

Rapport d'activité thématique

Novembre 2025

Conseils départementaux de la
citoyenneté et de l'autonomie

Synthèse des rapports 2021-2024

Sommaire

Introduction	4
<u>1</u> Les contributions des CDCA aux politiques publiques de l'autonomie	7
1. Avis obligatoires : une dynamique à l'œuvre au sein des CDCA malgré une consultation institutionnelle encore inégale	7
1.1 Vue d'ensemble sur les avis rendus entre 2021 et 2024	7
1.2 Focus : une participation renforcée des CDCA à l'élaboration et au suivi des schémas départementaux, mais encore limitée pour les autres documents stratégiques	12
2. Les CDCA comme espaces de réflexion et de propositions : des contributions plurielles dont la valorisation et la reconnaissance sont à consolider	16
2.1 Élaboration de recommandations : une majorité de CDCA en ont formulé, en priorité sur le respect des droits et la bientraitance des personnes	16
2.2 Débats et propositions concernant la politique départementale de l'autonomie : une grande diversité de thématiques abordées	20
2.3 Saisines hors avis obligatoires : des sollicitations institutionnelles en hausse, qui concernent toutefois une part limitée de CDCA	22
<u>2</u> Les modalités de fonctionnement des CDCA	24
1. Composition de l'instance : des difficultés de renouvellement, notamment dans les premiers collèges	24
2. Fonctionnement des réunions : vers des modalités plus collaboratives et inclusives	27
2.1 Modalités d'échanges : une approche principalement transversale (PA/PH) et en commissions spécialisées	27
2.2 Accessibilité des échanges : une dynamique bien initiée et qui reste à renforcer dans les CDCA	29

3. Moyens alloués aux CDCA par les collectivités : des formes de soutien multiples et de niveau variable.....	31
4. Lien avec les partenaires : une inscription renforcée des CDCA dans l'écosystème local...	34
4.1 Les CDCA au sein des instances territoriales : une représentation qui se consolide	34
4.2 Sollicitation des partenaires : une pratique relativement répandue au sein des CDCA pour nourrir leurs travaux.....	36
4.3 Travail inter-CDCA : une dynamique bien engagée dans certains territoires, largement souhaitée ailleurs, pour favoriser la mutualisation et le partage de pratiques	37
Conclusion.....	38
Glossaire.....	40
Annexes	42

Introduction

Le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie : fonctionnement et missions

En tant qu'instance de démocratie participative, le conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA)¹ a pour rôle d'assurer la participation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à l'élaboration et au suivi des politiques publiques qui les concernent². Créé par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV), le CDCA s'inscrit dans la volonté de favoriser la transversalité au sein des politiques de l'autonomie.

Présidée par le président du conseil départemental, l'instance réunit l'ensemble des acteurs du territoire concernés par les politiques publiques de l'autonomie (Annexe – Figure 1). Le CDCA rassemble ainsi des représentants des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et de leurs aidants, des institutions telles que le conseil départemental, l'agence régionale de santé (ARS), l'Éducation nationale et les services de l'État, ainsi que des professionnels et organismes du secteur – syndicats, employeurs, établissements et services médico-sociaux. Des experts ou acteurs qualifiés sur les thématiques traitées par le CDCA sont également associés. De cette façon, le CDCA vise à renforcer la concertation, la co-construction et le croisement des expériences et des expertises dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques publiques de soutien à l'autonomie.

Le CDCA comprend deux formations spécialisées (Annexe – Figure 1), l'une dédiée aux questions relatives aux personnes âgées (formation PA), l'autre dédiée aux questions relatives aux personnes handicapées (formation PH), chacune pilotée par un vice-président. Ces deux formations se réunissent en formation plénière, avec l'ensemble des membres.

L'instance est dotée de larges compétences consultatives en matière :

- De prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social, d'accès aux soins et aux aides humaines et techniques ;
- D'accessibilité, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle, d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme ;
- De soutien et de valorisation des proches aidants ;
- De droits, de bientraitance et de questions éthiques.

¹ Dans la présente synthèse, le terme CDCA recouvre également le CDMCA (conseil départemental métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie) en Loire-Atlantique (44) et dans le Rhône (69), le CTCA (conseil territorial de la citoyenneté et de l'autonomie) en Martinique (972) et en Guyane (973) ainsi que le CCACC (conseil de la citoyenneté et de l'autonomie de la collectivité de Corse – 20). De la même façon, les termes département ou conseil départemental recouvrent l'ensemble des collectivités exerçant les compétences départementales.

² Art. L. 149–1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Au titre des compétences-socle prévues par la loi, le CDCA doit être consulté pour avis sur les schémas et les programmes départementaux et régionaux qui structurent la politique publique de l'autonomie au niveau local (Annexe – Figure 2). Par exemple, il doit rendre un avis consultatif sur le schéma départemental relatif aux personnes âgées et/ou aux personnes en situation de handicap ou sur le projet régional de santé (PRS) défini par l'ARS. Le CDCA peut également, de sa propre initiative, formuler des recommandations et mener des débats concernant la politique de l'autonomie. Le CDCA désigne aussi des représentants dans certaines instances départementales et régionales des secteurs de la santé et de l'autonomie.

La synthèse nationale : enjeux et méthodologie

Objectifs et contexte

L'article L. 149-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que le CDCA adresse au Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), au Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH) et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) un « rapport biennal sur la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans le département, dont la synthèse fait l'objet d'une présentation dans chacune de ces instances ». Tel qu'inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion 2022-2026 de la CNSA, ce rapport vise aussi à « rendre compte du fonctionnement des CDCA et de la réalité de l'association des personnes âgées et des personnes en situation de handicap à la conception et au suivi des politiques territorialisées ».

Le rapport porte à titre exceptionnel sur la période comprise entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2024, durant laquelle la quasi-totalité (97 %) des CDCA a été renouvelée. Parmi les événements marquants ayant pu influencer l'activité et le fonctionnement des CDCA, on peut citer :

- 2021 : suite de la crise sanitaire, assouplissement des restrictions, soutien apporté aux acteurs du médico-social (Ségur de la santé, article 43 de la loi de financement de la Sécurité sociale) ;
- 2022, 2024 : lancement par le Gouvernement d'un plan de contrôle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'une stratégie nationale de lutte contre les maltraitances ;
- 2023 : mise en place progressive des « services autonomie » articulant l'aide et le soin ;
- 2023 : Conférence nationale du handicap, suivie du lancement de la Stratégie nationale pour le développement de 50 000 solutions pour les enfants et adultes en situation de handicap ;
- 2024 : préfiguration du service public départemental de l'autonomie (SPDA) dans 18 territoires.

Méthodologie et précautions de lecture

À l'instar des deux précédentes éditions (2017-2018, 2019-2020), la trame du rapport a été élaborée en septembre 2024 dans le cadre d'un groupe de travail composé de la CNSA, du HCFEA, du CNCPPH, de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de représentants de CDCA (collectivités et membres) ainsi que de représentants d'associations et syndicats nationaux. La trame du rapport a par la suite été testée auprès de représentants de CDCA avant diffusion.

Le rapport a été complété et transmis par les CDCA entre le 7 janvier et le 31 mars 2025 à travers un questionnaire en ligne comprenant environ 90 questions fermées et près de 40 questions ouvertes. Tous les CDCA installés à cette date ont contribué à la collecte.

La présente synthèse nationale s'appuie donc sur les 98 rapports et sur près de 500 documents transmis par les CDCA, dont environ 250 productions portent sur leurs travaux relatifs aux politiques publiques et sur leurs pratiques, permettant de compléter l'analyse. L'ensemble de ces informations n'est toutefois pas restitué de manière exhaustive dans le présent document. Par ailleurs, certaines données sont partielles ou ne concernent pas tous les CDCA. Dans ce cas, le nombre de territoires concernés est précisé, et les résultats sont présentés sur la base des CDCA ayant répondu, hors données indisponibles. Par ailleurs, certains résultats sont mis en perspective avec ceux du rapport 2019-2020, sans qu'une comparaison rigoureuse soit possible, la précédente période biennale ayant été perturbée par la crise sanitaire.

Mobilisation et retours des CDCA sur la démarche

La réalisation de la présente synthèse a été rendue possible grâce à une forte mobilisation des membres des CDCA et des référents au sein des conseils départementaux : qu'ils en soient remerciés. Dans près de sept CDCA sur dix, le bureau plénier ou les bureaux des formations spécialisées ont été associés à la préparation du rapport, comme le prévoit l'article D. 149-12 du CASF. Parmi les bureaux pléniers concernés, plus de la moitié indiquent avoir contribué à la rédaction du projet de rapport, les deux tiers avoir échangé à son sujet et près des trois quarts l'avoir validé. Dans d'autres CDCA, le travail a été porté par les vice-présidents ou encore par un groupe de travail dédié, rassemblant, selon les cas, le président du CDCA, les vice-présidents, des membres du ou des mandats concernés par la période couverte ainsi que des agents de la direction de l'autonomie.

Certains CDCA indiquent avoir suivi une méthodologie de gestion de projet afin de compléter le rapport : transmission de la trame aux membres concernés en vue de son appropriation, cadrage concerté (définition des modalités de travail, rétroplanning), complétude séquencée et itérative du rapport (premier projet, échanges, validation) avant consolidation par le référent CDCA et entérinement en assemblée plénière. Les membres des CDCA se sont particulièrement impliqués dans la rédaction des volets du rapport ayant trait aux recommandations réalisées, aux débats et propositions initiés, aux thématiques traitées ainsi qu'aux productions marquantes de la période 2021-2024.

Les retours des CDCA soulignent que l'appropriation de la trame et la rédaction du rapport ont représenté une opportunité à la fois pour les membres de la précédente mandature et pour les nouveaux. Cela leur a notamment permis de dresser un bilan de la mandature passée ou de s'approprier les travaux déjà engagés et, plus largement, de mieux connaître les missions et prérogatives du CDCA, d'identifier des axes de travail et de se familiariser avec une démarche de bilan.

Toutefois, d'après les retours des CDCA, plusieurs paramètres ont freiné la production du rapport, parmi lesquels le renouvellement des membres, en cours ou récent, et le changement de référent du CDCA au niveau de la collectivité, voire la vacance du poste, rendant difficile l'analyse rétroactive sur quatre ans. Quelques CDCA mentionnent également le calendrier de collecte qui a limité l'organisation de réunions d'échange et/ou d'une assemblée plénière de validation dans le délai imparti.

1 Les contributions des CDCA aux politiques publiques de l'autonomie

1. Avis obligatoires : une dynamique à l'œuvre au sein des CDCA malgré une consultation institutionnelle encore inégale

1.1 Vue d'ensemble sur les avis rendus entre 2021 et 2024

📌 Points clés

Entre 2021 et 2024, les CDCA ont rendu des avis sur six documents en moyenne, parmi les douze prévus par la loi. On note des disparités entre CDCA : deux n'ont formulé aucun avis tandis qu'un en a rendu douze. Les CDCA avaient rendu en moyenne 4 avis en 2017-2018 et 3,6 en 2019-2020, mais chacune de ces périodes ne couvrait que deux années. L'évolution à six avis pourrait s'expliquer par le calendrier de parution des documents et par la période d'analyse plus étendue.

Pour les avis non rendus, les CDCA mettent en avant plusieurs éléments d'explication : en premier lieu, 46 % déclarent qu'ils n'ont pas été consultés par l'instance ou ont été informés *a posteriori*, 24 % indiquent qu'ils n'ont pas eu connaissance du document à examiner, 4 % ont été consultés dans les temps, mais n'ont pas souhaité ou pas pu traiter la demande et 1 % ont été consultés tardivement. Seuls 17 % des CDCA n'ont pas rendu d'avis, car il n'y en avait pas à rendre sur la période et 8 % n'ont pas précisé le motif. **Ces données mettent en évidence le besoin de sensibiliser davantage les instances concernées sur la nécessaire consultation des CDCA en amont de la diffusion des documents et, pour les CDCA, de mieux identifier les interlocuteurs pouvant les guider dans l'appropriation de ces documents.**

Tous documents confondus, l'avis est favorable pour 77 % des CDCA, favorable avec réserve pour 16 %, neutre pour 3 % et défavorable pour 4 %, avec des différences selon les documents (Graphique 3).

En moyenne, **plus de cinq CDCA sur dix ont été auditionnés par l'institution destinataire afin d'explicitier l'avis qu'ils avaient rendu.**

En moyenne, près d'un tiers des CDCA ont reçu un retour de l'institution destinataire à la suite de l'avis rendu (Graphique 4) : cette part a doublé en cinq ans, comparé à 2019-2020 (15 %). Cette proportion diffère selon le type d'avis et pourrait être encore renforcée pour permettre aux CDCA d'évaluer l'utilité de leurs contributions et le niveau de prise en compte de celles-ci dans le cadre de l'élaboration et du suivi des politiques publiques de l'autonomie.

Dans le cadre de la formulation d'avis entre 2021 et 2024, les CDCA se sont largement mobilisés sur le projet régional de santé, ainsi que sur le schéma départemental relatif aux personnes âgées et/ou aux personnes en situation de handicap (Graphique 1). Parmi les neuf CDCA n'ayant pas rendu d'avis sur le PRS, cinq n'ont pas été consultés, trois l'ont été trop tardivement et un a été saisi mais n'a pas pu traiter la demande. Parmi les 29 CDCA n'ayant pas rendu d'avis sur le schéma départemental, la plupart précisent que celui-ci n'était pas attendu sur la période (Graphique 2). Les deux tiers des CDCA (66 %) ont aussi été sollicités par le département pour rendre un avis sur la feuille de route portée par la convention pluriannuelle entre la CNSA, le département et la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH).

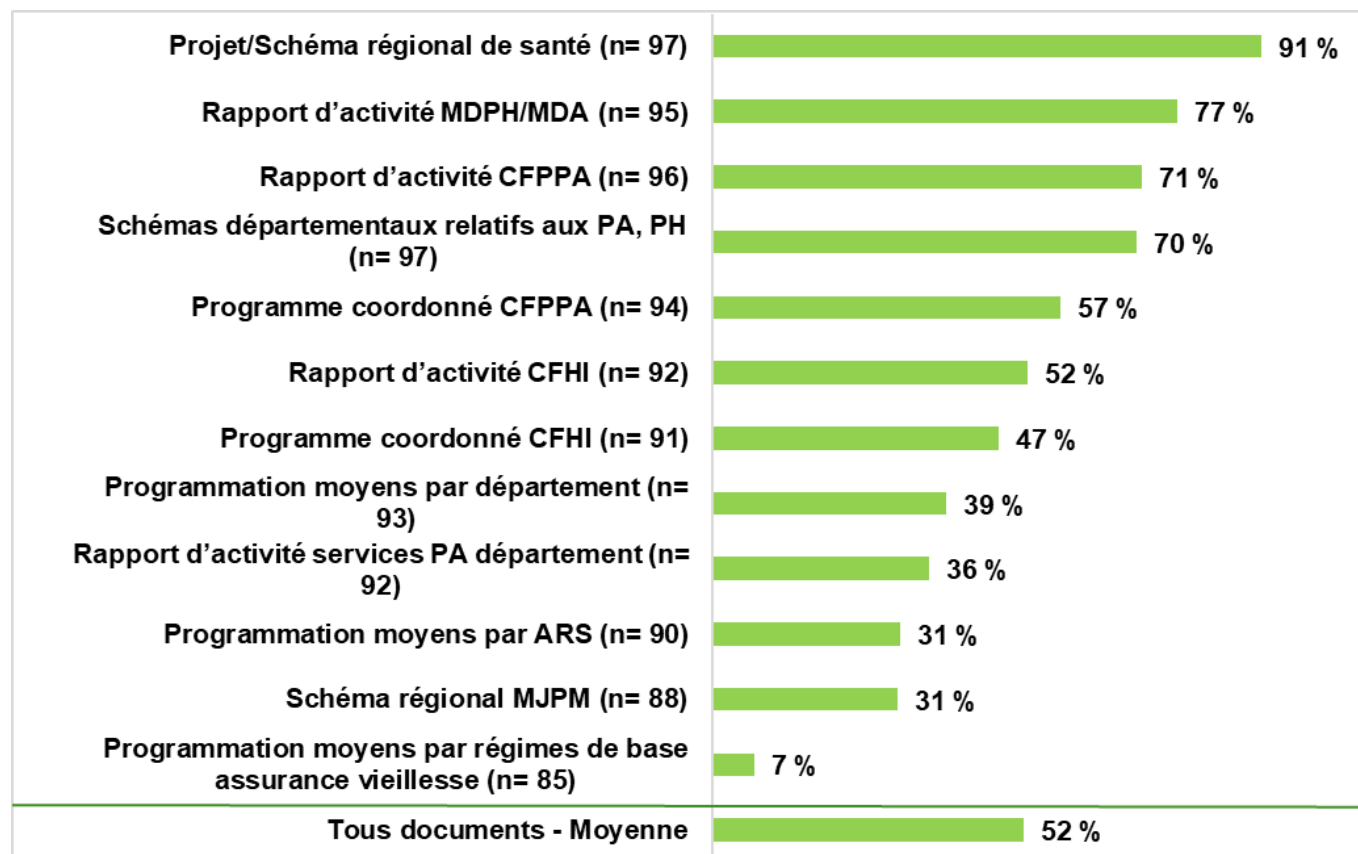
Concernant la MDPH ou la maison départementale de l'autonomie (MDA), 77 % des CDCA ont formulé au moins un avis sur le rapport d'activité annuel. Les CDCA n'ayant pas rendu d'avis indiquent en priorité qu'ils n'ont pas été consultés par l'instance ou qu'ils ont été informés *a posteriori*.

En complément, dans les 26 territoires où la constitution d'une MDA a été évoquée entre 2021 et 2024, moins de trois CDCA sur dix ont rendu un avis à ce sujet (27 %).

Concernant la commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA), 71 % des CDCA ont rendu un avis sur le rapport d'activité, et 57 % sur le programme coordonné. Parmi les CDCA n'ayant pas rendu d'avis sur ce dernier, près de la moitié n'ont pas été consultés ou ont été informés *a posteriori*, et environ trois sur dix n'avaient pas d'avis à rendre sur la période. En outre, 52 % des CDCA ont rendu un avis sur le rapport d'activité de la commission des financeurs de l'habitat inclusif (CFHI), et 47 % sur son programme coordonné de financement.

Graphique 1 : Avis rendus entre 2021 et 2024

(Échantillon : ensemble CDCA, hors donnée indisponible)



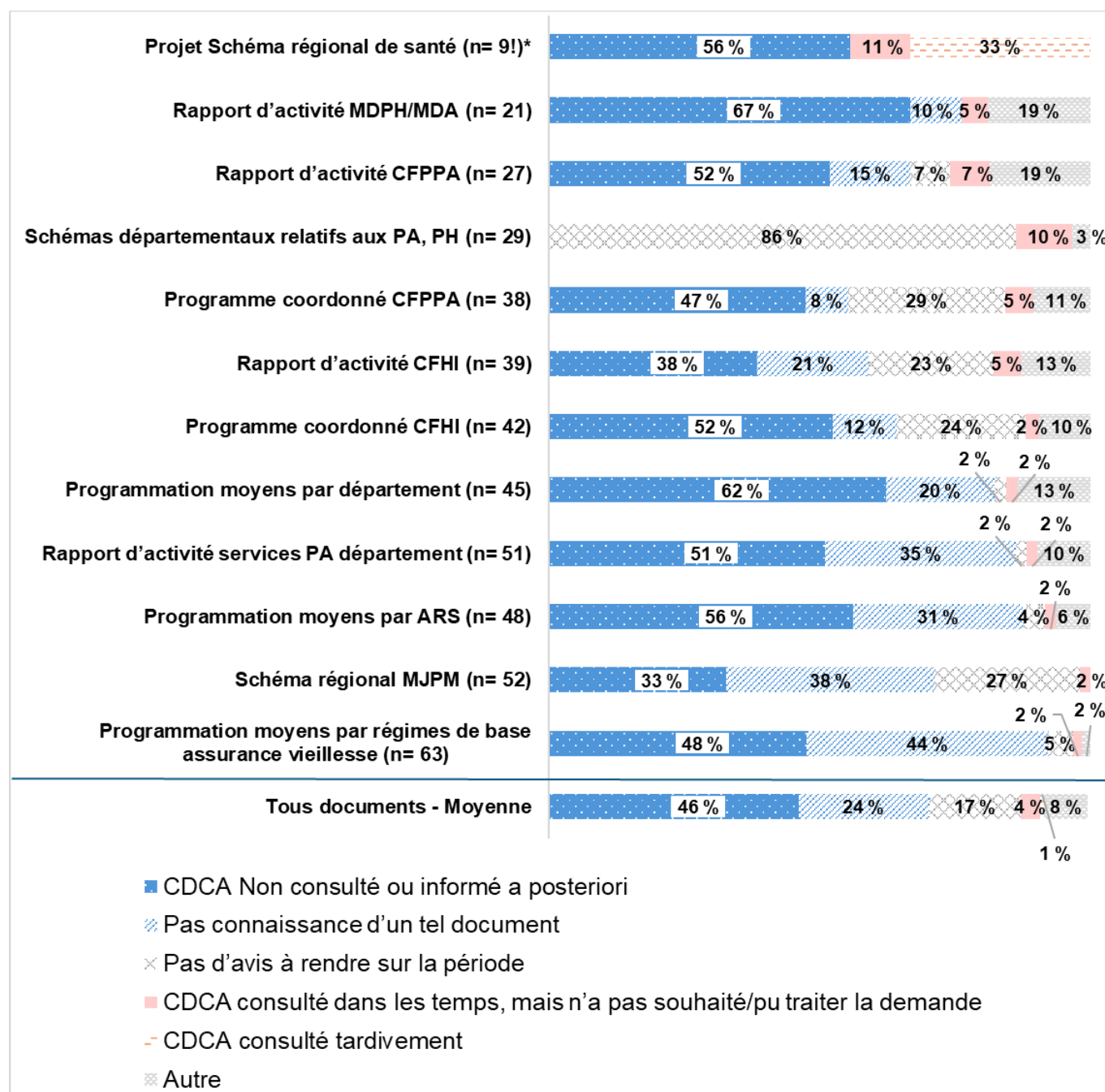
Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Par ailleurs, 39 % des CDCA ont rendu un avis sur la programmation des moyens alloués par le département à la politique départementale de l'autonomie, 31 % sur celle de l'ARS et 7 % sur celle des régimes de base de l'assurance vieillesse. Pour ces documents, l'absence d'avis s'explique principalement par le fait que le CDCA n'a pas été consulté ou ne connaît pas leur existence.

Enfin, 31 % des CDCA ont rendu un avis sur le schéma régional des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) et des délégués aux prestations familiales. Les autres n'ont pas eu connaissance d'un tel document, n'ont pas été consultés ou n'étaient pas concernés durant la période couverte.

Graphique 2 : Motifs des avis non rendus entre 2021 et 2024

(Échantillon : CDCA n'ayant pas rendu l'avis, hors donnée indisponible)



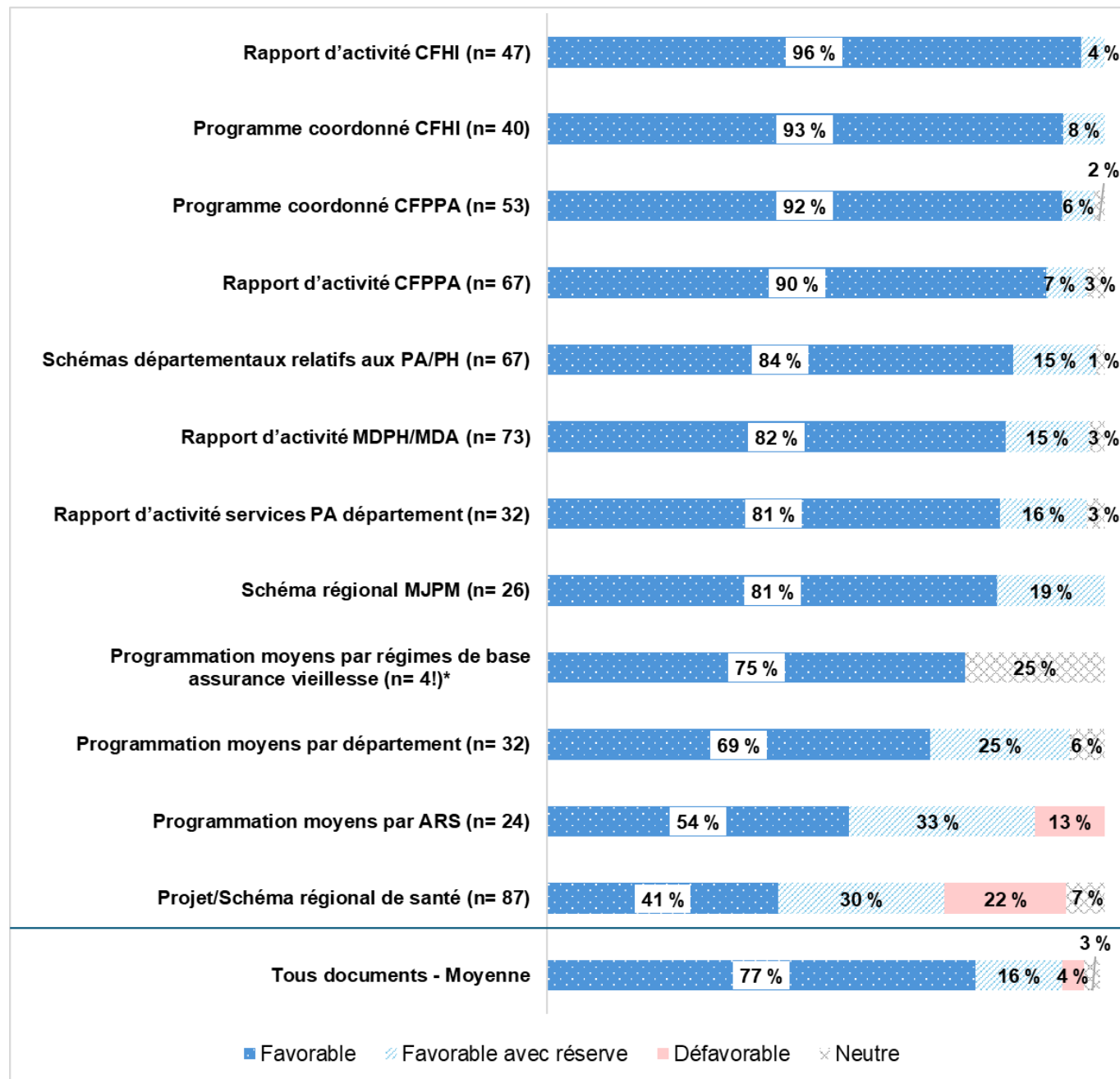
*Base très faible (n < 10) ! Résultat donné à titre indicatif.

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Si les CDCA émettent en majorité des avis favorables, leurs retours sont plus nuancés sur certains documents, en particulier le PRS et la programmation des moyens alloués par l'ARS et/ou par le département à la politique de l'autonomie (Graphique 3).

Graphique 3 : Contenu des avis rendus entre 2021 et 2024

(Échantillon : CDCA ayant rendu l'avis, hors donnée indisponible)



*Base très faible (n < 10) ! Résultat donné à titre indicatif.

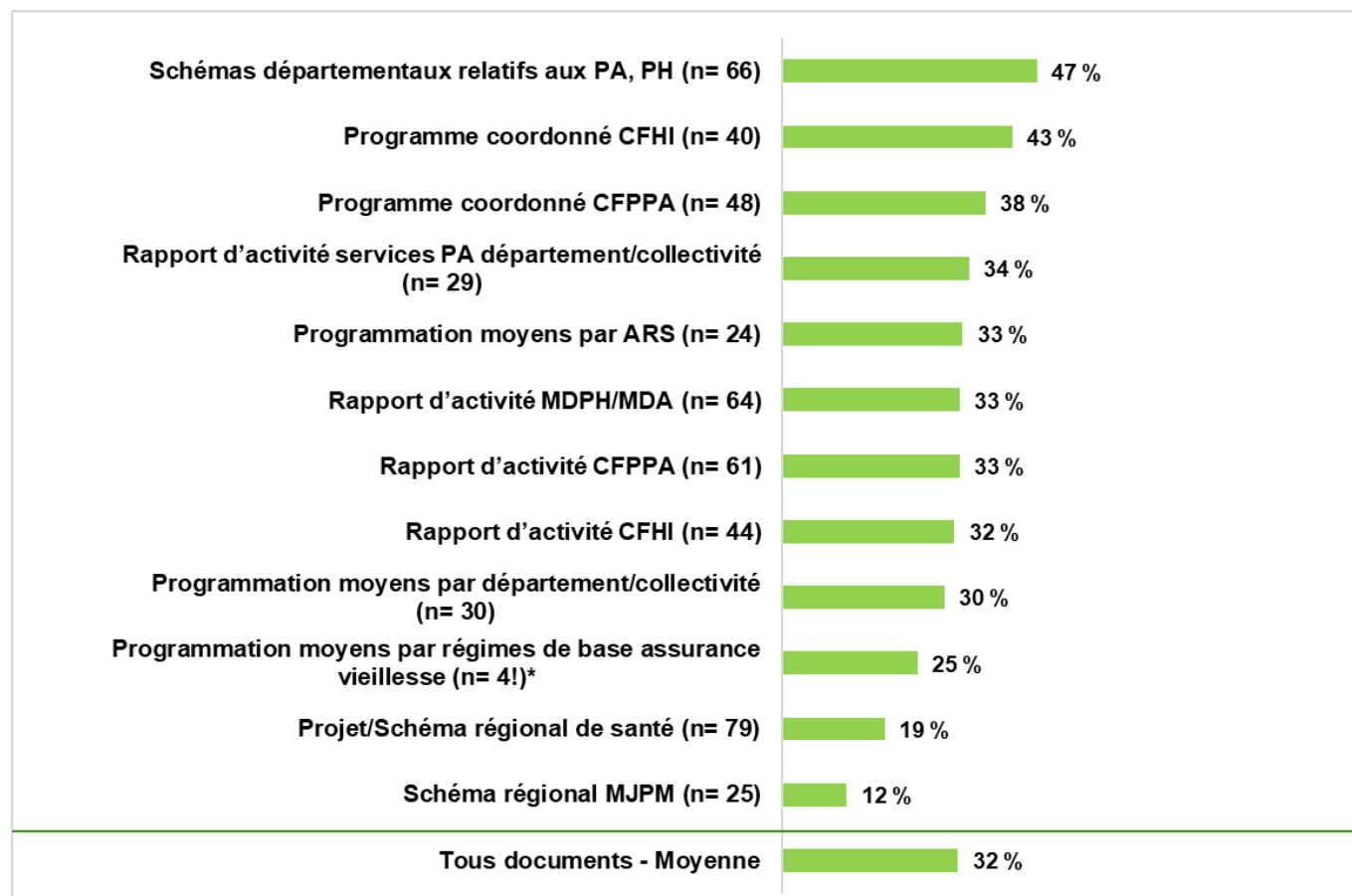
Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024)

Près d'un CDCA sur deux a reçu un retour du département concernant l'avis formulé sur le schéma relatif aux personnes âgées et/ou aux personnes en situation de handicap (Graphique 4) : cette part a plus que doublé depuis la précédente période (2019-2020). La commission des financeurs s'inscrit dans une tendance similaire concernant les retours aux avis formulés par le CDCA sur les programmes coordonnés de financement.

Si la tendance est positive, une marge de progression demeure au sein de l'ensemble des institutions destinataires, afin de permettre aux CDCA d'évaluer l'impact du travail effectué dans le cadre de leurs compétences consultatives. Cet aspect est structurant à double titre : d'une part, dans une démarche d'amélioration continue des productions du CDCA et, d'autre part, dans une perspective de consolidation de l'implication des membres sur le long terme. Enfin, le niveau de retour encore très faible effectué par les instances au niveau régional, que ce soit sur le schéma régional des MJPM comme sur le PRS, soulève la nécessité d'identifier de nouveaux leviers afin que le CDCA soit identifié comme un acteur clé de la déclinaison départementale des politiques régionales.

Graphique 4 : Retours reçus par les CDCA de la part des institutions destinataires concernant les avis rendus

(Échantillon : CDCA ayant rendu l'avis, hors donnée indisponible)



*Base très faible (n < 10) ! Résultat donné à titre indicatif.

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

1.2 Focus : une participation renforcée des CDCA à l’élaboration et au suivi des schémas départementaux, mais encore limitée pour les autres documents stratégiques

Points clés

Pour une majorité de CDCA, le schéma départemental et la feuille de route stratégique et opérationnelle de la convention pluriannuelle CNSA/département/MDPH répondent de façon satisfaisante aux enjeux locaux liés au vieillissement, au handicap ainsi qu’aux enjeux transverses de la politique publique de l’autonomie. À l’inverse, l’adéquation des PRS aux spécificités départementales est perçue comme moins pertinente (Tableau 1). Par ailleurs, si les volets stratégiques des schémas départementaux sont jugés satisfaisants, les CDCA émettent des réserves sur leurs modalités de mise en œuvre et de suivi (Tableau 2). Ces réserves sont également marquées pour les PRS.

Près de neuf CDCA sur dix ont été impliqués dans la co-construction du schéma départemental, qu’il s’agisse d’une participation au diagnostic ou à l’élaboration de pistes d’action, et sept CDCA sur dix l’ont été dans le suivi de sa mise en œuvre (Tableau 3). Cette approche concertée peut servir de repère. En effet, celle-ci est nettement moins systématique pour les autres documents. De fait, parmi les 61 CDCA consultés pour avis au sujet de la feuille de route de la convention tripartite, moins de deux sur dix ont participé à son élaboration, et trois sur dix ont été impliqués dans le suivi de sa mise en œuvre. Parmi les 88 CDCA ayant rendu un avis sur le PRS – couvrant généralement la période 2023-2028, moins d’un tiers ont participé à son élaboration, et environ deux sur dix ont été impliqués dans le suivi de sa mise en œuvre. Cela peut s’expliquer par la mobilisation à l’échelle régionale de l’instance de démocratie en santé que constitue la conférence régionale de la santé et de l’autonomie (CRSA). Une articulation renforcée entre CRSA et CDCA serait ainsi intéressante.

Tableau 1 : Part de CDCA considérant que le document répond aux enjeux du territoire
(Échantillon : CDCA ayant rendu l’avis, hors donnée indisponible)

	Schéma départemental relatif aux PA et/ou aux PH	Feuille de route de la convention pluriannuelle CNSA/département/MDPH	Projet/schéma régional de santé (PRS/SRS)
Enjeux liés au vieillissement	92 %	90 %	58 %
Enjeux liés au handicap	87 %	88 %	49 %
Enjeux transverses de la politique de l’autonomie (problématiques communes)	88 %	90 %	45 %

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Tableau 2 : Part de CDCA satisfaits de la qualité des différents volets des documents

(Échantillon : CDCA ayant rendu l'avis, hors donnée indisponible)

	Schéma départemental relatif aux PA et/ou aux PH	Projet/schéma régional de santé (PRS/SRS)
Bilan du précédent schéma/projet, diagnostic de l'offre et des besoins sur le territoire	83 %	51 %
Orientations stratégiques et actions proposées	95 %	60 %
Moyens prévus et acteurs associés	69 %	31 %
Indicateurs et modalités de suivi	69 %	29 %

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Tableau 3 : Modalités d'implication des CDCA entre 2021 et 2024

(Échantillon : CDCA ayant rendu l'avis, hors donnée indisponible)

	Schéma départemental relatif aux PA et/ou aux PH	Feuille de route de la convention pluriannuelle CNSA/département/MDPH	Projet/schéma régional de santé (PRS/SRS)
Instance destinataire	Département	Département	ARS
Le CDCA a participé à l'élaboration du document	87 %	16 %	32 %
L'instance destinataire a présenté le document aux membres du CDCA en amont de l'avis	92 %	Non posé	81 %
Le CDCA a été impliqué dans le suivi de la mise en œuvre du document	70 %	30 %	22 %

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Schéma départemental relatif aux personnes âgées et/ou aux personnes en situation de handicap

Pour une large majorité des CDCA, le schéma départemental relatif aux personnes âgées et/ou aux personnes en situation de handicap répondait aux enjeux locaux liés au vieillissement, à ceux du handicap et aux enjeux transverses de la politique publique de l'autonomie (Tableau 1).

Si les éléments stratégiques – comme le bilan du précédent schéma, le diagnostic territorial ainsi que les orientations – ont été perçus comme satisfaisants, les CDCA formulent en revanche des réserves plus marquées sur les modalités de mise en œuvre (moyens prévus, acteurs associés) et de suivi du schéma (Tableau 2). Il convient de noter que, parmi les 68 CDCA ayant rendu un avis sur le schéma départemental entre 2021 et 2024, près de 90 % ont formulé un avis portant sur un schéma unique, commun au public âgé et à celui en situation de handicap.

Certains CDCA apportent des précisions concernant leur implication dans l'élaboration du schéma départemental. D'abord, ils saluent la volonté politique du département visant à associer le CDCA, en priorité les vice-présidents et le bureau, et soulignent un investissement fort des membres dans ce travail préparatoire. Cette implication s'inscrit le plus souvent dans le cadre de la concertation territoriale réunissant les acteurs du territoire, en vue d'identifier des axes prioritaires et des pistes d'action. Une participation du CDCA au suivi de l'élaboration du schéma (comité technique, comité de pilotage) est plus rarement mentionnée. Enfin, les CDCA soulignent la nécessité de rendre compte régulièrement de l'avancement de ces travaux en assemblée plénière, afin de favoriser l'appropriation du schéma par l'ensemble des membres qui rendront ensuite leur avis.

Plusieurs pratiques inspirantes sont mentionnées, parmi lesquelles :

- En phase d'élaboration du schéma : certains départements prennent en compte des travaux déjà réalisés par les CDCA, voire sollicitent une contribution écrite de leur part pour nourrir l'un des volets du schéma. Par exemple :
 - En Mayenne (53), le département a piloté une réunion de travail dédiée au CDCA, avec un temps de présentation de la démarche, des premiers constats et des enjeux du futur schéma, suivi d'un temps de travail participatif autour la place des personnes concernées dans la gouvernance,
 - En Maine-et-Loire (49), le département a souhaité associer le CDCA aux différentes étapes d'élaboration du schéma. La démarche participative a été précisée dans un mandat de participation, incluant les documents-cadres des différentes étapes de la démarche, ainsi que la liste des questions et sujets mis en concertation et de ceux exclus du périmètre ;
- Durant le suivi de sa mise en œuvre :
 - Les membres du CDCA, le plus souvent les vice-présidents, sont invités à participer aux comités chargés de suivre la mise en œuvre des fiches action,
 - Des points d'étape réguliers sur les actions engagées sont réalisés dans différents cadres : en formation plénière, au sein d'un groupe de travail du CDCA, lors de webinaires thématiques ouverts à l'ensemble des parties prenantes, incluant les CDCA...

Projet régional de santé

La moitié des PRS étudiés ont été considérés comme répondant aux enjeux locaux par les CDCA. Les éléments identifiés comme points de progrès sont les suivants : une approche plus centrée sur l'utilisateur, une meilleure visibilité des trajectoires permettant d'améliorer l'adéquation entre la projection des réponses et l'évolution des besoins, une visibilité égale dans les réponses à apporter aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap.

Les CDCA expriment ainsi des réserves sur l'ensemble des volets du document, en particulier les moyens prévus et les acteurs associés, ainsi que les indicateurs et modalités de suivi, jugés peu précis. Certains CDCA estiment que les orientations manquent de précision et d'opérationnalité pour un échelon départemental. Par ailleurs, l'absence de bilan des actions antérieures, ainsi que de diagnostic partagé, est fréquemment pointée.

En ce qui concerne l'implication des membres du CDCA par l'ARS, les dynamiques sont hétérogènes. Dans certains territoires, seuls les représentants du CDCA au sein de la CRSA ou du conseil territorial de santé (CTS) participent à l'élaboration du PRS, rendent l'avis et en suivent la mise en œuvre. Dans d'autres territoires, c'est le bureau qui participe aux échanges avec l'ARS, dans le cadre de la préparation de l'avis, et qui relaie les informations en assemblée plénière. Dans certains cas, la participation est ouverte aux membres volontaires.

Ces différents niveaux d'implication des membres soulignent la nécessité de renforcer l'articulation et les interactions entre les instances CDCA, CTS et CRSA. S'exprime également le besoin de faciliter le travail des membres dans le cadre de l'avis à rendre : montée en compétence de ces derniers et appropriation des documents, notamment *via* des échanges avec l'ARS, accessibilité des documents, planification du travail de préparation de l'avis en tenant compte de la disponibilité des membres...

Quelques CDCA mettent en exergue des initiatives inspirantes, notamment :

- En phase d'élaboration du PRS : dans les Deux-Sèvres (79), une commission mixte entre le CDCA et le CTS a été créée afin d'élaborer l'avis ;
- En phase d'élaboration de l'avis du CDCA relatif au PRS : dans le cadre de la consultation sur le schéma régional de santé (SRS), le CDCA du Cantal (15) a diffusé deux questionnaires en ligne permettant de recueillir les avis de ses membres, aboutissant à une synthèse structurée et argumentée des besoins du territoire en matière d'autonomie ;
- En phase de suivi de la mise en œuvre du PRS : au sein du CDCA de Maine-et-Loire (49), une rencontre annuelle avec l'ARS concernant les moyens alloués à la politique de l'autonomie permet de faire le point sur la mise en œuvre du PRS. De plus, la représentation de l'ARS en CDCA est systématiquement assurée. Au sein du CDCA du Var (83), l'ARS intervient lors des réunions dédiées à la mise en œuvre du PRS.

Feuille de route de la convention pluriannuelle CNSA/département/MDPH

Concernant la feuille de route stratégique et opérationnelle, portée par la convention pluriannuelle entre la CNSA, le département et la MDPH, la réponse apportée aux enjeux locaux a également été saluée par les CDCA ayant rendu un avis, soit les deux tiers de l'ensemble (Tableau 1).

En revanche, les CDCA partagent différents freins à la formulation d'un avis sur cette feuille de route : des interrogations sur la portée potentielle de l'avis à rendre, la difficulté quant à sa compréhension et à sa lisibilité ainsi que des freins conjoncturels (crise sanitaire, renouvellement du CDCA...). Par ailleurs, l'implication des membres dans l'élaboration de la feuille de route se limite souvent aux représentants du CDCA siégeant dans certaines instances, telles que la commission exécutive (COMEX) ou la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH.

En termes de suivi de la mise en œuvre, quelques CDCA comme celui de Loir-et-Cher (41) évoquent une information régulière assurée par le département et par la MDPH/MDA sur l'avancée des actions menées. Ce suivi peut également s'effectuer de manière indirecte, à travers un bilan intégré dans le rapport d'activité de la MDPH ou dans le cadre du comité de suivi du schéma départemental.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de faciliter l'appropriation de cette feuille de route par les membres du CDCA en fléchant les éléments qui les concernent ainsi qu'en clarifiant l'articulation entre ce document, la feuille de route propre à la MDPH et le schéma départemental (orientations et fiches).

2. Les CDCA comme espaces de réflexion et de propositions : des contributions plurielles dont la valorisation et la reconnaissance sont à consolider

2.1 Élaboration de recommandations : une majorité de CDCA en ont formulé, en priorité sur le respect des droits et la bientraitance des personnes

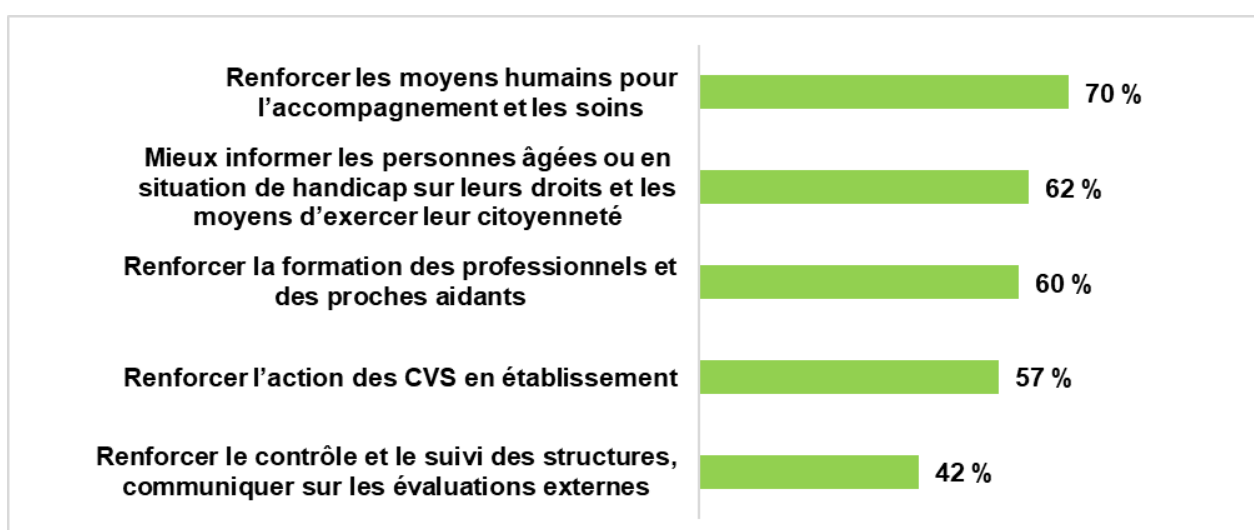
📌 Points clés

La part des CDCA ayant élaboré des recommandations au-delà des avis réglementaires, comme prévu par l'article L. 149-1 du CASF, a nettement progressé : les deux tiers des CDCA sont concernés en 2021-2024 contre un tiers en 2019-2020, ce qui témoigne d'une plus grande maturité dans le travail de l'instance. Parmi les CDCA ayant formulé des recommandations, **85 % ont travaillé sur le respect des droits et la bientraitance des personnes.** Différents enjeux ressortent, parmi lesquels la nécessité de renforcer les moyens humains pour l'accompagnement et les soins, l'information des personnes sur leurs droits et les leviers de leur participation, la formation des professionnels et des proches aidants et l'action des conseils de la vie sociale – CVS (Graphique 5). **61 % des CDCA ont élaboré des recommandations sur le soutien et la valorisation des proches aidants,** en identifiant la prévention de l'épuisement comme enjeu prioritaire (Graphique 6). **27 % des CDCA évoquent un travail sur la prise en compte des questions éthiques,** préconisant un renforcement de l'action des CVS en établissement (Graphique 7).

Enfin, certains CDCA citent une diversité d'autres sujets ayant retenu leur attention : l'accès aux droits et à l'offre médico-sociale par profil ou seuil d'âge ; l'accès aux transports, à la mobilité ; l'offre en établissement ou service social ou médico-social (ESSMS) ; l'attractivité des métiers du secteur médico-social ; l'accès aux aides humaines, à l'accompagnement à domicile, à l'accompagnement médico-social ; l'accès aux soins et à la santé ; le soutien à la participation à travers des CVS ; le logement et l'habitat (collectif, intermédiaire)...

Graphique 5 : Enjeux prioritaires des recommandations des CDCA sur le respect des droits et la bientraitance des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

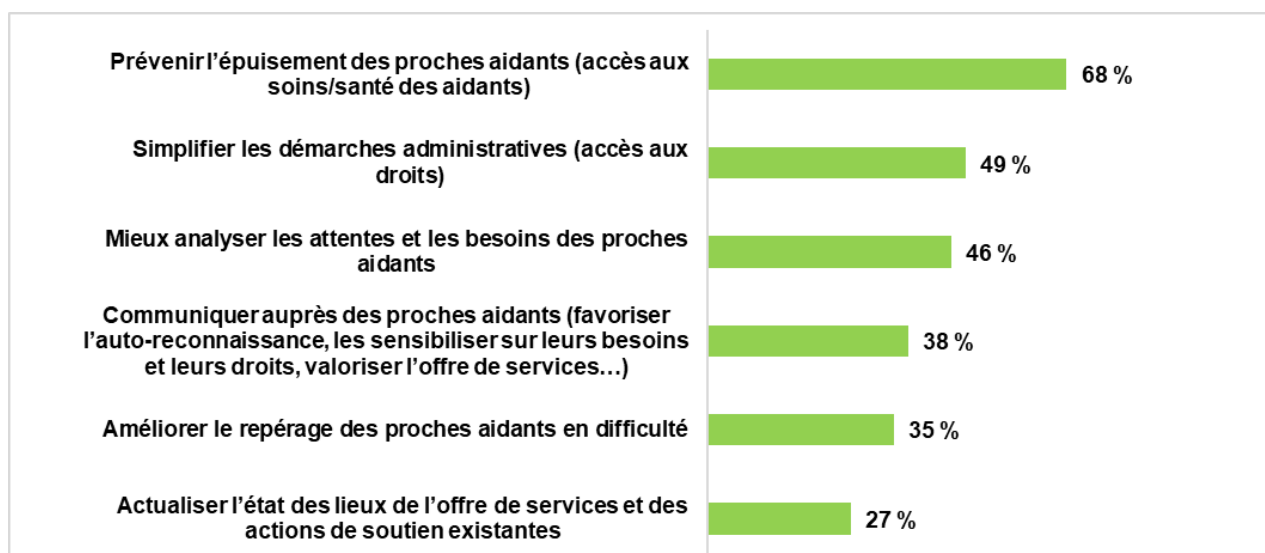
(Échantillon : CDCA ayant élaboré des recommandations sur le sujet, hors donnée indisponible – n = 53)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Graphique 6 : Enjeux prioritaires des recommandations des CDCA sur le soutien et la valorisation des proches aidants

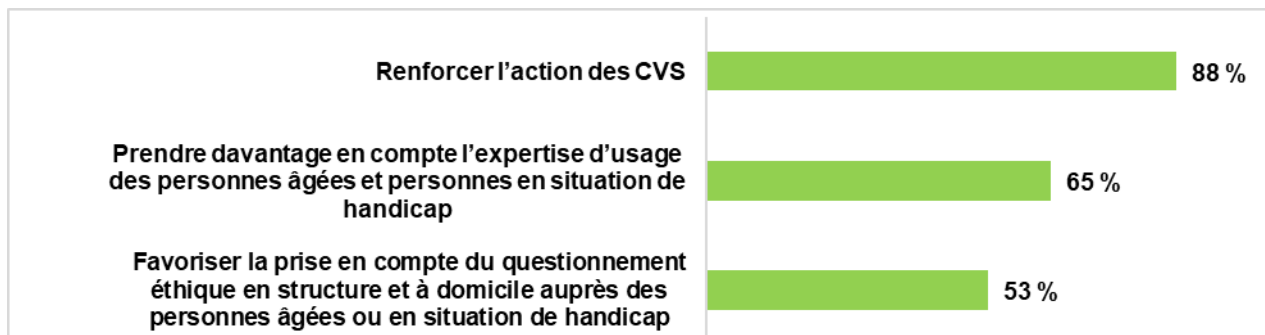
(Échantillon : CDCA ayant élaboré des recommandations sur le sujet, hors donnée indisponible – n = 37)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Graphique 7 : Enjeux prioritaires des recommandations des CDCA sur la prise en compte des questions éthiques

(Échantillon : CDCA ayant élaboré des recommandations sur le sujet, hors donnée indisponible – n = 17)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Dans le cadre de leurs recommandations, quelques CDCA précisent les enjeux prioritaires qu'ils perçoivent. En voici des exemples :

- **Respect des droits et bientraitance en ESSMS** : accompagner la mise en place effective de CVS dans tous les ESSMS, en particulier en EHPAD et en résidence autonomie, évaluer le fonctionnement des CVS en activité, identifier et mettre en œuvre des leviers de dynamisation, parmi lesquels la création d'un inter-CVS ou le partage d'outils, en vue de soutenir la participation des personnes concernées et de faire appliquer le cadre réglementaire ;
- **Soutien et valorisation des proches aidants** : identifier et mettre en œuvre des leviers de soutien adaptés en matière de répit, de soutien à domicile et d'accès aux droits à partir d'un diagnostic territorial actualisé, comprenant une estimation du nombre d'aidants par profil et par âge et un audit des besoins ; sensibiliser le public pour aider à se reconnaître aidant ; coordonner le soutien des aidants à travers la désignation d'un chef de file territorial... ;
- **Accessibilité (physique, de l'information)** : veiller à l'inclusion numérique des personnes âgées ou en situation de handicap ; soutenir l'autonomie des personnes atteintes de déficience visuelle ou auditive ; diffuser des documents en facile à lire et à comprendre (FALC) lorsqu'ils s'adressent à des publics pouvant rencontrer des difficultés cognitives ;
- **Logement et habitat (collectif, intermédiaire)** : renforcer le soutien aux établissements et aux services en difficulté, d'un point de vue financier, au niveau du recrutement et de la fidélisation du personnel ; valoriser les alternatives aux établissements... ;
- **Aides techniques, adaptation de l'habitat** : simplifier l'accès aux aides techniques (accompagnement à l'acquisition et au financement, diversification des canaux de distribution incluant l'économie circulaire) ; fluidifier les démarches d'adaptation du logement ;
- **Accès aux droits, lutte contre le non-recours** : réduire les délais de traitement des dossiers de demandes d'aides (droits et prestations, aide sociale) et renforcer la coordination des acteurs à travers la mise en œuvre du SPDA ;
- **Accès aux soins et à la santé** : lutter contre la désertification médicale.

Les recommandations des CDCA ont été formalisées et diffusées *via* différents canaux parmi lesquels :

- **La production écrite** : rapports d'analyse, diagnostics de besoins, contribution à la rédaction de guides ou d'outils pratiques (par exemple, fiche permettant de s'identifier comme aidant et de se faire connaître, outils à destination des CVS) ;
- **L'animation ou la participation à des événements** : forums ou colloques (sur l'habitat inclusif, la bientraitance, le soutien aux aidants...). Par exemple, le CDCA de Seine-Saint-Denis (93) a participé aux états généraux de la maltraitance et a élaboré des recommandations sur la promotion de la bientraitance, l'accompagnement des professionnels du médico-social et le bien-être des personnes accompagnées ;
- **La définition et la mise en œuvre de projets** : à titre d'exemple, en collaboration avec la Communauté 360 et le projet territorial de santé mentale (PTSM), le CDCA de la Creuse (23) a soutenu la mise en place du Facility'bus qui sensibilise la population à la santé mentale et au quotidien des aidants. Certains CDCA ont également apporté un soutien aux CVS en accompagnant les ESSMS dans leur animation et en participant à la création d'inter-CVS.

Certains CDCA précisent le cadre dans lequel leurs recommandations ont été élaborées : échanges en commission spécialisée, en bureau ou en assemblée plénière, avec l'appui de personnes-ressources et de différentes méthodes d'animation, ou encore participation à des groupes de travail externes. Par exemple, le CDCA de Gironde (33) a été associé à la mise en place du comité de bientraitance pour les adultes vulnérables, animé par le département, l'ARS et la direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS).

Pour accompagner les membres dans l'élaboration et le suivi des recommandations, les CDCA expriment différents besoins et enjeux :

- Disposer d'un accès facilité aux diagnostics territoriaux existants, aux données de cadrage et aux avis d'experts, afin d'objectiver les constats et d'étayer les recommandations (exemple : besoins des aidants, selon leur profil ; bilans relatifs à la bientraitance et à la maltraitance en ESSMS...);
- Être accompagnés dans la formalisation de recommandations opérationnelles et précises ;
- Transmettre les recommandations aux instances concernées et être soutenus dans la transmission ;
- Être associés au suivi de la mise en œuvre de ces recommandations.

Enfin, les CDCA qui n'ont pas formulé de recommandations entre 2021 et 2024 mettent en avant plusieurs freins : une méconnaissance de cet aspect de leur mission, des difficultés à mobiliser les membres sur le sujet ou une priorisation des missions réglementaires.

2.2 Débats et propositions concernant la politique départementale de l'autonomie : une grande diversité de thématiques abordées

Points clés

Entre 2021 et 2024, près de huit CDCA sur dix ont pris l'initiative de débats et formulé des propositions concernant la politique départementale de l'autonomie. Les CDCA ont travaillé sur 8 thématiques en moyenne (sur les 25 proposées), ce qui montre une dynamique soutenue de réflexions et de débats.

Graphique 8 : Thématiques privilégiées dans le cadre des débats et propositions

(Échantillon : CDCA ayant pris l'initiative de débats et formulé des propositions concernant la politique de l'autonomie, hors donnée indisponible – n= 76)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Les CDCA ont souhaité contribuer à la réflexion concernant la politique départementale en lien avec une forte actualité locale et nationale. En voici quelques illustrations par thématique :

- **Participation citoyenne, pair-aidance, CVS** : participation à une réflexion, voire à la mise en œuvre d'inter-CVS, évoquée par les CDCA de l'Aisne (02), de l'Aube (10), de la Corrèze (19), de la Loire (42), de la Haute-Loire (43), de l'Orne (61), des Hautes-Pyrénées (65), des Deux-Sèvres (79), d'Île-de-France (75, 78, 91, 92, 93, 94) et par le CDMCA de Loire-Atlantique (44) ;
- **Accès aux soins et à la santé** : promotion par le CDCA de la collectivité européenne d'Alsace (67-68) du baromètre Handifaction qui mesure l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, dans le cadre d'une réponse à l'appel à projets « Démocratie en santé 2022 » de la CRSA Grand Est ;
- **Accessibilité (de l'information, physique), mobilité** : préconisation par le CDCA du Lot (46) de la mise en place du dispositif Acceo, service d'accessibilité téléphonique dédié aux personnes sourdes et malentendantes, ainsi que de Handimobile, un service de transport, à la demande du département de la Corrèze ;
- **Accompagnement (à domicile/médico-social)** : le CDCA de Seine–Saint-Denis (93) préconise la gratuité du stationnement pour les professionnels du soin à domicile, et le CDCA du Territoire de Belfort (90) mène une réflexion sur le déploiement d'un parcours résidentiel, entre le domicile et des solutions d'hébergement alternatives, en s'appuyant sur le principe du libre choix ;
- **Mise en œuvre de la préfiguration du SPDA** : à titre d'exemple, le CDCA des Hauts-de-Seine (92) a soutenu le département dans la réponse à l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) en vue de participer à la préfiguration, puis il a participé à l'ensemble des groupes de travail dédiés ;
- **Protection juridique des majeurs** : au sein du CDCA de Vaucluse (84), un débat a été mené sur la prévention et l'accompagnement des personnes en situation de handicap, de la vie autonome à la vie protégée, notamment lors de la perte de leurs aidants naturels ;
- **Rapports, réformes, projets de loi, nouveaux dispositifs** : au sein du CDMCA 69, des questions ont été posées et débattues concernant l'accueil des personnes sous amendement Creton ou encore la stratégie nationale « 50 000 solutions » pour les enfants et adultes en situation de handicap ;
- **Prise en compte de besoins spécifiques par profil** : plusieurs CDCA ont souhaité débattre sur l'accompagnement de publics ciblés, comme les personnes en situation de handicap vieillissantes, les personnes atteintes de déficience visuelle ou auditive, les enfants en situation de handicap en âge d'être scolarisés, les personnes en situation de handicap psychique ou mental, les jeunes aidants... Ainsi, au travers d'un groupe de travail dédié à la santé mentale, le CDCA de Seine–Saint-Denis (93) a porté une attention particulière aux personnes vivant avec des troubles mentaux, soulignant leur invisibilisation et la nécessité de mettre en place des dispositifs de pair-aidance de façon plus systématique.

2.3 Saisines hors avis obligatoires : des sollicitations institutionnelles en hausse, qui concernent toutefois une part limitée de CDCA

Points clés

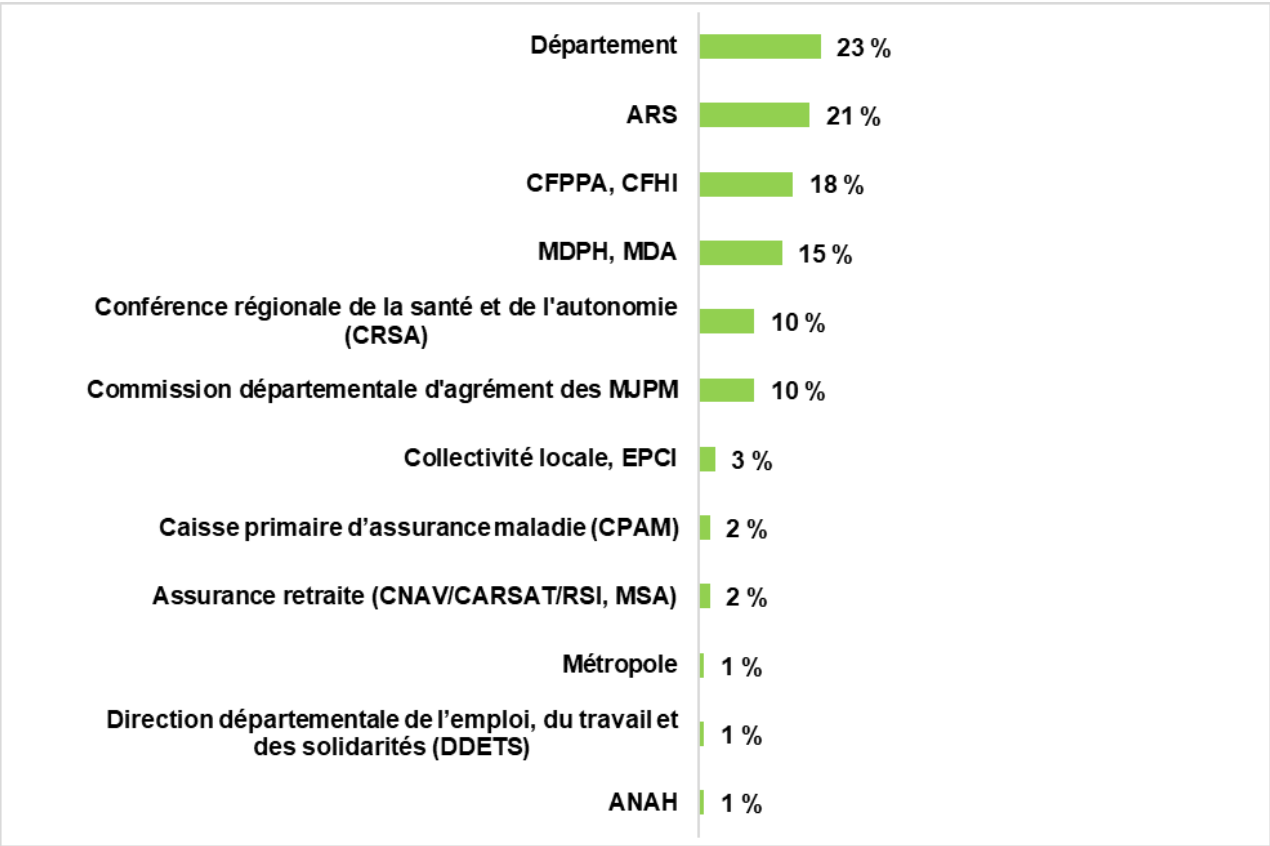
La part des CDCA saisis par des institutions, en plus des consultations prévues par la loi, augmente : près d'un CDCA sur trois a été saisi entre 2021 et 2024 contre un CDCA sur quatre en 2019-2020. **En moyenne, les CDCA concernés ont été saisis par trois institutions.** Il s'agit en premier lieu du département, puis de l'ARS, des commissions des financeurs (CFPPA et CFHI) et de la MDPH/MDA.

La hausse des saisines est particulièrement sensible de la part de l'ARS, puis de la MDPH/MDA : 21 % des CDCA ont été consultés par l'ARS, soit une hausse de 17 points comparé à 2019-2020, et 15 % l'ont été par la MDPH/MDA, soit une progression de 11 points par rapport à 2019-2020.

Malgré ces progrès, les CDCA consultés hors avis obligatoires restent minoritaires. Ce constat souligne l'intérêt de renforcer le dialogue entre le CDCA et les instances partenaires et de poursuivre le travail de pédagogie du CDCA à leur égard.

Graphique 9 : Part de CDCA consultés par les institutions, au-delà des avis réglementaires

(Échantillon : recalculé sur la base Ensemble CDCA, hors donnée indisponible – n= 97)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Dans le cadre des saisines institutionnelles hors avis obligatoires, les CDCA témoignent de sujets et de modalités de consultation variés, dont voici quelques illustrations :

- Par le département : participation du CDCA au consortium du SPDA dans les territoires préfigureurs ; participation à la co-construction d'outils de communication et d'accès aux droits (par exemple, plateforme internet dédiée aux personnes âgées) ; contribution à des débats animés par la collectivité. Ainsi, le CDCA de la Gironde (33) a participé à un comité de bientraitance et à la vie intime, affective et sexuelle en ESMS ;
- Par l'ARS : consultation du CDCA de la Loire (42) sur le plan des 50 000 solutions ;
- Par la CFHI : en Côte-d'Or (21), la commission s'est appuyée sur le travail du CDCA en matière d'habitat inclusif pour accompagner les porteurs de projet, notamment dans le cadre de l'élaboration du projet de vie sociale et partagée. Des membres du CDCA ont également été auditionnés à ce sujet au sein de la CFHI ;
- Par le comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI) : le comité a demandé au CDCA de la Nièvre (58) de présenter ses travaux sur l'école inclusive.

Synthèse des points clés concernant les contributions des CDCA aux politiques publiques de l'autonomie

Sur la période 2021-2024, les CDCA affirment de plus en plus leur rôle dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques de l'autonomie. En moyenne, les CDCA ont rendu des avis sur 6 documents parmi les 12 prévus par la loi, contre 3,6 en 2019-2020, ce qui pourrait s'expliquer par la période d'analyse plus étendue. Dans ce cadre, la collaboration avec les institutions s'améliore : un cinquième des CDCA sont auditionnés pour expliciter leur avis et un tiers ont reçu un retour de l'institution destinataire concernant l'avis rendu, contre un sixième en 2019-2020.

Les CDCA sont également de plus en plus consultés par les institutions, en complément des avis prévus par la loi : un tiers contre un quart en 2019-2020.

Par ailleurs, les CDCA se positionnent de façon croissante comme des espaces de réflexion et de propositions sur la politique publique de l'autonomie : les deux tiers des instances ont élaboré des recommandations, contre un tiers en 2019-2020, et près de huit CDCA sur dix ont pris l'initiative de débats et formulé des propositions concernant la politique départementale de l'autonomie.

Pour autant, une amélioration reste possible, notamment dans les relations avec les institutions.

En effet, concernant les avis non rendus par le CDCA, la principale raison invoquée est le fait que le CDCA n'a pas été consulté par l'instance ou a été informé *a posteriori* (46 %). De plus, les CDCA ayant reçu des retours des institutions sont minoritaires, avec des différences marquées selon les documents. Cela soulève auprès des membres des interrogations quant à l'impact réel de leurs contributions. Enfin, des disparités s'observent selon les territoires.

2 Les modalités de fonctionnement des CDCA

1. Composition de l'instance : des difficultés de renouvellement, notamment dans les premiers collèges

📌 Points clés

En préambule, selon l'art. D. 149–7, le mandat des membres du CDCA est fixé à trois ans, à compter de la date de l'arrêté de nomination pris par le président du conseil départemental. Pour rappel, entre la fin de l'année 2016 et la fin de l'année 2017, huit CDCA sur dix ont été créés, et près de deux sur dix l'ont été en 2018. Le renouvellement des membres pour une seconde mandature est intervenu en 2019-2020 pour près d'un CDCA sur deux (voir la synthèse 2019-2020³). En revanche, certains ont dû décaler la procédure du fait de la crise sanitaire liée au COVID.

Entre 2021 et 2024, la quasi-totalité des CDCA a été renouvelée (Graphique 10). Près de deux CDCA sur dix ont été renouvelés deux fois, à l'occasion de leur deuxième puis de leur troisième mandature.

Certains CDCA rapportent des difficultés à renouveler leurs membres. De fait, plus de six CDCA sur dix n'ont pas été en mesure de désigner les 32 membres prévus par décret au sein du premier collège (soit 16 par formation). Par ailleurs, au 31 décembre 2024, les CDCA comptent en moyenne 78 membres titulaires, contre les 83 prévus par la loi (avec un maximum de 130), et 62 membres suppléants.

Au total, **7 520 membres titulaires sont engagés au sein des CDCA au 31 décembre 2024 sur le territoire français**, équitablement répartis entre les formations relatives aux personnes âgées et les formations relatives aux personnes en situation de handicap, **et près de 6 000 membres suppléants**. Parmi les membres titulaires, 1 046 sont investis au sein des bureaux, qu'ils soient pléniers ou dédiés aux formations spécialisées, soit une moyenne de 12 membres par bureau, conformément au décret, bien que des disparités existent entre les territoires.

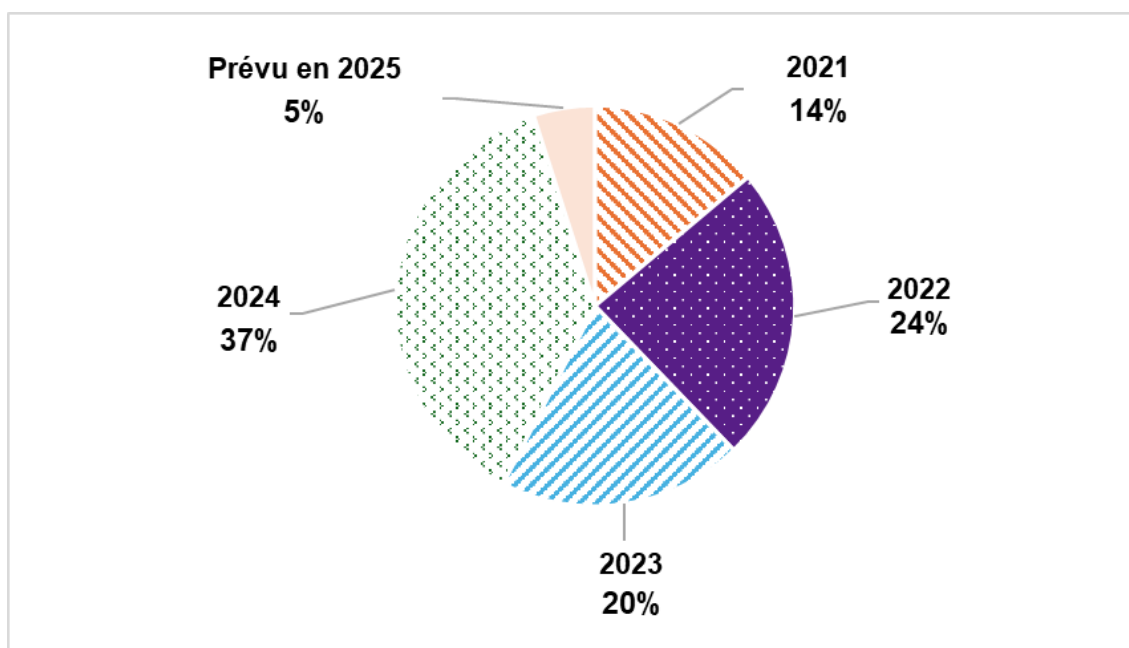
La procédure administrative de renouvellement suit différentes étapes : éventuels appels à candidatures pour les collèges 1 et 4 ; renouvellement des listes des associations représentant les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ainsi que leurs familles et proches aidants ; désignation des membres par les autorités compétentes pour les collèges 2, 3 et 4 ; installation du CDCA en assemblée plénière et élection des membres du bureau ; diffusion de l'arrêté de composition des membres.

³ [Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie. Synthèse des rapports d'activité 2019-2020.](#)

Pour constituer le premier collège de la dernière mandature, six CDCA sur dix ont lancé un appel à candidatures auprès des représentants des usagers du territoire.

Graphique 10 : Année d'installation de la dernière mandature des CDCA

(Échantillon : Ensemble CDCA – n = 98)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Un grand nombre de territoires rencontrent des difficultés dans le renouvellement, entraînant des vacances de sièges, en particulier dans les premiers collèges. **Seuls 53 % des CDCA sont parvenus à désigner les seize représentants des personnes âgées, de leurs familles et proches aidants, et 49 %, les seize représentants des personnes en situation de handicap, de leurs familles et proches aidants.** La principale raison invoquée par les CDCA est le manque de représentants disponibles ou volontaires sur le territoire, plus que le manque de moyens et de temps pour appliquer la procédure, ou le manque de clarté concernant la mise en œuvre de cette procédure. Parmi eux, 22 CDCA ont rencontré des difficultés pour désigner à la fois les seize représentants de la formation relative aux personnes âgées et les seize représentants de la formation relative aux personnes en situation de handicap, notamment dans les territoires ruraux ou à faible densité.

La procédure de renouvellement est perçue comme lourde et chronophage. Certains freins sont plus particulièrement évoqués, parmi lesquels :

- Un nombre fixe de représentants par instance, qui ne tient pas compte des disparités territoriales en termes de densité et de dynamique locales ;
- Une difficulté à mobiliser des personnes, notamment des représentants du premier collège, plus particulièrement au sein de la formation spécialisée relative aux personnes en situation de handicap : désengagement des membres sortants lié à un manque de temps (bénévoles cumulant plusieurs responsabilités) ou à un intérêt perçu comme limité ; manque d'attractivité de l'engagement proposé (faible impact perçu, comparé au temps investi, défraiement partiel, voire inexistant, des frais de déplacement...) ; épuisement du vivier de candidatures après deux ou trois mandatures ;

- L'absence de retour de certains organismes au sujet de la désignation de représentants, malgré les dispositions légales en vigueur, ou une réponse tardive obligeant à décaler le calendrier de mise en place de la mandature ;
- Des difficultés internes : vacance du poste de référent du CDCA ; baisse de dynamique, voire désengagement progressif des membres de certains CDCA durant la mandature, expliquant la difficulté à atteindre le quorum en assemblée plénière ; renouvellements partiels en cours de mandature liés à la démission ou au décès de membres...

Par conséquent, certains CDCA soulignent que la durée de mandat de trois ans est trop courte, et que la transition entre l'ancienne et la nouvelle mandature doit être fluidifiée.

Pour tenter de pallier ces difficultés, certains CDCA évoquent différents leviers :

- L'anticipation de la procédure durant le semestre précédant le renouvellement, afin de laisser le temps aux structures de désigner leurs représentants, et partage d'un calendrier concerté ;
- L'identification de nouvelles associations éligibles à travers un appel à candidatures ou un référencement des acteurs du territoire ;
- La communication relative au renouvellement auprès des structures déjà représentées ou nouvellement sollicitées : travail de pédagogie ; diffusion d'une présentation synthétique de la composition et des missions du CDCA, de ses moyens, des jalons de la prochaine mandature, avec des témoignages afin de motiver des candidats potentiels. Différents canaux de communication sont évoqués par les CDCA : campagne par courriel ou courrier ; relance téléphonique ; page internet dédiée ; vidéo ; relais dans la presse locale ; version en FALC des supports transmis...

2. Fonctionnement des réunions : vers des modalités plus collaboratives et inclusives

2.1 Modalités d'échanges : une approche principalement transversale (PA/PH) et en commissions spécialisées

📌 Points clés

L'approche transversale réunissant les deux formations spécialisées est le mode d'organisation privilégié au sein des CDCA. À titre d'exemple, en 2024, la quasi-totalité des CDCA a réalisé au moins une réunion en formation plénière (96 %), contre environ un quart en formation spécialisée des personnes âgées (26 %) et une proportion similaire en formation spécialisée des personnes en situation de handicap (22 %). De même, les trois quarts des bureaux pléniers (76 %) se sont réunis au moins une fois en 2024, contre près d'un tiers des bureaux des formations relatives aux personnes âgées (32 %) et environ un quart de ceux des formations relatives aux personnes en situation de handicap (27 %).

Au sein des différentes instances, le rythme moyen des réunions a nettement progressé entre 2021 et 2022, signant la reprise de l'activité après la crise sanitaire, puis s'est stabilisé entre 2022 et 2024. Cela étant, la participation des membres aux assemblées plénières, bien qu'en légère hausse, reste mitigée, atteignant la part de 45 % en 2024 (Tableau 4), équivalente à celle mesurée en 2019-2020.

Les CDCA privilégient davantage le travail en bureau et en commission spécialisée : le rythme de réunions s'est consolidé entre 2021 et 2024, avec plus d'une réunion trimestrielle en moyenne pour le bureau et près d'une réunion bimestrielle pour les commissions en 2024.

Les CDCA évoquent des niveaux d'investissement très différents, selon les collèges et entre membres. L'instance est souvent portée par les membres du bureau, issus des premiers collèges, notamment les vice-présidents. Les membres des autres collèges peuvent être plus en retrait, ce qui limite le principe de pluralité des points de vue, pourtant au cœur du fonctionnement de l'instance.

Entre 2021 et 2024, la formation plénière s'est réunie en moyenne deux fois par an, conformément au décret, avec une fréquence variant d'une à cinq réunions en 2024, selon le territoire. Le taux de participation des membres s'est légèrement consolidé entre 2021 et 2024, mais reste inférieur à 50 % de l'effectif. Au total, en 2024, il y a eu plus de 210 réunions en assemblée plénière sur le territoire (Tableau 4).

Tableau 4 : Comitologie des CDCA en formation plénière et taux moyen de participation des membres, entre 2021 et 2024

(Échantillon : Ensemble CDCA, hors donnée indisponible)

	2021	2022	2023	2024
Base	93	97	98	98
Part de CDCA ayant déclaré des réunions	89 %	96 %	99 %	96 %
Part de CDCA n'ayant déclaré aucune réunion	10 %	4 %	1 %	4 %
Part de CDCA ayant déclaré que la formation plénière n'existait pas sous cette forme	1 %	0 %	0 %	0 %
Nombre moyen de réunions (0 inclus)	1,8	2,1	2,3	2,2
Nombre de réunions (tous CDCA)	161	199	226	214
Taux moyen de participation (0 inclus) : Moyenne	42 %	42 %	43 %	45 %

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Entre 2022 et 2024, en moyenne, le bureau plénier s'est réuni deux à trois fois par an. En 2024, la fréquence de rencontres a oscillé entre une et douze réunions selon les CDCA, ce qui témoigne d'une forte hétérogénéité dans la dynamique de travail collective (réflexion, échange, capacité de production...). Au total, il y a eu plus de 230 réunions en bureau plénier, tous CDCA confondus (Tableau 5).

Tableau 5 : Comitologie des CDCA en bureau plénier, entre 2021 et 2024

(Échantillon : Ensemble CDCA, hors donnée indisponible)

	2021	2022	2023	2024
Base	90	93	94	95
Part de CDCA ayant déclaré des réunions	68 %	71 %	76 %	76 %
Part de CDCA n'ayant déclaré aucune réunion	27 %	25 %	21 %	21 %
Part de CDCA ayant déclaré que le bureau plénier n'existait pas sous cette forme	5 %	4 %	3 %	3 %
Nombre moyen de réunions (0 inclus)	1,8	2,6	2,7	2,5
Nombre de réunions (tous CDCA)	157	233	242	232

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Le rythme des commissions spécialisées (ou groupes de travail) s’est consolidé entre 2021 et 2024 (Tableau 6) : en 2024, environ 500 réunions en commissions spécialisées ont été organisées, soit une moyenne de cinq à six réunions par CDCA sur l’année. Toutefois, la fréquence de ces réunions reste très hétérogène selon le territoire, allant de 1 à 35 réunions en 2024. Cette diversité de fonctionnement est également illustrée par le fait que, la même année, 32 % des CDCA n’ont déclaré aucune réunion en commission spécialisée. Cela peut s’expliquer par des dynamiques locales différentes ou par le choix d’investir prioritairement les autres formats de réunions (réunions de bureau, formation plénière, formation spécialisée...) pour réfléchir et contribuer à la politique publique de l’autonomie.

Tableau 6 : Comitologie des CDCA en commissions spécialisées (ou groupes de travail) entre 2021 et 2024

(Échantillon : Ensemble CDCA, hors donnée indisponible)

	2021	2022	2023	2024
Base	88	95	95	95
Part de CDCA ayant déclaré des réunions	47 %	58 %	68 %	63 %
Part de CDCA n’ayant déclaré aucune réunion	44 %	34 %	26 %	32 %
Part de CDCA ayant déclaré qu’il n’existait pas de commission spécialisée	9 %	8 %	6 %	5 %
Nombre moyen de réunions (0 inclus)	3,2	5,0	5,1	5,5
Nombre de réunions (tous CDCA)	252	434	457	499

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

2.2 Accessibilité des échanges : une dynamique bien initiée et qui reste à renforcer dans les CDCA

📌 Points clés

Entre 2021 et 2024, la quasi-totalité des CDCA a mis en place des conditions d’accessibilité (physique, de l’information) pour permettre à tous les membres de participer aux échanges, aux réunions et aux événements (98 %). **Cela étant, quatre CDCA sur dix indiquent que cette mise en place a été partielle (42 %) : une part qui ne s’est pas améliorée depuis 2019-2020** et qui souligne le maintien d’une marge de progression des CDCA en la matière.

Dans le détail, **les CDCA veillent en priorité à l’accessibilité physique des lieux de réunion, à la transmission des documents sous format papier, au besoin, et à la possibilité de se connecter à distance pour les personnes ne pouvant se déplacer**. D’autres modalités d’accessibilité sont encore peu exploitées, à commencer par l’aide à l’appropriation des documents, la conception et le partage de documents accessibles ou encore la proposition de covoiturage pour se rendre aux réunions (Graphique 11).

Graphique 11 : Modalités d'accessibilité mises en place

(Échantillon : CDCA ayant mis en place les conditions d'accessibilité,
hors donnée indisponible – n = 96)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

L'usage plus marginal des dispositifs à destination des personnes sourdes et malentendantes (interprétation en langue des signes française – LSF, casques amplifiés, boucle à induction magnétique, vélotypie...) pourrait résulter d'un besoin ponctuel ou d'autres facteurs non identifiés à ce stade, nécessitant une analyse complémentaire.

3. Moyens alloués aux CDCA par les collectivités : des formes de soutien multiples et de niveau variable

Points clés

Entre 2021 et 2024, les CDCA ont bénéficié en moyenne de deux à trois types d'appui au fonctionnement de la part de la collectivité : l'appui du personnel pour 96 % des CDCA, avec un nombre moyen de 0,4 équivalent temps plein (ETP) dédié, stable entre 2021 et 2024 et par rapport à la période 2019-2020 ; la mise à disposition de matériel pour 91 % des CDCA ; enfin, la prise en charge d'autres dépenses en dehors des salaires du personnel de la collectivité pour 71 % des CDCA. L'enveloppe annuelle moyenne, renseignée par une quarantaine de CDCA en 2023 et 2024, se situe aux alentours de 3 000 euros.

La disparité des moyens dont bénéficient les CDCA, déjà observée précédemment, reste une réalité. Ainsi, pour les CDCA qui reçoivent ces types d'appui, le nombre d'ETP oscille entre 0,05 et 1,7 ETP, et le budget dédié entre 80 euros et plus de 30 000 euros en 2024.

94 CDCA ont bénéficié d'un appui au fonctionnement de la part de la collectivité entre 2021 et 2024. En cumulé, 36,5 ETP ont été dédiés à l'appui des CDCA en France en 2024. En termes de missions, ces personnes ont assuré le secrétariat et la logistique pour la quasi-totalité des CDCA concernés, animé l'instance pour huit CDCA sur dix, apporté une expertise technique ou juridique pour environ sept CDCA sur dix, voire ont apporté un soutien sur la communication externe pour près de cinq CDCA sur dix.

Tableau 7 : Nombre d'ETP du personnel de la collectivité dédié au fonctionnement des CDCA

(Échantillon : CDCA ayant bénéficié d'un appui du personnel de la collectivité et ayant déclaré un nombre d'ETP non nul par année, hors donnée indisponible)

	2021	2022	2023	2024
Base	76	81	85	86
Part des CDCA ayant déclaré jusqu'à 0,3 ETP	50 %	49 %	50 %	54 %
Part des CDCA ayant déclaré 0,31 à 0,6 ETP	34 %	37 %	35 %	31 %
Part des CDCA ayant déclaré plus de 0,6 ETP	16 %	14 %	15 %	15 %
Nombre d'ETP : Minimum	0,08	0,05	0,05	0,05
Nombre d'ETP : Maximum	1,70	1,70	1,70	1,70
Nombre d'ETP : Moyenne	0,44	0,43	0,43	0,42
Total ETP déclarés (tous CDCA)	33,3	34,9	36,6	36,5

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

89 CDCA ont par ailleurs bénéficié d’une mise à disposition de matériel entre 2021 et 2024 : des lieux de réunion (salle, assurance, entretien...) pour la totalité d’entre eux et du matériel informatique ou bureautique pour plus de la moitié.

En dehors des salaires du personnel de la collectivité, sept CDCA sur dix déclarent avoir bénéficié d’un financement de la collectivité pour d’autres services et prestations (74 %). Ces dépenses ont eu en premier lieu pour objet les frais de déplacement pour près des trois quarts des 70 CDCA concernés et la conception de supports de communication pour plus de cinq CDCA sur dix (54 %). Elles ont également porté sur les frais de bouche et de convivialité pour plus de quatre CDCA sur dix (44 %), sur l’aide à l’animation pour quatre CDCA sur dix (40 %) et, plus marginalement, sur des services de mise en accessibilité pour deux CDCA sur dix (20 %).

Moins de la moitié des CDCA ont été en mesure de renseigner le montant correspondant à ces dépenses, ce qui indique un possible besoin d’outillage concernant le suivi de ce type d’indicateurs par les CDCA et leur référent. En cumulé, le montant déclaré représente 120 000 euros en 2024, mais il n’est pas exhaustif puisque 23 CDCA concernés n’ont pas répondu à cette question (soit un tiers de la base de répondants). Au sein des CDCA ayant renseigné la donnée sur au moins l’une des quatre années couvertes, on constate une forte hétérogénéité des montants financés. À titre d’exemple, en 2024, 44 % des CDCA concernés ont indiqué une somme entre 80 et 1 000 euros tandis que 22 % ont bénéficié d’un financement supérieur à 3 000 euros (Tableau 8).

Enfin, 16 % des 70 CDCA concernés disposent d’une association de gestion de ces moyens.

Tableau 8 : Montant des dépenses liées à des services et prestations financés par la collectivité au profit des CDCA (en dehors des salaires du personnel de la collectivité)

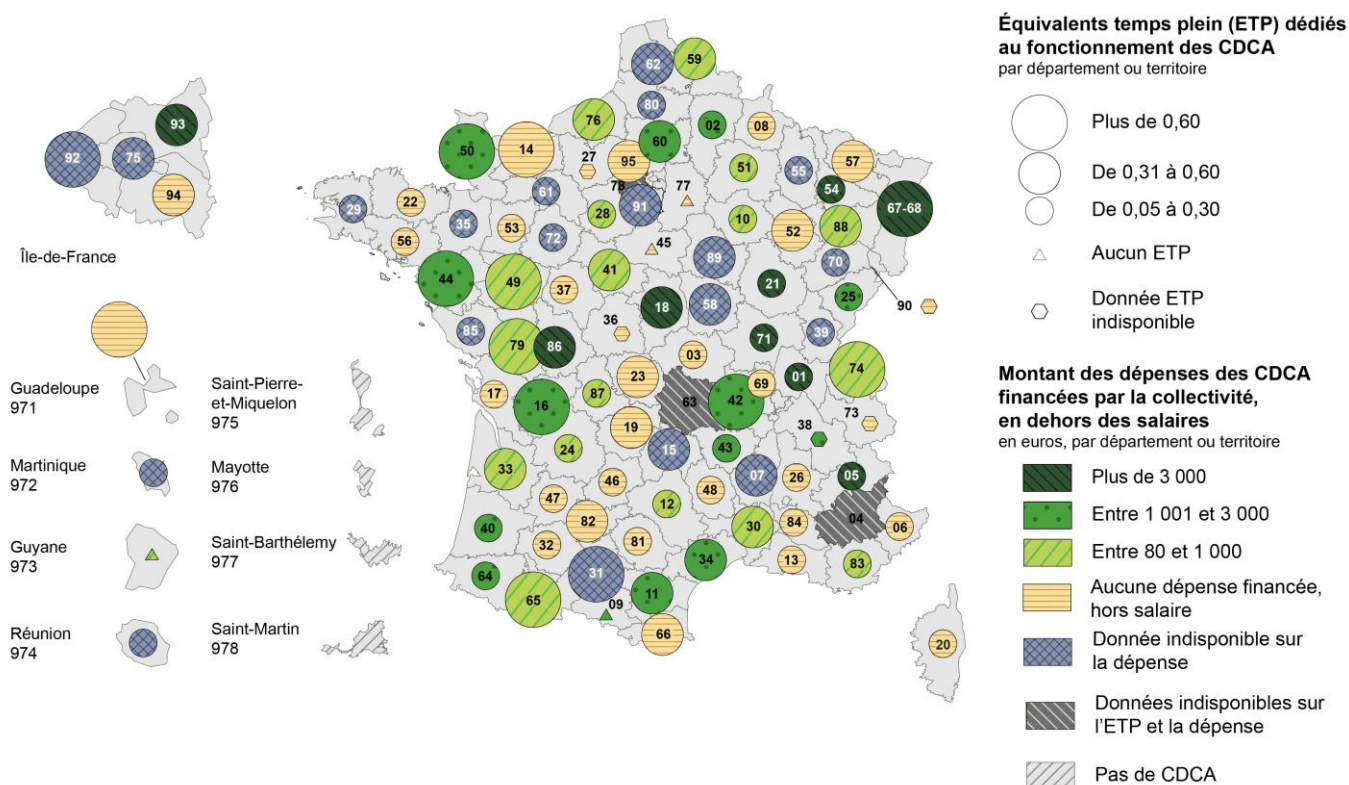
(Échantillon : CDCA ayant bénéficié du financement d’autres dépenses et ayant déclaré un montant non nul par année, hors donnée indisponible)

	2021	2022	2023	2024
Base	25	37	40	41
Part des CDCA ayant déclaré entre 80 et 1 000 €	64 %	46 %	38 %	44 %
Part des CDCA ayant déclaré entre 1 001 et 3 000 €	20 %	35 %	38 %	34 %
Part des CDCA ayant déclaré plus de 3 000 €	16 %	19 %	25 %	22 %
Montant dépenses : Minimum	40 €	11 €	57 €	80 €
Montant dépenses : Maximum	26 700 €	34 800 €	29 974 €	30 292 €
Montant dépenses : Moyenne	3 238 €	3 416 €	3 340 €	2 935 €
Total dépenses déclarées (tous CDCA) *	80 943 €	126 378 €	133 612 €	120 346 €

**Note méthodologique : ces données sont à interpréter avec précaution, car, à titre d’exemple, en 2024, 23 CDCA ayant bénéficié d’un financement n’ont pas été en mesure d’indiquer le montant correspondant.*

Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Cartographie : Ressources humaines dédiées au fonctionnement des CDCA et financement des dépenses (en dehors des salaires) en 2021-2024



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

Certains CDCA apportent des précisions quant aux moyens dont ils disposent :

- L'appui du personnel de la collectivité porte sur des activités variées : secrétariat de l'instance (envoi des invitations, rédaction et envoi de comptes-rendus, gestion des remboursements des frais), gestion de l'espace collaboratif numérique, animation du CDCA ;
- Certains CDCA mentionnent des ressources mises à disposition par les départements, parfois difficiles à estimer financièrement : animation des échanges et élaboration de recommandations avec l'aide du laboratoire d'innovation sociale du département au sein du CDCA de l'Ardèche (07), avec l'appui d'un animateur dédié au sein du CDCA de la Côte-d'Or (21) ; mobilisation d'agents de la direction de l'autonomie et d'autres directions (transport/mobilité, habitat...) pour participer aux débats des CDCA de la Loire (42) et de Lot-et-Garonne (47) ; formation, appui technique et méthodologique pour le CDCA de Saône-et-Loire (71), service civique travaillant pour le CDCA du Puy-de-Dôme (63), financé par le département ; abonnement à une lettre d'information sectorielle pour le CDCA des Hauts-de-Seine (92), création et mise à jour d'une page internet dédiée et appui à la communication sur les réseaux sociaux (LinkedIn) pour le CDCA de la Seine-Saint-Denis (93) ;
- Concernant le matériel mis à disposition, les CDCA bénéficient de salles, voire d'un bureau dédié, ainsi que de matériel informatique et bureautique. Certains évoquent également la connexion internet pour permettre la tenue de réunions hybrides en présentiel et à distance, une boîte mail dédiée ainsi que la mise à disposition d'un espace collaboratif numérique (pour consulter le calendrier des réunions, partager des documents, gérer le remboursement des frais de déplacement) ;

- Concernant le financement des dépenses, la prise en charge des frais de déplacement (indemnités kilométriques, stationnement ; transports en commun) est souvent réservée aux membres bénévoles des premiers collèges. Certains CDCA évoquent par ailleurs des conditions d'application : par exemple, une limite fixée à huit réunions annuelles, un financement uniquement proposé aux vice-présidents ou aux membres menant des actions sur le territoire au nom du CDCA... La possibilité d'un remboursement des frais de bouche (restauration, temps de convivialité) est évoquée ponctuellement. Enfin, deux CDCA mentionnent une baisse de prise en charge par la collectivité en 2024, dans un contexte de restriction budgétaire et de hausse des coûts.

Enfin, un certain nombre de CDCA regrettent l'insuffisance de moyens humains, matériels ou encore financiers pour mener leur mission dans de bonnes conditions et soulignent que cela constitue un frein majeur au fonctionnement et à la mobilisation des membres.

4. Lien avec les partenaires : une inscription renforcée des CDCA dans l'écosystème local

4.1 Les CDCA au sein des instances territoriales : une représentation qui se consolide

Points clés

En tant qu'instance visant à favoriser le développement de la démocratie participative au niveau local, le CDCA désigne des représentants dans un certain nombre d'autres instances départementales et régionales des secteurs de la santé et de l'autonomie :

46 % des CDCA ont procédé à l'ensemble des six désignations à la fois prévues dans la loi et proposées dans le rapport⁴, une part en très légère augmentation comparée à 2019-2020 (44 %).

Les CDCA sont particulièrement bien représentés au sein de la MDPH (CDAPH, COMEX).

Seul le comité local du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) enregistre un faible taux de représentation du CDCA (31 %). En effet, jusqu'en juillet 2025, la désignation de membres représentant les associations ou organismes regroupant des personnes handicapées était obligatoire, sur proposition du CDCA du département accueillant le chef-lieu de la région (décret du 3 mai 2006 relatif FIPHFP, abrogé par le décret du 24 juillet 2025). Ainsi, au sein des treize régions métropolitaines, plus des trois quarts des CDCA concernés ont désigné un représentant au sein du FIPHFP (77 %). Par ailleurs, parmi les quatre CTCA ou CDCA des départements et régions d'outre-mer (DROM) ayant renseigné le rapport, trois ont également désigné un représentant au sein du FIPHFP.

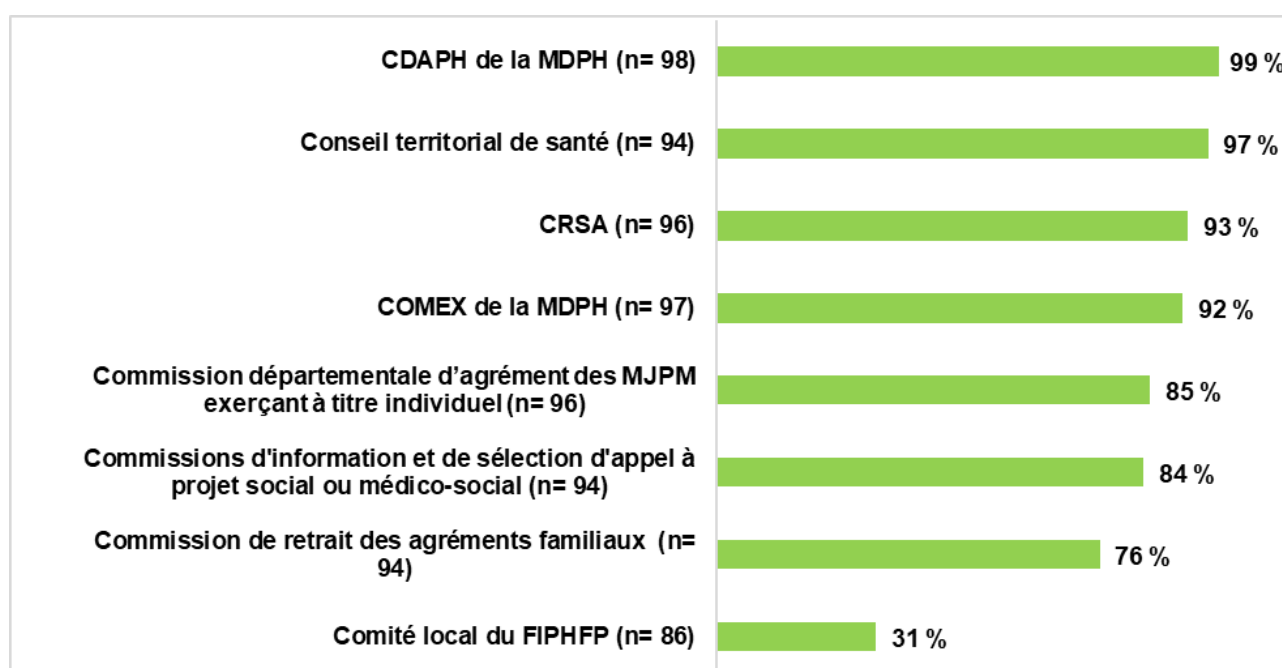
⁴ Il s'agit de la CDAPH de la MDPH, de la CRSA, de la COMEX de la MDPH, de la commission départementale d'agrément des MJPM exerçant à titre individuel, des commissions d'information et de sélection d'appels à projets sociaux ou médico-sociaux et de la commission de retrait des agréments familiaux.

Concernant le conseil territorial de santé, l'arrêté du 3 août 2016 n'oblige pas les ARS à choisir des représentants proposés par le CDCA⁵. **Cela étant, la plupart des CDCA ont procédé à la désignation d'un représentant au sein de l'instance.**

Comparé à 2019-2020, une amélioration de cette représentation est particulièrement notable au sein de la CRSA (93 %, +15 points), de la commission départementale d'agrément des mandataires judiciaires à la protection des majeurs exerçant à titre individuel (85 % des CDCA, +15 points) et du conseil territorial de santé (97 % des CDCA y comptent un représentant, +11 points).

Graphique 12 : Part des CDCA ayant désigné des représentants dans les instances du territoire

(Échantillon : Ensemble CDCA, hors donnée indisponible)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

45 CDCA évoquent spontanément d'autres instances au sein desquelles le CDCA est représenté, notamment :

- La CFPPA, évoquée par 22 CDCA, la CFHI pour 12 d'entre eux ;
- Le comité départemental de suivi de l'école inclusive (CDSEI), mentionné par 20 CDCA, en lien avec la réglementation (article D. 312-10-13-1 du CASF) ;
- Une commission d'accessibilité pour 7 CDCA ;
- Des commissions diverses en lien avec la vie en ESMS pour 7 CDCA (CVS et inter-CVS, conseil d'administration, comité d'éthique...) ;
- Des commissions diverses en lien avec le parcours de l'utilisateur pour 7 CDCA : dispositif d'appui à la coordination (DAC), Communauté 360, SPDA, conseil consultatif des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)...

⁵ L'arrêté du 3 août 2016 précise que le CTS comprend un collège des usagers et des associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'ARS, composé de six à dix membres, dont « au plus quatre représentants des usagers des associations des personnes handicapées ou des associations de retraités et personnes âgées, sur proposition du ou des CDCA du ressort du CTS ». L'arrêté ne fixe pas un nombre minimum de membres proposés par le CDCA siégeant au CTS.

- Des commissions diverses en lien avec le logement ou l'habitat pour 4 CDCA : programme local de l'habitat (PLH), conférence intercommunale du logement (CIL), SOLIHA, la Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment (CAPEB).

4.2 Sollicitation des partenaires : une pratique relativement répandue au sein des CDCA pour nourrir leurs travaux

Points clés

Les deux tiers des CDCA ont associé une ou plusieurs parties prenantes externes à leurs travaux, que ce soit dans le cadre d'avis à rendre ou de leurs autres compétences (consultation sur saisine, recommandations éthiques, travail en réseau...). Il s'agit en priorité des services du département, des associations représentant les personnes concernées et des professionnels en ESMS.

Graphique 13 : Types de partenaires externes mobilisés par les CDCA

(Échantillon : CDCA ayant associé des parties prenantes externes à leurs travaux, hors donnée indisponible – n = 63)



Source : CNSA, données transmises par les CDCA (2021-2024).

4.3 Travail inter-CDCA : une dynamique bien engagée dans certains territoires, largement souhaitée ailleurs, pour favoriser la mutualisation et le partage de pratiques

📌 Points clés

Le travail en réseau s'est renforcé depuis la dernière vague d'enquête : plus d'un tiers des CDCA (36 %) ont déclaré avoir travaillé avec des CDCA de la même région entre 2021 et 2024, contre près d'un quart en 2019-2020.

Si les sujets abordés sont très variés, **les CDCA ont d'abord souhaité partager leurs réflexions et approches sur des sujets d'expertise tels que le logement/l'habitat, la mobilité, l'accès aux soins et la mise en place à venir du service public départemental de l'autonomie.**

Synthèse des points clés concernant le fonctionnement des CDCA

La période 2021-2024 est marquée par un engagement fort des membres des CDCA sur l'ensemble du territoire : au 31 décembre 2024, les CDCA comptaient 7 520 membres titulaires et près de 6 000 suppléants investis dans leurs missions.

L'inscription des CDCA dans l'écosystème territorial se confirme, se traduisant par une collaboration renforcée avec les acteurs locaux. Leur représentation dans les instances territoriales connaît une nette amélioration par rapport à 2019-2020, notamment au sein des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (+15 points) et des conseils territoriaux de santé (+11 points). Cette dynamique s'accompagne d'une ouverture croissante : les deux tiers des CDCA ont associé des partenaires extérieurs à leurs travaux. Par ailleurs, la coopération entre CDCA d'une même région progresse également, avec plus d'un tiers des territoires ayant mené des actions conjointes, contre près d'un quart en 2019-2020.

Pour autant, un certain essoufflement se fait sentir dans l'engagement des membres et dans l'animation de l'instance. La participation aux réunions plénières reste limitée, atteignant 45 % en 2024, un taux équivalent à celui observé en 2019-2020. Le renouvellement des instances demeure également complexe : 63 % des CDCA déclarent ne pas avoir été en mesure de désigner les 32 membres prévus par décret au sein des premiers collèges.

Enfin, si la majorité des CDCA bénéficient de moyens humains et financiers, les disparités territoriales restent marquées. Bien que ces écarts s'expliquent par la taille des départements, un certain nombre de CDCA soulignent que cette hétérogénéité constitue un frein majeur au bon fonctionnement de l'instance et à la mobilisation des membres dans la durée.

Conclusion

Entre 2021 et 2024, les CDCA ont, dans l'ensemble, consolidé leur rôle dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques publiques de soutien à l'autonomie dans les territoires, après une vague 2019-2020 marquée par la crise sanitaire.

Concernant les compétences-socle, la participation des CDCA à la formulation des avis obligatoires est restée stable. En revanche, les CDCA s'inscrivent davantage dans une dynamique de co-construction, comme en témoignent :

- Une participation renforcée, comparée à 2019-2020, dans l'élaboration et le suivi de certains documents stratégiques tels que les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et/ou en situation de handicap ;
- Pour plus de la moitié des CDCA en moyenne, la tenue d'auditions permettant d'explicitier un avis rendu auprès de l'institution destinataire à l'initiative de la saisine ;
- Un réflexe croissant au sein des institutions de faire un retour aux CDCA à la suite de l'avis rendu, en particulier de la part du conseil départemental et des commissions des financeurs.

Cette tendance reste à consolider ainsi que l'articulation entre instances compétentes à des échelles géographiques différentes, par exemple pour les documents à portée régionale comme le PRS.

Par ailleurs, de fortes disparités demeurent entre territoires.

Les CDCA sont de plus en plus investis par leurs membres comme des espaces de réflexion et de propositions sur la politique publique de l'autonomie. La part des CDCA qui ont élaboré des recommandations au-delà des avis réglementaires a nettement augmenté : d'un tiers en 2019-2020 à deux tiers en 2021-2024. Les thématiques traitées dans les recommandations et les débats sont très variées et sont fonction des priorités définies localement. Parmi les enjeux identifiés en vue de renforcer l'impact des contributions des CDCA ressortent la formalisation et la valorisation de ces travaux, ainsi que l'élaboration de recommandations précises et opérationnelles pour faciliter leur appropriation par les décideurs.

Dans ce contexte, l'inscription des CDCA dans l'écosystème territorial s'est renforcée, comme en témoignent :

- La représentation accrue du CDCA dans certaines instances comme la CRSA, le CTS ou la commission départementale d'agrément des MJPM exerçant à titre individuel ;
- La hausse des sollicitations institutionnelles en dehors des avis obligatoires, même si elles ne concernent qu'un tiers des CDCA sur la période 2021-2024 ;
- Une dynamique inter-CDCA en progression.

La reconnaissance institutionnelle des CDCA s'est donc améliorée entre 2021 et 2024, mais reste à consolider pour permettre à l'instance de jouer pleinement son rôle. En particulier, il apparaît nécessaire de sensibiliser davantage les instances du territoire sur les missions du CDCA, notamment sur sa consultation obligatoire pour certains documents, et sur sa plus-value dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques publiques.

Concernant le fonctionnement des CDCA, l'engagement des membres est manifeste, en particulier de ceux qui composent le bureau, mais un sentiment d'essoufflement s'exprime dans certains territoires. En effet, la mobilisation est importante, mais hétérogène. Plus de 7 500 membres titulaires et 6 000 suppléants sont engagés au sein des CDCA à la fin 2024 au niveau national. Pour autant, différents indicateurs, tels que le nombre de réunions par instance et le taux de participation en plénière (45 %), mettent en exergue des niveaux d'implication disparates entre CDCA et au sein d'un même CDCA. Certains territoires expriment des difficultés d'animation de l'instance, en lien notamment avec le nombre conséquent de membres (près de 80 membres en moyenne). Par ailleurs, les échanges sont parfois portés par un nombre restreint de participants, ce qui peut limiter le sentiment d'utilité et d'appartenance à un collectif de réflexion et de débat pour tous les membres.

Face à ces enjeux d'animation, des CDCA privilégient une approche transversale, réunissant les deux formations spécialisées et collaborative. Le travail est en priorité réalisé en bureau et en commissions spécialisées, puis restitué en assemblée plénière. Les échanges, les réunions et les événements se veulent accessibles à tous les membres, mais une marge de progression demeure : l'accessibilité reste partiellement mise en œuvre pour quatre CDCA sur dix. Par ailleurs, les deux tiers des CDCA ont sollicité des partenaires externes pour enrichir leurs travaux.

En complément, des difficultés de renouvellement persistent, notamment au sein du premier collège. La procédure est perçue comme lourde et chronophage dans la vie du CDCA, et sa fréquence, tous les trois ans, est décrite comme un frein à la continuité des travaux. Le manque de candidatures et le désengagement progressif des membres, souvent liés à un sentiment de faible utilité ou à une visibilité limitée de leur impact, entraînent ainsi la vacance de sièges dans de nombreux CDCA.

Enfin, les moyens humains et financiers alloués par les départements sont très disparates en fonction du territoire, ce qui peut limiter la capacité d'action et les marges de manœuvre de certains CDCA.

Ainsi, des progrès dans l'exercice des missions des CDCA et de leur reconnaissance par les acteurs du territoire sont constatés, et plusieurs défis structurants restent à relever. En particulier, les difficultés d'animation et de mobilisation des membres ainsi que l'insuffisance de ressources humaines et financières pour un certain nombre de CDCA contribuent à limiter l'efficacité de l'instance et à renforcer les écarts de dynamique entre territoires. Dix ans après la mise en place des CDCA, des marges de progression subsistent. Les CDCA doivent poursuivre les efforts engagés pour améliorer l'animation de l'instance, favoriser l'expression d'une pluralité d'expertises et de points de vue, produire des recommandations plus précises et opérationnelles, se faire connaître auprès des acteurs du territoire et mieux valoriser leurs travaux. Les institutions, quant à elles, sont encouragées à associer plus systématiquement les CDCA aux travaux relatifs à la politique publique de l'autonomie. Par ailleurs, une évaluation de l'impact du CDCA apparaît comme un levier clé pour favoriser la reconnaissance du CDCA par les institutions et encourager la mobilisation des membres dans la durée. La mobilisation de tous à l'échelle nationale, régionale et locale doit se poursuivre pour permettre à l'ensemble des CDCA d'exercer pleinement leur rôle dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques publiques de soutien à l'autonomie.

Glossaire

ANAH : Agence nationale de l'habitat

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

ARS : Agence régionale de santé

CAPEB : Confédération de l'artisanat et des petites entreprises du bâtiment

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

CDCA : Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

CDMCA : Conseil départemental métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie

CDSEI : Comité départemental de suivi de l'école inclusive

CFPPA : Commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

CFHI : Commission des financeurs de l'habitat inclusif

CIL : Conférence intercommunale du logement

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CNCPH : Conseil national consultatif des personnes handicapées

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CODERPA : Comité départemental des retraités et des personnes âgées

COMEX : Commission exécutive

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CTCA : Conseil territorial de la citoyenneté et de l'autonomie

CTS : Conseil territorial de santé

CVS : Conseil de la vie sociale

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DROM : Départements et régions d'outre-mer

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

ESMS : Établissement et service médico-social

ESSMS : Établissement et service social ou médico-social

ETP : Équivalent temps plein

FALC : Facile à lire et à comprendre

FIPHFP : Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

HCFEA : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge

LSF : Langue des signes française

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MJPM : Mandataire judiciaire à la protection des majeurs

MSA : Mutualité sociale agricole

PA : Personnes âgées

PH : Personnes en situation de handicap

PLH : Programme local de l'habitat

PMR : Personne à mobilité réduite

PRS : Projet régional de santé

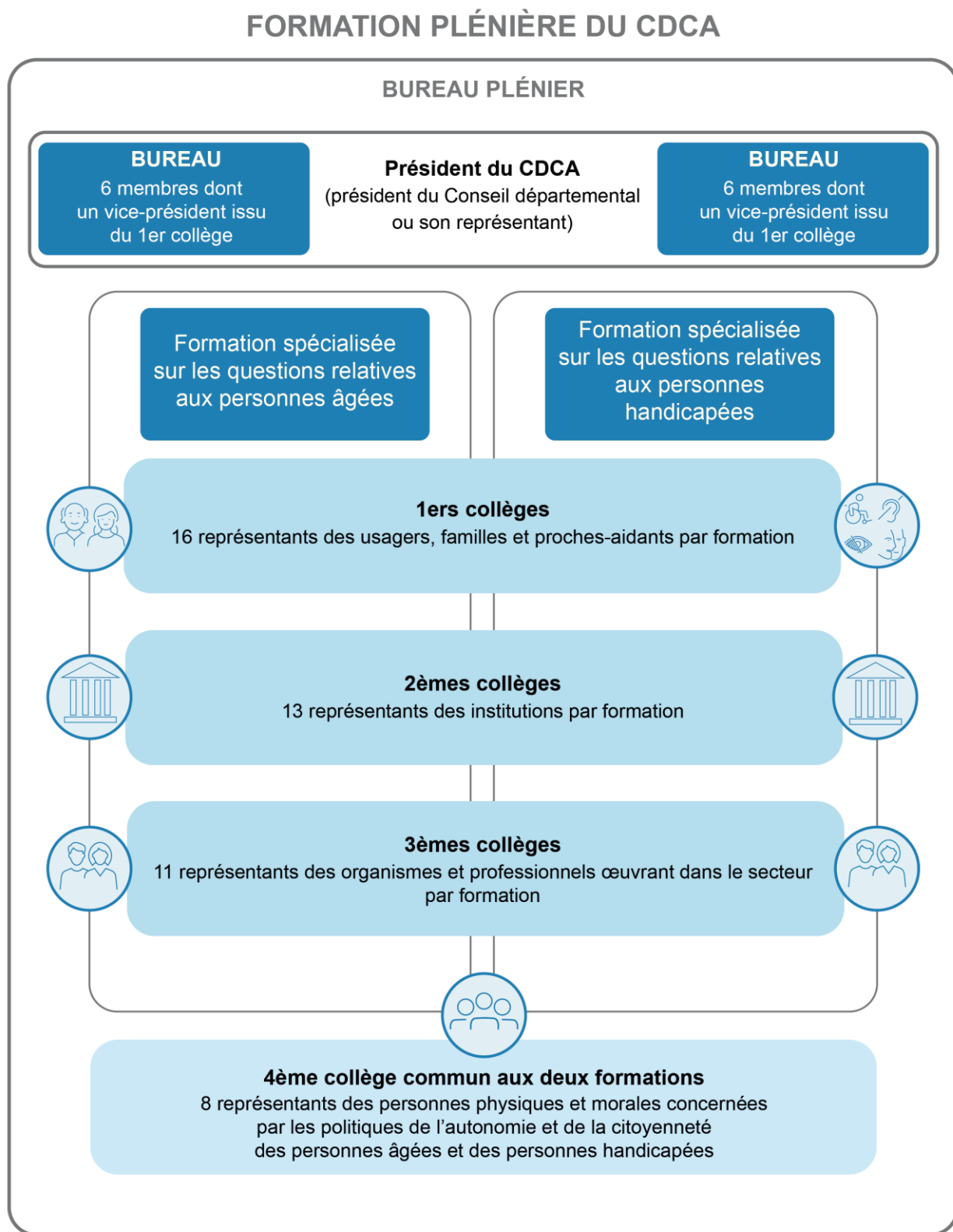
PTSM : Projet territorial de santé mentale

RSI : Régime social des indépendants

SPDA : Service public départemental de l'autonomie

SRS : Schéma régional de santé

Figure 1 : Composition du CDCA



Source : décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Figure 2 : Compétences-socle du CDCA

	 LE CDCA REND UN AVIS CONSULTATIF SUR	 LE CDCA DÉSIGNE OU PROPOSE DES REPRÉSENTANTS POUR
DÉPARTEMENT	• Les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie • Le rapport d'activité des services du département chargés des personnes âgées • Les conventions signées entre le département et ses partenaires concernant la politique départementale de l'autonomie • La programmation des moyens alloués à la politique départementale de l'autonomie	• La commission départementale d'agrément des mandataires judiciaires à la protection des majeurs exerçant à titre individuel • La commission d'information et de sélection d'appel à projet social ou médico-social
MDPH / MDA *	• Le rapport d'activité de la MDPH ou de la MDA • La constitution d'une MDA	• La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH • La commission exécutive (COMEX) de la MDPH
CFPPA / CFHI **	• Les programmes coordonnés de financement élaborés par la CFPPA et la CFHI • Les rapports d'activité de la CFPPA et de la CFHI	
AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ	• Le projet régional de santé (dont le schéma régional de santé) • La programmation des moyens alloués à la politique départementale de l'autonomie	• La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
ÉTAT	• Le schéma régional concernant les mandataires à la protection des majeurs	• Le comité départemental de suivi de l'école inclusive
ASSURANCE VIEILLESSE	• La programmation des moyens alloués à la politique départementale de l'autonomie	

* Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et maison départementale de l'autonomie (MDA)

** Commissions des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) et de l'habitat inclusif (CFHI)

Source : décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.



cnsa.fr

pour-les-personnes-agees.gouv.fr

monparcourshandicap.gouv.fr



Crédits photos : S. Budon pour la CNSA

CNSA

66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 53 91 28 00 – contact@cnsa.fr

