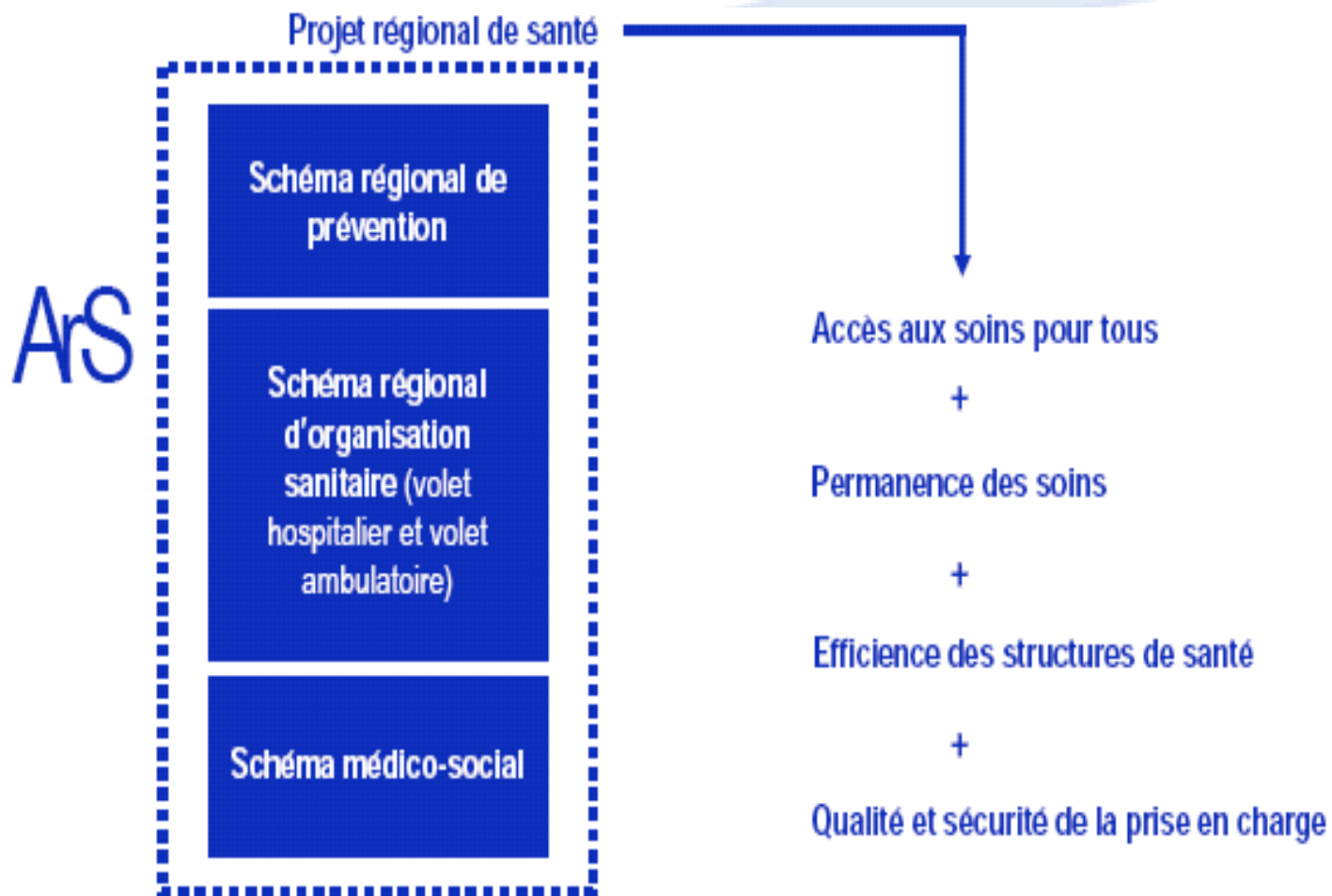
- définition de missions -> participation à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre, conclusion de contrats avec l'Ars, missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence
- élargissement, au niveau national, des critères de reconnaissance de la représentativité des syndicats pour inclure les résultats des élections aux Urps

La politique régionale de santé

au niveau du projet régional de santé

- simplification et clarification de l'organisation sanitaire actuelle -> **coexistence de nombreux plans, schémas et programmes sectoriels non articulés, ne permettant pas une action efficace d'organisation et de régulation du système de santé**
- transversalité et lisibilité de la politique conduite par les Ars, via le projet régional de santé
- mise en place d'un cadre pour fédérer les initiatives des acteurs
- définition d'objectifs -> **mise en œuvre du plan stratégique régional de santé fixant les orientations des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale (le cas échéant, les modalités d'application de ces schémas)**

La politique régionale de santé au niveau du projet régional de santé



La déclinaison régionale de la politique de santé

au niveau des territoires de santé

→ création de territoires par le directeur général de l'Ars, chacun incluant une conférence de territoire rassemblant les différents acteurs du système de santé

> diagnostic partagé sur les enjeux sanitaires du territoire, propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet régional de santé

La déclinaison régionale de la politique de santé

au niveau de la gestion du risque

- association d'une partie des services régionaux de l'assurance maladie aux services sanitaires déconcentrés de l'Etat pour former un cadre d'action plus opérationnel
- élaboration par l'Ars d'un programme régional de gestion du risque déclinant les actions nationales et définissant des actions régionales complémentaires

Les systèmes d'information de santé, un des leviers majeurs des Ars

- la volonté de disposer d'un système de pilotage du système de santé -> **rendre disponibles aux Ars les informations nécessaires à leurs missions**
- la réorganisation des opérateurs publics chargés d'accompagner les acteurs de santé dans la recherche de l'efficience -> **mise en place de 2 opérateurs complémentaires : l'agence des systèmes d'information partagés (Asip) et l'agence nationale d'appui à la performance des établissements (Anap)**

Les systèmes d'information de santé, un des leviers majeurs des Ars

→ une politique gouvernementale pour la « e-santé » afin d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients -> **cadre juridique pour la télémédecine, relance du dossier médical personnel (Dmp), interopérabilité et confidentialité des données de santé**

→ le suivi optimisé des professionnels de santé et de leurs activités -> **élargissement d'un répertoire partagé des professionnels de santé (Rpps) reposant sur des procédures simplifiées**

Les systèmes d'information de santé, un des leviers majeurs des Ars

au niveau de l'Asip

- création de l'agence des systèmes d'information partagés (Asip) -> **Gip sous tutelle du ministère chargé de la santé, fusion des groupements d'intérêt public "Dossier médical partagé" et "Carte des professionnels de santé" (Gip-Dmp et Gip-Cps) et de la partie "interopérabilité" du groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (Gmsih)**
- mise en cohérence et interopérabilité des systèmes d'information

Les systèmes d'information de santé, un des leviers majeurs des Ars

- réalisation du Dmp, dont l'ensemble des dispositions sont intégrées au code de santé publique -> **outil de coordination, de qualité et de continuité des soins entre professionnels et au bénéfice des patients,**
- développement des technologies de l'information et de la communication en santé -> **déploiement de la téléradiologie, définition des actes de télémedecine, de leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière en fonction de l'enclavement géographique**

Les conférences régionales de santé et de l'autonomie

Rôles - Pouvoirs

Bernadette Devictor
*Présidente de la Conférence Régionale
de Santé Rhône-Alpes*

Les CRSA dans la loi HPST

Organisation des ARS

« Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

Titre 3, chap.2, sct 1

Sous le titre rôle du DG de l'ARS

« Au moins une fois par an, il rend compte à la CRSA de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique. »

« Conférence régionale de la santé et de l'autonomie »

«La CRSA est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. »

Sont notamment représentés les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

« L'ARS met à la disposition de la CRSA des moyens de fonctionnement. »

Sous-section 3 Art.L. 1432-4

... suite

- La CRSA ***peut faire toute proposition*** au DG de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région.
- Elle émet un *avis sur le plan stratégique régional de santé*.
- Elle organise en son sein l'*expression des représentants des usagers du système de santé*.
- Elle procède à l'*évaluation* des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les *droits des personnes malades et des usagers* du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

.... Fin

- Elle organise le *débat public* sur les questions de santé de son choix.
- Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Avis sur le projet régional de santé

« Art.L. 1434-3.- Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, des collectivités territoriales et du représentant de l'Etat dans la région. »

Avis sur les territoires de santé

« Art.L. 1434-16.-L'ARS définit *les territoires de santé* pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du *représentant de l'Etat dans la région*, d'une part, de *la CRSA*, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des *présidents des conseils généraux de la région*. »

Avis de la CRSA sur l'offre de soins de premier recours

Art.L. 1434-8.-Le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé.

« Si cette évaluation fait apparaître que les besoins en implantations précitées ne sont pas satisfaits et que, de ce fait, l'offre de soins de premier recours ne suffit pas à répondre aux besoins de santé de la population dans certains territoires de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, ***après avis de la CRSA***, de l'union régionale des professionnels de santé compétente pour les médecins et des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes et des chefs de clinique, proposer aux médecins exerçant dans les zones visées au premier alinéa du présent article d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones mentionnées à l'article L. 1434-7 où les besoins en implantations ne sont pas satisfaits. »

Rôles de la CRSA prévus dans la loi HPST

- Donner un avis :
 - Sur le plan régional de santé
 - Sur les schémas via les commissions spécialisées compétentes
 - Sur les programmes ... ?
 - Sur divers aspects de la mise en œuvre de la politique régionale de santé
- Evaluer le respect des droits des usagers
- Force de proposition sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région

CRSA : les acquis de la loi HPST

Les acquis de la loi HPST

- Un objectif de développement de la démocratie sanitaire en région fixé à la loi
- L'extension du champ d'intervention de la CRSA à celui de l'ARS
- Une représentativité de la CRSA étendue au champ médicosocial
- Une recherche d'articulation entre les niveaux territorial et régional

Les acquis de la loi HPST

- L'organisation d'un cadre relationnel entre l'ARS et la CRSA (le DG rend compte de la mise en œuvre de la politique de santé en région)
- La reconnaissance d'acteur régional en santé pour la CRSA : ses avis seront rendus publics

Le cadre général d'intervention est fixé, mais qu'en sera-t-il réellement dans les faits ?

CRSA : les interrogations

Rôle de la CRSA : avis sur le plan et les schémas

Quelle contribution, comment ?

- La loi fait référence au plan régional de santé, ni aux schémas ni aux programmes ; s'agira t il simplement de donner un avis sur les grandes priorités ?
- La CRSA pourra t elle commanditer des analyses complémentaires nécessaires à l'élaboration de son avis ?

Quel sera le planning de consultation ?

- Nécessité d'anticiper dès à présent sur le mode de fonctionnement futur

Quelle structure interne ?

Les commissions spécialisées

Sans doute 3 commissions (en plus de droits des usagers)

- Prévention et sécurité sanitaire
 - Soins hospitaliers et ambulatoires
 - Accompagnement médico-social
-
- ✓ Instances consultatives qui donnent un avis et formulent des propositions sur les schémas qui composent le projet régional de santé
 - ✓ Les commissions pourraient comporter des membres extérieurs à la CRSA
 - ✓ Mais dans ce cas, quelle coordination entre les avis des commissions et les avis de la conférence ?

Le rôle de la CRSA et l'évaluation du respect des droits des usagers

Rôle maintenu mais qui ne peut s'exercer que si il y a une vraie dynamique régionale sur cette thématique ; complexité de l'exercice

Nécessité de créer des observatoires régionaux des droits des usagers pilotés par les CRSA, mis en œuvre par les ARS

Le rôle de la CRSA et l'évaluation

Contrairement aux attentes formulées par les CRS, le rôle de la CRSA en matière d'évaluation se trouve fortement diminué

- La CRSA, comme les conférences de territoires, peut faire des propositions en matière d'évaluation ; il aurait été préférable qu'elle soit associée en amont à la définition du cahier des charges

Il y a un vrai enjeu de démocratie sanitaire en matière d'évaluation

Les moyens alloués à la démocratie sanitaire

Pour jouer un rôle, il faut en avoir les moyens

- Quelle allocation budgétaire ? Quelle prise en compte de la taille de la région ?
- Quelle force de travail mise à disposition ?
- Quelle prise en compte du temps passé par les membres ?
- Quelle marge de manœuvre dans l'organisation des débats publics, la mise en œuvre d'études spécifiques,

Les pouvoirs de la CRSA

Instance démocratique : importance de la qualité de sa représentativité ; sans doute 4 collèges :

1. décideurs financeurs et pilotes de politiques en rapport avec la santé
2. Associations d'usagers de la santé, environnement, lutte contre la précarité, médicosocial (PA, PH)
3. Organisation employeurs et syndicales, Professionnels(prévention, soins, médicosocial), institutions, organismes (santé et édicosocial)
4. Personnalités qualifiées

Articulation à organiser avec les conférences de territoires : la réflexion régionale se nourrit du territorial et réciproquement ; si le régional ne fait que décliner le national, qu'advient il du territorial ?

Des interrogations nombreuses

Une mission à sauvegarder, des rôles à conforter

Vœu exprimé par l'assemblée permanente des CRS

Constat : *mission sauvegardée* sauf en ce qui concerne l'évaluation

Rôles confortés : extension du champ d'intervention, reconnaissance renforcée de la CRSA comme acteur de la santé en région, capacité d'autosaisine, organisatrice de débats publics,

Mais incertitudes sur la mise en pratique réelle

CRSA : Instance alibi ou instance contributive ?

Qu'en sera-t-il réellement ?

La mission, les rôles sont fixés, le pouvoir réel est incertain

Cela dépend tout autant

- des décrets d'application
- que de la volonté de tous les acteurs, mobilisée dès à présent

Nécessité d'être entendues au niveau national

CRSA : la mission essentielle

Les CRSA n'ont-elles pas pour mission essentielle de veiller à ce que l'application de la loi HPST se traduise par une amélioration des parcours de santé de tous les usagers ?

Rôle et compétences de la DRJSCS

Eric Virard,
Secrétaire général de la DRASS



■ La réforme territoriale de l'Etat et la mise en place des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Sommaire

- 1. Le rappel du contexte et des grands principes de la réforme territoriale de l'Etat
- 2. Le sens de la réforme au plan régional : Pourquoi créer des DRJSCS ?
- 3. Les domaines d'intervention et les missions des DRJSCS et des DDI cohésion sociale (DDCS/DDCSPP)
- 4. L'organisation interne d'une DRJSCS
- 5. Les modalités de pilotage de la réforme : Où en sommes nous aux plans régional et départemental ?

1. Le contexte et les grands principes de la réforme

■ **Un contexte institutionnel qui a profondément évolué :**

- La décentralisation dans le champ social a été importante;
- Dans le secteur «jeunesse et sports», plusieurs facteurs ont fait évoluer la place de l'Etat : interventions accrues des collectivités territoriales, transformation du rôle des fédérations sportives et plus largement, du mouvement associatif; diminution des moyens et de la taille des services;
- La déconcentration vers les services déconcentrés et les établissements publics est inachevée.

■ **Une complexité et une technicisation accrues :**

- La multiplication des opérateurs spécialisés;
- Le développement des systèmes d'information et des télé-services.

■ **La modernisation de la gestion publique :**

- Une exigence accrue pour rendre des comptes sur l'utilisation des ressources publiques;
- L'évaluation de l'action publique est devenue permanente et fait évoluer les politiques publiques en fonction des résultats.

1. Le contexte et les grands principes de la réforme

■ Principe d'une distinction claire :

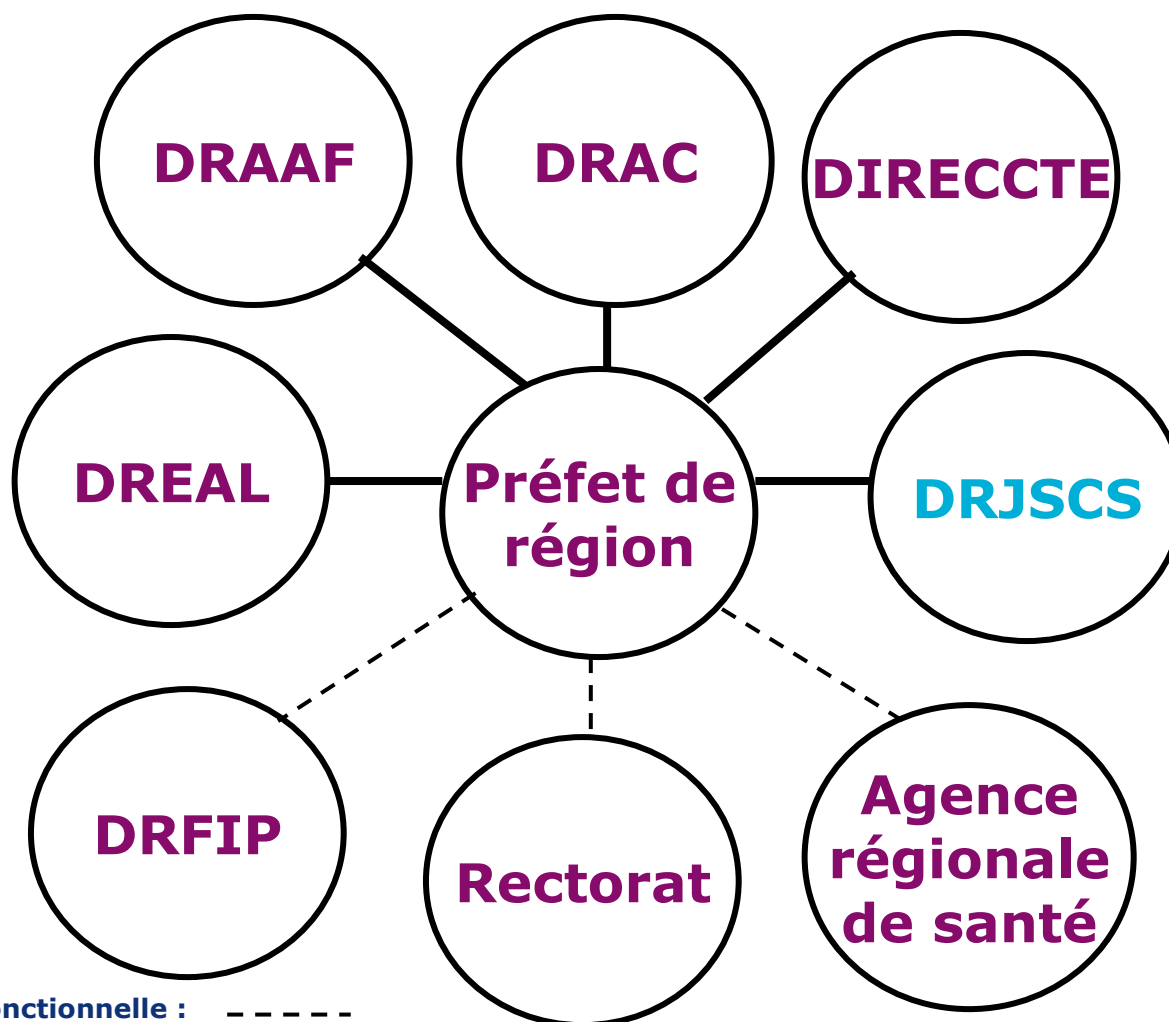
- entre le niveau régional dont l'organisation est mise en conformité avec les périmètres des différents ministères;
- et une organisation départementale de nature interministérielle et structurée par grands domaines « en fonction des besoins de la population ».

■ Le **niveau régional** est désormais le **niveau de droit commun** du pilotage des politiques publiques et constitue le «pivot» entre l'Etat central qui doit renforcer sa fonction «stratège» et l'échelon départemental : autorité des préfets de région sur les préfets de département ;

■ Ce schéma implique des **articulations fortes** entre niveaux régional et départemental : les DR gère les ressources, y compris des DDI (RH et les crédits de fonctionnement et d'intervention). Les SI peuvent y contribuer.

1. Le contexte et les grands principes de la réforme

Le schéma d'organisation de l'État au plan régional



Liaison fonctionnelle : - - - - -
Lien hiérarchique : —————

DRAC = direction régionale des affaires culturelles

DREAL = direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DRE + DRIRE + DIREN)

DRAAF = direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (DRAF + SV)

DRJSCS = direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJS + pôle social DRASS + ACSé)

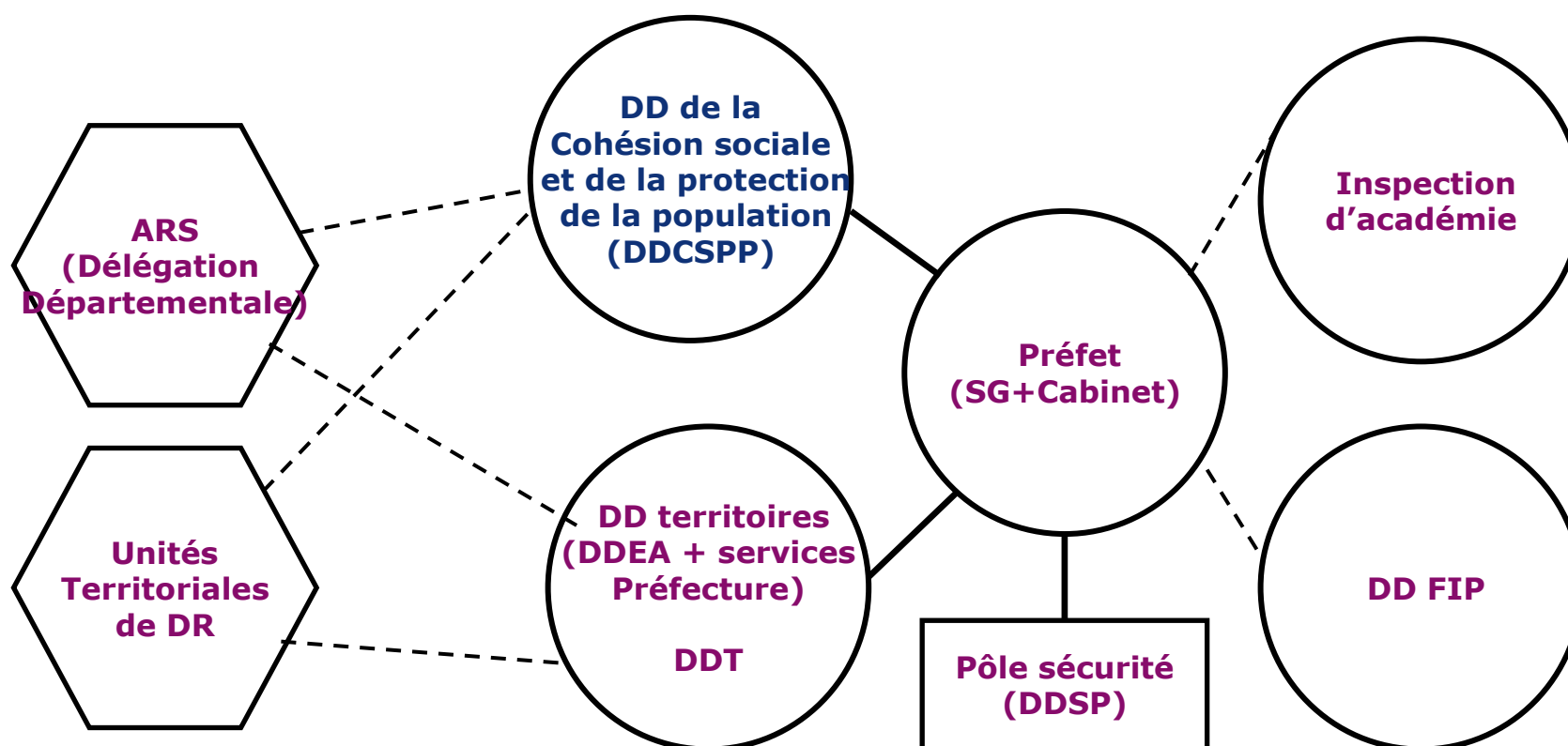
DIRECCTE = direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DRTEFP + DDTEFP + DRCCRF + DDCCRF + DRRT + DRCA + DRCE)

1. Le contexte et les grands principes de la réforme

- Au plan départemental, création de **2 ou 3 directions interministérielles** en fonction d'un seuil de 400 000 habitants fixé par la circulaire du Premier ministre le 31/12/08
 - en dessous de 400 000 habitants : 2 directions interministérielles : la direction départementale des territoires (DDT) et la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP);
 - au dessus de 400 000 habitants : possibilité de 3 directions interministérielles : la DDT, la DDPP et la DDCS;
 - en majorité, les départements de plus de 400 000 habitants ont prévu d'instaurer 3 directions : 50 DDCS et 46 DDCSPP sur 96 départements (hors DOM).
- **Modularité** possible en fonction des spécificités géographiques, économiques et démographique;
- **Adaptation** du schéma pour l'Île de France et les DOM (circulaire du 27 juillet 2009);
- Deux décrets pour chacune des directions départementales :
 - un décret en CE définissant les missions de toutes les DD;
 - un décret simple pour le détail des attributions de chaque DDI

1. Le contexte et les grands principes de la réforme

Le schéma départemental à deux directions interministérielles

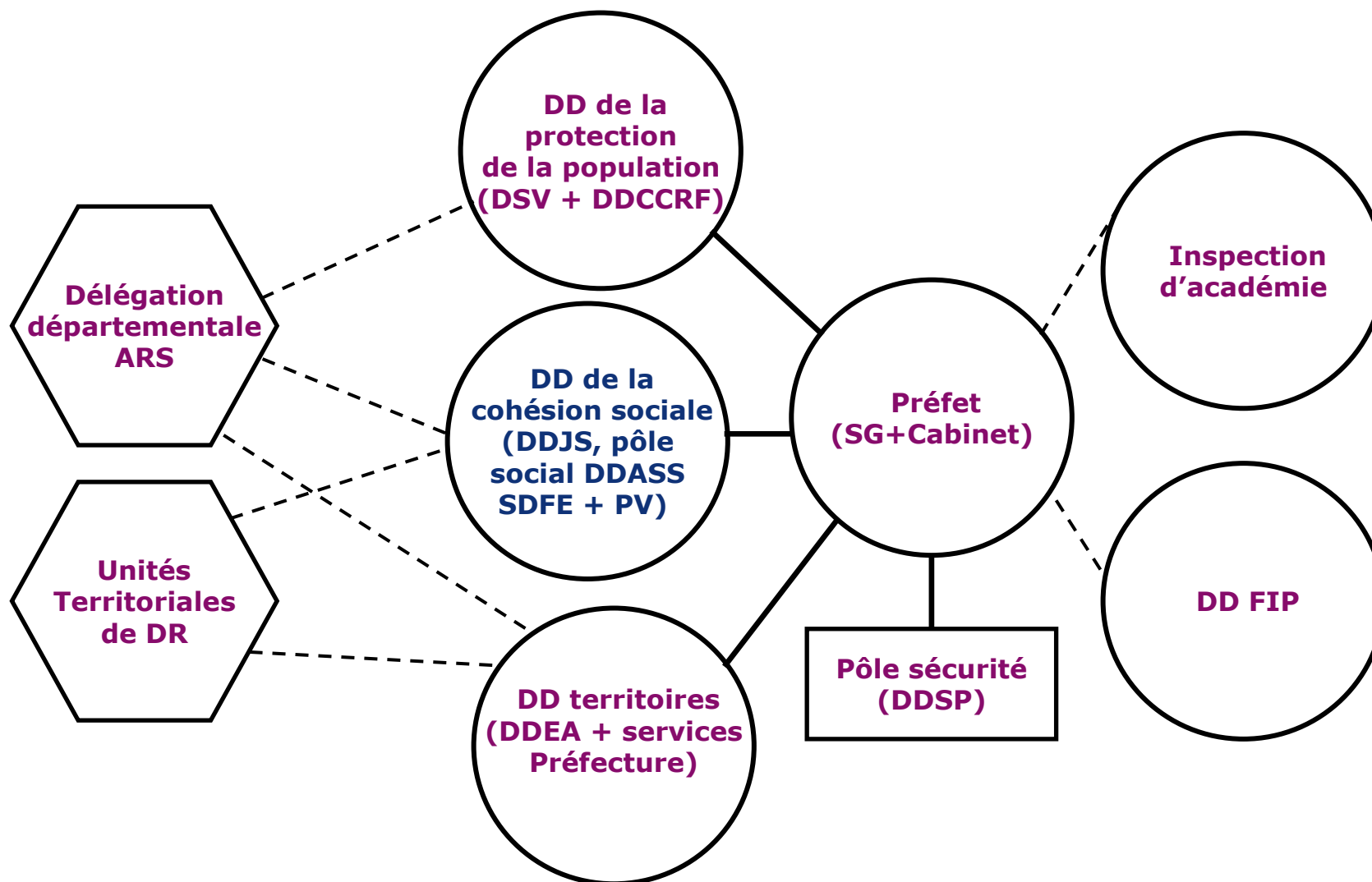


Liaison fonctionnelle : - - - - -
Lien hiérarchique : —————

La DD cohésion sociale et protection de la population = veille sanitaire de nature alimentaire (DSV) + DDCCRF + fonctions liées à la cohésion sociale (Fonctions sociales de la politique de la ville, pôle social des DDASS, DDJS, SDFE)

1. Le contexte et les grands principes de la réforme

Le schéma départemental à trois directions interministérielles



Liaison fonctionnelle : - - - -
Lien hiérarchique : ————

DDCS = « Dans les départements dont l'importance démographique ou les nécessités en matière de cohésion sociale et de politique de la ville le justifient »

2. Le sens de la réforme : Pourquoi créer des DRJSCS ?

- Pour répondre aux objectifs généraux de **rationalisation** et d'**optimisation des moyens** :
 - offrir le meilleur service public pour les usagers;
 - au meilleur coût pour les contribuables ;
 - mutualiser les ressources (fonctions supports) pour mieux concentrer les moyens sur l'exercice des « métiers » de la cohésion sociale.
- Mais le regroupement des DRJS, des pôles sociaux des DRASS et des DR ACSé n'est pas uniquement justifié par la recherche d'économies. Il est **porteur d'une plus grande cohérence** :
 - s'appuyant sur une conception large de la cohésion sociale (le « savoir vivre ensemble »);
 - qui doit permettre de renforcer les synergies entre les politiques : inclusion sociale des personnes vulnérables, promotion des APS, actions en faveur des jeunes, vie associative, promotion sociale, du bénévolat et de l'engagement citoyen; lutte contre les discriminations et promotion de l'égalité des chances, politique de la ville.
 - et de renforcer la lisibilité des interventions de l'Etat auprès de ses partenaires en jouant un rôle d'animateur des politiques de cohésion sociale et en développant une fonction d'ingénierie sociale.

3. Les domaines d'intervention et les missions des DRJSCS ?

- Une direction régionale qui est par nature **interministérielle** :
 - Elle relève des ministres chargés des affaires sociales, du sport, de la jeunesse, de la vie associative et de l'éducation populaire, et est mise à disposition en tant que de besoin, des ministres chargés de l'immigration, du logement, de l'hébergement et de la lutte contre les exclusions et la précarité, de l'intégration et de la santé.
- qui est créée par fusion des DRJS, des services des DRASS chargés de la cohésion sociale et des directions régionales de l'ACSé.
- qui interviendra dans **3 domaines** :
 - Les politiques sociales
 - Les politiques sportives
 - Les politiques de jeunesse, de vie associative et d'éducation populaire
 - Elles contribueront à l'insertion sociale et professionnelle des jeunes et des personnes vulnérables ainsi qu'à l'accès au logement de ces dernières

3. Les domaines d'intervention et les missions des DRJSCS ?

■ Une direction régionale qui porte des politiques qui s'analysent selon une **triple logique** :

- *une entrée généraliste* : lutte contre les discriminations, promotion de l'égalité des chances, promotion de la vie associative, de l'engagement bénévole et du volontariat, promotion la citoyenneté et de l'autonomie, en particulier des jeunes, prenant appui sur une démarche d'éducation populaire;
- *une entrée thématique* : hébergement des populations vulnérables ainsi que l'accès au logement (mise en cohérence régionale des actions des DDCS et, le cas échéant des DDCSPP : dispositif DALO, PDALPD, accords collectifs départementaux, en étroite relation avec les DREAL, responsables des politiques du logement), insertion sociale et professionnelle des personnes vulnérables, des jeunes et des handicapés en lien avec les compétences des DIRECCTE) ;
- *une entrée populationnelle ou territoriale* : politiques de jeunesse (développement de l'autonomie des jeunes, information, mobilité internationale, soutien aux initiatives, soutien aux politiques éducatives), politiques de l'enfance et de la famille (actions de soutien à la parentalité), actions sociales de la politique de la ville, actions en faveur de la protection des majeurs protégés (tutelles, curatelles, mesures d'accompagnement social personnalisées, etc.)

3. Les domaines d'intervention et les missions des DRJSCS ?

Dans le champ politique concerné, les DRJSCS ont un **triple rôle** :

- Le pilotage des politiques mises en œuvre dans les départements et accompagnement des collectivités territoriales :
 - gestion de tous les budgets opérationnels de programme et des crédits du CNDP : la DRJSCS exerce des responsabilités élargies dans la gestion des ressources humaines, y compris pour les personnels affectés dans les services départementaux.
 - fonctions de connaissance et de diagnostic, de promotion d'animation et de coordination, d'accompagnement et d'évaluation;
- L'appui aux directions départementales interministérielles, chargées de la cohésion sociale :
 - appui technique, expertise et accompagnement « métiers » des DDCS et DDCSPP;
 - mise en place de plateformes d'observation statistiques, de veille et d'études;
 - possibilité d'assurer des fonctions de gestion pour le compte des DDCS et DDCSPP.
- Des missions propres :
 - formations initiales et continues dans le domaine social, de la jeunesse de l'éducation populaire et des sports (pour les domaines SJEP : le DRJSCS est autorité académique);
 - sport de haut niveau et le sport professionnel ;
 - missions spécifiques en matière de jeunesse et de vie associative : formation des bénévoles associatifs et gestion des crédits déconcentrés du « conseil de développement de la vie associative », mobilité internationale et soutien aux initiatives des jeunes.

3. Les domaines d'intervention et les missions des DRJSCS ?

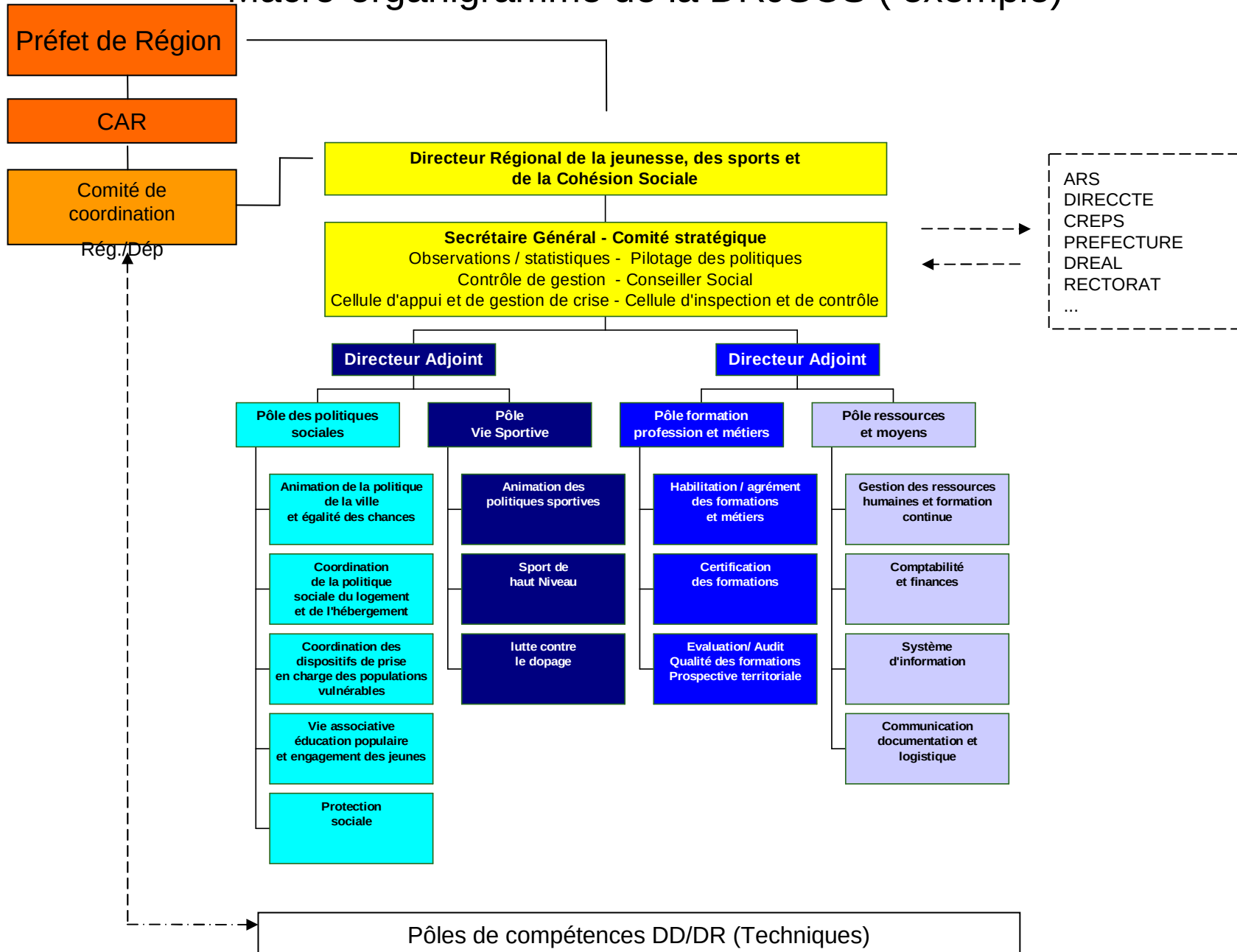
- La DRJSCS aura des liens avec de **partenaires nombreux et diversifiés** :
 - les autres directions ou services de l'Etat : DIRECCTE (notamment sur le RSA et l'insertion professionnelle des jeunes), DREAL (en particulier sur les politiques d'hébergement et de logement), délégation régionale aux droits des femmes ;
 - les collectivités territoriales compétentes, notamment le conseil régional (formation);
- La DRJSCS sera l'interlocutrice privilégiée de certains **établissements** et **agences** dont le préfet est le délégué territorial :
 - avec l'ARS : prise en compte des besoins prioritaires de santé des populations les plus vulnérables dans les projets de territoire de santé, prise en charge de la souffrance psychique, lutte contre les toxicomanies et l'alcoolisme, promotion de la santé (notamment chez les jeunes, dans le cadre des ateliers « santé –ville » et par le sport).
 - avec les centres d'éducation populaire et de sport, sur la base des relations actuelles (sport de haut niveau et formation).
 - avec le centre national pour le développement du sport (CNDS) dont le préfet étant délégué territorial (décret du 15 mai 2009) : coordination régionale dans la gestion des crédits et mise en œuvre des actions de l'établissement dans la région;
 - avec l'agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSé) : expertise sur la répartition des crédits au plan régional, évaluation et audit des actions territoriales;
 - avec l'agence française de lutte contre le dopage : mise en œuvre des contrôles.

4. L'organisation interne des DRJSCS ?

Cinq blocs d'activités structurent l'organisation interne :

- bloc « **cohésion sociale et politiques territoriales** » : pilotage des politiques de jeunesse (dont les politiques éducatives) et de vie associative, de promotion de l'égalité des chances, de la ville, des politiques de protection et d'insertion des personnes vulnérables ;
- bloc « **formations et certification** » : formations sociales et paramédicales, formations et certifications en matière de jeunesse, d'éducation populaire et de sports ;
- bloc « **sport** » : sport de haut niveau, soutien et animation des politiques sportives régionales, protection de la santé des sportifs, prévention et lutte contre le dopage (en lien avec l'agence française de lutte contre le dopage).
- bloc « **fonctions support** » : ressources humaines, systèmes d'information, logistique, gestion budgétaire, financière et comptable et communication - Les DRJSCS accueilleront par convention les antennes inter régionales de la mission nationale de contrôle des organismes de sécurité sociale.
- bloc « **fonctions stratégiques** » : ingénierie sociale, observation sociale et veille qui relèvent d'un pôle d'expertise ou d'une mission rattachée à la direction et qui sont associées aux fonctions de pilotage financier, de contrôle de gestion et d'inspection, d'évaluation.

Macro-organigramme de la DRJSCS (exemple)



L'Action sociale des départements

Le Département du Rhône

Pierre Jamet,

*Directeur général des services et Directeur de cabinet
du Président du Conseil général du Rhône*

Le Département de l'Ain

Thierry Clément,

*Directeur général adjoint à la solidarité
du Conseil général de l'Ain*

Questions- Débat

Conclusion
