



UNIOPSS



*Unir
les associations
pour développer
les Solidarités*

**LE TRIPLE ENJEU DU SERVICE PUBLIC
DÉPARTEMENTAL DE L'AUTONOMIE :**

**OBSERVER LES BESOINS,
SIMPLIFIER LES PARCOURS,
PILOTER L'OFFRE AU PLUS PRÈS
DU TERRAIN**

Avril 2025

Édito

À quelques encablures maintenant d'un virage démographique important, la mise en œuvre du Service public départemental de l'autonomie (SPDA) doit se donner les moyens d'amener un changement qualitatif important dans les réponses apportées aux personnes en perte ou en manque d'autonomie. Sauf à se contenter d'être un dispositif de coordination de plus, comme il y en a eu beaucoup depuis une douzaine d'années, il doit ainsi réellement et concrètement changer la vie des personnes concernées et de leurs aidants.

Pour cela, une forte ambition doit animer sa mise en place, au niveau national comme dans chacun des territoires. En effet, les personnes concernées et leurs proches rencontrent deux types de difficultés qui se cumulent :

- D'abord dans l'accès aux droits, pour faire reconnaître que leur situation justifie un accompagnement à la hauteur de leurs besoins et que cette reconnaissance se fasse dans un délai raisonnable. C'est l'aspect de simplification du guichet d'entrée qui sera tout à fait utile, d'autant plus en décloisonnant les politiques publiques du Grand âge et du handicap ;
- Ensuite, et c'est souvent cet aspect-là qui n'est pas mis en avant alors qu'il est tout autant primordial, dans la mise en œuvre concrète de ces droits : il ne peut suffire que les décideurs publics simplifient l'accès à des droits qui ne seraient que théoriquement mis en œuvre !

Ainsi, pour l'Uniopss, qui a toujours défendu une politique de l'autonomie qui se mette à hauteur des besoins des personnes et de leurs réalités de vie¹, le SPDA doit rendre des décisions opposables et provoquer du droit concret pour les personnes, *dès le premier kilomètre* de leur environnement personnel.

Il faut donc de l'ambition ; or le meilleur moyen que celle-ci soit bien présente et demeure par-delà les aléas des politiques publiques, est que les acteurs de terrain soient pleinement présents, avec les personnes elles-mêmes, dans les instances de décisions nationales comme départementales.

Observer les besoins avec des états des lieux partagés entre autorités publiques et acteurs de terrain, simplifier la vie des personnes par un guichet unique et piloter l'offre au plus près des territoires, voilà une vraie transformation de politiques publiques, enfin décloisonnées, dont chacun pourra se satisfaire. C'est cet objectif d'un SPDA le plus utile et efficace possible que l'Uniopss appelle de ses vœux.

Etienne Petitmengin
Membre du Bureau de la CNSA

Daniel Goldberg
Président de l'Uniopss

¹ [Faire de l'autonomie de chacun le cœur d'une société inclusive et solidaire. Plaidoyer pour une politique de l'autonomie](#), Uniopss, avril 2023

I. Le SPDA, un levier pour améliorer l'effectivité des droits

Il y a vingt ans, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé les MDPH, qui se voulaient être un guichet unique pour l'accès aux droits relevant de l'autonomie. Mais depuis le rapport Piveteau « Zéro sans solution » de 2014 jusqu'à aujourd'hui, le constat de non-effectivité des droits perdure. Côté grand âge, le constat est le même. La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) observait, déjà en 2013, le manque d'informations et de diffusion sur les droits des personnes âgées². Ce phénomène s'étend à la méconnaissance des recours existants qui se traduit par le faible contentieux relatif aux discriminations. Pourtant, malgré la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 (loi ASV) qui a fait de l'adaptation de la société au vieillissement un « impératif national et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la Nation » et du département l'acteur prééminent des politiques relatives aux personnes âgées, la CNCDH relève toujours un manque d'information qui nuit à l'effectivité des droits. Elle souligne l'intérêt et la nécessité de faire prévaloir des politiques et des moyens d'accompagnement des personnes vieillissantes dans leur parcours de vie³.

En 2022, le rapport Libault appelle à la création d'un service public territorial de l'autonomie piloté par le service rendu aux personnes ayant « pour mission de passer le relais à l'interlocuteur compétent pour répondre aux attentes de la personne et de s'assurer alors qu'une solution a été effectivement apportée.⁴

Dans une logique de convergence des politiques de l'autonomie sur un sujet qui rejoint celui de la gouvernance et de la mise en œuvre opérationnelle de la 5^e branche, l'Uniopss souhaite qu'une nouvelle dynamique soit lancée pour garantir un parcours simplifié et des services de meilleure qualité pour les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes en situation de handicap. **Ainsi, la mise en œuvre du SPDA marquerait positivement la création de la branche autonomie, comme celle des MDPH a symbolisé la loi de 2005.**

Les politiques de l'autonomie résultent de quatre convergences : où vivent les personnes de manière autonome, l'accompagnement sanitaire disponible, le soutien à l'autonomie et le lien social. Si l'Uniopss accueille favorablement la convergence des réponses pour les personnes âgées et les personnes

² CNCDH, Avis de suivi sur les droits des personnes âgées (2013 - 2025)

³ Ibid.

⁴ [Vers un service public territorial de l'autonomie](#), Dominique Libault, 2022, p.39, para. 78.

handicapées que représente l'instauration d'un guichet unique, elle acte du même coup la territorialisation de la sécurité sociale qu'implique le déploiement du SPDA.

Le SPDA se démarque des précédents dispositifs de coordination qui ont pu être mis en œuvre auparavant dans la mesure où il ne crée pas de nouveau dispositif dans ce que Marie-Aline Bloch appelle « le mille-feuille à la française »⁵. Plus que des modalités opérationnelles, son cahier des charges veut « **poser un cadre commun d'engagements envers les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs aidants en termes de service rendu** ». Sans remettre en cause les périmètres de missions ou les champs de compétence des acteurs actuels, il vise plutôt à **créer de nouveaux modes de coopération entre les acteurs existants pour « faire service public »**.

Le SPDA apporte donc la promesse de **faire le dernier kilomètre vers les personnes** dans une logique « d'aller vers », et de devenir un **guichet multiple de mise en œuvre effective des droits**. Le déploiement du SPDA est une opportunité majeure pour permettre une réponse plus satisfaisante aux exigences de repérage et d'évaluation des besoins à des fins d'orientation et d'accompagnement des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie, et de constituer les aidants comme des publics à part entière du SPDA, comme le prévoit la stratégie nationale pour les aidants.⁶

Pour concrétiser ces espoirs lors de sa généralisation, **voici les préconisations de l'Uniopss.**

II. Le rôle du SPDA dans le pilotage de l'offre, vers une responsabilité populationnelle à l'échelle départementale

Pour concrétiser pleinement l'ambition du SPDA, il est essentiel que celui-ci ne soit pas réduit à un rôle de coordination institutionnelle, mais assume **une fonction d'observatoire territorial des besoins et de de lieu à la fois de discussion et d'élaboration de l'offre d'accompagnement effectivement mise en œuvre.**

Cela doit permettre d'identifier les causes des ruptures de parcours, d'évaluer les actions d'« aller vers » les publics invisibilisés, comme prévu dans la troisième

⁵ « [Dispositifs de coordination : En finir avec le « mille-feuille à la française » pour la santé des personnes, des professionnels et des territoires](#) », Marie-Aline Bloch, Professeure de l'EHESP, Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARENES – UMR 6051, 2022

⁶ La stratégie nationale aidants prévoit notamment de « Faire des aidants un public à part entière dans le cadre du Service public départemental de l'autonomie (SPDA) ». Quatre missions principales lui sont attribuées : l'accueil, l'information, l'orientation et la mise en relation.

mission du cahier des charges. Concernant le référentiel de qualité de service, le cahier des charges repose beaucoup sur des engagements de principe et/ou de moyens, et ne comporte pas d'objectifs de résultats qui seraient opposables et mesurables. Mais cette observation ne peut être purement descriptive : l'enjeu serait d'imposer une **obligation de résultat dans la lutte contre le non-recours et les ruptures de parcours**.

Le Haut Conseil de la famille de l'enfance et de l'âge (HCFEA) souligne l'utilité du cahier des charges du SPDA mais regrette l'absence de désignation des institutions responsables d'une mission spécifique reflétant le niveau de service ou de résultat qu'elles doivent atteindre⁷. Le cahier des charges s'appuie principalement sur des engagements de principe et/ou de moyens en matière de référentiel de qualité de service, et **ne comporte pas d'objectifs de résultats qui seraient opposables et mesurables**. Pour pallier cet écueil, le Conseil de l'âge propose que le cahier des charges formule d'une part les grands engagements du SPDA vis-à-vis des personnes et de leurs aidants dans une « charte des dix engagements du SPDA dans chaque département ». Et d'autre part, il doit prévoir les objectifs de qualité de service et des accompagnements (en nombre restreint, mais lisibles et compréhensibles pour le grand public) ainsi que des objectifs de réduction des inégalités territoriales dans les niveaux d'aide et d'offre.

Globalement, les démarches et indicateurs sont bien adaptés selon le HCFEA⁸. Toutefois, certains indicateurs utilisés dans d'autres types de pilotage par la performance manquent (délais de réponse aux courriers, taux de décroché de l'accueil téléphonique, etc.). Les indicateurs doivent poursuivre l'objectif de « *permettre un suivi de la mise en œuvre des accompagnements et des parcours individuels d'autonomie des personnes âgées afin de mesurer la qualité et l'impact des actions de prévention, mais aussi sur les faiblesses éventuelles dans la quantité ou la qualité des solutions d'accompagnement à domicile, en établissement ou dans des habitats intermédiaires et partagés* ».

Découlant de ce travail de repérage des besoins non couverts, **le SPDA doit donc pouvoir contribuer à l'élaboration de l'offre, en articulant les besoins exprimés par les personnes concernées et les réalités de terrain vécues par les acteurs du SPDA, et notamment les acteurs associatifs présents dans tous les territoires, en établissement comme pour le domicile**. L'offre ne peut pas seulement être à la main des financeurs publics dans une discussion en tête à tête entre les services déconcentrés de l'État et les conseils départementaux.

⁷ HCFEA – Conseil de l'âge, [Avis portant sur le projet d'arrêté – et son annexe – relatif au cahier des charges du service public départemental de l'autonomie, 2025](#)

⁸ HCFEA, avis sur le projet de cahier des charges du SPDA.

Il s'agit bien là d'une nécessité de donner au SPDA un rôle d'observatoire partagé entre les différents acteurs publics et privés, avec une représentation des personnes accompagnées, **dont les données soient prises en compte dans l'établissement de l'offre de solutions de proximité, en apportant une attention particulière aux départements les moins pourvus.**

Le bilan des territoires préfigureurs montre une convergence des travaux : de manière générale, les territoires ont tous identifié la **nécessité d'articuler le SPDA avec l'ensemble des schémas et stratégies départementales** (Schéma de l'autonomie, Conseils territoriaux de santé, Contrats locaux de santé, Projet régional de santé, Pacte territorial de santé, schéma des solidarités, schéma de l'action sociale et de proximité, Contrat local des solidarités...) **et une mobilisation nationale des acteurs de droit commun à renforcer** : CAF, CPAM, France travail, Éducation nationale, France services, etc. Un travail de pédagogie sur l'articulation entre la mise en œuvre du SPDA et la régulation de l'offre médico-sociale est à engager : ce doit être l'occasion d'établir un état des lieux partagé avec les autorités publiques, notamment les régions dans leur responsabilité sur la formation des acteurs de terrain comme levier de l'attractivité des métiers.

Dans cette logique, le rapport IGAS sur la transformation de l'offre rappelle que « La volonté de faire des projets régionaux resserrés, pour une meilleure appropriation des acteurs, d'impulser à travers ces schémas régionaux portant sur tout le champ de compétence des ARS dans des priorisations au regard des spécificités du territoire, amènent à des mesures rédigées en termes parfois très généraux, avec des objectifs et leviers opérationnels clairs mais peu prescriptifs. En grande majorité, les projets régionaux de santé ne comportent pas de déclinaisons départementales. La programmation de l'offre médico-sociale n'est précisée à la maille départementale qu'à travers le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).»⁹

Mais les PRIAC n'ont pas de cadre normalisé et se résument souvent à de simples projections des crédits prévus par type de structures (mises à jour annuellement ou non, avec ou sans mention des capacités, avec ou sans mention des procédures - AAP, AMI, extension -, avec ou sans mention des projets déjà autorisés mais non encore installés), permettant d'avoir une visibilité sur l'offre mais celle-ci ne peut s'arrêter à une réflexion stratégique en regard des besoins.

Quant aux schémas départementaux, ils ne comportent que peu ou pas d'orientations sur la transformation des établissements et services sociaux et médico-sociaux pour les personnes en situation de handicap sous

⁹ Rapport IGAS Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ? 2025, p.44, para 114, 115.

compétence du département. Plusieurs outils programmatiques coexistent donc pour les publics PSH dans une logique PA/PSH, parfois entièrement pensés d'une part PA et d'autre part PSH et parfois dans une approche mixte PA/PSH, entraînant des cloisonnements du fait de leurs différents périmètres.¹⁰

Ces constats amènent la mission IGAS, dans sa recommandation n°7, à déterminer l'une des instances existantes comme instance unique à l'échelle départementale avec un agenda fixe pour mener les réflexions stratégiques territoriales autour de chacune des thématiques de besoins des personnes en situation de handicap dans le cadre du SPDA. Pour concrétiser ces objectifs et leur apporter une véritable cohérence territoriale, il est ainsi proposé la mise en œuvre d'un **document unique de planification de l'offre dans le champ de l'autonomie**.¹¹

Cela est d'autant plus pertinent dans la dynamique de transformation de l'offre, car si en raison des différents financeurs, les ESSMS enfants proposent des offres modulaires et adaptables aux besoins des personnes concernées mais que les ESSMS adultes n'opèrent pas leur transformation pour assurer une continuité, les risques de rupture de parcours plus individualisés et/ou plus inclusifs seront accrus, engendrant une régression vers moins d'autodétermination et d'autonomie.

Concrètement, la mission IGAS recommande qu'un unique schéma départemental relatif à l'accompagnement des personnes en situation de handicap, commun ARS/conseils départementaux, soit fixé, associant les organismes gestionnaires, la MDPH, l'Éducation nationale et France travail, la DDETS et des acteurs du logement pour établir un diagnostic partagé, définir les objectifs de transformation de l'offre des ESSMS et la programmation de cette offre dans le champ enfants comme dans le champ adultes, ainsi que tous les acteurs de droit commun. **Ce schéma sera d'autant plus un outil de pilotage s'il s'inscrit dans le cadre plus global d'une contractualisation tripartite CNSA/ARS/CD et si une programmation systématiquement pluriannuelle des crédits au niveau national est décidée.**¹²

Enfin, le SPDA ne saurait remplir cette mission sans une gouvernance réellement partagée. Cela implique de **décloisonner les logiques sectorielles** – notamment en associant les directions de l'offre de soins dans les ARS et les référents handicap hospitaliers – mais aussi **d'assurer la participation active des personnes concernées**. Le bilan des départements préfigurateurs questionne la place laissée aux associations de personnes représentatives dans les CDCA. En effet, elles ont un rôle capital à jouer lors des conférences territoriales de l'autonomie, instances centrales car chargées par la loi de coordonner l'action des membres du SPDA et de veiller

¹⁰ Ibid, para 119, 121

¹¹ Uniopss, Plaidoyer pour une politique de l'autonomie, 2023

¹² Ibid, para 127

au respect du cahier des charges.¹³ Trop de territoires laissent les CDCA en marge du processus, alors qu'ils devraient en être des acteurs clés.

Le cadre du SPDA ne doit pas être trop rigide afin que sa mise en œuvre évolue pour améliorer sans cesse la réponse aux besoins. Avant sa création dans les modalités prévues par la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, l'Uniopss proposait que ce service public offre « *un bouquet de services large, lisible et évolutif* »¹⁴.

Le Conseil de l'âge appelle aussi à l'effectivité de l'enrichissement progressif et continu du cahier des charges et de ses exigences minimales de qualité la démarche d'amélioration prévue dans le projet, sur la base d'un pilotage et d'une évaluation nationale du déploiement du SPDA¹⁵.

La question des moyens est nécessairement posée pour porter la dynamique entre partenaires pour la montée en charge et l'animation pérenne du SPDA¹⁶. Le HCFEA invite à un effort supplémentaire d'ici à 2030 pour conforter à la fois qualitativement et quantitativement les accompagnements des personnes âgées, effort qui pourrait être inscrit dans la loi de programmation prévue par la loi Bien-Vieillir¹⁷, que l'Uniopss appelle de ses vœux.

Le SPDA représente aussi une opportunité pour les personnes se situant aux frontières du grand âge et de la précarité. L'une de ses ambitions est de favoriser la coopération entre tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et de garantir un parcours continu et adapté aux besoins des personnes. Du fait de leurs besoins différents, multiples et grandissants avec l'avancée en âge, les personnes précaires vieillissantes doivent être accompagnées et orientées. Cependant, lorsqu'elles sont suivies par des travailleurs de sociaux de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) par exemple, ces derniers ne sont pas toujours outillés pour les accompagner, n'étant pas spécialistes de la perte d'autonomie. L'Uniopss préconise ainsi la création de partenariats entre le SPDA et les acteurs du secteur de l'hébergement et du logement accompagné permettant à ces derniers de pouvoir aiguiller au mieux ces personnes grâce aux ressources fournies par le SPDA¹⁸.

¹³ Avis du HCFEA sur le projet de cahier des charges du SPDA

¹⁴ Uniopss, Plaidoyer pour une politique de l'autonomie, 2023

¹⁵ [HCFEA, Avis portant sur le projet d'arrêté – et son annexe – relatif au cahier des charges du service public départemental de l'autonomie, 2025](#)

¹⁶ Uniopss, Document de rentrée sociale, chapitre « Politiques de l'autonomie : Ensemble pour une société toujours plus inclusive et solidaire ! », 2024

¹⁷ [HCFEA, Avis portant sur le projet d'arrêté – et son annexe – relatif au cahier des charges du service public départemental de l'autonomie, 2025](#)

¹⁸ [Uniopss, Etude sur les personnes vieillissantes dans l'hébergement et le logement accompagné, 2025](#)

III. La CNSA comme pilote national de l'observatoire des besoins, vigie assurant l'universalité des droits et l'égalité dans l'accompagnement

La CNH d'avril 2023 avait annoncé la mise en place d'un observatoire des besoins des personnes en situation de handicap. Le Comité interministériel au handicap 2024 a, quant à lui, annoncé la mise en place d'observatoires territoriaux des besoins des personnes en situation de handicap confiés aux ARS. Mais pour avoir une vision fine des besoins sur l'ensemble du territoire, **le croisement des différentes données relevant d'autorités distinctes est nécessaire**. C'est ce qui amène la mission IGAS à considérer que « l'enjeu de connaissance des besoins est aussi territorial pour la programmation de l'offre que national pour l'allocation de crédits aux ARS et la conduite des politiques publiques », appelant un pilotage de la donnée à l'échelle nationale.¹⁹

Une vraie cinquième branche consacrée à l'autonomie, c'est assurer un pilotage cohérent et ordonné de l'ensemble des politiques publiques concernées qui garantit réellement l'universalité des droits, en sortant du fonctionnement actuel en silos. Logiquement, la mission considère, dans sa recommandation n°9, que **la CNSA et la DREES sont à même de piloter la donnée au niveau national**, d'autant plus que la DREES coordonne déjà un groupe des producteurs de données sur le handicap, dont la CNSA. Ensemble, elles seraient à même de mettre en place une méthodologie pour **alimenter les observatoires territoriaux des besoins et la production des données socles nécessaires au diagnostic et à l'analyse des besoins** des personnes en situation de handicap et en perte d'autonomie, pour mener une réflexion sur la faisabilité de projections dans le temps.

En outre, disposer d'un observatoire piloté au niveau national par la CNSA permettrait **l'évaluation des inégalités territoriales et la mise en place d'un mécanisme de compensation pour les départements sous-dotés**. À ce jour, aucun outil structurant ne permet de répondre à cet enjeu, en dehors de la qualité du portage local, souvent liée à l'implication des CDCA.

L'avis du CESE relatif à la prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement pointait les inégalités territoriales en matière d'actions de prévention à la perte d'autonomie et de leur financement suivant les collectivités territoriales, en

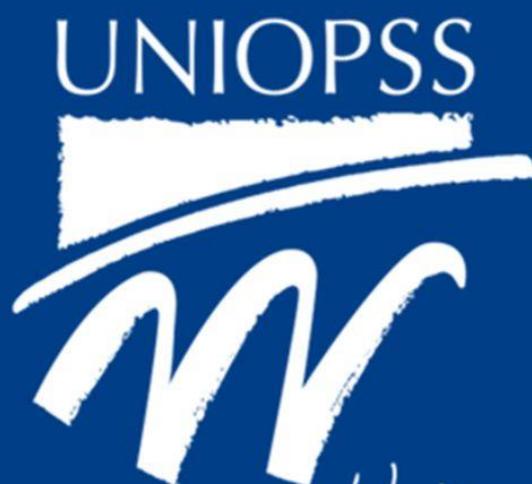
¹⁹ Ibid, para 138

particulier les départements²⁰. La mise en place d'un **baromètre des inégalités pourrait constituer un levier de transparence et de pilotage au service de l'action publique**. Dans ce contexte, la refonte des concours de la CNSA aux conseils départementaux, attendue cette année, représente une opportunité majeure. Elle doit s'inscrire dans une logique de simplification, d'équité et de lisibilité.

Certains, comme Jean-René Lecerf, président du conseil de la CNSA, appellent à aller plus loin, en posant les bases d'une **nouvelle forme de péréquation entre départements**. À l'image du dispositif horizontal existant pour la redistribution des recettes issues des DMTO, il s'agirait de construire un mécanisme permettant à l'État de répartir ses concours de manière plus juste, en tenant compte des besoins réels et des capacités financières locales. **En tout état de cause, une vraie 5^e branche de la protection sociale dans le champ de l'autonomie doit assurer l'universalité des droits, l'égalité de traitement en tout lieu du territoire, le financement par la solidarité et l'unicité du pilotage.**²¹

²⁰ CESE, avis « La prévention de la perte d'autonomie liée au vieillissement », 2023.

²¹ « [Créons une vraie cinquième branche de la protection sociale](#) », par D. Goldberg, président de l'Uniopss, E. Petitmengin, membre du Bureau de la CNSA et Ph. Calmette, président de la FISAF, tribune parue dans Le Monde, le 23 novembre 2024.



*Unir
les associations
pour développer
les Solidarités*



UNIOPSS – 15 rue Albert – 75214 PARIS
contact@uniopss.asso.fr – 01 53 36 35 00 – www.uniopss.asso.fr