

Avis du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation TSLA

Février 2024

Le comité technique (CTIS) et le comité stratégique (CSIS) de l'innovation en santé sont saisis pour avis sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation TSLA portée par l'association Occitadys et autorisée par l'arrêté du 26 juin 2020, publié le 9 juillet 2020, et modifié par l'arrêté du 21 décembre 2023, publié le 23 décembre 2023.

Après examen du rapport d'évaluation et des différents documents à sa disposition, le comité technique et le comité stratégique de l'innovation en santé ont rendu leur avis respectivement le 1^{er} février 2024 et le 23 février 2024.

Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) touchent 6% d'une classe d'âge (1% de troubles sévères), à savoir environ 4 000 enfants naissant annuellement en Occitanie.

- Le diagnostic est fait avec retard et les familles sont en difficulté pour obtenir le diagnostic précis, et pour pouvoir bénéficier des soins et des aménagements pédagogiques.
- Les familles sont démunies dans le parcours de soins pour les troubles les plus sévères (environ 3 100 d'entre eux) nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.
- L'absence de financement des actes non pris en charge par l'Assurance Maladie majore les inégalités socio culturelles et économiques avec un retentissement sur toute la vie, ceci dans le contexte actuel de risques économiques et sociaux majorés.

Objet de l'expérimentation

Le projet Parcours de santé TSLA Occitanie porte sur la mise en place, à l'échelle de l'Occitanie, d'un dispositif d'organisation des soins en premier et en second recours. L'objectif poursuivi est de permettre aux enfants de 6 à 15 ans présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA) et avec ou sans trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et à leur famille, d'accéder au bon niveau d'expertise, de bénéficier précocement de bilans et de prises en charges rééducatives adaptées à leur situation avec un financement des soins rééducatifs non pris en charge par l'Assurance Maladie afin de limiter les conséquences délétères à court, moyen et long termes de ces troubles. Il s'appuie sur les deux derniers référentiels de la Haute autorité de santé (HAS) : Le parcours de santé Troubles spécifiques du langage et des apprentissages (déc. 2017) et le Plan Personnalisé de Coordination en Santé (PPCS).

Dérogations mobilisées

Le projet a mobilisé les dérogations aux articles L. 162-1-7, L.162-5, L.162-22-6, L. 162-26 du code de la sécurité sociale (règles de financement d'activités financées à l'acte ou à l'activité) et aux 1^o, 2^o, 5^o et 6^o de l'article L. 160-8 du même code, en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'Assurance Maladie en permettant un financement forfaitaire par épisodes, séquences ou parcours de soins intégrant le financement de

prestations non prises en charges par l'Assurance Maladie.

Champ d'application territorial de l'expérimentation

Le champ d'application de l'expérimentation est de portée régionale et concerne la région Occitanie.

Durée (prévue et effective) de l'expérimentation

Initialement de 2 ans extensible à 3 ans à compter de l'inclusion du premier patient (6 janvier 2021), l'expérimentation a été prolongée de 2 mois après le déclenchement de l'année d'extension pour permettre de consolider les données de l'évaluation finale, soit jusqu'au 5 mars 2024.

Population cible, professionnels et structures impliqués

Population cible

Enfants de 6 à 15 ans présentant un trouble spécifique du développement et des apprentissages et avec ou sans un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, selon les classifications internationales DSM cinq et/ou CIM 10/11 inscrits dans un parcours de diagnostic et de soins ambulatoires prescrits par un médecin spécialisé de niveaux 1 et 2.

- Critères d'inclusion : Intensité des troubles et durabilité (3 à 6 mois) des difficultés d'apprentissages scolaires et/ou dans la vie quotidienne et sociale et absence ou insuffisance de réponse aux mesures pédagogiques entreprises en lien avec les parents avec une orientation dans le dispositif par un médecin scolaire, médecin de l'enfant, dispositif amont, avec sa famille. Les enfants de 6 ans peuvent être inclus dans le cadre d'un relais avec les plateformes de repérage précoce (PCO) TND.
- Critères d'exclusion : Enfants relevant d'un dispositif médico-social et hors champ des TSLA/TDAH.

Montée en charge

Inclusions réalisées (données de la facturation) du 6 janvier 2021 au 5 janvier 2024

	Objectif	Réalisé
Nombre de patients inclus sur la totalité de l'expérimentation	10 335	8 124

Structure impliquée

Association Occitadys, créée en juin 2018 pour soutenir les priorités inscrites dans le Projet régional de santé 2018-2023 en Occitanie sur la thématique des troubles spécifiques du langage et des apprentissages.

Professionnels impliqués

- Professionnels libéraux : médecins généralistes formés (niveau 1), pédiatres formés (niveaux 1 et 2), neuropédiatres (niveau 2), pédopsychiatres (niveau 2),

psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues, orthoptistes (financés dans le droit commun), orthophonistes (financés dans le droit commun).

- Professionnels salariés : pédiatres formés (niveau 2), neuropédiatres (niveau 2), pédopsychiatres (niveau 2).

Modèle d'organisation testé

Il s'appuie sur une structuration en trois niveaux de recours telle que recommandée par la HAS, les niveaux 1 et 2 de recours ayant été mis en place pendant la phase expérimentale grâce aux formations réalisées auprès des médecins (généralistes et spécialistes), le troisième niveau de recours étant déjà existant (Centres de référence troubles du langage et des apprentissages, CRTLA).

Le parcours comprend une première phase d'analyse de la demande par un correspondant d'entrée de parcours qui oriente à l'aide d'un logigramme vers le niveau de recours adapté à la situation de l'enfant. Ce correspondant est au service des professionnels et des familles dans un objectif de qualification de la demande et d'orientation donnant ainsi une lisibilité du cheminement entre les différents niveaux de recours et un accès aux professionnels de leur territoire formés et adaptés.

1. Dans le cas d'une situation simple telle que définie par la HAS (symptomatologie simple et diagnostic de troubles des apprentissages avéré et clair quant à la spécificité des troubles observés), le correspondant de parcours oriente vers le médecin de niveau 1 formé (premier recours). Ce médecin, après une évaluation clinique de la situation (réorientation possible vers le niveau 2) prescrira des bilans de niveau 1 puis à l'issue du diagnostic, des rééducations pour une année. A la fin des rééducations, un renouvellement est possible en cas de besoin ou une réorientation vers un médecin de niveau 2 en cas d'évolution défavorable.
2. Dans le cas d'une situation complexe telle que définie par la HAS (difficulté diagnostique, comorbidités (notamment TDAH) ou réponse insuffisante à la prise en charge de première intention) c'est-à-dire une plainte complexe d'emblée ou par l'évolution défavorable d'une situation d'enfant en niveau 1, le correspondant de parcours oriente vers un médecin de niveau 2. Ce médecin va recevoir la famille et l'enfant pour évaluer, grâce à des échelles ou des tests spécialisés (de type BMT-I/DCDQ/ snap IV...), les bilans nécessaires qu'il prescrira ou réorientera l'enfant et sa famille vers le service adapté à sa situation si besoin (PCO, services de pédopsychiatrie, neurologie pédiatrique, maladies rares, établissements médico-sociaux...). A réception des bilans, il déclenche une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec les professionnels les ayant réalisés pour définir avec eux le projet thérapeutique à mettre en place au regard du diagnostic et des besoins de l'enfant et de sa famille. Enfin, il réalise une consultation avec la famille et l'enfant pour lui restituer le diagnostic et le projet thérapeutique proposé. Le correspondant de parcours reste en appui de la famille sur la mise en place du plan de soins. A l'issue des rééducations, à l'aide des comptes rendus effectués par les professionnels ayant réalisé les séances, le médecin organise une consultation de fin de séquence de rééducation avec l'enfant et sa famille pour en faire le bilan qui peut conduire à une fin de parcours si les résultats atteints sont suffisants ou à une reconduction du projet thérapeutique. Une réorientation

vers un service spécialisé peut en fonction de la situation être proposée avec un accompagnement du correspondant de parcours.

Modèle de financement testé

Il repose sur des bilans et des forfaits moyens de séances de rééducation déclenchables en fonction de la situation de l'enfant. Pour les situations complexes (niveau 2), un forfait de suivi médical est mis en place ainsi qu'un forfait de coordination.

Forfaits	Montant
Forfait de suivi médical de niveau 2 (situation complexe) déclinable en 2 forfaits	420 €
Dont forfait diagnostic évaluation second recours (évaluation de deux heures environ, réalisable en 2 temps) + temps de restitution à la famille (30 minutes)	300 €
Dont forfait médical post-rééducation (1 heure)	120 €
Bilan psychomotricité/ergothérapie	150 €
Bilan d'effcience intellectuelle et neuropsychologique	250 €
Bilan complémentaire : neuropsychologique	170 €
Bilan complémentaire : mémoire	150 €
Forfait de séances psychomotricité / ergothérapique niveau 1 (30 séances en moyenne)	1 350 €
Forfait de séances de psychomotricité /ergothérapie niveau 2 (35 séances en moyenne)	1 575 €
Forfait de séances de suivi psychologique (10 séances en moyenne) <i>(Syndrome anxieux secondaire et/ou conséquence du trouble, remédiation cognitive des troubles des fonctions exécutives)</i>	450 €
Forfait groupe d'habilité parentale Barkley (10 séances collectives)¹	450 €
Forfait coordination pour enfant de niveau 2 <i>Inclut le financement de la RCP, du support administratif (3h par enfant), du correspondant d'entrée de parcours, du système d'information et des frais généraux</i>	250 €

Budget

Coût de l'expérimentation

	Budget prévisionnel maximal autorisé	Budget consommé Au 05/01/2024
Financement dérogatoire (FISS)	15 354 000 €	9 110 810€
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FISS)	124 907 €	111 029 €
Crédits d'amorçage et d'ingénierie (FIR)	542 594 €	502 594 €
Total	16 021 501 €	9 724 433€

¹ <https://occitadys.fr/actus/actualites-occitadys/186-programme-d-entrainement-aux-habiletés-parentales-de-barkley-presentation>

Principaux résultats d'évaluation

Déclinant les trois grands critères du cadre général de l'évaluation des expérimentations article 51 (faisabilité, efficacité/efficience et reproductibilité), les travaux sur l'expérimentation ont cherché à répondre à :

- **Faisabilité** : l'expérimentation a-t-elle ou non permis de faciliter l'accès aux soins des troubles TSLA/TDAH ?
- **Efficacité** : l'expérimentation a-t-elle ou non permis de renforcer la pertinence des soins et d'améliorer la qualité de vie des enfants et de leurs familles ?
- **Efficience des soins** : dans quelle mesure l'expérimentation a-t-elle permis de couvrir les besoins de financement du dispositif et d'améliorer l'efficience ?
- **Reproductibilité** : l'expérimentation est-elle transposable ou non à d'autres territoires ?

Conclusions

- Faisabilité opérationnelle :

L'expérimentation a permis de mettre en œuvre un accès gradué aux soins. L'ensemble du territoire a été maillé en s'appuyant sur des médecins de niveaux 1 ou 2 (114 médecins de niveau 1 et 65 médecins de niveau 2 exerçant dans 15 centres de deuxième recours en avril 2023) et un total de 1245² professionnels de santé conventionnés dont 1063 actifs dépassant la cible visée (500) démontrant une adhésion réussie des professionnels au dispositif. Les motivations intrinsèques des professionnels notamment l'autonomie et le sentiment de faire une différence pour les patients ont renforcé leur engagement. Toutefois l'effort d'appropriation de l'outil informatique SPICO a pu être un obstacle à l'adhésion pour certains d'entre eux.

Les usagers, quant à eux, ont également adhéré fortement au dispositif. Ainsi, plus de 7 000 patients (avril 2023) ont été inclus dans le dispositif. L'atteinte incomplète bien qu'atteignant plus de 70% des objectifs d'inclusion en niveau 2 provient principalement d'un décalage dans la mise en place du dispositif, notamment la première année, en lien avec la période COVID. La priorité des centres hospitaliers et des soignants était d'organiser la vaccination avant toute autre chose ce qui a conduit à un retard des inclusions, sur le cumul des trois années de l'expérimentation. De plus, la constitution de capacités médicales sur certains départements a pu être ralentie par des obstacles conjoncturels, administratifs et géographiques.

L'entrée dans le dispositif est facilitée par la coordination de parcours grâce au correspondant d'entrée de parcours qui guide et oriente la famille. Très peu de familles ont été réticentes à intégrer le parcours, car il répond à un besoin qui était jusque-là insuffisamment satisfait. La levée des barrières financières, l'élargissement du panier de soins, la coordination des soins (accompagnement du correspondant d'entrée de parcours), la qualité de l'écoute face aux difficultés des familles, et le soutien de l'environnement ont contribué à favoriser la participation des familles.

- Caractère efficient :

L'expérimentation a permis de renforcer la pertinence des soins et d'améliorer la qualité de vie des enfants et de leurs familles. Les listes d'attente et les temps de parcours ont été réduits par rapport au droit commun. Le parcours de soins des enfants de niveau 1, de la consultation médicale de dépistage à la première séance de

² Hors médecins de premier recours

rééducation, a duré environ 66 jours soit deux mois (temps médian). Pour les enfants de niveau 2, le parcours, depuis la consultation médicale d'évaluation jusqu'au début du projet de soins, a pris environ 114 jours soit quatre 4 mois (temps médian). Environ 83 % des enfants ont commencé leur projet de soins dans les six premiers mois après la première consultation. Les objectifs initiaux du porteur, fixés à un démarrage du projet de soins en 5 mois, ont été largement tenus et réalisés en moins de temps. Ces chiffres reflètent un des plus grands succès de l'expérimentation sinon le plus grand par comparaison avec les délais qui président actuellement dans beaucoup d'autres structures à la prise en charge des troubles du langage et de l'apprentissage, qualifiés de « parcours du combattant » avec des délais de quelques mois à plusieurs années³. Le parcours est conforme aux recommandations HAS et s'appuie sur des tests diagnostiques standardisés. Ces tests sont une étape indispensable pour l'établissement d'un diagnostic et la rédaction d'un projet de soins selon les professionnels interviewés. Un envoi direct vers des bilans et des séances de rééducation sans qu'une évaluation clinique et physique ait été au préalable réalisée, leur semblait difficile et aurait pu compromettre la qualité du diagnostic.

Concernant la réalisation des bilans en ergothérapie/psychomotricité, orthophonie/orthoptie, psychologie, neuropsychologie, 90 % des enfants inclus au niveau 1 et 84 % des enfants inclus éligibles et évaluables au niveau 2 ont bénéficié au moins d'une prescription de bilan. Les patients qui ne se sont pas vu prescrire un de ces bilans, pouvaient l'avoir eu antérieurement soit avant d'être inclus dans le parcours, soit au moment de leur prise en charge en niveau 1 pour les enfants qui ont fait l'objet d'un transfert vers le niveau 2.

77 % des enfants éligibles et évaluables en niveau 2 ont bénéficié d'une réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP). Ces réunions ont permis d'aboutir à un diagnostic plus précis défini collégialement et de répondre rapidement aux besoins des enfants, sur ce « qu'il faut rééduquer en premier » (2,51 professionnels en moyenne en plus du médecin spécialisé de niveau 2). La rémunération a incité les médecins spécialisés à participer aux RCP, mais elle a été jugée trop faible par les orthophonistes et d'autres paramédicaux.

74 % des enfants inclus en niveau 1 et 72 % des enfants inclus éligibles et évaluables en niveau 2 ont bénéficié au moins d'une prescription de rééducation. Les prescriptions portaient alors en moyenne sur une rééducation de niveau 1 et deux rééducations en niveau 2. Concernant la sphère familiale, 34 % des familles des enfants inclus en niveau 2 ont bénéficié d'une prescription de séances d'entraînement aux habiletés parentales (groupe Barkley) principalement des familles confrontées au TDAH.

93 % des enfants éligibles et évaluables du niveau 1 et 67 % des enfants éligibles à l'évaluation du niveau 2, pour lesquels une rééducation en psychomotricité/ergothérapie a été prescrite, l'ont effectivement débutée.

36 % des enfants inclus au niveau 2 éligibles et évaluables, pour lesquels un suivi psychologique a été prescrit, l'ont débuté.

28 % des familles des enfants inclus au niveau 2 éligibles et évaluables, pour lesquels des séances de groupe Barkley ont été prescrites, les ont débutées.

Le parcours TSLA a imposé à ses adhérents des normes et une rigueur dans les bilans diagnostics pour établir la reconnaissance du trouble par la MDPH, une fois le parcours

³ Morgane Delmas et Sandrine Garcia, « Le coût du diagnostic. L'impensé du travail des mères auprès des enfants « dys » », *Anthropologie & Santé* [En ligne], 17 | 2018, mis en ligne le 25 septembre 2018, consulté le 18 janvier 2024. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/3837>

TSLA terminé facilitant ainsi le montage des dossiers MDPH. L'ajustement et la coordination entre les deux systèmes ont parfois été complexes. Les MDPH ont eu tendance à penser qu'elles n'avaient pas à s'occuper des enfants TSA, bien que cela ne corresponde pas à la réalité.

La qualité de vie des familles a été améliorée notamment par l'accompagnement du correspondant de parcours. Avant l'inclusion dans le dispositif, les parents ressentait un fardeau modéré (Score moyen de Zarit=3,22). Après les soins, en moyenne, le fardeau des parents est devenu significativement plus léger (Score moyen de Zarit=2,5). La proportion de familles ressentant un fardeau modéré ou sévère a diminué après l'intervention, respectivement de 38 % à 32 % et de 21 % à 8 %.

La solvabilisation des soins a garanti l'accessibilité du parcours à toutes les familles. Elles ont pu avoir accès à un parcours de soins précoces en recourant aux services d'une offre libérale non conventionnée (psychomotriciens, ergothérapeutes, psychologues).

- **Caractère reproductible**

La possibilité d'articulation avec les PCO, droit commun des TND, offre une opportunité unique de déployer, sur l'ensemble du territoire français, une approche intégrée qui prendrait en compte les forces respectives des deux systèmes pour proposer une solution porteuse d'avenir. Des fonctions du parcours TSA/TDAH ont été identifiées comme reproductibles à plus grande échelle. Elles concernent :

- La structuration graduée avec :
 - La création de centres de second recours salariés et/ou libéraux au sein de chaque département (première étape de la graduation pour assurer ensuite une expertise d'aval du niveau 1) ;
 - La structuration de l'offre de premier recours s'appuyant sur la mobilisation et la formation des médecins de 1^{er} recours (DPC) pour des troubles simples et pour accélérer la prise en charge des troubles plus complexes ;
 - Les consultations en présentiel par un médecin spécialisé ;
- L'accessibilité financière intégrale des bilans et des actes des professionnels paramédicaux et psychologues non conventionnés avec l'Assurance Maladie et des consultations par les médecins de second recours ;
- Des modalités particulières de la prise en charge :
 - La mise en place d'un système d'information partagé facilitant la coordination ;
 - La saisine de l'entrée de parcours par la famille et la présence d'un correspondant d'entrée de parcours comme soutien familial ;
 - La tenue de réunion pluriprofessionnelle rémunérée (RCP) ;
 - La mise en œuvre des outils d'aide au dépistage et diagnostic (référentiel HAS).

En synthèse :

Points forts

Le projet a permis :

- L'organisation d'une offre graduée opérationnelle dans les 13 départements de l'Occitanie en s'adaptant à leurs caractéristiques par la mobilisation de tous les secteurs d'activité, conduisant à réduire les délais d'accès ;

- Le diagnostic consolidé et le projet thérapeutique à mettre en place au regard des besoins de l'enfant et de sa famille grâce à une collaboration pluriprofessionnelle favorisée par les RCP ;
- L'accessibilité financière aux soins dont le programme d'entraînement aux habiletés parentales Barkley ;
- Une diminution du fardeau des familles objectivée dans le rapport final due probablement à l'accompagnement par le correspondant d'entrée de parcours, une meilleure compréhension des difficultés grâce à un diagnostic posé rapidement et des parcours qui gagnent en clarté pour les familles, comme souligné par l'évaluation.

Points de progression

L'entrée de parcours et la coordination au regard de la montée en charge des médecins de niveau 1 devraient être renforcées ainsi que les prises en charge notamment en psychologie. Une plus grande souplesse dans la prescription des séances de soins permettrait de mieux répondre aux besoins des enfants et d'adapter le nombre de séances en fonction de l'âge et des besoins individuels.

Les relations avec l'école doivent être consolidées pour améliorer le repérage des enfants TSA/TDAH et la mise en place effective des aménagements scolaires. Enfin, les relations avec les MDPH doivent être fluidifiées pour faciliter les parcours des enfants.

Lorsque l'enfant a bénéficié d'un renouvellement de son plan de soins, un temps de clôture et de réorientation éventuelle devrait être prévu à l'issue des soins.

Recommandation du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé pour la suite à donner à l'expérimentation

Les résultats de l'évaluation montrent que le modèle de prise en charge mis en place pendant l'expérimentation est opérationnel et s'est adapté aux spécificités de chaque territoire. Il s'adresse au trouble neurodéveloppemental (« les dys »/TDAH) le plus fréquent dans la population d'âge scolaire. Il répond aux attentes des familles en diminuant leur fardeau (diminution du score moyen mini Zarit de 0,72) et en diminuant les délais d'accès à un diagnostic (temps médian de 66 jours pour le niveau 1 et temps médian pour le niveau 2 de 114 jours) par rapport au droit commun. Le dispositif améliore l'accès aux soins des enfants par la solvabilisation des soins et la simplification du parcours liée à l'existence d'un correspondant de parcours.

Les professionnels libéraux ont largement adhéré au dispositif soulignant l'intérêt de la RCP et de la meilleure coordination du parcours.

Le taux de couverture des besoins (bénéficiaires) est quasi à l'échelle de la région en fin d'expérimentation.

Les leviers de l'expérimentation ont été identifiés et doivent être pris en compte pour assurer une reproductibilité des résultats à savoir la manière de mettre en place une organisation structurée à trois niveaux avec la mise en place du niveau 2 avant le niveau 1 (le niveau 3 étant préexistant) et la formation massive des médecins de niveau 1, l'embarquement des professionnels, la coordination des acteurs (RCP, système d'information ...), la simplification du parcours grâce au correspondant de parcours et à son accès direct par les familles.

Le droit commun a largement évolué depuis le démarrage de l'expérimentation et ses enseignements doivent pouvoir l'enrichir. L'approche des plateformes de coordination et d'orientation 7-12 ans et celle de TSLA sont perçues comme complémentaires. Ainsi, les facteurs clés de succès de TSLA enrichiront le fonctionnement des PCO 7-12 ans. L'intérêt des temps de consultation longue en présentiel avec l'enfant et la famille aux différentes étapes du parcours a été établi et a été permis par l'existence du forfait de suivi médical. L'intervention des médecins de niveau 1 pour traiter les troubles simples (symptomatologie simple et diagnostic de troubles des apprentissages avéré et clair quant à la spécificité des troubles observés) et mieux orienter les troubles complexes est un facteur de meilleure allocation des ressources et d'accès plus rapide à des soins précoces. Le financement d'une réunion de concertation pluridisciplinaire a été plébiscité par les professionnels pour affiner le diagnostic et le plan de soins de l'enfant mais aussi pour l'enrichissement des pratiques. La mise en place d'un correspondant de parcours est un élément clé du parcours. Enfin, les financements de soins spécifiques comme le programme d'habiletés parentales ou le bilan mémoire représentent des améliorations dans la prise en charge globale des troubles.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique de l'innovation en santé émet un avis favorable à la généralisation de l'expérimentation et recommande d'intégrer le parcours dans les dispositifs d'orientation et de gradation de droit commun existants (PCO 7-12 ans) avec des points d'attention sur le portage, la tranche d'âge, le modèle économique et la capacité de l'ensemble à accueillir et orienter les enfants, quel que soit le trouble du neurodéveloppement : autisme, troubles dys, TDAH, TDI.

Au total, 4 avis favorables reprenant les recommandations du CTIS ont été émis sur les 5 avis exprimés (voir en annexe), les conclusions du comité technique sont par ailleurs suivies par tous les autres membres du conseil stratégique de l'innovation en santé. Ce dernier émet en conséquence un avis favorable à la généralisation de l'expérimentation « TSLA » avec les recommandations énoncées ci-dessus.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale

Annexe

Position de France Assos Santé

Nous constatons une mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé avec une structuration à 3 niveaux.

Les objectifs sont à valider à plus de 80%.

L'expérimentation a permis de mettre œuvre un accès gradué aux soins dans 13 départements en Occitanie.

Nous retenons l'amélioration de la qualité de vie des parents ainsi que des jeunes patients.

Avis très favorable

Position de la HAS

L'expérimentation TSLA, portée par l'association Occitadys, a permis d'organiser efficacement un parcours de soins complexe à mettre en œuvre. Elle s'est fidèlement appuyée sur les préconisations de la HAS concernant le parcours de soins des enfants avec TSLA, et l'usage d'un outil de coordination numérique (PPCS). Cette expérimentation constitue donc un retour d'expérience intéressant, en particulier concernant la faisabilité de la mise en œuvre des productions sur les parcours de soins/santé.

En conséquence, la HAS donne un *avis favorable* à la généralisation de ce projet.

Position de la MSA

Avis favorable pour l'intégration de cette expérimentation dans le droit commun, en appuyant sur l'importance de fluidifier les liens entre les secteurs médical, médico-social et social dans la prise en charge des enfants avec un trouble du neurodéveloppement

Position de la Mutualité Française

Nous avons pris connaissance avec un vif intérêt du rapport d'évaluation. L'enjeu d'une détection et d'une prise en charge précoce et pluriprofessionnelle des troubles du langage et des apprentissages est majeur dans le développement de la jeune génération. La Mutualité Française attire néanmoins l'attention sur la nécessité de s'appuyer sur une structure de coordination telle que portée par l'article 46 de la LFSS pour 2024 pour faciliter à la fois la prise en charge et la coordination des acteurs mais aussi les flux de facturation.

Avis favorable

Position UNPS

Connaissance prise du projet d'avis cité en objet et après consultation des syndicats représentatifs des professionnels concernés, l'UNPS émet un *avis défavorable* à la généralisation de l'expérimentation TSLA portée par l'association Occitadys.

En effet, plusieurs points posent difficulté pour la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO) :

- Le manque de reconnaissance du diagnostic orthophonique : le protocole n'évoque que les diagnostics médical et pluridisciplinaire dans le cadre des TSLA. Or, le diagnostic de trouble spécifique des apprentissages entre dans le champ d'expertise et de compétence des orthophonistes. Une grande majorité des enfants entrant dans

ce parcours TSLA ont déjà bénéficié d'un bilan orthophonique (78%), ce qui implique la plupart du temps l'établissement d'un diagnostic orthophonique, ils sont pourtant présentés comme « sans diagnostic ».

- La différence de tarif entre les bilans des professionnels non conventionnés et des professionnels conventionnés : les psychologues ont le même niveau universitaire que les orthophonistes et pourtant le tarif du bilan psychologique ou neuropsychologique est de 250€ contre 85€ pour les bilans orthophoniques.
- La trop faible rémunération pour la participation à des réunions : elle est de 15 € par réunion pour les paramédicaux si le patient est en niveau 2 et aucune rémunération n'est prévue pour le niveau 1. L'importance du travail pluridisciplinaire pour la qualité des soins au bénéfice du patient nécessite une valorisation financière correcte de ce temps afin que chaque professionnel puisse s'y consacrer sans perte de revenu.

D'autres points semblent également poser question :

- La pertinence d'un tel dispositif en parallèle du dispositif PCO 6-12 déjà existant et très proche dans les objectifs et les moyens mis en œuvre.
- La signature de partenariat avec des orthophonistes qui « accordent une priorité » aux patients du parcours TSLA ; cela induit une discrimination des patients qui ne sont pas dans ce parcours et un accès aux soins orthophoniques non égalitaire.
- La première orientation (vers le niveau 1 ou 2) effectuée par un « correspondant d'entrée dans le parcours », qui n'est pas un professionnel de santé.

Le Syndicat National des Orthoptistes (SNAO) souligne les points suivants :

- Il est nécessaire d'établir des priorités. Tous les rééducateurs sont considérés sur un même plan, sans distinction de niveau, ce qui pose problème.
- Il est suggéré d'accentuer l'importance de dépister les troubles sensoriels en amont, qui est un pré-requis à la mise en place des autres prises en charge. Cela est particulièrement pertinent pour les cas modérés de TSLA et TDAH, et non pour les troubles neurodéveloppementaux plus graves. Cette approche a été unanimement approuvée par les professionnels de santé lors des assises de la pédiatrie. Il a été observé que lorsqu'un patient bénéficie de deux prises en charge simultanées, il était alors classé au niveau 2, suggérant que le degré de coordination nécessaire détermine le niveau de gravité.
- Il semble également qu'il y ait eu un oubli concernant l'intégration de l'école au niveau 1.
- Il est regrettable qu'un seul orthoptiste n'ait été consulté, ce qui ne reflète pas fidèlement l'ensemble de la profession. D'autant plus que le pôle scientifique de l'orthoptie est situé en Occitanie, ce qui aurait pu enrichir la consultation.

Avis défavorable