

ACCOMPAGNEMENT À LA STRUCTURATION D'UN PLAN D'ACTION POUR LE REPÉRAGE, LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN SOIN DES TSLA

Plan d'action - Normandie Orientale



Rouen, le 16 septembre 2016



Ordre du jour

Introduction

9h30 – 9h45

Contexte, méthodologie et synthèse du diagnostic

9h45 – 10h15

Présentation du Plan d'Action

10h15-11h30

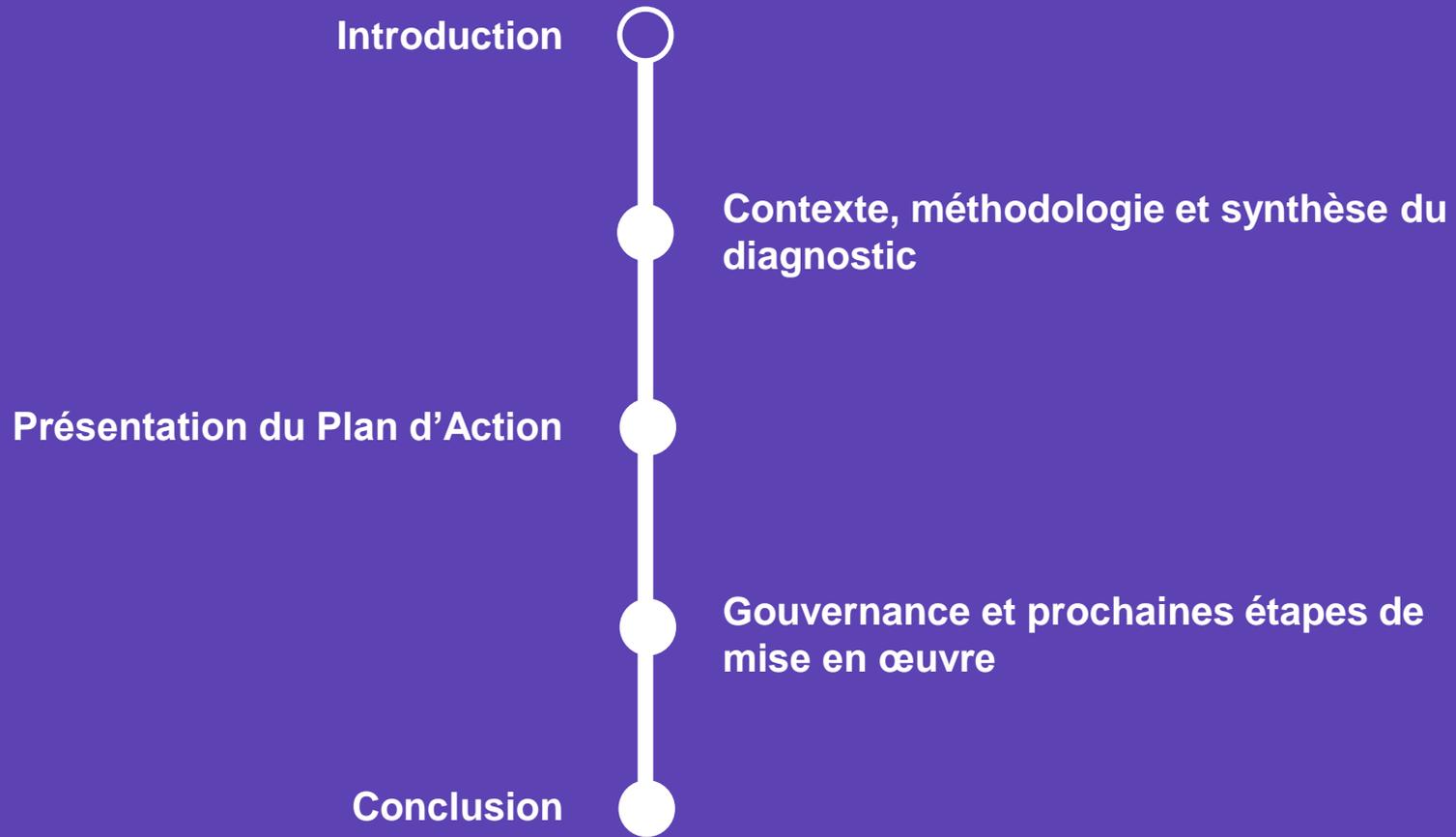
Gouvernance et prochaines étapes de mise en œuvre

11h30 -11h45

Conclusion

11h45-12h





Introduction



Contexte, méthodologie et synthèse du diagnostic



Contexte et objectif de l'étude

En 2015, l'ARS Haute-Normandie a sollicité le cabinet ALCIMED afin de **réaliser une étude des besoins organisationnels** en termes de repérage, de diagnostic, de prise en soin et d'accompagnement précoce des personnes avec TSLA sur l'ensemble des territoires de santé de l'ex région Haute-Normandie en vue de **définir les modalités de coordination des professionnels autour du parcours**.

La première étape de cette étude a abouti à la réalisation d'un **diagnostic territorial faisant état des ressources, des pratiques et des difficultés rencontrées sur le territoire** pour la prise en charge des TSLA.

Ces premiers résultats ont nourri la construction du **présent plan d'action** qui résulte également d'un travail de concertation avec les acteurs du territoire (organisation de trois ateliers de travail les 19 et 20 avril 2016).

Il s'agit aujourd'hui de **lancer le plan d'action** à l'échelle de la Normandie Orientale.



Le plan d'action est construit pour **améliorer et fluidifier l'offre de services, à moyens constants**.

Méthodologie de l'étude



Moyens utilisés

- Une analyse des **documents fournis par l'ARS et par les établissements** du territoire (cahiers des charges, lettres de missions, SROMS, etc.) et des **données chiffrées territoriales et nationales** (taux d'équipement, indicateurs démographiques, etc.).
- La réalisation d'~**40 entretiens** individuels avec les principaux acteurs de terrain dans les 2 départements de l'Eure et de Seine Maritime (directeurs d'établissements SESSAD, CMPP, CAMSP, ARS, MDPH, médecins PMI, Education Nationale, associations de familles, CRTA et antennes, professionnels libéraux, réseaux de santé).
- La réalisation de **3 ateliers de travail** avec des représentants des acteurs du territoire.
- L'organisation de temps d'échange réguliers avec l'équipe projet : Laurence LOCCA, Sandra LEFEVRE, Anne DELHAYE, Claire BAUDE, de l'ARS Normandie et le Dr Aude CHAROLLAIS, du CRTA de Rouen.

Calendrier du projet

13 novembre 2015

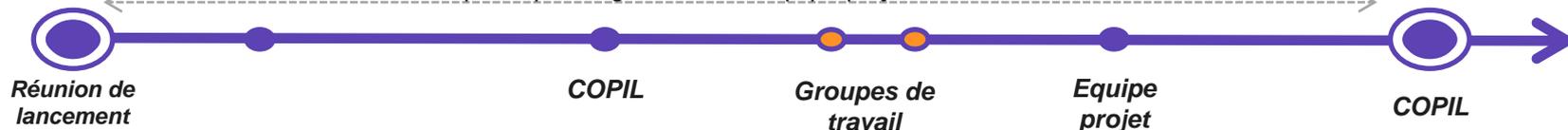
29 janvier 2016

19-20 avril 2016

Mai 2016

16 septembre 2016

Points téléphoniques réguliers avec l'équipe projet



Réunion de
lancement

COPIL

Groupes de
travail

Equipe
projet

COPIL

Lancement du
projet

Phase 1
Diagnostic territorial

Phase 2
Définition d'un plan d'actions
régional concerté

Phase 3
Lancement régional du
plan d'actions

- A. Préparation du lancement avec l'équipe projet ARS
- B. Présentation du projet au COPIL

- A. Etat des lieux des ressources et des pratiques professionnelles pour la prise en soin des TSLA
- B. Etat des lieux des pratiques partenariales actuelles

- A. Analyse critique de l'organisation du repérage, diagnostic et prise en soin actuel et définition de pistes d'amélioration par territoire
- B. Rédaction d'un plan d'actions régional concerté pour optimiser l'organisation territoriale autour des TSLA
- C. Présentation du plan d'actions auprès des intervenants actuels et futurs

- A. Présentation du plan d'actions auprès des intervenants actuels et futurs
- B. Mise en mouvement régionale

Synthèse du diagnostic (1/2)

Principaux freins à la fluidité des parcours TSLA identifiés sur le territoire de Normandie orientale

Importants déficits dans l'offre de soins et d'accompagnement qui peuvent entraîner le découragement des familles et des ruptures de parcours

NB : Le déficit concerne tant les orthophonistes libéraux, les médecins scolaires, les pédiatres exerçant en libéral, que les pédopsychiatres installés en libéral.



Blocages dans la mise en œuvre du repérage et du diagnostic des troubles liés au déficit de l'offre; aux défauts de formation de certains professionnels et au refus de certains établissements de réaliser les diagnostics systématiques

Freins administratifs, organisationnels et financiers qui rallongent les délais d'attente dans les parcours ou limitent les prises en charge et/ou les initiatives de structuration de l'offre

Manque d'interconnaissance et d'échange interprofessionnel qui freine les acteurs dans la coordination complémentaire de leurs interventions



Pour faire face à ces difficultés, **de nombreuses initiatives locales ont vu le jour sur le territoire de Normandie orientale.**

- Renforcement des formations des acteurs de première et deuxième ligne;
- Structuration des acteurs de première ligne;
- Amélioration des échanges interprofessionnels.

Synthèse du diagnostic (2/2)

Face à ces constats, il est apparu nécessaire de travailler à l'échelle de la Normandie Orientale et/ou à l'échelle de chaque territoire de santé en priorité à :

Travailler sur les leviers
administratifs et organisationnels

Approfondir les réflexions sur
l'offre de soins

1

2

Approfondir la **connaissance mutuelle** et les **outils de partages interprofessionnels**

3

Travailler la **fluidification du repérage et du diagnostic** des troubles le plus **précocement**

4

Articulation avec l'existant

SROS

Les orientations du plan d'action s'articulent avec celles établies dans le **SROS 2014-2017**, rédigé par l'ARS Haute-Normandie, notamment en ce qui concerne l'accès au soins de premiers recours.

La nécessité de maintenir et de favoriser l'installation des professionnels de santé libéraux sur le territoire haut-normand est une priorité de ces orientations.

Plusieurs leviers ont été identifiés :

- *la formation initiale ;*
- *la création de maisons et pôles de santé ;*
- *des mesures incitatives financières mises en œuvre dans les conventions liant l'assurance maladie avec les professionnels de santé libéraux ;*
- *le contrat d'engagement de service public (CESP) ;*
- *l'Indemnité régionale de déplacement et de logement ;*
- *la plateforme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) ;*
- *l'application C@rtoSantéPRO.*

Introduction



Contexte, objectif et méthodologie



Présentation du Plan d'Action



Structuration du plan d'action



Synthèse générale des actions

Volet 1 : Offre et coordination institutionnelle

Action 1.1 : Faciliter l'implantation des diplômés en orthophonie

Action 1.2 : S'articuler avec l'Assurance Maladie afin de permettre une prise en charge adaptée des enfants souffrant de TSLA

Action 1.3 : Réfléchir aux possibilités de faire évoluer les activités du réseau ESOPE

Volet 2 : Culture commune et compréhension partagée des TSLA

Action 2.1 : Partager des définitions communes et s'accorder sur leur contenu

Action 2.2 : Partager la plus-value des outils de dépistage et de diagnostic utilisés

Action 2.3 : Déterminer précisément les compétences et missions de chaque structure d'accompagnement du parcours autour d'un schéma de fonctionnement idéal

Volet 3 : Subsidiarité et coresponsabilité des acteurs sur les territoires/parcours

Action 3.1 : S'appuyer sur les services de PMI pour améliorer le repérage et le dépistage précoce

Action 3.2 : Renforcer le dépistage en milieu scolaire en travaillant avec les médecins généralistes des maisons de santé pluridisciplinaires

Action 3.3 : Coresponsabilité des acteurs de deuxième ligne

Action 3.4 : Préciser le rôle du CRTA

Action 3.5 : Définir les modalités d'accompagnement des intervenants de première et deuxième ligne par le CRTA

Action 3.6 : Constitution des dossiers MDPH

Action 3.7 : Fluidification des échanges professionnels pour aboutir à la mise en œuvre des PAP

Action 3.8 : Renforcer le travail commun entre Pédiatrie et Psychiatrie

Structuration du Volet 1

REPERAGE
DIAGNOSTIC
PRISE EN
CHARGE
DES TSLA

Volet 1 : Offre et coordination institutionnelle

Echelle
globale

Piloté par
l'ARS

1

ENJEU 1 : Mener une politique d'attractivité vis-à-vis des professionnels

2

ENJEU 2 : Lever les freins administratifs aux prises en charge

3

ENJEU 3 : Repenser les réseaux de santé au sein de l'offre territoriale

REPERAGE DIAGNOSTIC PRISE EN CHARGE DES TSLA

Le déficit important pour certaines catégories de professionnels (orthophonistes, pédiatres, pédopsychiatres, etc.) en Normandie Orientale est un frein majeur à la fluidité des parcours d'enfants souffrant de TSLA. Le manque de praticiens impacte tant la réalisation de bilans nécessaires au diagnostic que la prise en charge et la rééducation des enfants une fois le diagnostic établi.

Il est donc nécessaire de mener une politique d'attractivité sur le territoire vis-à-vis de ces professionnels, dans une logique de fidélisation, en visant à court terme les orthophonistes.

Volet 1 : Offre et coordination institutionnelle

1

ENJEU 1 : Mener une politique d'attractivité vis-à-vis des professionnels

Action 1.1 : Faciliter l'implantation des diplômés en orthophonie sur le territoire

FICHE ACTION 1.1

Action 1.1 : Faciliter l'implantation des diplômés en orthophonie sur le territoire

Principe : Inciter les diplômés en orthophonie à s'installer sur le territoire et notamment en zone déficitaire

Porteurs : ARS (DOS et DAP avec appui POOMS), URPS Orthophonistes

Acteurs : Centres de formation en orthophonie, Région, Conseils Départementaux.

Echéancier

Sept – Déc
2016

Etapes de mise en œuvre :

- Mieux communiquer sur les possibilités d'aide à l'installation en libéral possibles pour les diplômés en orthophonie (aides financières pour l'installation en zone déficitaire, guichet unique d'installation)
- Mettre en place un groupe de travail entre l'ARS (DOS, DAP avec appui du POOMS), l'URPS Orthophonistes, les universités (responsables des écoles d'orthophonie) et la Région afin de définir une stratégie commune et les leviers possibles

Points d'attention :

- Mise en œuvre de l'action à deux ans (diplôme en septembre 2018 de la première promotion d'orthophonistes formée en 5 ans)
- Articulation avec les actions menées par l'ARS pour d'autres professionnels, dans le cadre des orientations du SROS notamment
- Action devant s'accompagner d'un travail partenarial entre le CHU, le CRTA et la pédopsychiatrie, pour valoriser la formation de Master 2 des orthophonistes et offrir des postes incluant une dimension recherche à même d'être attractifs pour les jeunes diplômés
- Si installation en MSP : élaboration d'un projet de santé en lien avec les TSLA et les ESMS
- Appui sur les contacts pris par ailleurs par l'ARS avec la Région sur d'autres thématiques

VOLET 1 – ENJEU 2

REPERAGE
DIAGNOSTIC
PRISE EN
CHARGE
DES TSLA

Des freins administratifs, au niveau local comme national, sont observés sur le territoire.

Volet 1 : Offre et coordination institutionnelle

2

ENJEU 2 : Lever les freins administratifs aux prises en charge

Action 1.2 : S'articuler avec l'Assurance Maladie afin de permettre une prise en charge adaptée

FICHE ACTION 1.2

Action 1.2 : S'articuler avec l'Assurance Maladie afin de permettre une prise en charge adaptée des enfants souffrant de TSLA

Principe : Travailler des leviers possibles avec l'Assurance Maladie

Porteur : ARS (Dir. Autonomie)

Echéancier

Sept 2016

Étapes de mise en œuvre :

- Organisation d'une réunion entre l'ARS et les CPAM du territoire pour faire remonter les difficultés rencontrées par les acteurs sur le territoire (en particulier pour les territoires où l'offre en orthophonistes, pédiatres et pédopsychiatres est la plus déficitaire) et identifier les leviers possibles
- Travaux à mener dans le cadre de la définition du PRS2

Points d'attention :

- Nécessité d'articuler l'action dans le cadre des discussions sur le PCPE , RAPT et les évolutions réglementaires attendues ; notamment l'instruction prévue au printemps 2017, qui prévoit un appel à candidature PCPE pour l'accès à des consultations hors nomenclature dans le cadre de l'accès à la compensation
- Différenciation à avoir entre les praticiens exerçant en libéral et les structures médico-sociales (les dossiers incomplets concernent les ESMS)
- Articulation avec les MPDH

REPERAGE DIAGNOSTIC PRISE EN CHARGE DES TSLA

Selon la DGOS, les réseaux de santé spécialisés sur une pathologie spécifique n'ont pas vocation à participer directement au service d'appui à la coordination et doivent évoluer par l'intégration dans un établissement de santé ou un centre de référence.

Volet 1 : Offre et coordination institutionnelle

3

ENJEU 3 : Repenser les réseaux de santé au sein de l'offre territoriale

Action 1.3 : Harmoniser le rôle et le statut des réseaux de santé spécialisés TSLA

FICHE ACTION 1.3

Action 1.3 : Harmoniser le rôle et le statut des réseaux de santé spécialisés TSLA

Principe : Harmoniser le rôle et le statut des réseaux de santé spécialisés TSLA à l'échelle du territoire.

Porteur : ARS (DOS)

Echéancier

Sept 2016

Déc. 2016

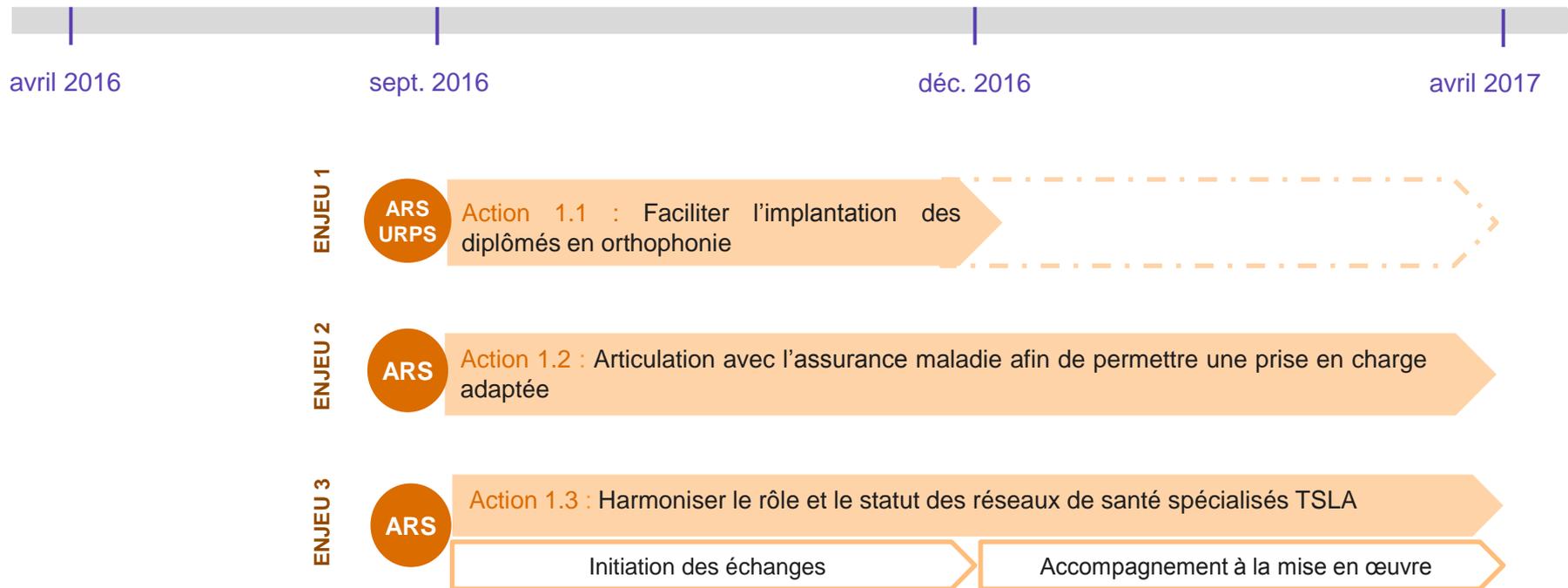
Etapes de mise en œuvre :

- Organiser une réunion avec l'ARS (DOS, le réseau ESOPE, le CRTA et ses antennes)
- Accompagnement au changement

Points d'attention :

- Coordination des antennes du CRTA nécessaire

Synthèse des actions et échéancier : VOLET 1



Structuration du Volet 2

REPERAGE
DIAGNOSTIC
PRISE EN
CHARGE
DES TSLA

Volet 2 : Culture commune et compréhension partagée des TSLA

Echelle
globale
et
déclinaison
locale

La coordination interprofessionnelle et entre les acteurs des différentes lignes de diagnostic est parfois rendue complexe par un manque de connaissance des pratiques, définitions et outils utilisés par chacun. Ce volet vise à ce que les différents intervenants du parcours puissent s'accorder et partager des définitions communes et échanger sur les outils utilisés.

Action 2.1 : Partager des définitions communes et s'accorder sur leur contenu

Action 2.2 : Partager la plus-value des outils de dépistage et d'évaluation utilisés

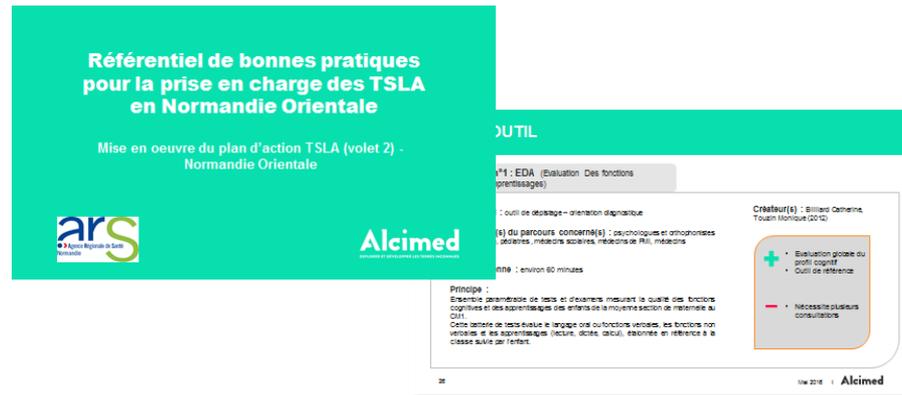
Action 2.3 : Déterminer précisément les compétences et missions de chaque structure d'accompagnement du parcours autour d'un schéma de fonctionnement idéal

Livrable du volet 2

REPERAGE
DIAGNOSTIC
PRISE EN
CHARGE
DES TSLA

Volet 2 : Culture commune et compréhension partagée des TSLA

Ces trois actions donnent lieu à un livrable commun : **un référentiel de bonnes pratiques** pour la prise en charge des TSLA, coordonné par le CRTA.



FICHE ACTION 2.1

Action 2.1 : Partager des définitions communes et s'accorder sur leur contenu

Principe : Faciliter les échanges interprofessionnels en partageant des définitions communes entre les acteurs

Porteurs : CRTA

Echéancier

Avril - Juin
2016

Déc 2016

Printemps
2017

Etapes de mise en œuvre :

- Etape 1 : Déterminer la liste des définitions à rédiger sous forme de fiches mémos. Organisation et coordination de la rédaction des fiches par le CRTA
- Etape 2 : Rédaction des fiches définition
- Etape 3 : Centralisation et formalisation du référentiel de bonnes pratiques par le CRTA
- Etape 4 : Diffusion de ces fiches à l'ensemble du territoire (site de l'ARS et du CRTA, plaquettes des établissements ou cabinets, etc.)

Points d'attention :

- Les définitions doivent être conformes aux orientations nationales
- Les rédacteurs seront les référents des fiches sur leur territoire, en charge de leur bonne diffusion et appropriation
- Articulation avec les recommandations à venir de la HAS

FICHE ACTION 2.1 : Etapes 1 et 2

Termes à définir	
1	Situation complexe
2	Situation simple
3	TSLA
4	Principe de subsidiarité
5	Coresponsabilité des intervenants
6	Repérage/dépistage/diagnostic
7	Secret partagé/ Secret professionnel
8	Coordination des interventions

Personnes inscrites au groupe de travail rédaction :

Baya Bellir, Psychiatre et médecin directeur, CMPP Henri Wallon Dieppe

Marie-Françoise Obstoy, Médecin directeur, SESSAD Beethoven

FICHE ACTION 2.2

Action 2.2 : Partager la plus-value des outils de dépistage et de d'évaluation utilisés pour les TSLA

Principe : Permettre aux acteurs de premières et deuxième ligne d'échanger sur la plus value des différents outils utilisés pour le dépistage et le diagnostic

Porteurs : CRTA

Echéancier

Avril - Juin
2016
Déc 2016
Printemps
2017



Etapes de mise en œuvre :

- Etape 1 : Définition de la liste des outils de dépistage et de diagnostic qui font chacun l'objet d'une fiche spécifique.
- Etape 2 : Rédaction des fiches outils. Organisation et coordination de la rédaction par le CRTA.
- Etape 3 : Centralisation et formalisation du référentiel de bonnes pratiques par le CRTA.
- Etape 4 : Diffusion de ces fiches à l'ensemble du territoire (site de l'ARS et du CRTA, plaquettes des établissements ou cabinets, etc.)

Points d'attention :

- Un partage de listes d'outils exhaustives n'est pas attendu pour cette action, une sélection des outils les plus utilisés est nécessaire avec indication du cadre d'utilisation et des points forts et points faibles des outils visés.
- Les rédacteurs seront les référents des fiches sur leur territoire, en charge de leur bonne diffusion et appropriation
- Coordination entre le CRTA et le travail en cours avec le Pr Bouloche et la MDPH sur un outil qui pourrait mesurer le degré du trouble/ le lien en termes de difficultés d'apprentissage
- Réussir à rendre lisible ces outils pour les équipes pédagogiques (prévoir des éléments d'adaptation pédagogique)

FICHE ACTION 2.2 : Etapes 1 et 2

Nom de l'outil de dépistage	
1	EDA
2	BS/EDS
3	DPL3
4	ERTL6
5	ERTL4
6	ODEDYS

Nom de l'outil d'évaluation linguistique	
1	Supplément BREV
2	NEEL
3	CLEA
4	EVALO
5	BAL

Nom de l'outil d'évaluation cognitive	
1	KABC
2	WISC
3	Exalange

Personnes inscrites au groupe de travail rédaction :

M. Christel Helloin, Orthophoniste (URPS)
 D. Conreaux, Directeur administratif et pédagogique, CMPP Sévigné (PEP 76)
 A. Buffière, Directeur médical, psychiatre, CMPP Sévigné (PEP 76)
 N. Bidaux, CPC ASH 1, Education Nationale
 S. Gouard Houilleux, Directrice du SESSAD Beethoven
 S. Radi, Pédiatre exerçant en libéral (76)

FICHE ACTION 2.3

Action 2.3 : Déterminer précisément les compétences et missions de chaque structure d'accompagnement du parcours autour d'un schéma de fonctionnement idéal

Principe : Clarifier le fonctionnement général du parcours, les missions de chacun et les modalités de passage d'une ligne à l'autre

Porteurs : CRTA, ARS

Echéancier

Avril - Juin
2016

Déc 2016

Printemps
2017

Etapes de mise en œuvre :

ETAPE 1 Cadrage global : Validation en présence de représentants des différentes lignes du territoire du fonctionnement général du parcours, du rôle et des missions de chaque intervenant. Rédaction, sur la base du diagnostic territorial, de fiches acteurs précisant les rôles et missions de chaque intervenant du parcours

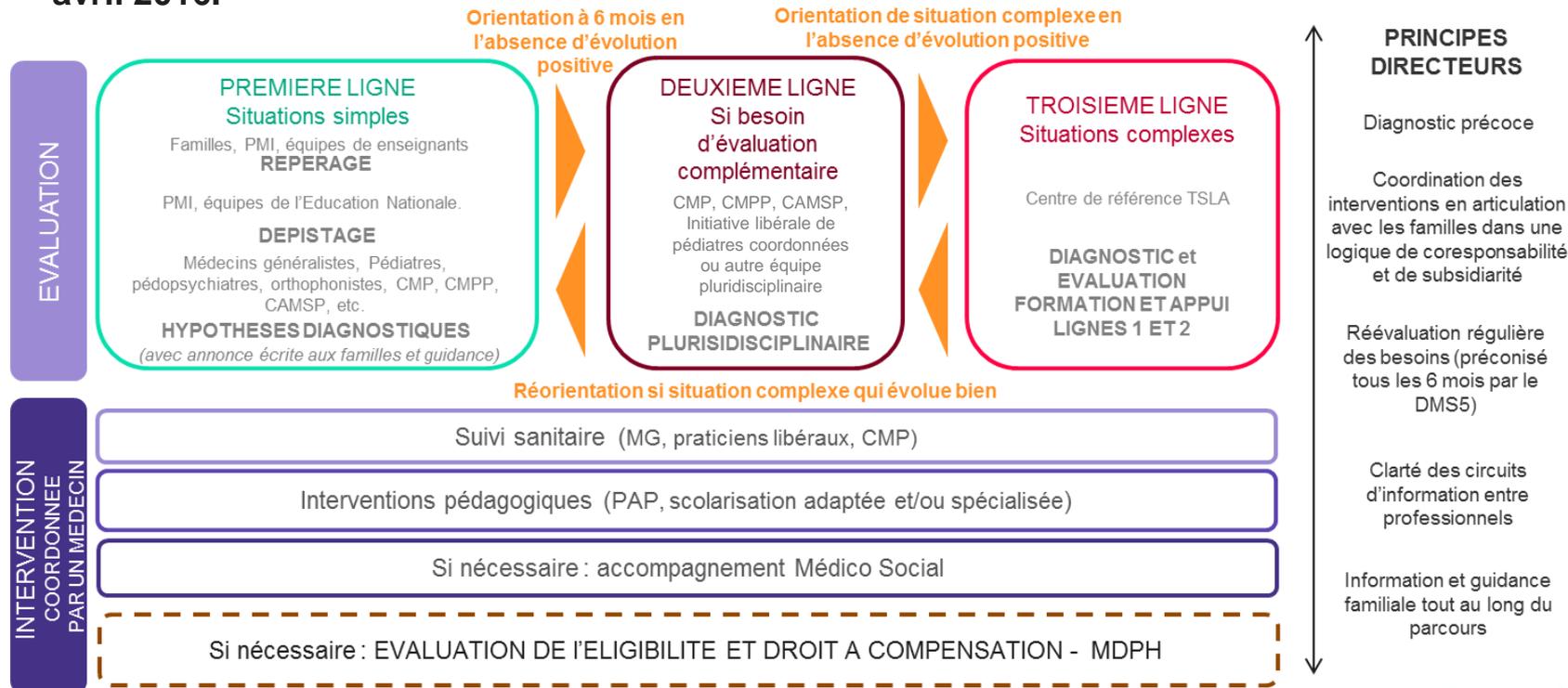
ETAPE 2 Déclinaison locale : Discussion sur les modalités d'application lors des réunions locales, adaptation des critères définis en fonction de l'offre et des acteurs en présence, adaptation des fiches acteurs au territoire (contacts, etc.)

Points d'attention :

- Conformité des déclinaisons locales par rapport au cadrage global
- Les rédacteurs seront les référents des fiches sur leur territoire, en charge de leur bonne diffusion et appropriation

FICHE ACTION 2.3: ETAPE 1

➔ **Schéma général du parcours TLSA (hors TDA/H) validé lors de l'atelier de travail du 20 avril 2016.**



FICHE ACTION 2.3: ETAPE 1

➔ Principes directeurs du fonctionnement des parcours TSLA.

Principes directeurs

Diagnostic précoce



Pour les TSLA, la réalisation d'un diagnostic le plus précoce possible est particulièrement importante pour le développement de l'enfant. Elle implique un travail particulier des équipes de première ligne (PMI, Education Nationale et praticiens libéraux).

Coordination des interventions dans une logique de coresponsabilité et de subsidiarité



Les intervenants du parcours doivent s'accorder sur une prise en charge par le niveau de proximité et de compétence le plus pertinent pour résoudre la problématique donnée, en assumant une responsabilité conjointe de l'ensemble des intervenants tout au long des étapes du parcours de vie.

Réévaluation régulière des besoins



Les besoins de l'enfant doivent être réévalués de manière régulière et concertée par les intervenants du parcours afin d'envisager une éventuelle modification de la prise en charge sur ses différentes dimensions (soin, pédagogie, éducatif).

Clarté des circuits d'information entre professionnels



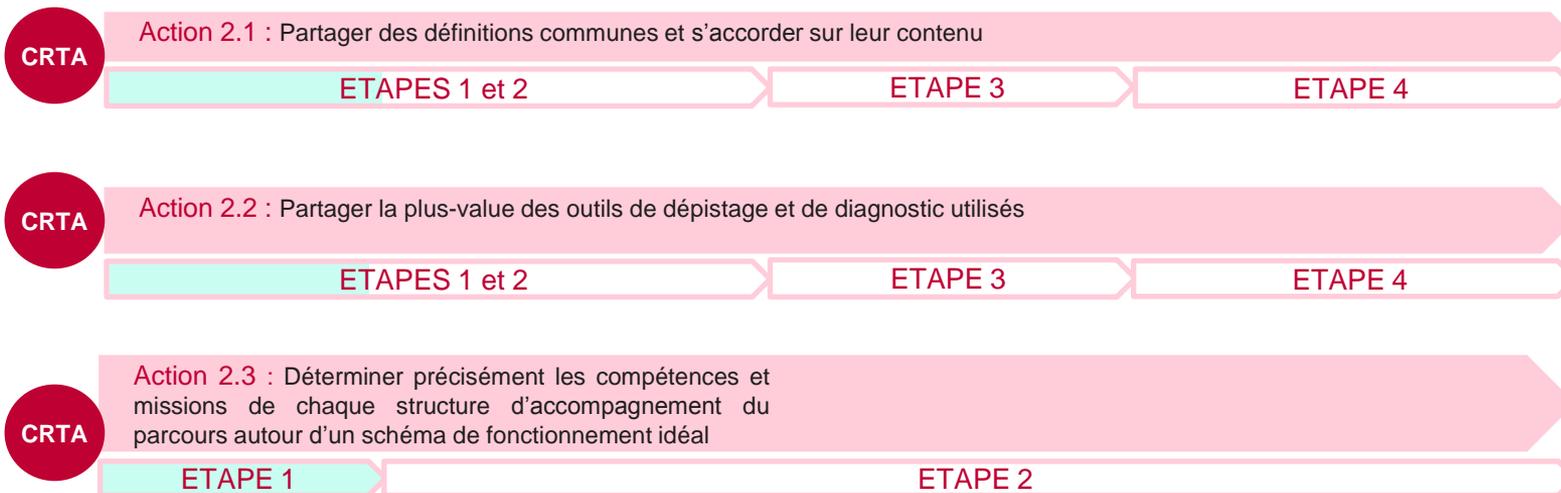
Ce principe suppose de mettre en place des outils communs et partagés servant à faciliter la circulation d'information et la rétro-information entre acteurs afin de renforcer la fluidité et la traçabilité des situations.

Information et guidance familiale tout au long du parcours



La famille, au cœur de l'accompagnement de l'enfant, doit être systématiquement informée et accompagnée par l'ensemble des intervenants du parcours de vie, à toutes les étapes du parcours.

Synthèse des actions et échéancier : Volet 2



Structuration du Volet 3

REPERAGE
DIAGNOSTIC
PRISE EN
CHARGE
DES TSLA

Volet 3 : Subsidiarité et coresponsabilité des acteurs sur les territoires/parcours

Déclinaison
locale

Les axes de travail du troisième volet du plan d'action ont pour vocation à être **déclinés localement**.

Chaque territoire aura en effet **la possibilité de déterminer quels seront les axes à privilégier et à prioriser**, selon les besoins et contextes spécifiques de chaque territoire.

La première réunion locale (dans le cadre des instances de concertation) permettra de définir les priorités de travail que se donnent les acteurs du territoire sur la base de l'analyse des écarts entre le schéma de fonctionnement cible et les pratiques locales.

Axe 1 : Renforcer le repérage, le dépistage et le diagnostic précoce en première ligne

Axe 2 : Renforcer le positionnement de la deuxième ligne

Axe 3 : Désengorger le CRTA

Axe 4 : Améliorer les délais des MDPH

Axe 5 : Fluidifier la mise en place des interventions

REPERAGE DIAGNOSTIC PRISE EN CHARGE DES TSLA

Volet 3 : Subsidiarité et coresponsabilité des acteurs sur les territoires/parcours

Le repérage et le dépistage des enfants souffrant de TSLA peut être amélioré sur l'ensemble du territoire, notamment au sein de l'Education Nationale, où le déficit en médecins scolaire ainsi que le manque de formation des enseignants constitue un frein à la fluidité du parcours.

Les diagnostics de situations simples doivent également être renforcés en première ligne, pour désengorger les acteurs de deuxième ligne. Il est en outre particulièrement important d'insister sur les actions permettant **le diagnostic le plus précoce** possible pour la mise en place la plus rapide d'interventions au bénéfice de l'enfant.

AXE 1 : Renforcer le repérage, le dépistage et le diagnostic précoce en première ligne

Action 3.1 : S'appuyer sur les services de PMI pour améliorer le repérage et le dépistage

Action 3.2 : Renforcer le dépistage en milieu scolaire en créant des partenariats entre l'Education Nationale, le Rectorat et l'ARS

FICHE ACTION 3.1

Action 3.1 : S'appuyer sur les services de PMI pour améliorer le repérage et le dépistage précoce

Principe : Renforcer le repérage et le dépistage précoce en première ligne en s'appuyant sur les services de PMI

Porteurs : services de PMI

Durée de mise en œuvre estimée :

6 mois

Pistes de mise en œuvre :

- Implication des infirmiers puériculteurs dans les projets de repérage des enfants dans les centres médico-sociaux
- Actions en toute petite section de maternelle
- Programme de formation spécifique pour tous les professionnels de PMI

Points d'attention :

- S'enrichir mutuellement des expériences menées dans les deux départements (ex : le département de l'Eure est en train de formaliser une « grille langage » ; en Seine-Maritime, une action de formation se met en place avec le CRTA, etc.)

FICHE ACTION 3.2

Action 3.2 : Renforcer le dépistage en milieu scolaire en créant des partenariats entre l'Education Nationale, le Rectorat et l'ARS.

Principe : Renforcer les actions de dépistages réalisées en milieu scolaire

Porteurs : ARS

Durée de mise en œuvre estimée :

6 mois

Pistes de mise en œuvre :

- Organiser une réunion entre l'Education Nationale, le Rectorat et l'ARS afin d'organiser un travail en réseau autour du dépistage des TSLA.

Points d'attention :

- Nécessité de renforcer la formation initiale des professeurs

REPERAGE
DIAGNOSTIC
PRISE EN
CHARGE
DES TSLA

Volet 3 : Subsidiarité et coresponsabilité des acteurs sur les territoires/parcours

La deuxième ligne doit se structurer afin de pouvoir prendre en charge des situations entrant dans leurs compétences et qui sont aujourd'hui orientés vers le CRTA, qui se retrouve engorgé.

Axe 2 : Renforcer le positionnement de la deuxième ligne

Action 3.3 : Organiser la coresponsabilité des acteurs de deuxième ligne.

FICHE ACTION 3.3

Action 3.3 : Organiser la coresponsabilité des acteurs de deuxième ligne

Principe : Permettre de désengorger le CRTA en renforçant le rôle des acteurs de deuxième ligne.

Porteurs : ARS.

Acteurs : CMP, CMPP, SESSAD

Durée de mise en place estimée :

6 mois à un an

Pistes de mise en œuvre :

- Mise en place d'expérimentations locales autour des SESSAD, CAMSP, CMPP pour tester de nouvelles organisations, d'un dispositif libéral les structures identifiées
- Structuration du parcours à organiser sur chaque territoire dans le cadre de l'instance de concertation
- Organisation de l'appui du CRTA à la deuxième ligne (formation continue)

Points d'attention :

- Indicateurs pour mesurer l'impact sur l'ensemble des structures du territoire
- Expérimentation autour des SESSAD en cours en Seine Maritime
- Avancée de la formation des CMPP et CAMSP par le CRTA
- Objectifs à intégrer dans les CPOM

REPERAGE DIAGNOSTIC PRISE EN CHARGE DES TSLA

Volet 3 : Subsidiarité et coresponsabilité des acteurs sur les territoires/parcours

Les délais d'attente pour les CRTA sont particulièrement élevés et peuvent aller d'un an et demi à deux ans. Le CRTA est souvent perçu par les familles et certains professionnels comme étant le seul acteur expert de Normandie Orientale et se retrouve engorgé par des situations qui pourraient être pris en charge par les acteurs de deuxième et de première ligne.

Il est donc important que le CRTA et ses antennes communiquent de manière conjointe sur son rôle et ses missions ainsi que les modalités de délégation de tâches auprès d'acteurs de deuxième ligne.

AXE 3 : Désengorger le CRTA

Action 3.4 : Conforter le rôle du CRTA auprès des acteurs de première et de deuxième ligne

Action 3.5 : Définir les modalités d'accompagnement des intervenants de première et deuxième ligne par le CRTA

FICHE ACTION 3.4

Action 3.4 : Conforter le rôle du CRTA auprès des acteurs de première et de deuxième ligne

Principe : Clarifier les missions et les modalités de passage au CRTA sur l'ensemble du territoire

Porteurs : CRTA

Durée de mise en place estimée :

2 mois

Etapes de mise en œuvre :

- Co-construction des supports de communication par le CRTA, avec d'éventuelles déclinaisons locales (prise de contact, etc.)
- Intégration au référentiel de bonnes pratiques pour la prise en charge des TSLA (actions du volet 2) et diffusion des supports à l'ensemble des acteurs du territoire

Points d'attention :

- Communication cohérente entre le CRTA et ses antennes (Evreux, Le Havre)
- Valorisation des compétences des acteurs de deuxième ligne

FICHE ACTION 3.5

Action 3.5 : Définir les modalités d'accompagnement des intervenants de première et deuxième ligne par le CRTA

Principe : Faire monter les acteurs de deuxième ligne en compétence grâce à un accompagnement spécifique du CRTA, et désengorger le CRTA sur les actions de formations engagées auprès des intervenants de première et de deuxième ligne.

Porteurs : CRTA

Durée de mise en place estimée :

6 mois

Etapes de mise en œuvre :

- Définition de modalités d'accompagnement par structure en fonction de la maturité et des compétences en présence
- Organiser la formation de formateurs aux intervenants du parcours et identifier les formateurs en charge de la diffusion
- Communiquer sur les actions de formation réalisées
- Mise en place d'outils de contact pour appui spécifique au CRTA (ex : temps de synthèse en visu, échange de pratiques sur des situations données, etc.)

Points d'attention :

- Dans le cadre des instances locales, si des besoins de formation émergent, ils doivent être entendus par le CRTA (identification de relais pour la formation)
- Flécher les territoires qui nécessitent une intervention prioritaire

REPERAGE DIAGNOSTIC PRISE EN CHARGE DES TSLA

Volet 3 : Subsidiarité et coresponsabilité des acteurs sur les territoires/parcours

Les délais importants du traitement des dossiers par les MDPH peuvent compliquer le parcours des enfants souffrant de TSLA, multipliant les risques de rupture de parcours. Les MDPH de Seine-Maritime et de l'Eure expliquent ces délais par la soumission fréquente de dossiers incomplets.

Il est donc nécessaire de coordonner avec les acteurs de première et deuxième ligne la constitution des dossiers.

Axe 4 : Améliorer les délais des MDPH

Action 3.6 : S'assurer que la constitution des dossiers MDPH soit complète.

FICHE ACTION 3.6

Action 3.6 : S'assurer que la constitution des dossiers MDPH soit complète.

Principe : Inciter les familles à suivre la constitution du dossier avant soumission d'une demande MDPH, en coordination avec un professionnel de santé;

Porteurs : Associations de Familles, MDPH

Durée de mise en place estimée :
2 mois de cadrage
6 mois de test et ajustement

Pistes de mise en œuvre :

- Echange au local sur le contenu de la fiche de constitution du dossier de demande MDPH
- Echange sur le principe sur le fonctionnement pour le professionnel (médecin référent de l'enfant) qui accompagne les parents
- Bilan

Points d'attention :

- Temps alloué par les professionnels au travail d'appui à la constitution du dossier
- Diffusion de cette fiche par les associations de patients
- Modalités de communication des MDPH
- Levier : processus de dématérialisation initié et effectif à moyen terme

FICHE ACTION 3.6 : Fiche de constitution du dossier

Nom de l'enfant concerné :

Etablissement :

**Nom du professionnel qui accompagne
la famille dans la constitution du dossier :**

Date d'ouverture du dossier :
Date de soumission du dossier :
Date de réception de l'AVIS MPDH :

Le présent document est un outil d'accompagnement à destination des familles et du professionnel du parcours de l'enfant qui accompagne la famille dans la constitution d'un dossier MDPH.

Il doit permettre de centraliser les différents documents nécessaires au dossier avant sa soumission. Pour rappel, un dossier soumis incomplet entraîne des retards dans l'évaluation par la MDPH et peut-être refusé directement pour ce motif. **La constitution des dossiers est de la responsabilité des familles, charge au professionnel qui initie la demande des familles de s'assurer de l'envoi d'un dossier complet.**

Le rôle de la MDPH est d'évaluer si la situation de l'enfant relève d'une situation de handicap et si elle nécessite à ce titre un besoin de compensation.

Eléments obligatoires (dans les textes) :

- Certificat médical
- CERFA
- Photocopie des pièces d'identité des parents/enfants ou du livret de famille
- GEVASCO dûment renseigné (première demande ou réexamen)

Eléments indispensables (dans la pratique) :

- Bilan psychologique détaillé récent (moins de deux ans)
- Bilan orthophonique détaillé et normé (moins de deux ans)

Et/ou, en fonction des troubles :

- Bilan psychomoteur normé (moins de deux ans)
- Bilan ergothérapeutique normé (moins de deux ans)

Eléments complémentaires :

- Bilan des interventions pédagogiques (bilan du PAP, du PPRP, etc.)
- Evaluation sociale au cas par cas (indispensable si ASE ou si la question d'une prise en charge en établissement de services médico-sociaux se pose)
- Productions écrites des enfants dans le cadre scolaire

REPERAGE
DIAGNOSTIC
PRISE EN
CHARGE
DES TSLA

Volet 3 : Subsidiarité et coresponsabilité des acteurs sur les territoires/parcours

Le partage de connaissances et de compétences entre les professionnels est un élément essentiel pour la fluidité des parcours. Il doit cependant être accompagné d'une réelle coordination des pratiques et des échanges interprofessionnels.

Ces aspects doivent être travaillés en particulier dans la construction du PAP ainsi que dans la coordination de l'action des pédiatres et des psychiatres.

Axe 5 : Fluidifier la mise en place des interventions

Action 3.7 : Permettre la fluidification des échanges professionnels pour aboutir à une mise en œuvre systématique et efficace des PAP

Action 3.8 : Renforcer le travail commun entre Pédiatrie et Psychiatrie

FICHE ACTION 3.7

Action 3.7 : Permettre la fluidification des échanges professionnels pour aboutir à une mise en œuvre systématique et efficace des PAP

Principe : Mettre en œuvre des outils pour améliorer les échanges entre les professionnels de l'Education Nationale et les intervenants du parcours

Porteurs : Education Nationale et représentants d'orthophonistes

Durée de mise en place estimée :

4 mois

Piste de mise en œuvre :

- Mise en place d'outils, tels que des grilles de lecture des recommandations (partenariat conseillers pédagogiques/orthophonistes) à destination des enseignants
- Organisation d'une réunion de travail entre l'Education Nationale et les représentants d'orthophonistes pour valider les outils
- Réflexion interne à l'Education Nationale pour diffusion des outils à l'ensemble des écoles

Points d'attention :

- Rôle des orthophonistes : la rédaction des recommandations leur est souvent demandée mais doit être réalisée en principe par les équipes pédagogiques
- Diffusion du dossier médical
- Enjeu sur l'identification des ressources internes à l'Education Nationale

FICHE ACTION 3.8

Action 3.8 : Renforcer le travail commun entre Pédiatrie et Psychiatrie

Principe : permettre un travail coordonné entre les disciplines dans la prise en charge de situations

Porteurs : CRTA et CHU

Durée de mise en place estimée :

4 mois

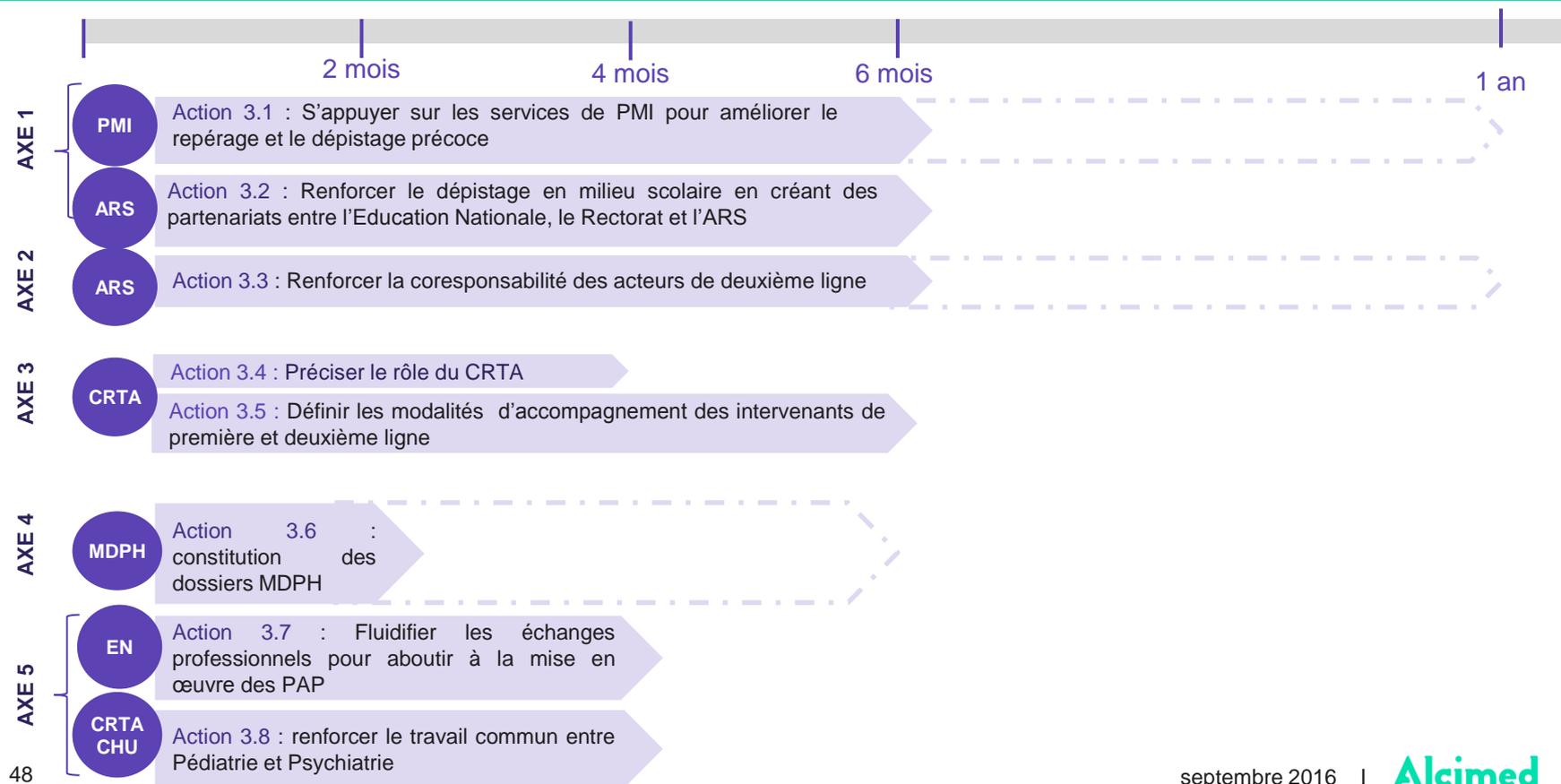
Pistes de mise en œuvre :

- Partage du référentiel de pratiques
- Action pour permettre aux professionnels d'avoir accès aux coordonnées de leurs pairs sur leur territoire
- Mise en place, à titre d'expérimentation pilote, de consultations réalisées en binômes pédiatres/psychiatres

Points d'attention :

/

Synthèse des actions : VOILET 3



Introduction



Contexte, objectif et méthodologie



Présentation du Plan d'Action

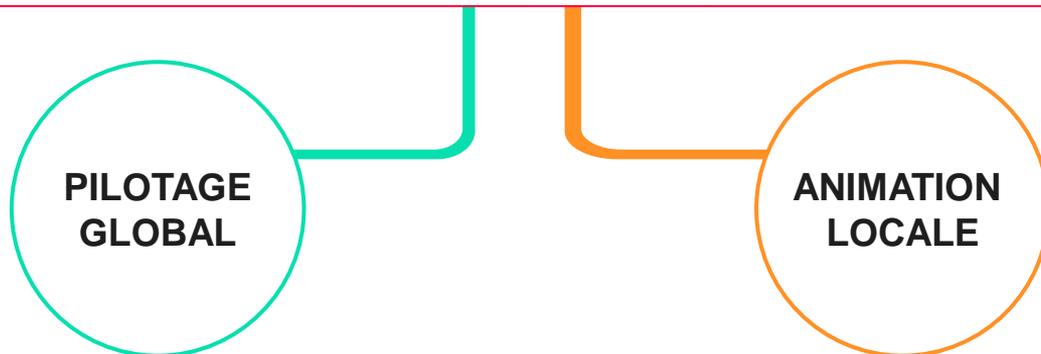


Gouvernance et prochaines étapes de mise en œuvre



Gouvernance du plan d'action

La mise en place du plan d'action s'appuie sur **deux niveaux de pilotage**



Donner une direction commune à l'ensemble du territoire de Normandie Orientale et assurer le suivi de la mise en œuvre du plan d'action

Permettre de mettre en œuvre les actions de manière adaptée aux spécificités territoriales basées sur les territoires de proximité suivants, **dans le cadre des instances de concertation installées :**

- Territoire de santé de Dieppe
- Territoire de santé du Havre, dans les limites du département
- Territoire de santé de Rouen, dans les limites du département
- Département de l'Eure

Nb : La DOS sera associée aux instances

Indicateurs d'évaluation

Il est important que se mette en place une **évaluation régulière de l'avancée et de l'impact des actions menées**. Pour ce faire, une réflexion est nécessaire quant au choix des indicateurs retenus :



- **Indicateurs sur la mise en œuvre des actions** : respect de l'échéancier défini
- **Indicateurs de résultats à considérer** : nombre de réunions locales réalisées, nombre de PAP formalisés, nombre de dossiers MPDH reçus complets, nombre de formations organisées par le CRTA, nombre d'installations sur le territoire de Normandie Orientale pour les jeunes diplômés en orthophonie (dont % en MSP), etc.
- **Indicateurs d'impact transversaux** :
 - nombre de situations suivies par le CRTA qui relèvent de son champ d'action contre celles qui n'en relèvent pas
 - ressenti des familles par rapport à la fluidité des parcours (questionnaire de satisfaction)
 - prise en charge par la deuxième ligne (délais d'attente, nombre de situations orientées vers le CRTA, nombre d'enfants pris en charge par les CMPP)

Modalités de pilotage et de suivi du plan d'action

L'analyse annuelle de ces indicateurs, dans le cadre de la mise en œuvre du SROMS, pourra être présentée en COPIL et en CRSA.

Prochaines étapes

Cette première étude se concentre sur les étapes clés nécessaires à la mise en route du plan d'action en Normandie Orientale. Trois points sont à prendre en compte pour préparer les prochaines étapes :

De faire remonter au niveau national les difficultés rencontrées sur les territoires et les blocages sur les parcours :

- difficultés rencontrées pour la reconnaissance du temps d'évaluation diagnostique (praticiens exerçant en libéral)
- nécessité de renforcer la formation initiale des médecins généralistes/professionnels de l'Education Nationale sur les diagnostics TSLA

Au regard de la maturité du territoire, d'autres thématiques ont été identifiées et seront à travailler à moyen terme. Il s'agit notamment :

- De travailler de manière plus spécifique **les parcours des personnes avec TDAH**
- Du **repositionnement des réseaux**, qui doit à terme être effectué en articulation avec les autres réseaux de santé du territoire ainsi que les réseaux de Normandie Occidentale

L'articulation générale du plan d'action avec la Normandie Occidentale, dans le cadre de la Grande Région Normandie, est un autre axe de travail à développer à moyen terme. Un diagnostic territorial amont de la situation est nécessaire avant le partage d'un plan d'action commun, en lien avec le travail à conduire sur le futur PRS



Alcimed

EXPLORE AND DEVELOP UNCHARTED TERRITORIES

Marie-Sophie FERREIRA

Responsable de Mission

+33 1 44 30 31 64

marie-sophie.ferreira@alcimed.com

Manon BONNET

Consultante

+33 1 44 30 44 43

manon.bonnet@alcimed.com