Le service public départemental de l'autonomie et l'Assurance retraite

cnsa
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

service public de l'autonomie

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** constituent 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 l'Assurance retraite

L'Assurance retraite est le service public de la retraite pour les salariés du secteur privé, les travailleurs indépendants, les contractuels de droit public et les artistes-auteurs.

Dans le cadre de sa politique de prévention de la perte d'autonomie, l'Assurance retraite gère les prestations d'action sociale des retraités de la fonction publique d'État, par délégation de gestion du ministère de la Fonction publique.

L'Assurance retraite assure un accompagnement de chacun tout au long du parcours de vie : suivi de la carrière, aide au passage à la retraite, versement de la retraite de base de la Sécurité sociale et sensibilisation au bien vieillir et à la prévention de la perte d'autonomie des retraités à travers sa politique d'action sociale.

CNSA© S. Budon

Le réseau de l'Assurance retraite est structuré autour de caisses régionales : les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour l'Île-de-France, les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) pour l'Outre-Mer.

Le rôle de l'Assurance retraite dans le SPDA

Les caisses de retraite sont identifiées par la loi portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie du 8 avril 2024 comme des membres à part entière du SPDA.

La lettre ministérielle du 16 avril 2025 à destination des présidents de conseils départementaux et des directeurs généraux des ARS précise qu'une attention particulière doit être portée à l'association des caisses de sécurité sociale dans la gouvernance du SPDA.

Le réseau des caisses de retraite sont des points de contact importants des personnes, notamment au moment de leur passage à la retraite et tout au long de leur retraite grâce à leur réseau d'agences et de points d'accueil, au numéro de téléphone national unique, le 3960, ainsi qu'à des partenariats, avec les espaces France services par exemple. L'Assurance retraite joue un rôle d'information auprès de ses assurés pour les aider à préparer leur retraite et met à leur disposition des services en ligne d'accès aux droits à la retraite. Un service en ligne de demandes d'aide à l'autonomie à domicile, est lui commun aux caisses de l'Assurance retraite, aux caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) et aux départements, pour accompagner un public fragilisé et lui faciliter l'accès aux droits[1].

En effet, dans le cadre de son action sociale, l'Assurance retraite propose des plans d'aide, aussi appelés « offre de service coordonnée pour l'accompagnement de votre retraite » (OSCAR), aux retraités fragilisés qui rencontrent des difficultés pour réaliser certains actes de la vie quotidienne à domicile. Ces plans d'aide s'adressent aux retraités GIR 5 et 6 socialement fragilisés. Ils peuvent comporter trois types de prestations : des forfaits prévention (aides financières pour l'installation d'aides techniques, aides à la mobilité véhiculée, téléassistance, portage de repas…), des heures d'intervention humaine à domicile (avec un taux de participation financière en fonction d'un barème de ressources national) et/ou des orientations vers des programmes de prévention (actions collectives). L'objectif de généralisation de la reconnaissance mutuelle entre les caisses de retraite et les départements, des évaluations des besoins des personnes âgées et des plans d'aide doit permettre de simplifier les démarches des personnes et leur parcours de vie et de renforcer l'accessibilité et l'effectivité des aides autonomie à domicile pour les personnes âgées.

[1] Site de demande d'aide à l'autonomie

Au-delà des prestations monétaires, l'Assurance retraite structure et finance différentes actions pour prévenir la perte d'autonomie et soutenir les retraités fragilisés. Elle propose notamment une offre de conférences, de sorties pour lutter contre l'isolement social ou encore des ateliers de prévention sur les grands déterminants de l'âge (mémoire, équilibre, activité physique adaptée, nutrition...), le cas échéant en collaboration avec ses partenaires (MSA, Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales – CNRACL, AGIRC-ARRCO, CNSA), notamment dans le cadre des commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie. Elle offre également des ressources sur l'adaptation du logement et sur les aides techniques (« bien-chez-soi de l'Assurance retraite »). Les actions menées dans le cadre de ce déploiement sont centrées sur le bien-vieillir et sont accessibles sur un site dédié, contenant une carte de géolocalisation des activités proposées : Pour bien vieillir[2]

L'accompagnement proposé par les caisses régionales à l'étape du passage à la retraite (tels que les rendez-vous « Bienvenue à la retraite ») offre une capacité importante de diffusion de messages de prévention, mais également de repérage des premières fragilités.

Dans ce cadre, les caisses régionales s'appuient notamment sur :

- Une approche populationnelle de la fragilité par événements de vie. Il s'agit de moments identifiés comme « moments de rupture » : le passage à la retraite, l'hospitalisation, la perte d'un proche ou l'entrée de son conjoint en établissement… ;

- Une approche géographique de la fragilité sociale par rapport au vieillissement dans les territoires, à partir des bases de données de la CNAV, de la CNAM et de la CCMSA, *via* l'observatoire des situations de fragilité de la Sécurité sociale et l'univers bien vieillir des seniors[3] qui représente un outil de diagnostic territorial et d'aide à la décision ;

- Une approche individuelle de la fragilité pour soutenir l'autonomie des GIR 5 et 6 afin de freiner ou d'éviter le risque de dépendance (grâce à la grille FRAGIRE en complément de la grille AGGIR) ;

- Une approche partenariale de la fragilité :

  - au niveau national : partenariat inter-régime de retraite, partenariat interbranche avec la CNAM et la CNSA et partenariats avec les principaux acteurs du champ social (fédérations des centres sociaux de France, Petits Frères des Pauvres, Restos du Cœur, Union sociale pour l'habitat,

[2] Site de : Pour bien vieillir

[3] Site de : L'univers bien vieillir des seniors

Union des gérontopôles de France…) et médico-social (fédérations du secteur de l'aide à domicile) ;

- au niveau territorial : une déclinaison des partenariats nationaux et une approche multi-partenariale avec l'ensemble des acteurs du territoire de la caisse de retraite (ARS, collectivités, CCAS, associations locales…) pour intervenir « à hauteur des retraités et des personnes âgées » ;

- Une promotion du programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) auprès des retraités.

Quels enjeux pour l'Assurance retraite ?

Le fait d'être membre du service public départemental de l'autonomie et d'être associé aux différents temps de travail peut permettre au réseau des caisses régionales de :

- Mieux faire connaître l'offre de services déployée par les caisses régionales auprès de leurs partenaires locaux ;
- Mieux connaître l'écosystème et identifier les acteurs locaux spécialisés vers lesquels orienter les personnes et leurs aidants ou auprès desquels mobiliser une expertise, pour les situations complexes notamment ;
- Mieux définir avec les conseils départementaux les processus de travail partagés pour fluidifier les démarches des personnes dans le cadre de la reconnaissance mutuelle des évaluations et des plans d'aide ;
- Favoriser la structuration du repérage et de l'accompagnement des fragilités liées à l'avancée en âge et, plus généralement, renforcer les démarches de coopération autour des enjeux de repérage des personnes les plus vulnérables, de l'aller-vers et de la lutte contre le non-recours ;
- Renforcer la capacité à disposer d'un diagnostic partagé des fragilités et des facteurs de risques propres aux territoires et à structurer une stratégie territoriale partagée et partenariale afin de répondre aux priorités de prévention identifiées en s'appuyant sur des actions et des données probantes et/ou sur des référentiels d'actions ;
- Développer la prévention auprès des retraités aidants.

Concrètement, quelques actions menées à l'échelle des territoires

Quelques exemples de travaux en cours ou déjà existants, mais valorisés dans la construction du SPDA par des territoires préfigurateurs, qui embarquent les caisses régionales :

- Définition d'une offre socle d'information et d'orientation partagée par le département, les communes, les CCAS, les caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM), les CAF, les caisses de retraite… ;
- Réalisation d'un guide recensant les bonnes pratiques en termes d'accessibilité des lieux d'accueil tels que les mairies, les CCAS, les MDPH, les caisses de retraite, les CAF, les conseils départementaux… ;
- Construction d'un outil permettant d'identifier les offres de la caisse de retraite, de la CAF, de la MSA, de la CPAM et du département à destination des professionnels de ces institutions ;
- Mise en place d'un groupe de travail entre CAF, MSA, caisses de retraite, département et MDPH permettant de fluidifier le parcours des bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé de plus de 62 ans ;
- Identification des acteurs qui interviennent dans la chaine de valeur de l'évaluation, de l'instruction des droits et de l'accompagnement dans l'accès aux droits et prestations pour déterminer les points bloquants et définir des processus partagés ;
- État des lieux des réseaux d'aide aux aidants et actions mises en place à l'échelle d'un territoire en vue de définir une stratégie partagée ;
- Sensibilisation d'acteurs de proximité au déploiement d'ICOPE.

service public de l'autonomie

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

cnsa
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

service public de l'autonomie