



---

# Le service public départemental de l'autonomie et les professionnels de santé

---

CNSA © S. Budon

# 1.

## Le service public départemental de l'autonomie (SPDA), c'est quoi ?

**L'ambition du SPDA : mettre en place un service public guidé par le service rendu aux personnes**

La construction du SPDA est née d'un diagnostic partagé à l'échelle nationale. La politique de l'autonomie en France repose sur un historique de travail en commun et de coordination important entre acteurs de terrain et/ou institutionnels. Elle est riche de multiples initiatives nationales et locales qui donnent des résultats tangibles. Néanmoins, cette richesse se caractérise également par un foisonnement de démarches et dispositifs, au déploiement hétérogène, inégalement répartis sur le territoire. Par ailleurs, le cloisonnement entre les secteurs

sanitaire, médico-social, social ou encore de droit commun continue d'être un frein au déploiement d'une politique ambitieuse et cohérente en soutien à l'autonomie des personnes, qu'elles soient âgées ou en situation de handicap.

Les personnes concernées et leurs aidants expriment un besoin de lisibilité des dispositifs en place, mais aussi des acteurs et interlocuteurs de référence. Ces constats invitent à une **action plus forte et structurée de prévention du risque de ruptures de parcours et de non-recours aux droits**, notamment pour les publics les plus vulnérables et éloignés de l'action publique. Ils incitent également à **renforcer l'équité territoriale d'accès aux droits et de traitement sur l'ensemble du territoire national**.

Volontariste, la création du service public départemental de l'autonomie a pour ambition de **dépasser les silos trop souvent constatés par les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs aidants dans la mise en œuvre effective de leurs droits.**

Il s'agit de **simplifier leur vie** en facilitant les parcours, à travers la construction d'un véritable service public de **proximité** garant d'une même **qualité de service pour tous**, quels que soient les territoires et les situations individuelles. La complexité inhérente aux politiques publiques qui concourent à l'autonomie des personnes doit ainsi être réduite et gérée par les organisations et les professionnels.

S'inscrivant dans la dynamique de la création de la branche Autonomie de la Sécurité sociale, le service public départemental de l'autonomie vise à **mettre en cohérence les différents acteurs de terrain**, en leur permettant de mieux travailler ensemble, pour apporter aux personnes une **réponse globale et coordonnée. Ceci pour garantir la continuité des parcours et faciliter l'accès concret et rapide aux réponses et soutenir leur autonomie dans les différents domaines de leur vie (habitat, santé, scolarité, emploi, vie culturelle, loisirs...).**





## Le SPDA repose sur quatre piliers :

- 1. Une responsabilité partagée :** l'ensemble des membres du SPDA sont garants de la lisibilité et de la qualité du service rendu aux personnes, à chaque étape de leur parcours de vie, dans une logique d'intégration des services (garantir aux personnes une réponse appropriée, quelle que soit la porte d'entrée sollicitée). Chaque acteur, conforté dans ses compétences propres, participe à une action plus large dont il est une partie prenante solidaire.
- 2. Une organisation intégrée :** la mise en œuvre du SPDA repose sur une démarche de décloisonnement, d'interconnaissance et sur des modalités de travail en commun entre acteurs de la politique de soutien à l'autonomie pour un accompagnement fédéré et coordonné sur le territoire.
- 3. Une organisation territoriale :** si le socle commun de missions est prescrit par le présent cahier des charges qui garantit l'accès aux droits et l'équité de traitement sur l'ensemble du territoire national, les modalités de mise en œuvre des missions relèvent de choix d'organisation des acteurs territoriaux adaptés à leurs spécificités.
- 4. Un service public construit pour et avec les personnes :** la démarche SPDA doit être garante des droits des personnes concernées et se doit d'être exigeante sur leur participation. Cela suppose d'être à l'écoute des personnes, de leurs besoins et préférences en les associant à la construction du SPDA. Cela implique également de les associer au suivi de l'action dans la durée.

**Le SPDA ne consiste pas à créer un nouveau dispositif,** mais bien à faciliter la coopération et la coordination des acteurs et des dispositifs existants et à les fédérer sans remise en cause de leurs missions propres. Sa structuration s'appuie sur les initiatives territoriales existantes en capitalisant sur leur expérience. **Il ne correspond pas non plus à la fusion des services, dispositifs ou des lieux existants.** Il ne remet pas en cause le périmètre de missions ou les champs de compétences des acteurs de terrain/institutionnels. Enfin, **il ne s'agit pas d'un modèle d'organisation et de fonctionnement.** Le SPDA se matérialise en effet par des modalités de mise en œuvre définies par les départements avec un plan d'action adapté aux spécificités et aux besoins des territoires.



## Le SPDA s'articule autour de quatre missions socles

Les acteurs qui composent le SPDA partagent la **co-responsabilité d'une réponse populationnelle sur quatre blocs d'actions obligatoires**, constituant le « socle de missions » du SPDA :

1. La garantie d'un accueil, d'un accès à l'information, d'une orientation et d'une mise en relation avec le bon interlocuteur sans renvoi de guichet en guichet ;
2. L'évaluation de la situation, l'attribution des prestations dans le respect des délais légaux ;
3. Le soutien à des parcours personnalisés, continus, coordonnés ;
4. La réalisation d'actions de prévention et d'aller vers les personnes les plus vulnérables.



## Le SPDA implique l'ensemble des acteurs intervenant autour de la perte d'autonomie

Le SPDA est porté et décliné à l'échelle départementale, sous le pilotage du **conseil départemental en coordination étroite avec l'agence régionale de santé (ARS)** et une **implication de tous les acteurs de l'autonomie sur le territoire** : les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), les maisons départementales de l'autonomie (MDA), les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les maisons France services, la Caisse d'assurance familiale (CAF), l'Assurance retraite, l'Assurance maladie, les Communautés 360, les dispositifs d'appui à la

coordination (DAC), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)... Ceux-ci travaillent en lien renforcé **en lien renforcé avec les acteurs de droit commun** (Éducation nationale, logement, service public de l'emploi, sport et culture, transports...).

La **promotion et le respect de la citoyenneté et de la participation des personnes** constitue une ligne directrice essentielle de la démarche : c'est un fil rouge dans la construction d'un service public construit pour et avec les personnes. Cela se traduit par exemple par la place donnée aux conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) et aux autres instances de représentation des personnes dans la conception et le suivi de la démarche.





CNSA © S. Budon

# 2.

## Le SPDA pour les professionnels de santé

L'état de santé et l'autonomie sont étroitement liés : le soutien à l'autonomie fait en effet partie de la définition de la santé retenue par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Pour les personnes âgées comme pour les personnes en situation de handicap, il est impératif **d'adopter une approche globale** qui intègre fortement ces dimensions : cela implique que les professionnels du soin soient pleinement outillés.

**L'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées ou la prévention de la perte d'autonomie et des ruptures de parcours sont des enjeux qui nécessitent une mobilisation conjointe des professionnels de santé, des professionnels du secteur médico-social et social, mais également des acteurs de droits commun.**





## Le rôle des professionnels de santé dans le SPDA

Les établissements de santé (hôpitaux de proximité, centres hospitaliers spécialisés ou non) et les professionnels de santé de ville (exerçant à titre individuel ou en exercice coordonné) sont souvent les **premiers acteurs au contact des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs aidants** : ce sont vers eux que se tournent spontanément les personnes pour obtenir des informations sur les droits et les aides dont elles peuvent disposer, que ce soit pour rester dans leur logement, recevoir une aide à domicile ou gérer un retour d'hospitalisation, que ces problématiques relèvent ou non de leurs champs de compétences. Ils interviennent dans des moments de vie qui peuvent engendrer des **risques de ruptures** (ex. : hospitalisations non programmées, diagnostic...) et jouent donc un **rôle essentiel dans l'orientation des personnes, le repérage de leurs fragilités**

**et la coordination de leur parcours** en collaborant avec les autres acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux.

Leur participation à **l'évaluation des situations** des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, notamment avec la réalisation des certificats médicaux qui peuvent être nécessaires à la recevabilité de demande d'aide ou de compensation, permet d'engager une évaluation adaptée des besoins de compensation, d'orienter et d'attribuer les allocations et prestations appropriées (par exemple pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie ou de la prestation de compensation du handicap) ou encore de définir les protections juridiques les plus adaptées.

Les professionnels de santé assurent également un **rôle de prévention** active (prévention des chutes, gestion des traitements, suivi des pathologies chroniques) et participent aux démarches **d'aller-vers les personnes les plus isolées.**



## Quels enjeux pour les professionnels de santé ?

Pour les professionnels de santé et en fonction de leur cadre d'exercice, le SPDA peut contribuer à :

- **Identifier les acteurs et les ressources mobilisables** (spécialisés et de droit commun) autour de situations individuelles, en fonction de besoins d'accompagnement ou sur des problématiques spécifiques ;
- **Savoir auprès de qui faire remonter des alertes en cas de repérage de fragilités**, que ce soit au niveau des patients ou de leurs proches ;
- **Améliorer la connaissance des différents acteurs et dispositifs présents sur le territoire** en matière d'autonomie pour mieux pouvoir renseigner les personnes et leurs proches (ex. : ressources et dispositifs pour un accès au soin inclusif et accessible aux personnes en situation de handicap) ;
- **Travailler collectivement dans des espaces dédiés à la structuration des parcours** (ex. : hospitalisations évitables, admissions directes, amélioration et sécurisation des retours à domicile après un séjour hospitalier...) ;
- **Identifier, articuler ou mutualiser les espaces de concertation** mobilisables sur le territoire dédiés à la structuration des parcours et/ou sur des situations individuelles complexes et faciliter une mobilisation plus efficace des ressources médicales ;
- **Avoir un meilleur suivi des personnes** orientées vers les structures partenaires du territoire ;
- **Accroître les démarches coordonnées de prévention et d'aller-vers** à destination des personnes fragiles les plus isolées.



## Concrètement, quelques actions menées à l'échelle des territoires

Quelques exemples de travaux en cours dans les territoires préfigurateurs, qui embarquent les professionnels de santé libéraux :

- Participation à l'élaboration et au relais de **documents repères présentant l'écosystème local** de l'autonomie à destination des professionnels de santé libéraux, pour orienter plus facilement les personnes selon le besoin exprimé et les ressources du territoire et renforcer la capacité à repérer les fragilités éventuelles ;
- **Clarification des périmètres d'intervention** des dispositifs/services portant des missions d'appui au parcours et outillage pour sécuriser la coordination ;
- Participation à des **réunions d'interconnaissance** régulières avec l'ensemble des acteurs du SPDA à l'échelle du territoire ;
- Réflexions sur le **partage d'informations** entre professionnels entourant la personne ;
- Mise en place d'**espaces inter-partenariaux d'échanges et de travail à l'échelle du territoire**, afin de définir une organisation conjointe et une co-responsabilité dans la continuité des parcours (ex. : structuration de parcours, développement d'outils partagés comme des grille de repérage rapide de la complexité) ;
- **Développement de partenariats et définition de modalités d'articulation autour de moments de vie ou de problématiques ciblées** (préparation des sorties d'hospitalisation et des retours à domicile avec plans d'aide, accès aux soins des personnes en situation de handicap, chutes répétitives à domicile, maintien à domicile compromis) ;
- **Mobilisation des acteurs du SPDA sur les enjeux liés à l'autonomie portés dans les contrats locaux de santé et dans la proximité des CPTS.**



Le logo Service public de l'autonomie est une marque repère dont les objectifs sont :

- **De donner une identité commune aux acteurs du service public de l'autonomie** : agence régionale de santé, conseil départemental, maison départementale des personnes handicapées ou maison de l'autonomie, ainsi que les acteurs de proximité (CCAS, CLIC, maisons France services, DAC, services départementaux, caisses de retraite...), pour qu'ils se reconnaissent entre eux. Quelle que soit leur nature

ou leur périmètre d'action, ils partagent la même mission de « service public », les mêmes valeurs et la même ambition d'améliorer en continu la qualité de service rendu aux personnes.

- **De permettre aux usagers de mieux identifier l'ensemble des acteurs du service public de l'autonomie** vers lesquels ils peuvent se tourner en proximité pour obtenir des informations sur leurs droits et être accompagnés dans leurs parcours de vie.

Les déclinaisons (régions et départements) sont à disposition des acteurs locaux pour incarner le service public de l'autonomie dans leur territoire, sur demande auprès de la DIPCOM de la CNSA.



**Voir la page dédiée au SPDA et accéder à la boîte à outils sur [cnsa.fr](https://cnsa.fr)**