



Le service public départemental de l'autonomie et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

CNSA© B. Topuz

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 décroisement, 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.



2.

Le SPDA pour les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) assurent la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels, qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations, ainsi que la planification des prises en charge selon les termes de l'article L.6327-2 du Code de la santé publique.

Au niveau des situations individuelles et dans le respect des missions des partenaires et de leurs territoires d'intervention, le DAC contribue à :

- Informer et orienter ;
- Repérer les fragilités ;
- Analyser les demandes ;
- Évaluer les besoins ;
- Planifier les accompagnements ;
- Assurer le suivi de la situation.

Le territoire d'action d'un DAC est défini localement, sur proposition des professionnels qui ont vocation à le piloter et en fonction de la structuration de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante.





Le rôle des DAC dans le SPDA

Les DAC sont la porte d'entrée unique des professionnels sur un territoire donné pour les aiguiller et les appuyer dans la réponse aux situations complexes ou ressenties comme telles. Ils permettent d'apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels, quels que soient la pathologie, l'âge de la personne qu'ils accompagnent ou la complexité de son parcours de santé.

Acteurs essentiels du service public départemental de l'autonomie, les DAC peuvent en fonction de spécificités territoriales et des besoins identifiés :

- **Apporter un appui aux professionnels dans la gestion des situations identifiées comme complexes** (exemple : orientation vers les ressources du territoire, mise à disposition d'outils, protocoles, expertises et conseils) ;
- **Faciliter l'articulation entre les professionnels des différents secteurs et le travail en réseau ;**
- **Participer à l'identification des ruptures de parcours** sur leur territoire ;
- Répondre aux spécificités du territoire et **contribuer à la coordination territoriale ;**
- **Mettre en place des accompagnements renforcés et personnalisés** des parcours complexes en toute impartialité vis-à-vis des partenaires.



CNSA© B. Topuz



Quels enjeux pour les DAC ?

Pour les DAC, le SPDA peut contribuer à :

- **Mieux faire connaître et promouvoir leurs missions et leur périmètre d'intervention** auprès des acteurs de terrain et identifier les besoins de coopération ;
- **Développer une vision plus précise et exhaustive de l'ensemble des membres du SPDA** présents sur le territoire, ainsi que des outils et dispositifs existants à destination des professionnels et des usagers, pour **favoriser une vision globale des parcours** facilitant les décisions et la coordination ;
- **Renforcer des liens étroits avec l'ensemble des acteurs**, pour davantage de décloisonnement et de fluidité dans les interactions, et faciliter la gouvernance et l'animation de l'écosystème ;
- **Développer des outils communs** pour éviter les redondances et gagner en lisibilité auprès des bénéficiaires finaux, pour solliciter un appui face à une situation qu'ils perçoivent comme complexe ;
- **Identifier et articuler les espaces de concertation mobilisables** sur le territoire, dédiés à la structuration des parcours, et/ou sur des situations individuelles complexes ;
- **Renforcer le décloisonnement entre acteurs** pour un suivi global et continu des parcours complexes et identifier plus rapidement les points de blocage ;
- **Contribuer à l'échange et au partage d'information au sein du SPDA autour des situations individuelles** au travers notamment des outils numériques sécurisés régionaux.



Concrètement, quelques actions menées à l'échelle des territoires

Quelques exemples de travaux en cours dans les territoires préfigurateurs, qui embarquent les DAC :

- **Développement de partenariats et définition de modalités d'articulation** entre les différents dispositifs de coordination des parcours : identification des périmètres d'action de chacun, définition du « qui fait quoi » et de processus de coopération, afin d'optimiser les réponses apportées aux usagers ;
- **Réflexion autour de la fonction de référence de parcours** chargée du suivi des personnes sur le temps long ;
- **Organisation des démarches d'observatoire des besoins et des ruptures** existantes ou en cours de mise en place pour favoriser leur articulation et le partage de leurs enseignements ;
- Participation à des **temps d'interconnaissance** avec l'ensemble des partenaires du territoire pour développer une culture commune ;
- Réflexions partagées autour de la définition de concepts clés tels que la **notion de complexité**, pour parler un même langage ;
- **Définition d'une organisation partenariale et d'une co-responsabilité entre acteurs** en termes de construction des parcours, de réalisation d'outils communs ou de définition d'actions conjointes à développer.



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.

Plus d'informations sur cnsa.fr

Et aussi : facsnationale.fr