Evaluation des modalités organisationnelles des Plateformes de coordination et d'orientation

Synthèse

Evaluation réalisée pour le compte de la DI-TND

La création des Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO) s'inscrit dans la Stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement : TSA, TDAH, DYS, TDI. (2023-2027). Elles visent à faciliter / accélérer l'accès à des prises en charge en amont de la pose d'un diagnostic de TND et de la reconnaissance des droits à la compensation par la MDPH, et assurent pour cela trois missions.

- Structurer et coordonner les interventions de professionnels de santé (non conventionnés avec l'Assurance maladie).
- Accompagner la pose du diagnostic de TND (TSA, DYS, TDA, TDAH, TDI…) en lien avec les médecins de première et de seconde ligne.
- Solvabiliser les consultations de bilan et de suivi pour des psychomotriciens, ergothérapeutes et / ou psychologues via l'attribution de forfaits d'intervention précoce (FIP) financés par l'Assurance maladie.

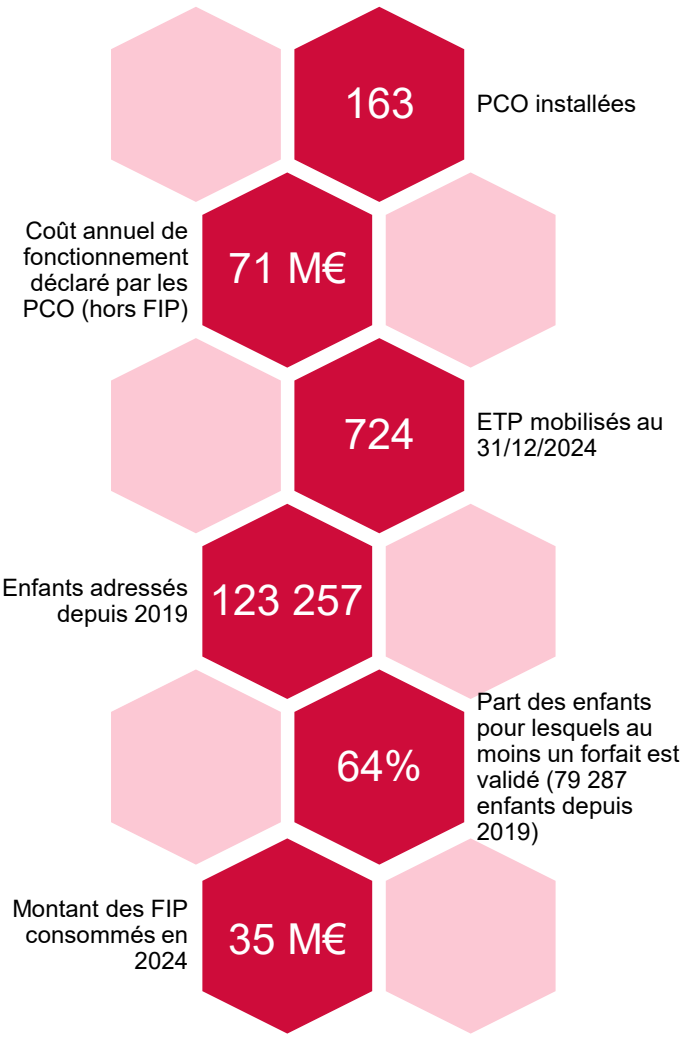
Initialement prévues pour accompagner les parcours des enfants jusqu'à 6 ans, les missions des PCO ont été élargies aux enfants de 7 à 12 ans en 2021.

Les PCO ont fait l'objet d'un suivi renforcé dans le cadre des politiques prioritaires du Gouvernement (PPG) jusqu'en 2025.

La DI-TND a sollicité l'Anap pour évaluer leurs modalités organisationnelles et formuler des propositions pour améliorer les pratiques et la performance des PCO.

Chiffres clés PCO

Au 31/12/24 pour les PCO 0-6 et 7-12



Objectifs et méthode de l'évaluation

- Analyser les organisations des PCO et comprendre les différences de pratiques
- Identifier les pratiques favorables à l'atteinte des objectifs et les pratiques à éviter
- Proposer des modalités organisationnelles efficaces et harmonisées

21 entretiens avec les PCO

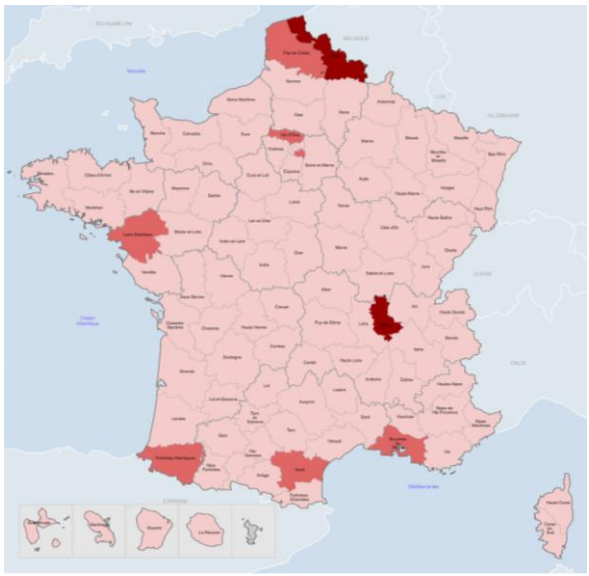
13 PCO couvrant les 0-6 et 7-12
5 PCO couvrant les 0-6 ans
3 PCO couvrant les 7-12 ans

Analyse des données d'activité

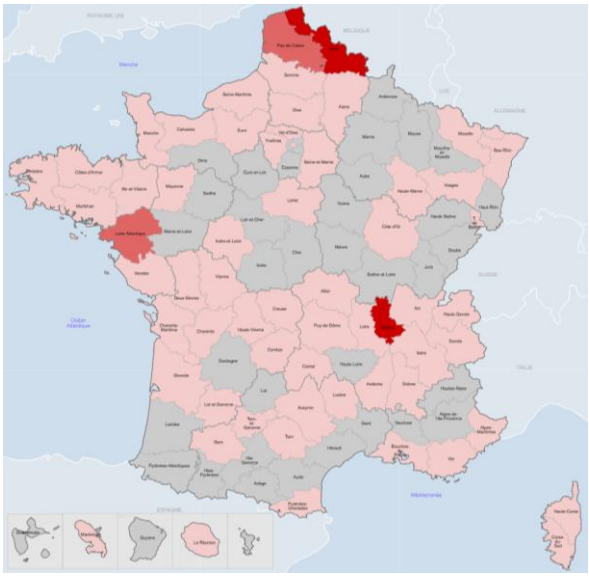
Données remontées auprès de la DI-TND et arrêtées au 31/12/2024

Une cible atteinte à 93% du point de vue du nombre d'enfants adressés

Territoires couverts par une PCO 0-6 (été 2025)



Territoires couverts par une PCO 7-12 (été 2025)



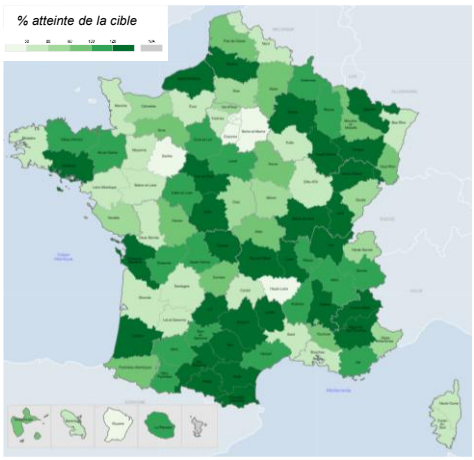
La nuance de rouge marque le nombre de PCO installées sur un même département. En gris, les territoires non couverts (juillet 2025).

A fin 2024, 105 920 enfants de moins de 7 ans avaient été repérés et adressés à une PCO (cumul), soit 93% de la cible nationale fixée au titre des PPG jusqu'à l'été 2025 pour les 0-6 ans (114 254 enfants).

L'atteinte de la cible est cependant très inégale entre PCO :

- 49 départements atteignent leur cible ou la dépassent
- 22 départements atteignent entre 80 et 100% de leur cible
- 30 départements atteignent moins de 80% de leur cible (dont 9 à moins de 50% de leur cible)

A noter, la définition de la cible d'une PCO peut être questionnée : si elle tient compte de la démographie (+ 5% des naissances chaque année à partir de 2021), elle n'intègre pas le « stock » d'enfants déjà nés que les PCO ont également vocation à accompagner.



Un effet insuffisant sur l'accélération et la précocité des parcours

Un repérage tardif et des délais longs

L'âge médian d'adressage est élevé au regard de l'objectif d'intervention précoce : 4,4 ans pour les PCO 0-6 et 9 ans pour les PCO 7-12.

Le délai de validation des parcours est par ailleurs très au-delà de l'objectif de 15 jours, avec une moyenne de 10 semaines. A noter que le délai affiché par les PCO ne court parfois qu'à partir du moment où le dossier est complet (potentiellement plusieurs semaines après le dépôt initial).

Enfin, le délai de validation ne présage pas d'un déclenchement rapide des prises en charge, qui dépend de la disponibilité de l'offre du territoire.

Des sorties sans diagnostic très nombreuses

En 2024, plus d'un tiers des enfants sont sortis sans diagnostic dans les PCO 0-6 (peu de sorties à ce stade dans les PCO 7-12). A noter, la notion de « sortie sans diagnostic précis » regroupe des situations potentiellement « légitimes » (ex : écart de développement compensé à l'issue de la prise en charge, diagnostic à confirmer avec l'avancée en âge) et des situations plus problématiques au regard des missions d'une PCO (diagnostic non posé ou situation diagnostique inconnue).

Des délais qui nuisent à l'objectif de solvabilisation des prises en charge

Des données partielles sur les parcours

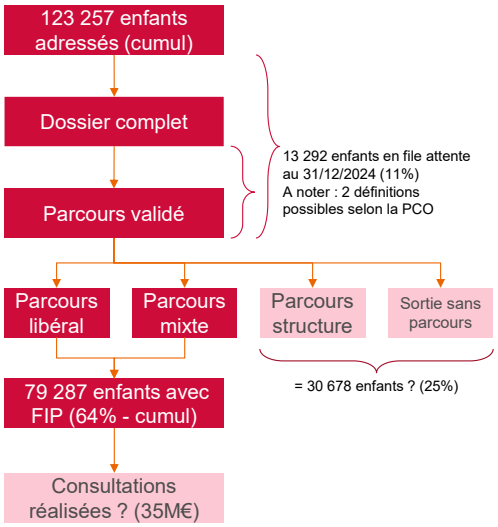
En cumul, 64% des enfants adressés à la PCO ont bénéficié d'au moins 1 forfait. Cette donnée parait cependant faible au regard des échanges avec les PCO : l'activation d'un FIP constitue la réponse très largement majoritaire. Par ailleurs, en déduisant les enfants en file d'attente, on compte 25% d'enfants sans forfait prescrit. Les données ne permettent pas de savoir s'ils ont été orientés vers une prise en charge en structure de ligne 2 ou s'ils sont sortis sans bénéficier d'un parcours PCO.

Des difficultés d'accès à l'offre libérale entrainant une sous-utilisation des crédits disponibles

Le montant des forfaits effectivement consommés s'élève à 35M€ en 2024. Cela représente un montant moyen de 874 € par enfant disposant d'au moins un FIP en 2024, soit un peu plus de la moitié d'un forfait (1500€ pour un bilan et les interventions associées).

Ceci résulte notamment des délais de prises en charge et d'accès aux consultations libérales, qui ne permettent vraisemblablement pas de mobiliser effectivement l'ensemble des séances dans la période prévue (une année).

Données cumulées pour les 0-12



Une forte hétérogénéité des pratiques, qui impacte le service rendu aux familles

Malgré un cahier des charges unique et détaillé, les PCO travaillent de manière extrêmement différente, ce qui résulte de 4 facteurs principaux :

- Adaptation pragmatique à des contextes, des histoires ou des compositions d'équipes différents
- Choix organisationnels face à des injonctions ressenties comme contradictoires
- Compréhension variable des missions et rôle médical variable en conséquence
- Messages et consignes hétérogènes des ARS, mise à disposition d'exemples d'outils plutôt que de modèles

Au-delà des contraintes des territoires, il existe des marges de manœuvre organisationnelles, pour harmoniser les pratiques et optimiser le service rendu aux familles.

Principaux constats pour chaque étape du parcours au sein de la PCO

Adressage



- Quasiment toujours des demandes complémentaires, dont pièces administratives indispensables
- Via trajectoire très peu utilisé
- Variabilité dans la comptabilisation des dossiers adressés

Analyse et définition du parcours



- Délai de 15 jours jamais tenu, délai réel inconnu et dépendant des modes de calcul
- Difficulté à suivre le rythme de l'adressage (plus de dossiers adressés chaque semaine que de dossiers validés > augmentation continue de la file d'attente)
- Tendances des PCO à ajuster les processus pour réussir à gérer l'afflux de demandes (priorisation, revue de l'organisation)

Coordination et suivi



- Processus et rôle de la PCO pas clairement défini en cas de parcours mixte ou en structure => un seul cas structuré en guichet unique
- Niveau d'accompagnement de la famille hétérogène et plutôt « à la demande »
- Pratiques artisanales pour limiter le risque de « perdus de vue »
- Difficulté à garantir le caractère collégial, invitation rare des familles

Fin de parcours et orientation



- Décalage des synthèses à 9 mois pour conjuguer avec la décision de sortie / renouvellement
- Faible rotation des enfants : chaque année, plus d'entrées que de sorties
- Notification MDPH : systématiquement un motif de sortie, avec des ajustements sur le type de notification

Préconisations

1 Clarifier les lignes de conduite, les partager et ajuster le cahier des charges

- Clarifier les doctrines
- Réécrire et simplifier le cahier des charges
- Fournir des modèles organisationnels explicitant où se situent les marges de manœuvre des PCO

2 Formaliser l'articulation guichet unique / PCO / service de repérage précoce

- Accompagner les ARS et les PCO dans la mise en place d'un fonctionnement en guichet unique
- Ajuster le cahier des charges pour le service de repérage précoce en tenant compte des enseignements de l'évaluation des PCO
- Expliciter avec des logigrammes les parcours et les articulations entre les différents services du territoire

3 Expliciter les cibles et contractualiser sur la base d'un nombre restreint d'objectifs de service rendu

- Contractualiser avec les PCO autour d'objectifs explicites, limités en nombre et axés sur le service rendu aux familles / enfants : file active annuelle, délai de validation du parcours, sorties sans diagnostic
- Inciter les ARS à organiser le dialogue de gestion ARS/PCO et proposer les accompagnements nécessaires aux PCO en difficulté
- Renouveler les AMI pour les PCO ne présentant aucune volonté d'optimisation de leur service rendu

4 Outiller les PCO

- Analyser les SI créés sur mesure par certaines PCO et vérifier les possibilités de les transposer à d'autres PCO
- A défaut, adapter les cahiers des charges fonctionnels et techniques de ces outils pour les proposer aux PCO afin qu'elles s'outillent elles-mêmes
- Fournir des modèles ou trames de documents plutôt que des exemples (process, fiches de poste, convention, etc.)

5 Accompagner les PCO les plus en difficulté

- Proposer aux ARS une grille d'auto-évaluation reposant sur des indicateurs et des signaux d'alerte remontés par les PCO pour leur permettre d'identifier les dysfonctionnements