



INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES PERIODE TRANSITOIRE POST EXPERIMENTATION

Parcours « Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages » TSLA Occitanie

NOM DU(DES) PORTEUR(S)^o et son statut juridique : *Association Occitadys, représentée par son président*

PERSONNE CONTACT : *Dr Thiébaud-Noël Willig, pédiatre libéral, président Occitadys, tn.willig1@orange.fr, 06 84 19 63 58*

Résumé du projet :

Le dispositif TSLA s'adresse aux enfants de 6 à 15 ans présentant un trouble spécifique du développement et des apprentissages, selon les classifications internationales DSM cinq et/ou CIM 10/11. Il met en œuvre le parcours de santé « Troubles spécifiques du langage et des apprentissages », tel que publié en 2018 par la HAS qui définit les niveaux d'organisation des soins en premier et en second recours, avec l'expérimentation d'un mode de financement permettant à toutes les familles d'y accéder. Il repose sur une organisation de maillage territorial graduée, coordonnée afin de :

- Favoriser le repérage précoce des enfants de 6 à 15 ans présentant un trouble spécifique du langage et des apprentissages en permettant aux familles d'accéder simplement au bon niveau d'expertise grâce à des correspondants d'entrée de parcours : premier/second recours ;
- Réduire les inégalités sociales, territoriales et financières d'accès aux diagnostics et aux soins de ces enfants en donnant accès partout dans la région aux bilans pluridisciplinaires pour le diagnostic des troubles complexes (environ 3 100 enfants par an), ainsi que pour les troubles simples et les soins rééducatifs non pris en charge par l'assurance maladie.
- Renforcer la réussite scolaire des enfants avec TSLA ;
- Contribuer à la mise en place d'une stratégie organisationnelle intégrée, basée sur la logique de parcours et la continuité des aides et des soins : le bon professionnel, la bonne structure, au bon endroit, au bon moment.

Compte tenu des résultats de l'évaluation de l'expérimentation soulignant la simplification du parcours de soin pour les familles et la qualité du maillage territorial s'arrimant aux différentes modalités de l'offre pour répondre aux besoins créant un réseau solide et bien connecté entre les différentes structures et professionnels de santé impliqués qui permet de garantir une couverture étendue sur toute la région, de faciliter la coordination des soins entre tous les acteurs, et d'assurer une accessibilité optimale aux services pour les enfants et les familles, le comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et le conseil stratégique se sont prononcés favorablement à son passage dans le droit commun. A la suite de cet avis le projet (ici présenté) permet une prise en charge transitoire d'une durée de 18 mois, c'est-à-dire jusqu'au 5 septembre 2025 au plus tard.

Le projet de prise en charge transitoire concerne le même territoire de santé que dans le cadre de l'expérimentation, à savoir la région Occitanie.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	

GLOSSAIRE

ARS	Agence régionale de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
COFIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
ESMS	Etablissements et services médico-sociaux
PCO	Plateforme de coordination et d'orientation
MDPH	Maison départementale pour les personnes handicapées
FECOP	Fédération de l'exercice coordonné pluri professionnel en soins primaires

Table des matières

I	Porteurs et partenaires concernés.....	4
II	Résultats de l'expérimentation et avis du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé.....	4
III	Description de l'innovation faisant l'objet de la période transitoire	8
III.1	Objet de l'innovation en santé.....	8
III.2	Population cible et effectifs.....	8
III.2.a	Critères d'inclusion.....	8
III.2.b	Effectifs cibles (source porteur)	8
III.3	Organisation de la prise en charge / Parcours du patient.....	9
III.4	Terrain de maintien en conditions opérationnelles.....	10
III.5	Durée de la période transitoire	10
III.6	Pilotage, gouvernance et suivi de la période transitoire	10
IV	Financement de l'innovation en santé.....	10
IV.1.a	Estimation du besoin en crédits d'ingénierie (CI)	10
IV.1.b	Estimation du besoin de financement au titre des prestations dérogatoires.....	10
IV.1.c	Besoin de financement total de financement.....	11
V	Dérogations nécessaires pour la période transitoire de l'innovation.....	11
VI	Liens d'intérêts	12
VII	Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires.....	13

I PORTEURS ET PARTENAIRES CONCERNES

Porteur du projet : Association Occitadys

Partenaires concernés :

- Des financeurs et autorités de tutelle : ARS Occitanie ;
- Des établissements de santé, des ESMS,
- GIP e-santé Occitanie ;
- URPS Médecins et Orthophonistes ;
- Education nationale (Académies de Toulouse et Montpellier) ;
- Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ;
- Associations de familles d'enfants avec TSLA (FFDYS, APEDYS, DFD 31, DMF 34, AAD) ;
- Plateformes de coordination et d'orientation précoce autour des troubles du neurodéveloppement (PCO – TND) ;
- Réseau de périnatalité Occitanie ;
- Fédération de l'exercice coordonné pluri professionnel en soins primaires (FECOP)

II RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION ET AVIS DU COMITE TECHNIQUE ET DU CONSEIL STRATEGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTE

L'expérimentation a montré la capacité du dispositif « TSLA » à inclure de manière adaptée les personnes éligibles, à coordonner la prise en charge des patients et à mailler l'ensemble du territoire régional.

Principaux résultats d'évaluation

- **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 1245¹ 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

¹ Hors médecins de premier recours

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 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 années². 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.

² **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>

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 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 TSLA, 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 ressentaient 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 TSLA/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 TSLA/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 atteint 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.

III DESCRIPTION DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE

III.1 OBJET DE L'INNOVATION EN SANTE

Formaliser un modèle organisationnel reproductible et un modèle économique adapté permettant de pérenniser le fonctionnement et l'organisation du parcours TSLA sur la base de son expérimentation en articulation avec les PCO 7/12 ans.

III.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

III.2.a Critères d'inclusion

Le dispositif s'adresse aux enfants de 6 à 15 ans présentant un trouble spécifique du développement et des apprentissages, 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.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont définis :

- a. **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 sont inclus dans le cadre d'un relais avec les plateformes PCO-TND.
- b. **Critères d'exclusion** : Enfants relevant d'un dispositif médico-social et hors champ des TSLA.

III.2.b Effectifs cibles (source porteur)

La file active des patients inclus en fin d'expérimentation est de 8 124 patients distincts (au 5 janvier 2024, source facturation).

Il est proposé de permettre la prise en charge de nouvelles inclusions sur 18 mois de 8 100 enfants. Afin d'éviter les ruptures de parcours, compte tenu de la durée de prise en charge, il est également proposé de poursuivre les parcours engagés et non terminés des enfants de l'expérimentation.

III.3 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / PARCOURS DU PATIENT

Le dispositif repose sur la prise en charge coordonnée d'un enfant présentant des troubles des apprentissages. La famille ou un professionnel de santé contacte directement le correspondant d'entrée de parcours de son territoire.

Le correspondant d'entrée de parcours formé à l'accueil, l'information et l'orientation des familles et à la coordination des parcours diagnostics complexes oriente, en s'appuyant sur des outils d'entrée de parcours³, l'enfant et la famille vers :

- Un médecin de ville de niveau 1, ou
- Un centre de second recours pluridisciplinaire de niveau 2, ou
- D'autres dispositifs de prise en charge selon les besoins estimés (suspicion de troubles affectifs, ou suspicion autisme etc.)

Selon l'orientation, deux parcours sont proposés :

- Un **parcours de niveau 1 – 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). 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. Ils peuvent également repérer des enfants de leur patientèle.
- Un **parcours de niveau 2 – 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. Dans ces cas, le correspondant de parcours oriente vers un médecin de niveau 2. Ce médecin reçoit 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 réoriente 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. Une transversalité avec d'autres parcours de l'enfant est proposée le cas échéant (ex. : obésité...).

³ **Les outils de l'entrée de parcours** : grille d'entretien, questionnaire parental, questionnaire enseignant, questionnaire médical

III.4 TERRAIN DE MAINTIEN EN CONDITIONS OPERATIONNELLES

Maintien de la couverture territoriale régionale (Occitanie).

III.5 DUREE DE LA PERIODE TRANSITOIRE

18 mois soit jusqu'au 5 septembre 2025 inclus.

III.6 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA PERIODE TRANSITOIRE

La gouvernance et le pilotage du dispositif sont assurés par :

- Un COPIL stratégique régional constitué avec les représentants régionaux et départementaux des différents partenaires : ARS, Assurance Maladie, URPS, PCO....

IV FINANCEMENT DE L'INNOVATION EN SANTE

Le financement reprend le principe du modèle économique du cahier des charges de l'expérimentation publié le 9 juillet 2020 et maintenu dans l'arrêté du 21 décembre 2023 publié le 23 décembre 2023, à savoir forfaits de bilans, de soins rééducatifs, d'accompagnement psychologique, de suivi médical et de coordination. Le coût moyen de parcours des enfants inclus entre mars 2021 et la fin d'expérimentation a été ajusté pour prendre en compte le coût moyen observé sur les premiers enfants inclus et la durée réelle des parcours. Les enfants dont les parcours n'ont pas pu se terminer durant l'expérimentation sont intégrés à la période transitoire.

IV.1.a Estimation du besoin en crédits d'ingénierie (CI)

Le FIR est sollicité à hauteur de 360 000€ pour 18 mois pour l'ingénierie de projet dont notamment la finalisation du déploiement du premier recours et le suivi de la facturation. Il finance des rémunérations (chef de projet, assistante au chef de projet, 2 personnes support aux correspondants d'entrée de parcours et au pilotage de projet, communication) pour 319 500€ et des frais de fonctionnement pour 40 500€.

IV.1.b Estimation du besoin de financement au titre des prestations dérogatoires

Forfaits	Montant
Forfait de suivi médical de niveau 2 (situation complexe) déclinable en 2 forfaits	420 €
Forfait diagnostic évaluation second recours (évaluation d'une heure environ, réalisable en 2 temps) + temps de restitution à la famille (30 minutes)	300 €
Forfait médical post-rééducation (1 heure)	120 €
Bilan psychomotricité/ergothérapie	150 €
Bilan d'efficience 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 de Barkley (10 séances collectives)	450 €
Forfait coordination pour enfant de niveau 2 <i>Inclut le financement de la RCP Basé sur la présence de 3 à 4 professionnels paramédicaux ou psychologue, un médecin spécialisé (15/15/15/(15/2))/30 €), 20 minutes et élaboration du plan de soins, du support administratif (3h par enfant), du correspondant d'entrée de parcours, du système d'information et des frais généraux</i>	250 €

IV.1.c Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'innovation Parcours TSLA sur l'ensemble de sa durée (18 mois) représente un montant total de 12 541 526€. Ce montant est le maximum autorisé si tout ce qui est prévu dans le cahier de charges est réalisé.

Ce montant fera l'objet d'une convention avec la CNAM pour les modalités de facturation et de versement. Il se répartit en :

- Des financements forfaitaires FISS, pour un montant maximum de 12 061 526 € intégrant également le financement des fins de parcours expérimentaux et le coût moyen de parcours ajusté au regard des parcours réalisés de l'ensemble des enfants de l'expérimentation ;
- Un financement d'ingénierie FISS par une dotation de 120 000€ lié à la gestion de reversement des prestations dérogatoires par Occitadys;
- Un financement FIR de 360 000€.

Synthèse du besoin de financement (période 6 mars 2024 au 5 septembre 2025) :

BESOIN FINANCEMENT	18 mois		
Nb total d'enfants inclus pendant la période transitoire	8 100		
	2024	2025	Total
Nb d'enfants inclus pendant la période transitoire	4 500	3 600	8 100
prestations dérogatoires (FISS)	3 206 250 €	4 671 000 €	7 877 250 €
prestations dérogatoires liées aux fins de parcours expérimentaux	878 499 €	3 305 777 €	4 184 276 €
Total prestations dérogatoires (FISS)	4 084 749 €	7 976 777 €	12 061 526 €
Crédits d'ingénierie (FISS)	40 639 €	79 361 €	120 000 €
Total Prestations dérogatoires et ingénierie (FISS)	4 125 388 €	8 056 138 €	12 181 526 €
crédits d'ingénierie (FIR)	200 000 €	160 000 €	360 000 €
Total financement (FISS + FIR)	4 325 388 €	8 216 138 €	12 541 526 €

V DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA PERIODE TRANSITOIRE DE L'INNOVATION

L'innovation nécessite de déroger 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°, 2°, 5° et 6° 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.



VI LIENS D'INTERETS

Pas de lien d'intérêt.

ANNEXE 1 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut - Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone
Porteur	Association Occitadys 24 impasse de la Flambère 31300 Toulouse	Dr Thiébaud-Noël Willig président Occitadys tn.willig1@orange.fr 06 84 19 63 58
Partenaires	APEDYS Midi-Pyrénées 26 rue du Val d'Aran 31170 Tournefeuille Mail : contact@apedysmidip.fr Tél. 06 64 27 47 72 apedysmidip.fr	Michèle Charnay présidente apedysmidipyrenees@orange.fr
	DFD 31	Alain Demange, président dfd31@dyspraxies.fr
	AAD	CAUBERE Michelle Michelle.CAUBERE@mairie-toulouse.fr
	URPS orthophonistes	Aurélie Iché, présidente presidence@urps-orthophonistes-occitanie.org
	URPS médecins	Jonathan PLANTROU Directeur Délégué URPS Médecins Libéraux d'Occitanie jplantrou@urpslrmp.org
	Education nationale (académie Toulouse)	Alexandra Arnaud, médecin conseiller du recteur de Toulouse Alexandra.Arnaud1@ac-toulouse.fr
	Education nationale (académie Montpellier)	Fabienne Marion, médecin conseiller de la rectrice de Montpellier Fabienne.Marion@ac-montpellier.fr
	GIP e-santé	Gwënola Verrier Chargée de mission gwenola.verrier@esante-occitanie.fr
	MDPH	
	PCO 7-12	Tarn : Mme LACOUT Camille (codirection avec Dr Maffre) lacoutc@bonsauveuralby.fr Pyrénées-Orientales (portée par l'ADPEP 66) : pas encore de référent
	RPO	Sylvaine COUTEAU - Responsable administrative, finances, RH s.couteau@perinatalite-occitanie.fr
	FECOP	Chloé Sinotte c.sinotte@fecop.fr