

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ  
Direction générale de l'action sociale  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE  
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES  
Direction générale de la santé  
Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation de soins  
MINISTÈRE DE LA FONCTION PUBLIQUE,  
DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT  
ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (DATAR)

**Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DGAS/DATAR n° 2003-387 du  
16 avril 2003 relative à l'expérimentation de démarches locales partagées de santé et  
d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de  
développement**

SP 3 321  
2872

NOR : SANH0330403C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Loi LOADDT du 25 juin 1999, décret 2000-909 du 19 septembre 2000 ;  
Loi du 12 juillet 1999 simplification de la loi sur la coopération intercommunale ;  
Circulaire interministérielle du 6 juin 2001.

Le directeur du cabinet du ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le directeur du cabinet du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le directeur du cabinet du ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire à Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales) Les grandes priorités sanitaires, sociales et médico-sociales retenues par le gouvernement, développement d'une politique de santé de proximité, lutte contre le cancer, prise en charge du handicap et de la dépendance des personnes âgées, doivent trouver leur traduction dans une approche davantage territorialisée des principales actions de santé. Les politiques nationales régionales et départementales de nos ministères ne peuvent être que renforcées par des points d'appui locaux sur des territoires proches des usagers.

Cette dimension territoriale de proximité manque aujourd'hui pour structurer les coordinations entre institutions et professionnels des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et pour articuler l'ensemble de ces secteurs avec les instruments des autres politiques publiques malgré les premières démarches initiées dans le cadre des politiques de développement rural ou de la politique de la ville. Ces défauts de coordination, notamment entre hôpital, secteurs psychiatriques, établissements sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé libéraux, nuisent à la continuité et à la qualité des prises en charge et ne permettent pas l'élaboration de projets locaux adaptés de soins, de réadaptation, de prévention et de promotion de la santé répondant aux besoins de la population dans les territoires concernés.

La mise en oeuvre de projets locaux devrait permettre de mieux associer et de mieux responsabiliser les professionnels et les usagers mais aussi de mieux prendre en compte la santé dans les projets de développement de ces territoires.

Les schémas de services collectifs approuvés par le décret n° 2002-560 du 24 avril 2002 constituent

l'interface entre les politiques générales d'aménagement des territoires et les politiques sectorielles. A ce titre, le schéma consacré à la santé recommande, notamment, la correction des inégalités, l'organisation graduée et en réseau de l'offre de soins, l'approche globale de la santé, le développement de la prévention, la coopération étroite entre le sanitaire, le social et le médico-social. Afin d'atteindre ces objectifs, ce schéma propose une territorialisation accrue des politiques de santé, intégrant la dimension sociale.

La présente circulaire vise ainsi :

- à promouvoir des expérimentations de nature à mieux articuler, sur les territoires de projet (principalement pays et agglomérations), les interventions des acteurs du champ de la santé et du champ social et médico-social menées dans le cadre des politiques sanitaires et sociales nationales, régionales ou départementales ;
- à mieux intégrer ces interventions à l'ensemble des politiques publiques, en mobilisant notamment l'aide financière de la DATAR qui facilitera la mise en oeuvre des projets.

## 1. Les politiques de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le contexte des nouveaux territoires

Les nouvelles formes d'organisation s'appuient sur des territoires, dits « de projets » (pays, agglomérations, communauté de communes, d'agglomération, ou urbaine) en liaison avec les collectivités territoriales (communes, départements, régions). Elles constituent une opportunité pour développer des projets locaux répondant aux besoins perçus par les professionnels, les associations et les usagers.

Ces territoires offrent un cadre favorable au développement de réseaux d'acteurs professionnels et associatifs susceptibles de conjuguer et de décloisonner les outils et les moyens de chaque secteur (sanitaire, social, médico-social) afin de mieux répondre aux besoins, en particulier pour les personnes en situation de fragilité du fait de leur état de santé ou de leur situation sociale, par une bonne coordination des intervenants sanitaires et sociaux. A ce titre, le soutien aux réseaux de santé existants ou émergents en lien avec ces expérimentations territoriales est à encourager, notamment en prenant en compte les dispositions de la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002.

L'amélioration de cette coordination implique une connaissance mutuelle des professionnels et la mise au point entre eux de procédures qui évitent les défaillances ou les ruptures de prise en charge, en particulier pour les personnes âgées dépendantes, les personnes handicapées ou les personnes souffrant de troubles psychiques.

En outre, cette coordination devrait permettre aux politiques de santé et d'action sociale (curatives, et préventives) d'être mieux articulées avec les autres politiques publiques (ville, transports, éducation, logement, culture, emploi...) pour mieux répondre aux besoins d'accessibilité, de réadaptation, de prévention et de promotion de la santé.

## 2. Cadrage des expérimentations

Dans ce contexte, les expérimentations attendues devront être menées au niveau local et être portées par des promoteurs institutionnels, professionnels ou associatifs impliqués dans la mise en oeuvre territoriale de dispositifs ou de prestations de service.

L'objectif de ces expérimentations sera notamment de développer le volet sanitaire et social des contrats d'agglomération et de pays en liaison avec les autres politiques publiques.

Elles devront prioritairement concerner les domaines suivants :

- développement d'actions de prévention et de promotion de la santé visant différents publics ;
- prise en charge globale de proximité des personnes âgées et amélioration des conditions du maintien à domicile ;

- prise en charge globale de proximité des personnes handicapées et/ou des personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes (notamment celles qui souffrent de troubles psychiques) en vue de favoriser leur insertion sociale et d'éviter les situations de ruptures de suivi thérapeutique ;
- accueil et maintien des professionnels de santé sur les territoires fragiles, dans un contexte partenarial attractif.

L'ensemble de ces expérimentations devra être développé prioritairement dans le cadre des démarches de projet des agglomérations et des pays en liaison étroite avec les instances de ces territoires (conseils de développement) et en s'appuyant sur les instruments administratifs et financiers existants (chartes, projets de développement, contrats de pays et d'agglomérations, et particulièrement leur volet social, notamment les contrats de ville). Elles peuvent également constituer une déclinaison des contrats de plan, la révision de ceux-ci pouvant prévoir, par exemple, la territorialisation d'un programme régional de santé dans le cadre d'un projet de pays ou d'agglomération. Il conviendra d'informer le président du conseil régional, des projets envisagés, même s'ils ne donnent pas lieu à révision du contrat de plan.

### 3. Modalités de proposition d'expérimentations

#### a) Modalités pratiques

Les expérimentations pourront s'effectuer selon diverses modalités : avec une étude préalable ou par expérimentation directe, avec l'appui ou non d'un consultant externe.

Les étapes suivantes seront suivies :

1. Concertation entre les institutions impliquées : Etat, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale et instances des territoires de projet ;
2. Concertation entre les institutions et les professionnels de santé et du social du territoire concerné ;
3. Diagnostic local partagé impliquant les habitants et la société civile ;
4. Détermination des objectifs communs et des critères d'évaluation permettant de suivre la démarche.

Le dossier devra comprendre les pièces visées en annexe I.

#### b) Contribution financière de la DATAR

La DATAR contribuera financièrement à ces expérimentations ou études. Des crédits du FNADT viendront en appui, pour un maximum de 40 % du budget global de l'opération et un plafond de 90 000 EUR de subvention au titre de l'année 2003 uniquement.

Viendront en complément les financements accordés par le ministère des affaires sociales, du travail, et de la solidarité, et/ou par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, étant précisé que les financements sanitaires et sociaux peuvent relever de l'Etat, des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie.

En outre, ces expérimentations pourront éventuellement faire appel aux technologies de l'information et de la communication, mais celles-ci ne sauraient constituer en elles-mêmes le cœur de ces expérimentations qui doivent être centrées sur le projet global de territoire dans le domaine de la santé et du développement social.

#### c) Critères d'appréciation

Les critères d'appréciation de la qualité des démarches expérimentales proposées seront les suivants :

- approche globale de santé, soins, prévention et promotion de la santé, coordination du sanitaire, du médico-social et du social au sens large du terme ;
- intégration de la démarche et des interventions envisagées dans le projet de développement du territoire choisi, pays ou communauté d'agglomérations ;
- coordination des décideurs et financeurs dans le domaine sanitaire et social ;
- forte implication des habitants et de la société civile dans le projet.

#### d) Sélection

Au total, une vingtaine de projets pourraient être retenus à partir des propositions (deux ou trois au maximum par région) qui nous seront adressées. Les dossiers accompagnés des avis du DRASS et du directeur de l'ARH seront transmis pour le 1er mai 2003 au ministère de la santé (DHOS) et à la DATAR qui organiseront la concertation entre les services et opéreront le choix des dossiers à financer. Un suivi de la mise en oeuvre et un bilan de ces expérimentations seront effectués afin d'en assurer une diffusion auprès des acteurs locaux.

Le ministre des affaires sociales,  
du travail et de la solidarité,  
Le directeur de cabinet,  
J.-P. Faugere

Le ministre de la santé,  
de la famille  
et des personnes handicapées,  
Le directeur de cabinet,  
L.-C. Viossat

Le ministre de la fonction publique,  
de la réforme de l'Etat  
et de l'aménagement du territoire,  
Le directeur de cabinet,  
J.-F. Rocchi

#### ANNEXE I PIÈCES DU DOSSIER À PRÉSENTER

- Présentation du projet et de la démarche indiquant notamment les modalités de priorisation des problèmes de santé ou sociaux, tenant notamment compte des objectifs de santé publique régionaux ;

- Modalités prévues de mise en oeuvre et en particulier l'articulation avec le droit commun ;
- Modalités d'évaluation ;
- Budget.

#### ANNEXE II LES TERRITOIRES DE PROJET

Les territoires de projet sont définis ou visés par la loi d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire du 25 juin 1999.

Ils sont au nombre de trois :

- le pays, défini à l'article 25 de la loi ;
- les agglomérations, communautés urbaines et communautés d'agglomérations visées à l'article 26 ;
- les parcs naturels régionaux visés à l'article 29 qui pourraient également entrer dans le champ de cette circulaire.

Les pays et les agglomérations disposent d'un conseil de développement représentant les forces vives de la société civile ; il est associé à l'élaboration du projet de territoire et, dans certains cas, en a pris l'initiative. Les parcs naturels régionaux créés antérieurement ne disposent pas des mêmes obligations en matière de conseil de développement, mais ont mis en oeuvre une démarche analogue

de partenariat.

Dans le cadre d'un éventuel contrat signé avec ces territoires de projet, ce sont les instances juridiques les représentant qui sont habilitées à les signer :

- pour les pays, les communautés de communes, et le cas, échéant d'agglomération qui les recouvrent intégralement, ou le syndicat mixte représentant les collectivités locales constituant le pays, ou le groupement d'intérêt public représentant le pays ;
- pour les agglomérations, le conseil communautaire ;
- pour les parcs naturels régionaux, l'organisme de gestion du parc (dans la quasi-totalité des cas, un syndicat mixte).