



# Les PCPE, entre singularités et similitudes, un nouveau rouage dans la transformation de l'offre

*Rapport d'étude sur le fonctionnement des six PCPE  
de la région Centre-Val de Loire*



*Etude réalisée à la demande de l'ARS Centre-Val de Loire*

**Novembre 2020**



## **Etude réalisée par**

*Mathilde Beauvallet, chargée d'études,*

*Charlotte Perrot-Dessaux, conseillère technique et d'études,*

*Vincent Romeyer-Dherbey, conseiller technique,*

*avec l'aide de Mamy Raharijaona, assistante de direction*

*et sous la direction de Séverine Demoustier, directrice*

## Remerciements

Nous remercions l'ensemble des PCPE, directions et équipes, pour avoir pris le temps de remplir notre questionnaire, de scanner les conventions de partenariats, de renseigner les tableaux des domiciles des personnes accompagnées et les tableaux des prestations facturées. Nous les remercions également de nous avoir ouvert les portes de leur dispositif, malgré la crise sanitaire et ses conséquences. Ils ont partagé avec nous leurs expériences, leurs pratiques, leurs convictions, et leurs doutes, parfois.

Nous remercions les directions de la Solidarité et de l'Autonomie, dans les Conseils départementaux, ainsi que leurs directions adjointes, ou les directions des MDPH/MDA pour s'être rendues disponibles rapidement, au mois de juin, et pour nous avoir accordé de longs entretiens pour mieux comprendre les relations entre les MDPH/MDA et les PCPE.

Nous remercions les directeurs généraux des associations, pour nous avoir invités au Comité régional stratégique du 5 octobre 2020, afin de partager la restitution du rapport d'activité unique 2019, et nous permettre de présenter et discuter les premiers résultats de l'étude.

Nous remercions Monsieur Lemarchand, Madame Jamet et Madame Mazel de l'ARS, pour les échanges à propos de l'étude à la sortie de la (première vague de la) crise sanitaire et durant l'été.

# Table des matières

Introduction.....	7
<b>1. La commande d'étude par l'ARS Centre-Val de Loire .....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. Le contexte de l'étude .....</b>	<b>9</b>
1.1.1. La mise en place des PCPE.....	9
1.1.2. L'évaluation des PCPE par les ARS : une instruction qui guide l'évaluation.....	11
<b>1.2. La problématique et la modélisation.....</b>	<b>12</b>
<b>1.3. La méthodologie .....</b>	<b>15</b>
1.3.1. Etude des données : les différents temps de l'étude.....	15
1.3.2. Etudes des données : les différents matériaux d'étude.....	17
<b>2. Les PCPE de la région Centre-Val de Loire : des identités plurielles .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 L'impossibilité de « faire parler » les chiffres .....</b>	<b>19</b>
2.1.1. Problématiques de définitions et d'indicateurs.....	19
2.1.2. Carence d'indicateurs sur la mobilisation du droit commun .....	23
2.1.3. La seule comparaison méthodologiquement valable : les chiffres au sein d'un même PCPE .....	26
<b>2.2. Des PCPE « généralistes » aux contours flous .....</b>	<b>29</b>
2.2.1. Le cahier des charges national des PCPE : un texte règlementaire aux entrées très larges .....	29
2.2.2. Des projets déposés différents.....	31
2.2.3. Questionnement permanent des professionnels et des directions autour des missions.....	34
<b>2.3. Des publics représentatifs des choix et des contraintes des PCPE.....</b>	<b>42</b>
2.3.1. Les PCPE prennent le pouls des besoins du territoire.....	43
2.3.2. ...en fonction du mode d'accès du public.....	45
2.3.3. Des modalités au cas par cas, pour retrouver la cohérence dans l'accompagnement.....	46
<b>2.4. Les PCPE : des catalyseurs d'une transformation de l'offre inachevée .....</b>	<b>53</b>
2.4.1. Mobiliser des ressources limitées .....	54
2.4.2. Un paysage médico-social encore trop figé .....	59
2.4.3. Valoriser les prestations mutualisées quand la grille de lecture n'existe pas.....	61
2.4.4. Les stratégies mises en place par certains PCPE pour mobiliser des compétences ressources externalisées .....	63
<b>2.5. La place des familles et de l'entourage dans le dispositif PCPE.....</b>	<b>66</b>
2.5.1. Le double accompagnement de la personne bénéficiaire et de son entourage.....	66
2.5.2. La prestation aux aidants : un volet encore peu développé .....	69
2.5.3. La Communauté 360, une possibilité d'entrer en contact avec des aidants ?.....	72

3. Fiches portraits des PCPE .....	74
<b>3.1. Le PCPE de XX.....</b>	<b>74</b>
3.1.1. Les équipes, le territoire et ses ressources partenariales .....	74
3.1.2. Le diagnostic territorial du PCPE .....	74
3.1.3. Le lien avec la MDPH .....	75
3.1.4. Les prestations offertes par le PCPE de XX.....	75
3.1.5. Modélisation du réseau PCPE.....	76
3.1.6. Eléments saillants à retenir .....	76
4. Préconisations .....	77
<b>4.1. Redéfinir les missions des PCPE .....</b>	<b>77</b>
4.1.1. Les missions en lien avec les MDPH/MDA.....	77
4.1.2. Les modalités de réponse des PCPE ayant un impact sur leurs missions.....	78
<b>4.2. Mesurer l'activité de façon harmonisée : un outil fiable et adapté .....</b>	<b>78</b>
<b>4.3. Réunir les conditions favorables pour des accompagnements de qualité.....</b>	<b>79</b>
<b>4.4. Maintenir une dynamique collective .....</b>	<b>80</b>
4.4.1. Utiliser la coordination régionale pour valoriser ses pratiques innovantes.....	80
4.4.2. Lancer une dynamique partagée et à plus long terme, pour comprendre et partager l'objet de recherche PCPE .....	81
Conclusion .....	82
Bibliographie.....	83
Table des illustrations.....	84

## Introduction

Les Pôles de Prestations et de Compétences Externalisées (PCPE) sont des dispositifs du secteur médico-social, conçus dans la suite du rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution », qui se sont déployés à la fois dans le cadre de la Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT) et de la transformation de l'offre médico-sociale, avec le passage d'une logique de places à une logique de parcours.

Les PCPE sont financés par les Agences Régionales de Santé (ARS). Ils ont été installés en région Centre-Val de Loire dans le courant de l'année 2018 et sont au nombre de six, soit un par département. Lors de la publication de l'appel à projet de l'ARS, il était demandé aux porteurs de projet de proposer des PCPE généralistes, s'adressant à tous les publics en situation de handicap et couvrant la totalité de leur territoire départemental. L'ARS a désigné les porteurs de ces PCPE, leur attribuant le même financement selon une enveloppe fixe par année, et pour une durée de conventionnement de trois ans.

Au moment du renouvellement de ces conventions, il incombe à l'ARS de s'assurer que les PCPE développés correspondent à la fois à leur projet initial et au cahier des charges. Le CREAI a alors été mandaté pour le vérifier et comprendre le fonctionnement spécifique des six PCPE.

## 1. La commande d'étude par l'ARS Centre-Val de Loire

Suite à l'Instruction N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) pour les personnes en situation de handicap, l'ARS Centre-Val de Loire a lancé un appel à candidature, ouvert du 27 octobre 2016 au 27 janvier 2017, concernant la création de PCPE départementaux.



Les projets attendus devaient répondre aux critères d'évaluation nationaux et aux trois critères régionaux qu'étaient : la connaissance et l'analyse du territoire d'intervention ; les modalités de mise en œuvre d'une gouvernance régionale (propositions concernant le dispositif intégré) et les modalités de coordination avec les autres dispositifs en région (PTA, ERHR).

Le choix de l'ARS était de développer des PCPE généralistes, couvrant chacun l'ensemble de leur territoire départemental.

À la suite de cette publication, l'URIOPSS Centre (Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux) a organisé une rencontre rassemblant l'ensemble des porteurs potentiels et des acteurs intéressés à la proposition, afin d'induire l'interconnaissance et de poser la base des futurs partenariats.

À l'issue de la procédure d'appel à projet, les 6 projets portés par les acteurs suivants ont été retenus :

- dans le Cher (18) : PEP 18
- dans l'Eure-et-Loir (28) : PEP 28
- dans l'Indre (36) : PEP 36
- dans l'Indre-et-Loire (37) : APF France Handicap
- dans le Loir-et-Cher (41) : APAJH 41
- dans le Loiret (45) : PEP 45

En 2017, seul le PCPE de l'Indre-et-Loire porté par l'APF France Handicap a fonctionné quelques mois, à la fin de l'année.

Après une année de plein exercice en 2018 (à nuancer selon les départements), un rapport d'activité unique de tous les PCPE a été transmis à l'ARS, sur la base des indicateurs demandés par cette dernière. Il en ressort des modalités d'intervention différentes et des écarts majeurs dans certains domaines (recours à la marge ou en majorité aux prestations externalisées, prestation de coordination renforcée, ETP internes et mutualisés, etc.). Un nouveau rapport a été transmis sur l'activité 2019, avec à nouveau des écarts importants constatés.

Après deux années d'exercice effectif, l'ARS souhaite comprendre, dans une approche plus qualitative, le fonctionnement des 6 PCPE départementaux. En effet, elle constate des glissements de tâches entre certaines MDPH et le PCPE départemental, ou encore un nombre d'ETP et de profils professionnels variables, des moyens peu utilisés, pour des budgets équivalents. Il est donc nécessaire de mieux cerner les raisons des écarts constatés entre les projets et les résultats effectifs, ainsi que les écarts d'un PCPE à l'autre.



Plus précisément, l'étude commandée par l'ARS au CREAI se donne pour objectifs :

- de comprendre le fonctionnement des PCPE sur la région
- de comprendre comment les PCPE s'inscrivent dans le parcours de vie des personnes qu'ils accompagnent : à quel moment et pour quelles raisons l'accompagnement par un PCPE s'est-il mis en place ?
- d'identifier les différentes pratiques d'accompagnement mises en œuvre par les 6 PCPE et leur adéquation avec les besoins identifiés des personnes et leurs familles
- de repérer les facteurs qui constituent des obstacles ou des leviers pour les PCPE (en particulier les partenariats existants et attendus).

## 1.1. Le contexte de l'étude

### 1.1.1. La mise en place des PCPE

En 2012, déjà, le Conseil de la CNSA publiait un rapport intitulé *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*. Se référant à l'OMS pour les déterminants de la santé ainsi qu'à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, le rapport enjoignait les secteurs sanitaire, médico-social et social à entrer dans une logique de co-intervention.

*La clé d'entrée pertinente n'est plus l'offre et ses différentes catégories (logique de « lits et places ») ou les frontières entre territoires institutionnels, mais l'usager et ses besoins et attentes, le partage d'objectifs communs au service des personnes.<sup>1</sup>*

Dans la suite du rapport de Denis Piveteau, conseiller d'État, intitulé « *Zéro sans solution* » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*<sup>2</sup>, remis le 10 juin 2014, la notion de « parcours » – de soin, d'accompagnement, de vie – s'est invitée dans l'agenda politique, et les cadres d'intervention ont été repensés pour tendre vers cette approche.

Ainsi, l'instruction N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées pour les personnes en situation de handicap présente le cahier des charges et les modalités de déploiement des PCPE.

S'ensuit la circulaire N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, qui dans son annexe 8 relative aux Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées, détaille quatre axes principaux et concomitants :

*1/ La mise en place d'un dispositif d'orientation permanent*

---

<sup>1</sup> Conseil de la CNSA, 2012. *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé*. Rapport de la CNSA. [repéré à ]

[https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir\\_la\\_continuite\\_des\\_parcours\\_de\\_vie\\_2012.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf)

<sup>2</sup> Denis Piveteau, 2014. « *Zéro sans solution* » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. [repéré à ]

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Zero\\_sans\\_solution\\_.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf)

2/Le déploiement d'une réponse territorialisée

3/ La création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs

4/ L'accompagnement au changement des pratiques et la formation

C'est alors que les premiers PCPE ont été déployés sur le territoire national.

Cette première circulaire a été complétée par la circulaire N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2017/150 du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées, dans laquelle le chapitre « Poursuivre et intensifier le déploiement des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE) » indique :

*« Le déploiement des PCPE a été lancé au dernier trimestre 2016, l'instruction précitée relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées apporte des précisions complémentaires à celles du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des PCPE, quant à son cadre de fonctionnement pour une mise en œuvre plus homogène sur le territoire. »*

C'est dans ce cadre qu'a été lancé en région Centre-Val de Loire l'appel à projet de l'ARS pour la mise en place de PCPE départementaux, dont l'enveloppe allouée pour chacun d'eux est de 100 000 €.

D'autre part, le second Projet Régional de Santé (PRS2) insiste sur la nécessité de « favoriser l'inclusion tout au long de la vie par transformation de l'offre médico-sociale » (objectif 14 page 52).

*« La mise en place de la démarche « Réponse Accompagnée Pour Tous » est un enjeu essentiel pour accompagner et sécuriser ces évolutions, en articulant les demandes, les besoins et l'offre » (p 52)*

*« On note [...] l'émergence de nouveaux dispositifs, permettant une inclusion : les équipes mobiles de gériatrie, l'expérimentation Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) en Indre-et-Loire et les Pôles de Compétences et de Prestations Externes (PCPE) depuis 2017. » (p 53)*

L'objectif 12 du PRS2 est ainsi détaillé :

*« - Accompagner la réorganisation de l'offre existante afin que chaque acteur contribue à une meilleure adaptation de l'offre territoriale aux besoins, de manière concertée et coordonnée (une attention particulière sera portée à l'effectivité des organisations inclusives et alternatives, adaptées aux besoins des personnes concernées.)*

*- Compléter et diversifier le « panier de services » disponible sur les territoires en créant (par transformation, renforcement ou ex nihilo) de nouveaux dispositifs allant dans le sens d'une souplesse et d'une modularité accrue.*

*- Développer l'intervention des ESMS à domicile, en milieu ordinaire et en articulation avec les acteurs du droit commun et avec les dispositifs de l'Éducation Nationale.*

*- Favoriser un fonctionnement souple des ESMS s'adaptant aux besoins des personnes ».*

Sont décrites enfin les modalités de mise en œuvre :

*« La démarche « Réponse accompagnée » s'appuiera notamment sur les dispositifs intégrés Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), l'emploi accompagné, les Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), l'habitat inclusif, les groupements d'entraide mutuelle (GEM)... et la promotion de dispositifs et financements modulables ainsi qu'un recours*

*préférentiel aux dispositifs de droit commun dès lors que cela est adapté aux besoins. Elle a vocation à mieux utiliser et adapter l'offre en permettant :*

- *une utilisation subsidiaire de l'offre médico-sociale en complément du droit commun*
- *le bénéfice des accompagnements les plus intégrés et lourds à ceux qui en ont le plus besoin (polyhandicap, autisme...)*
- *d'introduire plus de souplesse dans les autorisations » (p. 54).*

### 1.1.2. L'évaluation des PCPE par les ARS : une instruction qui guide l'évaluation

Les « éléments de descriptif, de suivi et d'évaluation » des PCPE sont présentés en annexe 3 de l'instruction N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016.

Trois grands domaines sont proposés :

- 1/Description du gestionnaire et de la structure porteuse du Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
- 2/ Description du projet de Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
- 3/ Appréciation qualitative et particularités du Pôle

Le deuxième domaine implique de fournir des détails sur le fonctionnement :

- Territoire couvert par le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
- Réseau des partenaires amenés à intervenir dans le cadre du PCPE (entre autres, les natures des partenariats en joignant les conventions, les profils des professionnels mobilisés et prestations proposées)
- Profil de l'équipe du PCPE
- Les prestations offertes par le PCPE (en s'appuyant sur la nomenclature SERAFIN-PH et le cas échéant, indiquer les prestations qui n'y seraient pas trouvées)
- Modalités d'organisation et de fonctionnement du PCPE, dont (liste non exhaustive) :
  - liens structurels et modalités de mutualisation des moyens entre la structure porteuse et le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées;
  - modalités de coordination de l'équipe, des membres du réseau, de l'équipe et des membres du réseau;
  - modalités d'accès au PCPE (direct, orientation par un membre du réseau des partenaires, par les CDAPH, par les commissions départementales en charge de la gestion des situations critiques, par le référent régional pour les situations critiques de l'ARS...);
  - modalités de priorisation des demandes et de mise en œuvre d'une première réponse (délais pour une première réponse, synthèse des éléments de bilan déjà disponibles, réalisation d'une évaluation fonctionnelle complémentaire le cas échéant, écoute et information des familles, réorientation adaptée, mise en place des premières prestations, partenariat avec la MDPH...);
  - modalités de réévaluation des besoins des personnes en vue d'un maintien ou d'une sortie (anticipée et accompagnée) du dispositif vers une réponse plus adaptée, partenariat avec la MDPH;

- modalités de suivi du fonctionnement du PCPE.

- Activité du PCPE (files actives des personnes ayant bénéficié de prestations directes par le PCPE ou externalisées, files actives des aidants ayant bénéficié de prestations directes par le PCPE ou externalisées).

Le rapport unique d'activité pour les PCPE de la région Centre-Val de Loire, dont la trame a été proposée par l'ARS, reprend l'ensemble de ces points.

L'étude du fonctionnement des différents PCPE de la région Centre-Val de Loire par le CREAI permettra d'éclairer ou de mieux comprendre la spécificité de chacun des PCPE et quelles pistes de travail pourraient être proposées.

## 1.2.La problématique et la modélisation

La mise en place des PCPE constitue un exemple au sein des politiques publiques dans le passage d'une logique de places à une logique de parcours. D'autres dispositifs en cours de développement répondent parallèlement à ce nouveau paradigme ; c'est le cas des dispositifs intégrés en ITEP et en IME, c'est aussi le cas des MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie), des PAERPA (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie), ou des PTA, qui ont démontré leur intérêt et qui sont aujourd'hui peu à peu refondés dans les DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination).

À partir du basculement dans cette logique s'opèrent un certain nombre de changements, que les acteurs apprennent et expérimentent au fur et à mesure du déploiement de ces nouveaux dispositifs. Ainsi, ce ne sont plus les places offertes par les structures qui encadrent et régissent l'accompagnement – avec tout l'éventail de l'organisation sous-jacente des logiques de « placement », des schémas territoriaux jusqu'à l'accompagnement individuel – mais les besoins et attentes de la personne accompagnée qui dictent les services qui seront apportés, avec des combinaisons et des ajustements propres à sa situation. Ainsi le décloisonnement est nécessaire pour multiplier les possibilités et ouvrir la palette des prestations, pour développer « *une vision transversale là où présidait une compréhension linéaire des actions* »<sup>3</sup>, sur différents temps de vie et avec différents professionnels.

Mais pour que l'accompagnement soit opérant et inclusif, il faut que les acteurs se coordonnent. Cette coordination implique de la souplesse dans les propositions, un maillage territorial étroit entre partenaires, une articulation avec le droit commun, le partage d'informations, mais aussi une prise en compte des attentes et le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées<sup>4</sup>.

Si les circulaires et le cadre juridique autorisent les conventions de partenariat, les mutualisations et le recours aux prestations extérieures sur le plan financier, les questions de régulation au sein du réseau demeurent : qui détient l'autorité pour la mise en œuvre des prestations permettant d'atteindre les objectifs fixés dans le plan personnalisé d'accompagnement ? Comment le coordinateur du PCPE peut-il demander

<sup>3</sup> Daniel Mellier, 2018. Processus et enjeux du décloisonnement des parcours de vie, in Nicolas Guirimand et al., *Les nouveaux enjeux du secteur social et médico-social*, Champ social, p. 11

<sup>4</sup> Nadine Dubruc et Laurent Vialette, 2019. « Le promoteur de parcours inclusif : coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire ». *Management & Avenir Santé*, Management Prospective Ed. [N° 5] p. 56.

des ajustements dans l'intervention d'un professionnel avec lequel il n'a pas de lien hiérarchique ? Quels sont les savoir-faire déployés par ces coordinateurs, en-dehors des habituels « référentiels métiers » pour créer la synergie autour de l'accompagnement ? Comment les soutenir dans leurs pratiques, en plus des recommandations publiées sur la coordination, et comment soutenir également leurs interlocuteurs par des compétences complémentaires ? Comment construire et entretenir un partenariat mobilisant et respectant les compétences et expertises de chacun, dans l'intérêt des personnes accompagnées ? Comment se sentir autorisé à solliciter un interlocuteur d'une autre institution ? Quelles informations partager ? Qui est légitime à coordonner ?...

Par ailleurs, depuis une dizaine d'années, la coopération se développe<sup>5</sup> dans le secteur médico-social. Le guide méthodologique de l'ANAP, sorti en 2012 et intitulé *Les coopérations dans le secteur médico-social*, indique en effet que la coopération est « *un impératif lié à l'atomicité des acteurs et à sa complexité* » et que « *la multiplication des contraintes de gestion, la mise en place d'économies d'échelle, [...] des accompagnements à adapter pour répondre à une logique de parcours des usagers [...] sont autant d'éléments militant en faveur de la coopération dans le secteur médico-social.* » Les enjeux soulignés sont notamment l'évolution de l'offre (tant sur le plan individuel que collectif) afin de « *réduire les inégalités de ressources à l'intérieur des régions [...] et développer une offre de services qui dépasse l'approche segmentée par structure pour promouvoir une logique de parcours de vie et de soins dans le cadre de coopérations et d'une approche territorialisée* ».

Le déploiement des coopérations fait basculer les acteurs d'une logique de concurrence à une logique de partenariat. En effet, depuis une dizaine d'années, la création de nouveaux services ou de nouvelles places dans le secteur social et médico-social passe en partie par le biais d'appel à projets, où par définition les répondants sont en concurrence. Les PCPE de la région Centre-Val de Loire, créés dans l'optique d'une offre généraliste, n'ont pas échappé à ce mouvement. Pourtant, le déploiement des actions externalisées du PCPE nécessite le partenariat, c'est pourquoi les porteurs de PCPE et leurs partenaires-réseau font face, dans la mise en œuvre même du dispositif, à une injonction paradoxale. Dans certains départements, une concertation préalable et des négociations ont permis une réponse commune portée par un seul acteur, mais soutenue par d'autres, voire une co-écriture de projet. Pour ces cas apparemment pacifiés, dans quelle mesure les petites structures ne se sont-elles pas effacées au profit des plus grosses associations gestionnaires, en fonction de dynamiques territoriales préexistantes et déjà hiérarchisées ?

Dans d'autres départements, plusieurs structures ont répondu séparément à l'appel à projet, et une seule a été retenue. Mais cette dernière est tenue de maintenir une forme de collaboration avec ses concurrents, si ces derniers lui permettent d'élargir sa palette de prestations (au niveau territorial, profils de professionnels, spécialisation vis-à-vis d'un type de public, etc.).

Ainsi, il est nécessaire de comprendre les enjeux qui sous-tendent les logiques de coordination et de coopération, au sein et autour des PCPE. Les questions de confiance réciproque, mais aussi la recherche d'équilibre et de complémentarité dans les partenariats<sup>6</sup> sont une garantie de leur pérennité et de leur efficacité.

<sup>5</sup> Marc Fourdrignier, 2016. « Les coopérations, de nouvelles transactions dans le travail social ? ». *Pensée plurielle*. De Boeck Supérieur [n° 43], p. 31.

<sup>6</sup> Marie-Aline Bloch, 2016. PFS : essais de définitions comparées et positionnements in Jean-René Loubat et al., *Concevoir des plateformes de services*. Dunod, p. 284

Enfin, le déploiement des PCPE est lié à « la Réponse Accompagnée Pour Tous ». Or, nous l'avons vu, il existe une forte intrication des quatre niveaux de mise en place de la RAPT (la mise en place d'un dispositif d'orientation permanent, le déploiement d'une réponse territorialisée, la création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs, l'accompagnement au changement des pratiques et la formation). Étudier le fonctionnement des PCPE nécessite d'avoir une connaissance précise des modalités de fonctionnement de la RAPT dans chacun des départements. En outre, il apparaît évident que le fonctionnement des PCPE dépend énormément de la relation définie et entretenue avec la MDPH/MDA du territoire, en plus de l'analyse indispensable du réseau des acteurs. C'est pourquoi une partie de l'étude doit porter sur l'articulation de la RAPT et du PCPE.

Pour tenter de répondre à la question principale de l'étude, à savoir : **quel est le mode de fonctionnement des PCPE en Centre-Val de Loire, nous proposons de modéliser les données recueillies au cours de l'étude.**

L'ARS a développé une offre de PCPE généralistes. Ainsi, il importera de vérifier la « couverture » des PCPE. La modélisation, avec les deux indicateurs que sont d'une part les compétences et d'autre part le type de structure apportant ces compétences, prendra forme selon le modèle suivant :

Plateformes d'offre de service	Services en santé							
	Thérapie antivirale	Gestion intégrée des maladies de l'enfance	Soins en santé mentale	Chirurgie	Immunisation	Distribution de moustiquaires	Traitement du diabète	Services d'obstétrique
Hôpital	X	X		X				X
Centre de santé	X	X	X		X		X	X
Équipe clinique mobile		X			X	X	X	X
Professionnel de santé à domicile	X		X			X	X	
Entourage			X			X	X	

Figure 1 : modèle de plateformes d'offre de service et de services rendus

<sup>7</sup> Marie-Aline Bloch. PFS : essais de définitions comparées..., op. cit.

## 1.3.La méthodologie

Au vu de la commande, des données de nature différentes sont à recueillir.

Il s'agit d'une part de récolter des données chiffrées, brutes, dans les rapports d'activité uniques ainsi que dans une fiche de renseignements. Il faut organiser ces données (éventuellement schématiser, cartographier) et les comprendre. Il peut y avoir une étape de comparaisons, **à la condition que les données soient effectivement comparables.**



Il s'agit d'autre part de recueillir des données qualitatives, à travers la fiche de renseignements, les parties rédigées des rapports d'activité et des entretiens avec des interlocuteurs différents. Ces données qualitatives permettent de comprendre les données quantitatives et d'estimer la faisabilité ou les biais des éventuelles comparaisons.

L'ensemble des données qualitatives recueillies servent aussi à comprendre les parcours d'accompagnement, les difficultés et les leviers sur le territoire, la dynamique partenariale.

Les différents types de données recueillis au niveau des étapes successives de l'étude sont explicités sur un tableau, à la page suivante.

### Un point de vigilance est à noter sur la méthodologie :

Sur la dimension territoriale et partenariale, la première intention était d'élargir et de croiser les regards sur la question partenariale, en sollicitant le point de vue des PCPE, mais aussi ceux de leurs partenaires. Cette option n'a finalement pas été retenue par l'ARS, mais elle limite la compréhension des enjeux qui sous-tendent les relations entre le PCPE, les partenaires ESMS et les autres partenaires (libéraux, droit commun, etc.), ainsi que l'appréciation de l'efficacité même du PCPE en matière de continuité de parcours et de complémentarité des prestations.

De la même façon, la compréhension des processus d'accompagnement et leur impact sur le parcours d'accompagnement des personnes bénéficiaires aurait pu s'enrichir du point de vue des personnes accompagnées. Cet élargissement n'a pas été retenu, ce qui limite là encore le croisement des regards et des réalités sur un même phénomène.

### 1.3.1. Etude des données : les différents temps de l'étude

Phase préparatoire :

- revue de littérature, étude des projets déposés<sup>8</sup> (avril – mai 2019)
- étude du rapport d'activité (RA) unique 2018 (mai 2019)

<sup>8</sup> Documents fournis par le commanditaire au moment de la crise sanitaire, avec ou sans les annexes contenant les lettres d'engagement de partenariat.

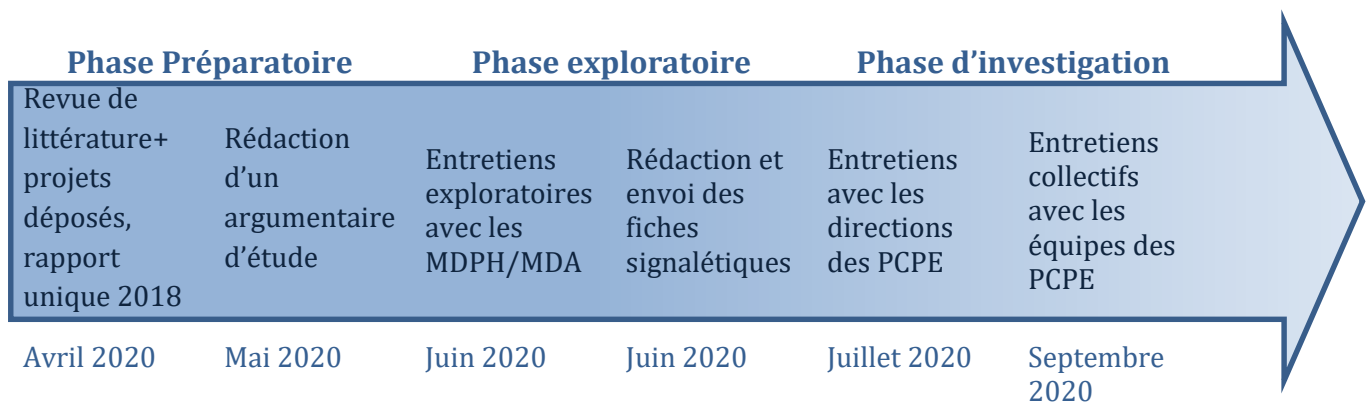
→ Rédaction et proposition d'un argumentaire à destination du commanditaire (mai 2019)

Phase exploratoire :

- entretiens exploratoires avec les MDPH/MDA (juin 2019)
- rédaction et envoi d'une fiche signalétique à remplir par les directions de PCPE : données quantitatives 2019 en attente de la réception du RA unique 2019 et explicitation des tendances, conventions de partenariat, logigramme de fonctionnement, tableau anonymisé des lieux de résidence des personnes accompagnées (juin 2019)

Phase d'investigation :

- entretiens téléphoniques avec les directions des PCPE (juillet 2019)
- entretiens collectifs avec les équipes des PCPE (septembre 2019). Les entretiens avec les équipes portaient sur deux situations, l'une considérée comme satisfaisante, l'autre considérée comme insatisfaisante au regard des critères du PCPE interrogé, et dans la mesure du possible une situation enfant, une situation adulte, sachant que le parcours des personnes au PCPE était terminé ou en voie de l'être.





## 1.3.2. Etudes des données : les différents matériaux d'étude

Type de donnée à recueillir	Support de recueil de données Détail sur la donnée	Document de projet	R.A. unique	Entretiens exploratoires	Fiche de renseignements PCPE 24 juin				Entretiens porteurs	Entretiens prof. PCPE
					Fiche signalétique	Tableur codes postaux résidence	Copie des conventions partenariat	Logigramme		
<b>Objectifs PCPE initiaux</b>		X							X	X
<b>Lien MDPH/MDA RAPT</b>				X					X	X
<b>Indicateurs de fonctionnement</b>	Données quantitatives, indicateurs		X		X					
	Cartographie				X	X	X			
	Partenariats (nombre, nature)					X	X			X
	Procédure d'entrée, d'accompagnement, de sortie							X		X
<b>Eléments qualitatifs</b>	Construction et positionnement sur le territoire		X				X		X	X
	Difficultés et leviers		X	X					X	X
	Parcours d'accompagnement/ plus-value des PCPE									X
	Objectifs du partenariat/modalités/dynamiques						X		X	

## 2. Les PCPE de la région Centre-Val de Loire : des identités plurielles

Au point de départ, les PCPE de la région Centre-Val de Loire ont en commun le même appel à projet, ils s'appuient sur le même cahier des charges<sup>9</sup>, le même objectif d'approche « généraliste » souhaité par l'ARS Centre-Val de Loire et ont appliqué le même calendrier de mise en place. Mais ils se sont construits et déployés sur des territoires différents, avec des histoires associatives différentes, des rapports aux acteurs et institutions différents, des ressources partenariales différentes.



Il en demeure un certain nombre de problématiques transversales à l'ensemble des PCPE.

Ainsi, il sera présenté dans cette partie les éléments de résultats issus des différents entretiens et les questionnements à l'œuvre qui traversent tous les PCPE.

Parce que l'étude souligne aussi les singularités des PCPE, des fiches-portrait de chacun des PCPE seront présentées en synthèse dans la seconde partie du document.

---

<sup>9</sup> Instruction N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées pour les personnes en situation de handicap

## 2.1 L'impossibilité de « faire parler » les chiffres

### 2.1.1. Problématiques de définitions et d'indicateurs

La question de la comparaison des indicateurs quantitatifs de l'activité s'est posée à nous dès la prise de connaissance du dossier à travers le rapport d'activité unique 2018. Ainsi, nous indiquons ce point de vigilance au commanditaire :

« La partie C sur les indicateurs de fonctionnement du PCPE montre une dysharmonie dans le rapport. En-dehors des indicateurs qui prouvent effectivement des modalités de fonctionnement très différentes d'un département à l'autre, la façon de remplir les champs destinés à recueillir des données qualitatives pour expliciter les chiffres a également été appréhendée de façon différente par les PCPE, et de ce fait n'apporte pas des explications de même nature, ce qui rend les comparaisons mal aisées. »<sup>10</sup>

Cette première hypothèse a été confirmée tout au long des entretiens avec les directions et les équipes. Pourtant, à maintes reprises, des discussions, des tentatives d'harmonisation ont été réalisées dans le cadre des coordinations régionales (niveau des directions, niveau des coordinatrices<sup>11</sup>), mais sans pouvoir réellement aboutir à un consensus dans les faits.

*« Donc on y a travaillé, depuis deux ans et demi, on y travaille, pour essayer de faire se rejoindre les écarts, parce que sinon, dans les rapports d'activité, quand on les compare, on ne comprend pas bien. »*

*(une direction)*

La complexité de l'harmonisation des indicateurs se joue à plusieurs niveaux :

- Il ne semble pas que les définitions soient en cause car il existe des guides d'aide à l'utilisation de la nomenclature SERAFIN-PH<sup>12</sup>. Cependant, quelques exemples peuvent démontrer la complexité à définir les « bornes » de tel ou tel indicateur, car l'interprétation variable sur la définition peut poser problème. Sur quel domaine qualifier la recherche d'un assistant familial, pour une personne mineure relevant de l'ASE et pour laquelle la vie en foyer d'accueil atteint ses limites ? Prestation liée au logement ? Prestation liée à l'exercice des rôles sociaux ? Prestation liée à la participation à la vie sociale ? Prestation liée à l'autonomie (relation et interaction avec autrui) ? Autre exemple, la coordination renforcée. Selon la nomenclature SERAFIN-PH :

« La prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours **s'impose ou prend le relais de la coordination usuelle** mise en œuvre par les professionnels accompagnant des personnes en situation de handicap, **lorsque cette dernière ne constitue plus une réponse suffisante.** »

À partir de cette définition, certains PCPE considèrent que par nature, ils font de la coordination renforcée, dès lors qu'on leur adresse des situations complexes (première

<sup>10</sup> Argumentaire de l'étude PCPE réalisé par le CREAI, transmis à l'ARS le 26/05/2020, 11 pages.

<sup>11</sup> Actuellement, les fonctions de coordination au sein des six PCPE sont assurées par des femmes.

<sup>12</sup> [https://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures\\_seraphinphdetaillees2018-vf.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_seraphinphdetaillees2018-vf.pdf)

caractéristique) et que l'accompagnement porte sur plusieurs domaines de prestations et relevant de partenaires nombreux appartenant à des secteurs différents (deuxième caractéristique), soit à peu près toutes les situations qui leur sont adressées.

Un PCPE a fait le choix d'identifier, au moment de l'évaluation des situations, si ces dernières relevaient ou pas de la prestation de coordination renforcée.

*« On a considéré que c'étaient les situations qui relevaient de la coordination renforcée, on les a repérées. Et de ce fait, les actes de chaque situation relevant de la coordination renforcée rentraient dans les prestations de coordination renforcée. (...) »*

*(une équipe)*

Ce peut aussi être une comptabilisation au coup par coup, en se posant systématiquement la question :

*« La question que je me pose à chaque fois, moi, c'est ; « si je n'avais pas passé l'information, est-ce que ça aurait empêché, entravé la cohérence de l'accompagnement global ? » »*

*(une équipe)*

Si la réponse à cette question est oui, alors la coordinatrice considère qu'elle a effectué une prestation de coordination renforcée.

Mais là encore, les marges d'appréciation sont différentes d'un PCPE à l'autre.

*« On peut pas dire qu'on fait de la coordination renforcée tous les jours. On fait du partenariat. On en a très peu ici par rapport à d'autres départements, parce qu'on compte vraiment, soit quand on fait un GOS à la MDPH, ou sur ce type de réunion. » »*

*(une équipe)*

Quant à un autre PCPE, il inscrit dans le rapport unique 2019 sa définition de la coordination renforcée, avec une acception bien plus large et systématique :

*« La prestation de coordination renforcée comprend les réunions d'équipe, toutes les réunions autour d'une situation, les échanges téléphoniques avec les partenaires du secteur sanitaire, médico-social et social, ainsi qu'avec les prestataires exerçant en libéral, sans forcément la présence du représentant légal ou de la personne accompagnée. »*

*(Extrait du rapport unique 2019)*

- Une seconde difficulté d'harmonisation réside dans la façon de comptabiliser les actes ou prestations.

La première question est : chaque acte doit-il être comptabilisé ?

*« Et puis ce qui faisait une différence, aussi, c'était les appels téléphoniques. De comptabiliser un acte téléphonique ou mail, mais ça pouvait aller loin dans certains départements. Mais nous, c'est pas comptabilisé. Sauf si c'est vraiment un entretien téléphonique oui, mais si c'est un appel téléphonique, pour une situation, parce que ça fait partie de la coordination, non, elle ne le faisait pas. »*

*(une direction)*

La seconde question a trait à la grille de lecture des prestations. Une séance est-elle pensée comme un acte ou comme une réponse à des besoins ?

Pour certains PCPE, un acte est équivalent à une séance, une réunion, un appel, un accompagnement. Ainsi, l'unité « acte » comptabilise des interventions de nature extrêmement variable : un simple appel pour de la coordination, ou un accompagnement physique d'une demi-journée sur un futur établissement sont comptabilisés de la même façon.

Mais pour d'autres, une complexité supplémentaire s'ajoute, si une intervention répond à trois besoins au sens de SERAFIN, alors, trois prestations seront comptabilisées.

*« Le souci, c'est que sur le rapport d'activité, on nous demande de comptabiliser les actes, alors qu'effectivement, le même terme n'a pas la même signification entre le rapport d'activité qui nous est demandé, et la signification que ça a sur la nomenclature SERAFIN. C'est-à-dire que du coup, si on parle d'un acte en termes d'une action, on peut répondre à plusieurs prestations SERAFIN. »*

*(une direction)*

- Enfin, la dernière difficulté réside dans les outils de comptabilisation, les outils de *reporting*.

Tous les PCPE se sont « fabriqué » leur propre outil de comptabilisation de l'activité. En effet, les logiciels utilisés par les associations sur les autres établissements et services, qui sont construits selon une approche « dossier de l'utilisateur », ne conviennent pas au *reporting* de l'activité PCPE. Dans ce cas, des outils « maison » viennent les compléter.

*« Par contre, on utilise aussi en parallèle un dossier Excel, justement pour pouvoir comptabiliser les actes SERAFIN. »*

*(une direction)*

*« Moi, j'ai créé un outil, mais qui est assez simple, qui est un tableau par mois et par bénéficiaire. C'est un tableau SERAFIN, en fait.*

*Question : c'est un tableur fait maison ?*

*Réponse : oui. »*

*(une équipe)*

Un PCPE a pu « convertir » le logiciel qui était utilisé par le service porteur pour qu'il puisse s'adapter à l'activité et aux spécificités du PCPE.

*« Question : donc ça, c'est le logiciel qui est utilisé chez vous ? Et c'est le même outil qui est utilisé par le PCPE.*

*Réponse : ce sont les professionnels qui enregistrent leur activité.*

*Question : et qui permet de comptabiliser les...*

*Réponse : on l'a fait paramétrer.*

*Question: vous l'avez refait paramétrer pour correspondre à l'activité du PCPE ?*

*Réponse : oui, c'est ça... »*

*(une direction)*

Une autre source de complexité réside dans la comptabilisation des actes/prestations par les prestataires extérieurs. Quand le PCPE compte une intervention comme un acte, le calcul est relativement simple. Quand, en revanche, cette intervention répond à plusieurs besoins et apporte donc plusieurs prestations, les choses deviennent plus ardues. Et il n'est pas concevable de confier la tâche de cotation SERAFIN aux prestataires, quand il est déjà difficile de s'entendre à six.

*« Et puis, il faut savoir que nous, les partenaires libéraux, on leur demande pas de quantifier en actes SERAFIN. (...) Alors, pour l'instant, nous, on les cote de façon très artificielle par rapport aux libéraux.*

*Question : en fonction des retours qu'ils vous font ?*

*Réponse : surtout en fonction des projets d'accompagnement qu'on a signés et qui cadrent leurs interventions..»*

*(une direction)*

Cette façon de renseigner les prestations externalisées est corroborée par un autre PCPE, à qui nous avons posé la question.

*« Bon voilà, on ne va pas s'amuser à décortiquer à chaque jour, chaque séance ce qui se passe pour chaque situation. On va déterminer une sorte de forfait au titre du projet, et du programme d'intervention qui a été mis en place, en disant, bon, voilà, quand tel professionnel intervient, ce sont tels axes qui sont travaillés, on ne se repose pas la question à chaque coup, et qu'on a valorisés bien évidemment en nombre d'actes.»*

*(une direction)*

Dernier élément, les déplacements ne sont pas pris en compte, lorsqu'ils sont rattachés à une prestation directe. Ainsi, les modes d'intervention des coordinatrices des PCPE transparaissent peu à travers les indicateurs disponibles. Quelles sont les équipes qui viennent au plus près des personnes accompagnées, celles qui axent une partie de leur travail sur l'intervention à domicile ? Qu'en est-il des prestations externalisées ? Les professionnels libéraux se rendent-ils eux aussi à domicile ? Comment se décline la question de la proximité ? Comment rendre compte du volume des transports et de l'impact de ces derniers sur le nombre de personnes accompagnées, par exemple ?

**La difficulté à comptabiliser les actes/prestations à partir de la nomenclature SERAFIN n'est pas inhérente au fonctionnement des PCPE.** En effet, les établissements et services médico-sociaux qui utilisent cette nomenclature ont été également confrontés à ces difficultés, et la CNSA a engagé des travaux sur la question, afin de proposer « *des définitions des termes et des « conventions de mesure de l'activité » les plus consensuelles possible* »<sup>13</sup>. Ainsi, le guide méthodologique de la mesure de l'activité des ESMS tente d'apporter des éclairages sur les notions d'actes, de séances, d'interventions, etc. **Il est intéressant de noter que le groupe de travail de la CNSA n'a pas retenu la prise en compte de la durée des séances ou des actes dans la mesure de l'activité.** Elle permet cependant d'éclaircir ce point, car il est question du point de vue et de l'usage, la finalité du comptage :

« Les deux approches, le comptage en actes et en séances, sont en effet complémentaires :

<sup>13</sup> CNSA, Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), janvier 2019, p12. [Repéré sur] [https://www.cnsa.fr/documentation/guide\\_mesure\\_de\\_lactivite\\_vf.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/guide_mesure_de_lactivite_vf.pdf)

> le comptage des actes apparaît nécessaire aux membres du groupe afin d'éclairer l'activité réalisée par les ESSMS, sous l'angle de l'utilisation faite par les structures de leurs ressources humaines, dans le cadre du dialogue de gestion ;

> le fait de compter les séances permet de valoriser les services rendus aux bénéficiaires, à la population du territoire, dans une logique de soutien de leur parcours.

Un ou plusieurs actes peuvent être réalisés au cours de la séance. Mais dans la plupart des cas, le nombre d'actes et de séances sera équivalent. »<sup>14</sup>

Ainsi, il semble nécessaire aux PCPE de disposer de supports ou d'outils complémentaires pour pouvoir réellement renseigner leur activité de façon suffisamment proche pour que les comparaisons soient possibles et non biaisées.

**En comité stratégique régional, les directeurs ont exprimé leurs multiples essais en ce sens, qui n'ont pas apporté les fruits escomptés. Il serait alors opportun d'avoir recours à une personne ou un organisme ressource extérieur, qui puisse leur permettre d'accomplir ce travail d'harmonisation d'une part, mais aussi de construire avec les PCPE les outils supports de mesure d'activité.**

## 2.1.2. Carence d'indicateurs sur la mobilisation du droit commun

### 2.1.2.1. Des prestations, qui, par nature, ne sont ni financées ni comptabilisées par les PCPE...

Les PCPE sont très en lien avec de nombreux secteurs en dehors du médico-social, qui relèvent du droit commun. Ce peuvent être les secteurs de la santé, soit dans le champ hospitalier (cliniques, services hospitaliers – les services de psychiatrie sont très régulièrement cités lors des entretiens – services ambulatoires, CMP), soit dans le champ libéral (médecins traitants, médecins spécialisés en libéral, paramédicaux dans la nomenclature de l'Assurance maladie). Dans le champ social, l'action sociale de secteur est un partenaire régulier des PCPE. Il y a également un travail de lien avec les secteurs de l'emploi et de l'insertion, par un travail avec les Missions Locales ou Cap Emploi. À partir du moment où ces acteurs sont mobilisés et réalisent des actions en lien avec le parcours de la personne ou son accompagnement, ces actions ne peuvent être comptabilisées par le PCPE, même s'il en a été à l'initiative.

C'est par exemple le cas des activités ou accompagnements mis en place et financés par la CPAM ou par la personne elle-même (ou éventuellement avec l'aide de la PCH<sup>15</sup>). Par exemple, c'est un accompagnement par un éducateur en libéral, par un paramédical hors nomenclature de l'Assurance maladie, pris en charge partiellement par la PCH, ou par une séance de yoga financée par la personne elle-même grâce à son AAH<sup>16</sup>. Les soins et frais annexes qui s'y rapportent peuvent aussi être pris en charge par la Sécurité Sociale.

*« Le papa a été vraiment aidant parce qu'il s'est souvenu qu'il y avait eu un médecin psychiatre avec qui il y avait eu une bonne accroche à un moment, pour M. Par contre il était pas dans le département, donc il a fallu qu'on voie avec la CPAM ce qui était possible pour qu'elle puisse bénéficier à la fois du transport pour y aller en taxi et en*

<sup>14</sup> CNSA, Guide méthodologique de la mesure de l'activité... op. cit.

<sup>15</sup> Prestation de Compensation du Handicap

<sup>16</sup> Allocation d'Adulte Handicapé

*même temps de la prise en charge de la séance, sachant que c'était un médecin psychiatre. Donc voilà, on a accompagné toutes ces démarches administratives.*

*Question : c'est vous qui appelez la CPAM par exemple?*

*Réponse : non, le papa. Il fallait lui donner les informations, mais en fin de compte, c'est lui qui l'a fait.»*

*(une équipe)*

Finalement, les seules prestations de droit commun dont les PCPE gardent la trace sur la durée sont celles qu'ils sont amenés à financer pour la personne accompagnée (séance avec une association sportive, séance avec une animatrice couture, une socio-esthéticienne, etc.), s'ils ont positionné leur mission dans ce sens. En effet, certains PCPE ont déterminé qu'ils pouvaient financer des prestations de droit commun (surtout lorsque les ressources financières de la personne accompagnée sont limitées) mais ce n'est pas le cas de tous les PCPE.

Nous pouvons également comprendre, au regard des entretiens avec les équipes et de leur explicitation de deux situations accompagnées, que ces interventions du PCPE en lien avec d'autres partenaires de droit commun provoquent des « réactions en chaîne » qui sortent du prisme du PCPE. Dans ce cas, seule l'amorce, le moment « passerelle » (que les professionnels du *case management* appellent parfois « l'aller-vers ») entre le PCPE et le partenaire pour permettre la mise en lien avec la personne accompagnée peut être inscrit en tant que prestation par le PCPE. C'est ainsi que les indicateurs d'activité ne révèlent que la partie émergée de l'iceberg, dans le travail d'accompagnement global réalisé par le réseau du PCPE et ses partenaires.

*« Question : si on se questionne pour savoir si le PCPE mobilise bien le droit commun, comment le faire apparaître dans les indicateurs ?*

*Réponse : moi, je le mets en accompagnement pour exercer ses droits, ou accompagnement en matière de ressources. (...) Mais ce n'est pas vous qui faites l'accompagnement direct, mais vous accompagnez la personne à faire la démarche...*

*Ou même à la rencontre avec l'AS. Faire passerelle pour favoriser le lien. Après l'AS fait son évaluation.*

*(une équipe)*

*« Mais je dirais la même chose pour les médecins traitants. Quand ils nous disent, "ah, oui, il faudrait que je revoie le jeune, parce que je ne l'ai pas vu depuis trois mois".*

*Ben, là, c'est nous qui appelons la famille ; "il faudrait prendre rendez-vous avec le médecin !"(...) Effectivement, tout ça, ce n'est pas mesuré, derrière, qu'est-ce qu'on va activer comme professionnels qui vont intervenir et qui ne seront pas comptabilisés dans les tablettes du PCPE, puisqu'on passe le relais au droit commun. (...) Mais nous, on s'assure qu'il n'y ait pas de doublons. Ça c'est sûr. On ne pourra pas nous dire il y a des doubles financements quelque part ».*

*(sa direction)*

Le travail du PCPE peut aussi amener les partenaires du réseau à travailler entre eux, autour d'une situation, sans nécessairement la participation du PCPE. Ces mises en lien ont aussi un impact positif sur le parcours des personnes accompagnées, sans qu'elles apparaissent en réalité dans les indicateurs d'activité du PCPE.

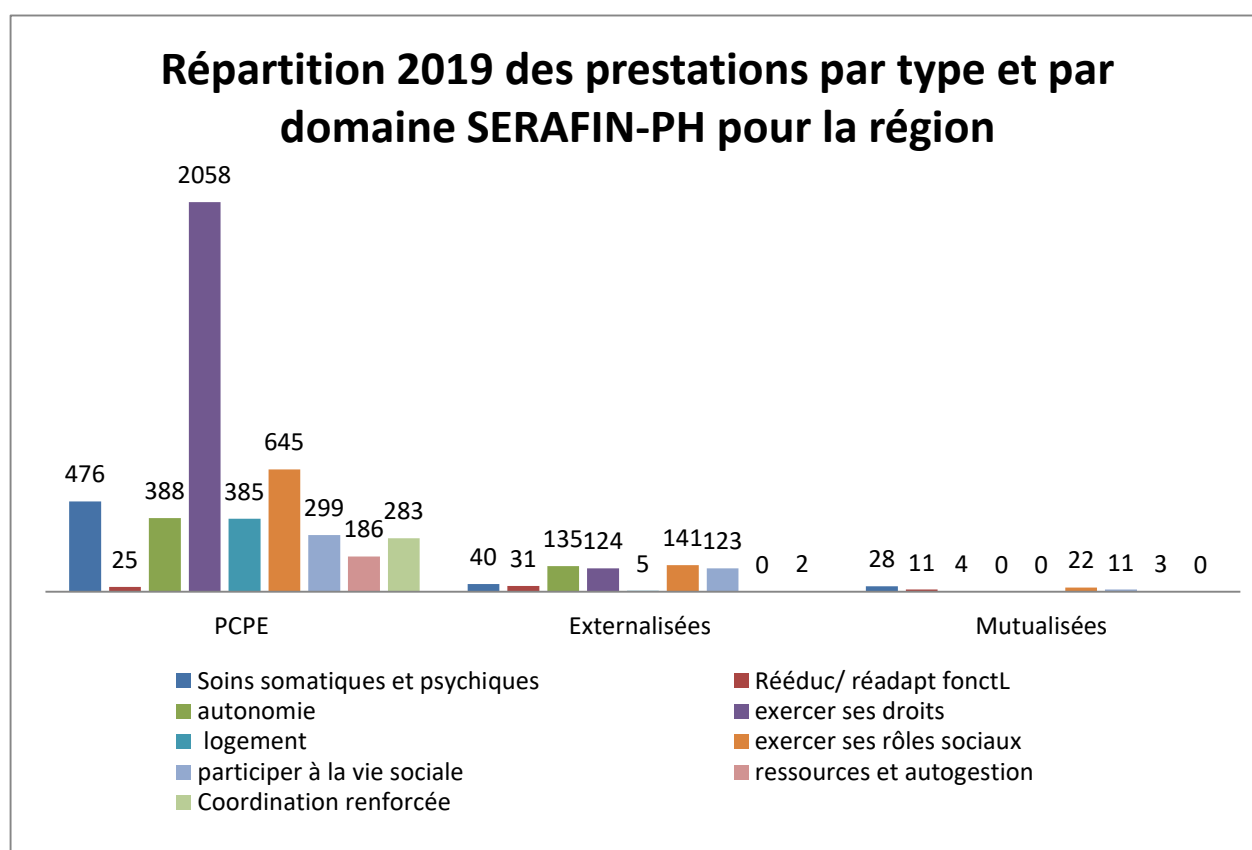


« La pédiatrie a fait un gros travail, parce qu'il a été hospitalisé. (...) Si ça ne va pas bien, c'est la pédiatrie. Et de la M.A., le médecin psy s'est déplacé en pédiatrie pour faire du lien avec les médecins. Ça c'était vraiment très positif, on a vu beaucoup de positif dans le partenariat. »

(une équipe)

En conclusion, nous pourrions donc parler de cercle vertueux à propos de la mobilisation du droit commun, même si ces actions ne sont pas tracées dans leur durée et qu'elles échappent pour partie à la mesure de l'activité des PCPE.

### 2.1.2.2. Mais une prestation très mobilisée : « Exercer ses droits ».



**Figure 2 : répartition 2019 des prestations par type et par domaine SERAFIN-PH**

Lorsque l'on compile les chiffres du rapport unique 2019, la prestation « Exercer ses droits » est la prestation qui se démarque le plus. À elle seule, cette prestation représente presque un quart (23,5%) de l'ensemble des prestations proposées par les PCPE. Elle est particulièrement mobilisée dans l'Indre-et-Loire (où elle représente plus de la moitié des prestations), le Cher et le Loiret (environ un tiers des prestations). Or, le Loiret et l'Indre-et-Loire sont deux PCPE où l'accès direct des personnes et des professionnels envers le PCPE est possible. Ceci démontre-t-il un manque d'interlocuteurs par ailleurs et un besoin d'accompagnement particulier des personnes en situation de handicap ou de leur entourage, afin de pouvoir réellement exercer leurs droits ?

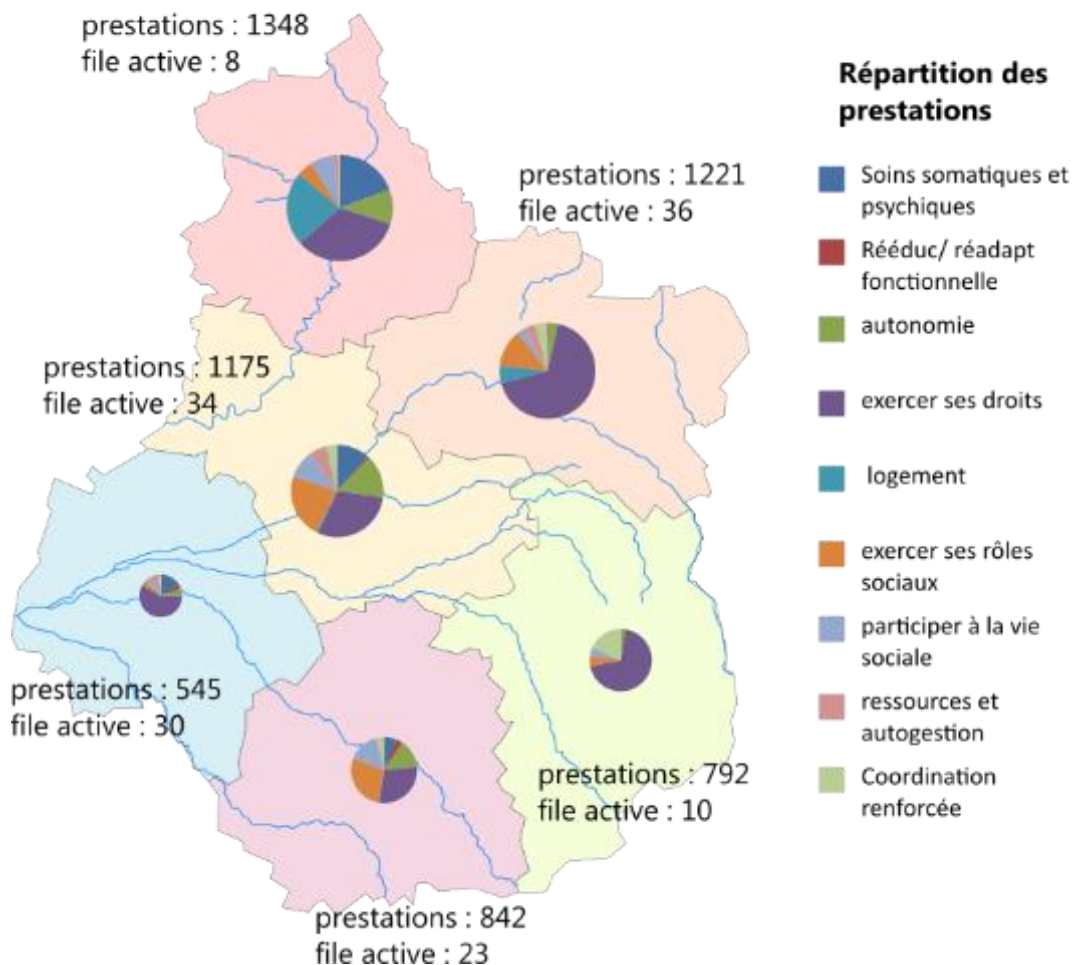
S'il est difficile de connaître l'activité réelle du réseau des PCPE lorsqu'ils activent le droit commun, cet indicateur semble cependant montrer que **les PCPE se positionnent bien dans la subsidiarité, à savoir l'activation des ressources du droit commun, mais aussi les droits spécifiques et notamment l'activation des droits liés à la reconnaissance et la compensation du handicap.**

### 2.1.3. La seule comparaison méthodologiquement valable : les chiffres au sein d'un même PCPE

Nous avons représenté les prestations indiquées dans les rapports d'activité 2018 et 2019 pour chaque PCPE. La taille du disque des prestations est proportionnelle au nombre total de prestations proposées (internes, mutualisées, externalisées cumulées). Ainsi, 0,5 cm de diamètre équivaut à 500 prestations, 1 cm représente 1000 prestations, 5 cm : 5000, etc. Cette norme de taille est identique pour la carte de l'activité 2018 et de l'activité 2019, ce qui rendra visibles les évolutions.

Les segments au sein des disques sont proportionnels à la répartition des prestations au regard de la grille SERAFIN-PH. Si le PCPE a principalement délivré des prestations en lien avec « exercer ses droits », le disque sera majoritairement de couleur violette.

## Le nombre et la répartition des prestations par PCPE en 2018



## Le nombre et la répartition des prestations par PCPE en 2019

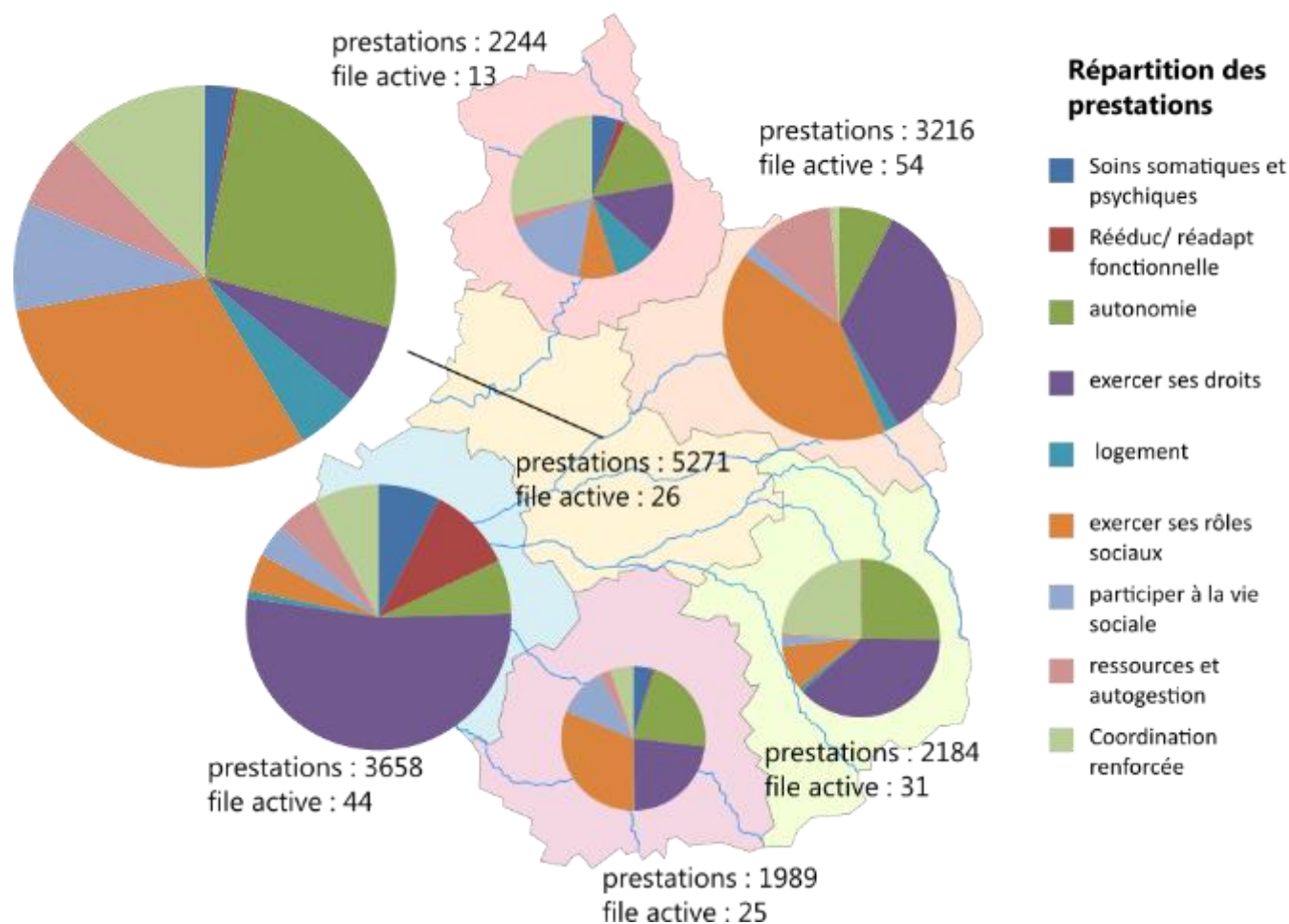


Figure 3 : Nombre et répartition des prestations par PCPE

Il est globalement observé :

- une montée en charge du nombre de personnes accompagnées sur tous les départements (à part le 41, où une diminution de 8 personnes est observée dans la file active par rapport à 2018)
- un volume très supérieur de prestations proposées, qui va du doublement dans l'Eure-et-Loir à une multiplication par 4,5 pour le PCPE du Loir-et-Cher.
- les diagrammes circulaires montrent des variations importantes dans la nature des prestations apportées.

**L'augmentation très importante du volume des prestations (presque multiplié par 3) a été notée par les directeurs généraux, lors du comité stratégique régional du 5 octobre 2020, à l'occasion de la présentation du rapport 2019.** Nous avons pointé précédemment la difficulté d'harmoniser les modes de cotation des prestations; il se peut que, pour partie, l'augmentation des prestations soit due à un traçage plus systématique ou plus précis des interventions. Mais d'autre part, le nombre de bénéficiaires d'accompagnement par les PCPE a augmenté de 37% entre 2018 et 2019, ce qui génère automatiquement des prestations supplémentaires. Enfin, une autre hypothèse peut être amenée,

sachant que les indicateurs de prestations ne prennent pas en compte le temps passé ou la durée de la prestation. En effet, à la mise en place en 2018, plusieurs PCPE ont mis du temps à constituer leur réseau de partenaires et ont alors réalisé les accompagnements par leurs propres moyens (ressources humaines internes). Au fur et à mesure du temps, avec la montée en charge du nombre de situations, le temps d'accompagnement réalisé par les professionnels diminue au profit du temps de coordination, il est alors possible que le temps supplémentaire passé à la coordination génère davantage de prestations.

Le volume des prestations (à comparer sur un même PCPE) est un indicateur à conserver cependant, tout en apportant une certaine vigilance sur l'analyse de cet indicateur car les moyens des PCPE sont limités.

## 2.2.Des PCPE « généralistes » aux contours flous

La demande par l'ARS, au moment de l'appel à projet, était de mettre en place un PCPE par département, avec une approche généraliste, c'est-à-dire non spécialisée par publics. D'autres ARS ont fait d'autres choix.

Aussi, les critères d'acceptabilité des projets étaient définis par le cahier des charges national.

### 2.2.1. Le cahier des charges national des PCPE : un texte règlementaire aux entrées très larges

Reprenons seulement le cadre de fonctionnement général, les publics cibles et les objectifs du dispositif. Nous connaissons les différentes modalités d'intervention, à travers la mobilisation de personnels en interne, des prestataires externalisés et des ESMS partenaires.

Aussi, nous regarderons ici les parties du texte qui laissent voir l'éventail des populations visées et le panel des objectifs d'accompagnement.

#### *2.2.1.1.Le principe de fonctionnement des PCPE*

*Un « Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées », est un dispositif venant compléter une organisation fonctionnelle et territoriale, dont la finalité est de concevoir et organiser une réponse transitoire ou pérenne, pour des personnes n'ayant pas de réponse partielle ou totale adaptée à leurs besoins. [...]*

#### *2.2.1.2.La durée d'accompagnement*

Il est intéressant de mettre en lumière la précision suivante sur les interventions, car certains départements ont établi des durées d'accompagnement maximales :

*Lorsque l'accompagnement est pérenne, il est nécessaire de réévaluer de façon périodique les besoins de la personne. **Les Pôles de compétences sont en effet bien des dispositifs d'accompagnement pérennes si cela correspond au projet de la personne.** [...]*

Cette dimension a été très peu relevée lors des entretiens, elle n'est pas citée par les équipes ou les directions. Cependant, certains PCPE (non contraints par des durées limites par leur MDPH/MDA) assument de maintenir quelques accompagnements dans la durée, tant qu'aucune solution satisfaisante au regard des besoins des personnes ou qu'aucun relais n'a été trouvé.

Pour certains de nos interlocuteurs, cette question de la durée soulève très précisément la question de l'identité du PCPE, car ils y voient le risque d'un basculement vers un service d'accompagnement ouvert de type SAVS ou Sessad.

### *2.2.1.3. La population cible des PCPE*

Le cahier des charges indique :

#### ***1 - La population cible du dispositif :***

*Le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées accompagne les enfants et les adultes en situation de handicap, ainsi que leur famille ou leurs aidants, dans une visée résolument inclusive.*

#### *1. Les enfants, les jeunes et les adultes en situation de handicap*

- *vivant à domicile, au domicile de tiers ou le cas échéant, pour les enfants et les jeunes, domiciliés au sein d'une structure ou d'une famille d'accueil relevant de l'aide sociale à l'enfance [accompagnement en soutien à domicile, dont l'accompagnement doit être renforcé par des prestations spécifiques, ou bénéficiant d'une orientation vers un établissement ou un service médico-social sans réponse d'accompagnement effective ou suffisante]*
- *vivant des périodes de transition vers un établissement ou un service et nécessitant un appui à la continuité des interventions du Pôle déjà engagées au domicile ou dans le milieu de vie ordinaire.*
- *le cas échéant, accueillis de façon non adaptée dans le secteur sanitaire ou dans le secteur médico-social.*

#### *2. Les familles et les aidants des personnes en situation de handicap*

*Le plus souvent mis à contribution pour pallier l'absence de prestations adaptées aux besoins des personnes, le Pôle a une visée de soutien et de guidance pour les familles et les aidants en ce qu'il prévoit la coordination des prestations, renforce et valorise les savoir-faire des proches aidants de la personne et renforce les prestations permettant d'alléger l'accompagnement par les familles. Ce faisant, il s'agit, par un accompagnement effectif, de prévenir et d'anticiper les situations critiques.*

Ainsi, les populations amenées à être accompagnées par les PCPE sont les enfants, jeunes et adultes, vivant à domicile (ou en structure/famille d'accueil s'ils relèvent de l'ASE), en phase d'orientation si le PCPE était déjà dans la boucle, ou enfin accueillis en ESMS ou secteur sanitaire sans que cette solution corresponde à leurs besoins.

Les familles et aidants constituent une catégorie à part, ils sont très clairement indiqués comme « population cible ». Cependant, le texte insinue que les aidants voient leur charge s'alléger grâce à la mise en place de prestations pour l'aidé et du relais de la coordination, c'est-à-dire par voie de conséquence bénéfique. Si le renforcement des compétences de l'aidant est cité, il semble l'être davantage dans le but que l'entourage détienne des savoir-faire plus adaptés au quotidien. Mais il n'est pas clairement question d'accompagnement des aidants en tant que tel, pour eux, en lien avec leur fardeau de l'aide, par exemple.

### 2.2.1.4. Les objectifs des PCPE

Poursuivant les indications du cahier des charges :

#### **II – Les objectifs du Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées**

*Selon les besoins identifiés sur les territoires, le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées a pour but(s) :*

- *le maintien à domicile dans un objectif d'inclusion, par l'apport d'une réponse renforcée aux besoins de la personne qui s'appuie sur une palette de prestations à domicile d'intensité adaptable, spécifiques et modulaires ;*
- *l'accompagnement à domicile dans l'attente d'une réponse dans un établissement adapté aux besoins de la personne, orientation cible de la personne ;*
- *l'anticipation et l'évitement des ruptures dans le parcours :*
  - *par une mise en œuvre renforcée des plans individualisés d'accompagnement avec l'intervention coordonnée de professionnels d'exercice libéral, de professionnels du secteur médico-social ou de professionnels du secteur sanitaire ;*
  - *dans le cas de situations complexes, par la mise en œuvre de projets évolutifs permettant de renforcer, de façon temporaire ou non, l'intensité et la technicité des accompagnements proposés à domicile ;*
  - *par la gestion des transitions entre domicile et établissement lorsqu'il s'agit de garantir la continuité des interventions préalablement engagées par les professionnels du pôle.*

**Nous sommes donc devant une palette très large d'objectifs : le maintien à domicile si l'inclusion est en arrière-plan, l'accompagnement à domicile si une orientation correspond aux besoins, et l'évitement des ruptures en renforçant le plan individualisé d'accompagnement, ou en cas de situation complexe (le type de complexité n'étant pas explicité) à domicile, ou dans les transitions entre le domicile et l'établissement si le PCPE était dans la boucle.**

**C'est-à-dire à peu près toutes les configurations possibles, quand une personne en situation de handicap vit totalement ou partiellement à domicile (ou domicile au sens de l'ASE), sans accompagnement ou avec des accompagnements qui ne correspondent pas à ses besoins.**

### 2.2.2. Des projets déposés différents

Les directions générales et les directions de structure, lorsqu'elles ont eu connaissance de l'appel à projet, y ont vu en général un dispositif intéressant dans le contexte de transformation de l'offre. Certaines d'entre elles se sont rendues à la rencontre organisée par l'URIOPSS en fin d'année 2016 afin de repérer les enjeux et éventuellement les partenaires potentiels.

Plusieurs directions ont reconnu à travers ce dispositif l'opportunité d'un support pour le passage d'une logique de places à une logique de parcours.

*« (...) quand on se remet trois ans en arrière, on était dans les prémices de la transformation de l'offre médico-sociale. Et il nous est apparu, à ce moment-là, que cet appel à projet était quasiment le premier dispositif qui s'inscrivait pleinement dans la transformation de l'offre. Et qu'à ce titre, il nous semblait déraisonné et déraisonnable*



*de ne pas se saisir de cet AAP. Il fallait y être. On ne pouvait pas ne pas y être. Ne pas y être, c'était en quelque sorte tourner le dos à la transformation. »*

*(une direction)*

### *2.2.2.1 Construction d'un réseau partenarial pour répondre à l'appel à projet : la stratégie de deux PCPE*

Toutes les structures sans exception, au moment de l'appel à projet, se sont rapprochées des potentiels partenaires identifiés sur leur terrain d'intervention, afin de nouer des partenariats dans le cadre de la mise en œuvre des futurs PCPE, avec comme support des lettres d'engagement.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'à ce moment, la logique de concurrence entre les associations déposant un projet dans un même département avait cours. Dans plusieurs départements, cela n'a pas empêché des engagements mutuels de partenariats entre associations concurrentes<sup>17</sup>.

Deux directions ont néanmoins décidé d'aller plus loin dans la construction du partenariat et de saisir l'occasion du dépôt de projet lui-même pour mettre immédiatement en pratique la co-construction du projet de PCPE avec leurs partenaires. C'est le cas de l'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher.

*« Donc on a fait un appel à toutes les associations du département, pour savoir qui souhaitait nous rejoindre très rapidement pour constituer un comité de pilotage, pour que toutes les associations qui le souhaitaient nous rejoignent au niveau de ce travail d'écriture du projet. (...) C'était une expérience intéressante, parce qu'on a pu travailler avec chacun notre connaissance de notre public et de notre réseau, on a pu se mettre d'accord sur vraiment ce qu'on souhaitait y faire et la construction de la démarche... »*

*(une direction)*

**D'après les entretiens auprès de ces deux directions et de ces deux équipes, ces PCPE jouissent d'une très bonne reconnaissance et visibilité dans les départements auprès des acteurs du médico-social.** Ils ont pu, tout en notant les limitations de ressources, construire des partenariats avec le secteur sanitaire et notamment la psychiatrie. **Il est à noter, aussi, que ces PCPE ont fait le choix, en concertation avec les MDPH, de la saisine directe par les professionnels.** La construction du réseau partenarial parallèlement au dépôt du dossier permet aussi une meilleure interconnaissance entre les acteurs.

Il faut noter que les 13 partenaires « historiques » du PCPE 37 sont sollicités en cas de besoin sur une situation ne trouvant pas de solution immédiate (dont la mobilisation de prestations libérales ou de droit commun ne correspond pas aux besoins) via un référent associatif désigné au sein de l'association gestionnaire, qui reçoit un GEVA (Guide d'EVALuation des besoins de compensation de la personne handicapée) anonymisé de la situation. Il est demandé une réponse, positive ou négative, ou un appui-ressource, dans les 15 jours qui suivent cette sollicitation. De cette façon, le type de situations complexes gérées par le PCPE est connu des partenaires, et ils peuvent s'engager sur la mise à disposition de certaines de leurs ressources, parce que la situation de la personne est clairement décrite et qu'un lien de confiance lie le réseau.

<sup>17</sup> D'après les entretiens avec les directions. En effet, le CREAI n'a pas eu accès systématiquement aux documents annexes contenant les lettres d'engagement des réponses à l'AAP.



Sans être allé aussi loin dans l'utilisation d'un outil spécifique pour la transmission des informations, le PCPE du 41 appelle ses partenaires initiaux (participant également au Copil départemental) « les établissements relais ». Ces derniers s'engagent sur la mise à disposition de ressources, via le conventionnement des partenariats.

### 2.2.2.2 Répartition territoriale entre deux associations, le cas de l'Indre

La direction des PEP de l'Indre, de son côté, a proposé une approche territoriale d'un autre type. Par sa connaissance du terrain départemental, un choix de répartition des situations en fonction du secteur géographique a été travaillé avec l'association Atout Brenne en amont du dépôt de dossier (association ayant elle-même déposé un projet de PCPE, avec un engagement des PEP en retour). Ainsi, il était pensé une répartition des moyens consacrés à la coordination des situations sur les deux associations, les PEP intervenant dans le nord et le centre du département, Atout Brenne intervenant dans le sud. **Il s'agit du seul PCPE qui fonctionne sur ce mode de partenariat, avec une coordination bicéphale interassociative.**

### 2.2.2.3 L'intention de constituer un comité de pilotage départemental dans quatre départements

Du fait de la nouveauté du dispositif dans le paysage médico-social, quatre directions ont fait le choix, au moment du dépôt de projet, de constituer un comité de pilotage départemental, pour réunir périodiquement les acteurs et partenaires, communiquer sur la mise en place du dispositif et pouvoir partager les analyses et réflexions sur les situations accompagnées, le travail des équipes, identifier les obstacles dans le déploiement du PCPE. Il s'agit des PCPE de l'Eure-et-Loir, de l'Indre-et-Loire, du Loir-et-Cher et du Loiret. La plupart du temps, les partenaires institutionnels type MDPH/MDA ou l'ARS sont conviés.

« Il y a un comité constitué pour le PCPE, avec l'ensemble de nos partenaires conventionnés, avec les autorités, que ce soit ARS, MDPH, Éducation Nationale. Alors, MDPH, Conseil Départemental. Et c'est un comité qui fonctionne très très bien, les autorités viennent, alors, pas forcément toujours, mais elles sont présentes, elles jouent le jeu, puisque ce sont des échanges, en tout cas assez ouverts, et les autorités répondent, participent à la réflexion, elles ne sont pas là seulement en tant qu'autorités, décideurs, non, elles sont vraiment participantes et acteurs de ce comité de pilotage. »

(une direction)

Tout comme pour la co-construction interpartenariale du projet de PCPE décrite plus haut, le fait d'avoir constitué un comité de pilotage à l'échelon départemental permet aux PCPE une plus forte visibilité sur le terrain.

« Moi, je pense que par rapport à l'identification du PCPE sur le territoire, je pense que c'est extrêmement aidant. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, quand la coordinatrice prend contact avec un acteur du territoire, ce qui se passe au sein de ce comité de pilotage est forcément aidant. Cela facilite l'accès ».

(une direction)

Dans les faits, le PCPE du Cher, qui n'avait pas décrit cette modalité de pilotage dans son projet initial, se réunit cependant tous les six mois pour une rencontre stratégique avec la MDPH et l'ARS.

A *contrario*, le PCPE du Loiret, malgré son intention de départ, n'a pu mettre en œuvre qu'une unique réunion de comité de pilotage. Le système de fonctionnement partenarial du 37 ayant essaimé par le biais des rencontres régionales, le PCPE du 45 souhaiterait aujourd'hui mettre en place, grâce au Comité de pilotage, une construction de partenariat basée sur ce modèle.

*« Dans la construction du projet, il y avait le projet porté par les PEP et la mise en place d'un Comité de pilotage départemental composé de représentants de chaque association partenaire, donc on a réussi à réunir une fois ce Comité de pilotage. De ce Comité de pilotage devaient découler des pilotages, la désignation de référents au sein de chaque structure, pour qu'on ait des correspondants au sein des établissements, dès lors qu'une situation... pour mettre en place des commissions tournées autour des situations des usagers. Cette partie aujourd'hui, on n'a pas réussi à la mener. Par manque de temps. »*

#### 2.2.2.4 Un diagnostic territorial initial qui pose le décor

Il n'a pas été possible pour toutes les directions de faire un diagnostic territorial au départ. Il est effectivement absent des projets initiaux de l'ADPEP du Cher et du Loiret. Le manque d'accès aux données semble justifier cette lacune, l'ADPEP 18 ayant tenté un diagnostic interne à ses établissements.

Il est important de noter que les diagnostics territoriaux distinguent d'une part une analyse des ressources, généralement implicite à travers les projections de partenariat, et d'autre part un diagnostic des publics cibles.

Pour la projection des publics cibles, les directions de l'Eure-et-Loir, de l'Indre, de l'Indre-et-Loire et du Loir-et-Cher ont généralement mobilisé les MDPH/MDA (et/ou se sont appuyées sur le Schéma départemental), pour la réalisation de leur diagnostic des besoins. Elles ont pu y ajouter des éléments complémentaires à travers des études réalisées sur les listes d'attente (28, 36), des données transmises par une commission de gestion des situations de crise (41). Les indicateurs généralement utilisés ont alors été les personnes en attente d'orientation, les jeunes en aménagement Creton. À chaque fois, l'entrée par âge a été privilégiée (enfant/adulte) plutôt qu'une entrée par type de besoin ou par type de handicap.

Les publics cibles potentiels, sans disposer de réelles données, ont cependant été cités, dans les départements du Cher et du Loiret, en cohérence avec le cahier des charges.

### 2.2.3. Questionnement permanent des professionnels et des directions autour des missions

Nous avons vu combien les missions des PCPE définies par le cahier des charges national sont larges. Toutes les situations qui arrivent aux PCPE étant différentes, les équipes et directions des PCPE sont dans un questionnement permanent sur ce qui relève de leur mission et ce qui n'en relève pas. Pour apporter des réponses à ces questionnements, elles n'ont souvent d'autres guides que ceux qu'elles ont éventuellement pu avoir définis dans leur projet, mais plus souvent leur éthique, leurs

valeurs, leur expérience et leur bon sens. D'où le recours très répandu à l'analyse des pratiques professionnelles au sein des PCPE (quand l'équipe est suffisamment étoffée).

### *2.2.3.1.L'évaluation, une mission incontournable...*

Les équipes des PCPE débutent toujours leur travail par une phase d'évaluation, plus ou moins longue, plus ou moins complexe. Les équipes expliquent généralement que les informations fournies par les partenaires (secteur d'action sociale, MDPH/MDA) sont synthétiques, partielles, voire erronées. Parfois l'analyse produite sur la situation n'est pas partagée, en raison d'un angle de lecture différent par exemple.

*« Très souvent, pour pas dire à chaque fois en fait, le PCPE est préconisé et on ne sait pas pourquoi et du coup, le travail d'évaluation qui est fait pour arriver à définir quel est le besoin est long et certainement redondant, c'est-à-dire qu'il y a d'autres personnes qui ont évalué, mais il n'y a pas de mise en commun de cette évaluation et du coup, il y a une grosse perte de temps et d'énergie. »*

*(une direction)*

*« En plus, on perçoit des besoins qui ne correspondent pas à la demande initiale. Mais c'est notre boulot, aussi, je trouve, de décaler, d'arriver à percevoir, au niveau de la demande, ce qu'il y a vraiment derrière ».*

*(une équipe)*

Il faut reprendre les informations, comprendre le parcours, identifier les points de rupture et ce qui n'a pas fonctionné dans la prise en charge, comprendre pourquoi cela n'a pas fonctionné, en recontextualisant. Pour essayer de proposer la réponse la plus adaptée, il est nécessaire d'une part de saisir les attentes de la personne et d'autre part de déterminer quels sont ses besoins.

*« Il y a des choses impressionnantes de décalage entre ce qu'on peut voir cliniquement et ce qui est noté sur les dossiers et du coup, déjà, il y a ce temps d'évaluation qui permet de prendre de la distance et de réévaluer les véritables besoins ».*

*(une équipe)*

*« Pour E., j'ai récolté, en évaluation globale, toute la sphère familiale, tout le parcours, qu'est-ce qui a fait rupture dans le parcours, qu'est-ce qui manque, etc. Et là, au fur et à mesure de la discussion, on repère des besoins qui ne sont pas couverts... ».*

*(une équipe)*

Il peut arriver que le PCPE soit saisi pour accompagner une personne qui est en attente de place dans un type particulier d'établissement et que les professionnels se rendent compte que l'orientation préconisée n'est pas strictement adaptée aux besoins de la personne. C'est pour cette raison qu'il est important de reconstituer tous les éléments du parcours, les accompagnements réalisés, de chercher

des informations auprès des partenaires actuels et des professionnels ayant accompagné la personne précédemment.

Certains professionnels utilisent des outils spécifiques pour réaliser cette évaluation : grille d'évaluation « maison » ou autres supports pour recueillir les éléments. Dans un département, la coordinatrice nous explique comment elle a procédé à propos de l'évaluation d'une dame en établissement dont la prise en charge ne correspondait plus à ses attentes.

*« On a refait une chronologie. À l'aide des documents des partenaires, je m'appuie toujours sur les bilans cliniques ou les bilans de stage par exemple, et l'échange avec les familles aussi, pour l'anamnèse familiale, de refaire une chronologie et de comprendre les points de rupture, tant dans le parcours de vie de la personne que dans le parcours institutionnel et en recoupant ces informations, on voit qu'il y a un début de dégradation de la situation quelques années auparavant. »*

Ce même PCPE constitue un schéma des ressources et partenaires pour chaque situation, afin d'avoir une vision globale sur les personnes et professionnels impliqués, en ajoutant ou retirant des entités en fonction de l'évolution du parcours. Ce schéma permet à l'équipe d'avoir une vision en temps réel du réseau partenarial attaché à une situation.

Les équipes et directions insistent pour souligner que la phase d'évaluation est primordiale et qu'elle peut nécessiter du temps. Parallèlement à la prise de connaissance de la situation, la recherche d'informations croisées et l'identification des ressources, se construisent les prémices de l'accompagnement du projet de la personne par le PCPE.

*« En fait, les situations arrivent, il n'y a plus de projet particulier, déterminé, donc il y a toute une phase d'accompagnement à la construction d'un projet avant sa mise en place. (...) Avant de construire et de co-construire avec la personne, il y a aussi souvent de la déconstruction à faire, parce que les situations qui nous arrivent, ce sont des situations où la personne n'a eu de cesse de vivre des échecs ou des refus. »*

*(une direction)*

Le temps du recueil d'informations sur la situation est pointé par l'ensemble des équipes comme une dimension particulièrement importante. Il permet de ne pas s'engouffrer dans des solutions ou prestations inappropriées, par une simple satisfaction de « faire » ou « d'occuper » la personne accompagnée.

*« On a appris assez vite à ne pas se précipiter pour mettre en place des prestations, à ne pas être dans cet écueil qui serait de vouloir combler des besoins. De combler, de pallier, de combler, combler, combler, parce que ça fait plaisir à tout le monde, on est là pour ça, on est payés pour ça, ça fait plaisir aux parents, aux institutions, tout ça. Donc on a appris à ne pas se précipiter. On fait le travail d'analyse avant et on se rend compte que rien que ce travail d'analyse, il a des effets. »*

*(une équipe)*

Autosaisine ou saisine par la MDPH/MDA, la voie d'accès au PCPE ne semble pas impacter la précision de l'évaluation. Lorsque la situation nécessite plus qu'un simple « appui-ressource » sollicité par d'autres professionnels en accès direct et que le PCPE détermine que la situation entre dans son cadre de mission, il débute par l'évaluation.

*« Question : lorsqu'on est sur de l'autosaisine, est-ce que l'évaluation est la même ? Du même ordre, en termes d'investissement, est-ce que c'est du même ordre que quand vous avez une notification par la MDPH ?*

*Réponse : ça peut, oui.*

*Question : donc vous pourriez avoir des longues évaluations de deux mois?*

*Réponse : oui, tout à fait ; ça dépend plus des situations des personnes que des entrées en fait. Plus la situation est complexe, plus elle demande de temps, mais on reste sur les mêmes, la même recherche d'informations, de contacts. »*

*(une équipe)*

### *2.2.3.2.... Dont la systématisation peut poser question aux MDPH/MDA*

Du côté des MDPH/MDA, on observe deux types de posture relativement différents. D'un côté, certaines d'entre elles indiquent que le temps passé sur l'évaluation ne leur paraît pas toujours justifié. Elles se décrivent comme compétentes sur le plan de l'évaluation et considèrent que ce n'est pas le rôle des PCPE. Cela peut aller jusqu'à une forme de tension avec la MDPH/MDA lorsque le PCPE remet en question l'évaluation ou l'attribution des droits liés à la situation de handicap. Alors, la MDPH/MDA ne perçoit pas le PCPE comme aidant, mais davantage comme un concurrent. Ici se pose donc la question des rôles et missions de chacun. Parfois, la MDPH/MDA considère que le PCPE doit être et doit rester un prestataire de ses notifications et décisions. Pour limiter le temps de l'évaluation par les PCPE, certaines MDPH/MDA ont essayé de perfectionner la précision et la complétude des éléments transmis au PCPE, afin que l'accompagnement se mette vite en place. Elles essaient de récolter en amont et de retracer les étapes du parcours d'accompagnement, le contexte et l'anamnèse, afin que le PCPE s'épargne cette recherche. Cette catégorie de MDPH/MDA est aussi celle qui insiste sur le fait que les PCPE doivent apporter une aide concrète à la personne, « mettre les mains dans le cambouis » de l'accompagnement, pour reprendre le terme de l'une d'entre elles.

De l'autre côté, c'est une posture de complémentarité dans l'évaluation qui est davantage reconnue : « On est intelligent à plusieurs ! ». Tout en conservant la distinction entre l'évaluation de la situation de handicap, des droits et prestations qui en découlent (qui reste du domaine de la MDPH/MDA et qu'il n'est pas question de déléguer) et l'évaluation plus systémique (évaluation des besoins de la personne et de son entourage, évaluation des ressources de proximité), cette seconde catégorie de MDPH/MDA voit d'un bon œil le travail d'évaluation et d'analyse réalisé par les PCPE, considérant que les professionnels des PCPE ont des compétences spécifiques pour évaluer les besoins des personnes et amener des propositions d'accompagnement qui pourraient combler ces besoins. Elles peuvent aussi demander aux PCPE d'accompagner une démarche diagnostique, ou encore d'étayer, d'essayer une possible orientation au regard des besoins de la personne, avant de prendre une décision définitive en CDAPH. Les MDPH/MDA qui ont cette posture utilisent aussi la fonction d'appui-ressource des PCPE, notamment en préparation des équipes pluridisciplinaires ou de groupes opérationnels de synthèse.

**Malgré ces deux catégories distinctes, il faut noter que dans les départements dans lesquels les PCPE ont un accès direct, les MDPH/MDA ne procèdent pas de leur côté à une nouvelle évaluation**

**lorsqu'elles reçoivent de la part des PCPE des demandes de saisine ou de notification** à propos d'une situation, dès lors que les éléments transmis sont complets et suffisent à orienter vers le PCPE.

### 2.2.3.3. Des missions partagées mais des modalités d'intervention qui diffèrent

Les PCPE présentent généralement leur mission, vis-à-vis des personnes à accompagner, de la même façon. Sur la vocation générale des PCPE, toutes les équipes et directions rencontrées se situent dans le cadre du cahier des charges (qui, rappelons-le, est très large).

*« Nous, notre mission, c'est de trouver, d'évaluer vraiment les besoins qui sont non couverts et qui sont vraiment urgents à mettre en place, pour ceux qui n'ont rien du tout. »*

*(une direction)*

*« D'après le Cahier des charges initial, le PCPE c'est de délivrer des prestations externalisées, comme son nom l'indique, après analyse de situations, de rechercher sur le territoire quels intervenants institutionnels peuvent la délivrer et si aucun ne peut, chercher un prestataire libéral. »*

*(une autre direction)*

Mais à l'épreuve des situations, de nombreuses questions se posent. Est-ce la place du PCPE de pallier le manque de ressources ?

*« Quand on nous dit ; "ben oui, il voit le médecin du CMP, mais par contre, il ne peut voir ni la psychologue, ni l'éducateur, ni la psychomot' du CMP, parce qu'ils n'ont pas de place", et il faut payer des libéraux, ça pose quand même sacrément question. Que le PCPE doive payer des libéraux à quelqu'un qui est suivi en CMP ? »*

*(une équipe)*

*« Si on respecte la vocation et l'objectif du PCPE, c'est de convoquer et de mobiliser le droit commun et on n'a pas toujours les solutions, dans le droit commun. »*

*(une direction)*

Les PCPE sont donc amenés à envisager les bornes et les limites de leurs missions également en fonction des situations et des modalités d'intervention qui en découlent. Ils sont vigilants aux glissements de modalités d'intervention qui pourraient s'opérer. Ils sont aussi vigilants à ne pas être « instrumentalisés ». Par exemple, un PCPE décrit une situation pour lequel il n'a pas souhaité engager un accompagnement, car la famille prenait en prétexte l'offre d'une palette de prestations en libéral par le PCPE pour justifier le choix d'une sortie d'établissement dont la prise en charge correspondait pourtant aux besoins de leur enfant, aux yeux des professionnels de ce PCPE. Aussi, **les PCPE se définissent par ce qu'ils ne sont pas.**

*« Il faut être vigilant, parce que le PCPE ne doit pas devenir un service. Et là, il y a un glissement. C'est-à-dire que tout d'un coup, il faudrait pas qu'on devienne des Sessad... »*

*Question : ou des SAVS ?*

*Réponse : En tout cas, service. C'est pas une logique de service, mais bien une logique de plateforme. »*

*(une direction)*

*« On pourrait dire : tout est bon pour le PCPE, parce que toute situation est à risque de rupture. (...) Le PCPE n'est pas non plus... ne se substitue pas à toutes les orientations. Il n'a pas à faire les orientations. Et voilà, si ce n'est pas assez préparé en amont dans les établissements, c'est vrai que là, il peut y avoir des clashes, et ça arrive qu'il n'y ait plus rien. »*

*(une autre direction)*

*« Et puis un autre écueil du PCPE, pendant que j'y pense, c'est le PCPE alibi. De la part des demandeurs, l'alibi du PCPE, c'est-à-dire par exemple, on en a plusieurs, "l'IME ferme pendant les vacances, mais... le PCPE, vous allez financer un éducateur à domicile pendant les vacances ?" »*

*(une autre équipe)*

Tous ces questionnements agitent les PCPE. La crainte de remplir la mission que d'autres acteurs auraient pu accomplir est assez redondante dans le discours. Les sorties « sèches » d'établissement (c'est-à-dire sans réorientation ou sans recherche d'établissement relais) pour cause de troubles du comportement sont dénoncées à plusieurs reprises au cours des entretiens avec les équipes et les directions.

Parmi les PCPE, le PCPE 45 est celui qui a posé le plus nettement, dans son projet et sa mise en œuvre, les limites de ses missions. Le PCPE 45 n'intervient pas si la personne a un accompagnement, même partiel, par un ESMS. La position du PCPE est alors que si un ESMS accompagne une personne, il est également de sa mission propre d'assurer le relais vers une prise en charge plus complète, d'évaluer les besoins d'une réorientation.

*« Travailleuse sociale 1 : le point de la "règle" posée dès le début, c'est que quand il y a déjà un ESMS d'investi, le PCPE n'y va pas. (...) Le postulat du début, s'il y a un ESMS, on n'intervient pas, c'était vraiment au début, par crainte de voir une avalanche de gens qui avaient un bout, une prise en charge partielle...*

*Travailleuse sociale 2 : non, et que les établissements...*

*Travailleuse sociale 1 : ah oui voilà, et que les ESMS bottent en touche et se déchargent de leur responsabilité de devoir proposer aux familles même si l'établissement n'est pas celui qui correspond...*

*Travailleuse sociale 2 : oui, c'est à eux d'accompagner ça.*

*Question : et d'éviter des sorties sèches ?*

*Travailleuse sociale 1 : tout à fait.»*

Un autre élément est apparu, très clairement énoncé par le PCPE 45, sur le recours aux prestations externalisées. Le PCPE se situe dans une logique de subsidiarité et de mobilisation du droit commun. C'est le cas pour tous les PCPE, mais dans le 45, ce positionnement se décline également dans



le financement des prestations externalisées. En effet, lorsqu'une intervention externalisée payante est mobilisée par le PCPE, ce dernier a posé le principe d'intervenir à la même hauteur que la PCH et uniquement dans l'attente que les droits soient mis à jour, et la PCH mise en place.

*« On est partis du fait que dans le cadre des PCH, notamment enfant, il y a du financement pour l'intervention à domicile, pour ce type de prestation, donc on est parti du principe que notre rôle c'était d'ouvrir les droits et de mettre en relation avec des prestataires qui pouvaient répondre à cette prestation, qu'en amont de l'ouverture des droits, le PCPE financerait l'intervention à hauteur de ce qui serait pris en charge par la MDPH, car il y aurait toujours un reste à charge pour l'utilisateur. »*

Ce principe d'intervention a pour conséquence, d'après l'équipe, de diminuer la demande d'accompagnement d'intervention extérieure par les familles vis-à-vis de leurs besoins réels, puisque la PCH ne permet généralement pas de couvrir la totalité des frais. Les professionnelles emploient alors le terme de « double peine », vis-à-vis de familles qui d'une part attendent une place pour leur enfant dans un établissement depuis des années, et qui d'autre part doivent prendre en charge financièrement une partie des solutions palliatives d'accompagnement.

Mais, sans que les choses soient clairement établies, écrites, d'autres PCPE se donnent aussi des limites d'intervention, si ces dernières débouchent sur des accompagnements au long cours. Ce type de prestation, dans certains PCPE, n'est alors pas compatible avec leurs missions.

*« Vous avez dit : ça aurait nécessité un travail thérapeutique, sur la dimension relationnelle entre cette maman et sa fille, et vous disiez, nous, PCPE, on ne peut pas... Donc la temporalité entre les besoins de cette situation et le cadre d'intervention du PCPE... Pourquoi avez-vous dit : le PCPE, on ne peut pas se le permettre ?  
Réponse : effectivement, on a des... au niveau de l'institution, on a des délais.  
Question : l'association ? C'est un positionnement de structure ?  
Réponse : c'est une réglementation... On est limité dans le temps. »*

*(une autre équipe)*

#### *2.2.3.4. Une mission de coordination qui n'est pas pensée partout de la même façon*

Si cinq PCPE sur six ont décidé de désigner « coordinateur PCPE » le membre de l'équipe pivot du dispositif, cela ne signifie pas pour autant que la coordination est pensée partout de la même façon. L'idée de la coordination de parcours, par exemple, ne sied pas à tous les PCPE. En effet, dans l'idée de parcours, il y a une notion de durée et nous avons vu que cette dimension n'est pas toujours compatible avec l'approche pratiquée par les PCPE. Aussi, ces derniers se positionnent plutôt comme des gardiens de phare de la situation, à partir du moment où ils sont saisis et jusqu'à la sortie du dispositif. Le PCPE 37 a préféré le terme de « facilitateur de parcours », lorsqu'il s'agit de coordonner ou de remettre à plat des interventions partielles préexistantes, ou d'aider à la réorientation.

*« On se disait que... Ce qu'on en avait compris du cahier des charges, c'est que le PCPE n'avait pas vocation à être coordinateur de parcours. Et que de ce fait, soit il allait quand même devoir l'être, de façon exceptionnelle, pour les situations où il n'y avait personne. »*



Dans le 45, où le choix a été fait de ne pas désigner les deux membres de l'équipe des « coordinatrices », mais des « travailleuses sociales », c'est effectivement l'angle de la coordination à un temps T qui est mis en avant.

*« Nous, on se rapproche plus de la coordination au sens du 360, donc réunir à un instant T des acteurs autour d'une situation qui nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, de coordonner l'intervention de ces professionnels, de les mettre en lien et de se retirer. (...) On se rapproche plus de la MAIA, de la table tactique et de la table stratégique. »*

Les directions générales<sup>18</sup> identifient également le positionnement des coordinatrices comme un défi à accompagner. En effet, plusieurs points sont soulignés par ces dernières. D'une part, l'isolement des coordinatrices dans leur fonction, devant la complexité des situations et souvent le manque de partenaires relais, est un point de vigilance. D'autre part, il est identifié par les directions que **la coordination est un nouveau métier dans le secteur médico-social et qu'il nécessite d'être étayé par des formations, pour lui donner corps et donner de l'assurance aux professionnels, des points de repères, peut-être également une forme d'homogénéité entre les PCPE.**

Malgré les difficultés de positionnement et le flou qui entoure les PCPE, **l'absence d'un cadrage trop serré sur les missions leur permet d'être identifiés par leurs partenaires** (d'après les directeurs généraux) **comme « acteurs de proposition innovantes », acteurs « à l'initiative de développement de réseaux qui dépassent le cadre de leur intervention »**<sup>19</sup>. Aussi, il convient de soutenir cette créativité et cette souplesse d'intervention, en restant vigilant sur les moyens limités des PCPE.

---

<sup>18</sup> Comité stratégique régional du 5 octobre 2020

<sup>19</sup> idem

### 2.3.Des publics représentatifs des choix et des contraintes des PCPE

## La répartition des enfants et adultes accompagnés par les PCPE en 2019

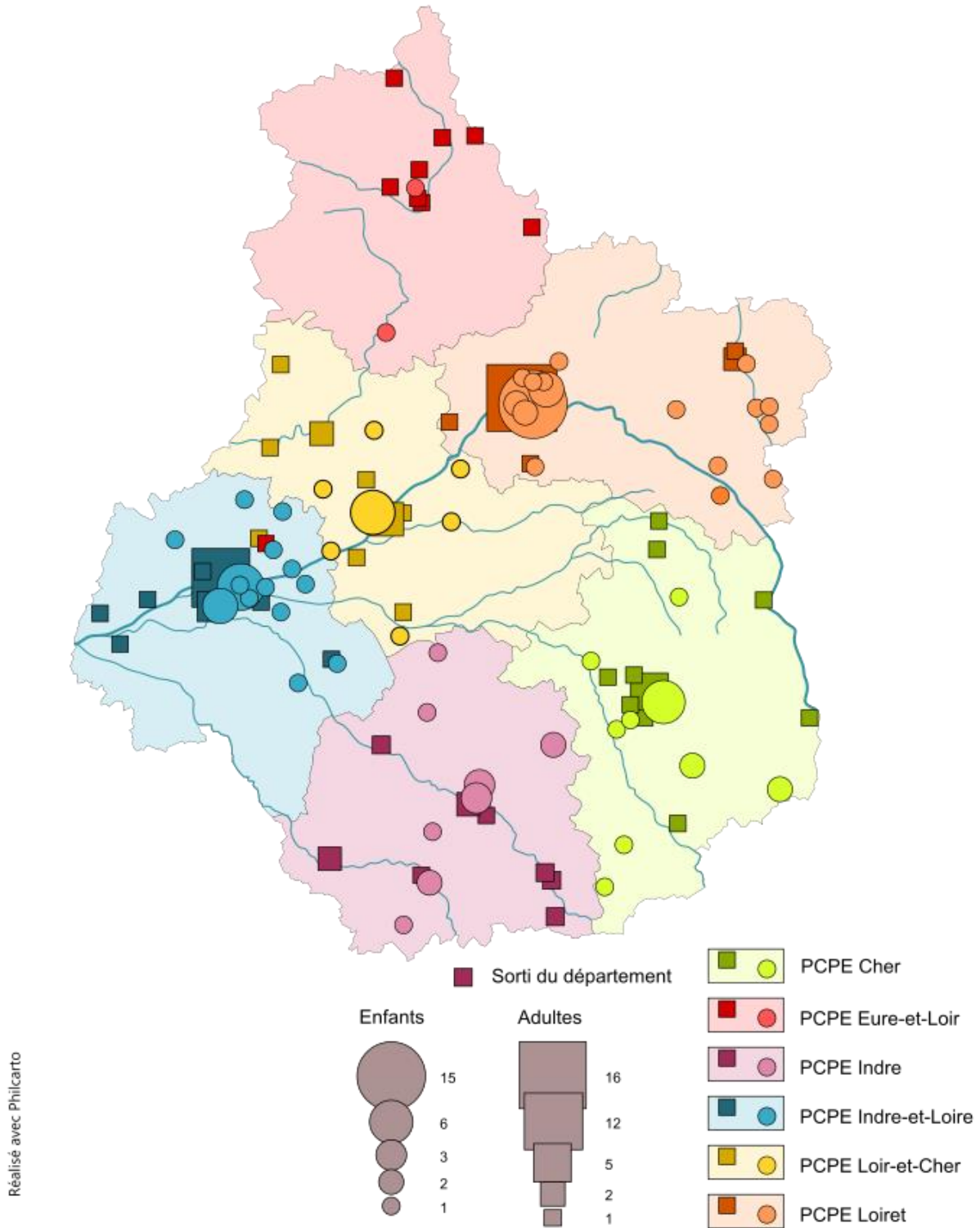


Figure 5 : La répartition des personnes accompagnées par les PCPE par département, pour l'ensemble de la région.

### 2.3.1. Les PCPE prennent le pouls des besoins du territoire...

À force de croiser des situations, à force de se confronter aux limites de solutions et de ressources, les PCPE sont capables de livrer une expertise sur leur territoire d'intervention et au-delà du seul champ du médico-social, car nous l'avons vu, leur approche des situations et la mobilisation des acteurs traversent les secteurs du sanitaire, du social, de la protection de l'enfance et des majeurs, de l'emploi et l'insertion, etc.

S'il n'a pas toujours été aisé de livrer une analyse territoriale au moment du dépôt de projet, au bout de deux ans et demi de fonctionnement, les PCPE identifient les blocages et ce qui facilite leur action, au travers des situations qu'ils sont amenés à accompagner, c'est-à-dire aussi à travers les publics qu'ils rencontrent.

Ainsi, les **PCPE pointent tous le manque de places en établissement, avec des variations sur le type d'établissement**. Dans le Cher, l'Eure-et-Loir, ce sont les établissements adultes, type MAS (et/ ou FAM) qui n'offrent pas suffisamment de places au regard des besoins. Il a été plusieurs fois question, au cours des entretiens sur les situations accompagnées, d'élargir les recherches hors département, voire hors des frontières nationales (avec évocation de solutions d'accompagnement en établissement en Belgique). Le PCPE de l'Indre-et-Loire indique un manque de places, autant pour les adultes (MAS) que pour les enfants (IME, ITEP). Dans l'Indre et le Loiret, c'est le manque de places et les délais d'attente vers les établissements "enfants" qui sont pointés (jusqu'à 4 à 5 ans d'attente dans le Loiret pour une place en IME). En Loir-et-Cher, l'analyse sur le besoin des publics se fait plus par l'entrée des besoins (et des troubles) que par l'âge. Effectivement, le passage en DITEP et en DAME semble avoir apporté une souplesse et une articulation ayant permis de juguler les problèmes de places, d'après la direction. Actuellement, l'équipe intervient auprès de jeunes dont le profil des besoins est très spécifique, nécessitant une approche spécialisée dont aucun relais n'a vraiment développé la compétence. Il s'agit de jeunes gens autistes sans déficience intellectuelle, qui auraient des besoins d'étayage pour leur participation sociale (question de la formation et de l'emploi).

Plusieurs PCPE pointent également **le moment charnière du passage à l'âge adulte**. En effet, le mode d'accompagnement proposé aux enfants, dans certains établissements, ne correspond plus aux attentes des jeunes de 15 à 20 ans (ils peuvent rester dans un établissement après 18 ans grâce au système de l'amendement Creton). Cette problématique peut être majorée pour des enfants qui relèvent de l'ASE, ne supportant plus l'hébergement collectif et pour qui il est difficile de trouver des assistants familiaux sous l'angle « Protection de l'enfance », du fait de leur situation de handicap.

En-dehors du manque de places ou de réponses dans le secteur médico-social, **les PCPE ciblent tous le manque de ressources sur le plan sanitaire et particulièrement dans le secteur de la psychiatrie**. Or, la limitation d'accès aux soins a des conséquences importantes sur la vie des personnes au quotidien et sur leur entourage. La dégradation des relations éducatives au sein des établissements, avec des jeunes gens en situation de handicap qui présentent des troubles des comportements et des conduites, mènent souvent à des sorties ou exclusions de ces établissements. Ensuite, ces situations arrivent aux PCPE. La demande des ESMS que l'état des personnes soit « stabilisé » au niveau psychique est souvent incompatible avec les limitations d'accès aux soins. Et en la matière, les PCPE ne disposent d'aucun moyen (à part peut-être lorsqu'ils ont réussi à conventionner avec ce secteur) pour accélérer l'accès aux soins. Le constat est le même pour les **accès à des évaluations diagnostiques**. Les délais d'attente pour le Centre de Ressources Autisme situé à Tours et qui intervient pour toute la région sont en moyenne d'un an à un an et demi.

*« Question : parfois les bilans au CRA peuvent prendre beaucoup de temps. Dans ce cas, cela a pris beaucoup de temps ?*

*Réponse : un an pour le centre G. et pareil pour le CRA. Un an pour le bilan G. et encore un an pour celui du CRA.*

*Question : auriez-vous pu intervenir en tant que PCPE pour accélérer la procédure, est-ce possible?*

*Réponse : on a essayé mais ça n'a pas aidé, sachant que dans les 1 an, il y a eu le confinement.»*

*(une équipe)*

Or, dans certains départements, il n'est pas possible d'accéder à un Sessad Autisme, si le diagnostic n'est pas validé par le CRA. Ces difficultés viennent donc ajouter à la complexité de la recherche de solution.

De la même façon, le recours aux professionnels libéraux qui sont en-dehors de la nomenclature de la Sécurité Sociale (ergothérapeutes, psychomotriciens), ou les nouveaux métiers du travail social en libéral (éducateur spécialisé), est très limité en-dehors des plus grosses agglomérations. De plus, dès lors qu'une spécificité sur un public particulier (TSA par exemple) est requise pour un accompagnement, cela devient particulièrement complexe, voire impossible par endroits.

Au milieu de ces constats, les PCPE ont une connaissance des acteurs parce qu'ils tissent un réseau et des connections entre leurs partenaires au fil de l'accompagnement et semblent être reconnus pour cette part de leur activité. Ce tissage permet de dépasser le fonctionnement en tuyaux d'orgue des différents secteurs.

*« J'ai proposé qu'on fasse d'une pierre deux coups et qu'on travaille tous ensemble, et on va faire une rencontre là-bas, avec l'équipe de psychiatrie O., le PCPE et les M. [ESMS] qui sont concernés par ces situations-là. Pas forcément pour parler des situations, mais pour faire connaissance. (...) On a aussi un rôle de mise en lien des partenaires. Et la connaissance des partenaires les uns avec les autres. Parce qu'on n'est pas chacun dans son coin. Et on a créé pas mal de liens avec plusieurs partenaires.»*

*(une équipe)*

Parfois, la demande de saisine n'est pas toujours très clarifiée lorsqu'elle arrive aux PCPE. La mobilisation et la construction du réseau fait alors partie des hypothèses, pour le PCPE, de la raison de la saisine.

*« Je pense que derrière, la MDPH sait qu'on travaille en réseau. Et je pense que derrière, des fois, même si ce n'est pas dit clairement, elle valide cette approche-là. »*

*(une équipe)*

### 2.3.2. ...en fonction du mode d'accès du public

Les modes d'accès du public influent fatalement sur le type des situations accompagnées. En effet, lorsque les situations passent par le « filtre »<sup>20</sup> de la MDPH/MDA, un premier travail d'évaluation et de remobilisation des acteurs peut être opéré, voire la mise en place d'un PAG, sans que le PCPE soit nécessairement sollicité. Ainsi, les situations où les réponses peuvent être mises en place de façon relativement aisées, avec des acteurs bien identifiés, dont les interventions ont des modes de financements règlementaires et correspondent aux besoins des personnes à accompagner, ne sont pas orientées vers les PCPE. Par voie de conséquence, les situations orientées vers les PCPE à accès indirect sont celles qui n'entrent pas dans les catégories énumérées ci-avant. Elles sont donc complexes et nécessitent un temps long d'évaluation des besoins et des ressources et des interventions multimodales dont il faut tisser la cohérence.

*« C'est vrai qu'il y a des périodes dans l'année où il y a plus de cas que d'autres. Mais la MDPH apure bien, déjà, on va dire, par rapport à eux, ce qu'ils peuvent apporter, et ce qu'ils nous apportent. Souvent au PCPE, c'est rare qu'on ait des situations "faciles", mais bon... ».*

*(une direction)*

De plus, lorsque les situations sont passées par les équipes de référents des MDPH, voire de la CDAPH, il peut arriver que les axes de travail du PCPE soient très cadrés en amont, avant que celui-ci ait pu mettre en œuvre sa propre expertise dans l'évaluation. Les PCPE, cependant, se laissent toute la marge de manœuvre de questionner à nouveau l'évaluation et l'orientation des axes d'accompagnement.

*« A chaque fois saisi par la MDPH, dans la fiche saisine, il y a les premiers objectifs de nommés. Que nous, on va avec la connaissance de la situation, réévaluer. Et parfois, on peut être en complément de ces objectifs-là. Ou avec des objectifs autres, parce que les premiers objectifs qui ont été posés ne correspondent pas finalement à la situation. »*

*(une direction)*

Mais de leur côté, les MDPH ne voient pas toujours la justification de refaire une évaluation, dès lors qu'elles indiquent, avec les fiches de saisine, des axes de travail aux PCPE.

*« Ce qu'on avait constaté au démarrage, et qu'on regrette un peu... Pour nous le PCPE, comme son nom l'indique, c'est un Pôle de prestations et compétences externalisées. On trouvait que le PCPE perdait beaucoup de temps à refaire une évaluation qui avait déjà été faite par la MDPH. (...) Parce que nous, on insiste sur l'idée d'apporter une aide concrète à la famille et à la personne sous forme de prestations. »*

*(une MDPH)*

La situation est différente pour les PCPE qui disposent d'un accès direct au public. En effet, dans ce cas, un certain nombre de situations qui n'entrent pas dans la catégorie « complexe » peuvent être accompagnées, parfois simplement résolues par une mobilisation des droits.

<sup>20</sup> Pour reprendre l'expression des professionnels dans les entretiens.

De plus, les PCPE qui disposent d'un accès direct ont pu mettre en place la fonction d'appui-ressource, c'est-à-dire qu'ils peuvent mettre en valeur leur connaissance du terrain auprès de professionnels ayant des besoins particuliers autour d'un accompagnement, mais sans intervenir directement auprès du bénéficiaire. **La fonction appui-ressource de ces PCPE est une équivalence du niveau 1 de réponse de la Communauté 360.** C'est d'ailleurs ce qui est mis en avant par les professionnels de ces PCPE (Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret), en disant qu'ils « font de la Communauté 360 » depuis la mise en place du dispositif.

*« On a réfléchi à un premier niveau d'intervention, le niveau 1, plutôt de l'information, conseil, orientation, c'est-à-dire pouvoir répondre à des demandes ne nécessitant pas une évaluation globale de la situation, pas de demande d'accompagnement poussé, mais qui permet par des conseils, par l'orientation vers le bon interlocuteur, de pouvoir répondre et débloquer une situation. »*

*(une direction)*

Ainsi, l'accès direct ou par le biais des MDPH/MDA influe sur les profils des publics, peut aussi limiter le nombre de personnes accompagnées, et peut également orienter le type d'accompagnement (évaluation, prestation...).

### 2.3.3. Des modalités au cas par cas, pour retrouver la cohérence dans l'accompagnement.

#### 2.3.3.1. Des situations toujours complexes, mais pour des raisons différentes

*« Vous n'êtes pas sans savoir que les situations qui nous arrivent au PCPE ce sont des situations dites... Alors "critiques" je ne sais pas, mais « complexes », où il y a eu généralement une multitude de ruptures, d'échecs, où il y a eu beaucoup de choses qui n'ont pas fonctionné. »*

*(une équipe)*

Nous l'avons vu précédemment, en fonction du mode d'accès, les PCPE ne sont pas amenés à traiter la même proportion de situations particulièrement complexes.

Il peut y avoir la question de la temporalité et le moment d'arrivée du PCPE dans la situation. Quand une situation est problématique depuis un temps certain, elle a pu se dégrader. Les troubles de la personne peuvent être majorés, les partenaires déjà sollicités, les professionnels « à bout », ou la situation sociale très dégradée.

*« Je pense que parfois, les situations sur le PCPE nous sont effectivement orientées tardivement et dans l'urgence. C'est-à-dire que le PCPE est la dernière solution qu'on envisage. Parfois, on est plutôt dans la rupture de parcours entamée que dans l'anticipation de la rupture de parcours. »*

*(une direction)*

Un exemple pour illustrer le passage d'une situation complexe à une situation critique :

« Une situation complexe, qui est devenue critique, avec par exemple, un jeune homme qui était à la rue. Donc comment voulez-vous arriver à... Ne serait-ce que le contacter, des choses toutes bêtes... Alors, on a les coordonnées de la maman, on essaye de passer par la maman, mais vous imaginez bien que si ce jeune homme est à la rue, c'est parce qu'il y a une rupture familiale qui est déjà consommée. Donc on n'a pas d'interlocuteur.»

(une direction)

Il semble évident que les moyens à déployer pour débloquer une situation à risque de rupture sont moindres que quand la situation est sclérosée.

De plus, **lorsque le PCPE est sollicité en dernier recours, le panel de possibilités est parfois limité ou épuisé**, ce qui restreint aussi les moyens d'intervention du PCPE, censé s'appuyer sur les partenaires de son réseau.

« On est parfois interpellés lorsque tout a été essayé et que rien n'a fonctionné, et qu'il n'y a plus du tout de solution. (...) De nombreuses fois, on est interpellés parce qu'il n'y a plus aucune solution, que tout a été envisagé et essayé, épuisé et du coup, c'est la dernière proposition.»

(une direction)

**Une autre cause de la complexité de l'accompagnement est la difficulté à « catégoriser » les troubles ou les besoins des personnes bénéficiaires.** Cette difficulté n'est pas spécifique aux PCPE, elle se retrouve dans l'ensemble du secteur médico-social, mais le dispositif PCPE était censé pouvoir dépasser ces problématiques. Or, il semble que la difficulté demeure, même avec un dispositif plus souple.

« On peut se retrouver avec des profils, accompagnés par le PCPE, où on n'a pas de solution, parce qu'il y a un petit bout de psychiatrie, mais la psychiatrie nous dit que finalement, eh ben, le profil n'est pas assez marqué pour qu'ils interviennent, et de l'autre côté, ben, vous avez le bonheur de ne pas être déficient intellectuel, donc du coup, vous ne pouvez pas venir sur les services ambulatoires, et les établissements, ben, ma foi, votre état de santé vous permet d'éviter une institution... (...) On se retrouve avec des profils qui sont trop ceci et pas assez cela.»

(une direction)

Dans l'Indre, l'équipe nous décrit une évolution constatée depuis l'ouverture du PCPE. Il faut préciser que dans l'Indre, c'est le PCPE qui a la charge de la gestion des situations critiques (il n'y a pas de référent RAPT à proprement parler au Conseil Départemental), qui sont orientées par l'ARS. Le PCPE dispose de moyens supplémentaires conséquents (mais non reconductibles, c'est-à-dire au coup par coup, en fonction des besoins). Ces crédits peuvent par exemple servir à financer un veilleur de nuit supplémentaire pour un jeune hébergé dans une MECS (financement Protection de l'enfance), qui aurait sans cela mis fin à l'hébergement car la structure ne pouvait assurer sa sécurité ou celle des autres jeunes compte tenu de son taux d'encadrement propre.

La coordinatrice du PCPE de l'Indre est arrivée au mois d'avril 2020.



« En termes de profil, moi, ce que j'avais pu en comprendre en parlant avec ma collègue, les situations PCPE au début, on n'était peut-être plus sur des situations avec justement plus une rupture avérée, un isolement, et très peu de partenaires. Finalement, dans les situations, tout le travail était là ; de pouvoir retrouver un accompagnement, réengager les partenaires autour de la situation. Alors que là, c'est plutôt : on a des grosses situations plus critiques, qui sont là dans la prévention d'un risque de rupture, avec beaucoup de partenaires autour de la situation, et là, le PCPE est plus là pour accompagner, prévenir le risque de rupture, et peut-être plus travailler à une réorientation, voir comment trouver une solution autre. Parce que celle qu'il a actuellement ne correspond pas.

Question : donc on a évolué d'une situation sans solution ou sans réponse, à quelque chose de... Il y a une réponse, ou une réponse partielle, mais qui n'est pas la bonne ?

Réponse : c'est ça. Après, on a toujours des situations... Mais au niveau des profils, c'est plutôt ça.

Question : la multiplicité des partenaires, ça rend la coordination plus complexe ?

Réponse : oui, plus complexe, plus lourde, tout à fait.»

Le prisme de la multiplicité des partenaires est beaucoup utilisé, lors des entretiens, pour tenter d'évaluer la qualité de l'accompagnement, ou sa plus-value dans le paysage médico-social. En effet, ce n'est pas quand les PCPE proposent des accompagnements dans l'attente d'une admission en établissement bien identifié qu'ils montrent tout leur intérêt. **C'est au contraire quand la situation est complexe, avec plusieurs niveaux d'intervention, quand les professionnels des multiples champs voient des enjeux différents dans l'accompagnement, et qu'il faut travailler à une harmonisation des grilles de lecture, à la levée des résistances.**

Lorsque les intervenants parviennent à s'entendre et que les interventions peuvent se mettre en place, souvent au prix d'un travail de dentellière entre les partenaires, ces situations d'accompagnement sont de réels motifs de satisfaction pour les équipes. Le contraire génère aussi la frustration.

« Question : la situation que vous avez présentée, c'est une situation.... Est-ce que la situation...

Réponse : insatisfaisante? Qui s'est bien passée ? J'avais envie de vous la présenter comme étant insatisfaisante dans le sens où... Avec notre regard d'aujourd'hui, elle n'est pas insatisfaisante. Cependant, elle l'a été de multiples fois, liées aux aléas, des retournements de situation, des enjeux institutionnels, de la difficulté à travailler parfois avec les parents, à cause du temps d'analyse de la situation qui a été extrêmement long et qui relevait d'une insatisfaction générale, pas qu'au niveau du PCPE. Qui venait pointer toutes les difficultés administratives, institutionnelles, des différents milieux, du soin.»

(une équipe)

Il arrive aussi que les PCPE aient une vision assez claire de ce qu'il faudrait faire, des interventions à mettre en place, des partenaires à solliciter, mais qu'ils n'aient pas toutes les cartes en main, et il suffit qu'un élément soit bloquant pour que les choses ne puissent démarrer. Cela peut être le certificat médical qui permettra à la personne de compléter son dossier MDPH pour activer ses droits, la



demande d'hospitalisation par un tiers (attendue en vain de la part des parents) devant le risque imminent de passage à l'acte, et qui serait l'occasion d'une évaluation clinique et la recherche de traitement. Ce peut être aussi la mise en place d'un stage, avant orientation, alors que cette modalité n'est pas prévue par l'établissement cible.

*« Qu'est-ce qui est le motif d'insatisfaction dans cette situation ? Ça patine, c'est trop long ?*

*Réponse : oui, il y a le temps, ça c'est sûr, on a l'impression... On sait que le PCPE, on est là pour intervenir sur des périodes assez courtes, on voit que c'est pas toujours le cas mais quand c'est pas le cas, c'est que les choses démarrent ou qu'on a besoin encore de les accompagner... Sauf que là, la problématique c'est que maintenant, on ne sait toujours pas si S. a sa place ou pas en ESAT, et qu'avant de passer à autre chose, il faut forcément qu'on passe par cette étape et que c'est la première étape, et qu'on y arrive pas !*

*Question : pour que le deuil puisse se faire éventuellement ?*

*Réponse : c'est ça.»*

*(une équipe)*

Cet accompagnement cousu main nécessite aussi de considérer les familles et leur réception des propositions d'accompagnement et de prestations du PCPE. En lien avec la problématique du manque de places en établissement, certaines familles peuvent refuser les propositions du PCPE. Ce point a été souligné dans le Loiret notamment. En effet, certaines familles ont intégré le concept du « sans solution ». Et dans leur attente interminable d'une place en IME, elles craignent que si un « petit bout de solution » est trouvé par le PCPE pour de l'intervention à domicile, même en tant que solution de substitution dans l'attente de l'admission, elles risquent de « perdre leur place » sur la liste d'attente, car elles ne seront plus « sans solution ». Aussi, ces familles déjà à bout refusent les propositions du PCPE.

### *2.3.3.2. Les approches des PCPE pour démêler les situations : d'une première rencontre à la mise en place d'une première réponse*

Les PCPE insistent tous sur le temps de réactivité très court qu'il est nécessaire d'avoir, tant sur le plan administratif qu'opérationnel, et sur le fait qu'ils prennent généralement contact très rapidement pour une première rencontre avec les personnes bénéficiaires dès lors qu'ils sont saisis ou informés de la situation (moins de quinze jours pour la première rencontre ou prise de contact). Cette première rencontre peut avoir lieu dans les locaux du PCPE, à domicile, dans une structure partenaire, ou encore à la MDPH (cas du 36). La première rencontre est l'occasion pour les PCPE de recueillir des autorisations d'intervention et de transmission des informations via et en direction des partenaires impliqués. C'est également à ce moment que les PCPE transmettent aux personnes accompagnées leur mode de fonctionnement général et comment ils envisagent leurs modalités d'intervention.

Passée cette première rencontre, nous l'avons vu plus haut, la période d'évaluation des besoins et des ressources peut être plus ou moins longue (jusqu'à deux mois), tout en travaillant avec la personne ou son entourage sur la détermination de son projet.

Les PCPE insistent sur la nécessité d'écouter les attentes de la personne elle-même, pour être les plus ajustés possibles et limiter les échecs. **Quand il y a discordance de points de vue** (soit entre le PCPE

et la famille ou la personne, soit entre les différents partenaires et la famille), **les PCPE font globalement le choix de privilégier les attentes des personnes bénéficiaires ou de leurs représentants.**

*« Et on s'est aperçus qu'en prenant le temps d'écouter ce jeune, (...) dans les entretiens qu'on a pu mener avec lui et qu'il a pu mener avec d'autres professionnels, la capacité à dire ses besoins. Très simplement. Il y a toujours les idées des professionnels, mais si on ne les applique pas aux besoins des personnes, il peut y avoir décalage, mais ce qui a pu permettre à terme, ça a pris du temps, un ajustement sur mesure. (...)».*

*(une équipe)*

*« le PCPE est vraiment au cœur des situations complexes comme ça, où il y a des demandes différentes en fonction des gens : les parents demandent l'ESAT, le DAPI a conclu que c'était pas possible, l'accueil de jour ne sait pas quoi faire avec cette jeune fille et pense que l'ESAT c'est compliqué. On est un peu au cœur de toutes ces demandes. Et le seul repère qu'on a, c'est ce que demandent les parents ou la personne. (...) On a pris le parti de dire "c'est le projet de la famille, qu'il soit réalisable ou pas", j'ai envie de dire "on va aller dans cette direction", et si c'est pas réalisable, on amènera les éléments pour qu'on fasse presque un travail de deuil auprès de la famille. (...) Ou, si c'est quelque chose de réalisable, c'est le projet de vie de la famille, et on va dedans et on se donne les meilleurs moyens pour pouvoir y aller.».*

*(une autre équipe)*

Pour rappel, nous avons vu dans le point 1.2.3.1 que le temps de l'analyse de la situation était nécessaire pour les PCPE. Dans le même ordre d'idée, certains PCPE ne se précipitent pas pour proposer des interventions mais sont davantage dans une posture d'observateur, où ils posent des questions aux partenaires dans la situation. À ce titre, ils évoquent régulièrement **leur neutralité, leur place de tiers**, qui permet de questionner sans mettre en danger la suite du partenariat.

*« Ça nous est arrivé que le dossier soit un petit peu en-dessous de la pile et du coup, ça permet de le ressortir et de se dire ; "ben, oui, tiens, pourquoi on n'a pas fait la visite-contact ?", "pourquoi il n'est pas passé en commission ?" (...) Et ça permet de relancer des dynamiques, et on a pas mal de situations qui se sont dénouées, un peu d'elles-mêmes, sans que le PCPE soit vraiment intervenu ou en tout cas ait mobilisé ou activé le réseau ou les libéraux, qu'on n'ait pas eu besoin d'activer... Parce que nous, on appelle juste pour prendre des renseignements, pour se mettre en lien, c'est tout, rien de plus que ça... Mais en fait, rien que ça, ça a des effets, souvent, on se rend compte.»*

*(une équipe)*

Le PCPE du 41 nous a présenté une situation en exemple, où il a été amené à mettre rapidement en place, grâce à la clairvoyance (ou la connaissance de la situation) du médecin de la MDPH, un protocole d'accueil en service de pédiatrie, de façon à rassurer la personne accompagnée.

*« Il a été conseillé par le médecin de la MDPH qu'on protocolise quelque chose, car plutôt qu'il soit envoyé dans l'urgence en pédiatrie, que ça ne soit pas préparé, faisons un protocole de traitement de l'urgence. Il était convenu de faire du lien avec la pédiatrie, et de s'entendre sur le fait qu'en cas de crise, c'est la pédiatrie qui*

*l'accueillerait, et ce jeune autiste était rassuré sur le fait qu'il y aurait une chambre d'accueil en cas de problème. »*

*(une équipe)*

L'accompagnement décrit par le PCPE du 41 a été très complexe, avec de multiples obstacles à chaque fois que des prémices de solutions étaient trouvées. Ces obstacles étaient considérés comme des échecs pour la personne bénéficiaire et pouvaient générer des crises. Aussi, malgré les difficultés de mise en œuvre des recherches de solution, ce protocole décidé au départ est resté en arrière-plan tout au long du parcours d'accompagnement, comme un filet de sécurité malgré les échecs répétés.

### *2.3.3.3. Les PAG : un plus pour relancer le parcours ?*

Nous l'avons vu en introduction de ce document, les PCPE ont été développés dans la suite de la mise en œuvre de la Réponse Accompagnée Pour Tous. Or, d'après les chiffres demandés aux PCPE via les fiches de renseignements, les situations relevant de PAG (Plan d'Accompagnement Global) représentent en général moins de 20% de la totalité des personnes accompagnées en 2020.

*« Par exemple, si je vous donne les chiffres cette année, sur la totalité des 45 situations, je crois que 8 relèvent d'un PAG. Alors que, ce qu'on avait compris du cahier des charges, c'est que c'est très lié à la RAPT et du coup, très lié à un PAG, quoi. »*

*(une direction)*

En effet, lorsque la situation relève d'un PAG, les coordinations et surtout les engagements mutuels des partenaires sont contractualisés. Cela oblige les uns et les autres à une obligation de moyens. La question des moyens est aussi à mettre en évidence, car dans le cas d'un PAG et *a fortiori* lorsqu'une convention territoriale RAPT est effective, des dérogations de public, d'âge, de sureffectif, peuvent permettre la recherche de solutions intermédiaires.

*« Qu'est-ce qui est facilitant dans le fait d'avoir des situations qui relèvent d'un PAG ? Par rapport aux autres situations ?*

*Réponse : oui, ça rejoint peut-être la question de la mutualisation, c'est-à-dire que ça peut être un appui supplémentaire pour bénéficier d'engagements ou d'interventions d'établissements et services, qui sont ou pas partenaires du PCPE...*

*Question: de façon plus formelle, en fait ?*

*Réponse : peut-être, peut-être. On est plutôt, dans les Pag, sur des Pag de niveau 2, donc avec l'intervention des autorités de financement, donc il y a un lien avec des autorisations, des demandes d'autorisations, des demandes de financements, donc on en voit forcément l'utilité. »*

*(une direction)*

Les PAG peuvent donc être un appui supplémentaire dans la mise en œuvre d'une réponse adaptée par les PCPE. Mais ils ne sont pas systématiques. Or, lorsque la solution (provisoire ou pérenne) réside dans un tissage d'accompagnement entre multiples partenaires, qui ne correspond pas aux modes d'intervention habituels ni aux modes de financement, la contractualisation d'un PAG officialise le montage, voire le rend possible. Sans un PAG, c'est parfois le PCPE qui se retrouve sans solution.

*« On voit bien qu'avec la crise sanitaire, notamment, il y a une accentuation des situations critiques, qui fait que la MDPH apparaît... La RAPT est engorgée de demandes et se trouve en situation d'émettre des priorités sur les situations présentées. Donc ça, c'est une chose. C'est vrai qu'il y a des situations qui restent très en attente de solutions, très critiques, qui ont besoin d'un PAG et qui n'en ont pas, et pour lesquelles le PCPE ne peut pas faire grand-chose, si ce n'est de mettre en place des prestations libérales, au domicile.»*

*(une équipe)*

## 2.4. Les PCPE : des catalyseurs d'une transformation de l'offre inachevée

Répartition géographique et mobilisation des prestataires externalisés sur l'ensemble de la région en 2019

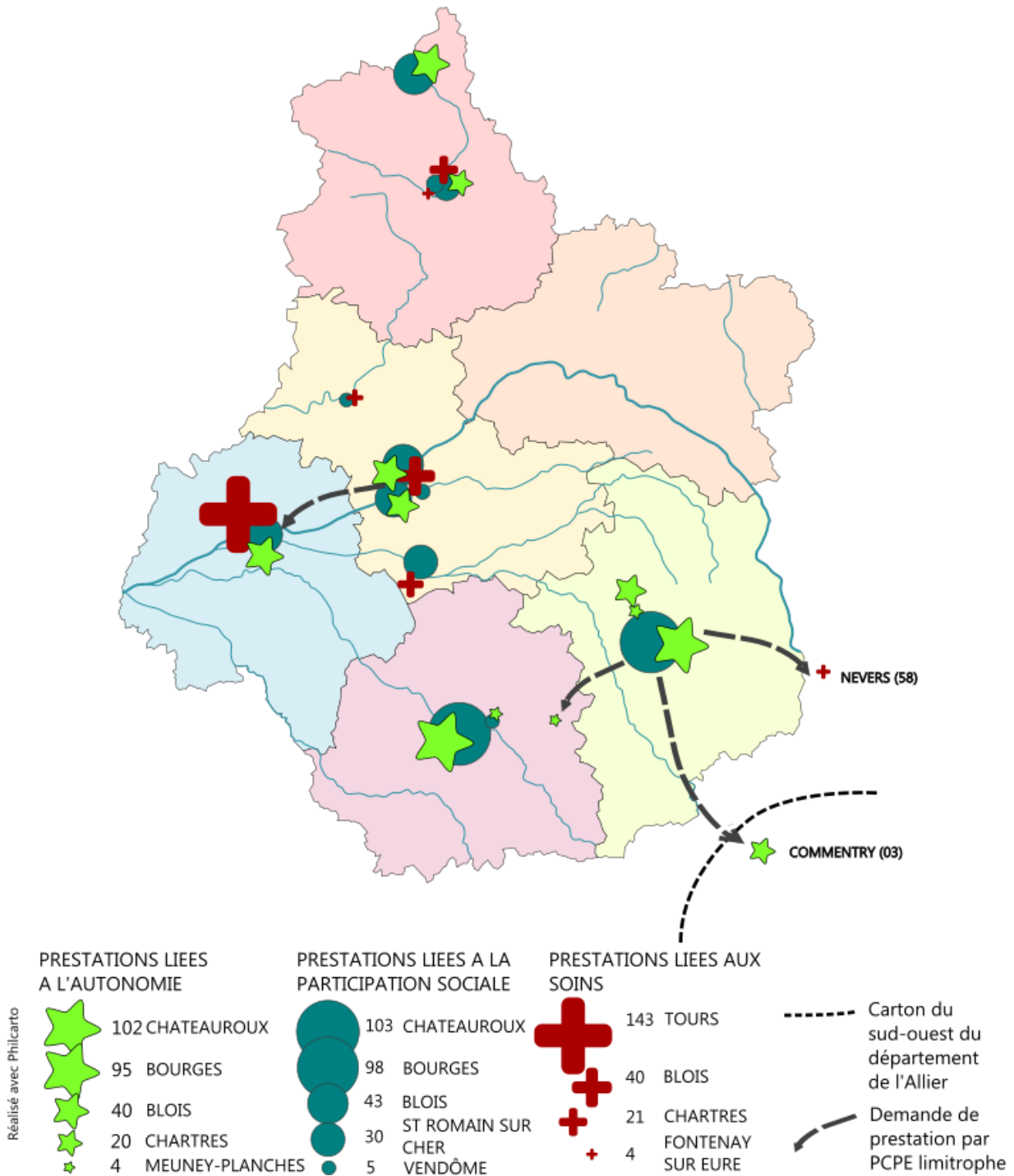


Figure 7 : Les prestations externalisées sur la Région en 2019, par domaines<sup>21</sup> SERAFIN-PH

<sup>21</sup> Données issues des tableaux de prestations externalisées facturées. Lorsqu'une intervention éducative est notée au nombre de 40 prestations liées à « autonomie + participation sociale », sont considérées 20 pour l'une et 20 pour l'autre.

Déployés à la suite du rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau, outil de la transformation de l'offre médico-sociale, les PCPE ont vocation à répondre aux besoins de personnes en situation de handicap, d'une part en substituant à la logique de « places » une logique de « parcours », et d'autre part en mobilisant des ressources environnantes relevant des ESMS locaux et/ou exerçant dans un cadre libéral.

Les PCPE de la région Centre-Val de Loire ont développé des pratiques très variables de mobilisation du réseau et des professionnels libéraux, résultats de choix quant à leurs modalités de fonctionnement et reflets des contraintes environnementales avec lesquelles ils doivent composer. Leurs modes de fonctionnement révèlent également l'état d'avancement de la transformation de l'offre médico-sociale et mettent en évidence la persistance de certains modes de fonctionnement du secteur médico-social. Entre ressources insuffisantes et maintien de certains modes de fonctionnement, les PCPE doivent accommoder pour répondre à leurs missions et aux besoins des personnes accompagnées. Les entretiens réalisés auprès des directions et des équipes des PCPE ont fait apparaître des problématiques et difficultés transversales aux différents PCPE de la région, difficultés qui renvoient tant aux caractéristiques régionales de l'offre de santé au sens large qu'au processus de transformation de l'offre médico-sociale, engagé mais loin d'être achevé.

La mobilisation des ressources environnantes comme la construction du réseau de partenaires se bâtissent au fur et à mesure, en fonction des besoins spécifiques à chaque situation individuelle.

*« Il y a des éducateurs sportifs qui interviennent sur plusieurs situations. En fonction de la problématique de la personne, une fois qu'on a ciblé quel est le projet de vie qui est demandé par la famille, on essaie de pallier le manque et de trouver la personne la plus à même de l'accompagner dans l'attente d'une orientation dans une structure.*

*Question : du coup, ces partenariats se construisent au fil des situations ?*

*Réponse : exactement, c'est au cas par cas. »*

*(une direction)*

Or, si le principe de proximité prédomine, il n'est pas exclu que les besoins d'une personne, de son entourage, confrontés aux ressources disponibles, justifient des recherches hors département voire hors région.

Le caractère limité des ressources disponibles se pose tant au niveau des ESMS du territoire que des prestations externalisées délivrées par des professionnels exerçant en libéral.

#### 2.4.1. Mobiliser des ressources limitées

La mise en place de réponses et d'interventions mutualisées suppose de mobiliser des ressources disponibles auprès des ESMS et que ces derniers considèrent comme légitimes les demandes en ce sens émanant des PCPE.

Or, la disponibilité des ressources internes aux établissements et services médico-sociaux est généralement limitée voire compromise, au regard des ressources dont ces derniers disposent pour répondre aux besoins des personnes accompagnées ainsi qu'aux listes d'attente souvent conséquentes. Dans ce contexte, la demande des PCPE peut se heurter à un défaut de disponibilité des ressources des institutions, décrites comme étant « à couteaux tirés » par certains de nos interlocuteurs.

À cette problématique s'ajoute celle de la légitimité du PCPE dans le secteur médico-social et de la représentation que peuvent en avoir les institutions et les professionnels. Certains acteurs rencontrés au cours de ce travail, direction et équipes des PCPE, ont partagé ce qu'ils considèrent être une « méfiance » de certains acteurs médico-sociaux vis-à-vis du PCPE, perçu comme faisant le jeu des logiques à l'œuvre « consistant à faire toujours plus avec moins de moyens ».

*« Cette question de la mutualisation, c'était une grande crainte du comité de pilotage. C'était de dire "attention, on voit ce que les financeurs veulent nous faire faire. Mutualiser, on le fait déjà. On a déjà plein de situations où on dépasse tous nos capacités d'accueil, il ne s'agit pas que là, ça vienne officialiser un fonctionnement, qui, par défaut de places, nous demandera de faire plus avec moins de moyens. »*

*(une direction)*

Au-delà des limites des ressources disponibles, les ESMS se heurtent à la problématique de la valorisation des partenariats établis et des ressources qu'ils peuvent mettre à disposition. Nous verrons un peu plus loin que la comptabilisation et la valorisation de l'activité via les prestations mutualisées constituent un impensé de la mesure de l'activité des institutions. En effet, comment mettre en valeur le fait d'être, d'avoir été appui-ressource, d'avoir mis à disposition des compétences internes auprès d'un autre dispositif tel que le PCPE, lorsque les outils de recueil de l'activité ne le prévoient pas ? Et que les autorités de tutelle ne le demandent pas ?

Dans le cadre du développement de prestations externalisées et en adéquation avec les principes de proximité, les PCPE peuvent mobiliser des professionnels libéraux. Or, ils se heurtent là encore à une offre régionale en souffrance, marquée par de fortes disparités territoriales et infradépartementales. La plupart des PCPE de la région se trouvent confrontés à une insuffisance, voire à une pénurie de ressources libérales, tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif, c'est-à-dire en termes d'expertise et de compétences très spécifiques nécessaires à l'accompagnement de certaines situations.

L'état de l'offre en professionnels libéraux est une problématique transversale aux différents PCPE, mais qui se pose avec d'autant plus d'acuité dans certains territoires ruraux, mettant ainsi au défi le principe de proximité mais également de réactivité requis par les situations individuelles.

*« On manque de ressources, dans l'exercice libéral, dans tout le territoire du Loir-et-Cher; c'est beaucoup plus fourni, évidemment, à Blois. On en manque beaucoup dans le sud du département. C'est beaucoup plus compliqué d'être réactifs sur les situations du côté de Romorantin, par exemple. (...) Donc notre problématique, c'est de couvrir tout le territoire. Ça, c'est selon la situation géographique, on mobilise plus ou moins de ressources. »*

*(une équipe)*

Parfois, le recours à des professionnels libéraux ne garantit pas leur disponibilité au long cours, avec des professionnels mobilisables sur des actions précises et ponctuelles telles qu'un bilan, comme l'indiquaient des professionnels d'un PCPE.

*« Il y a certains professionnels qui sont d'accord pour le bilan, mais pas pour le suivi. Parce que ça ne va pas leur prendre trop de temps. Alors le bilan prend du temps, certes, mais c'est limité et ils ne vont pas pouvoir assurer le suivi. »*

*(une équipe)*



Faute de ressources disponibles sur le territoire, les recherches des PCPE s'élargissent et dépassent les frontières départementales, comme le précisait une direction d'un PCPE :

*« Autour de chaque situation où là, c'est une recherche propre à chaque situation en particulier : par téléphone, par rencontre, par recherche sur Internet parce qu'on est beaucoup sur... au-delà des limites du département... Par exemple en libéral, les ressources éducatives que l'on ne trouve pas sur le territoire du Cher. »*

*(une direction)*

Par ailleurs, l'existence d'une offre libérale de telle ou telle profession (éducateur spécialisé, ergothérapeute...) ne garantit pas l'existence ni la disponibilité de compétences et d'expertise spécifiques aux problématiques et aux besoins des personnes accompagnées. L'équipe d'un PCPE de la région a ainsi largement souligné sa « chance » de disposer de ressources libérales en termes d'éducateurs spécialisés compétents sur l'autisme, conscients de se démarquer des départements voisins.

*« [...] il y a une évaluation par une éducatrice libérale spécialisée dans les TSA car on a cette chance dans le [département], ce qui n'est pas le cas de mes collègues PCPE, là actuellement on travaille avec quatre éducatrices libérales, ce qui est beaucoup par rapport à d'autres départements et à l'époque on avait R., éducatrice libérale, qui avait fait un parcours en Sessad Dialogue Autisme, en IME de [...] donc elle connaissait bien. Et qui était déjà repérée à la création du projet PCPE donc tout de suite, elle a été dans la course et elle a fait une évaluation sur le site de l'IME, ce qui a rassuré l'IME. Sur des temps informels, des temps de classe et elle a pu conseiller aussi l'IME, compléter l'accompagnement des TSA au niveau de l'IME ».*

*(une équipe)*

Au-delà de la problématique de l'offre et des ressources disponibles, la mise en place de prestations externalisées via le recours à certains professionnels soulève plusieurs questions majeures, relatives à **l'articulation entre le PCPE, le professionnel intervenant en libéral et la personne accompagnée et au financement de ses prestations externalisées par le PCPE.**

Plusieurs de nos interlocuteurs ont fait part des interrogations que suscite chez eux le recours à des professionnels exerçant en libéral : comment s'assurer de la qualité et de la pertinence des prestations délivrées par des professionnels qu'on ne connaît pas ? Comment instaurer et soutenir une relation de confiance avec un intervenant libéral ? Comment maintenir un cadre collectif afin d'éviter l'isolement des intervenants libéraux ?

La question de la connaissance et donc de la reconnaissance des professionnels libéraux susceptibles d'intervenir auprès de situations accompagnées par le PCPE peut se poser au point de conduire les PCPE à des choix précis en termes de prestations externalisées.

*« ... et notre PCPE n'est pas un PCPE qui utilise sa dotation pour financer des prestations externalisées. Chaque territoire est différent, on n'a pas pris le mauvais parti dans le Loiret, on a accompagné des situations, on a un turnover. On a été très frileux à financer les prestations externalisées, donc à faire intervenir à domicile les intervenants*



*libéraux qu'on ne connaissait pas. (...) Ce que je vous disais, on est vraiment frileux à se dire "pourquoi le PCPE recommanderait tel ou tel prestataire, le ferait intervenir ?". On ne maîtrise pas, on ne maîtrise pas, c'est une question éthique. Quelle qualité d'accompagnement ? Quand vous introduisez quelqu'un au domicile, tout peut arriver, donc c'est qualité, mode d'accompagnement, qualité relationnelle, on était là-dessus. »*

*(une direction)*

Parfois, ces interrogations voire inquiétudes sont détournées par la mise en place de stratégies permettant de mobiliser des professionnels déjà connus et reconnus sur des prestations en libéral :

*« Il y a des PCPE qui sont tournés vers faire intervenir des intervenants qu'ils connaissent, avec qui ils ont beaucoup travaillé, par exemple des professionnels de structures de leur association qui se sont installés en auto-entrepreneur, qu'ils ont financés. »*

*(une direction)*

C'est bien l'enjeu de la confiance dont il est question ici, entre le PCPE, le/s professionnel/s intervenant en libéral, la personne accompagnée et son entourage. La mobilisation durable de professionnels libéraux nécessite des temps d'échanges et des points réguliers permettant de juger de la pertinence de la reconduction de la convention avec ceux-ci. Cette collaboration et cette mobilisation sont donc interrogées régulièrement :

*« C'est vrai qu'on a quand même un travail pour recevoir les professionnels avec qui on va travailler, on a des éléments de CV, de diplômes, etc. On essaie de travailler au plus près pour que tout se passe au mieux. (...) Mais on n'est pas à l'abri de difficultés. (...) Ce qu'on essaie de faire, c'est de cadrer par des conventions de fonctionnement, assez courtes, on est sur 4 ou 6 mois, avec des bilans réguliers pour pouvoir renouveler la convention ou pas, le cas échéant. Et puis des points réguliers avec les professionnels, les bénéficiaires... De ne pas laisser trop de solitude à l'intervenant à domicile. (...) On est vraiment en lien. »*

*(une direction)*

Le recours à plusieurs professionnels libéraux pour une même situation peut générer un isolement de ces derniers et entraver la cohérence générale de l'accompagnement, ce qui serait préjudiciable pour les personnes accompagnées. La nécessité d'organiser des temps collectifs, des réunions, des temps d'échange réunissant les différents professionnels libéraux et un référent du PCPE a été pointée lors des entretiens réalisés, dans une perspective de « soutien aux intervenants ».

Enfin, le recours à des professionnels libéraux n'est pas sans soulever des questions d'ordre réglementaire et de droit du travail. Quels sont les risques à mobiliser un professionnel exerçant à la fois en libéral et en salariat à temps partiel ? D'un point de vue réglementaire, pourrait-il être requalifié en salariat en cas de contrôle par l'URSSAF ? Ces questions ont été évoquées par des directions sollicitées au cours de cette étude<sup>22</sup>.

<sup>22</sup> Et réaffirmées en tant que telles lors du Copil Régional Stratégique du 5 octobre 2020.

### Focus sur les éducateurs spécialisés exerçant en libéral<sup>23</sup>

On l'a dit, les PCPE se heurtent à la pénurie de certains professionnels exerçant en libéral. Les professionnels paramédicaux, mais également de la psychiatrie du côté du soin, sont particulièrement concernés et cette insuffisance de l'offre se répercute directement sur les personnes accompagnées/à accompagner. En nombre insuffisant sur le territoire, les éducateurs spécialisés intervenant en libéral figurent parmi les professionnels recherchés par les PCPE. Face à des besoins importants sur le plan éducatif et à une offre insuffisante, des organisations spécifiques peuvent avoir été imaginées, telles que la constitution d'un « pool » d'éducateurs, rassemblant des éducateurs détachés d'ESMS et favorables à intervenir pour le PCPE.

*« On avait des difficultés pour trouver les éducateurs libéraux ou détachés d'établissements, parce qu'il faut qu'ils soient à temps partiel; et on avait soumis cette question au Comité de pilotage, en disant : on est en difficulté pour cette profession, pour trouver ces prestations-là. Donc on avait émis l'hypothèse de créer un "pool" éducateurs, avec des éducateurs détachés d'établissements, des éducateurs libéraux qui seraient intéressés pour intervenir au titre du PCPE dans les situations et que nous pourrions mobiliser directement, presque. C'est-à-dire qu'on pourrait les interpeller plus facilement sans passer par des strates, que ce soit plus rapide. »*

*(une direction)*

Au-delà du nombre et de leur disponibilité, l'exercice en libéral des éducateurs spécialisés soulève plusieurs questions, en lien avec les fondamentaux et l'identité de ces professionnels de l'accompagnement. Au sein d'une profession exerçant largement dans un cadre salarial, au profit d'une institution, établissement ou association, le développement de la pratique en libéral n'est pas sans poser question ni interpeller une culture professionnelle fondée sur la relation d'aide et donc sur l'impérieuse nécessité de penser les transferts et contre-transferts à l'œuvre dans une relation de proximité.

Bien que marginal, le phénomène prend de l'ampleur, à la faveur notamment du développement des PCPE. L'émergence de cette profession dans un cadre d'intervention libéral fait écho aux difficultés rencontrées par certaines familles, en lien avec des problématiques spécifiques telles que l'autisme. Le recours à des prestations en libéral n'est pas sans susciter vigilance voire inquiétude de la part des PCPE, inquiets de voir certaines familles susceptibles d'« utiliser » le PCPE et de mettre en place des prestations pas tout à fait en adéquation avec les besoins de leur proche.

*« On est aussi en vigilance pour ne pas être instrumentalisés par des parents ou des familles, qui refusent l'institution et qui se disent, "le PCPE va me permettre d'avoir des libéraux autour de moi et de faire à ma sauce le traitement ou la thérapie qui va bien, et je vais sauver mon enfant tout seul, parce que les institutions, ça ne marche pas. On a une situation, là, avec un refus d'institution, qui a sorti son enfant de la pédopsy, et du coup,*

<sup>23</sup> « Exerçer en libéral : l'extension du domaine du travail social », Actualités Sociales Hebdomadaires, 2 octobre 2020, n°3178, pp. 8-13

*on est vigilants à ne pas aller dans ce sens-là. Parce qu'on sait que c'est pas forcément celle qui va aider. Et il faut être vigilant aussi à ça. Parce que ça pourrait être ça : "Je me débrouille avec les prestations". (...) La problématique de l'autisme, on la connaissait un petit peu... Ça aide. »*

*(une équipe)*

En plus de ces questions, spécifiques à certaines problématiques, se pose la question du cadre institutionnel et collectif lors du recours à des éducateurs spécialisés libéraux. Comment garantir et soutenir la cohérence des différentes prestations à l'œuvre ? Quels sont les points de vigilance à avoir lors du recours à ces intervenants libéraux, en termes d'éthique professionnelle, de respect des Recommandations des Bonnes Pratiques ? Comment penser le développement de ce cadre libéral d'intervention dans les métiers de la relation d'aide, dans des territoires en souffrance du point de vue des ressources sanitaires, sociales et médico-sociales ?

La question du financement des prestations externalisées se pose également avec beaucoup d'acuité pour les PCPE. Nous verrons ci-après quelles sont les stratégies que ces derniers peuvent mettre en place.

Dans le processus de construction du réseau et de mobilisation des partenaires, les PCPE se trouvent confrontés à une double « peine », pris en tension entre d'une part des ESMS déjà sous pression, arguant parfois de l'existence de ressources libérales pour justifier leurs réserves à mutualiser leurs personnels, et d'autre part des ressources libérales généralement insuffisantes. Les propos suivants illustrent cette double contrainte à laquelle peuvent se heurter les PCPE de la région :

*« À juste titre, les établissements peuvent dire qu'il y a du libéral, qu'on peut mettre en place un suivi libéral. Sauf qu'on est dans l'Indre, on n'est pas à Tours, et donc les libéraux on les connaît, et voilà, entre les départs à la retraite et ceux qui restent... Bah, y'a personne (...) »*

*(une direction)*

**Du côté des prestations mutualisées difficilement valorisables comme des prestations externalisées qui soulèvent nombre de questions, c'est bien la problématique de la transformation médico-sociale qui se pose aux PCPE.**

#### 2.4.2. Un paysage médico-social encore trop figé

Les équipes comme les directions des PCPE rencontrées dans le cadre de cette étude s'accordent à souligner la plus-value du PCPE : « souplesse », « inventivité » et « créativité » ont ainsi été largement mentionnées pour faire référence à ces dispositifs. Par l'impulsion donnée au partenariat comme

modalité d'exercice et d'intervention, le PCPE soutient la transformation de l'offre médico-sociale dans les territoires, tout en se heurtant aux réalités de fonctionnement des établissements et services.

En effet, la logique de parcours portée en tant que telle par les PCPE fait face à des modes de fonctionnement plus rigides, basés sur les agréments délivrés, focalisés sur des publics cibles pour un nombre de places donné et ce dans un périmètre défini. Ces caractéristiques de fonctionnement constituent autant d'obstacles au déploiement et aux partenariats des PCPE sur leur territoire respectif.

*« Le fait que les établissements et services ne soient pas encore organisés sous forme d'équipes mobiles, de plateformes, on voit bien tous ces nouveaux projets qui émergent, le PCPE a du mal à faire appel aux prestations mutualisées. Et donc compense par de la coordination renforcée, de la prestation libérale qui dure dans le temps, parce que la transformation de l'offre, elle n'est pas encore... Elle est loin d'être achevée, elle est en route, quoi... »*

*(une direction)*

Les différences d'avancement dans la transformation de l'offre médico-sociale et dans l'appréhension de la logique de parcours entre les PCPE et le secteur médico-social dans son ensemble se mesurent notamment à la réception des demandes du PCPE, de mise à disposition de moyens et de ressources des ESMS déjà insuffisantes.

*« Les ESMS sont encore une fois plutôt encore organisés dans des logiques de structures, et donc dans des logiques de places et pas de file active. On est plutôt dans une réalité où un grand nombre d'enfants ou d'adultes sont en attente de places, donc ça veut dire que les établissements, les ESMS sont à bloc, ils sont déjà en suractivité, parce qu'on leur demande déjà de faire plus, donc on leur demande de faire plus, en termes de suractivité, organisés encore dans des logiques de structures et nous PCPE, on arrive pour demander des mises à disposition de moyens... C'est un peu compliqué, quoi. Le système global est encore trop bloqué. »*

*(une direction)*

Plus que des résistances au changement de la part des équipes, c'est bien la problématique de l'accompagnement au changement qui se pose et encore en amont, celle de la conduite au changement portée par les autorités de contrôle et de financement. Lorsqu'elles sont consultées, informées, outillées et accompagnées, les directions comme les équipes des ESMS se manifestent majoritairement en faveur de la transformation de l'offre médico-sociale, synonyme selon elles d'accompagnements plus inclusifs et individualisés, davantage en adéquation avec les besoins et attentes des personnes accompagnées et de leurs proches. A l'inverse, la multiplication, toujours plus rapide, du nombre de dispositifs, limite les possibilités de compréhension et d'adhésion des acteurs à ces nouveaux dispositifs, et par conséquent aux PCPE<sup>24</sup>.

Cet écart entre le mode de fonctionnement des PCPE et le niveau d'avancement de la transformation de l'offre médico-sociale se constate d'une part au niveau de la mobilisation et de la mise à disposition de ressources et d'expertises entre établissements et services médico-sociaux,

<sup>24</sup> Voir à ce sujet l'étude réalisée par le CREAI pour l'ARS Centre-Val de Loire : *Former, accompagner et conseiller pour transformer ? Postures, pratiques et coopérations professionnelles au cœur de la transformation de l'offre médico-sociale*, avril 2019.

d'autre part au niveau du développement et de l'exercice de la fonction de coordination au sein des PCPE.

La transformation de l'offre médico-sociale définit la fonction d'appui-ressource au territoire des établissements et services, sur la base des principes de subsidiarité et de co-responsabilité territoriale. Il ne s'agit pas de développer les expertises nécessaires à l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans toutes les structures, mais davantage de sanctuariser et de valoriser les expertises existantes et de les rendre disponibles pour autrui à travers un travail de partenariat et de mutualisation. Or, cette mobilisation des expertises disponibles ici ou là semble reposer encore aujourd'hui sur des initiatives individuelles et relever du réseau. Ces pratiques sont déjà familières semble-t-il à certains acteurs des PCPE, en témoignent les propos d'une direction :

*« Il n'est pas rare que moi, j'appelle mes autres collègues directeurs en leur demandant un petit coup de main. Et ça, je pense que ça doit très largement se généraliser. C'est idiot d'avoir une expertise dans un établissement, que le service d'à côté en ait besoin, et qu'on n'aille pas le chercher... »*

*(une direction)*

Ces éléments ont été largement repris par les directions générales et les directions des PCPE lors du COPIL régional stratégique du 5 octobre 2020.

**Dans leur très grande majorité, les PCPE de la région Centre-Val de Loire ont positionné un-e professionnel-le défini-e comme coordonnateur-trice du PCPE. Si cette fonction trouve à s'incarner de manière différente d'un PCPE à un autre, elle reste un élément transversal et partagé à ces dispositifs. Elle participe également à les distinguer des établissements et services du secteur médico-social dans lesquels la fonction de coordination n'a pas encore trouvé à se déployer totalement.**

### 2.4.3. Valoriser les prestations mutualisées quand la grille de lecture n'existe pas

Inscrites dans le cahier des charges des PCPE comme modalités de fonctionnement, les prestations mutualisées se heurtent à plusieurs questions, telles que les modes de fonctionnement encore marqués par les agréments et la logique de « places » à l'œuvre dans les établissements et services médico-sociaux, et des établissements et services déjà très sollicités et en difficulté pour répondre à tous les besoins d'accompagnement sur leur territoire. La problématique de la valorisation de l'activité – via les prestations mutualisées – se pose et influe sur les possibilités de recours à ce type de prestations. Du côté des ESMS déjà en tension, **comment valoriser le fait d'être ressource, de mettre à disposition des compétences ou des prestations, lorsque la mutualisation est un « impensé » de la valorisation de l'activité ?**

Les indicateurs ANAP valorisent le « taux de prestation externe », soit « l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS sur le cœur de métier »<sup>25</sup>. En revanche, la valorisation de la mise à disposition de professionnels d'un ESMS pour un partenaire extérieur n'apparaît pas. Cet impensé complexifie d'autant plus le développement des mutualisations.

<sup>25</sup>ANAP, Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, Guide des indicateurs, Version 2018. L'indicateur « IRe1.2 : taux de prestations externes sur les prestations directes » permet de questionner quelle est l'importance de la contribution des partenaires externes à l'activité de l'ESMS en matière de prestations directes.

Se pose également la question de la facturation de ces mises à disposition. En l'absence de cadre réglementaire, quels critères mobiliser pour facturer la mise à disposition ? Ces questions restent partagées par les différents PCPE et semblent faire l'objet d'arbitrages au cas par cas, en fonction du partenaire.

*« Avoir un tarif qu'on pourrait pratiquer pour tous. Je sais qu'on a un lien régulier avec un foyer où la directrice se questionne souvent sur... Mais combien je peux vous facturer si un jeune vient une 1/2 journée, vous facturer le repas ? On est encore dans ce tâtonnement et on n'a pas de directive précise et on s'aperçoit que les tarifs sont pas les mêmes. (...)*

*Question : les ESMS sont prêts à vous facturer des prestations mais n'ont pas les grilles tarifaires ?*

*Réponse : une activité d'une 1/2 journée, ils se posent la question de combien on doit vous la facturer ; il y a des établissements où on n'aura que la facture du repas... On veut qu'il y ait quelque chose de posé, de façon à travailler avec tout le monde avec le même taux horaire ».*

*(une direction)*

Dans cet autre exemple, le PCPE n'était pas financeur de l'accompagnement, le prix de journée revenait aux autorités de financement. Ici, la proposition d'une intégration par petites touches dans un établissement (d'abord une heure, puis deux, puis une demi-journée, etc.) ne correspond pas à la prestation réellement apportée. Mais d'un autre côté, l'établissement n'aurait peut-être pas accepté cette proposition d'intégration s'il avait dû renoncer à son prix de journée.

*« Question : je vais être très triviale mais d'un point de vue administratif, cet établissement percevait un prix de journée pour C., même si les premiers jours elle restait une heure à l'atelier tricot. Je pense qu'à partir du moment où elle était admise...*

*Réponse 1 : je pense parce que sa place était réservée, je pense.*

*Réponse 2 : c'est sûr.*

*Question : on n'imagine pas bien qu'ils lui réservent une place et qu'ils ne soient pas, qu'ils ne perçoivent pas...*

*Réponse 2 : non, effectivement. »*

*(une équipe)*

Malgré les recherches parmi nos données quantitatives et les éléments recueillis en entretien, il demeure également un flou sur la mobilisation des ressources des établissements de la même association gestionnaire. Les prestations sont-elles alors externalisées ou mutualisées ? Chaque ESMS a son propre budget, mais les CPOM étant aujourd'hui généralisés, la question de la mutualisation ne se heurte pas à un obstacle réglementaire. En revanche, comment tracer la mise à disposition de moyens si cette dernière n'est pas facturée ? Comment les structures peuvent-elles avoir des outils de pilotage efficaces pour faire correspondre offre et besoin, si elles n'ont pas les moyens de mesurer l'activité générée par les mutualisations ?

Enfin, la facturation des prestations mutualisées ne couvre pas toujours l'ensemble des coûts susceptibles d'être engagés pour mener à bien une prestation. Les coûts de transports par exemple peuvent figurer parmi les dépenses engagées par les PCPE.

« On va vous envoyer le tableau avec les partenaires, on a rajouté une colonne coûts. C'est la prestation pure, sauf qu'on a des dépenses pas chiffrées dans ce qu'on va vous envoyer. Par exemple, une maman à qui on a proposé de la sophrologie, elle avait aucun moyen de se rendre sur place et on a mis en place, comme aide aux aidants, on a dû financer le taxi, on s'était mis en contact avec l'ARS qui nous avait donné le feu vert, "bien évidemment il faut pas que ça bloque". Il y a des choses comme ça. »

(une équipe)

#### 2.4.4. Les stratégies mises en place par certains PCPE pour mobiliser des compétences ressources externalisées

Pour tenter de dépasser toutes les difficultés qui viennent d'être énumérées et pour parvenir à délivrer des prestations externalisées, certains PCPE ont développé des stratégies. Ces dernières peuvent renvoyer aux modalités de financement et de facturation comme à l'identification et à l'accès aux professionnels eux-mêmes.

Pour contourner les difficultés d'ordre financier et de disponibilité des professionnels, un PCPE a par exemple mis en place un système de facturation directement à l'établissement, lequel finance des heures supplémentaires à certains de ses professionnels.

« Le service nous refacture la prestation et c'est ça aussi qui fait que ça marche. (...) Souvent, les institutions n'auraient pas les moyens de nous détacher quelqu'un. Elles sont déjà à couteaux tirés, les institutions. Heureusement qu'on finance. (...) Souvent ce sont des éducateurs à temps partiel, que ça intéresse de compléter leur temps, et donc le PCPE finance l'institution, qui paie en heures sup' les éducateurs qui ont du temps, qui ne sont pas à temps plein. Et les éducateurs s'y retrouvent, parce que ça leur complète leur temps. Et puis ça ne coûte rien à l'institution, puisque c'est nous qui payons. »

(une équipe)

En fonction du caractère urgent et des besoins des personnes, les PCPE peuvent choisir de financer certaines prestations pour répondre rapidement aux besoins des personnes accompagnées et/ou de leur entourage. Des choix sont opérés en fonction également des ressources de l'entourage des personnes.

Les propos suivants, d'une équipe d'un PCPE de la région, illustrent ces cas de figure.

« Quand les finances manquent, on va pas réinventer les choses, on va financer la socio-esthétique momentanément. On annonce toujours que c'est limité dans le temps. Mais pour éviter que la situation se dégrade, si on reprend les textes d'intervention PCPE, c'est pour éviter que la situation se dégrade en attendant une place, vous savez que ça, ça a marché, et on savait aussi qu'elle avait rencontré l'association X qui propose de la couture thérapeutique, et c'est pareil, on a financé quelques séances, ce qui l'a beaucoup apaisée. Et ce qui a permis aussi d'améliorer le climat dans le foyer et de détendre aussi les équipes [...] »

La première fois qu'on l'a... On a commencé à intervenir en mars et on savait qu'il y



*aurait pas de finances pour un séjour en juillet. Or son état était particulièrement inquiétant. Avec la direction, on a décidé de participer au financement.*

*Question : parce qu'en principe c'est un financement PCH ou ce genre de choses ?*

*Réponse 2 : PCH, on ne peut pas.*

*Réponse 1 : souvent c'est le papa aussi qui prenait sur ses propres économies pour financer, car soucieux du bien-être de sa fille, et de lui offrir ça.*

*Question : et là en fait en termes de montage, il n'y avait pas le temps de trouver les financements... Qu'est-ce qu'il fait que le PCPE, exceptionnellement... ?*

*Réponse 1 : la PCH c'était pas possible, et on n'a pas eu le temps en effet de trouver d'autres... Mais on a juste participé aux finances, on n'a pas payé la totalité. »*

*(une équipe)*

Le financement de prestations externalisées peut s'avérer temporaire, dans l'attente de l'ouverture et de l'activation des droits des personnes, par exemple à travers la PCH. Parfois, le PCPE peut aussi décider de ne pas financer de prestations externalisées, considérant qu'il ne dispose pas des ressources nécessaires à leur mise en place sur une durée suffisamment longue.

*« Question : parce que ce serait possible, en prestations externalisées, d'avoir recours à un psychologue qui engage un travail avec la maman ? Et ce choix-là, il n'a jamais été posé dans cette situation ?*

*Réponse 2 : si, ça a été évoqué. Et ç'aurait été compliqué au niveau financier.*

*Question : pour le PCPE ?*

*Réponse 1 : pour le PCPE, sur le long terme. (...) Pour d'autres situations, on se pose la question, parce qu'on pensait venir en soutien avec un accompagnement psychologique, et là, c'était juste une question de choix que ce soit plutôt ma collègue psychologue qui accompagne plutôt qu'un prestataire libéral. Mais pareil, dans la temporalité, ce qu'a pu nous renvoyer la personne, c'est : "à quoi ça sert que je commence ça, si ça ne peut pas continuer" ? Et en n'ayant aucune visibilité...*

*(une équipe)*

Enfin, dans le but d'assurer la cohérence d'accompagnement autour de la situation, les PCPE cherchent à maintenir des liens avec leurs prestataires, pour que les échanges puissent avoir cours entre les professionnels intervenants et la coordinatrice au sein du PCPE. L'exemple ci-après montre comment cette condition passe par la rémunération des temps d'échange, au même titre que les séances.

*« La coordinatrice PCPE est en lien constant avec l'ensemble des prestataires. Elle coordonne les interventions autour d'un bénéficiaire. Un point de situation est formalisé avec l'ensemble des acteurs (dont les prestataires extérieurs) tous les trois mois, ce qui permet d'assurer une cohérence au projet d'accompagnement et de travailler en véritable coopération.*

*L'objectif du PCPE 18 est d'inscrire les prestations dans un projet global d'accompagnement. De fait, les temps d'échange formalisés sont comptabilisés et facturés comme des temps d'intervention. »*

C'est effectivement ce que la convention de partenariat pour l'accompagnement d'une personne bénéficiaire précise en article 4 :



#### **Article 4 - Coût des interventions**

Le premier entretien d'une heure au cabinet sera facturé 60 euros.

Chaque séance suivante d'une durée d'une heure au cabinet sera facturée 45 euros

Chaque séance d'une durée d'une heure au domicile sera facturée 54 euros (incluant les frais kilométriques).

Il est ajouté en article 6 « Bonne exécution de la commande », que l'intervenant et la coordinatrice du PCPE seront en contact régulier par...

téléphone. Le cas échéant, une rencontre sera organisée entre les deux parties, sous réserve de l'accord écrit de la famille et du patient lui-même, et financée à hauteur d'un entretien d'une heure au cabinet (60 euros).

## 2.5. La place des familles et de l'entourage dans le dispositif PCPE

### 2.5.1. Le double accompagnement de la personne bénéficiaire et de son entourage

La famille, les aidants et plus largement l'entourage des personnes en situation de handicap sont mentionnés dans les textes et feuilles de route encadrant les missions des PCPE. « Soutien », « guidance parentale », « accompagnement des familles », ou encore prestations auprès des aidants et des familles sont énoncés en tant que tels. Par ailleurs, le travail avec les familles fait partie des valeurs et de l'identité professionnelle du secteur. De plus, l'identification des ressources des personnes en situation de handicap, parmi lesquelles leur entourage, est systématisée et promue dans les politiques d'accompagnement.



D'un point de vue règlementaire, l'intervention et l'accompagnement par le PCPE ne peuvent se faire sans l'accord de la famille. De la même façon, les familles peuvent décider de mettre fin à l'accompagnement de leur proche par le PCPE.

Les PCPE ont protocolisé les premiers contacts avec les personnes en situation de handicap et la famille. Ils ont développé des outils de recueil du consentement relatifs au recueil, au partage et à la transmission d'informations. Ils mettent en place une première rencontre visant à présenter le PCPE et à recueillir les besoins et attentes de la personne et de ses proches. En effet, comment les familles perçoivent-elles les PCPE, objet hybride, ni établissement ni service médico-social ? Comment identifient-elles ce dispositif parmi l'offre médico-sociale existante qu'elles connaissent plus ou moins bien ?

*« L'enjeu est qu'ils comprennent bien le fonctionnement, sachant que c'est un dispositif sans équipe en interne. C'est ce qui est un peu compliqué à comprendre. Les familles n'ont pas l'habitude de cela, plutôt l'habitude d'arriver sur un service avec une équipe dédiée et un panel de prestations. Nous, on prend plutôt la température de la situation sur le moment et ensuite, on va avec eux déterminer ce qui pourrait les aider et aller chercher des prestations en fonction. Au premier entretien, je n'ai rien à leur proposer et c'est déroutant parfois. »*

*(une équipe)*

Nous n'avons pas pu rencontrer de familles ni de bénéficiaires dans le cadre de cette étude. Ils sont pourtant au cœur de ces dispositifs d'accompagnement. En raison de leur grande diversité, de leurs caractéristiques, les familles influent sur la façon dont les PCPE se positionnent, travaillent et les accompagnent.

Les situations qui arrivent au PCPE sont des situations compliquées, qui ne peuvent se résumer à une question d'attente de places. Au contraire, ce sont des situations parfois décrites comme complexes, conjuguant des problématiques sociales, familiales, systémiques... D'après nos interlocuteurs, c'est parfois cette conjugaison qui génère la rupture dans le parcours d'accompagnement du proche en situation de handicap. Il arrive, en parallèle de l'accompagnement dirigé vers la personne en situation de handicap elle-même, qu'un travail puisse se construire en direction de la famille/de l'entourage, pour faire accepter les accompagnements et prestations proposés, pour faire évoluer la situation elle-même, pour faire accepter la problématique de la

personne en situation de handicap à ses proches... Ses enjeux sont également fonction des caractéristiques et des ressources dont disposent les familles, de leurs capacités à se repérer dans le secteur médico-social, à coordonner le parcours de leur proche, de la façon dont elles reçoivent les propositions du PCPE, leur adhésion aux prestations suggérées... Comment les PCPE de la région travaillent-ils alors en ce sens ? Dans quelle mesure les caractéristiques de la famille peuvent-elles jouer sur la façon dont se positionne le PCPE ? Comment travaillent les PCPE lorsqu'il n'y a pas de demande du côté des familles ? La réception des propositions du PCPE en termes d'accompagnement suscite-t-elle des adhésions contrastées au sein d'un couple parental ?

Nous proposons ci-après de présenter la façon dont les PCPE ajustent leurs interventions, leur positionnement et posture selon les caractéristiques des familles, et la façon dont ces dernières vont les mobiliser. Enfin, la manière dont les relations entre les familles et les PCPE se déploient illustre la grande adaptabilité dont doivent faire preuve les PCPE pour répondre de façon individualisée aux besoins des personnes et de leurs proches. Cette adaptabilité est également fonction des ressources professionnelles environnantes.

Lorsque la famille dispose de certaines ressources qu'elle est en mesure d'activer et de mobiliser à bon escient, qu'elle a saisi les enjeux de l'accompagnement par le PCPE, ses missions et ses limites, qu'elle est en demande d'éléments précis – un bilan diagnostique, une évaluation, un renfort sur telle ou telle dimension de l'accompagnement – elle peut agir comme un véritable coordonnateur du parcours d'accompagnement du proche en situation de handicap. Dans ce cadre, le PCPE ajuste son rôle de façon à être un « facilitateur ».

Les propos suivants sont issus d'un entretien collectif mené avec l'équipe d'un PCPE de la région Centre-Val de Loire. Dans ce cas précis, la situation mentionnée fait référence à la mère d'un enfant en situation de handicap, décrite comme « très soutenante » par le PCPE, disposant d'un certain niveau de ressources, en demande d'un bilan, connaissante de l'univers médico-social et suffisamment outillée pour avoir mis en place des outils d'adaptation des contenus scolaires pour son enfant. Dans ce cadre, le PCPE ajuste sa place et son positionnement de façon à être un facilitateur du parcours de l'enfant, en appui aux actions déjà engagées par la famille.

*« Réponse 1 : on était en facilitateurs, avec la maman. C'était la maman qui coordonnait.*

*Réponse 2 : l'entourage était aidant.*

*Question : ils prenaient en charge un certain nombre de choses ?*

*Réponse 1 : oui, ils avaient suffisamment de ressources, pour faire cette coordination de parcours. Donc nous étions facilitateurs .»*

*(une équipe)*

D'autres situations relatées dans le cadre des entretiens collectifs menés auprès des équipes sont notoirement différentes, avec des familles qui ne formulent pas de demandes, n'adhèrent pas aux propositions d'accompagnement et de prestations du PCPE, voire nécessitent un travail d'accompagnement à part entière.

Il arrive que les parents, l'entourage, n'aient pas saisi l'ampleur de la problématique et des besoins de leur proche en situation de handicap. Un déni vis-à-vis d'une problématique de violence, l'impossibilité de « penser » et de comprendre la pathologie, la problématique, le handicap et ses conséquences constituent autant de freins potentiels à la mise en œuvre d'un accompagnement par le

PCPE. La difficulté pour ce dernier est alors de devoir mener en amont un travail dédié, spécifique à cette prise de conscience et préalable à tout accompagnement auprès de l'entourage des personnes en situation de handicap. En parallèle de l'accompagnement individuel dirigé vers la personne en situation de handicap, il y a parfois tout un travail à mettre en place en direction des aidants, sans que le PCPE ait été positionné en amont dans leur direction. Parfois, les situations rencontrées questionnent la place, les missions et limites du champ d'intervention des PCPE.

Une des situations d'accompagnement évoquées lors des entretiens collectifs avec les équipes des PCPE illustre ce travail mis en place par le PCPE en direction de l'entourage de manière très spécifique. Après d'importantes violences sur des professionnels et des personnes accompagnées, un jeune en attente de place dans un établissement Adulte est exclu de l'IME qui l'accueillait et renvoyé au domicile de sa mère. Le contexte familial et environnemental est alors très compliqué, entre une mère décrite comme « épuisée » mais ne verbalisant pas la gravité et l'ampleur des violences commises par son fils. Sollicité d'abord par l'IME, puis lien fait avec la RAPT, le PCPE est alors mandaté pour du répit et du soutien auprès de cette mère, et mobilisé pour mettre en place une aide à domicile. Au regard des éléments et des informations recueillis auprès des partenaires intervenant dans la situation, le PCPE se questionne alors sur sa connaissance de la situation : comment prendre la responsabilité de mettre en place une aide à domicile étant donné le contexte décrit, celui d'extrêmes violences ?

*« Réponse 1 : ... et on nous demandait de mettre des auxiliaires de vie à domicile.*

*Réponse 2 : et la personne qui vous dit ça, elle travaille dans l'IME qui a renvoyé le jeune chez sa mère qui vit seule. [...] Et elle dit, en fait, il terrifie tout le monde, parce qu'il a des propos extrêmement violents, comme ça, et elle dit on n'est pas à l'abri qu'il passe à l'acte pour voir ce que ça fait. Et je lui dis, "mais ça, il faut le dire au GOS, à la MDPH, à l'ARS...". Parce que nous, le PCPE, on nous demande en gros de financer une auxiliaire de vie, nous on ne peut pas assumer la responsabilité. Si on se questionne, on ne peut pas prendre la responsabilité de financer une auxiliaire de vie pour un jeune comme ça, alors que le médecin nous a tenu ces propos. Ce n'est pas possible [...] Et nous, on ne pouvait pas mettre un professionnel à domicile, en ayant ces informations-là. »*

*(une équipe)*

Dans ce cas précis, le travail engagé par le PCPE visait en premier lieu à soulager l'épuisement de la mère de ce jeune. Or, il s'est avéré impossible de faire s'entendre l'ensemble des partenaires impliqués dans cette situation, comme il n'a pas été possible de mener à bien le travail engagé en direction de cette maman, non réceptive et non aidante des professionnels impliqués dans la situation. Lors de l'entretien collectif, les professionnels interrogés nous ont fait part de leur désarroi et leur déception vis-à-vis de cette situation qu'ils ne sont pas parvenus à accompagner ni à débloquer et de laquelle ils se sont finalement retirés.

Un travail d'accompagnement spécifique auprès des aidants peut donc être également jugé nécessaire, pour soutenir la compréhension de la problématique et des besoins du proche en situation de handicap.

Selon la situation, le PCPE peut ainsi chercher à mobiliser des professionnels et institutions en ciblant précisément les parents dans la perspective d'un accompagnement visant l'acceptation et la compréhension du handicap et *a fortiori* les accompagnements proposés.

Un travail particulier autour de et sur la cellule familiale est parfois incontournable dans la mise en place d'un accompagnement adapté à une personne en situation de handicap. Un des PCPE interrogés au cours de ce travail nous a fait part d'une situation accompagnée ayant nécessité un important travail lié à la cellule familiale, en préalable à toute action dédiée spécifiquement à la personne en situation de handicap. Cette situation illustre toute la complexité potentielle à laquelle les PCPE sont parfois confrontés, le temps nécessaire au déblocage de certains contextes, mais encore la nécessaire mobilisation d'autres acteurs, parfois hors champ médico-social, pour mener à bien cet accompagnement.

### 2.5.2. La prestation aux aidants : un volet encore peu développé

Nous l'avons vu à travers l'étude du cahier des charges et du chapitre relatif aux publics cibles des PCPE, les aidants peuvent bénéficier du dispositif PCPE. Mais nous venons de voir que les accompagnements de la personne bénéficiaire et de sa famille ou son entourage sont très intriqués. Aussi, il est difficile de distinguer ce qui relève de l'intervention auprès de la personne de ce qui relève d'une prestation à son aidant.

Il est demandé aux PCPE, dans le rapport unique, de rendre compte de l'aspect qualitatif des prestations aux aidants. Ce que rapportent les directions est dans le droit fil du cahier des charges, à savoir des accompagnements, interventions, soutiens à l'orientation qui ont des conséquences positives sur le répit de l'aidant, sur le relais de la coordination, sur l'impression de se sentir soutenu et non plus seul à affronter les difficultés. L'aide à l'expression du projet est aussi reportée sur les aidants quand la personne accompagnée ne peut exprimer elle-même ses attentes vis-à-vis de son projet.

Mais là encore, la « prestation à l'aidant » souffre d'un manque de définition et à juste titre, il n'y a pas d'outil harmonisé pour la comptabiliser :

*« Quand vous rappelez, avec ce papa qui vous dit "j'en peux plus", est-ce que vous le notifiez dans "prestation à l'aidant" ou vous êtes toujours dans la prestation liée au projet de l'enfant ?*

*Réponse 1 : moi, c'est par rapport à l'enfant.*

*Réponse 2 : moi, pareil. Il y a une case aidant dans SERAFIN ? »*

*(une équipe)*

Afin d'essayer d'objectiver le travail effectué par les PCPE en direction des aidants, nous leur avons demandé d'indiquer la file active des aidants ayant bénéficié de prestations directes délivrées par l'équipe du PCPE et/ou par les membres du réseau des partenaires, dont les partenaires libéraux, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et le 31 décembre 2019.

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret
La file active des <b>enfants</b>	16	2	14	23	13	35
La file active des <b>adultes</b>	15	11	11	22	13	23
Nombre de <b>personnes ayant un PAG</b>	1	3	5	8	6	2
La file active des <b>aidants</b>	1	13	0	3	23	85

Une fois de plus, nous pouvons noter des écarts significatifs que nous ne pouvons interpréter, faute d'avoir donné une définition plus stricte au terme "aidant". Par exemple, un couple parental est-il considéré comme 1 ou 2 ? Les 13 aidants de l'Eure-et-Loir correspondent-ils aux 13 situations en file active ? La part importante d'aidants, relativement à la file active d'adultes et d'enfants indiquée par le Loiret correspond-elle en partie au fonctionnement de niveau 1, grâce à l'accès direct (information, conseil, orientation) ?

Dans les entretiens, les directions admettent que l'accompagnement des personnes bénéficiaires est une priorité sur celui des aidants...

*« Donc voyez, cette personne-là, par exemple, elle est pas du tout encore au stade où elle va pouvoir aller se libérer pour aller une demi-journée sur une réunion d'aide aux aidants.*

*Question : oui, s'il n'y a pas de prestation en parallèle pour la garde de son enfant...*

*Réponse : c'est ça. L'idée, c'est que le PCPE vienne pour mettre ça en place. Mais le temps qu'on arrive à mettre en place les choses, bon ben, la place pour l'enfant... L'idée c'est plutôt qu'on trouve une place pour pouvoir nous retirer de la situation. »*

*(une direction)*

...Tout en étant conscientes que c'est un pan peu développé et un levier probable pour soutenir les situations :

*« Est-ce qu'il vous arrive d'accompagner des personnes en situation d'aidants...? »*

*Réponse : alors, c'est très peu. C'est ce qu'on se disait. On a peu de... Il faudrait le travailler, aller plus vers. C'est quelque chose qui manque et on sait que c'est nécessaire, et actuellement on se laisse embarquer dans les situations. (...) Automatiquement, ça va se faire, parce que si on travaille avec le jeune, ça va travailler aussi avec la famille, mais par contre, ce qu'on cherchait plus, parce que ce qui compte c'est le travail dans sa globalité... Mais après, d'aller plus vers des aidants qui... Purement une demande des aidants. »*

*(une direction)*

Pour une partie des PCPE, la prise en compte des besoins de l'aidant n'est pas dissociée de la prise en compte globale de la situation et de ce fait, cette prestation n'est pas comptabilisée en tant que telle (d'autant que cet indicateur n'est pas demandé).

À côté de cela, certains PCPE ont une visée « d'aide aux aidants », ce qui modifie un peu la nature de cette prestation, qui n'est plus alors la conséquence de la prise en charge de l'aidé, mais bien de leurs besoins spécifiques, en tant qu'aidants.

*« Réponse 1 : la seule chose à laquelle ils avaient adhéré, c'était la formation sur l'autisme, proposée par la Fédération Autisme Centre-Val de Loire.*

*Réponse 2 : le PCPE est le guichet d'inscription de la formation qui a lieu tous les deux ans dans le Loir-et-Cher. »*

*(une équipe)*

*« On a évoqué à un moment donné, on s'est dit qu'il fallait qu'on retravaille sur la*

*question des réseaux d'aide aux aidants. J'avais rencontré la MAIA et ils avaient quelques adresses, il y a le Café des aidants, quelques petites choses comme ça qu'on n'a pas encore explorées, qu'on devrait explorer. Pour savoir sur qui s'appuyer, vers qui orienter, parce qu'il y a sûrement des choses qui existent. »*

*(une autre équipe)*

L'idée n'est pas tant de développer en interne des actions spécifiques d'accompagnement des aidants, mais davantage de pouvoir relayer à bon escient vers des acteurs qui se mobilisent plus spécifiquement sur l'aide aux aidants, parfois dans une approche collective, dans un contexte de développement et de structuration sur les territoires.

Si l'aide aux aidants tend à se développer et que les PCPE peuvent être des relais ou des « guichets » vers ce type d'aide, les positions des MDPH/MDA ne sont pas non plus toujours harmonisées, malgré la prise en compte depuis le 1<sup>er</sup> mai 2019 d'un volet Aidant dans le formulaire de demande à la MDPH (Cerfa N°15692\*01).

Par une MDPH/MDA, il peut arriver que la fiche de saisine transmise au PCPE mentionne notamment un axe de travail en direction de l'aidant. Cela signifie que la dimension de l'aidant, avec sa problématique propre, est prise en compte par la MDPH/MDA.

Mais d'autres fois, il semble, d'après l'un des PCPE, que la demande de soutien à l'aidant soit ponctuellement « dégainée » lorsqu'un travail d'évaluation systémique, peut-être d'acceptation du handicap (des besoins et de l'orientation qui en découle) est nécessaire auprès de l'aidant, mais sans que cette demande puisse être explicite vis-à-vis de ce dernier. C'est alors au PCPE de décrypter ce qu'il peut y avoir derrière cette demande.

*« Réponse 1 : la demande de départ était arrivée de la MDPH. Pareil, c'était "Soutien aux aidants", parce que comme il habitait chez ses parents... [...] Il y a le contact avec ses parents et c'est ce qu'on a fait, finalement, les rencontres qu'on a pu avoir avec les parents, on a vite vu que avec les parents, il n'y avait pas de travail possible. On les a vus, un paquet de fois. (...) Je me suis demandé si la demande initiale de soutien aux aidants... D'emblée, ils savaient que ce n'était pas ça le problème. Ils savaient forcément. Et (...) je me demande si ce n'est pas une porte d'entrée facile.*

*Réponse 2 : c'est un peu la "foire à tout".*

*Réponse 1 : voilà, quand ils ne savent pas quoi demander, c'est "Soutien aux aidants". C'est une porte d'entrée facile. »*

*(une équipe)*

Dans un autre département, l'entretien avec une équipe permet d'évoquer la situation d'une jeune enfant avec TSA en attente de place dans un établissement et dont les petits bouts d'accompagnements dont elle dispose, liés à l'intervention précoce, se réduisent du fait de son avancée en âge. Le très long délai d'attente et l'absence de solution à moyen terme rendent l'entourage particulièrement inquiet et fragile. Nous demandons aux professionnels si un accompagnement pour un soutien psychologique peut être envisagé pour les parents. Mais les contraintes réglementaires dans l'attribution de l'aide à la compensation du handicap ne permettent pas toujours de trouver le moyen de soutenir les aidants, malgré un besoin avéré.

*« Question : et vous pourriez faire le même système que pour les éduc' spé' par*

*exemple ? Dire on prend la PCH, on finance la thérapie le temps de...*

*Réponse : il faut qu'il y ait un financement pour payer ça et ça n'existe pas.*

*Question : la PCH ne prend pas en charge...?*

*Réponse : pas pour les parents, pour les aidants, non. »*

*(une équipe)*

Ces retours d'expérience soulèvent la question de la culture de l'aide aux aidants, que le CREAI a développée dans d'autres travaux<sup>26</sup> et dépasse le cadre du PCPE. Dans l'ensemble du secteur médico-social, les actions envers les aidants ne sont pas encore considérées comme des moyens en tant que tels. Au demeurant, cette dimension n'apparaît pas dans la nomenclature des besoins SERAFIN, ni dans celle des prestations. Seule la notion de « pair-aidance » est abordée sous l'angle « Exercer ses rôles sociaux ».

Quels sont alors les enjeux autour de l'aide aux aidants ? L'action envers les aidants, exprimée par les PCPE, va donc bien au-delà de la seule question du répit. Elle est importante car dans une logique systémique, il faut prendre en compte la dimension de l'entourage et ce travail en direction des aidants est indispensable au regard de la complexité des situations.

### 2.5.3. La Communauté 360, une possibilité d'entrer en contact avec des aidants ?

Lorsque nous avons débuté les entretiens avec les directions en juin, juillet 2020, les PCPE venaient d'être attributaires de la Communauté 360 par l'ARS.

Or, les enjeux étaient différents entre les PCPE qui ne disposent pas d'un accès direct et les autres. Par exemple, certains PCPE entrevoyaient la possibilité d'entrer en contact direct avec des aidants, sans que la MDPH/MDA ait « filtré » la situation. Une possibilité de s'ouvrir, donc, vers des publics plus larges que les seules saisines de la MDPH/MDA, en tout cas pour les réponses de niveau 1.

*« Ce qui reste bloquant dans cette situation, c'est qu'on n'a pas la main, puisqu'on passe par la MDPH. (...) Et du coup, on n'a pas cet appel des aidants, qu'on aura peut-être par la Communauté 360. Parce que là, les aidants ne viennent pas spontanément. (...) S'ils appellent la MDPH, c'est parce qu'il y a un problème d'orientation. Mais ça va pas être de l'aide en direct.»*

*(une direction)*

Les PCPE ont bien conscience que le numéro de téléphone unique peut permettre à des personnes n'étant pas repérées « dans le radar » de la MDPH/MDA d'ouvrir une porte d'entrée vers l'accès aux droits ou à l'accompagnement, ou l'accès vers des dispositifs spécifiques en direction des aidants. En revanche, il semble difficile d'engager un travail plus poussé (de niveau 2) par le biais de la plateforme 360, sans avoir réalisé une évaluation plus étayée.

<sup>26</sup> CREAI Centre-Val de Loire, 2019. « Quand les aidants ont besoin d'aide : étude sur les dispositifs d'aide aux aidants en région Centre-Val de Loire », 122 p. [repéré sur] [https://www.creai-centre.org/images/pdf/etudes\\_realisees/2019\\_CREAI\\_Rapport-qualitatif-AIDE-AUX-AIDANTS.pdf](https://www.creai-centre.org/images/pdf/etudes_realisees/2019_CREAI_Rapport-qualitatif-AIDE-AUX-AIDANTS.pdf)



*« Où j'attends de voir, c'est de quelle manière nous, on va être en capacité de répondre. Alors, si c'est simplement donner un numéro de téléphone parce que la personne sera un petit peu perdue ou quoi que ce soit, là-dessus, je ne suis pas inquiète. (...) Par contre, s'il faut construire des éléments de réponse beaucoup plus complexes et qu'à ce moment-là, il va falloir avoir des professionnels qui vont toujours comme le PCPE, à façon, construire une réponse, comme ça, sur un interlocuteur au téléphone qu'on ne connaît pas... ça risque peut-être d'être un peu compliqué...».*

*(une direction)*

Mais les choses se compliquent si les personnes qui appellent ont déjà un début de réponse, de solution, sont connues des référents MDPH ou des acteurs de terrain et que l'objet de l'appel est l'insatisfaction de la réponse donnée par un autre acteur. Les PCPE, par le biais de la plateforme, doivent rester vigilants à ne pas introduire de la confusion ou à mettre à mal, par une proposition contraire, les propositions déjà mises en œuvre par d'autres acteurs, ce qui irait à rebours du principe éthique des PCPE. Cette crainte est corroborée par une autre direction.

*« Il s'agit pas de rajouter encore une couche à la RAPT, pour les réponses qui sont déjà complexes, c'est-à-dire des personnes qui vont appeler un numéro parce qu'elles n'ont pas eu la "bonne réponse" alors qu'il y a déjà des tas de choses qui sont engagées. »*

*(une direction)*

Là où l'accès direct existe déjà et le fonctionnement en appui-ressource est déjà bien expérimenté, le numéro unique de la Communauté 360 est vu comme l'occasion de développer encore l'activité du PCPE, d'être plus visible et plus accessible aux personnes cibles et à leur entourage, sans nécessairement passer par des partenaires ou acteurs de terrain professionnels.

*« Je pense que c'est bien, ce truc-là. L'idée du numéro unique, de développer pour les usagers et les aidants un numéro unique sur les territoires, à partir duquel il va pouvoir y avoir un accueil téléphonique et une réorientation assez rapide vers un service approprié à la question posée par la personne ou ses aidants, c'est plutôt pas mal, ça, comme idée. »*

*(une direction)*

### 3. Fiches portraits des PCPE

Le rapport initial comportait les fiches portrait des 6 PCPE de la région. Pour la version diffusée en ligne, cette partie a été retirée.

Les fiches détaillaient, selon une structure identique pour chaque PCPE :

#### 3.1.Le PCPE de XX

Une carte de répartition territoriale des personnes accompagnées en 2019 par département.

##### 3.1.1. Les équipes, le territoire et ses ressources partenariales

Structure porteuse du PCPE et mutualisation de moyens	
Ressources humaines du pôle	
Profils et nombre de partenaires sollicités pour des prestations complémentaires	
Modalités de mobilisation des partenaires	

##### 3.1.1.1.Les points de cohérence avec le projet initial

- 
- 
- 

##### 3.1.1.2.Les écarts au projet initial

- 
- 
- 

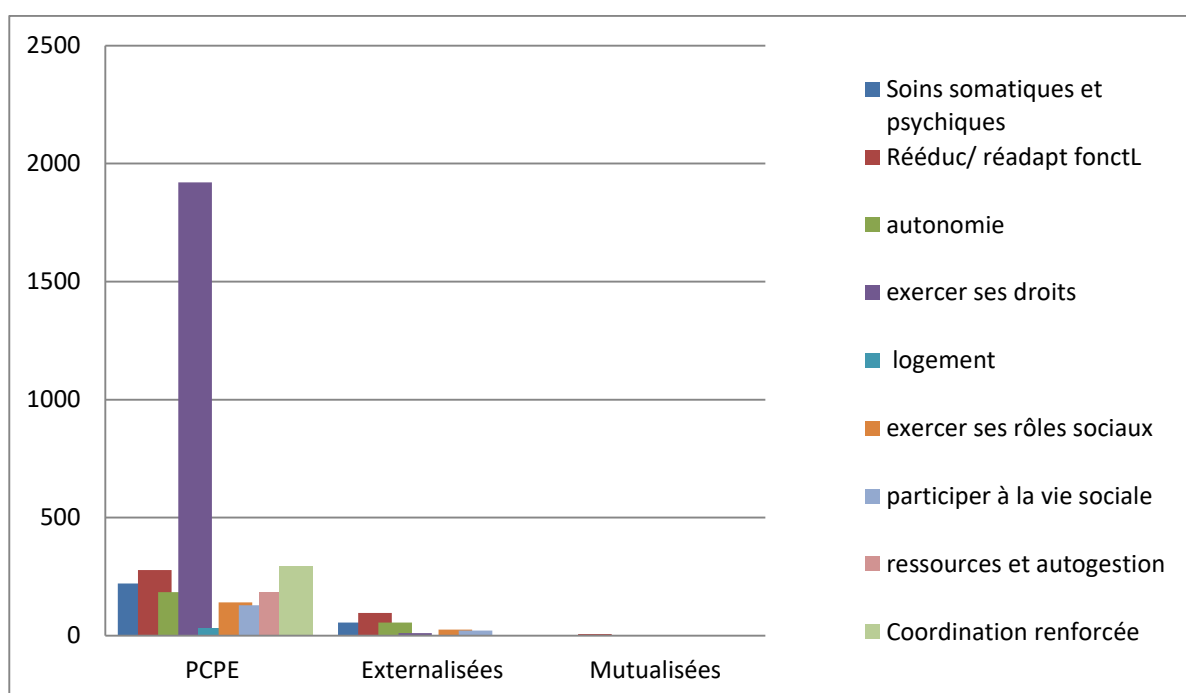
##### 3.1.2. Le diagnostic territorial du PCPE

Analyse territoriale, identification des freins et des leviers	
Catégories de public / de problématique majoritairement accompagnés	
File active 2019	
Effectif au 31 décembre 2019	

## 3.1.3. Le lien avec la MDPH

Voie d'accès au PCPE et mode de saisine MDPH	
Convention MDPH et PCPE	
Interlocuteur identifié du PCPE sur le plan opérationnel	
Fréquence des échanges avec cet interlocuteur	
Modalités de réévaluation des besoins, sortie	

## 3.1.4. Les prestations offertes par le PCPE de XX



Locaux et horaires d'ouverture	
Proportion des prestations externalisées	
Domaines couverts par les prestations à l'interne (SERAFIN-PH)	
Domaines couverts par les prestations externalisées (SERAFIN-PH)	
Outils de valorisation de l'activité (relevé des indicateurs d'activité)	

## 3.1.5. Modélisation du réseau PCPE

	coordination	Intervenant socio-éducatif	psychologue	paramédicaux	Médecins psychiatre	Médiation par l'animal	Thérapie par l'art / musique/ bien être	Stage / accueil en groupe	Transport/taxi	
	X		X	X	X					PCPE
		X	X	X		X	X			Libéraux
		X	X					X		ESMS de l'association
		X		X			X	X	X	ESMS partenaires
					X					Service Hospitalier

## 3.1.6. Eléments saillants à retenir

Éléments saillants	LEVIERS	FREINS
SELON LE POINT DE VUE DU PCPE		
SELON LE POINT DE VUE DE LA MDPH		
SELON LE CROISEMENT DES DONNÉES PAR LE CREAI, CARACTÉRISANT CE PCPE		

## 4. Préconisations

### 4.1.Redéfinir les missions des PCPE

Les missions définies par le cahier des charges national sont très larges, les situations soumises à l'examen des PCPE sont toutes différentes, leurs projets initiaux ont des approches plus ou moins restrictives et les MDPH/MDA attribuent des rôles différents à leurs PCPE... Il n'est pas toujours simple pour les PCPE de savoir quelles sont leurs missions.



#### 4.1.1. Les missions en lien avec les MDPH/MDA

À partir du moment où les MDPH/MDA ont le double rôle de la RAPT d'une part et de la saisine des PCPE d'autre part, il semble indispensable de clarifier avec ces acteurs le cadre des missions. Au moment du comité stratégique régional, il a été convenu collectivement de l'organisation d'un temps de travail commun entre les PCPE, les MDPH/MDA et l'ARS.

Il semble alors nécessaire de mettre au débat certains sujets :

- **La saisine** : le CREAI propose de tendre vers une harmonisation sur les territoires – dans le sens de la saisine directe qui est en cohérence avec la plateforme 360 – pour plus de lisibilité envers les partenaires et acteurs de terrain, mais également envers les publics cibles. Le choix des possibilités d'accès au PCPE entraîne d'autres questionnements et il faudrait alors définir avec les MDPH/MDA quels doivent être les repères en termes de temporalité et de niveau de réponse. Par exemple, il est nécessaire de s'accorder en amont sur le moment, l'étape à laquelle prévenir la MDPH/MDA suite à la première évaluation, pour déclencher la première réponse. Il est aussi important de définir s'il faut systématiquement avertir la MDPH/MDA lorsque le PCPE se positionne comme appui-ressource pour une situation. Ces cadres communs, débattus, éventuellement négociés puis acceptés par tous, peuvent avoir pour conséquences des changements de pratiques non négligeables pour les PCPE et certaines MDPH/MDA. Pour autant, il nous semble qu'ils sont la condition d'une plus grande lisibilité des PCPE sur l'ensemble du territoire régional. Pour ce faire, il faudra réfléchir aux moyens à mettre en œuvre sur la communication pour bien informer les partenaires ESMS, le secteur sanitaire mais aussi les partenaires moins habituels tels que les acteurs de l'aide aux aidants.
- **L'évaluation de la situation** : à l'aune des propos recueillis lors des entretiens et des tensions sous-jacentes à cette question, il semble nécessaire de clarifier la distinction entre l'évaluation systémique des besoins de la personne, l'évaluation des droits et prestations liés à la situation de handicap et l'articulation des rôles de chacun. Ainsi, on œuvrera à une plus grande cohérence entre la demande d'activation des droits (qui demeure une mission du PCPE), l'attribution de ces droits (par les CDAPH) et les besoins d'accompagnement (qui peuvent être établis à la fois par les MDPH/MDA, les PCPE, les partenaires et ESMS intervenants).
- **L'analyse territoriale** : les PCPE pourraient être identifiés au niveau des départements et plus largement des autorités du territoire comme des interlocuteurs, au regard de leur connaissance

des problématiques de terrain, pour participer à l'analyse territoriale (dans le cadre des Schémas départementaux, dans le cadre du déploiement des places ou des discussions en amont de nouveaux projets du champ du handicap).

#### 4.1.2. Les modalités de réponse des PCPE ayant un impact sur leurs missions

La demande de l'ARS au moment de l'appel à projet était une offre de PCPE généraliste. Par crainte d'embolie du système dès sa mise en place, des critères de priorité ou des limitations dans l'intervention ont été construits çà et là, soit à l'initiative de PCPE eux-mêmes, soit en concertation avec les MDPH/MDA. Les conséquences de ces critères et limitations nécessitent aujourd'hui réflexion.

- **Les modalités d'intervention** : le fait de définir des publics prioritaires (parfois dans les conventions avec les MDPH/MDA) ou des types de situations ne relevant pas du PCPE implique de passer le relais. Or, cela nécessite de vérifier que ce relais existe, qu'il a les moyens de répondre aux besoins des personnes et que le lien vers ce relais peut se faire dans de bonnes conditions. Sans aller vers une harmonisation rigide et totale, il incombe aux PCPE qui limitent à ce jour leur champ d'intervention de se questionner sur les conséquences de ces limitations, à la fois sur la recherche de solution pour les personnes qui le nécessitent, et à la fois sur leur lien avec les autres acteurs de terrain. La concertation avec d'autres acteurs de leur territoire pourrait permettre d'ouvrir un peu plus le panel d'actions des PCPE et poser les jalons de leurs missions, tout en restant vigilants avec leur partenaires pour éviter un « appel d'air » trop redouté. Le libre arbitre des PCPE doit être maintenu quant à leurs choix d'accompagnement, mais en tout état de cause, les PCPE doivent pouvoir se positionner comme appui-ressource auprès des partenaires s'ils n'assurent pas eux-mêmes l'accompagnement.
- **L'accompagnement des aidants** : les réponses à apporter aux aidants sont variées et souvent très liées à l'accompagnement des personnes aidées. Il serait souhaitable que la partie de l'activité consacrée aux aidants soit clarifiée et que les distinctions entre types d'intervention soient plus nettes (par exemple, distinguer le temps de rencontre lié au projet de l'aidé du temps de guidance parentale, du temps de recherche d'une solution pour le répit de l'aidant, etc.). Par ailleurs, l'aide aux aidants tend à se structurer sur les territoires, et les PCPE ont probablement une place à prendre en tant que « porte d'entrée » vers ces réseaux.

## 4.2. Mesurer l'activité de façon harmonisée : un outil fiable et adapté

Au vu du cahier des charges concernant l'évaluation des PCPE, il semble indispensable de travailler autour de la construction d'un outil, avec les PCPE et l'ARS, qui permette le relevé d'indicateurs harmonisés (et les comparaisons), tout en gardant néanmoins une vigilance sur la problématique du *reporting*.

- **La finalité du comptage** : l'angle de vue sur ce que l'on mesure doit être réfléchi dans le cadre de la construction d'un tel outil. En effet, comme l'indique le « Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » de la CNSA, la comptabilisation en actes prend en compte la structure et l'utilisation de ses ressources (sachant qu'un acte peut être pour une ou plusieurs personnes). Lorsque la comptabilisation en séances est utilisée, alors c'est la valorisation du service rendu au bénéficiaire qui est

prépondérante. Dans la lignée des conclusions sur cette question du guide de la CNSA, le CREAI considère qu'une double comptabilité permettrait une mesure plus proche du réel de l'activité. Ainsi, la comptabilisation d'une séance implique la présence de la personne accompagnée. En revanche, un acte (appel téléphonique à un partenaire, point sur le projet avec l'entourage, réunion de coordination) est une action du professionnel du PCPE et n'implique pas nécessairement la présence de la personne accompagnée. Mais s'il réalise une « séance », « l'acte » du professionnel se fait en présence de la personne. Aussi, cela implique donc un second niveau de renseignement dans la comptabilisation des actes : c'est la présence de la personne accompagnée, et/ou la présence de son entourage, afin de pouvoir se représenter de façon plus nette les modalités d'intervention des PCPE (accent mis sur la coordination/accent mis sur l'accompagnement).

- **La question de la réponse aux besoins**, et donc de la comptabilisation des prestations, n'est pas résolue par le point précédent, si l'on mobilise à nouveau l'exemple utilisé au cours des entretiens : comment valoriser la réponse à plusieurs besoins (et donc plusieurs prestations) réalisées au cours d'un même acte ? Cette interrogation doit être revue entre les PCPE et l'ARS, afin de s'accorder sur la mesure la plus adéquate, à savoir un comptage des prestations à part des séances et/ou actes, ou bien le choix d'un « lissage » des prestations en comptant une prestation majoritaire correspondant à un acte.
- Pour que ce travail sur la mesure de l'activité ne conserve pas les biais actuels, **les définitions des différentes prestations devront être mises à l'épreuve des situations** par le groupe de travail. À partir de cas « cliniques », il sera nécessaire de travailler autour d'une harmonisation des définitions, des points d'équilibre, des bornes, sur la question de la prestation de coordination renforcée, etc.
- En lien avec ce qui a été dit auparavant, il faut également **élaborer une forme de traçage de l'activité liée aux aidants**, avec les distinctions nécessaires en fonction des types d'interventions proposées.
- **Des éléments sur la mobilisation du droit commun pourraient venir compléter cet outil**. Cela nécessiterait de définir et s'accorder sur le terme, et de déterminer la nature des informations à faire apparaître, par exemple, comprendre à quelle étape du parcours il peut être mobilisé, quels sont les acteurs impliqués, etc.

### 4.3. Réunir les conditions favorables pour des accompagnements de qualité

- **En interne** : il nous semble important de s'assurer de l'effectivité d'un travail en équipe, avec un appui et un soutien des directions. Les PCPE peuvent sembler assez seuls dans le paysage médico-social.  
Le travail en équipe au sein des PCPE apparaît indispensable (avec un binôme sur au moins 20% du temps) et la consolidation des compétences et des pratiques semble une nécessité pour renforcer les équipes (formation des coordinatrices et supervision des équipes). Cette

consolidation est rendue nécessaire par la charge émotionnelle, pour guider la place de chacun, pour interroger les questions éthiques et permettre aux professionnels de prendre du recul.

Par ailleurs, le temps accordé par les directions aux équipes semble essentiel, à plusieurs niveaux :

- pour le soutien au travail difficile, au regard des situations très complexes
  - pour la question des missions et de leur limites, et pour avoir l'aval des directions quant aux choix posés
  - pour légitimer le PCPE sur le territoire.
- **En externe :** face à ce « risque » de l'externalisation quant à la qualité des interventions en libéral, les PCPE doivent se rassurer en mettant en place des outils ou supports permettant d'avoir des garanties sur les professionnels libéraux (entretien avant convention, recommandation par le réseau de partenaires, points réguliers sur les interventions, conventions courtes mais renouvelables, etc.). En l'état, les modes de fonctionnement et de recours aux libéraux sont différents sur chaque territoire. Il pourrait être opportun de partager les pratiques entre PCPE.
- **En croisant les regards :** même si en tant que tels, les PCPE ne semblent pas soumis réglementairement aux outils de la loi 2002-2, il nous paraît important de s'en inspirer et de systématiser l'évaluation de la satisfaction des personnes accompagnées, au moins au moment de la sortie du dispositif. Dans une proche logique, il apparaît essentiel d'interroger régulièrement les partenaires à propos de leur satisfaction sur leurs relations avec le PCPE et sur leurs besoins dans ce contexte de partenariat.

#### 4.4. Maintenir une dynamique collective

Le comité stratégique régional est un outil préexistant, lieu de débats et d'échanges de pratiques, investi par tous les PCPE.

##### 4.4.1. Utiliser la coordination régionale pour valoriser ses pratiques innovantes

À mesure que l'expérience des PCPE se construit, certaines équipes peuvent avoir des idées pour améliorer leur pratique ou pour contrer un obstacle présent sur leur territoire d'intervention. Cette dynamique semble déjà lancée sur certains sujets et la coordination régionale se présente comme un support intéressant de partage de pratiques, voire de « parangonnage ».

Un exemple de projet recueilli en entretien :

*« C'est qu'on a dans notre projet de PCPE, mais qui n'est pas encore mis en œuvre, parce que ça ne s'est pas trouvé... Quand il y aura différents professionnels qui interviendront sur une situation, que ce soit des libéraux ou les institutions, de ne pas les laisser seuls dans les situations. Notre projet, c'est de pouvoir organiser des réunions de coordination, ou des réunions cliniques, par exemple, on y a pensé pour T., dont on a parlé. Si réellement, ça se met en place, qu'il y a des auxiliaires de vie, des éducateurs,*



*qui interviennent à domicile, de pouvoir leur proposer un temps au PCPE, avec, en l'occurrence, plutôt moi, pour qu'ils parlent de la situation ensemble, aussi. Voyez, parce que le risque, c'est que s'il y a plein de libéraux qui interviennent, ou des gens des institutions et qu'ils ne se connaissent pas, qu'il y ait du lien autour de la personne.*

*Question : plutôt dans une optique de coordination en direct, ou plutôt dans une optique d'analyse des situations ?*

*Réponse : plutôt de soutien aux intervenants. Ça ne s'est pas encore trouvé, parce que ça met du temps à élaborer tout ça... »*

*(une équipe)*

#### 4.4.2. Lancer une dynamique partagée et à plus long terme, pour comprendre et partager l'objet de recherche PCPE

À l'issue de cette étude, il apparaît que le PCPE est un objet nouveau dans le champ du médico-social, qui s'installe dans le cadre de la transformation de l'offre. Peu d'études à ce jour ont été lancées à son sujet. Sans renier les travaux déjà amorcés autour de la fonction de coordination<sup>27</sup>, (ou peut-être en y consacrant un pan de la recherche), il nous semblerait particulièrement intéressant d'engager une recherche action sur le dispositif PCPE et son rôle dans l'évolution des politiques médico-sociales à l'œuvre, en y intégrant équipes de recherche, universitaires, professionnels, partenaires et personnes accompagnées. L'intérêt d'une telle recherche serait de faire participer les parties prenantes pour les accompagner dans ce processus à l'œuvre, tout en les étayant grâce à un environnement de travail qui permettrait de suivre cet objet PCPE en construction.

---

<sup>27</sup> Rapport Unique 2019, prestations indirectes du Cher : préparation d'une recherche action autour de la fonction de coordination.

## Conclusion

Nous avons tracé tout au long de cette étude les points de convergence et souligné les différences.

Dans la première partie du document, nous avons pu voir combien les enjeux des PCPE sont partagés sur tout le territoire régional, que ce soit sur la question de leurs missions et leurs limites, que ce soit sur la question des publics à accompagner, avec une distinction à opérer entre les situations complexes et les situations critiques, que ce soit sur le positionnement du dispositif PCPE dans un contexte de transformation de l'offre médico-sociale non aboutie, et enfin que ce soit sur l'accompagnement des aidants.

Dans la seconde partie du document, nous avons tenté de souligner les fonctionnements spécifiques des PCPE, qui peuvent donner des pistes d'interprétation quant à certains indicateurs quantitatifs et qui permettent également de comprendre les contextes territoriaux, partenariaux et institutionnels.

Faut-il pour autant harmoniser le fonctionnement des PCPE ? En tous les cas, il est nécessaire de se poser la question des enjeux d'une harmonisation ou de ceux du maintien de dispositifs pluriels, et à quels niveaux.

Nous avons pu voir combien les natures d'intervention des PCPE sont dépendantes des logiques à l'œuvre sur les territoires, tant en termes de publics accompagnés et de ressources d'une part, qu'au niveau des liens plus ou moins fluides avec les MDPH/MDA d'autre part. Aussi, il nous semble qu'un travail commun entre l'ARS, les six MDPH/MDA et les six PCPE est nécessaire pour consolider les missions communes des PCPE. Ensuite, pour pouvoir répondre au cahier des charges sur le versant de l'évaluation des PCPE, il semble opportun de concevoir avec ces derniers les outils qui permettront de décrire au mieux leur activité, d'un point de vue quantitatif et qualitatif. À partir du moment où les indicateurs sont renseignés par les dispositifs eux-mêmes, il est indispensable de s'assurer de l'harmonisation des mesures.

Les PCPE disposent d'un certain nombre d'atouts et le Comité stratégique régional et ses déclinaisons vers l'encadrement et les coordinatrices est un support particulièrement intéressant pour l'essaimage des bonnes pratiques entre structures. Cette instance est à investir pour les chantiers de réflexion indiqués dans nos préconisations, et pour permettre aux PCPE d'aborder sereinement la convention à venir.



## Bibliographie

- ANAP, « Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social », Guide des indicateurs, version 2018
- ARS Centre-Val de Loire, Appel à candidatures pour la création d'un Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées départemental
- ARS Centre-Val de Loire, "Projet régional de santé Centre-Val de Loire, Schéma régional de santé 2018-2022"
- ANCREAI, "Remontées d'expériences sur les pratiques favorisant la fluidité des parcours, Synthèse nationale des recensements régionaux conduits par les CREAI, Rapport Décembre 2017"
- "ANCREAI, CREAI - Pays de Loire, CREAI – Bretagne. "Atelier N°4 - LES NOUVELLES FORMES DE COOPÉRATIONS TERRITORIALES : PCPE, plateformes, dispositifs, etc. [repéré sur] [http://www.sessad2018.org/journees\\_nationales\\_sessad\\_2018.pdf](http://www.sessad2018.org/journees_nationales_sessad_2018.pdf)
- CNSA, "2017 : Le réseau des MDPH, acteur de son évolution, Synthèse des rapports d'activité 2017 des MDPH, décembre 2018"
- CNSA, " JANVIER 2019, Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)"
- CREAI Centre-Val de Loire, 2019. « Quand les aidants ont besoin d'aide : étude sur les dispositifs d'aide aux aidants en région Centre-Val de Loire » 122 p. [repéré sur] [https://www.creaicentre.org/images/pdf/etudes\\_realisees/2019\\_CREAI\\_Rapport-qualitatif-AIDE-AUX-AIDANTS.pdf](https://www.creaicentre.org/images/pdf/etudes_realisees/2019_CREAI_Rapport-qualitatif-AIDE-AUX-AIDANTS.pdf)
- INSTRUCTION N° DGCS/SD3B/2016/119 du 12 avril 2016 relative à la mise en œuvre des pôles de compétences et de prestations externalisées pour les personnes en situation de handicap
- CIRCULAIRE N° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées
- Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées au service de l'inclusion des personnes handicapées [repéré sur] [https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/livret\\_pcpe-2.pdf](https://handicap.gouv.fr/IMG/pdf/livret_pcpe-2.pdf)
- Marie-Aline Bloch, 2016. "Essais de définitions comparées et positionnements" in Jean-René Loubat et al., *Concevoir des plateformes de services*, pp 271-294. Paris : Dunod, 384 p. (Santé Social)
- Nadine Dubruc et Laurent Vialette, 2019. "Le promoteur de parcours inclusif : coordonner la logique de parcours dans le médico-social sur un territoire", *Management & Avenir Santé (Caen) n°5*, pp. 53-80.

## Table des illustrations

Figure 1 : modèle de plateformes d'offre de service et de services rendus	14
Figure 2 : répartition 2019 des prestations par type et par domaine SERAFIN-PH	25
Figure 3 : Nombre et répartition des prestations par PCPE	27
Figure 4 : nombre et répartition des prestations (internes, externes et mutualisées additionnées) par PCPE en 2018, puis en 2019	27
Figure 5 : La répartition des personnes accompagnées par les PCPE par département, pour l'ensemble de la région.	42
Figure 6 : carte régionale des lieux de résidence des personnes accompagnées par les PCPE. 18 en vert, 28 en rouge, 36 en violet, 37 en bleu, 41 en jaune, 45 en orange.	42
Figure 7 : Les prestations externalisées sur la Région en 2019, par domaines SERAFIN-PH	53

*Images : tous droits réservés*

## Le CREAI, un outil d'aide à la décision, régional et transversal, dont les 4 missions sont :

### L'Animation et la Concertation

Soucieux de contribuer à des échanges de pratiques et de préoccupations entre professionnels des secteurs social et médico-social de la région Centre-Val de Loire, le CREAI propose des espaces de réflexion, de formation partagée, d'élaboration de pistes de travail avec notamment :

- des animations, à travers des groupes de travail :
  - ✓ par types d'établissements ou de services ;
  - ✓ par métiers ;
  - ✓ par thématiques ;
  - ✓ par territoire.
- des concertations sur l'évolution des besoins, des dispositifs et des pratiques ;
- des journées d'études.

### La Formation

Le CREAI a pour objectif de transmettre des connaissances nouvelles, contribuer à intégrer de nouveaux référentiels d'activités et de compétences, éclairer les pratiques au regard des nouveaux modes de pensées et théories en débat. Pour cela, il propose, avec un objectif de qualité de services rendus aux usagers, des formations :

- qui allient à la fois des apports théoriques, méthodologiques et des temps d'échanges, entre participants. Ces formations conjuguent séances plénières et ateliers en sous-groupes sur les pratiques ;
- adaptées, en prise avec les préoccupations des acteurs et avec les exigences liées aux transformations de l'environnement social et institutionnel à l'œuvre.
- inter établissements et services qui se déroulent dans nos locaux ou sur un site délocalisé ;
- en intra au sein des établissements et services.

### L'Observation et les Études

Une autre des missions du CREAI est de réaliser des études ou des observations régulières sur les besoins et dispositifs, comme outils d'aide à la décision pour la planification des politiques, la prospective des organismes gestionnaires, la promotion de l'évolution des pratiques professionnelles. Le CREAI réalise donc des études et des observations :

- sur les besoins et les dispositifs sociaux, médico-sociaux et sanitaires ;
- en lien avec les acteurs concernés, dont les usagers et leurs représentants ;
- et, selon les études, en lien avec d'autres organismes producteurs de données ;
- avec une démarche systématique de valorisation et de mise en débat des résultats.

### L'Accompagnement et le Conseil

Le CREAI se met au service des directions d'établissements et services et des équipes professionnelles dans l'évolution de leurs pratiques et des réponses. Ce qui se traduit par des accompagnements plus ou moins longs, dans les établissements et les services, adaptés à la demande :

- appui des équipes de direction et des professionnels de proximité dans leurs organisations, leurs pratiques professionnelles et leur clinique, au regard des évolutions ;
- démarches de projets (d'établissements, individualisés), et d'évaluation ;
- diagnostics de besoins territoriaux partagés ;
- expertise et conseil.

**Le CREAI Centre-Val de Loire est le CENTRE REGIONAL D'ETUDES, D'ACTIONS ET D'INFORMATIONS,  
en faveur des personnes en situation de vulnérabilité.**

Membre de l'Association Nationale des CREAI, l'AnCreai, le CREAI s'appuie sur un Conseil  
d'administration et un Bureau.

Il rassemble des adhérents (associations, gestionnaires d'établissements et de services) et des  
contribuants (établissements et services associatifs et publics)





35 avenue de Paris – 45000 ORLEANS

Tél. 02 38 74 56 00

[www.creaicentre.org](http://www.creaicentre.org)