

AOÛT 2020

DOSSIER TECHNIQUE

Conseils départementaux de la
citoyenneté et de l'autonomie

Synthèse des rapports d'activité 2017-2018

Fruit d'un travail important, ce document existe grâce à l'implication de toutes les parties prenantes. La CNSA tient à les remercier tout particulièrement, ainsi que les consultants du groupement des cabinets Médialis, Public Impact Management et VAA Conseil, qui ont contribué à sa réalisation.

Sommaire

Introduction	5
Le CDCA, nouvel acteur de la gouvernance des politiques de l'autonomie	5
Organisation et fonctionnement des CDCA	6
Une synthèse nationale aux multiples enjeux	9
Méthodologie et précautions de lecture	10
1 État des lieux de la mise en place des CDCA en 2017-2018	13
1. Une installation presque achevée sur l'ensemble du territoire	13
2. Une mise en place inégale selon les ressources des CDCA	18
3. La mise en œuvre des compétences obligatoires	23
4. Des freins et des leviers liés au fonctionnement des CDCA	26
2 Articulation des questions relatives aux personnes âgées ou aux personnes en situation de handicap dans l'activité des CDCA	35
1. Émergence de la transversalité entre les secteurs du vieillissement et du handicap au sein des organes des CDCA	35
2. Thématiques abordées lors des travaux des CDCA en 2017-2018	49
3. Un lien équilibré avec les autres acteurs du secteur de l'autonomie, du vieillissement et du handicap	54

3 Les travaux des CDCA en 2017-2018.....	61
1. Conclusions des principaux avis rendus par les CDCA	61
2. Chantiers significatifs	69
3. Au-delà des avis consultatifs, une grande diversité des travaux engagés par les CDCA	76
4. Mobilisation des représentants des CDCA au sein d'autres instances	90
Conclusion.....	95
Glossaire.....	97

Introduction

Le CDCA, nouvel acteur de la gouvernance des politiques de l'autonomie

Depuis une vingtaine d'années, la participation des personnes est un enjeu au cœur des politiques publiques et en particulier de leur gouvernance dans le champ de la santé, du handicap et de l'autonomie. L'avènement de la démocratie sanitaire a été marqué par la reconnaissance des droits des patients (loi du 4 mars 2002) et des usagers du secteur social et médico-social (loi du 2 janvier 2002), suivie par la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en 2004 et la réaffirmation des droits et de la citoyenneté des personnes en situation de handicap (loi du 11 février 2005). La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) a consacré l'importance de l'implication des personnes âgées dans la construction des politiques de l'autonomie.

La création des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, à la place des anciens comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH), s'inscrit dans une logique de rapprochement des acteurs pour une action en faveur de l'autonomie transversale, coordonnée et de proximité. En tant qu'instance de démocratie participative, le rôle du CDCA est d'assurer la participation des personnes concernées à l'élaboration et au suivi de la politique de l'autonomie dans le département. Ce dernier est par ailleurs confirmé dans son statut de chef de file des politiques de l'âge et du handicap par la réforme territoriale de 2015.

Dans la même perspective de renforcement de la gouvernance participative et de décroisement des secteurs du vieillissement et du handicap, la loi ASV a instauré le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA). En plus de ses compétences consultatives propres, celui-ci est chargé avec le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) de la promotion de la bientraitance des personnes âgées et en situation de handicap. La même réforme a également confirmé le rôle de « maison commune » de la CNSA dans le pilotage de la politique de l'autonomie au niveau national. Ainsi, ces trois instances sont-elles identifiées pour recevoir les rapports d'activité des CDCA et réaliser une synthèse nationale témoignant de la dynamique des instances locales et de la mise en œuvre de leurs missions.

L'article L. 149-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit que le CDCA adresse, au plus tard le 30 juin de l'année concernée, au HCFEA, au CNCPH et à la 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 ». Pour la première synthèse biennale depuis la création du CDCA, un groupe de travail avec des représentants de conseils départementaux volontaires et des partenaires institutionnels nationaux¹ a été mis en place en septembre 2018 afin de préciser l'objectif du rapport et de déterminer les modalités de remontée d'informations. La présente synthèse constitue le résultat de l'analyse des rapports réalisés par les CDCA sur cette base commune issue du groupe de travail.

¹ HCFEA, secrétariat général du Comité interministériel du handicap (CIH) qui assure le secrétariat général du CNCPH, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), CNSA.

Organisation et fonctionnement des CDCA

Les CDCA ont pour objet de renforcer la participation des usagers et de leurs proches à l'élaboration ainsi qu'au suivi des politiques publiques qui les concernent, en concertation avec les représentants institutionnels et les professionnels du secteur du vieillissement et du handicap sur le territoire. Ils sont dotés 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.

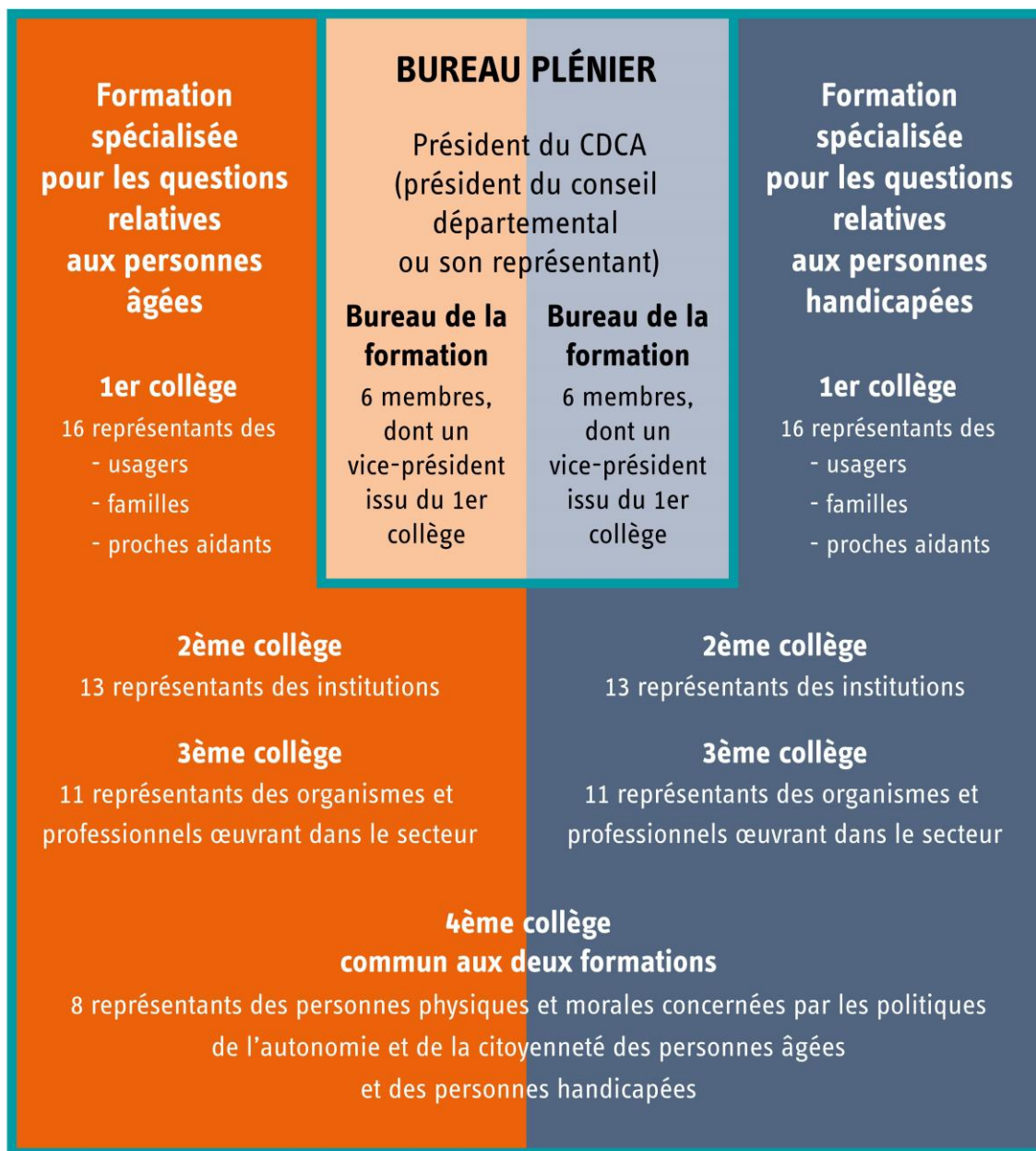
L'organisation, la composition et le fonctionnement du CDCA ont été précisés par le décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016. Dans sa composition, le CDCA associe l'ensemble des acteurs concernés par les politiques de l'autonomie, dont le conseil départemental, les collectivités locales, l'agence régionale de santé (ARS), l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), le rectorat, l'assurance maladie, les caisses de retraite, la mutualité, les associations, les organisations syndicales, les organismes gestionnaires, les bailleurs sociaux...

Le CDCA comprend deux formations spécialisées dites « pour les questions relatives aux personnes âgées » et « pour les questions relatives aux personnes handicapées », présidées chacune par un vice-président et dotées d'un bureau. Les membres, outre les représentants de l'État désignés au niveau de la région, sont nommés au titre de l'une ou de l'autre formation par le président du conseil départemental sur proposition des organismes concernés. La loi prévoit un nombre égal de membres de chaque formation spécialisée, au maximum 48 membres titulaires par formation.

La réunion des deux formations pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap constitue la formation plénière du CDCA présidée par le président du conseil départemental ou son représentant (graphique 1). Chaque formation spécialisée est composée de représentants des personnes âgées ou en situation de handicap, des familles et des proches aidants (premier collège), des institutions (deuxième collège), des professionnels des secteurs du handicap et du vieillissement (troisième collège) et des représentants d'autres personnes physiques et morales concernées par les politiques de l'autonomie et de la citoyenneté, notamment dans les domaines du transport et de l'urbanisme (quatrième collège, commun aux deux formations). Les vice-présidents des formations sont élus en formation plénière parmi les candidats issus du premier collège, proposés par les formations spécialisées.

Graphique 1 : Composition du CDCA

FORMATION PLÉNIÈRE DU CDCA

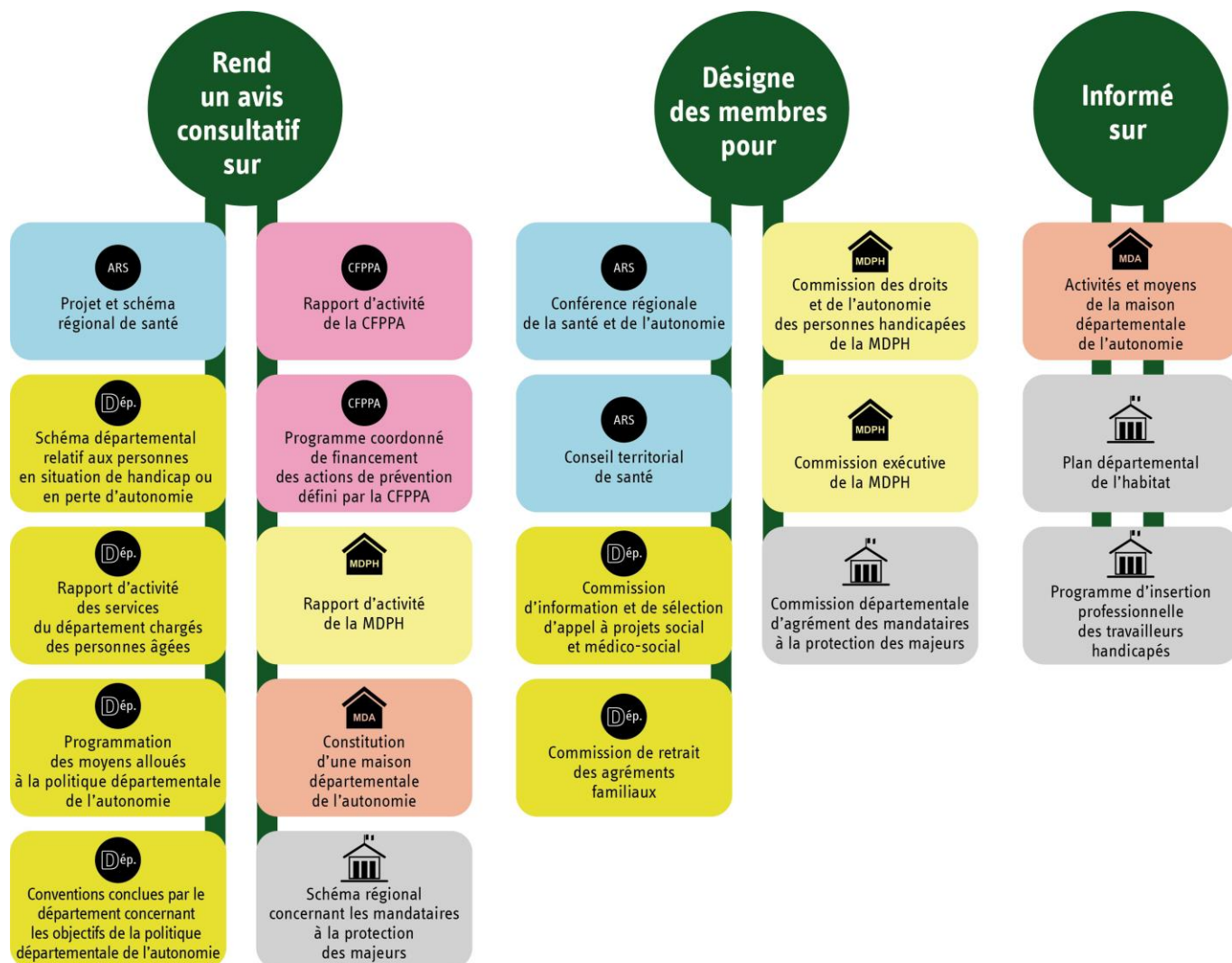


Source : Décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie.

Au titre de ses compétences prévues par la loi, le CDCA est informé et consulté pour avis sur l'ensemble des schémas et des programmes relatifs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap au niveau départemental et régional et entretient de ce fait des liens étroits avec le département et l'ARS qui sont aussi représentés parmi les membres du CDCA. Il est notamment informé des activités de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), de la maison départementale de l'autonomie (MDA) et de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA). Le CDCA peut également, de sa propre initiative, mener des débats et formuler des propositions d'orientations concernant le respect des droits et la bientraitance des personnes âgées ou en situation de handicap dans le département et, plus largement, la politique de l'autonomie.

Dans le cadre de ses compétences, le CDCA désigne également des représentants dans des instances départementales et régionales des secteurs de la santé et de l'autonomie placées auprès de l'ARS et du département, y compris des instances internes de la MDPH (graphique 2).

Graphique 2 : Compétences du CDCA



Appartenance de l'instance



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

Une synthèse nationale aux multiples enjeux

Le cadre du premier rapport biennal des CDCA est issu du travail de concertation avec les conseils départementaux volontaires² réunis avec des représentants des partenaires institutionnels nationaux dans le cadre de deux ateliers en septembre 2018. En l'absence de précisions réglementaires concernant les périodes sur lesquelles devrait porter le rapport biennal, il a été proposé que le rapport d'une année (N) porte sur les années N-1 et N-2 avec une transmission comme le prévoit les textes « au plus tard le 30 juin de l'année concernée (N) », soit une première présentation du rapport en juin 2019 pour les années 2017 et 2018. Le pilotage opérationnel de la réception des rapports des CDCA et de la synthèse nationale a été confié à la CNSA.

Au regard des enjeux relatifs à la production d'un document unique, comparable et exploitable au niveau national, le groupe de travail a fixé les objectifs suivants :

- > rendre compte des thématiques abordées par les CDCA ;
- > mettre en exergue l'articulation des CDCA avec d'autres instances consultatives et avec les dispositifs de coordination qui concernent le parcours des personnes âgées ou en situation de handicap.

Une série d'attentes a été formulée par les différents acteurs vis-à-vis du rapport biennal du CDCA :

- > pour les membres du CDCA :
 - > rendre compte de l'avis des usagers et de tous les acteurs des politiques publiques de l'autonomie au niveau local,
 - formaliser et valoriser le travail commun des membres du CDCA,
 - rendre compte des difficultés et des leviers d'action au niveau national,
 - orienter la politique de l'autonomie et/ou leurs actions ;
- > pour le conseil départemental :
 - prendre connaissance de l'avis des usagers à travers leurs représentants,
 - orienter sa politique publique de l'autonomie ;
- > pour les usagers et le grand public :
 - connaître l'instance, ses actions et axes de travail,
 - être informés des orientations du CDCA en matière de politiques de l'autonomie ;
- > pour les partenaires institutionnels nationaux :
 - mieux connaître le fonctionnement des CDCA,
 - prendre connaissance de l'avis des usagers par l'intermédiaire de leurs représentants,
 - connaître les sujets de préoccupation des territoires,
 - proposer des axes d'amélioration et des recommandations,
 - vérifier la bonne adéquation entre les objectifs de départ et la mise en œuvre,
 - disposer de données croisées et transversales sur les politiques publiques en direction des personnes âgées ou en situation de handicap.

² Allier (03), Eure (27), Gard (30), Maine-et-Loire (49), Meuse (55), Moselle (57), Puy-de-Dôme (63), Sarthe (72), Paris (75), Vosges (88), Val-de-Marne (94).

La trame du rapport biennal issue du groupe de travail a été transmise aux conseils départementaux au printemps 2019. Les CDCA ont été invités à transmettre leur rapport portant sur la période 2017-2018 *via* un outil de saisie en ligne comprenant 258 questions ouvertes et fermées, articulées autour de trois grandes parties :

1. L'organisation et le fonctionnement du CDCA ;
2. L'activité du CDCA, dans le cadre de ses attributions mentionnées à l'article L. 149-1 du CASF ;
3. La désignation des représentants du CDCA dans d'autres instances.

Le décret du 7 septembre 2016 précise que le bureau est chargé de préparer la rédaction du rapport biennal. Le groupe de travail a recommandé aux CDCA de procéder à une validation du rapport en formation plénière ou en formations spécialisées pour s'assurer de l'adhésion de l'ensemble de leurs membres.

La réalisation de la présente synthèse a été rendue possible par une forte mobilisation de l'ensemble des CDCA. Celle-ci doit être saluée.

Méthodologie et précautions de lecture

90 territoires ont répondu à l'enquête initiale transmise par la CNSA en 2019, dont 62 avant le 30 juin, en vue de la rédaction de la synthèse nationale des rapports biennaux. La collectivité de Saint-Martin a répondu en déclarant ne pas avoir mis en place de CDCA. Les données ont été complétées de septembre à novembre 2019, puis un travail de consolidation et de vérification a été mené entre décembre 2019 et février 2020, qui a permis d'intégrer les données de deux rapports de CDCA supplémentaires. Au total, 92 rapports ont été recensés et analysés pour rédiger cette synthèse.

Dans le cadre de l'enquête, les CDCA ont été invités à transmettre en annexe de leur rapport l'arrêté précisant la composition de l'instance et les avis rendus dans le cadre de ses compétences obligatoires. D'autres documents ont également été envoyés par les CDCA, comme le règlement intérieur prévu par le décret, la synthèse du rapport d'activité, des délibérations et des comptes rendus des séances, des exemples de productions des commissions spécialisées... Au total, 212 documents d'annexes ont été reçus, qui ont permis de compléter l'analyse des réponses à l'enquête. Toutes ces informations ne sont toutefois pas restituées de manière détaillée dans le présent rapport.

Les données traitées ont un caractère déclaratif, qu'elles soient quantitatives ou qualitatives. Certaines d'entre elles peuvent être partielles ou ne pas concerner la totalité des CDCA. Dans ce cas, le nombre de territoires concernés est précisé.

En complément des données issues de l'enquête, en raison du rôle important joué par les services du conseil départemental dans l'accompagnement de l'activité des CDCA, neuf entretiens qualitatifs ont été menés en février 2020 avec les référents CDCA des conseils départementaux de l'Hérault (34), de la Loire-Atlantique (44), de la Haute-Marne (52), de l'Orne (61), du Puy-de-Dôme (63), de la Seine-Maritime (76), de la Vienne (86), des Vosges (88) et de la Réunion (974). Ils ont permis d'enrichir la présente analyse et sont ainsi restitués. Lorsque les propos des référents du conseil départemental sont cités, ils ont une vocation illustrative et n'engagent pas les CDCA concernés.

Cette synthèse est structurée autour de trois enjeux. Dans un premier temps, elle présente un état des lieux de la mise en place des CDCA en 2017-2018 en étudiant les freins et les leviers identifiés au niveau local (partie 1). Puis elle rend compte de l'articulation entre les secteurs du vieillissement et du handicap au sein des CDCA, à travers le fonctionnement de leurs instances internes, les thématiques abordées et les partenaires extérieurs associés aux débats (partie 2). Enfin sont présentés les principaux axes et conclusions des travaux des CDCA pendant ces deux premières années de fonctionnement (partie 3).

1 État des lieux de la mise en place des CDCA en 2017-2018

1. Une installation presque achevée sur l'ensemble du territoire

Deux ans après la création du dispositif, l'installation des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie était achevée sur la grande majorité du territoire national. Ainsi, sur les 92 départements ayant transmis leur rapport biennal dans les délais impartis, 91 ont mis en place un CDCA au cours des années 2017-2018, dont 88 départements métropolitains³, la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion.

Les CDCA fonctionnent également dans les départements des Hautes-Alpes (05), des Ardennes (08), du Lot (46), de la Manche (50), de l'Oise (60), de la Haute-Saône (70), de l'Essonne (91), dont les données d'activité n'ont pas pu être prises en compte dans la synthèse nationale. Les CDCA sont ainsi installés dans l'ensemble des territoires métropolitains. La mise en place d'un CDCA est par ailleurs en cours en Guyane en 2020.

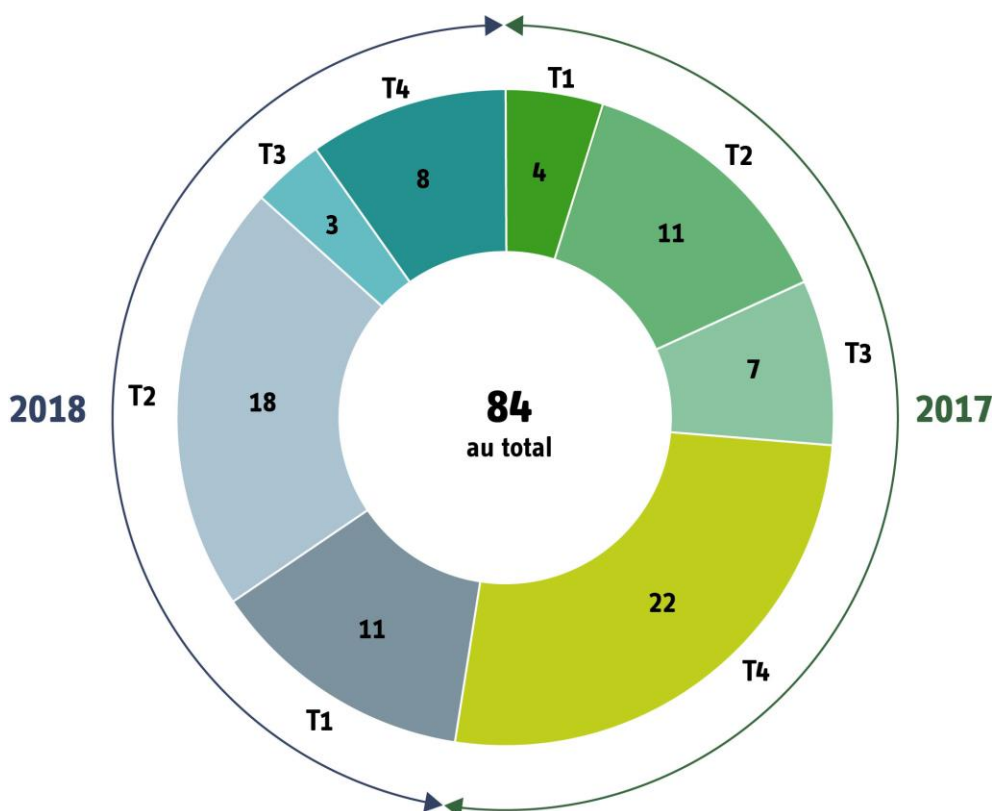
1.1. Structuration et montée en charge des CDCA

La majorité des CDCA enregistrent une rapide montée en charge de leur activité depuis leur installation. Ainsi, en 2017-2018, les CDCA ayant transmis leur rapport biennal ont tenu entre une et réunions plénières, à l'exception du CDCA de l'Ariège (09) qui ne s'est réuni sur cette période qu'en formation spécialisée. Pour l'ensemble des CDCA, 324 réunions plénières ont eu lieu, avec une moyenne de 3,5 réunions par département. Pour les CDCA installés avant 2018, le nombre moyen de réunions est de 3,8 sur la période de 2017-2018, une grande partie des instances remplissant ainsi leur obligation réglementaire de tenir au moins deux réunions plénières par an.

³ Ain (01), Aisne (02), Allier (03), Alpes-de-Haute-Provence (04), Alpes-Maritimes (06), Ardèche (07), Ariège (09), Aube (10), Aude (11), Aveyron (12), Bouches-du-Rhône (13), Calvados (14), Cantal (15), Charente (16), Charente-Maritime (17), Cher (18), Corrèze (19), Côte-d'Or (21), Côtes-d'Armor (22), Creuse (23), Dordogne (24), Doubs (25), Drôme (26), Eure (27), Eure-et-Loir (28), Finistère (29), Gard (30), Haute-Garonne (31), Gers (32), Gironde (33), Hérault (34), Ille-et-Vilaine (35), Indre (36), Indre-et-Loire (37), Isère (38), Jura (39), Landes (40), Loir-et-Cher (41), Loire (42), Haute-Loire (43), Loire-Atlantique (44), Loiret (45), Lot-et-Garonne (47), Lozère (48), Maine-et-Loire (49), Marne (51), Haute-Marne (52), Mayenne (53), Meurthe-et-Moselle (54), Meuse (55), Morbihan (56), Moselle (57), Nièvre (58), Nord (59), Orne (61), Pas-de-Calais (62), Puy-de-Dôme (63), Pyrénées-Atlantiques (64), Hautes-Pyrénées (65), Pyrénées-Orientales (66), Bas-Rhin (67), Haut-Rhin (68), Rhône (69) et métropole de Lyon, Saône-et-Loire (71), Sarthe (72), Savoie (73), Haute-Savoie (74), Paris (75), Seine-Maritime (76), Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Deux-Sèvres (79), Somme (80), Tarn (81), Tarn-et-Garonne (82), Var (83), Vaucluse (84), Vendée (85), Vienne (86), Haute-Vienne (87), Vosges (88), Yonne (89), Territoire de Belfort (90), Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94), Val-d'Oise (95), collectivité de Corse.

84 CDCA (92 %) ont adopté un règlement intérieur afin de déterminer leurs modalités de fonctionnement durant les deux premières années suivant leur mise en place. Les délais d'adoption du règlement intérieur varient selon les territoires et peuvent atteindre vingt mois après l'installation pour certains CDCA, avec un délai moyen de six mois pour les départements ayant communiqué cette information. Un peu plus de la moitié des CDCA ayant transmis ces informations, soit 52 %, ont adopté leur règlement intérieur courant 2017. La plupart des instances se sont dotées d'un règlement intérieur entre le dernier trimestre de 2017 et les premiers trimestres de 2018 (graphique 3).

Graphique 3 : Adoption des règlements intérieurs des CDCA par trimestre de l'année sur la période 2017-2018



Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

La période d'installation des CDCA a surtout servi à la définition et l'appropriation de leurs modalités de travail et à la mise en place des instances internes (formation plénière, formations spécialisées pour les personnes âgées ou en situation de handicap, bureaux, commissions spécialisées relatives aux questions spécifiques).

De manière générale, les CDCA voient la transversalité des problématiques qu'ils traitent, entre les questions concernant les personnes âgées et celles concernant les personnes en situation de handicap, comme un atout. Cette rencontre des deux secteurs a toutefois nécessité des ajustements organisationnels et des adaptations dans les habitudes de travail de chacun. Les particularités des choix opérés par les différents CDCA au regard de leur organisation interne seront traitées en détail dans la partie 2 de la synthèse.

📌 Retours des CDCA sur la mise en place de l'instance

Gironde (33)

« Depuis l'installation du CDCA le 29 mai 2017 et la mise en place de son bureau, les deux premières années de cette mandature 2017-2019 ont été consacrées essentiellement à :

- la rédaction du règlement intérieur. Les différents temps de travail ont permis largement à ses membres de s'exprimer pour le faire évoluer réglementairement et légalement avec l'appui du service juridique du département [...] ;
- l'étude des projets de lettres de mission des commissions spécialisées, à leur mise en place, point sur les candidatures de participation aux commissions spécialisées, l'examen et la désignation de mandataires ;
- la préparation et l'émission des avis sur des documents de planification pluriannuelle (notamment le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale et le plan régional de santé de Nouvelle-Aquitaine) et sur les rapports d'activité annuels de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et de la conférence des financeurs des actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées [...] ;
- l'analyse du plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie, la recherche de pistes de travaux potentiels pour le CDCA-personnes âgées et de ses commissions spécialisées.

En complément, les membres du CDCA ont été invités à participer à une réflexion collégiale sur les modalités de fonctionnement et d'animation au cours d'une journée dédiée au thème "Mieux se connaître pour mieux travailler ensemble" organisée par le département. À la suite de cette journée, des actions prioritaires ont été listées et une réunion de la formation spécialisée "personnes âgées" s'est tenue le 19 février 2019. Les thématiques déclinées servent de base pour les travaux de mise en place des commissions. »

Isère (38)

« La transversalité des problématiques personnes âgées/personnes en situation de handicap permet une grande richesse des échanges. Toutefois, elle rend plus difficile de dégager des propositions spécifiques (personnes âgées ou personnes en situation de handicap) et nécessite une animation plus attentive. »

1.2. Prise en compte de l'accessibilité dans les travaux des CDCA

Instance de démocratie participative, le CDCA a été créé dans l'objectif d'assurer l'implication des personnes directement concernées par le grand âge et le handicap dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et de suivi des politiques de l'autonomie dans les territoires. Ainsi, parmi les 91 CDCA ayant transmis leur premier rapport biennal, plus de la moitié (54 %) déclarent que des personnes âgées ou en situation de handicap sont venues participer aux travaux. En vue d'accueillir dans de bonnes conditions les personnes concernées, notamment les membres du premier collège des formations spécialisées ou les éventuels intervenants extérieurs auditionnés, les CDCA se sont montrés particulièrement vigilants à l'accessibilité physique des locaux dans lesquels se tiennent leurs réunions, ainsi qu'à l'accessibilité des échanges et des informations transmises, pour permettre la participation de toutes et tous.

En termes d'accessibilité physique et d'adaptation des locaux, les CDCA peuvent mobiliser, entre autres, des places de parking réservées aux personnes à mobilité réduite, des salles au rez-de-chaussée ou des ascenseurs aménagés, des rampes d'accès, une signalétique adaptée, ou encore des points d'eau. Un accompagnement humain peut également être proposé aux personnes qui en ont besoin. Pour favoriser la participation de personnes âgées et en situation de handicap, des dispositions ont par ailleurs été prises par quelques CDCA, par exemple planification des réunions l'après-midi (la matinée étant souvent réservée aux soins), ou la mise en place d'un covoiturage.

D'autres mesures ont été prises par les CDCA afin de faciliter l'accessibilité des échanges et des documents de travail. Ainsi, certains CDCA ont recours :

- pour les personnes sourdes ou malentendantes, en réunion : à un interprète en langue des signes, à la vélotypie, à des casques amplifiés, à l'équipement de la salle en boucle magnétique ;
- pour les personnes malvoyantes ou non voyantes, en réunion et dans les échanges : à la transformation des documents écrits en documents audio, à l'agrandissement de la taille de la police des documents écrits.

Toutefois, certains CDCA constatent qu'il reste encore des progrès à réaliser en termes d'accessibilité, les besoins des personnes âgées ou en situation de handicap n'étant pas toujours bien pris en compte, notamment pour les personnes mal ou non voyantes. Ils soulignent également l'importance de la transmission aux participants des réunions de documents intelligibles et suffisamment en amont pour en faciliter l'appropriation par tous.

📌 Retours des CDCA sur les mesures d'accessibilité

Aveyron (12)

« La salle où se déroulent les assemblées plénières a été équipée d'un système pour malentendants. Sont disponibles dans cette salle : six casques amplifiés pour personnes malentendantes, une boucle magnétique pour personne appareillée. La signalétique de la salle a été adaptée en conséquence. »

Paris (75)

« Le CDCA veille à l'accessibilité des locaux, mais aussi de l'information (documents accessibles, salle équipée d'une boucle magnétique, recours à la vélotypie et/ou traducteurs en langue des signes...). »

Haute-Marne (52) : Une initiative pour favoriser l'accessibilité des sessions du CDCA, réunir les commissions dans les établissements médico-sociaux du territoire

L'initiative

Au sein du CDCA de la Haute-Marne, le conseil départemental intervient pour les assemblées plénières : l'organisation, l'ordre du jour, toute l'organisation logistique, y compris la mise à disposition de salles accessibles. Les autres réunions, commissions spécialisées sur d'autres thématiques ou consultations, sont gérées en direct par les membres du CDCA.

La salle mise à disposition du bureau du CDCA et utilisée pour le travail en commission n'est pas accessible aux fauteuils roulants. Plus largement, certains participants ont du mal à participer aux travaux en commission.

Pour surmonter cette difficulté, la formation spécialisée des personnes âgées du CDCA a mobilisé son réseau pour tenir des séances de commissions relatives aux personnes âgées dans des établissements médico-sociaux. Ainsi, l'une de ces réunions s'est tenue en 2018 dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) du département.

« L'idée, c'est de délocaliser ces commissions et de faire participer les directeurs d'établissement et de toucher une population qui ne pourrait pas se déplacer. On est sur un territoire plutôt rural donc l'idée c'est de les mettre dans des EHPAD et d'autres structures en lien avec les personnes âgées. »

L'identification des établissements est réalisée par l'un des membres du bureau pour les personnes âgées : « Le vice-président communique beaucoup par téléphone et se déplace directement au sein des établissements concernés. »

Le résultat

Réunir les commissions du CDCA directement dans les établissements permet notamment de s'assurer d'avoir un lieu accessible, d'impliquer les acteurs du territoire et les personnes accueillies et leurs familles.

Et maintenant ?

L'approche se poursuit sur le territoire, au plus près des bénéficiaires avec un choix des structures d'accueil en fonction des thématiques des commissions.

« Concernant les réunions "personnes âgées", il y a eu une commission logement, en février 2019, en résidence autonomie à Chaumont. »

2. Une mise en place inégale selon les ressources des CDCA

2.1. Le rôle important et la diversité des ressources mises à disposition des CDCA par les conseils départementaux

Les ressources dont dispose le CDCA pour mener à bien ses travaux varient selon les territoires. En plus de l'investissement personnel des membres de l'instance, le département est plus ou moins fortement impliqué dans l'ingénierie du CDCA pour soutenir ses activités (organisation des réunions plénières et des bureaux, mise à disposition des salles, rédaction de comptes rendus, participation aux commissions). Certains départements prévoient dans leur budget une ligne spécifique dédiée au fonctionnement du CDCA, notamment pour rembourser les frais de déplacement des membres.

Ainsi, en 2017-2018, 38 conseils départementaux ont déclaré avoir réservé une enveloppe financière spécifique au fonctionnement du CDCA, avec un budget moyen de 4 259 euros par département (tableau 1). Dans certains territoires, ce montant peut atteindre 35 000 euros, notamment lorsqu'il s'agit d'une reprise des crédits alloués par les départements aux anciens comités départementaux des retraités et personnes âgées (CODERPA), ce qui est le cas de sept CDCA. D'autres conseils départementaux ont également fait le choix de valoriser *via* ce poste de dépenses la mise à disposition du personnel administratif. Cela peut aussi expliquer un montant plus élevé de l'enveloppe financière réservée au CDCA dans certains territoires par rapport à la moyenne. Par ailleurs, 53 CDCA qui ont transmis leur rapport biennal n'ont déclaré aucune enveloppe financière allouée à l'instance par le département.

Tableau 1 : Ressources mises à disposition des CDCA

Ressources des CDCA	Minimum	Maximum	Moyenne	Total	Nombre de CDCA ayant déclaré des ressources	Nombre de CDCA n'ayant déclaré aucune ressource
Montant de l'enveloppe financière dédiée (€)	0	35 623	4 259	374 811	38	53
Nombre d'équivalents temps plein (ETP)	0	2,5	0,43	38,9	78	13

Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

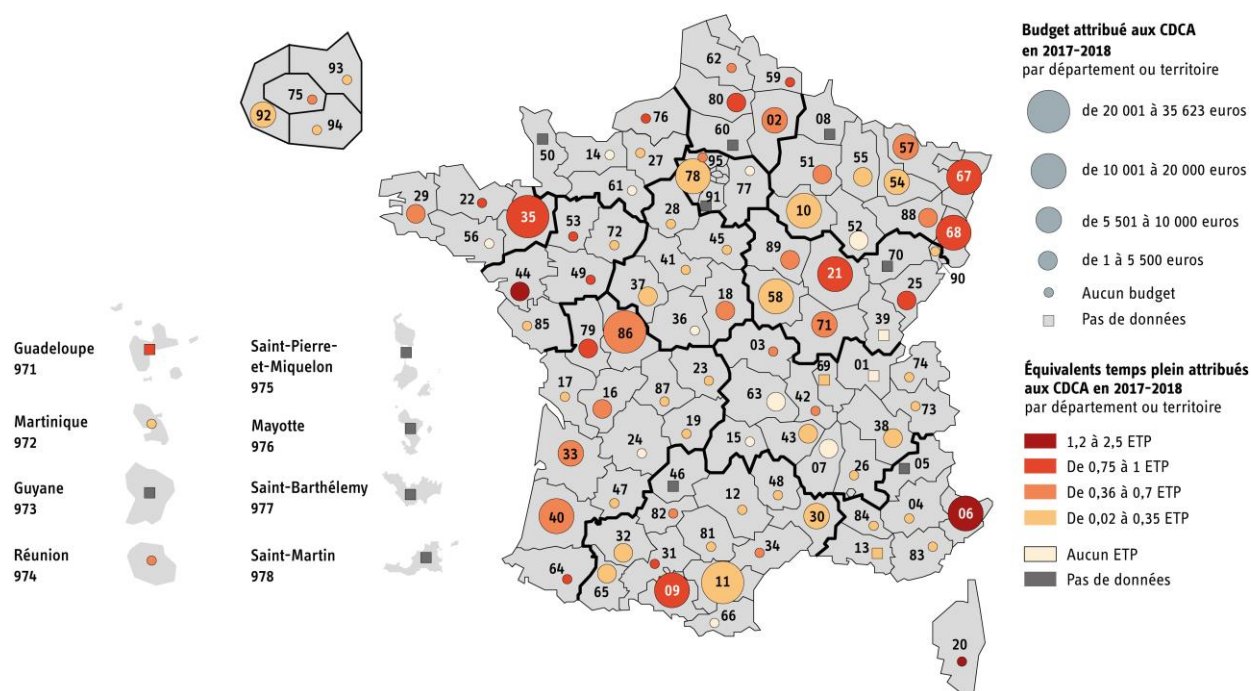
Le budget total des CDCA pour les deux premières années de fonctionnement de l'instance, selon les informations transmises par les conseils départementaux, s'élève à 374 811 euros. Toutefois, ce montant apparaît sous-évalué au regard des frais réels de fonctionnement. En effet, certains départements mettent à disposition des CDCA des moyens logistiques, tels que les salles de réunions et les équipements techniques nécessaires (reprographie, matériel informatique), ainsi que des moyens de communication (ligne téléphonique dédiée, adresse électronique, espace de travail numérique partagé), sans les valoriser dans le budget.

Par ailleurs, 78 CDCA ont valorisé dans leur rapport biennal le temps de travail des salariés du conseil départemental dédié au fonctionnement des CDCA. Parmi eux, huit instances ont évoqué un travail de « secrétariat », et quatre CDCA ont apporté des précisions sur les missions assurées par le personnel mobilisé, dont l'organisation et l'animation des réunions, la rédaction et l'envoi des rapports et comptes rendus, ou encore la coordination avec les services du département.

En moyenne, les ressources humaines mises à disposition des CDCA sont évaluées à 0,43 équivalent temps plein (ETP) par département, avec un maximum de 2,5 ETP sur les deux premières années en Loire-Atlantique (44). Dans plusieurs départements, les référents CFPPA sont également référents CDCA. La mission d'animation de l'instance peut aussi être confiée à un prestataire externe, comme en Côte-d'Or (21).

Au total, 14 départements sur 91 ont rapporté avoir dédié au moins un ETP au fonctionnement des CDCA en 2017-2018, et 13 CDCA rapportent n'avoir aucun ETP dédié à leur fonctionnement (graphique 4). Pour autant, l'absence de mise à disposition du personnel administratif par le département peut être compensée par une enveloppe financière dédiée, et vice versa.

Graphique 4 : Ressources budgétaires et humaines allouées aux CDCA en 2017-2018



Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

➤ Retours des CDCA sur les moyens mis à disposition par les départements

Aude (11)

« Le fonctionnement du CDCA 11 repose sur la directrice de l'autonomie du département, appuyée par son secrétariat. Le temps correspondant est estimé globalement à 0,3 ETP.

Au titre de l'année 2018, le département a affecté au CDCA un budget de fonctionnement de 30 000 euros. Cette enveloppe avait pour objet de :

- prendre en charge les frais de déplacement des membres à justifier selon les conditions de remboursement des agents départementaux ;
- octroyer les indemnités de présence à hauteur de 50 euros par séance (session plénière, formation spécialisée ou bureau) dans la limite de 200 euros par an pour les représentants des usagers, les représentants des organismes et professionnels œuvrant en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, l'architecte urbaniste de l'État et les cinq personnes physiques concernées par les politiques de l'autonomie et l'accessibilité universelle désignées conjointement par le préfet et le président du conseil départemental ;
- défrayer et prendre en charge si nécessaire les frais d'hébergement et de déplacement pour des interventions d'experts ou universitaires en lien avec les sujets dont les membres se saisissent. »

Collectivité de Corse (20)

« En Corse, il n'y a pas d'enveloppe financière allouée à cette instance, mais une mise à disposition de moyens humains et matériels (matériels informatiques, fourniture bureautique, documentation, commande d'ouvrage, mise à disposition de bureaux, impression de document, assistance technique informatique, hébergement site internet, mise à disposition d'un secrétariat). »

Côte-d'Or (21)

« En 2018, cette enveloppe financière a permis le recours à un prestataire extérieur (le pôle de Gériatrie et d'Innovation de Bourgogne-Franche-Comté) par les services du département pour :

- la préparation des bureaux et formations plénières ;
 - la constitution et l'animation des commissions spécialisées. »
-

Dans quatorze territoires, le fonctionnement des CDCA est assuré par une association de gestion, dont la date de création varie entre juin 2017 et novembre 2018. Héritiers d'associations de gestion des anciens CODERPA dans la majorité des cas, ces organismes servent à gérer les subventions de fonctionnement allouées au CDCA par le département.

📌 Retours des CDCA sur le rôle de l'association de gestion

Cher (18)

« Le conseil départemental attribuait depuis quelques années une subvention annuelle de fonctionnement au CODERPA. Depuis la mise en place du CDCA, cette enveloppe financière a été réorientée à partir de 2019 vers l'association de gestion du CDCA 18 créée en janvier 2019. Cela permet de déployer des actions décidées en CDCA (frais de déplacement pouvant être inclus). »

Haute-Marne (52)

« L'association de gestion du CDCA assure la gestion financière du CDCA à l'aide d'une subvention votée annuellement par le conseil départemental pour notamment l'indemnisation des frais de déplacement des membres de CDCA (titulaire ou suppléant). »

2.2. Modalités de remboursement des frais engendrés par la participation au CDCA

La question de la prise en charge des frais liés à la participation au CDCA apparaît comme déterminante pour nombre d'entre eux. 33 CDCA, soit 36 % des instances ayant transmis leur rapport biennal, permettent la prise en charge des frais de leurs membres dans le cadre du financement alloué par le département. Pour 16 autres CDCA, le remboursement de certains frais est autorisé à titre exceptionnel, en l'absence d'une enveloppe financière dédiée. Au total, dans 54 % des territoires, au moins une partie des frais liés à la participation au CDCA peuvent être pris en charge. Pour autant, le nombre de CDCA qui mentionnent la prise en charge des frais dans leur règlement intérieur est légèrement inférieur à la moitié : 44 instances, soit 48 % des CDCA ayant transmis leur rapport.

Les critères et les modalités d'accès au remboursement des frais engendrés par la participation au CDCA varient selon les territoires, mais peu d'informations détaillées sont disponibles. De façon générale, le remboursement se fait sur présentation de documents justificatifs, lorsque les frais des membres ne sont pas pris en charge par la structure qu'ils représentent au sein du CDCA. Pour six départements, seuls les membres bénévoles peuvent prétendre à une indemnisation. Cinq CDCA indiquent avoir réservé la prise en charge des frais aux représentants des usagers, membres du premier collège. Dans l'Aude (11), une indemnité de présence à hauteur de 50 euros par séance est accordée aux représentants des usagers, des organismes professionnels, à l'architecte urbaniste de l'État et aux personnes qualifiées membres du CDCA.

Pour ce qui concerne le type des travaux ouvrant droit à indemnisation, douze CDCA évoquent les réunions en formation, tandis que les travaux des bureaux et des commissions spécialisées sont mentionnés dans respectivement neuf et huit rapports. Dans dix départements, le remboursement des frais n'est possible que dans le cas où les membres du CDCA effectuent des missions de représentation dans des instances extérieures. La plupart des CDCA qui ont transmis ces informations évoquent le remboursement des frais de déplacement, sans prendre en compte d'autres types de dépenses possibles (repas, hébergement), mentionnés seulement dans quelques rapports.

Selon les rapports des CDCA, lorsque la prise en charge des frais est assurée par le département, les règles applicables pour les membres du CDCA sont les mêmes que pour les agents de la fonction publique. Cinq CDCA indiquent que le processus est administré par l'association de gestion selon des modalités particulières et, en Eure-et-Loir (28), les demandes de remboursement doivent être adressées à la maison départementale de l'autonomie.

Retours des CDCA sur la prise en charge des frais des membres

Aisne (02)

« Seuls les membres bénévoles des associations (collèges 1, 3 et 4) pourront demander à être remboursés de leurs frais de déplacement, dans la limite des crédits disponibles, uniquement lorsque ces frais ne peuvent pas être pris en charge par leur association ou structure. Les frais pouvant donner lieu au remboursement sont ceux occasionnés par les déplacements pour assister aux réunions des formations spécialisées ou plénières, des réunions de bureaux, ou pour représenter le CDCA, dans le cadre d'actions directement liées à ses missions et compétences. »

Ardèche (07)

« Les membres du CDCA étant assimilés à des "collaborateurs occasionnels", leurs frais de déplacement relatifs aux assemblées plénières, aux réunions de bureaux, commissions, expertises, missions de travail et/de représentation sur ordre de mission validé par la vice-présidente du CDCA, pourront donner lieu à une prise en charge par la collectivité départementale. »

Vendée (85)

« Les frais de remboursement sont pris en charge par le CD [conseil départemental] 85 puisque réglementairement nous avons un texte qui le permet. Ce n'est pas une enveloppe financière dédiée au CDCA, mais à tous membres participants à des instances du CD 85. »

3. La mise en œuvre des compétences obligatoires

En tant qu'instance consultative sur les sujets de la citoyenneté et de l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, les compétences du CDCA couvrent un large périmètre en matière de prévention de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social, d'accès aux soins et aux aides humaines et techniques, ainsi que d'accessibilité, de logement, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès aux loisirs, à la culture et au sport.

Dans le cadre de ses compétences obligatoires, le CDCA est consulté pour avis sur :

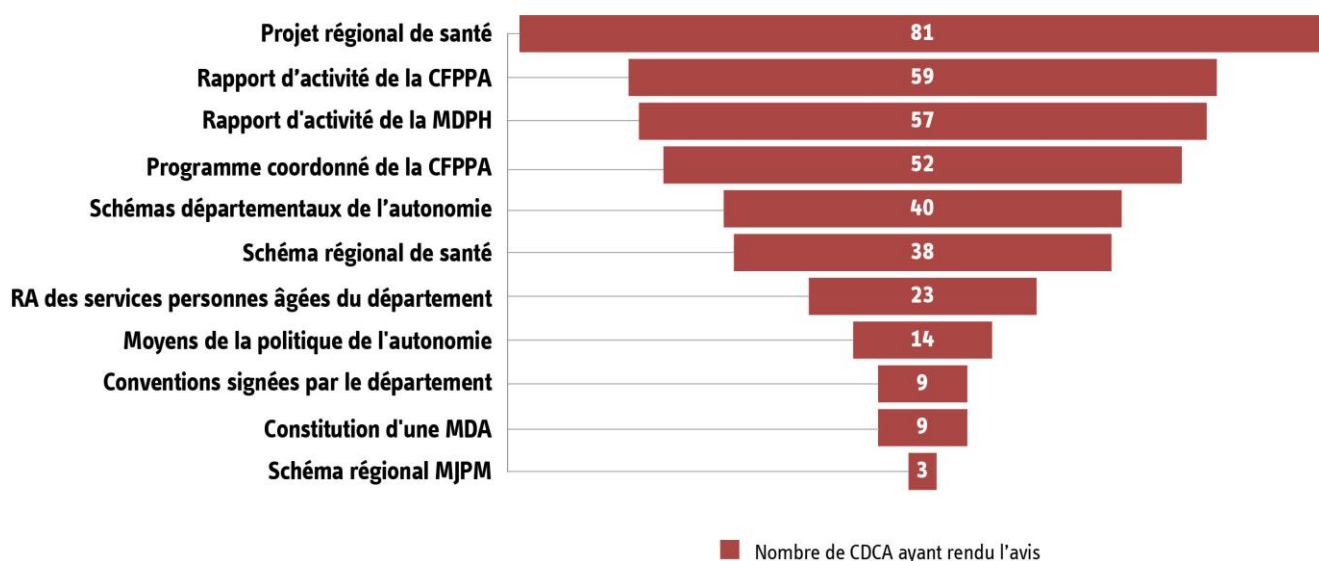
- > le projet régional de santé (PRS) élaboré par l'agence régionale de santé et le schéma régional de santé, partie intégrante du PRS, créé par la réforme de 2016 pour remplacer les anciens schémas régionaux d'organisation des soins et les schémas régionaux d'organisation médico-sociale ;
- > le schéma régional concernant les mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) et les délégués aux prestations familiales ;
- > les schémas départementaux relatifs aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap ;
- > la programmation des moyens alloués par l'ARS, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie ;
- > le programme coordonné de financement des actions de prévention défini par la CFPPA ;
- > les rapports d'activité de la MDPH, de la CFPPA et des services du département chargés des personnes âgées ;
- > les conventions signées entre le département et ses partenaires en vue de définir leurs objectifs communs en faveur de la politique départementale de l'autonomie et leur mise en œuvre ;
- > la constitution d'une MDA.

Le CDCA doit aussi être informé du contenu et de l'application du plan départemental de l'habitat, du programme départemental d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et des schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le département, ainsi que, le cas échéant, de l'activité et des moyens mis à la disposition de la MDA par le département.

Les rapports des CDCA sur la période 2017-2018 attestent de la montée en charge des instances au regard de leurs compétences obligatoires : les CDCA ayant transmis leur rapport biennal ont rendu en moyenne quatre avis pendant leurs premières années de fonctionnement. Seuls trois CDCA n'ont rendu aucun avis, alors que dans la grande majorité des départements (88 territoires, soit 96,7 %) les instances ont rendu au moins un avis. Au total, sur la période 2017-2018, l'ensemble des CDCA ayant transmis leur rapport biennal ont rendu 385 avis, avec un maximum de huit avis par instance dans les Yvelines (78) et le Tarn (81).

Parmi les documents sur lesquels les CDCA ont rendu le plus d'avis (graphique 5), en premier lieu apparaît le projet régional de santé (81 départements), suivi par les rapports d'activité de la CFPPA (59 départements) et de la MDPH (57 départements) et le programme coordonné de la CFPPA (52 départements). 40 CDCA ont rendu un avis consultatif sur des schémas départementaux de l'autonomie. Les autres thématiques ayant fait l'objet d'un avis du CDCA, par ordre décroissant, sont le schéma régional de santé (38), le rapport d'activité des services du département chargés des personnes âgées (23), la programmation des moyens alloués à la politique départementale de l'autonomie (14), les conventions signées entre le département et ses partenaires (9) et la constitution d'une MDA (9). Enfin, seuls trois CDCA ont rendu un avis consultatif sur le schéma régional concernant les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les délégués aux prestations familiales. Les conclusions des avis rendus par les CDCA sont analysées dans la partie 3 de cette synthèse.

Graphique 5 : Analyse des avis rendus par les CDCA



Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

Les principales raisons citées par les CDCA pour expliquer le nombre d'avis non rendus sont notamment la date d'adoption des documents antérieure à l'installation du CDCA et l'absence d'instance ou de structure concernée par l'avis à rendre dans le territoire, par exemple la MDA. Les CDCA restent vigilants et, dans certains départements, des séances d'information ont été organisées sur les documents déjà adoptés entrant dans le champ des compétences de l'instance, en l'absence de consultation formelle.

D'autres explications récurrentes attestent des difficultés de fonctionnement rencontrées par la nouvelle instance dès sa mise en place en 2017-2018, comme le calendrier des travaux chargé, la lourdeur de l'organisation des consultations supplémentaires, les délais de consultation trop courts, l'absence de connaissances techniques, ou encore l'absence de saisine. Cela témoigne d'une méconnaissance relative de l'instance et de ses compétences de la part des partenaires à laquelle ont dû faire face les CDCA dans de nombreux départements pendant leurs deux premières années de fonctionnement.

Retours des CDCA sur les raisons de l'absence d'avis rendus

Ain (01)

« Les conventions sont la déclinaison des plans/dispositifs validés par le CDCA. Le département ne représente pas chaque convention devant le CDCA afin de ne pas alourdir le mode de fonctionnement. »

Allier (03)

« Le programme coordonné de la CFPPA était en vigueur à la création du CDCA, mais il a été présenté pour information. »

Haute-Loire (43)

« Les ordres du jour étant déjà très chargés, le CDCA n'a pas été sollicité pour rendre d'avis sur les conventions signées entre le département et ses partenaires. Nous prenons note de cet impératif pour les années à venir. »

Pas-de-Calais (62)

« Certaines conventions sont en cours de renégociation et ne peuvent pas encore faire l'objet d'une présentation en CDCA ; d'autres conventions (CPOM avec les établissements et services médico-sociaux) sont beaucoup trop nombreuses pour faire l'objet d'une présentation en CDCA. »

Le taux de transmission des documents dont le CDCA doit être destinataire pour information est inférieur à celui des avis rendus. Ainsi, quatorze CDCA ont été informés de l'activité et des moyens mis à disposition de la MDA, soit un peu plus de la moitié des départements dotés d'une MDA en 2018, selon les données de la CNSA. Par ailleurs, onze CDCA ont été destinataires des informations relatives au plan départemental de l'habitat, et neuf CDCA ont reçu des informations concernant le programme d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés et les schémas d'équipement et d'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le département.

Selon la plupart de ces instances, aucune suite particulière n'a été donnée aux informations reçues. Les CDCA de l'Aude (11) et de l'Hérault (34) ont transmis à la DIRECCTE leurs observations concernant le programme d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, alors que le CDCA des Vosges (88) a réalisé une visite des locaux de la MDA.

Au total, 26 CDCA ont été informés d'un seul sujet parmi ceux prévus par la loi, et 4 CDCA ont reçu l'information sur deux sujets. Sur l'ensemble des CDCA ayant transmis leur rapport biennal, trente instances (34 %) ont été informées d'au moins un sujet prévu par la loi.

4. Des freins et des leviers liés au fonctionnement des CDCA

4.1. Les difficultés rencontrées dans la mise en place des CDCA

Un certain nombre de freins à la mise en place des CDCA ont pu être constatés. Toutefois, les CDCA ne sont pas unanimes dans l'analyse des difficultés rencontrées.

En tout premier lieu, les freins évoqués par les CDCA dans leurs rapports portent sur l'organisation même de l'instance, ainsi que sur la prise en charge des frais de déplacement des membres. Le degré de difficulté posée pour ces deux problématiques a été évalué par les CDCA, respectivement à 2,7 et à 2,5 points en moyenne sur 5 ; 1 point correspond au niveau de difficulté nul et 5 points au niveau de difficulté élevé, empêchant la mise en œuvre des réunions (tableau 2). 15 CDCA sur 91 ont accordé une note de difficulté maximale au problème de la prise en charge des frais de déplacement des membres, contre 32 CDCA qui ont évalué les difficultés engendrées comme ayant des conséquences minimales. 7 CDCA ont par ailleurs jugé importante la difficulté posée par l'organisation de l'instance, alors que 20 l'ont évaluée comme nulle.

La désignation, le renouvellement et l'identification des représentants du CDCA apparaissent comme un autre frein important pour plusieurs départements dont le niveau de difficulté moyen est seulement légèrement inférieur aux deux précédents (2,3 points sur 5). Au contraire, l'accessibilité des locaux, qui demeure une préoccupation pour certains CDCA, n'est pas vue par la plupart des instances comme ayant un impact négatif important sur les travaux. En effet, un seul département a accordé une note de difficulté maximale à la problématique de la mise à disposition d'une salle accessible, contre 60 CDCA ayant jugé cette difficulté inexistante. Le niveau moyen de difficulté posée par les problèmes d'accessibilité a ainsi été évalué par les CDCA à seulement 1,3 point sur 5.

Tableau 2 : Niveau d'importance des principaux freins au fonctionnement selon les CDCA

Type de frein	Note moyenne de difficulté accordée par les CDCA (sur 5 points)	Nombre de CDCA ayant accordé la note de difficulté maximale pour ce frein	Nombre de CDCA ayant accordé la note de difficulté minimale pour ce frein
Organisation de l'instance du CDCA	2,7	7	20
Prise en charge des frais de déplacement	2,5	15	32
Identification des représentants du CDCA	2,3	6	34
Mise à disposition d'une salle accessible	1,6	1	60

Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

Le rôle du CDCA parfois mal identifié

La difficulté d'appréhension due à l'étendue des compétences de l'instance, tant pour les membres que pour les partenaires extérieurs, et un manque perçu de reconnaissance institutionnelle du CDCA apparaissent comme des freins majeurs à son bon fonctionnement. L'article L. 149-1 du CASF désigne le CDCA comme une instance consultative participant à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques liées à l'autonomie. Dans les faits, le contour de ses missions, sa complémentarité avec les autres instances intervenant dans le champ de l'autonomie ne sont pas suffisamment clairs pour l'ensemble des membres du CDCA ni pour les partenaires institutionnels.

Par ailleurs, le manque ressenti d'expertise technique, le manque de valorisation de l'expertise d'usage, les difficultés d'accès pour les usagers dans quelques départements (locaux non adaptés, distances), le désengagement progressif de certains partenaires plus experts peuvent limiter la portée des échanges et l'élaboration de propositions concrètes. L'absence d'une feuille de route annuelle coordonnée peut également freiner l'efficacité des réunions.

Des problèmes dans les relations avec des partenaires dans le cadre des consultations prévues par la loi sont rapportés par certains CDCA. Ainsi, le manque de temps pour s'approprier les documents et les délais de consultation jugés insuffisants sont évoqués comme des facteurs empêchant de réaliser un travail de qualité. Dans certains cas, l'absence de retour des partenaires sur les avis rendus ne permet pas de mesurer l'impact des travaux menés par les CDCA.

📌 Retours des CDCA sur les difficultés d'organisation de l'instance

Creuse (23)

« Le CDCA est une instance qui manque de visibilité et qui reste très peu connue du grand public, dans son existence comme dans son rôle. »

Lot-et-Garonne (47)

« Le champ de compétence très étendu du CDCA dans le domaine des politiques de l'autonomie combiné à son caractère consultatif peut entraîner une frustration de certains de ses membres qui peuvent le ressentir comme un exercice fastidieux et artificiel de démocratie sociale et sanitaire. »

Meurthe-et-Moselle (54)

« À l'évidence, le fonctionnement du CDCA progresse par tâtonnements successifs et s'invente au fur et à mesure. À ce jour, il est encore très perfectible. On peut également ajouter qu'il ne bénéficie pas encore de l'autorité et de l'influence que les textes lui reconnaissent, aussi bien auprès des instances représentatives, institutionnelles et associatives. »

Saône-et-Loire (71)

« Difficulté à établir une feuille de route précise avec planification des différentes échéances de travail du CDCA (avis à rendre, sujets à traiter, participations à des instances...) »

Des moyens financiers jugés insuffisants

L'absence de moyens financiers alloués par l'État au fonctionnement des CDCA au regard des missions fixées par la loi, et en particulier la question de la prise en charge des frais de déplacement des membres, est regrettée par certains CDCA. Selon les rapports, la gestion du CDCA est essentiellement supportée par les départements qui n'auraient pas bénéficié de moyens supplémentaires pour mettre en place et faire vivre cette instance. La non-prise en charge des frais de déplacement et l'absence de compensation de la perte de salaire pour les membres bénévoles des CDCA exerçant par ailleurs une activité salariée sont régulièrement citées en tant qu'obstacles.

À cet effet, de nombreux CDCA expriment le souhait de recevoir une dotation dédiée aux frais de fonctionnement leur permettant de disposer des conditions minimales pour bien fonctionner.

📌 Retours des CDCA sur les difficultés liées au manque de moyens

Drôme (26)

« L'absence de remboursement des frais de déplacement a en partie généré de l'absentéisme et la démission d'un membre du bureau. »

Nord (59)

« Le manque de moyens humains, financiers et matériels, la lourdeur des procédures de consultations, les conditions matérielles des plénières, le manque de moyens de communication interne et externe du CDCA et le défaut de prise en charge des pertes de salaires des éventuels intervenants extérieurs. »

Rhône (69)

« Il semble nécessaire de préciser les dispositions envisageables pour les remboursements de frais de transport et de salaires dans le cadre des mandats des membres, l'absence de ceux-ci étant régulièrement invoquée comme cause du déficit de mobilisation des membres. »

Puy-de-Dôme (63)

« L'absence de transfert et de compensation financière relative à la gestion administrative, notamment en ingénierie est notée. La mise en œuvre de crédits d'ingénierie au titre des concours CNSA comme cela a pu être envisagé serait la bienvenue. »

Un fonctionnement lourd et chronophage

Dans leurs rapports, les CDCA citent la lourdeur de la mise en place et de l'animation de la structure, qui se traduit par des difficultés à atteindre le *quorum* par collège au sein des formations spécialisées (notamment pour les petits départements), à impliquer les membres – parfois très sollicités par ailleurs – sur la durée (absentéisme, *turnover*), à créer de la transversalité entre les formations spécialisées pour les personnes âgées ou en situation de handicap.

Les changements fréquents de la composition de l'instance obligent les CDCA à apporter des modifications régulières aux arrêtés de nomination. Des CDCA rencontrent également des problèmes concernant le respect des échéances et les échanges en formation plénière compte tenu du nombre de participants.

📌 Retour du CDCA sur les difficultés de mobilisation des membres

Val-de-Marne (94)

« Le CDCA est dans son organisation un dispositif lourd et complexe qui mobilise de nombreux acteurs déjà souvent impliqués dans plusieurs associations et instances.

Aussi l'enjeu consiste à trouver un rythme de travail équilibré de façon à ce que les acteurs du CDCA, notamment les usagers, et/ou les proches aidants se mobilisent dans la durée. »

4.2. Les ajustements mis en place ou envisagés pour surmonter ces freins

En réponse aux freins évoqués, les CDCA ont identifié des leviers d'amélioration de l'instance, qu'il s'agisse de son fonctionnement local ou, de manière plus globale, de propositions de réformes que pourrait porter l'État. Les propositions des CDCA portent principalement sur des enjeux de précision des contours de l'instance, de pragmatisme et de facilitation dans la réalisation de ses missions.

Parmi les leviers externes qui nécessiteraient de faire évoluer le cadre juridique des CDCA, les rapports font d'abord remonter des attentes de précisions sur les objectifs du CDCA, son périmètre d'intervention en complémentarité avec les autres instances intervenant dans le champ de l'autonomie et la valorisation de l'apport des membres de l'instance. Dans certains départements, le CDCA entend davantage se positionner auprès des institutions comme un partenaire de référence pour être systématiquement associé aux travaux portant sur l'autonomie, soutenu par des espaces et des supports de communication lui permettant d'être visible.

Dans leurs rapports, les CDCA se prononcent aussi pour l'assouplissement de la mise en œuvre de l'instance, ce qui permettrait de lui fixer des objectifs réalistes. Ainsi, ils proposent de fixer le *quorum* en fonction de la taille des départements, de prendre en compte la disponibilité effective des membres avant de les nommer, de favoriser la délégation des pouvoirs de vice-président aux autres membres du bureau, de clarifier l'articulation des rôles entre les bureaux. Concernant l'organisation des formations, plusieurs CDCA proposent de repenser les objectifs de la formation plénière – le nombre de participants limitant les débats – et sa récurrence, de favoriser le fonctionnement en formation spécialisée sur des sujets ciblés pour des échanges approfondis, mais aussi de faciliter la transversalité entre formations spécialisées.

Un grand nombre de CDCA souhaiterait pouvoir bénéficier d'un soutien financier identifié sous forme d'une dotation pour couvrir les frais de fonctionnement de l'instance. Une enveloppe budgétaire dédiée pourrait ainsi servir à financer par exemple un poste d'animation transversale entre les instances des secteurs des personnes âgées (par exemple, la CFPPA), du handicap et de l'autonomie, un lieu équipé et accessible, un interprète en langue des signes si besoin, le remboursement des frais de déplacement, voire une compensation des pertes de salaire. Des attentes en termes de clarification du rôle de l'administration départementale en termes d'appui ont aussi pu être exprimées.

Retours des CDCA sur des évolutions du cadre juridique souhaitées

Alpes-de-Haute-Provence (04)

« Il serait pertinent de revoir le CASF afin de fixer des fourchettes en nombre de membres par collège (minimum et maximum). Ainsi, sans modifier la représentativité de chaque collège, il serait possible de constituer des “petits” CDCA dans les “petits” départements, tout en restant à 85 membres là où ça se justifie. »

Aude (11)

« Compte tenu du nombre de membres, la formation plénière ne peut pas être une instance de travail, le dialogue y est trop difficile. La formation plénière est donc aujourd'hui une instance de validation ; ce sont les formations spécialisées qui préparent les dossiers. Par ailleurs, la plupart des dossiers présentés aux deux formations spécialisées en amont de la formation plénière sont identiques et les débats aboutissent à des observations similaires. »

Indre (36)

« Les membres du CDCA ont exprimé un vœu sur la mise à disposition par l'État de moyens de fonctionnement et notamment les frais de déplacement. »

Par ailleurs, plusieurs CDCA ont identifié de bonnes pratiques permettant d'impliquer les membres et de favoriser la qualité des débats au sein de l'instance. Ainsi, en 2017-2018, certains CDCA ont mis en place des sessions de mise à niveau des membres non professionnels grâce à des supports pédagogiques et à des formations autour des enjeux liés à l'autonomie et des acteurs du secteur.

Seine-Maritime (76) : Animer des sessions d'information à destination des membres du CDCA pour améliorer la compréhension des politiques de l'autonomie

L'initiative

Le département constate que le CDCA est composé de membres ayant des profils hétérogènes en ce qui concerne leur connaissance du fonctionnement des établissements et services médico-sociaux, du cadre global des compétences du département, de l'ARS et de cet écosystème, en fonction de leur parcours. Ces disparités représentent une richesse, mais entraînent également certaines difficultés dans le travail du CDCA.

« Nous avons donc réfléchi à l'action que nous pourrions mener afin que chaque membre du CDCA puisse s'approprier l'ensemble des politiques du champ du handicap ainsi que celui du vieillissement et ainsi pouvoir se positionner en qualité de représentant des usagers dans les différentes instances. »

Le département prend l'initiative d'organiser des sessions d'informations sur les compétences des différentes institutions et le rôle du CDCA. Il s'agit d'offrir un socle commun de connaissances aux membres avec pour objectif « qu'ils puissent saisir ce qu'on pourrait attendre de leur participation ».

Le résultat

Plusieurs sessions sont organisées, sur les territoires pour limiter les déplacements. Une trentaine de participants assistent à ces séances qui permettent « d'échanger, de répondre à un certain nombre de questions ».

« Des personnes qui étaient très pointues dans un domaine de compétences spécifique sont venues aux séances de sensibilisation et ont ainsi pu enrichir les échanges de par leur expérience et expertise. » Ces séances de sensibilisation sont une occasion de plus de construire un langage commun pour faciliter le travail du CDCA.

Et maintenant ?

L'objectif de ces sessions de sensibilisation était de favoriser l'interconnaissance entre les membres du CDCA pour faciliter l'engagement du travail collaboratif et renforcer l'implication des membres dans l'élaboration des politiques départementales.

« Il y a deux groupes de travail mis en place : un sur la mobilité et un sur l'aide aux aidants. Ils ont réussi à mobiliser des groupes de 10, 15 personnes représentants du CDCA pour réfléchir sur ces thématiques. Leurs réflexions et préconisations seront intégrées dans les travaux de mise en œuvre du schéma départemental de l'autonomie. »

Le département propose des documents et des intervenants pour nourrir les débats des groupes de travail.

Des CDCA ont également introduit un cadre de travail facilitant la participation des membres et les incitant à l'assiduité (calendrier concerté et réaliste, covoiturage, lieux de réunion tournants et accessibles...). Parmi les mesures pratiques permettant d'orienter l'instance vers l'action, les CDCA proposent notamment la mise en place d'une feuille de route annuelle concertée par formation spécialisée et en plénière (sujets traités, avis et livrables à rendre, échéances et horaires de réunions, participation à des instances...), le vote dématérialisé, ou encore l'élaboration de plans d'action avec chaque compte-rendu. L'importance de disposer d'espaces communs permettant de faciliter les échanges entre membres est soulignée en termes de technologies d'information, par exemple par la création d'un espace numérique collaboratif pour communiquer et stocker les documents clés. La mise à disposition de locaux physiques pour se réunir de manière plus informelle et stocker du matériel est également évoquée.

Face aux difficultés identifiées dans le cadre de leurs compétences consultatives, les CDCA évoquent le besoin de recevoir les documents pour avis suffisamment à l'avance et notamment le fait d'avoir des interlocuteurs identifiés au sein des différentes institutions pour pouvoir anticiper les délais de réception des documents. Certains rapports citent également la mise en place d'indicateurs de suivi avec les institutions partenaires sur les travaux menés par les CDCA et une coordination accrue avec le département pour que les propositions de l'instance soient davantage prises en compte.

Ces différentes pistes ont servi de base à des évolutions organisationnelles programmées ou qui ont déjà pu être introduites au sein d'un certain nombre de CDCA après leur installation.

Retours des CDCA sur des leviers internes mis en place

Lot-et-Garonne (47)

« Afin de faciliter la communication, un espace collaboratif a été créé sur le site internet du département où les membres peuvent accéder aux convocations, ordres du jour, documents joints, relevés de décisions, présentations *PowerPoint* des réunions... »

Morbihan (56)

« Les membres demandent au département qu'une page soit dédiée au CDCA sur le site internet du conseil départemental, qu'un communiqué de presse et une plaquette soient réalisés pour permettre aux usagers et associations de prendre connaissance de l'existence du CDCA, de son rôle pour pouvoir les solliciter si besoin. Il est également souhaitable d'associer des membres du CDCA aux groupes de travail des services de la direction de l'autonomie pour l'élaboration et la mise en œuvre du schéma autonomie. »

Val-d'Oise (95)

« Afin de rendre cette instance utile, les vice-présidents et le secrétariat du CDCA maintiennent une impulsion en organisant des temps de rencontres et en encourageant les groupes de travail à proposer des conclusions concrètes à leurs travaux. »

Vienne (86) : Matérialiser la création du CDCA en faisant évoluer le journal du CODERPA vers des thématiques transversales relatives aux personnes âgées ou en situation de handicap

L'initiative

Le CODERPA du département éditait un journal pour évoquer des sujets liés au vieillissement. Avec l'arrivée du CDCA, le journal a été « réinventé » pour refléter la transversalité de l'instance. « [Le journal] se faisait déjà à l'époque du CODERPA, ils ont souhaité le maintenir et, bien sûr, élargir en thématique, avec des articles qui intéressent aussi bien des personnes âgées que des personnes en situation de handicap. »

Les membres du CDCA se réunissent en commission mensuelle mixte, pour préparer les articles du journal et des conférences sur des thèmes choisis ensemble. Il s'agit d'un travail réalisé en étroite collaboration avec les services du département. Le financement du journal est géré par l'association de gestion, créée au départ pour le CODERPA, qui bénéficie d'une subvention du département.

« La rédaction du contenu est réalisée par les membres, la mise en page par le service de communication du département, ensuite l'impression par un imprimeur extérieur ».

Le résultat

Deux journaux ont été édités en 2017 : un journal du CODERPA en janvier 2017 et un journal du CDCA en décembre 2017 présentant cette nouvelle instance. Les membres de CDCA ont travaillé en 2018 pour l'élaboration du journal en janvier 2019.

Ce journal est diffusé dans toutes les mairies de la Vienne par voie postale et par voie électronique dans tous les EHPAD et résidences autonomie. L'objectif du journal est à la fois de faire connaître les travaux du CDCA, mais aussi de proposer des solutions pratiques à des problèmes rencontrés par les bénéficiaires dans le département.

« Dans leur journal ils expliquent tout ce qui se passe, avec des articles sur la protection des majeurs par exemple, des petites choses pour se mettre à la portée du citoyen et dire si vous avez besoin, ça existe et on peut aussi vous aider à trouver des informations. »

Et maintenant ?

La publication se poursuit avec une perspective d'amélioration de l'accessibilité du journal et plus largement du site internet du département.

4.3. Les évolutions organisationnelles des CDCA en 2017-2018

Malgré une mise en place récente, environ la moitié des CDCA qui ont transmis un rapport biennal déclarent avoir introduit des changements dans l'organisation de l'instance depuis sa création. Une partie de ces évolutions vise à renforcer l'approche transversale des politiques de l'autonomie à travers notamment la mise en place de groupes de travail communs aux représentants des personnes âgées ou en situation de handicap se réunissant par thématique en petit comité, ou la suppression des réunions des bureaux spécialisés au profit de celles d'un bureau conjoint.

Certains départements ont par ailleurs procédé à l'ajustement des moyens humains et matériels dédiés au fonctionnement des CDCA avec par exemple le recrutement d'un animateur dédié, la mise à disposition d'un local, l'assouplissement des règles de remboursement des frais des membres, ou encore la mise en place d'une plateforme numérique collaborative. Un accompagnement renforcé des membres non professionnels et la mise en place de travaux de groupe avant la formalisation d'avis ont été introduits dans certains territoires afin de nourrir les échanges et de favoriser la prise d'initiative. Enfin, une partie des CDCA se sont progressivement investis dans la communication autour de l'instance à travers l'élaboration de supports dédiés et des interactions accrues avec le département et les partenaires institutionnels.

Les cas particuliers de la Loire-Atlantique (44) et du Rhône (69) méritent aussi d'être notés, avec le passage d'un CDCA à un conseil départemental métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie (CDMCA), impliquant la mise en place d'une coprésidence, d'une part, du conseil départemental et de Nantes Métropole et, d'autre part, du conseil départemental et de la métropole de Lyon. Certaines évolutions sont d'ailleurs souhaitées. Ainsi est-il proposé concernant le Rhône de scinder le CDMCA actuel en deux instances propres au département du Rhône et à la métropole de Lyon pour obtenir un format plus dynamique adapté à leurs réalités.

Retours des CDCA sur les évolutions organisationnelles en 2017-2018

Hérault (34)

« Il a été décidé en bureau plénier de réduire le nombre de formations en créant des parcours regroupant les thématiques des différentes commissions et en s'appuyant sur la nouvelle organisation du CD en maison départementale de l'autonomie (MDA). Les parcours proposés sont les suivants : parcours enfance, scolarité, emploi, établissement médico-social, parcours à domicile et les deux commissions conservées sont la commission des avis et la commission Semaine bleue. »

Ille-et-Vilaine (35)

« Des réunions de préparation des réunions du bureau plénier sont maintenant organisées pour les membres des collèges 1 des deux formations spécialisées. Les membres du bureau issus des collèges 1 peuvent ainsi mieux jouer leur rôle de représentants de la diversité des associations et organisations membres. »

Marne (51)

« Un espace collaboratif numérique dédié aux membres a été mis en place en 2018 : il permet les échanges de documents et d'agendas entre les membres, ainsi que la gestion des présences et des frais de déplacement. »

2 Articulation des questions relatives aux personnes âgées ou aux personnes en situation de handicap dans l'activité des CDCA

1. Émergence de la transversalité entre les secteurs du vieillissement et du handicap au sein des organes des CDCA

Si l'organisation, la composition et le fonctionnement du CDCA sont encadrés par un décret, les territoires disposent toutefois d'une marge de manœuvre assez importante en ce qui concerne la mise en place de l'instance et notamment l'équilibre entre les deux formations.

Le décret précise que les deux formations spécialisées pour les questions relatives aux personnes âgées et pour les questions relatives aux personnes en situation de handicap doivent comprendre un nombre égal de membres. Il en est de même pour le nombre de membres issus de chaque formation au sein des commissions spécialisées portant sur des sujets communs aux deux publics. Cependant, chaque formation est libre de créer des commissions spécifiques relevant de son champ de compétence, et par conséquent dans un CDCA, une formation peut en théorie être beaucoup plus active que l'autre.

En pratique, les choix des CDCA varient selon les territoires, mais pour ces deux premières années de fonctionnement, les données d'activité des deux formations permettent de constater qu'un relatif équilibre est à l'œuvre. Un investissement un peu plus important en ce qui concerne les problématiques relatives aux personnes âgées peut tout de même être observé.

1.1. Des travaux menés majoritairement en commun au sein des formations et des bureaux

En 2017-2018, les formations spécialisées pour les questions relatives aux personnes âgées et pour les questions relatives aux personnes en situation de handicap ont été installées dans la quasi-totalité des CDCA ayant transmis leur rapport. Cinq instances ont fait le choix de ne se réunir qu'en formation plénière pour favoriser la transversalité des débats.

Retour du CDCA sur l'absence de formations spécialisées

Yvelines (78)

« Comme le prévoit la loi, depuis son installation en juin 2017, le CDCA en lien avec [le] conseil départemental organise deux assemblées plénières par an. Il n'y a pas de formations spécialisées ; c'est un choix des membres et du département afin d'apprécier collégialement les politiques autonomie. »

La grande majorité des CDCA ayant transmis leur rapport ont également désigné un bureau par formation spécialisée (tableau 3). Le nombre de bureaux pour les questions relatives aux personnes âgées (73 CDCA concernés sur 90) est légèrement supérieur au nombre de bureaux des personnes en situation de handicap (69).

Par ailleurs, le nombre de CDCA dotés d'un bureau plénier est encore plus important (82), ce qui peut susciter des interrogations au regard des dispositions du décret, le bureau plénier étant formé des deux bureaux des formations réunis. En effet, quinze CDCA déclarent avoir seulement mis en place un bureau plénier. Au contraire, cinq CDCA disposent des deux bureaux pour les questions relatives aux personnes âgées et pour celles relatives aux personnes en situation de handicap, mais pas encore d'un bureau plénier.

Tableau 3 : État des lieux de l'installation des organes du CDCA

Nombre de CDCA ayant installé des instances internes	Pour les questions relatives aux personnes âgées	Pour les questions relatives aux personnes en situation de handicap	Pour les questions communes aux personnes âgées et en situation de handicap (plénier)
Formations	86	86	91
Bureaux*	73	69	82

Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

*données transmises pour 90 territoires.

Composition et nombre de membres

Conformément aux dispositions réglementaires, les bureaux des formations des CDCA sont constitués de six membres, dont le vice-président élu en assemblée plénière et cinq autres membres (incluant souvent un secrétaire). Les bureaux comprennent aussi souvent six membres suppléants chacun, dont les prérogatives varient en fonction des CDCA.

Certaines instances apportent des précisions quant à la constitution de ces bureaux :

- quatre CDCA expliquent que les membres sont élus après appel à candidatures, tandis qu'un rapport évoque la cooptation par le vice-président (élu) de la formation, en respectant le principe paritaire (homme/femme ; représentants des différents collèges) ;
- certains bureaux accueillent, à titre consultatif, des représentants de services partenaires par souci de coordination, par exemple des représentants des services du département et, de façon ponctuelle, des animateurs de commissions spécialisées ou des membres volontaires de la formation ;
- en cas de démission, vacance prolongée ou décès d'un membre du bureau, son remplacement se fait sur proposition des membres du bureau de la formation spécialisée concernée et par désignation du président du conseil départemental.

Retours des CDCA sur la constitution des bureaux

Aude (11)

« Extrait du règlement intérieur : “Chacune des formations spécialisées désigne un bureau en son sein. Chaque bureau est composé de 6 membres : le vice-président issu du 1er collège, ainsi que deux autres membres du 1er collège, un membre du 2e collège, un membre du 3e collège et un membre du 4e collège”. »

Loire-Atlantique (44)

« Pour assurer la bonne coordination avec les services du département et de la métropole, sont associés au bureau à titre consultatif : le représentant de la direction personnes âgées/personnes en situation de handicap du département et le chargé de coordination conseil départemental-métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie de Loire-Atlantique, le représentant du département prévention et solidarité de la métropole et le chargé de mission du projet gérontologique métropolitain. »

Le nombre de membres désignés au titre des deux formations spécialisées peut être inégal au sein d'un même CDCA. Cela s'explique notamment par la lourdeur de la procédure de désignation des nouveaux membres en cas de vacance de poste. Ainsi, seuls 53 CDCA sur 91 ont indiqué un nombre de membres égal par formation spécialisée. Toutefois, cela n'a de conséquences que minimales si l'on fait une moyenne nationale, le nombre moyen de membres de la formation des personnes âgées ne dépassant le nombre de membres de la formation des personnes en situation de handicap que de 0,04 point (tableau 4). En moyenne, chaque formation compte 44,8 membres.

Tableau 4 : Nombre de membres titulaires par formation spécialisée du CDCA

Type de formation	Minimum	Maximum	Moyenne	Nombre de territoires concernés
Formation spécialisée des personnes âgées	36	48	44,85	91
Formation spécialisée des personnes en situation de handicap	35	48	44,81	91

Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018

Fonctionnement des organes des formations des CDCA

Concernant le fonctionnement des bureaux, plus de la moitié des CDCA qui ont apporté des précisions sur ce point ont privilégié un fonctionnement en bureau plénier – souvent après avoir démarré par des réunions en bureaux spécialisés – par souci de transversalité, d'efficacité et de pragmatisme. Un peu moins de la moitié des instances ont souhaité conjuguer les réunions de bureau par formation spécialisée et un fonctionnement en bureau plénier. Les CDCA rapportent utiliser les bureaux par formation spécialisée pour une animation ciblée, alors que le fonctionnement en bureau plénier permet de traiter des thèmes transversaux et de mettre en commun les travaux menés séparément. À la marge, dans quelques CDCA, les bureaux des formations spécialisées fonctionnent de manière autonome et ne se sont pas réunis en bureau plénier en tant que tel.

Retours des CDCA sur le fonctionnement des bureaux

Maine-et-Loire (49)

« La priorité est donnée à la réunion des bureaux pléniers, afin d'assurer une cohérence dans l'action des deux formations spécialisées. Les bureaux des formations spécialisées se réunissent lorsque des questions et sujets les concernent exclusivement. »

Loiret (45)

« Le bureau plénier ne s'est pas réuni dans sa configuration réglementaire depuis la mise en œuvre du CDCA, mais une réunion préparatoire est organisée avec les deux vice-présidents et la présidente avant chaque CDCA pour préparer la réunion plénière. »

En termes d'organisation pratique, le rythme des réunions de bureau varie d'un CDCA à l'autre : à échéance fixe ou ponctuelle selon l'actualité, de deux réunions annuelles en bureau plénier à un rythme mensuel. Les bureaux des formations spécialisées pour les questions relatives aux personnes âgées se sont réunis dans davantage de départements et plus souvent que ceux des personnes en situation de handicap, avec une moyenne de 2,8 réunions contre 1,9 par formation sur la période 2017-2018 (tableau 5). Les réunions des bureaux pléniers ont eu lieu encore plus fréquemment, avec une moyenne de 2,9 dans 70 départements. La moitié des CDCA qui ont réuni un bureau plénier déclarent avoir organisé au moins deux réunions sur la période 2017-2018, contre une réunion pour les bureaux des formations spécialisées. En revanche, le nombre maximal constaté de réunions pour les deux bureaux des formations (18 pour le bureau des personnes âgées et 16 pour le bureau des personnes en situation de handicap) est supérieur à celui du bureau plénier (12).

Quant aux formations spécialisées, celles travaillant sur des questions relatives aux personnes âgées ont tenu des réunions plus fréquemment (moyenne de 1,6 pour les personnes âgées contre 1,2 pour les personnes handicapées) et dans plus de départements (50 pour les personnes âgées contre 48 pour les personnes handicapées).

Tableau 5 : Nombre de réunions par formation spécialisée du CDCA

Type d'instance interne	Minimum	Maximum	Moyenne	Nombre de CDCA ayant déclaré des réunions
Formation spécialisée des personnes âgées	0	18	1,6	50
Formation spécialisée des personnes en situation de handicap	0	7	1,2	48
Bureau de la formation des personnes âgées	0	18	2,8	54
Bureau de la formation des personnes en situation de handicap	0	16	1,9	46
Bureau plénier	0	12	2,9	70

Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

Le taux de participation est plus élevé pour les bureaux que pour les formations, ce qui peut s'expliquer par un investissement naturellement plus important des membres ayant accepté une responsabilité supplémentaire au sein de l'instance. Ainsi, le taux de participation maximal de 100 % a pu être constaté par certains CDCA pour les trois types de bureaux (tableau 6), avec un taux moyen de participation aux bureaux par formation (80,4 % pour les personnes âgées et 75,6 % pour les personnes en situation de handicap) supérieur à celui du bureau plénier (73,1 %).

Au contraire, pour les formations, le taux de participation moyen en plénière (55,7 %) est généralement plus important que celui des formations spécialisées. Une implication légèrement plus forte des membres de la formation spécialisée pour les questions relatives aux personnes âgées peut être observée par rapport à la formation spécialisée pour les personnes en situation de handicap (42,7 % contre 41,2 %).

Tableau 6 : Taux de participation par formation spécialisée du CDCA (%)

Type d'instance interne	Minimum	Maximum	Moyenne
Formation plénière	25	95	55,7
Formation spécialisée des personnes âgées	13	80	42,7
Formation spécialisée des personnes en situation de handicap	13	80	41,2
Bureau plénier	10	100	73,1
Bureau de la formation des personnes âgées	6	100	80,4
Bureau de la formation des personnes en situation de handicap	43	100	75,6

Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

Les modalités d'organisation des réunions de bureaux du CDCA suivent le modèle retenu pour les formations, tel que présenté dans le décret relatif à l'instance. Ainsi, l'ordre du jour des réunions de bureau est généralement proposé par le président et/ou les vice-présidents, et les séances animées par eux. Ils assurent leur bon déroulement et la police des débats pour éviter par exemple que soient évoquées des situations personnelles, par nature confidentielles.

Certains CDCA précisent par ailleurs que les votes se font à main levée ou à bulletin secret selon les sujets, et les décisions sont prises à la majorité des membres. En cas de partage des voix, celle du président ou du vice-président est prépondérante.

Missions des bureaux

Pour ce qui concerne les missions des bureaux, qu'ils soient pléniers ou par formation spécialisée, la plupart des CDCA citent le socle décrit dans le décret n° 2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie⁴.

Missions d'un bureau du CDCA :

- > proposer l'ordre du jour des séances (plénières ou des formations spécialisées, en fonction du bureau) ;
- > assurer la coordination entre les différentes formations du CDCA ;
- > coordonner les représentations extérieures et les interactions avec les partenaires ;
- > préparer la rédaction du rapport biennal ;
- > veiller au respect des délais impartis pour la formulation des avis en planifiant l'activité et l'envoi des documents de travail en conséquence ;
- > veiller au respect du règlement intérieur.

Ces missions peuvent être assurées au sein du bureau plénier et/ou des bureaux spécialisés, selon l'organisation retenue par le CDCA. Par ailleurs, quelques instances font état de missions enrichies.

Pour le bureau plénier :

- > en termes de gouvernance : structurer et assurer le bon fonctionnement du CDCA, travailler sur le règlement intérieur, définir des méthodes de travail communes aux deux formations, valider les modalités de fonctionnement des commissions spécialisées ;
- > en termes de stratégie : définir les orientations et les plans d'action, prioriser les thématiques abordées en CDCA et identifier celles communes aux deux formations, celles qui doivent être traitées spécifiquement par l'une ou l'autre, voire celles qui feront l'objet d'une commission spécialisée, permanente ou temporaire ;
- > en termes d'expertise : préparer, animer, coordonner, suivre les travaux menés par les formations et commissions spécialisées et rapporter ces avancements en formation plénière pour échange puis validation (par exemple, pour préparer des avis sur le PRS et le schéma de l'autonomie) ;
- > en termes de communication : favoriser le partage d'informations entre les membres et avec les instances extérieures, ou encore apporter des réponses à des questions transversales d'actualité.

⁴ Le décret est disponible sur Légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033103734&categorieLien=id>

Pour les bureaux des formations spécialisées :

- en termes d'expertise : préparer, animer, coordonner, suivre les travaux menés par la formation ou une commission spécialisée dédiée, travailler sur des avis ou des propositions relevant du champ de compétence exclusif de la formation, rapporter en plénière sur l'avancement des travaux, y faire remonter des thématiques spécifiques ;
- en termes de pilotage opérationnel de la formation : veiller à la gestion courante de ses dossiers, approuver ses relevés de décision, assurer le secrétariat ;
- en termes de communication : organiser des rencontres, des actions ciblées relatives aux personnes âgées ou en situation de handicap, proposer des candidatures pour les représentations extérieures, voire désigner des représentants.

📌 Retours des CDCA sur les missions des bureaux

Côtes-d'Armor (22)

« Les bureaux spécialisés se réunissent en amont des formations spécialisées pour préparer l'ordre du jour. Le règlement intérieur leur octroie également une délégation concernant les nominations de membres du CDCA dans les instances externes. »

Jura (39)

« Si les bureaux spécialisés portent davantage sur des règles de fonctionnement internes, les orientations plus "stratégiques" sont davantage prises lorsque les deux bureaux sont réunis. »

Seine-et-Marne (77)

« Le bureau des personnes âgées a cinq fonctions : rendre des avis, créer un réseau inter-CVS 77, organiser des actions destinées aux futurs retraités, améliorer les conditions de sortie d'hospitalisation, travailler sur des thématiques telles que la prévention de la dépendance, l'aide aux aidants, la fracture numérique, l'isolement social... »

1.2. Une implication variée des membres au sein des commissions spécialisées

Parallèlement aux deux formations spécialisées obligatoires, les CDCA peuvent créer des commissions spécialisées *ad hoc* pour traiter des questions spécifiques intéressant les personnes âgées ou en situation de handicap, ou les deux publics de façon transversale. Le décret du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie précise que ces commissions mixtes, communes aux deux formations spécialisées, sont présidées conjointement par les deux vice-présidents et comprennent un nombre égal de membres issus de chaque formation. Du reste, les CDCA sont libres de décider des modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions qu'ils mettent en place. Plusieurs CDCA précisent que les commissions sont formées librement à la suite d'un appel à candidatures, les membres suppléants étant invités à participer aux travaux au même titre que les membres titulaires.

Parmi les 80 CDCA ayant transmis ces informations dans leur rapport portant sur la période 2017-2018, la moitié a installé des commissions spécialisées (tableau 7). Ainsi, 39 instances ont créé des commissions pour les questions relatives aux personnes en situation de handicap, 40 pour les questions relatives aux personnes âgées, et 44 CDCA ont mis en place des commissions communes aux deux formations. Ces commissions sont plus souvent permanentes que ponctuelles.

Tableau 7 : État des lieux d'installation des commissions spécialisées

Nombre de CDCA ayant installé des commissions spécialisées	Pour les questions relatives aux personnes âgées	Pour les questions relatives aux personnes en situation de handicap	Pour les questions communes aux personnes âgées ou en situation de handicap
Commissions spécialisées*	40	39	44
dont commissions permanentes	25	23	25
dont commissions ponctuelles	12	15	16

Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

*données transmises pour 80 territoires.

Seuls trois CDCA ne disposent que de commissions spécialisées pour les questions relatives aux personnes âgées et deux CDCA pour les questions relatives aux personnes en situation de handicap. Par ailleurs, quatorze instances ont fait le choix de travailler uniquement de façon transversale, mettant en place des commissions mixtes, contre huit CDCA qui n'ont travaillé que de façon séparée pendant leurs deux premières années de fonctionnement. Un tiers des CDCA ont mis en place les trois types de commissions. Enfin, 33 instances indiquent ne pas avoir créé de commissions en 2017-2018.

54 CDCA ont apporté des précisions sur l'organisation et le fonctionnement des commissions spécialisées en 2017-2018. Sur les 26 CDCA ayant indiqué dans leur rapport le nombre de commissions de chaque type installées, 20 ont déclaré un nombre égal de commissions dédiées aux personnes âgées ou en situation de handicap. Dans trois CDCA, le nombre de commissions pour les personnes âgées est supérieur au nombre de commissions pour les personnes en situation de handicap et dans trois autres CDCA, la situation est inversée. En moyenne, les rapports font état de quatre commissions mixtes et/ou spécifiques par CDCA, avec un maximum de huit commissions.

Par ailleurs, certains CDCA ont fait le choix de mettre en place des instances internes appelées « groupes de travail » plutôt que « commissions », sans toujours préciser si leur nature correspond parfaitement aux exigences réglementaires établies pour les commissions spécialisées du CDCA. Dans certains cas, il existe également des groupes de travail internes aux commissions, qui permettent une plus grande souplesse dans l'organisation, au regard notamment des dispositions du décret du 7 septembre 2016.

Le nombre total de membres du CDCA impliqués dans le travail des commissions spécialisées varie beaucoup selon les territoires. Dans certains cas, l'ensemble des membres de la formation spécialisée ou du CDCA dans son entier peuvent être concernés, afin de favoriser une participation plus large aux débats. Sept CDCA ont transmis des informations plus détaillées concernant la composition de chacune de leurs commissions. Ainsi, selon ces rapports, le nombre de membres par commission varie entre huit et seize, et les commissions mixtes sont généralement un peu plus nombreuses.

Hérault (34) : Simplifier le fonctionnement du CDCA en prenant appui sur la structuration de la maison départementale de l'autonomie

L'initiative

À la création du CDCA, la formation importe les modes de fonctionnement des anciennes structures, CODERPA et CDCPH qui ont une légitimité et une action bien ancrée localement.

« [Les membres de l'ancien CODERPA] ont construit l'organisation du CDCA avec à la fois une légitimité et une volonté de transposer ce qu'ils faisaient déjà. Cela a généré neuf commissions au départ, ce qui était très lourd et difficilement gérable. »

Certaines thématiques de travail sont communes aux formations handicap et personnes âgées, par exemple la thématique des aidants, les contributeurs actifs du CDCA sont très sollicités, et certains s'épuisent.

« Ils font beaucoup de déplacements. À une quinzaine, ils produisent tout ce que fait le CDCA. »

Les différentes commissions ont par ailleurs un fonctionnement assez hétérogène puisque l'engagement des participants ne peut pas être le même pour toutes.

« Il y avait donc une multitude de commissions et de groupes de travail qui se réunissaient une fois par mois, ce qui engendrait un grand nombre de réunions (deux à trois par semaine). Certaines commissions étant très sollicitées et certaines ne fonctionnant quasiment pas. Le département s'est questionné sur la pertinence de ce nombre de commissions. »

Le département propose alors au CDCA de réduire le nombre de commissions en s'inspirant du travail réalisé en interne pour la création des MDA.

Le résultat

« Nous avons fait une proposition d'organisation en miroir de celle de la MDA, en quatre commissions pour les quatre directions de la MDA, tout en gardant la spécificité de la Semaine bleue et également une commission "avis". Ces éléments ont été débattus et approuvés par le CDCA. »

Le CDCA a conservé une commission « avis », une commission « Semaine bleue » et a créé une commission « sensibilisation au handicap » afin de respecter les compétences spécifiques des CDCA.

« La vice-présidente du conseil départemental en charge des personnes en situation de handicap a proposé au sein de la formation des personnes en situation de handicap d'organiser une manifestation équivalente à la Semaine bleue. Cela a donné lieu à la création d'une commission "sensibilisation au handicap" et à la création d'un événement annuel. »

Et maintenant ?

Le département poursuit ses efforts pour fluidifier ses relations avec le CDCA et travaille à la rédaction d'un guide du membre posant les principes de fonctionnement, les droits et devoirs. Il sera remis à la prochaine séance plénière qui verra le renouvellement des membres du CDCA.

« Aujourd'hui on essaie d'écrire un document [...] Un "pense bête" du membre du CDCA sous forme d'un guide en complément du règlement intérieur en cours aussi d'amendement. »

Modalités de fonctionnement des commissions spécialisées

Les thématiques de travail des commissions peuvent être déterminées de différentes manières : elles peuvent être proposées par les vice-présidents ou d'autres membres des bureaux, ou encore être arrêtées en plénière ou par les formations spécialisées, les bureaux intervenant ensuite pour en définir les axes prioritaires.

Par ailleurs, comme cela a été indiqué précédemment, les membres des bureaux des CDCA sont souvent fortement impliqués dans les activités des commissions spécialisées, voire dans leur animation. Le décret du 7 septembre 2016 attribue notamment aux vice-présidents des formations spécialisées des compétences particulières en matière d'établissement d'ordre du jour, d'animation et de compte-rendu des travaux des commissions. Par conséquent, de nombreux CDCA soulignent dans leurs rapports l'importance de l'investissement des vice-présidents pour assurer un bon fonctionnement de l'instance.

Ce sont aussi les vice-présidents qui sont dotés du pouvoir de convocation. Dans la pratique, les convocations peuvent être envoyées aux membres des CDCA directement par les vice-présidents ou par délégation par d'autres membres chargés de l'animation des commissions, ou encore par le personnel du département qui assure le secrétariat de l'instance.

Concernant l'animation, plusieurs choix sont également possibles. Dans certains CDCA, ce sont les vice-présidents eux-mêmes ou d'autres membres des bureaux qui l'assurent. Dans d'autres départements, la fonction de « pilote » d'une commission peut être élargie à l'ensemble des membres, avec une désignation de deux responsables, un pour chaque formation, pour les commissions mixtes. Enfin, dans certains cas, les CDCA indiquent que les commissions sont animées par des référents techniques du département.

Les comptes rendus peuvent être rédigés par les membres chargés de l'animation ou par des agents du département. Ces documents peuvent ensuite être partagés au moyen d'un espace collaboratif en ligne ou adressés à l'ensemble des participants de la réunion, mais aussi aux vice-présidents, aux membres du bureau, à la direction de l'autonomie du conseil départemental et présentés en formation plénière.

Il est intéressant de noter que les commissions mixtes se sont réunies sur un plus grand nombre de territoires (33) que les commissions spécialisées pour les questions relatives aux personnes âgées (31) ou les commissions spécialisées pour les personnes en situation de handicap (27). Le nombre moyen de réunions de commissions mixtes par département est aussi plus élevé (4,3) que la moyenne pour les commissions des personnes âgées (3,9). Avec une moyenne de 2,6 réunions par département sur la période 2017-2018, les commissions des personnes en situation de handicap se sont réunies en général moins souvent que les deux autres types de commissions (tableau 8).

Tableau 8 : Nombre de réunions en commissions spécialisées

Type de commission	Minimum	Maximum	Moyenne	Nombre de CDCA ayant tenu des réunions
Commissions spécialisées des personnes âgées	0	43	3,9	31
Commissions spécialisées des personnes en situation de handicap	0	48	2,6	27
Commissions spécialisées communes	0	43	4,3	33

Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

Le taux de participation aux commissions mixtes varie entre 15 % et 80 %, avec un taux moyen (53,8 %) supérieur à celui des formations spécialisées, mais inférieur au taux de participation en plénière.

Par ailleurs, quatre CDCA ont indiqué avoir organisé des réunions de commissions mensuelles, dans quatre autres, les commissions se sont réunies une fois tous les deux mois, et cinq CDCA ont tenu entre trois et cinq réunions par an.

Pour onze CDCA, les commissions n'ont été installées qu'à la toute fin de l'année 2018 ou devaient être mises en place en 2019. Avant de démarrer les travaux, certains CDCA ont aussi organisé une réunion commune entre les membres des deux formations spécialisées afin de réfléchir aux thématiques, à la composition et aux méthodes de travail des futures commissions.

Retour du CDCA sur le fonctionnement des commissions spécialisées

Bouches-du-Rhône (13)

« Les invitations aux commissions spécialisées sont faites par les vice-présidents *via* la boîte électronique créée pour chacune des deux formations spécialisées. Une salle de réunion est mise à disposition au sein des locaux de la direction générale adjointe de la solidarité du conseil départemental (CD). Les réunions sont animées par les vice-présidents, le référent CDCA du CD est systématiquement convié. »

Puy-de-Dôme (63) : Bien préparer l'installation pour permettre une transversalité entre les thématiques intéressant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

L'initiative

Dans le département du Puy-de-Dôme avant le CDCA, le CODERPA avait une activité très soutenue. L'activité au titre du CDCPH était moins visible pour le département, cette instance ne relevant pas de sa compétence. Les services du département ont anticipé les éventuelles difficultés d'installation en réalisant un important travail d'appropriation juridique concernant le CDCA.

« Les modalités d'installation du CDCA sont complexes. Pour créer le CDCA en plénière, il faut réunir les formations spécialisées. Sachant que les deux formations spécialisées ne peuvent être réunies en même temps compte tenu des membres communs aux deux formations. »

Le département fait le choix de concerter largement pour qu'il n'y ait pas de difficulté lors de l'installation et dans le travail quotidien de l'instance. Cette concertation permet notamment aux membres de bien comprendre les enjeux des CDCA au sein du département.

Le résultat

La préparation a porté ses fruits parce qu'une fois mis en place, le travail a commencé très vite et de manière transversale.

« Juin 2018, installation. Ensuite, très rapidement première réunion des bureaux spécialisés. Suite à la première plénière, les deux vice-présidents ont réuni leurs bureaux [...] ils ont envoyé, avec notre aide, aux 80 membres les compositions des thèmes en leur demandant s'ils voulaient s'inscrire. Et tout cela a été validé lors de la plénière de décembre. [...] Cela a été assez rapide. » En plus d'une mise en place rapide et structurée, les membres se sont rapidement mis d'accord pour travailler en commissions mixtes.

« Les membres des deux formations spécialisées [...] ont convenu de l'intérêt de mettre en place des commissions mixtes compte tenu du rapprochement des deux politiques, et sur des thématiques comme le logement, le transport ou l'accompagnement des personnes. Il leur a semblé qu'il était intéressant de pouvoir travailler ces questions en transversalité au-delà de la séparation des publics. »

Les commissions mixtes travaillent de manière régulière et se réunissent pour certaines plus d'une fois par mois.

Et maintenant ?

« Le fait d'avoir bien travaillé l'installation fait que les travaux en commission sont réguliers. Des moyens logistiques ont été mis en place par le département, permettant une certaine autonomie aux membres des commissions. » Les services du département assurent la lisibilité des travaux du CDCA sur le site pour que ces derniers soient accessibles à tous les membres du CDCA. Les relations de travail entre les membres des CDCA, et plus particulièrement avec les deux vice-présidents et les services du département permettent une collaboration rapprochée : « On fait vraiment un travail favorisant les échanges réciproques tout en respectant les champs de compétence respectifs. »

Principales thématiques de travail

27 CDCA ont apporté des précisions concernant les principales thématiques sur lesquelles travaillent les commissions spécialisées. Ainsi, parmi les sujets traités par les commissions relatives aux personnes âgées, les questions de l'habitat, du maintien à domicile et de l'inclusion sociale, ainsi que la vie en établissement, l'inclusion numérique et l'information apparaissent le plus souvent. Certaines de ces commissions travaillent aussi de manière générale sur des sujets liés aux droits et à l'autonomie des personnes âgées.

En ce qui concerne les commissions pour les personnes en situation de handicap, elles peuvent travailler sur le handicap de façon générale ou sur des questions plus spécifiques comme l'accessibilité, la pair-aidance, les besoins des personnes handicapées vieillissantes, ainsi que l'accès à l'éducation, la formation et l'insertion professionnelle.

Enfin, parmi les sujets sur lesquels travaillent les commissions communes aux deux formations apparaissent en premier les questions liées à l'habitat et à l'information et la communication. D'autres thématiques transversales fréquemment abordées concernent la santé, les proches aidants, les droits des usagers, l'accessibilité générale et l'articulation entre les secteurs du vieillissement et du handicap.

Retours des CDCA sur les thématiques de travail des commissions spécialisées

Collectivité de Corse (20)

« Commission “communication et information”, commune aux deux formations spécialisées :

- transmettre en interne toutes les informations nécessaires au travail des trois autres commissions ;
- débattre de toutes les actions prises en faveur des personnes âgées et en situation de handicap et le fait savoir aux associations et professionnels ;
- gérer le site internet qui est commun aux deux formations et projeter la publication d'un mini-journal, sur l'action du CDCA et ses composantes.

Commission “autour de l'âge”, spécifique à la formation personnes âgées :

- créer des réseaux sociaux en veillant à la bonne réalisation des services aux personnes âgées ;
- recenser les risques en matière de santé, précarité, isolement ;
- relever les difficultés cognitives avec la famille, les voisins ou les administrations ;
- effectuer des propositions pour le maintien à domicile le plus long possible ;
- débattre de l'accueil en établissement avec une vigilance sur leur fonctionnement organisationnel.

Commission “autour des aidants”, commune aux deux formations spécialisées : débattre de toutes les questions touchant les aidants de personnes âgées et en situation de handicap et leur entourage avec l'avis des professionnels.

Commission “autour du handicap”, spécifique à la formation personnes en situation de handicap :

- créer des réseaux sociaux en veillant à la bonne réalisation des services aux personnes en situation de handicap ;
- recenser les risques en matière de santé, précarité, isolement ;
- relever les difficultés cognitives avec la famille, les voisins, ou les administrations ;
- débattre de l'accueil en établissement avec une vigilance sur leur fonctionnement organisationnel. »

Gironde (33)

« Thèmes et compositions des commissions spécialisées PA :

Commission spécialisée n° 1 : “Information et communication” : dix membres

1. Création d'un espace numérique partagé en collaboration avec le conseil départemental.
2. Développement des moyens de communication interne et externe du CDCA.
3. Travail sur la représentation et la collaboration du CDCA avec les instances locales : centres locaux d'information et de coordination gérontologiques – CLIC, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie – MAIA, parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie – PAERPA, ARS...
4. Mise en place d'un glossaire des sigles à usage des membres du CDCA.

Commission spécialisée n° 2 : “Maintien à domicile” : dix membres

1. Sortie d'hospitalisation et retour à domicile des personnes âgées isolées en perte d'autonomie.
2. Documentation sur les offres d'aides existantes pour les personnes âgées en perte d'autonomie.
3. Prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

Commission spécialisée n° 3 : “Vie en établissement et résidences seniors” : onze membres :
Étude des problématiques existantes en EHPAD et résidence pour seniors. »

Hautes-Pyrénées (65)

« Commission “Animation” :

Cette commission a pour objectif de promouvoir le CDCA auprès de partenaires (associations, institutions...), de représenter le CDCA dans des manifestations départementales (semaine des aidants, salon des seniors...) et de communiquer sur les actions menées (articles sur le site internet du département...).

Commission “Étude des dossiers” :

Cette commission se réunit pour étudier les dossiers sur lesquels le CDCA doit donner un avis (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, rapports d'activités divers...), la fréquence est fonction des dossiers. »

2. Thématiques abordées lors des travaux des CDCA en 2017-2018

Dans le cadre de la préparation de la première synthèse nationale des rapports des CDCA, 24 thématiques de travail ont été identifiées à partir des missions prévues par la loi.

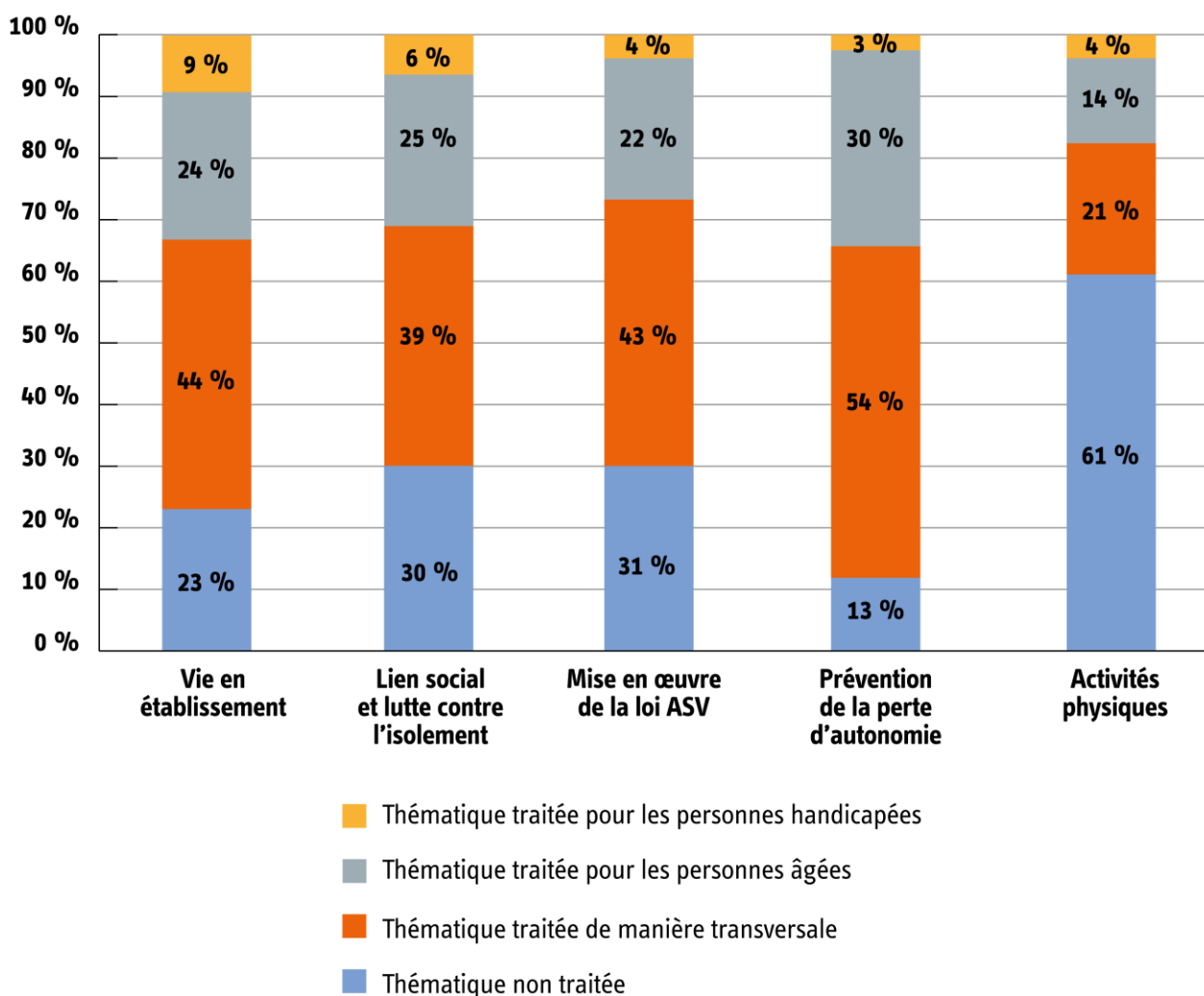
Les instances ont pu se positionner sur la période 2017-2018 sur la liste suivante : accès aux droits, parcours, offre, aides et accompagnement médico-social, habitat inclusif, aménagement du logement, accès au logement, vie à domicile, vie en établissement, inclusion en milieu ordinaire, lien social et lutte contre l'isolement, soutien aux proches aidants, prévention des situations de vulnérabilité, qualité et éthique, information et communication, accessibilité, culture, maison départementale de l'autonomie, personnes handicapées vieillissantes, réponse accompagnée pour tous, mise en œuvre de la loi ASV, prévention de la perte d'autonomie, plateformes de services, violence et maltraitance des personnes, activités physiques.

Parmi les 90 CDCA ayant transmis des informations à ce sujet, 8 ont traité l'ensemble des 24 thématiques présentées, et 5 ont indiqué qu'ils n'en avaient traité aucune. En moyenne, chaque CDCA a travaillé sur treize thématiques.

Les trois thématiques abordées par le plus grand nombre de CDCA sont la prévention de la perte d'autonomie (87 %), l'accès aux droits (79 %) et la vie en établissement (75 %), ce qui correspond aussi aux premiers domaines de compétences mentionnés par la loi.

Le mode de travail privilégié pour la grande majorité des sujets est transversal aux deux formations, même si l'on observe un taux de traitement supérieur pour les personnes âgées. Ainsi, la prévention de la perte d'autonomie, le sujet du lien social et de la lutte contre l'isolement, la vie en établissement, de même que la mise en œuvre de la loi ASV et la question des activités physiques intéressent plus souvent les formations et les commissions spécialisées pour les personnes âgées (graphique 6). En outre, deux questions sont abordées le plus souvent de façon isolée par les CDCA, qui traitent de sujets en lien avec le handicap : la problématique d'inclusion en milieu ordinaire et le dispositif « Réponse accompagnée pour tous ».

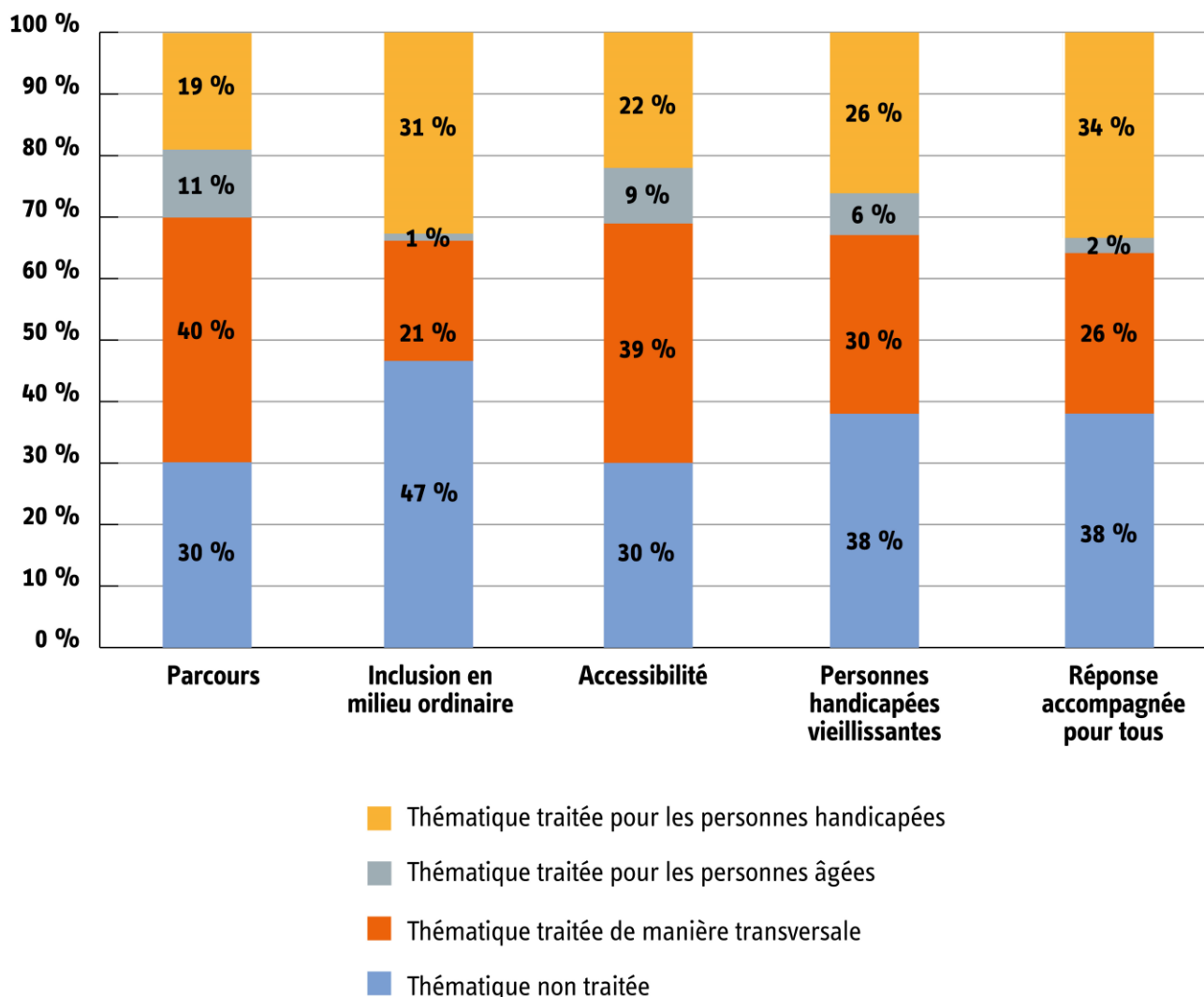
Graphique 6 : Thématiques intéressant les personnes âgées



Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

Concernant les sujets qui intéressent en premier lieu le secteur du handicap, en plus des deux thématiques déjà mentionnées, la question de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes, l'accessibilité et le sujet des parcours peuvent être cités (graphique 7).

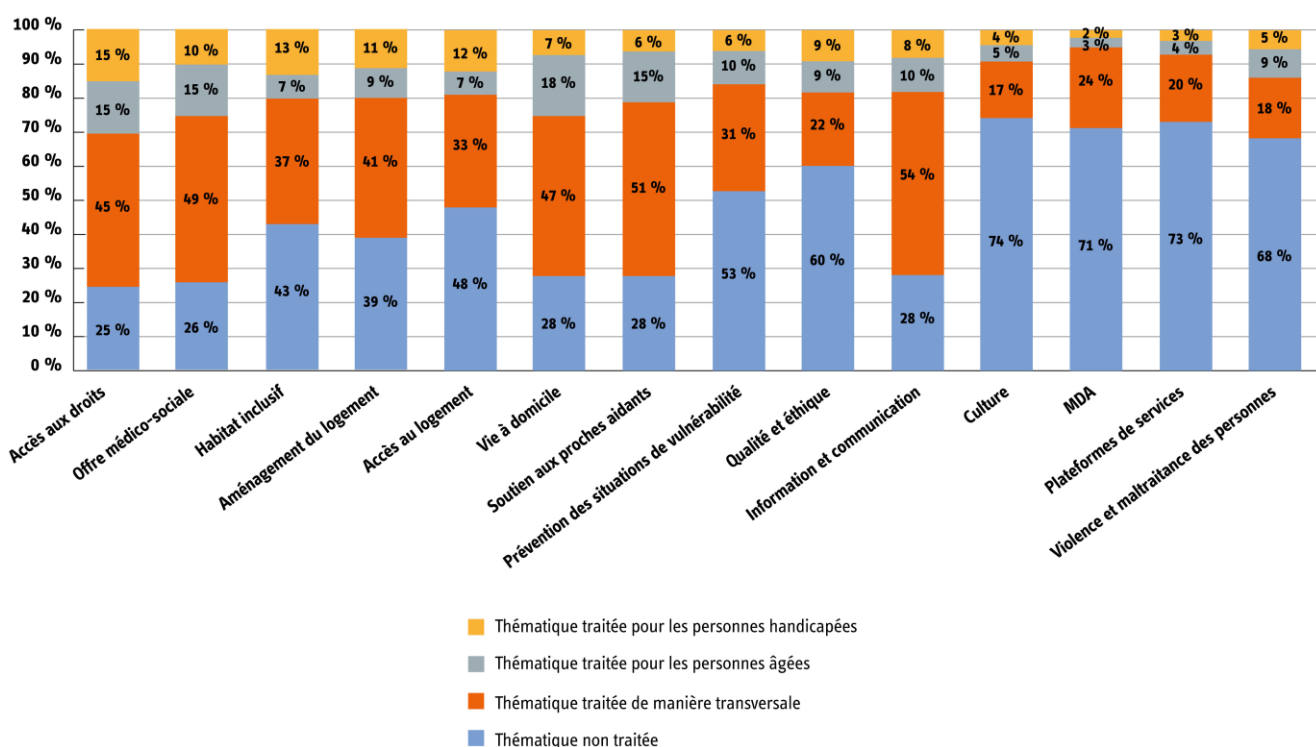
Graphique 7 : Thématiques intéressant les personnes en situation de handicap



Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

Pour ce qui est des thématiques essentiellement transversales, trois catégories peuvent être identifiées. Tout d'abord, il s'agit de thématiques récurrentes au sein des CDCA, avec un taux de traitement autour de 70 % en 2017-2018, comme l'accès aux droits, l'offre médico-sociale, le soutien aux proches aidants, l'information et la communication, la vie à domicile (graphique 8). Ce sont ensuite des sujets en lien avec l'habitat (aménagement du logement, habitat inclusif, accès au logement) et la prévention des situations de vulnérabilités, qui ont été traités par à peu près la moitié des instances. Enfin, dans la troisième catégorie, on trouve des thématiques traitées par un tiers des CDCA, comme qualité et éthique, violence et maltraitance faites aux personnes, l'activité des MDA, plateformes de services ou encore la culture.

Graphique 8 : Thématiques transversales



Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018

Parmi d'autres thématiques sur lesquelles les CDCA ont travaillé pendant leurs deux premières années de fonctionnement apparaît la participation à l'élaboration et au suivi des schémas départementaux de l'autonomie. Une dizaine d'instances a ainsi choisi d'évoquer ce travail qui rappelle le rôle important du CDCA en tant qu'instance de démocratie participative pour la mise en œuvre et le suivi des politiques de l'autonomie au niveau des territoires. Par ailleurs, certains CDCA indiquent avoir travaillé sur le suivi des plans départementaux spécifiques aux personnes âgées ou en situation de handicap. Un bon nombre de CDCA soulignent également le travail réalisé sur le PRS, notamment pour pouvoir rendre un avis dans le cadre de leurs compétences obligatoires. De manière générale, la santé et les problèmes d'accès aux soins apparaissent parmi les axes de travail récurrents au sein des CDCA.

Concernant d'autres questions communes aux personnes âgées et aux personnes en situation de handicap, certains CDCA ont fait le choix de se concentrer sur des aspects particuliers des thématiques évoquées plus haut (vie à domicile, vie en établissement, accessibilité), comme la participation des usagers et le rôle des conseils de la vie sociale (CVS), l'accès au numérique, ou encore les solutions intermédiaires en matière d'accueil et de logement et l'habitat alternatif. La mobilité et les transports ont également été évoqués par plusieurs CDCA comme étant des sujets traités en commun entre les deux formations.

Enfin, concernant les thématiques spécifiques aux personnes âgées, plusieurs CDCA ont choisi de travailler plus particulièrement sur la question de la sortie d'hospitalisation, les EHPAD, les ressources des personnes âgées et la thématique de la fin de vie. Pour les personnes en situation de handicap, ce sont la scolarisation et l'insertion professionnelle, ainsi que la situation particulière des jeunes adultes accueillis en établissement pour enfants en application de « l'amendement Creton », ou encore l'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH) et la pair-aidance qui ont fait l'objet du travail de plusieurs CDCA en 2017-2018.

➤ Retours des CDCA sur leurs principales thématiques de travail

Marne (51)

« Depuis la création du CDCA en 2017, les membres se sont investis sur deux sujets à savoir “Les directives anticipées et la personne de confiance” et “L'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes âgées atteintes de troubles cognitifs”.

Au titre des directives anticipées et de la personne de confiance, des recommandations ont été établies. En effet, la stratégie préconisée par le CDCA de la Marne porte sur une communication adaptée aux différents publics et positionnée à des moments cibles de la vie.

Concernant l'accès aux soins des personnes âgées et en situation de handicap, les recommandations du CDCA sont en cours de rédaction.

En outre, les bilans à deux ans des schémas gérontologiques et en faveur des personnes en situation de handicap ainsi que la démarche “Territoires 100 % inclusifs” ont fait l'objet d'une présentation aux membres du CDCA. »

Meurthe-et-Moselle (54)

« Le travail du CDCA s'est organisé selon deux modalités différentes :

En premier lieu, les commissions, que l'on a souhaitées communes, ont abordé les thématiques de l'habitat, droits des usagers, et du lien social. Un accent tout particulier a été porté sur l'habitat inclusif qui a fait l'objet d'une sous-commission *ad hoc*. Le CDCA s'est également préoccupé du grave déficit d'hébergement des retraités et personnes âgées, et singulièrement dans les résidences autonomie.

En second lieu, le CDCA s'est emparé de plusieurs thématiques qui lui sont apparues comme capitales, pour promouvoir la politique d'une société inclusive qu'il appelle de ses vœux, toutes formations confondues.

À cet effet, il a émis des contributions et des motions sur les regrettables restrictions contenues dans le projet de loi ELAN sur le quota de logements accessibles. De même, il a émis une contribution et une motion destinées à alerter les instances concernées, sur la nécessaire construction de nouvelles réponses, favorisant et instaurant une vraie reconnaissance de la citoyenneté des personnes vulnérables. [...]

Le CDCA a également produit des supports d'information dans un but de sensibilisation sur les politiques en direction des personnes âgées et en situation de handicap, il s'agit de :

- Le CDCA c'est quoi ?
 - Retraités-personnes âgées – alimentation – ensemble, soyons acteurs de notre santé !
 - L'habitat que nous voulons ;
 - Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement – Changeons nos comportements ;
 - Un aidant familial c'est quoi ? »
-

3. Un lien équilibré avec les autres acteurs du secteur de l'autonomie, du vieillissement et du handicap

En tant qu'instance consultative, le CDCA est conduit à travailler avec d'autres structures concernées par les politiques de l'autonomie, du handicap et du vieillissement. Plusieurs modalités sont possibles : adoption d'avis sur des documents provenant de différentes instances, sollicitations ponctuelles pour participer à des travaux thématiques, partenariats inscrits dans la durée, ou encore désignation de représentants du CDCA pour siéger dans d'autres instances départementales et régionales conformément aux dispositions législatives et réglementaires.

Dans ce chapitre, il sera question en premier lieu, des sollicitations ponctuelles et des partenariats établis par les CDCA en 2017-2018, tandis que la question de la désignation des représentants sera traitée plus en détail par la suite.

3.1. Émergence de partenariats des CDCA avec d'autres instances

Dans leurs rapports, les CDCA décrivent des interactions avec 48 autres instances, institutions et associations différentes. Parmi ces structures partenaires, de façon générale, huit peuvent être rattachées au secteur du handicap (par exemple, pôle de compétences et de prestations externalisées – PCPE, MDPH...), vingt au secteur du vieillissement (par exemple, CFPPA, table tactique MAIA, filière gériatrique...), alors que vingt autres structures traitent des questions transversales (par exemple, conseil territorial de santé – CTS, conférence régionale de la santé et de l'autonomie – CRSA...). Cette répartition montre une diversité plus importante des structures pour les personnes âgées que de celles liées au handicap, mais également une forte proportion d'instances partenaires transversales.

Concernant les types d'instances citées dans le secteur du handicap, il s'agit surtout des instances de la MDPH, comme la commission exécutive (COMEX) et la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), et des instances de suivi des dispositifs et des politiques départementales du handicap. Dans le secteur du vieillissement, les CDCA indiquent avoir travaillé avec la conférence des financeurs, des instances de coordination gériatriques (PAERPA, MAIA) et des instances de suivi des politiques départementales, ainsi que des associations. Parmi les structures transversales, les CDCA ont travaillé en 2017-2018 avec des instances coordonnées par l'ARS, notamment pour le suivi du PRS, et des structures de l'action sociale (accueil familial, Action logement) ou de la protection juridique des majeurs.

Dans la grande majorité des structures citées, quel que soit le secteur concerné, la désignation de représentants du CDCA est obligatoire. En dehors de celles-ci, les structures avec lesquelles les CDCA ont le plus interagi pendant ces deux premières années de fonctionnement sont les CFPPA et les MAIA, citées dans plus de la moitié des rapports. Un quart des CDCA indique avoir travaillé avec les MDPH et les CTS. Une plus forte mobilisation du secteur des personnes âgées peut ainsi être observée.

26 CDCA sur 91 ayant transmis leur rapport biennal déclarent ne pas avoir engagé d'interaction avec d'autres instances. Un CDCA explique cette absence de partenariats formalisés par le fait que les membres siègent déjà dans d'autres instances au titre de leur structure d'origine ou dans le cadre d'autres engagements. Six CDCA indiquent avoir prévu de le faire dans les années à venir.

Une partie des CDCA rapporte que les modalités d'interaction avec les instances et structures partenaires n'ont pas été formalisées durant les deux premières années de fonctionnement. Pour ceux qui ont apporté des précisions sur les modalités de travail en commun, plusieurs possibilités sont identifiées, en lien avec les compétences prévues par les textes :

- > information du CDCA sur le fonctionnement des structures partenaires ;
- > adoption par le CDCA d'avis consultatifs sur l'activité des structures partenaires ;
- > présence de représentants du CDCA dans les structures partenaires ;
- > participation des membres du CDCA à des groupes de travail au sein des structures partenaires.

Il en ressort toutefois que, la plupart du temps, il ne s'agit pas tant d'interactions formalisées entre instances que de participations individuelles de certains membres favorisant la circulation d'informations et l'articulation des travaux.

Retours des CDCA sur les liens avec d'autres instances

Saône-et-Loire (24)

« L'articulation du CDCA avec d'autres instances n'est pas effective à ce jour. Le CDCA contribue toutefois aux travaux d'autres instances à travers les avis (programme coordonné de financement de la CFPPA, rapport d'activité de la MDPH, plan régional de santé...) qu'il rend et diverses représentations (CDAPH, conseil territorial de santé...). »

Lot-et-Garonne (47)

« Les membres du CDCA sont par ailleurs invités à des forums de présentation des actions financées par la CFPPA. C'est l'occasion pour eux de rencontrer les opérateurs des actions et d'en avoir une approche plus concrète, au-delà des données qui leur sont communiquées lors de l'examen du rapport d'activité annuel de la CFPPA. »

Seine-Maritime (76)

« En dehors du cadre légal, des représentants du CDCA sont présents dans les différentes instances à l'échelle départementale (comité de pilotage départemental des CLIC, collège du parcours de vie et de santé des personnes âgées, comité de sélection des appels à projets de la conférence des financeurs) ainsi qu'à l'échelle locale (comité consultatif des CLIC, tables territoriales MAIA, cafés citoyenneté et autonomie, conseils territoriaux de santé). Ainsi, en participant à ces instances, ils peuvent contribuer aux réflexions et, également, faire un retour ou proposer que certains sujets soient traités dans le cadre des commissions ou groupes de travail du CDCA. »

3.2. Une mobilisation des partenaires extérieurs plus importante pour les questions concernant les personnes âgées

Dans le cadre de son activité, le CDCA peut solliciter toute personne ou organisation externe qu'il juge utile afin de lui apporter des informations en lien avec ses thématiques de travail.

Pour la période 2017-2018, près de 62 % des CDCA déclarent avoir associé au moins un partenaire externe à leurs travaux. Cependant, on constate pour les 33 autres CDCA qui n'évoquent aucune participation extérieure à leurs travaux que cela ne témoigne pas de l'absence de tout lien avec des partenaires. En effet, ces CDCA peuvent eux-mêmes être impliqués dans le fonctionnement d'autres instances, notamment de par leur rôle consultatif auprès des CFPPA et des MDPH.

Les rapports des CDCA font état d'un nombre assez important de partenaires différents. Les 57 CDCA ayant apporté des précisions sur cette question déclarent 224 partenaires au total qui représentent une forte diversité d'acteurs. Si une écrasante majorité des interlocuteurs des CDCA appartient au secteur public et associatif, trois entreprises privées sont également citées parmi les partenaires ainsi qu'un syndicat représentant des intérêts privés (CAPEB).

Les différents partenaires cités peuvent être regroupés en une dizaine de catégories :

- > usagers ;
- > organismes paritaires ;
- > secteur privé non lucratif (associations, fondations, têtes de réseaux associatifs) ;
- > établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ;
- > dispositifs de coordination sur les territoires ;
- > ordres professionnels (médecins, avocats) ;
- > entreprises privées (conseil, services) ;
- > agences, services de l'État et élus au niveau national et régional (parlementaires, ARS, CAP Emploi, DGCS, DIRECCTE, Éducation nationale, préfecture, Sécurité sociale) ;
- > conseils départementaux, services du département et structures placées sous sa tutelle ;
- > communes, centres communaux d'action sociale (CCAS), établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), agglomérations ;
- > universités et laboratoires de recherche.

Lorsque les CDCA indiquent dans leur rapport les sujets spécifiques sur lesquels ils ont sollicité les partenaires cités, la répartition des thématiques de travail montre une mobilisation un peu plus importante des partenaires sur les questions de vieillissement (un tiers) que sur celles liées au handicap (autour de 20 %). Un quart des thématiques sur lesquelles les CDCA ont travaillé avec des partenaires externes en 2017-2018 étaient transversales tandis que, pour 55 partenaires, les CDCA ne précisent pas de sujet spécifique. Ainsi, ces données confirment une tendance générale observée pour les deux premières années de fonctionnement des CDCA à construire un travail plutôt transversal avec une légère dominante « vieillissement ».

Le département apparaît comme le partenaire le plus cité qu'il s'agisse de ses directions et services (15 %) ou de la MDPH dont il assure la tutelle. Parmi les services du département, les CDCA travaillent le plus souvent avec la direction de l'autonomie, mais aussi avec la direction des territoires, la direction des services numériques, la direction de la communication et la direction des établissements médico-sociaux. La MDPH est quant à elle sollicitée à la fois pour son rapport d'activité, comme prévu par la loi, et sur des sujets plus spécifiques comme la démarche « Réponse accompagnée pour tous » et la pair-aidance.

L'ARS est le deuxième partenaire le plus cité dans les rapports des CDCA (13 %) avec des sollicitations orientées vers des questions plutôt transversales, l'examen du PRS étant fréquemment cité alors que d'autres questions le sont plus ponctuellement telles que l'équilibre alimentaire, la santé mentale, le système d'information (SI) de suivi des décisions d'orientation, les PCPE, la pair-aidance, ou encore la permanence des soins.

Le secteur associatif se place au troisième rang des partenaires les plus mobilisés (11 %) avec une répartition assez équitable entre questions relatives aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap et transversales. Les travaux pour lesquels les CDCA ont souhaité bénéficier de l'expertise des associations ont notamment porté sur la recherche d'alternatives à l'accueil en établissement et à l'adaptation du domicile. Les associations citées regroupent à la fois des acteurs nationaux (par exemple APF France handicap, France Alzheimer), mais aussi des associations régionales ou locales (par exemple Handi'Toit Provence, Alertes). Des œuvres caritatives ont aussi été citées.

De nombreux CDCA ont également fait appel à des établissements et services (9 % des partenaires cités) avec autant de sollicitations en lien avec le handicap que transversales et deux fois plus de sollicitations pour des questions relatives aux personnes âgées. Ainsi, six CDCA ont indiqué avoir travaillé spécifiquement avec les EHPAD. Les différentes modalités de travail associant des établissements et des services comprennent des présentations de leur mode de fonctionnement aux membres de commissions du CDCA, des visites de site, des interactions avec le personnel et les résidents ou un travail thématique, par exemple sur la bientraitance dans les établissements.

Parmi les collaborations originales, l'implication de groupes d'étudiants pour travailler sur les caractéristiques des populations bénéficiaires des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie en lien avec la formation personnes âgées et la CFPPA du Finistère (29) peut être citée.

Retours des CDCA sur la mobilisation de partenaires externes

Finistère (29)

« Lors des séances plénières, ou en lien avec les ateliers, un certain nombre d'intervenants extérieurs ont été associés aux travaux. À titre d'exemples :

- intervention du président de la CRSA en 2018 dans le cadre de la préparation de l'avis et de l'argumentaire sur le PRS Bretagne (et textes associés) ;
- appel à des étudiants de l'université de Bretagne occidentale ;
- présentation par les trois offices de retraités du Finistère des actions organisées sur différents territoires ;
- en plus des informations présentées par la direction de la population âgée et des personnes en situation de handicap, appel à différents services du département pour mieux comprendre les politiques départementales. »

Lot-et-Garonne (47)

« Le groupe de travail sur la démographie médicale a associé à ses travaux trois experts issus, l'un des services du département (chargé de mission démographie médicale), le second de l'Ordre des médecins, le troisième de la caisse primaire d'assurance maladie – CPAM. »

Yvelines (78)

« Dans le cadre de sa commission dédiée, le CDCA a consulté les acteurs des solutions d'habitat inclusif, afin de bénéficier de leur éclairage concernant les projets qu'ils développent, les obstacles qu'ils doivent surmonter, mais aussi les avancées, notamment sur le plan de la réglementation, qui facilitent les montages. »

Loire-Atlantique (44) : Faire appel aux représentants du CDCA pour moderniser et simplifier les courriers du département

L'initiative

Le CDMCA (conseil départemental métropolitain de la citoyenneté et de l'autonomie) est notamment un héritier du CODERPA et entretient des liens forts et historiques avec le département.

En Loire-Atlantique, le CDMCA est bien identifié comme une instance consultative. À titre d'illustration, les membres du collège des usagers ont été associés au travail de simplification de courriers administratifs porté par l'un des services de la direction autonomie. Les coordinateurs du CDCA ont sollicité des volontaires qui ont participé à un groupe de travail sur quinze courriers.

Le résultat

Cela a été très apprécié des deux côtés.

« Les courriers étaient jugés “trop abscons” et “rédigés dans un langage trop administratif”. Les représentants des usagers ont signalé lorsqu'ils ne comprenaient pas. Ils ont travaillé comme un groupe d'usagers pour améliorer les documents. »

Les courriers sont plus simples et les démarches mieux adaptées au public cible. Mais la démarche va plus loin :

« [Les représentants des usagers] ont aussi participé à un groupe sur les résidences autonomie, aux états généraux des EHPAD... Comme les membres du CDMCA ont d'autres représentations extérieures (conférence régionale de la santé, commission des usagers de l'ARS), leur connaissance du service public et des politiques publiques est assez étendue. Il nous arrive de plus en plus fréquemment d'avoir des demandes de nos services pour savoir si le CDMCA pourrait être interrogé dans un esprit de co-construction des politiques publiques. »

Et maintenant ?

Le travail du CDMCA est maintenant particulièrement orienté vers le renforcement de la transversalité.

« Le souhait des présidentes et des vice-présidentes des deux formations spécialisées est de favoriser l'émergence d'une vision plus transversale des politiques de l'autonomie et de la citoyenneté ».

3 Les travaux des CDCA en 2017-2018

1. Conclusions des principaux avis rendus par les CDCA

1.1. Des retours mitigés de la plupart des CDCA sur le projet régional de santé

Le projet régional de santé (PRS) occupe la première place parmi les documents sur lesquels les CDCA ont rendu un avis en 2017-2018. Ainsi, 89 % des instances ayant transmis leur rapport biennal ont rendu un avis concernant ce document. En revanche, moins de la moitié des CDCA déclarent avoir été invités à se prononcer sur le schéma régional de santé qui constitue une partie intégrante du PRS. En effet, certains CDCA précisent qu'ils n'ont pas rendu un avis formalisé sur le schéma en tant que tel, mais que des remarques ont été intégrées dans l'avis sur le PRS.

Modalités de consultation

Pour la grande majorité des CDCA, l'avis relatif au projet ou au schéma régional de santé a été rendu par la formation plénière, tandis que sept instances ont choisi de déléguer cette tâche au bureau, notamment en raison des délais contraints. 36 CDCA ont organisé des réunions préparatoires, dont le nombre varie entre un et dix selon les territoires. En moyenne, l'élaboration de l'avis sur le PRS a nécessité plus de deux réunions. Huit CDCA ont mis en place des groupes de travail dédiés pour étudier les documents de façon plus approfondie, et six instances ont procédé à des consultations à distance par courriel afin de recueillir les avis des membres. Enfin, pour rendre leur avis, la plupart des CDCA indiquent avoir voté à main levée (56 sur 81 avis rendus sur le PRS), un CDCA a tenu un vote à bulletin secret, et trois avis ont été validés par consensus, sans vote.

Principales conclusions

Les projets et les schémas régionaux de santé qui ont fait l'objet de consultation ont soulevé un certain nombre de questions et de réserves de la part des CDCA. Au total, parmi les 66 instances qui ont apporté des précisions sur le contenu de l'avis relatif au PRS, une minorité (11 CDCA) a prononcé un avis majoritairement favorable et une part similaire (12 CDCA) a prononcé un avis défavorable, alors que 43 instances ont émis un avis nuancé. Parmi celles-ci, 14 ont adopté un avis partiellement favorable, accompagné de points de vigilance, et 29 CDCA ont mis en avant dans leur rapport un certain nombre de réserves formulées, sans préciser si l'avis était favorable ou défavorable.

Points positifs

Parmi les points positifs, les CDCA ont pu mettre en avant le travail important qui a conduit à l'élaboration des PRS, l'intérêt des constats formulés, ainsi que la pertinence et l'ambition des orientations envisagées. Ils saluent en particulier les objectifs annoncés autour de la prévention de la perte d'autonomie liée à l'âge, de l'accès équitable aux soins de qualité pour tous et de l'organisation des parcours de santé sans rupture au bénéfice des populations les plus fragiles.

Retour du CDCA sur un travail de qualité réalisé pour l'élaboration du projet régional de santé

Meuse (55)

« Le travail réalisé par l'ARS est de grande qualité, car il couvre un champ important de sujets tant en termes de réflexion (constats et enjeux) que de propositions détaillées (objectifs opérationnels) dans le schéma régional de santé qui comprend près de 200 objectifs et qui permettent d'imaginer une réponse à nos inquiétudes collectives. Ce PRS est indéniablement riche, ambitieux et très technique. »

Réserves et recommandations

La grande majorité des instances pointent du doigt un manque de priorisation et de précision dans les PRS, en particulier concernant les conditions de leur mise en œuvre. Ainsi, des CDCA demandent plus de clarté concernant les priorités opérationnelles, ainsi qu'un plan d'action plus précis incluant notamment la répartition des responsabilités et des tâches entre acteurs impliqués (y compris les usagers), les modalités de coordination des intervenants médicaux, médico-sociaux et sociaux, le détail des opérations envisagées de maintien, création et restructuration des services, et les plans de formation des professionnels.

D'autre part, les CDCA ont pu exprimer des attentes suivantes :

- > un chiffrage et un plan de financement ;
- > un calendrier d'exécution avec les résultats attendus à cinq et à dix ans ;
- > des critères d'évaluation précis et mesurables, pour un suivi régulier en lien avec le CDCA ;
- > un bilan du précédent schéma pour justifier des nouvelles orientations, du calendrier et des moyens mis en œuvre.

En l'état, plusieurs CDCA regrettent le décalage entre les ambitions de transformation profonde des secteurs médicaux et médico-sociaux et le peu de précisions sur les moyens alloués, questionnant ainsi la faisabilité du projet.

Parmi d'autres réserves émises par les CDCA ressort également la nécessité de prendre davantage en compte :

- > les besoins propres à chaque département, notamment leur évolution et les disparités territoriales de l'offre médicale et paramédicale ;
- > la situation des acteurs de santé, jugée préoccupante par ces CDCA ;
- > les problématiques relatives aux aidants familiaux.

Enfin, quelques CDCA émettent aussi des critiques quant à la méthode de consultation pour avis : absence de concertation en amont lors de l'élaboration du PRS par l'ARS, délais trop courts pour l'appropriation des documents longs et complexes et pour que des échanges puissent avoir lieu au sein du CDCA préalablement au vote.

Retours des CDCA sur leurs réserves par rapport au projet régional de santé

Aisne (02)

« Le CDCA regrette le calendrier rapide qui ne donne pas assez le temps aux échanges et à la formulation de propositions, dans le laps de temps identifié pour la phase de concertation. »

Lot-et-Garonne (47)

« De manière générale, jugés très consensuels, les orientations et objectifs du PRS sont approuvés avec la crainte qu'à défaut de précisions chiffrées, notamment sur le plan financier, les déclarations d'intention demeurent lettre morte. Aussi, le CDCA considère-t-il son avis comme étant évolutif en fonction de l'effectivité de la mise en œuvre concrète du PRS, à laquelle il demeurera vigilant sur la durée. »

1.2. La plupart des CDCA ont approuvé ou pris acte des documents provenant des MDPH/MDA et des CFPPA

Après le projet régional de santé, les sujets ayant fait le plus fréquemment l'objet d'avis du CDCA concernent l'activité des instances pilotées par le département, à savoir le rapport d'activité de la MDPH (56 avis) et celui de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (58 avis), ainsi que le programme coordonné élaboré par cette dernière (51 avis). Dans une moindre mesure, les CDCA ont également été invités à se prononcer sur le rapport des services du département chargés des personnes âgées : un avis sur ce sujet a été rendu par 22 instances.

Rapports d'activité des MDPH, des CFPPA et des services du département chargés des personnes âgées

Pour les trois rapports d'activité (MDPH, CFPPA, services départementaux), les avis ont été très majoritairement adoptés en formation plénière. Dans deux départements, seule la formation spécialisée pour les questions relatives aux personnes âgées s'est prononcée sur le rapport d'activité de la CFPPA. Quatre CDCA ont fait le choix de déléguer le pouvoir au bureau plénier ou au bureau de la formation concernée par le rapport. Comme pour l'avis sur le PRS, la procédure privilégiée était un vote à main levée.

Rapports des services du département chargés des personnes âgées

Pour une minorité des CDCA qui ont été consultés pour avis sur ces rapports, les avis rendus sont majoritairement favorables (71 %) ou il s'agit d'une présentation pour information dont l'instance a pris acte sans émettre un avis formalisé. Les CDCA des Alpes-de-Haute-Provence et des Landes en particulier ont salué la disponibilité et l'engagement des équipes départementales.

Rapports des MDPH

Pour les rapports d'activité des MDPH, 40 CDCA sur 56 ayant rendu un avis ont apporté des précisions. Ainsi, la plupart des avis rendus sont favorables ou majoritairement favorables (31, soit 77 %), certains avis étant toutefois assortis de réserves ou de recommandations. Six instances ont pris acte de la présentation du rapport sans faire remonter d'observations, et trois CDCA ont émis des observations sans préciser explicitement si l'avis était favorable.

Les principales remarques et réserves exprimées par les CDCA concernent la nécessité d'explicitier les actions mises en place pour répondre aux besoins du territoire en se basant sur leur évaluation quantitative et qualitative précise, afin de montrer notamment dans quelle mesure le service rendu aux usagers s'améliore en termes de délai de traitement des demandes, d'accueil du public, de simplification des démarches et de mise en œuvre de la « Réponse accompagnée pour tous ». Quelques CDCA ont aussi exprimé dans leur avis des demandes d'explications des décisions de la CDAPH, instance qu'ils estiment devoir être valorisée auprès des usagers et des familles.

📌 Retour du CDCA sur le rapport d'activité de la MDPH

Loire-Atlantique (44)

« Le CDMCA maintient que la MDPH doit être au centre de la mise en œuvre du parcours de vie des personnes en situation de handicap, souligne l'importance de l'évaluation des besoins réels des personnes et l'absence de réponses aux besoins pour de trop nombreuses situations.

Le CDMCA émet un avis favorable sur le rapport d'activité MDPH 2017. Si la MDPH doit poursuivre le travail de suivi des orientations et d'observation, le travail autour de la RAPT et avoir une organisation qui permette une simplification des démarches pour les usagers, le CDMCA alerte une nouvelle fois avec cet avis les pouvoirs publics quant au nombre important en 2017 d'enfants et adultes ayant une absence de réponse adaptée à leurs besoins. »

Rapports des CFPPA

Parmi les 58 CDCA qui ont indiqué avoir rendu un avis sur le rapport d'activité de la conférence des financeurs, 39 ont également détaillé ses principales conclusions. Près des trois quarts de ces avis (29) sont favorables ou favorables avec réserves, alors que trois instances ont formulé des recommandations sans préciser si l'avis était favorable. En outre, six CDCA indiquent avoir simplement pris acte de la présentation du rapport, et un CDCA a refusé de se prononcer en estimant ne pas disposer d'informations suffisantes.

Dans leurs avis, les CDCA ont demandé à avoir davantage d'informations concernant :

- > les publics bénéficiaires et les publics cibles qui n'ont pu être touchés par les actions ;
- > les projets financés, leur caractère innovant et la manière dont ils s'inscrivent dans les axes jugés prioritaires ;
- > les critères d'attribution des fonds et la complémentarité avec les autres sources de financement ;
- > la recherche d'équilibre et de rationalisation entre les territoires ;
- > les leviers activés pour favoriser la réalisation des actions dans le respect des délais impartis ;
- > les outils d'évaluation des projets soutenus et les résultats obtenus au regard des objectifs fixés par la conférence.

Il est également proposé de faire un état des lieux de la coordination des actions menées entre la CFPPA et les autres acteurs impliqués à l'échelle départementale dans le champ sanitaire, social et médico-social.

Retour du CDCA sur le rapport d'activité de la CFPPA

Creuse (23)

« Pour le rapport d'activité 2017 de la CFPPA, l'avis est favorable assorti de deux réserves :

- la nécessité de valoriser des projets inscrits aux plans d'actions de la CFPPA, afin de mieux faire connaître l'offre existante sur le territoire ;
- la pertinence de mettre en parallèle les informations du rapport d'activité de la CFPPA avec les autres orientations et programmes fixés à l'échelle départementale, concernant tant le champ sanitaire que social et médico-social. »

Par ailleurs, quelques CDCA ont relevé des enjeux communs aux deux instances départementales dans l'approche des consultations, en demandant de présenter des données plus accessibles, ni « trop denses » ni « trop techniques », et d'explicitier les chiffres présentés dans les rapports. À la marge, des CDCA ont également exprimé le souhait de s'impliquer davantage dans le suivi de l'activité des MDPH et des CFPPA, au-delà de la relecture du rapport de l'année passée.

Programme coordonné de financement de la prévention de la perte d'autonomie

Concernant les consultations sur les programmes coordonnés de financement de la prévention définis par les CFPPA, une vingtaine de CDCA ont émis un avis favorable sur les axes et actions prévues, cinq instances ont rendu un avis favorable avec réserves, et trois CDCA ont fait part de réserves sans se prononcer sur la conclusion de l'avis. Enfin, une vingtaine de CDCA ont pris acte de la présentation du programme sans faire remonter d'observations.

Modalités de consultation

L'avis sur le programme coordonné de financement de la prévention a été rendu, pour une grande majorité des CDCA concernés, en formation plénière, et ce malgré la spécificité du sujet qui concerne en premier lieu les personnes âgées. Seules 8 instances, sur les 52 s'étant prononcées, ont fait le choix de traiter cette question en formation spécialisée pour les questions relatives aux personnes âgées. Des réunions de travail en amont ont été organisées par une quinzaine d'instances, la préparation de l'avis sur le programme coordonné de la CFPPA nécessitant en moyenne plus de deux réunions.

Réserves et recommandations

Parmi les observations et réserves émises ressort en premier lieu la nécessité de mieux évaluer les besoins et de mieux repérer les publics fragiles ou en perte d'autonomie avant l'élaboration du programme. Ainsi, les thématiques jugées prioritaires par ces CDCA et appelant à plus d'attention concernent :

- > la mobilité des personnes âgées, l'accessibilité des actions de prévention (« aller vers »), l'inclusion numérique des seniors et les actions intergénérationnelles ;
- > l'habitat inclusif, le suivi médical et la prévention au moment des risques de rupture, comme le passage à la retraite ;
- > les actions en faveur des proches aidants ;
- > le repérage des personnes fragiles « invisibles » et la communication autour des actions.

Les CDCA ont aussi exprimé le souhait d'une meilleure articulation des priorités adoptées par les CFPPA avec les schémas départementaux et le PRS. En outre, ils ont évoqué des disparités territoriales dans les programmes en termes de répartition des fonds, l'importance du suivi de la mise en place effective des actions et de l'évaluation d'impact, ainsi que leur souhait de voir les membres du CDCA s'impliquer davantage dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes.

📌 Retour du CDCA sur le programme coordonné de la CFPPA

Vaucluse (84)

« Besoins et repérage du public :

- besoins d'une meilleure évaluation quantitative et qualitative des besoins de la population, notamment celle vieillissante en situation de handicap et celle ayant besoin d'actions de prévention de la perte d'autonomie ;
 - l'accessibilité des actions doit être valorisée de même que la mobilisation des publics notamment les publics en situation de handicaps ou fragilisés. Notion de "aller vers" ;
 - ne pas attendre l'âge de 60 ans pour évaluer des situations et élaborer de nouveaux parcours ou l'accès à des aides spécifiques ou de droit commun. »
-

1.3. Des avis majoritairement favorables sur les schémas départementaux

Un peu moins de la moitié des CDCA qui ont transmis un rapport ont émis un avis sur les schémas départementaux relatifs aux personnes en situation de handicap et à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Parmi les instances qui se sont prononcées, un tiers ont rendu un avis favorable, une dizaine, un avis favorable avec des réserves, et les autres CDCA ont pris acte de la présentation du département sans adresser d'observations.

Modalités de consultation

La plupart des CDCA ont choisi de voter à main levée en formation plénière après, pour certains, avoir mis en place des consultations par courriel ou des groupes de travail. Une quinzaine de CDCA indique ainsi avoir organisé plusieurs réunions préparatoires, en moyenne trois par territoire.

Points positifs

Parmi les facteurs de succès des schémas relevés par les CDCA, ressortent :

- la co-construction : plusieurs CDCA ont apprécié d'être associés aux travaux d'élaboration du schéma départemental de l'autonomie, via la participation de leurs représentants ;
- l'ambition et la crédibilité des principes d'actions proposés pour répondre aux besoins du territoire, impliquant la coordination des acteurs : plusieurs instances ont salué la volonté de passer d'une logique de places à une logique de parcours inclusif en renforçant la qualité d'un accompagnement centré sur le bénéficiaire, sur l'évaluation de ses besoins et son suivi, dans un parcours sans rupture. L'intérêt d'un schéma unique de l'autonomie, concernant à la fois les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, mais qui veille à prendre en compte les besoins spécifiques de chacun, a également été souligné ;
- le caractère pragmatique des schémas et une approche volontariste concernant les modalités de leur mise en œuvre formalisée à travers des fiches actions, ou encore la mise en avant des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) favorisant l'analyse des pratiques, l'identification de nouveaux besoins et une plus grande professionnalisation.

Réserves et recommandations

Par ailleurs, certains CDCA ont émis des observations et des réserves en ce qui concerne notamment l'absence de retour d'expérience et d'évaluation du précédent schéma et assurent qu'ils resteront vigilants quant à la mise en œuvre effective du schéma à venir. Dans certains départements, les CDCA indiquent que les modalités de mise en œuvre des schémas devraient être davantage détaillées et s'interrogent sur les moyens, notamment financiers, précisément alloués à chaque objectif et sur leur adéquation aux besoins. Une volonté de disposer d'un suivi du pilotage et d'une mesure d'impact précise des actions menées a pu être exprimée, ainsi que la nécessité d'une réflexion argumentée sur le coût acceptable des aides et des actions pour l'utilisateur.

Quelques CDCA ont évoqué des sujets prioritaires qu'ils avaient jugés insuffisamment traités par le schéma, en lien avec le parcours des personnes, le maintien à domicile et la prévention, ainsi que l'évolution de l'offre médico-sociale sur le territoire. Sur le parcours des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, les grands sujets identifiés par les CDCA concernent :

- > l'accès aux droits et aux soins (simplification des démarches, information, fracture numérique) ;
- > la coordination des acteurs et la transversalité entre les secteurs du handicap et du vieillissement ;
- > la formation des professionnels ;
- > la lutte contre l'exclusion.

Les instances appellent également à ce que davantage d'attention soit portée aux problématiques de la coordination et de la structuration du dispositif de soutien et de maintien à domicile :

- > l'intervention de professionnels formés et qualifiés ;
- > le développement de solutions de transport permettant un accès aux soins, aux services de proximité et un maintien de la vie sociale ;
- > l'accompagnement des personnes dans l'adaptation de leur logement, en lien notamment avec le plan départemental de l'habitat ;
- > le soutien des proches aidants, dont l'accès à des offres de répit.

Enfin, en matière d'offre médico-sociale, les attentes suivantes ont pu être exprimées :

- > des solutions pour les zones de tension et les services en difficulté ;
- > l'amélioration de la formation des intervenants ;
- > la restructuration du bâti des EHPAD ;
- > des solutions spécifiques d'hébergement pour certains types de publics tels que les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et les jeunes en situation de handicap sortant de structures médico-éducatives.

Retours des CDCA sur le schéma départemental relatif à l'autonomie

Alpes-de-Haute-Provence (04)

« Le schéma départemental de l'autonomie a été jugé réaliste, pragmatique et ambitieux. »

Bas-Rhin (67)

« Le CDCA est favorable, mais regrette le cadre réglementaire de référence trop restrictif et le budget financier trop contraint. Ces deux éléments risquent d'être fort préjudiciables à la réussite intégrale de l'application du schéma. »

2. Chantiers significatifs

En plus des questions liées à l'installation, au fonctionnement et aux résultats issus de leurs travaux, la moitié des rapports des CDCA évoquent des sujets phares qui, selon eux, ont eu un impact significatif sur leurs travaux en 2017-2018.

Une grande diversité de thématiques et d'angles abordés peut être observée. En préambule, une quinzaine de CDCA évoquent les travaux approfondis de lecture et les échanges dans le cadre de la consultation sur le projet régional de santé et de l'élaboration du schéma départemental de l'autonomie, qui ont constitué les principaux objets de travail des CDCA en 2017-2018, parmi les compétences prévues par la loi.

📌 Retour du CDCA sur la participation à l'élaboration du schéma départemental de l'autonomie

Haute-Savoie (74)

« Le travail d'élaboration et la concertation préalable à l'adoption du schéma a été le cœur de l'activité du CDCA en 2018. Ces travaux ont permis aux membres de commencer à se connaître, à acquérir une culture commune et à travailler ensemble. »

📌 Exemple d'enquête auprès d'utilisateurs réalisée par le CDCA dans le cadre de l'élaboration du schéma de l'autonomie

Haut-Rhin (68)

Les membres du CDCA ont eu un rôle de démultiplicateurs faisant appel à leur réseau/cercle de connaissances pour mener des entretiens, de type micro-trottoir. Cet exercice s'adressait spécifiquement au 1er collège des utilisateurs et aux membres du bureau.

Les objectifs étaient :

- recueillir une centaine de témoignages/d'avis d'utilisateurs ainsi que d'aidants ;
- veiller à la représentativité territoriale, ainsi qu'à couvrir les deux volets personnes âgées et personnes en situation de handicap, et pour ce dernier à avoir une représentativité de toutes les formes de handicaps.

Pour chacune des thématiques, le numérique et ses usages, l'accès à l'information, l'inclusion dans la société et la qualité, il s'agissait de dresser un constat, les problèmes identifiés et recenser des propositions « concrètes d'action ».

Les questions posées étaient les suivantes :

- sur la thématique du numérique : Êtes-vous (ou votre aidé) déjà utilisateur d'outils domotiques ? Si oui lesquels ? Si non, par quoi seriez-vous intéressés ? Êtes-vous (ou votre aidé) déjà équipé d'un ordinateur/tablette/smartphone ou non ? Quel usage en faites-vous ?
- sur la thématique de la qualité : Quels sont les facteurs essentiels de bien être pour vous, par ordre de priorité ? Qu'est-ce qui, selon vous, permet de mesurer ce bien être ? Qu'est-ce qui pourrait améliorer votre qualité de vie ou celle de votre aidé ?
- sur la thématique de l'inclusion dans la société : Quels services ou activités sont essentiels pour vous : loisirs, culture, sport/activité physique, courses... Quels freins rencontrez-vous, le cas échéant ?
- sur la thématique de l'accès à l'information : Quelles informations vous paraissent essentielles (nature et type) ? Quel(s) support(s) d'information souhaitez-vous, le cas échéant (ex. : papier, voie électronique, lieu physique...) ?

Cette démarche a été présentée lors du bureau du 12 décembre 2017. En fin d'année, la grille d'entretien et le guide d'enquête de terrain avaient été envoyés aux membres du bureau et aux titulaires du 1er collège des deux formations. Au préalable, un courriel d'information avait été diffusé pour expliquer la démarche.

Un retour sur l'enquête a été fait lors du bureau du 26 février 2018 :

- 18 enquêteurs ont répondu à l'appel. Outre les membres du CDCA, d'autres personnes ont été associées par ces derniers, comme les animatrices travaillant à l'EHPAD de l'Arc à Mulhouse, un SAVS de Mulhouse, l'institut d'éducation motrice « Les Acacias », la coordinatrice de France Alzheimer... ;
- 58 personnes ont été interviewées pour une durée totale de près de 37 heures ;
- plus de 70 % des personnes interviewées étaient des femmes ;
- le lieu de l'entretien privilégié était l'établissement, suivi du café/lieu public et du domicile ;
- l'âge des personnes interrogées allait de 16 à 95 ans pour une moyenne d'environ 68 ans, dont une majorité de personnes âgées.

Les principaux éléments ressortis de l'enquête :

- numérique : même si la plupart des personnes interrogées sont équipées d'outils numériques, on constate une réelle méfiance à l'égard d'internet ;
- qualité : les principaux facteurs de bien-être sont la famille, être chez soi, avoir accès à la culture et aux loisirs, pouvoir se déplacer/être mobile ;
- inclusion dans la société : l'essentiel est de pouvoir faire ses courses, avoir des commerces à proximité, trois problématiques majeures sont soulevées : la question du transport, le relais auprès de l'aidé et l'accessibilité des lieux ;
- accès à l'information : ce qui est essentiel c'est la vie quotidienne. Les vecteurs souhaités sont le papier très majoritaire. Il y a une réelle méfiance au niveau de l'accès à l'information par le biais d'internet.

Les résultats de l'enquête ont été pris en compte dans la formulation des axes retenus du schéma de l'autonomie.

Une dizaine de CDCA précisent que la période 2017-2018 a surtout été consacrée à la mise en place de l'instance : rédaction du règlement intérieur, mise en place de la communication interne et externe, création de l'association de gestion des moyens financiers, organisation du travail, création de feuilles de route pour les commissions spécialisées. Dans ces CDCA, les réflexions thématiques sont intervenues à partir de l'année 2019.

Les autres CDCA font état de missions portant sur des thématiques nombreuses et variées, réalisées au moyen d'enquêtes de terrain, de rencontres avec des experts et d'échanges nourris par l'expérience de leurs membres.

2.1. Travaux relatifs au parcours des personnes en établissement

Une grande partie des CDCA ont travaillé sur la problématique du parcours des personnes vivant en établissement, abordée sous l'angle de l'EHPAD pour une dizaine de CDCA : état des lieux sur le territoire, recommandations pour améliorer la situation, évolutions du financement, perspectives. Un autre sujet abordé concerne la place des conseils de la vie sociale (CVS) et des instances de concertation dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap, leur fonctionnement, leur redynamisation et l'animation de réseaux inter-CVS. Certains CDCA ont aussi travaillé sur le parcours de vie en établissement de façon générale : comment réussir l'entrée, les parcours de vie, les pratiques observées. Enfin, la problématique des ressources humaines en établissements et services médico-sociaux a fait l'objet d'un travail important par plusieurs CDCA, en lien avec des enjeux d'attractivité des métiers, de qualité de vie au travail, de formation, et d'innovation technologique et sociale.

Retour du CDCA sur le travail relatif aux EHPAD

Aude (11)

« Nous souhaitons relever le travail réalisé par le CDCA dans le cadre de la commission spécialisée sur les EHPAD. La création d'une commission spécialisée en formation plénière du 4 avril 2018 a été motivée par le constat partagé des conditions dégradées dans les EHPAD. Il s'agissait de mesurer précisément la réalité de la situation dans l'Aude, l'objectif final étant de proposer des recommandations. Ce travail de réflexion a été alimenté par :

- les membres eux-mêmes : services départementaux en charge de la tarification hébergement et dépendance, ARS en charge de la tarification soins, directeurs d'EHPAD, usagers ayant travaillé en établissement ou ayant des proches en EHPAD ;
 - des tiers : ainsi, des résidents, des proches et des salariés ont été entendus après une invitation lancée via les présidents des CVS. »
-

Orne (61) : Produire un guide des conseils de la vie sociale (CVS) de manière transversale aux personnes âgées ou en situation de handicap

L'initiative

Les CVS, obligatoires dans tous les établissements, ont parfois du mal à fonctionner. Ce problème se rencontre aussi bien dans les établissements accueillant des personnes âgées que dans ceux accueillant des personnes en situation de handicap. Le CDCA s'empare de la question après un travail de concertation avec le département.

« [...] On a trouvé que c'était intéressant, car c'était [un thème de travail] transversal aux personnes âgées et personnes en situation de handicap et un sujet assez facilement approprié par les personnes. »

Le groupe de travail créé réunit huit personnes avec en moyenne cinq participants par séance et un équilibre dans la représentation des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

« [...] Dans les principaux représentants il y avait la vice-présidence personnes âgées, la vice-présidence personnes en situation de handicap, une directrice d'établissement personnes en situation de handicap et un directeur d'établissement pour personnes âgées. [...] nous avons des représentants de syndicats à la fois pour les personnes en situation de handicap et en tant que représentant retraité. Globalement c'était équilibré et on a pu aborder le sujet de façon transversale pour les deux publics. »

Le résultat

Le groupe décide de travailler sur un guide dans le but d'améliorer le fonctionnement des CVS. Le guide sera à destination des participants des CVS, mais également des professionnels qui les organisent. Il faut donc produire un document « qui renvoie éventuellement aux textes, mais sans être trop lourd pour pouvoir être utile. »

Durant les travaux, la chargée de mission du département apporte un soutien méthodologique, quelques éléments sur les textes juridiques et des trames de travail pour faciliter la production du guide. « Il faut bien partir sur une base, ils avaient besoin de bénéficier d'une animation et d'un point de départ. »

L'avancée du travail est présentée en plénière et au niveau régional. Cette thématique est en effet également portée par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« L'idée au niveau régional serait de faire une boîte à outils [...] alimentée notamment de notre guide. »

Et maintenant ?

Le travail est terminé sur le fond et il reste la mise en forme à réaliser. Le guide vise à « échanger sur tous les exemples de bonnes pratiques ou sur ce qu'on met derrière les mots du code ». Il doit être validé en CDCA.

Enfin, pour diffuser ce travail, le département de l'Orne pourrait s'inspirer de son voisin du Calvados et organiser un événement « pour essayer de toucher au maximum les personnes membres des CVS et leur apporter des outils, des bonnes pratiques et les amener à se rencontrer. » Une journée promotionnelle sera organisée par l'ARS.

2.2. Travaux relatifs au parcours à domicile

La deuxième grande catégorie de thématiques des chantiers significatifs cités par les CDCA concerne la vie et l'accompagnement à domicile. Ainsi, six CDCA ont évoqué des travaux en lien avec l'habitat inclusif et l'adaptation du logement : cartographie de l'offre, pistes de développement, projet de résidences intergénérationnelles, polémique autour de la loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN). Dans d'autres CDCA, les réflexions ont porté sur les conditions du maintien à domicile et l'accès aux services d'aide et de soins, ou encore sur les besoins et les moyens de soutien des proches aidants de personnes âgées ou en situation de handicap.

Retour du CDCA sur le travail relatif à l'accompagnement des aidants familiaux

Charente (16)

« Les membres de la commission ont choisi comme thème l'accompagnement et le soutien aux aidants familiaux. Elle s'est donné comme objectif de faire un état des lieux afin de recenser les besoins et de proposer des solutions pour les résoudre.

Un certain nombre de partenaires a été reçu afin d'analyser les besoins du terrain. Les besoins recensés : nécessité d'une meilleure information, création d'équipe mobile de gériatrie, mise en œuvre de filières thérapeutiques précoces, de guichet unique intégré, création d'hébergement temporaire d'urgence, développement de solutions de répit (relayage, hébergement temporaire à domicile, gardes de nuit, séjours vacances).

La commission a relevé certains freins : reste à charge élevé sur le coût des gardes de nuit, de l'hébergement temporaire et de l'accueil du jour, répartition des places en accueil du jour et en hébergement temporaire, durée de l'hébergement temporaire.

Propositions :

- prise en charge du coût des gardes de nuit dans le cadre des plans d'aide de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;
 - durée de l'hébergement temporaire plus importante (+90 jours) ;
 - développement de l'accueil du jour itinérant et d'EHPAD hors les murs ;
 - promotion de l'accueil familial ;
 - déploiement d'offres d'hébergement intermédiaire et de structures de répit ;
 - mise en œuvre du relayage. »
-

2.3. Travaux relatifs au parcours de vie

Un certain nombre de thématiques transversales relatives au parcours de vie des personnes ont également été citées dans les rapports. Les travaux des CDCA ont ainsi porté sur l'accessibilité et la mobilité des personnes âgées ou en situation de handicap, en particulier en milieu rural, ainsi que sur le parcours de vie et le parcours de soin, la santé et la prévention, l'accès aux droits, les directives anticipées et les personnes de confiance.

Retour du CDCA sur le travail relatif à la mobilité en milieu rural

Ille-et-Vilaine (35)

« Nous avons élaboré deux enquêtes sur le thème de la mobilité des personnes âgées et personnes en situation de handicap en milieu rural. L'une d'elles a été réalisée auprès des 18 intercommunalités d'Ille-et-Vilaine : elle avait pour but de recenser le plus largement possible les initiatives prises pour mettre en place et assurer durablement un service de transport à la demande, pour les personnes âgées ou en situation de handicap ayant des difficultés de déplacement.

L'autre enquête était à destination des usagers : elle visait à mieux identifier les difficultés rencontrées par ces personnes et à connaître leurs attentes. Afin de restituer les résultats de ces enquêtes, le CDCA a organisé une rencontre débats à Janzé début 2019. Cette rencontre a réuni une soixantaine de personnes (élus, responsables de services sociaux, usagers) et a permis un partage d'expériences intéressant et utile, qui devrait déboucher sur de nouvelles initiatives. »

Certains CDCA ont choisi de valoriser des travaux sur des thématiques plus spécifiquement orientées vers les personnes âgées : organisation d'événements (la Semaine bleue) et élaboration de supports sur le vieillissement, comme une charte du bien vieillir.

Au contraire, d'autres CDCA ont mis en avant des sujets concernant le handicap : scolarisation, accès à l'emploi, sensibilisation de la société et changement de regard sur le handicap, ainsi que problématiques spécifiques de certains publics comme les personnes avec un handicap psychique, les jeunes adultes concernés par l'amendement Creton ou les personnes en situation de handicap vieillissantes.

📌 Retour du CDCA sur le travail en formation spécialisée pour les questions relatives aux personnes âgées

Var (83)

« La formation spécialisée personnes âgées a travaillé sur le constat du vieillissement important de la population varoise renforcé par l'accueil de retraités issus d'autres régions :

- la plus grande dépendance liée à l'espérance de vie impose des réponses mieux adaptées en corrélation avec les besoins et les capacités financières des personnes âgées : limites de l'hébergement à domicile et entrée en institution, qualité des prestations en EHPAD, manque de places Alzheimer, adaptation des structures au vieillissement des résidents et des nouvelles pathologies, difficulté d'accès aux accueils de jour, besoin de places d'hébergement temporaire, disparités territoriales ;
- concernant l'accès aux soins : manque de médecins dans les zones rurales du département et/ou délais de consultation importants, éloignement géographique ; précarité financière des personnes âgées ; difficultés d'accès aux soins dentaires dans les EHPAD ;
- accès aux droits et à l'information rendu difficile du fait de la numérisation et du manque de guichet d'accueil ;
- niveau de pension plus faible pour les femmes (carrières interrompues par les maternités et le soin aux enfants, chômage), pensions de réversion plafonnées ;
- le repérage des fragilités est complexe compte tenu de l'isolement de certaines personnes âgées. »

En termes de livrables, ces travaux des CDCA ont donné lieu à des rapports, des avis, des fiches actions. Outre leur restitution en formation plénière et auprès des institutions concernées, les enseignements ont pu être relayés à travers des lettres d'information ou des rencontres spécifiques organisées à cette occasion. Cependant, la question de l'impact réel de leurs travaux et de la prise en compte effective de ceux-ci par les institutions concernées a été soulevée par quelques CDCA.

📌 Retour du CDCA sur les différents formats des travaux

Haute-Marne (35)

« Le CDCA a poursuivi son travail d'information à destination des personnes âgées et des personnes handicapées avec trois lettres d'information. Des ateliers thématiques ont été mis en place afin de favoriser le lien social et de prévenir la perte d'autonomie chez les personnes âgées. Le CDCA a poursuivi son concours annuel des personnes de plus de 60 ans, cela favorise toujours le lien social. »

3. Au-delà des avis consultatifs, une grande diversité des travaux engagés par les CDCA

3.1. Recommandations des CDCA en matière de bientraitance et de soutien aux proches aidants

La loi donne mission aux CDCA de formuler des recommandations visant au respect des droits et à la bientraitance des personnes âgées ou en situation de handicap sur le territoire, à assurer le soutien et la valorisation de leurs proches aidants, ainsi qu'à permettre la bonne prise en compte des questions éthiques.

Sur la période 2017-2018, près des trois quarts des CDCA ayant transmis leur rapport indiquent ne pas avoir formulé de recommandations sur ces sujets.

Parmi les 55 CDCA qui justifient l'absence de recommandations, une large majorité évoque le manque de temps durant leurs premières années de fonctionnement, alors que la priorité était donnée à la mise en place du CDCA et à d'autres thématiques de travail.

Une quinzaine de CDCA précisent que la réflexion sur des sujets liés à la bientraitance, au soutien des aidants ou à l'éthique a été amorcée après 2018 ou est planifiée pour la suite. Des CDCA mettent également en avant le fait que ces sujets, particulièrement complexes, demandent un temps important d'appropriation et d'analyse pour aboutir à des recommandations formalisées. Enfin, certains CDCA indiquent que ces sujets n'ont pas fait l'objet de réflexions spécifiques ni de recommandations, car ces questions sont traitées dans des instances dédiées par ailleurs ou que des recommandations existent déjà et sont appliquées sur le territoire.

Thématiques abordées dans les recommandations des CDCA

Les 25 CDCA qui ont élaboré des recommandations évoquent une grande diversité de thématiques, le plus souvent appréhendées à travers un questionnement éthique. Ainsi, dix-huit rapports citent les sujets suivants entrant dans le champ de la bientraitance ou de la prévention de la maltraitance tout au long du parcours de vie de la personne :

- > la vie en établissement (par exemple, les bonnes pratiques des CVS) ;
- > la vie à domicile (habitat inclusif, sensibilisation des services d'aide à la personne) ;
- > le respect des droits et la participation citoyenne des personnes âgées ou en situation de handicap ;
- > les ressources financières ;
- > l'accès aux soins ;
- > l'aide à la mobilité ;
- > la prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre l'isolement.

Par ailleurs, douze CDCA indiquent avoir formulé des recommandations portant sur le soutien aux proches aidants. Dans le cadre de ces travaux, les instances se sont notamment intéressées à l'état des lieux des actions menées en faveur des aidants, à la communication et à la sensibilisation des aidants à leurs propres besoins, ainsi qu'à l'évolution de l'offre de service.

Modalités de travail

La plupart des CDCA évoquent des réflexions en commissions spécialisées ou groupes de travail, avec une présentation des résultats des travaux en assemblée plénière. Certaines instances ont également fait le choix d'organiser des échanges au sein du bureau ou de prendre part à des événements extérieurs concernant ces sujets.

Les principales recommandations en matière de bientraitance et de respect des droits

Dans leurs recommandations, les CDCA soulignent la nécessité de repenser les politiques destinées aux personnes âgées ou en situation de handicap en prenant davantage en compte leur voix, leur expertise d'usage et leurs apports expérientiels. Ils relèvent également l'importance de les informer de leurs droits, de repenser leurs parcours, en particulier les périodes de transition, et de recentrer l'approche sur les besoins de la personne en veillant au maintien du niveau de ses ressources financières.

Les CDCA invitent aussi à développer la formation des professionnels du secteur médico-social sur les thèmes de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance dans les établissements, en désignant éventuellement des référents bientraitance, mais aussi au sein des organismes d'aide à domicile. Le rôle des CVS et le besoin d'évolution en la matière sont également évoqués, notamment à travers une plus grande implication des familles, l'échange de bonnes pratiques entre CVS et le suivi et l'évaluation indépendante des établissements sur ce point.

Enfin, les CDCA appellent à lancer une campagne de communication pour changer les regards du grand public sur les personnes dépendantes, valoriser la solidarité familiale et les associations engagées sur le terrain, lutter contre la maltraitance et l'isolement des personnes.

📌 Retours des CDCA sur les recommandations en matière de bientraitance et de respect des droits des personnes âgées ou en situation de handicap

Doubs (25)

« Pour tous les types de handicaps, il y a nécessité d'une formation des personnes d'accueil dans tous les lieux de soins, les lieux administratifs, les lieux de culture, nécessité d'une formation de tous les travailleurs de l'aide à domicile et de tous ceux qui interviennent en urgence (police, pompiers, personnel infirmier...), nécessité aussi de développer l'activité physique dont le bienfait est reconnu pour toutes les personnes porteuses d'un handicap, qu'elles soient dans des structures ou à domicile, afin de la rendre accessible à tous.

Comment financer ces interventions ? La mutualisation des métiers paramédicaux entre les associations est-elle une solution ?

Comment développer la prévention des addictions, surtout dans les milieux défavorisés, réaliser plus de dépistages ? En donnant des moyens à la médecine scolaire et à la médecine du travail ?

De même, il est nécessaire de repenser l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et d'adapter les orientations aux besoins de ces personnes. Pourquoi ne pas décroïsonner les maisons de retraite au travers de conventions avec les établissements médico-sociaux (les associations qui les gèrent) pour un parcours sans rupture des personnes handicapées ?

Si nous voulons la désinstitutionnalisation, il est urgent de repenser le modèle et de travailler avec les bailleurs sociaux sur des logements adaptés pour tous. La mutualisation de la PCH doit se développer. »

Var (83)

« Conclusion du groupe thématique bientraitance :

1. Lancer une campagne de communication pour modifier l'image des personnes âgées dans notre société.
 2. Lancer une campagne d'information sur la maltraitance envers les personnes âgées, comme on en a connu pour les enfants maltraités ou les femmes battues, avec une large communication, des numéros de téléphone à appeler, des procédures de signalement à suivre.
 3. Former les personnels qui interviennent auprès des personnes âgées, créer une spécialisation "gérontologie" pour chacune des fonctions et accompagner ces personnels tout au long de l'exercice de leur métier (médecins, infirmiers, infirmiers libéraux, aides-soignantes...).
 4. Améliorer le fonctionnement des institutions et des services.
 5. Demander à ce que soit engagée une politique sanitaire et sociale volontariste et innovante. »
-

Les principales recommandations pour les proches aidants

Les CDCA qui détaillent leurs conclusions se sont concentrés sur trois grandes thématiques : l'évaluation et le développement des services, l'information et la communication auprès des aidants et la formation. Pour ce qui concerne l'offre de services, les CDCA appellent à :

- réaliser un état des lieux des actions individuelles et collectives en faveur des aidants ;
- coconstruire des solutions de répit, en priorité dans les territoires non couverts (par exemple, à travers l'adaptation de l'offre médico-sociale autour de l'accueil temporaire des personnes aidées) ;
- réfléchir au financement de ces services.

Les CDCA recommandent également de mieux informer les aidants sur leurs droits, notamment en matière d'adaptation du temps de travail. Cela pourrait être fait par exemple au moyen d'un guide ou d'une rubrique dédiée sur le site de la MDPH. Les CDCA recommandent aussi de relayer les solutions de répit existantes et de créer des plateformes d'écoute et des espaces de dialogue afin de rompre l'isolement des proches aidants et de faciliter le repérage de ceux qui sont en difficulté.

Enfin, plusieurs CDCA soulignent la nécessité de former les aidants et de les accompagner dans leur parcours en diffusant des guides de bonnes pratiques et en les sensibilisant à leurs besoins. De façon connexe, il est évoqué la nécessité de développer davantage les services à la personne en améliorant l'attractivité du secteur et la valorisation du personnel.

Conclusions générales et suites données aux recommandations des CDCA

Plusieurs CDCA évoquent également des recommandations autour d'une réflexion éthique transversale, favorisant la prise de conscience et la prise en compte du questionnement éthique en établissement et à domicile et proposant un cadre de développement d'une culture éthique. En outre, dans trois rapports, la question de la prise en compte des recommandations formulées par le CDCA est soulevée, du fait de l'absence d'acteurs clés lors des échanges et de l'incertitude quant à leur application au sein des structures concernées.

3.2. La moitié des CDCA ont pris l'initiative d'organiser des débats concernant la politique de l'autonomie

Dans le cadre des larges compétences dont ils sont dotés, les CDCA peuvent débattre, à leur propre initiative, de toute question concernant la politique de l'autonomie et émettre des propositions sur les orientations de cette politique. Parmi les 91 CDCA qui ont transmis leur rapport pour la période 2017-2018, une moitié (44) indique avoir pris cette initiative.

📌 Retour du CDCA sur l'organisation des débats concernant la politique de l'autonomie

Moselle (57)

« Ces thématiques de la politique de l'autonomie ont été abordées de manière formelle dans le cadre des commissions spécialisées, des bureaux spécialisés et en plénière concernant l'adoption d'une motion sur l'attractivité et la formation des professionnels d'aide à domicile, un métier en tension dans un département transfrontalier avec notamment l'attractivité de l'emploi médico-social au Luxembourg.

Le CDCA de Moselle a su par le biais de ces commissions définir des objets de travail, identifier des problématiques à l'échelon départemental. Reste à faciliter son fonctionnement, à être davantage connu et reconnu auprès des différents partenaires pour améliorer son travail de consultation, d'audition et être force de propositions auprès du département de la Moselle. »

Les instances n'ayant pas organisé de débats concernant la politique de l'autonomie l'expliquent en premier lieu par la mise en place récente du CDCA et par le temps consacré à sa structuration. Ces débats étaient considérés comme moins prioritaires que d'autres activités telles que l'adoption des avis consultatifs prévus par la loi. Certains CDCA n'ont pas jugé pertinent de débattre de la politique de l'autonomie du département sans saisine de ce dernier. En outre, certains rapports évoquent des difficultés de mobilisation des membres des CDCA pour l'organisation de ce type de débats. Trois CDCA indiquent avoir programmé ces travaux pour la période 2019-2020.

Enfin, onze CDCA indiquent avoir mené des travaux sur les politiques de l'autonomie selon d'autres modalités, sans organiser de débats spécifiques. Il s'agit tout particulièrement du travail régulier des commissions spécialisées et des échanges dans le cadre de l'élaboration et du suivi des schémas départementaux, mais aussi des remontées d'informations par le bureau et des participations à des événements extérieurs.

📌 Retour du CDCA sur le travail autour de la politique de l'autonomie en dehors de débats formels

Alpes-Maritimes (06)

« Le CDCA n'a pas organisé de débats, en revanche les sujets d'étude prévus dans les commissions spécialisés concernaient bien différents éléments de la politique de l'autonomie, par ailleurs le CDCA a été associé aux travaux de préparation du schéma initiés en 2018 (groupes de travail sur diverses thématiques). »

Thématiques abordées dans les débats concernant la politique de l'autonomie

En ce qui concerne les thématiques abordées, certains CDCA opèrent une distinction entre les questions relatives aux personnes âgées et celles relatives aux personnes en situation de handicap. Ainsi, pour les personnes âgées, l'accueil en EHPAD et la problématique de l'évolution de son organisation apparaissent comme des sujets prioritaires, mis en avant par un quart des CDCA à l'initiative de débats. D'autres thématiques récurrentes liées au vieillissement concernent la prévention de la perte d'autonomie, la Semaine bleue, l'information sur les droits, ainsi que le parcours de vie et le parcours de soin des personnes âgées.

D'autre part, pour les personnes en situation de handicap, les débats organisés par les CDCA ont porté en premier lieu sur l'accompagnement dans les établissements et services médico-sociaux, la mise en œuvre de la démarche « Réponse accompagnée pour tous », l'adaptation du logement et l'habitat inclusif, l'évaluation des besoins de la personne et l'accès aux aides humaines et techniques. Plusieurs instances ont également abordé les questions de l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap, de la scolarisation et de l'insertion professionnelle, de l'accessibilité, du transport et de la mobilité et plus largement de la participation à la vie de la société, mais aussi des problématiques spécifiques à certains types de handicaps, comme le handicap psychique et l'autisme.

Cependant, la plupart des thématiques abordées dans les débats des CDCA ont été traitées de façon transversale. Ainsi, la majorité des CDCA ont débattu des sujets suivants :

- > la situation du secteur de l'aide à domicile ;
- > la mobilité, notamment en milieu rural ;
- > l'accès à l'information et la place du numérique.

Plusieurs instances ont également évoqué les questions de l'adaptation du logement, y compris en lien avec la loi ELAN, de la lutte contre l'isolement et du soutien aux proches aidants, ainsi que l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes et l'accès aux soins. Cette dernière thématique occupe une place particulière dans les débats puisqu'elle est citée dans les rapports des CDCA à la fois parmi les sujets en lien avec le vieillissement, ceux en lien avec le handicap et parmi les sujets transversaux.

Modalités de travail

Les CDCA ont également apporté des précisions concernant les modalités pratiques des débats organisés. Dans la moitié des instances ayant mené des débats sur la politique de l'autonomie, ceux-ci se sont tenus au sein des commissions spécialisées ou en groupes de travail alors que le bureau et la formation plénière sont mentionnés par un quart des CDCA concernés. Le reste des CDCA cite également l'organisation de rencontres avec des partenaires, d'enquêtes, de visites de structures, ou encore la participation à des événements extérieurs, notamment en lien avec le département.

➤ Exemple de travaux sur l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap, menés à l'initiative du CDCA de Saône-et-Loire (71)

Constats

- le processus de participation des familles dans les établissements doit être développé. Axe à prendre en compte dans l'habitat inclusif ;
- importance de l'environnement : cadre de vie dynamique, offre de services... ;
- l'habitat temporaire doit être encouragé : il permet de voir si la personne s'adapte et de rassurer les familles ;
- financement *via* un levier extra-légal : possibilité de mutualiser des heures de PCH pour financer l'accompagnement. Aujourd'hui, cela n'est pas prévu ;
- pérennité et fragilité des projets qui tiennent sur le bénévolat. Quelles aides des pouvoirs publics et quelle transition vers la professionnalisation ?

Méthode de travail

- repérage et analyse des initiatives existantes ;
- identification des conditions de réussite pour un accueil de qualité : environnement, services, accompagnement, accessibilité financière... ;
- formulation de recommandations et de préconisations au département pour le développement de modes d'hébergement inclusifs.

Interventions

- deux réunions ont été accueillies dans des structures proposant un mode d'habitat inclusif pour les personnes handicapées : résidence la Novelline à Cluny et résidence des PEP à Saint-Rémy ;
- plan Solidarités 2020 : présentation en octobre 2018 du cahier des charges du département pour le recours à un prestataire en vue de la réalisation d'une étude de faisabilité sur l'habitat inclusif.

Objectif du groupe – formaliser deux fiches action

- établissements « hors les murs » ;
- habitats inclusifs.

Points communs des différents projets

- libre choix de la personne ;
- offre intermédiaire entre logement autonome et hébergement en établissement ;
- habiter un logement indépendant avec la possibilité de bénéficier de temps collectifs dans un lieu de vie commun ;
- s'adresse à des personnes assez autonomes, mais dont la qualité de vie n'est pas préservée si elles sont seules ;
- pas d'orientation MDPH ;
- pas de limite d'âge ;
- commission d'admission ;
- coordinateur pour :
 - accueillir et aider à l'installation dans le logement,
 - mettre en œuvre un réseau de partenariat (associations du territoire, actions citoyennes, bénévolat...),
 - faciliter la mise en place des prestations individuelles (aides à domicile, services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés – SAMSAH, ou services d'accompagnement à la vie sociale – SAVS),
 - réguler le quotidien,
 - proposer des actions et des activités communes,
 - réguler la vie du groupe,
 - étudier les éventuels projets d'évolution ;
- mutualisation des heures de PCH pour financer l'accompagnement quotidien.

Difficultés

- pérennité et fragilité des projets qui tiennent sur le bénévolat. La professionnalisation est nécessaire ;
- taille des associations et difficultés liées aux regroupements ;
- la PCH n'est pas suffisamment adaptée au handicap psychique ;
- la mutualisation des heures de PCH pour financer l'accompagnement n'est pas bien définie.

Préconisations

- financement des coordinateurs ;
- nécessité d'un accompagnement par un SAVS ou un SAMSAH ;
- présence facilitatrice de groupes d'entraide mutuelle – GEM ;
- l'habitat temporaire permettrait de voir si la personne s'adapte et de rassurer les familles ;
- axe à prendre en compte dans l'habitat inclusif : processus de participation des familles ;
- importance de l'environnement : cadre de vie dynamique, offres de services... ;
- porté par des bailleurs sociaux ;
- étudier la question d'y associer des appartements répit familles.

Principales conclusions et suites données aux débats

Parmi les principales conclusions des débats organisés à l'initiative des CDCA, seuls quelques-uns citent des propositions concrètes :

- > l'organisation d'une campagne médiatique de prévention des chutes à domicile (CDCA de l'Aisne) ;
- > la mise en œuvre d'une démarche de *design* social pour sensibiliser les proches aidants et concourir à éviter leur épuisement (CDCA du Gard) ;
- > la nécessité de disposer de guichets uniques à proximité immédiate des usagers et de supports d'information variés (CDCA de Paris) ;
- > la diversification des logements adaptés ou adaptables (CDCA du Territoire de Belfort).

Plusieurs autres CDCA notent la satisfaction générale des membres quant à la pertinence des sujets abordés lors des débats, une réelle volonté de travailler ensemble et une meilleure connaissance des politiques et des dispositifs qui en résulte. Six CDCA mettent en avant des aboutissements concrets des débats menés : élaboration de livrets, adoption de motions, rédaction de courriers, visites d'établissements.

D'autres CDCA mettent en exergue l'intérêt du croisement des regards entre les secteurs du vieillissement et du handicap et des événements ouverts permettant de travailler ensemble et d'associer le maximum de partenaires. Un certain nombre de difficultés sont cependant mentionnées, telles que la complexité des sujets traités et le manque de coordination avec les partenaires institutionnels. Enfin, huit CDCA précisent qu'il s'agit de travaux en cours ne permettant pas encore de formuler de conclusions.

Retours des CDCA sur les résultats des débats concernant la politique de l'autonomie

Landes (40)

« Les sujets étaient adaptés aux problématiques des usagers :

- l'accès aux soins ;
- l'accompagnement à l'entrée et à l'accueil en EHPAD ;
- l'évaluation des besoins visant à améliorer la citoyenneté et l'autonomie des personnes en situation de handicap.

Des avancées ont été réalisées : représentation des personnes en situation de handicap à la commission des usagers dans les hôpitaux. »

Loire (42)

« Des membres du bureau de la formation "personnes âgées" se sont réunis afin de rédiger un courrier demandant le changement de dénomination "EHPAD". Il a été signé par le vice-président de la formation des personnes âgées et adressé au sénateur Bernard BONNE, des députés et à la présidente de la CNSA. Initiative concluante puisque le changement de dénomination est évoqué dans le rapport du sénateur Bernard BONNE. »

3.3. Le département et l'ARS, principaux interlocuteurs des CDCA dans le cadre des saisines pour consultation

En dehors des avis obligatoires cités par la loi et des recommandations qui peuvent être formulées à l'initiative propre du CDCA, les compétences consultatives de l'instance ouvrent la possibilité de sa saisine par toute institution qui le souhaite. Sur la période 2017-2018, une quinzaine de CDCA ont rapporté avoir été sollicités pour une consultation.

Parmi les auteurs de la saisine, deux tiers des CDCA sollicités évoquent le département et l'ARS qui se présentent comme les principaux interlocuteurs des CDCA dès l'installation et durant les premières années de fonctionnement des instances. Les CDCA citent aussi la MDPH, la CFPPA, les communes et des acteurs locaux.

Les objets des saisines, détaillées par douze CDCA, apparaissent assez variés. Parmi eux figurent les dispositifs de l'offre de soins et médico-sociale, dont le schéma départemental de l'aide à domicile cité par deux CDCA, divers bilans d'activité, ainsi que la participation à des événements (assises, colloques, états généraux, forums) ou à l'élaboration d'appels à projets et à la sélection des lauréats. Pour y répondre, les CDCA impliquent rarement l'ensemble de leurs membres réunis en formation plénière, mais ils choisissent plutôt d'organiser des réunions ou des groupes de travail ou encore de produire des réponses écrites.

Les CDCA sollicités ont pu identifier des points de vigilance et des recommandations relatives à l'accompagnement des usagers, à la reconnaissance de la citoyenneté des personnes, ainsi qu'au soutien des proches aidants. À la suite de ces sollicitations, les CDCA mettent en avant leur participation active aux travaux des partenaires et une forte implication des membres, notamment des représentants associatifs.

Retour du CDCA sur une consultation

Paris (75)

« Le CDCA a été consulté à plusieurs reprises par la Ville de Paris sur différents projets parisiens :

Le projet du logement accompagné (2018) : ce projet a été présenté au CDCA en assemblée plénière afin de recueillir son avis. L'accès à un logement représente un des piliers de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap. Le CDCA souhaite que la Ville de Paris développe le logement accompagné afin de permettre un choix entre la vie autonome à domicile et la vie collective en établissement médico-social (foyer).

Le projet accessibilité des élections (2018) : le CDCA a participé à un groupe de travail sur l'accessibilité des élections. L'objectif est de rendre accessible le processus électoral sur l'ensemble des bureaux de vote pour tout type de handicap. Plusieurs actions ont émergé : la nécessité de créer un dispositif de formation des agents des bureaux de vote, l'information à destination des électeurs sur leurs droits de vote et la sensibilisation des établissements accueillant des personnes en situation de handicap sur les droits des électeurs.

Le projet Paris en compagnie (2018) : le CDCA a été consulté sur le projet Paris en compagnie. Ce service s'adresse aux seniors parisiens et parisiennes de plus de 65 ans. L'objectif visé est d'accompagner les personnes âgées isolées dans leurs déplacements quotidiens. C'est un moyen pour encourager à la mobilité, lutter contre la perte d'autonomie et contre l'isolement.

La consultation sur l'héritage des jeux olympiques et paralympiques (2018) : la Ville de Paris souhaite travailler sur l'héritage des jeux. Une phase de concertation avec l'ensemble des acteurs et des habitants est prévue, le CDCA est naturellement associé. »

3.4. Prémices des travaux en réseau inter-CDCA au niveau régional

La loi encourage les CDCA à travailler en réseau au niveau régional afin de débattre des questions relatives à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de l'autonomie dans la région. Quatorze instances dans huit régions ont indiqué avoir échangé ou tenu des rencontres avec les membres d'autres CDCA de leur région au cours de la période 2017-2018.

Modalités des échanges entre les CDCA

Les modalités et l'échelle de ces échanges sont variées. Ceux-ci vont de la simple collaboration entre deux CDCA issus de la même région à des échanges nationaux en passant par une logique interrégionale comme dans le Grand Est et la Bourgogne-Franche-Comté. La fréquence des échanges varie également de rencontres annuelles à des requêtes ponctuelles ou à des groupes de travail réunis tous les trimestres.

L'initiative des échanges entre les CDCA relève de la dynamique de leurs membres, notamment ceux rattachés à des structures nationales (APF France handicap, syndicats). Toutefois, les rencontres peuvent aussi être portées par des instances partenaires, par exemple l'ARS pour structurer des échanges autour des projets en cours. Le rôle des référents CDCA du département dans la mise en relation des instances par l'intermédiaire de leurs homologues dans d'autres départements constitue un levier important.

Retour de la référente CDCA sur la coopération entre référents pour construire le règlement intérieur

La Réunion (974)

« J'ai la chance d'avoir toujours un lien avec mes anciens collègues dans la direction de l'autonomie du Val-de-Marne.

Donc j'essaie de glaner des informations auprès d'autres départements métropolitains et de faire du parangonnage. Et puis la CNSA aussi organise quelquefois des réunions d'accompagnement. On a des guides et des comptes rendus de réunion qui peuvent m'orienter. »

Les CDCA font état de différents formats d'échanges : des événements de plusieurs jours réunissant de nombreux participants, des commissions thématiques impliquant des membres de CDCA volontaires (par exemple, sur la formation des bénévoles ou sur la fin de vie), des échanges téléphoniques, par courriel et en présentiel plus informels. Les CDCA indiquent également avoir partagé des documents (par exemple, le règlement intérieur) et avoir participé à des stages de formation en commun. Les participants impliqués peuvent être les vice-présidents uniquement, les membres des bureaux et aller jusqu'à la mobilisation de tous les membres de l'instance.

L'analyse régionale montre que les CDCA du Grand Est et de la Bourgogne-Franche-Comté sont les plus actifs en matière de travail en réseau et mènent une collaboration systématique. En Bretagne, dans le Centre-Val de Loire, en Île-de-France, en Nouvelle-Aquitaine, en Occitanie et en région Pays de la Loire, qui sont citées par une ou, plus rarement, deux instances, les échanges ont un caractère plus informel et limité à une partie des membres. En Île-de-France, un travail s'adressant plus spécifiquement aux membres de la formation des personnes âgées, dans le cadre du réseau de la conférence régionale des retraités et personnes âgées (CORERPA), a précédé la création des CDCA.

Thématiques et principaux résultats des premiers travaux en réseau

Parmi les thématiques du travail en réseau citées dans les rapports des CDCA ressort le soutien aux proches aidants, suivi par les questions de l'information et de la communication. Plusieurs instances indiquent avoir également travaillé sur le parcours de vie, l'accès au logement, la vie à domicile, la qualité et l'éthique. D'autres thématiques communes mentionnées dans les rapports concernent l'accès aux droits, la prévention de la perte d'autonomie, les plateformes de services, l'habitat inclusif, l'aménagement du logement, le lien social et l'accessibilité.

Plusieurs CDCA indiquent que les travaux réalisés n'ont pas eu de suite ou n'ont pas fait l'objet d'un retour structuré. Lorsqu'elles ont lieu, les suites données aux travaux prennent la forme de nouveaux rendez-vous programmés pour 2019, de retours sur le fonctionnement de l'instance ou de productions concrètes. Les réflexions sur le fonctionnement des CDCA portent sur la corrélation entre leurs modes d'organisation et leurs missions – par exemple, sur les modalités d'exercice de la citoyenneté des publics âgés ou en situation de handicap – ainsi que sur les opportunités et les contraintes qu'offre la rencontre des secteurs du vieillissement et du handicap. Concernant les résultats concrets, le travail en réseau a notamment permis l'actualisation de documents d'information sur les droits, le développement de réseaux (par exemple, le réseau inter-CVS en Île-de-France) et l'organisation de colloques.

Les principales conclusions rapportées par les CDCA sur les échanges au niveau régional concernent les difficultés à coordonner les instances entre départements. Les difficultés sont attribuées à la fois à un manque de ressources humaines et matérielles, mais aussi à l'hétérogénéité du statut des CDCA dans les départements. Ces différences rendent l'identification des thématiques de travail communes plus difficile. Certains CDCA avancent également un décalage de structuration au sein des départements, entre les secteurs du vieillissement et du handicap, ce qui a pour conséquence de créer des possibilités de coopération déséquilibrées entre les deux secteurs.

Retours des CDCA sur les limites du travail en réseau

Finistère (29)

« Le fonctionnement du CDCA n'a pas été pensé réellement au niveau national pour faire des CDCA des réseaux permettant de faire remonter des données, des questionnements, des propositions d'intérêt... »

Haut-Rhin (68)

« Les modalités de fonctionnement et de travail ainsi que la place accordée au CDCA sont très variables d'un département à l'autre. Les situations étant très contrastées, il n'est pas évident d'avancer sur une thématique commune. »

Si la coopération entre les CDCA est encore peu développée et rencontre des obstacles, ce bilan est compensé par la perspective des travaux à venir et par l'échange de bonnes pratiques. La diffusion des bonnes pratiques peut notamment porter sur les outils de communication (brochures, guides, *flyers*) ou sur les modalités de fonctionnement de l'instance (statuts, règlement intérieur). Enfin, plusieurs CDCA indiquent avoir choisi d'initier un travail en réseau à partir de 2019 afin d'avoir plus de recul sur leur fonctionnement interne avant de s'ouvrir à la collaboration avec d'autres instances.

Vosges (88) : Réunir les CDCA pour partager des bonnes pratiques : l'exemple de Grand Est et de Bourgogne–Franche-Comté

L'initiative

En 2017, les CDCA se mettent en place dans de nombreux départements. Leur installation pose de multiples questions aux parties prenantes. Certains CDCA prennent l'initiative de se rencontrer pour mettre en commun leurs expériences et échanger sur les choix réalisés pour leur mise en place.

En 2017 et 2018, deux rencontres ont eu lieu pour réunir les CDCA des départements de la région Grand Est et ceux de la région Bourgogne–Franche-Comté. Ces réunions étaient l'occasion d'échanger sur un thème défini en commun et transversal aux formations pour les personnes âgées ou en situation de handicap. APF France handicap, association à portée nationale, était à l'origine de ces réunions.

« Ces deux grandes réunions ont eu lieu à Vesoul les deux années. [...] Ce sont nos vice-présidents du CDCA des Vosges qui y sont allés. »

Le résultat

À l'issue de la séance de 2018, il a été proposé de recentrer les rencontres sur la région Grand Est afin de travailler en plus petit comité pour permettre aux CDCA de la région de mieux se connaître et d'échanger de manière plus approfondie sur leurs pratiques. L'objectif était pour chaque CDCA de présenter ses travaux et son mode de fonctionnement.

Et maintenant ?

En 2019, le souhait était d'organiser une première rencontre interdépartementale uniquement à l'échelle de la région Grand Est. La première rencontre des dix départements de Grand Est a été organisée le 14 octobre 2019 par les Vosges.

« La rencontre de 2019 a été l'occasion d'échanger sur les pratiques des CDCA de manière collégiale et de travailler sur un thème transversal. En l'occurrence, c'est l'habitat autonomie qui a été traité. »

4. Mobilisation des représentants des CDCA au sein d'autres instances

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. Il dispose dans ce cas d'une voix délibérative ou consultative.

4.1. Modalités de désignation des représentants des CDCA

Tous les CDCA qui ont transmis un rapport pour la période 2017-2018 ont désigné au moins un représentant dans les sept instances prévues par la loi, et un quart des CDCA ont procédé à l'ensemble de ces désignations. La moitié des CDCA indiquent avoir effectué au moins cinq désignations, ce qui correspond aussi au nombre moyen de nominations par CDCA durant la période 2017-2018.

Parmi les instances extérieures concernées, la CDAPH a fait l'objet du plus grand nombre de désignations de représentants des CDCA en 2017-2018 (graphique 9). En effet, 95 % des CDCA qui ont transmis leur premier rapport biennal, soit 86 CDCA sur 91, indiquent avoir désigné un représentant à la CDAPH, comme prévu par le Code de l'action sociale et des familles. Au plus près du quotidien des personnes concernées, cette instance a pour mission d'ouvrir les droits et prestations aux personnes en situation de handicap après analyse de leurs besoins.

Après la CDAPH, c'est pour le conseil territorial de santé (CTS) que les CDCA ont le plus largement procédé à la désignation de leur représentant avec 82 instances sur 91, soit 90 %. Le CTS participe à la déclinaison du projet régional de santé sur le territoire, le PRS faisant partie des principaux objets de travail des CDCA.

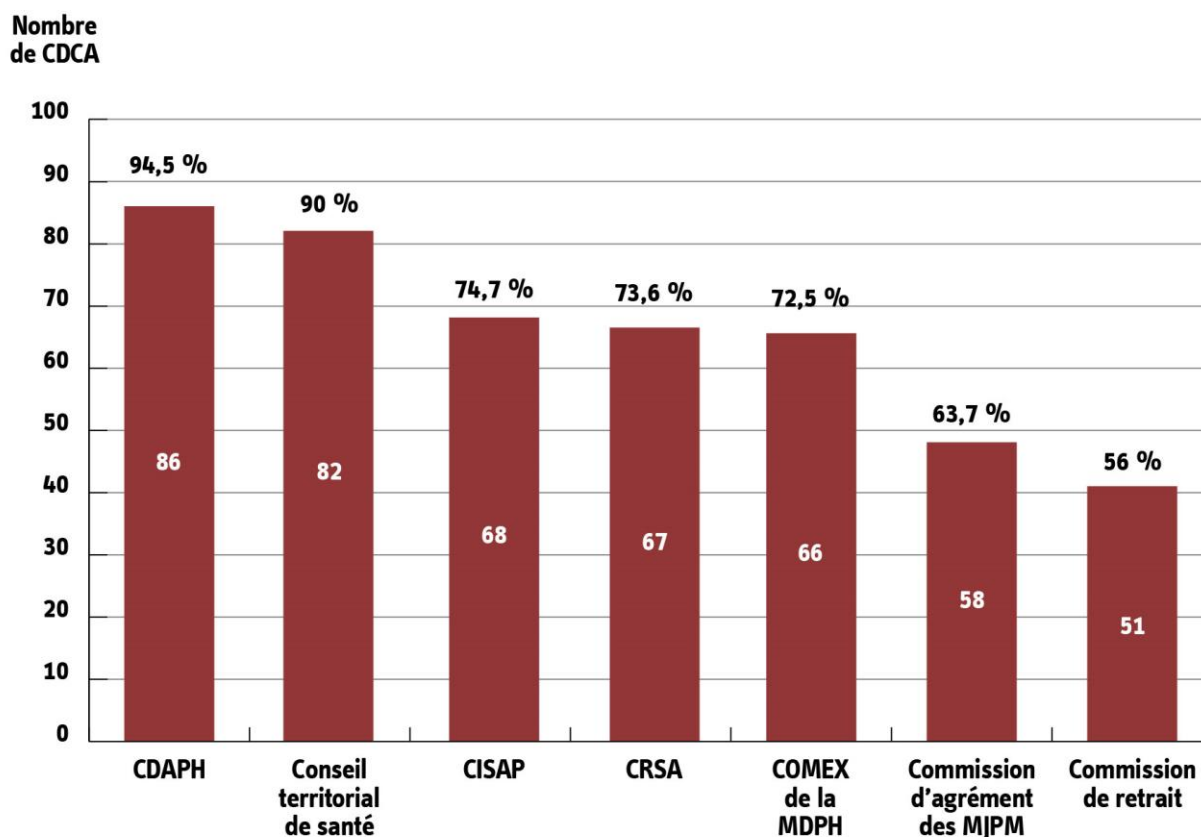
La désignation des représentants à la commission d'information et de sélection d'appels à projets sociaux ou médico-sociaux (CISAP) est mentionnée par 68 CDCA (75 %). Au niveau départemental, les représentants des usagers nommés par le CDCA sont dotés de voix délibératives au sein de la CISAP lors de l'étude des projets de création et de transformation d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux en vue de l'obtention d'une autorisation de la part du président du conseil départemental.

Selon les rapports transmis par les CDCA, près des trois quarts (67 sur 91) d'entre eux ont également désigné des représentants à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). Les membres représentants d'associations de personnes âgées ou en situation de handicap au sein de cette instance de concertation sur la politique régionale de santé sont ensuite nommés par le directeur général de l'ARS.

Un peu moins des trois quarts des CDCA ayant transmis leur rapport (66 sur 91) indiquent avoir désigné des représentants à la commission exécutive (COMEX) chargée de l'administration de la MDPH, et 58 CDCA sur 91 indiquent avoir désigné un représentant dans la commission départementale d'agrément des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (MJPM) exerçant à titre individuel, créée par le décret du 27 décembre 2016.

Enfin, un peu plus de la moitié des rapports (51 sur 91) font état de désignations à la commission consultative de retrait des agréments d'accueillants familiaux auprès du président du conseil départemental.

Graphique 9 : Analyse du nombre de désignations de représentants des CDCA dans des instances extérieures

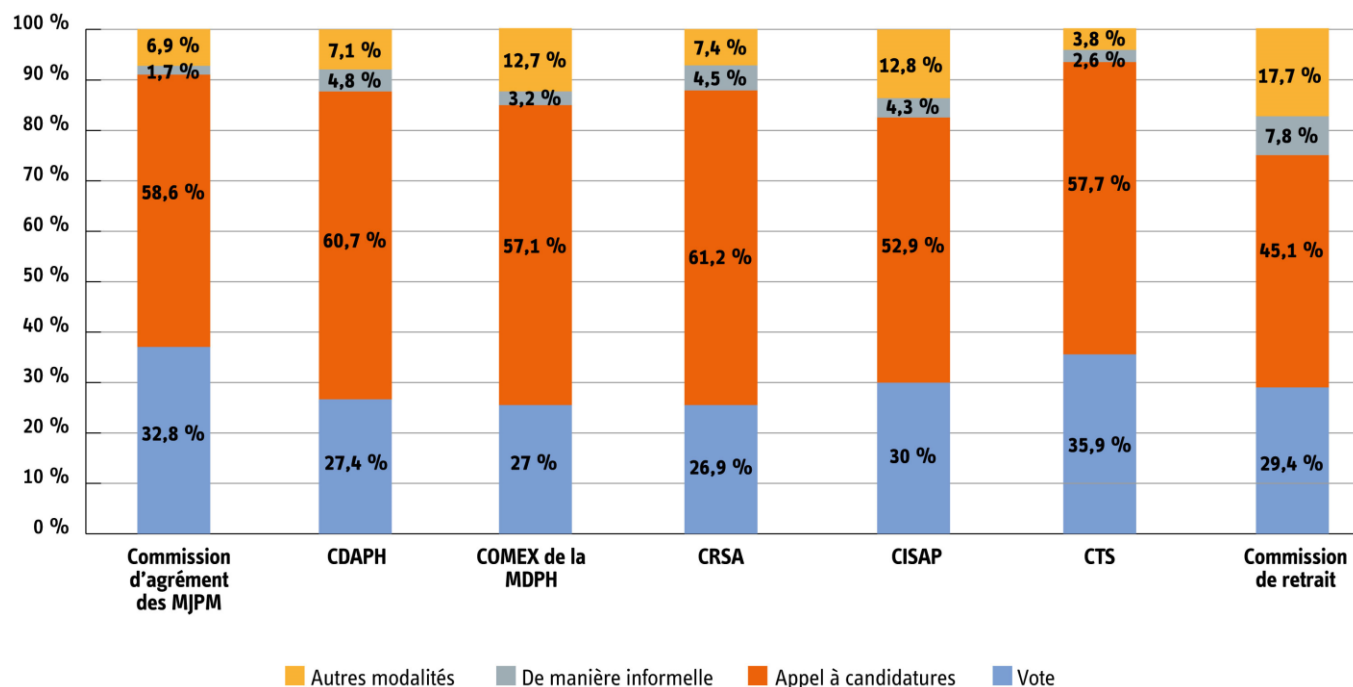


Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

Pour ce qui concerne la procédure de désignation, la majorité des CDCA (entre 45 % et 61 % en fonction de l'instance extérieure concernée) ont choisi de lancer un appel à candidatures ouvert, sans vote (graphique 10). Un vote a été organisé par un tiers des CDCA (entre 27 % et 36 % en fonction de l'instance), le plus souvent pour désigner les représentants au conseil territorial de santé. Une partie très minoritaire des CDCA (entre 2 % et 8 %) indique avoir procédé aux désignations de façon informelle, notamment pour la commission de retrait des agréments familiaux.

Enfin, environ 10 % des CDCA ont évoqué d'autres modalités de désignation (13 % pour la COMEX et la CISAP et près de 18 % pour la commission de retrait des agréments familiaux), sans apporter systématiquement de précisions sur la procédure spécifique adoptée. Dans certains cas, par exemple pour les instances de la MDPH, les rapports indiquent qu'il s'agit du maintien de la candidature d'anciens représentants des instances consultatives ayant précédé la création du CDCA. Par ailleurs, plusieurs CDCA précisent qu'une partie des personnes désignées pour siéger au sein de la COMEX de la MDPH ne sont pas elles-mêmes membres du CDCA.

Graphique 10 : Modalités de désignation des représentants par les CDCA



Source : CNSA, données transmises par les CDCA, 2017-2018.

4.2. Un faible taux de retour sur les travaux dans des instances extérieures

En raison de l'installation récente d'un grand nombre de CDCA, peu de retours détaillés concernant les travaux des instances extérieures pour lesquelles les CDCA désignent des représentants sont disponibles dans les rapports. Ainsi, plusieurs CDCA indiquent que les réunions étaient programmées, mais n'avaient pas encore eu lieu au moment de la rédaction du rapport.

Parmi les retours disponibles, ce qui revient le plus souvent est l'importance d'avoir une bonne représentation des usagers, ainsi que les effets positifs en matière de remontée d'information et la meilleure connaissance des dispositifs pour les membres du CDCA grâce à ces participations. À la marge, des observations sur des sujets spécifiques traités par les instances sont évoquées, par exemple les travaux de la CRSA sur l'accès aux soins et la mobilité ou la possibilité de faire remonter les besoins et les spécificités du public au sein de la CISAP afin de vérifier la pertinence des projets déposés.

Les rapports font état d'une collaboration globalement positive entre les instances. Toutefois, une grande partie des CDCA indiquent ne pas encore mettre à profit la participation de leurs représentants aux instances extérieures, et des réflexions pourraient être menées sur cette question.

📌 Retour du CDCA concernant les travaux de la CDAPH

Nièvre (58)

« Retour du titulaire : Je siége à la CDAPH en tant que représentant du CDCA. La CDAPH se réunit deux fois par mois en réunions plénières (une CDAPH enfant et une CDAPH adulte) auxquelles j'assiste. Lors de ces CDAPH, le personnel en charge des dossiers nous présente les dossiers pour discussion et validation. Il peut y avoir également des familles auditionnées lors de ces CDAPH. Lorsqu'elles se présentent, trois à quatre membres de la CDAPH, un membre du personnel en charge du dossier et le président ou le vice-président de la CDAPH les reçoivent dans une salle à part. Puis le dossier est discuté en CDAPH plénière pour avis et validation. »

📌 Retour du CDCA concernant les travaux du CTS

Val-d'Oise (95)

« Pour sa formation personnes âgées, le CDCA 95 est représenté au conseil territorial de santé du Val-d'Oise dans le collège 2 "usagers" par deux délégués titulaires et deux suppléants. Ceux-ci sont régulièrement présents aux réunions plénières qui sont au nombre moyen de quatre par an.

Après une période de "rodage" du fonctionnement interne de cette institution, les personnes du CDCA ont désormais la possibilité de participer plus activement aux séances plénières du CTS 95. Ils se sont exprimés, en particulier, sur les insuffisances observées dans le prochain plan régional de santé (2018-2022). De plus, et à leur demande, les comptes rendus détaillés comprennent également les documents pédagogiques présentés en séance. Cela permet maintenant de diffuser toutes ces informations à l'ensemble des membres du CDCA.

Enfin, les délégués du CDCA 95 sont désormais associés dans le choix des thèmes et la préparation des réunions à venir, en particulier pour le "grand débat public" organisé par le CTS 95 durant le quatrième trimestre 2019. Le sujet central en sera "la parole des usagers dans notre système de santé". Dans ce cadre, ils ont déjà participé à plusieurs réunions de bureau élargi pour donner leurs avis et émettre des propositions.

Un dialogue constructif s'est donc instauré, et la parole des représentants du CDCA est réellement écoutée. »

Conclusion

La synthèse nationale des rapports d'activité des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie sur la période 2017-2018 renvoie une image encourageante de la mise en œuvre et du fonctionnement de cette nouvelle instance de démocratie participative pour ses deux premières années d'existence :

- > une installation achevée des CDCA dans l'ensemble des territoires métropolitains et trois collectivités d'outre-mer ;
- > une mobilisation importante des CDCA pour ce premier exercice de bilan national, avec un taux de retour des rapports de 93 % ;
- > une montée en puissance relativement rapide du dispositif, à travers la mise en place des formations plénières et spécialisées, des commissions et des bureaux, l'adoption de règlements intérieurs, les réponses aux saisines pour consultation, ainsi que diverses initiatives telles que des recommandations, des débats, des enquêtes et des événements concernant les politiques de l'autonomie ;
- > le principe de la transversalité entre les secteurs du vieillissement et du handicap très majoritairement respecté au sein des organes internes des CDCA.

Les premiers éclairages concernant le cœur de l'activité des CDCA portent sur sa mission consultative et sur son articulation avec d'autres instances consultatives et dispositifs de coordination des parcours des personnes âgées ou en situation de handicap. Ainsi, en 2017-2018, 97 % des CDCA répondants ont rendu au moins un avis consultatif, et tous ont désigné au moins un représentant dans des instances extérieures. Le PRS et le schéma départemental de l'autonomie constituent les principaux textes sur lesquels les CDCA se sont prononcés, le département et l'ARS étant par ailleurs leurs principaux interlocuteurs et partenaires.

Pendant ces deux premières années de fonctionnement, les CDCA ont également été confrontés à un certain nombre d'obstacles liés à l'articulation avec d'autres instances intervenant dans le champ de l'autonomie, aux conditions de mise en œuvre des CDCA jugées relativement rigides et au manque de moyens. Face à ces difficultés, les CDCA ont su faire preuve d'une forte adaptabilité en mettant en place diverses mesures afin de faciliter la participation des membres et de favoriser la qualité des débats, grâce à une organisation de travail souple, à un accompagnement spécialisé pour les membres non professionnels, à un travail de priorisation et à des outils de coordination mobilisés par les départements. Les prémices d'un travail en réseau entre les CDCA ont pu être observées, permettant un échange de bonnes pratiques et ouvrant la perspective d'une collaboration plus poussée pour les prochaines années.

Glossaire

ARS : Agence régionale de santé

AESH : Accompagnant d'élèves en situation de handicap

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ASV : Adaptation de la société au vieillissement (loi du 28 décembre 2015)

AVS : Auxiliaire de vie scolaire

CASF : Code de l'action sociale et des familles

CCAS : Centre communal d'action sociale

CD : Conseil départemental

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

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

CDCPH : Conseil départemental consultatif des personnes handicapées

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

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

CLIC : Centre local d'information et de coordination gérontologique

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

CTS : Conseil territorial de santé

CVS : Conseil de la vie sociale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DIRECCTE : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

ETP : Équivalent temps plein

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

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

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MJPM : Mandataire judiciaire à la protection des majeurs

PCH : Prestation de compensation du handicap

PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées

PRS : Projet régional de santé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

Imprimeur : Imprimerie de La Centrale – 62302 Lens Cedex

Date d'achèvement du tirage : Octobre 2020

Dépôt légal : Octobre 2020

www.cnsa.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
www.monparcourshandicap.gouv.fr



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