

<p style="text-align: center;"><b>Association Résodys :</b> <b>Projet de restructuration du réseau de prise en charge des troubles du langage et des apprentissages (TLA)</b></p>
---

**Introduction :**

A la suite du souhait de la tutelle de voir évoluer le réseau sur un certain nombre de points, selon les propositions issues de l'analyse faite du fonctionnement actuel du réseau par la société d'audit "EFFECT", il a été procédé à la création d'un nouveau comité de pilotage "élargi". Ce comité de pilotage s'est réuni à trois reprises entre mai et septembre 2009 et a produit un certain nombre de recommandations qui sont résumées dans le présent document. Il doit être précisé ici que la version actuelle de ce document est encore préliminaire et doit recevoir l'aval de la totalité des membres du comité avant d'être considérée comme l'émanation officielle du comité. Toutefois, étant donné la brièveté des délais qui nous sont impartis, c'est cette version "officieuse" qui est présentée à nos tutelles, en sachant qu'elle peut faire l'objet de modifications ultérieures (qui ont toutes chances, si elles existent, d'être minimales puisque les grandes lignes du projet ont été approuvées à l'unanimité lors de sa dernière réunion par l'ensemble des membres du comité).

**I/ Ce que le réseau est actuellement et ce qu'il doit devenir.**

La mission principale qui a été confiée au Comité de Pilotage, au-delà de l'élargissement de sa composition (et par conséquent la nécessaire recherche de modalités consensuelles de fonctionnement), est de recentrer le réseau sur un rôle spécifique de coordination des personnes et des structures, plutôt que de réaliser lui-même les activités de soins. En effet, outre les fonctions typiquement celles d'un réseau (formation, orientation, information) l'association Résodys, gestionnaire du réseau du même nom, avait mis en place en 2004, pour répondre à un besoin alors non couvert par les autres structures, un dispositif dit d'Unités de Bilans, dans lesquelles divers praticiens réalisent des évaluations considérées comme répondant aux critères actuels de bonnes pratiques dans chacune des professions concernées, avec un effort tout particulier réalisé dans le sens d'une communication optimale entre les représentants de différentes professions oeuvrant au sein d'une même équipe : médecins, orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, neuropsychologues, mais aussi membres du corps enseignant (avec un rôle clé déjà identifié pour les médecins scolaires, de par leur position à la fois dans le corps médical et oeuvrant à l'intérieur de l'Ecole, lieu de manifestation du trouble des enfants porteurs de ces pathologies).

La spécificité du fonctionnement des Unités de Bilans a été pensée en fonction de deux impératifs majeurs de la prise en charge des enfants souffrant de troubles d'apprentissages : 1/ faire intervenir de la manière la plus active possible des praticiens libéraux, en particulier l'orthophoniste traitant de l'enfant qui est et devra rester le personnage clé du dispositif; 2/ l'intégration à tous les niveaux de l'institution scolaire, tant par la présence de médecins ou psychologues scolaires dans les équipes pluridisciplinaires que par les contacts répétés avec l'enseignant lui-même de l'enfant. Il est clair que ces principes de fonctionnement, qui ont maintenant fait leurs preuves, doivent continuer à animer les actions du futur réseau. Par ailleurs, la promotion du travail multidisciplinaire et de la pratique de bilans dans chaque profession qui soient accessibles aux autres doit rester une base de travail à approfondir. De même la réflexion sur les référentiels dans les différentes professions a été largement menée et doit servir de base aux réflexions futures. Enfin, Résodys ayant été créé à la suite du plan

d'action sur les troubles spécifiques du langage oral et écrit, il paraît incontournable que ces pathologies restent la cible principale du réseau.

## **II/ La place des CMP/CMPP dans le réseau.**

C'est probablement le sujet qui a fait le plus débat au cours des discussions du comité de pilotage, en particulier en référence aux modes d'action qui ont traditionnellement cours dans ces établissements, considérés par leurs membres comme reposant sur des principes intangibles et inaltérables. Par exemple, la notion de durée de la période d'évaluation, qui n'aboutit pas nécessairement à un diagnostic mais à une décision sur le type de prise en charge, est apparue comme une notion irréductible, avec laquelle il faudra donc compter comme une différence reconnue et acceptée par rapport à la majorité des autres acteurs du réseau. De même, il est apparu inadmissible pour les professionnels de ces établissements d'être mués en "prestataires de service" soit pour réaliser des bilans dont le contenu leur serait imposé, soit en recevant des consignes de traitement issus de bilans réalisés ailleurs. En revanche, la notion de diagnostic, au début très critiquée, est acceptée comme une nécessité de même que la proposition d'harmoniser les outils utilisés à l'intérieur et à l'extérieur de ces établissements.

Finalement, les CMPP faisant à présent partie intégrante du comité de pilotage, il sera donc nécessaire que les établissements qui sont d'accord avec les principes du réseau en signent la convention constitutive. Pour ce faire, et eu égard aux particularités ci-dessus, il sera nécessaire de modifier la convention constitutive en insérant un paragraphe particulier concernant la nature de la participation au réseau des CMP/CMPP qui sera rédigé conjointement avec les représentants de ces établissements au Comité de Pilotage.

## **III/ La formation des nouveaux acteurs**

Le nouveau dispositif comporte deux types d'intervenants qui n'étaient pas présents dans l'ancien réseau : d'une part les praticiens des établissements cités au paragraphe précédent, d'autre part les médecins référents issus pour la plupart d'une formation spécifique dont la mise en place sera la première action du nouveau réseau.

1°) *La formation des praticiens de CMP/CMPP* a lieu sous la forme de réunions intra-puis inter-professionnelles, en débutant, dès le début de 2010 par des entrevues entre orthophonistes. Nous prévoyons de rémunérer en honoraires 3 orthophonistes et 3 psychomotriciens sélectionnés pour avoir déjà fait des formations au sein du réseau et pour leur intérêt particulier dans l'interaction avec les établissements CMP/CMPP. Trois jours de formation sont prévus pour chacun des professionnels ainsi sélectionnés. Si la démarche obtient le succès escompté, le nombre de personnels souhaitant être formés devrait rester stable au cours des trois années, donc l'action sera poursuivie 3 ans.

La présence des praticiens de CMPP/CMP à ces réunions n'est pas budgétisée : elle s'entend en tant que mission affectée par chaque établissement aux professionnels désignés.

Les réunions interprofessionnelles ne sont pas budgétisées : elles font partie d'un pool de réunions figurant dans la rubrique correspondante du projet de budget.

2°) *La formation des futurs médecins référents et des médecins de premier recours.* Dans le nouvel organigramme (voir figure 2), les médecins référents se placent en second niveau après l'orthophoniste traitante et le médecin traitant (dit "de premier recours"). Il s'agit donc de faire entrer progressivement dans le dispositif un nombre croissant de médecins qui auront reçu une formation spécifique. Nous prévoyons de former dès la première année environ 75 médecins dont une partie a déjà été identifiée, soit 15C/jour sur trois jours de formation, puis 12 médecins par an. La formule qui a été retenue comme élément central de cette formation est la création d'outils de diagnostic et repérage (sur 3 tranches d'âge, un outil par tranche d'âge) qui une fois créés seront fournis aux médecins en formation d'une part pour

qu'ils se les approprient (et à travers eux s'approprient l'ensemble de la problématique) et d'autre part qu'ils les valident (en les proposant à un certain nombre d'enfants de chacune des tranches d'âge (50 est le nombre qui a été retenu). Pour la passation de ces tests (comme du reste ce sera le cas ultérieurement, après leur validation) on considère que le médecin doit être rémunéré l'équivalent d'un temps de consultation (1C) en plus de sa consultation habituelle (1C pris en charge par le régime de sécurité sociale). La finalisation de cette étape de validation passe par une réunion où seront présents tous les évaluateurs de même que le plus possible des orthophonistes qui ont suivi chaque enfant évalué. Une réunion préalable des orthophonistes concernées est également prévue dans le budget réunions.

Une fois réalisées les sessions de formation de chaque année, les praticiens ainsi formés pourront recevoir une formation complémentaire de la part d'organismes extérieurs au réseau (FMC). Toutefois, nous escomptons recevoir ensuite chaque année un flux continu de demandes, certes moins massif qu'au début (puisque nous possédons déjà une liste de 130 volontaires potentiels), mais que nous estimons à 12 par an, ce qui justifie de continuer à mener l'action de formation, à l'intérieur du réseau, justifiant en particulier le maintien du médecin coordinateur chargé, entre autres, de cette fonction.

#### **IV/ Les médecins référents : un nouveau concept à l'intérieur du réseau**

Parmi les remarques issues de l'analyse du fonctionnement antérieur du réseau par l'évaluateur de la société EFECT figure la nécessité de pallier le manque d'implication des médecins traitants, en particulier les médecins généralistes, dans la prise en charge des troubles d'apprentissage. Pour ce faire, le nouveau comité de pilotage propose de créer un nouvel acteur dans le dispositif : le médecin référent. Le médecin référent, issu de la formation décrite ci-dessus, possède donc à la fois une formation théorique de base et dispose d'outils permettant de répondre en terme de dépistage/repérage aux trois principales situations pouvant se présenter à lui : un trouble du développement survenant chez l'enfant d'âge préscolaire (maternelle : 4 à 6 ans), un trouble des acquisitions des aptitudes scolaires fondamentales (lecture, écriture, calcul) au CP -CE1, un trouble spécifique des apprentissages proprement dit à partir du CM1-CM2 jusqu'à la fin du collège. Avec ces trois outils en main, le médecin qui a ainsi manifesté son intérêt pour la problématique pourra recevoir soit directement des patients de sa clientèle, soit de la part d'autres collègues qui ne souhaitent pas approfondir la problématique, des enfants posant des problèmes d'apprentissage et d'échec scolaire. Progressivement, ce médecin, grâce à la structure du réseau, va établir des liens avec les différents acteurs locaux nécessaires à la prise en charge globale de l'enfant. Ainsi, il pourra réaliser sa principale mission : celle d'orienter chaque enfant vers les professionnels compétents ou les structures adéquates à chaque situation (par exemple un orthophoniste libéral, un CMPP ou une équipe multidisciplinaire autre...). Le statut de médecin référent est en fait un statut évolutif. Chaque médecin traitant, initialement "vierge" par rapport à la problématique, et qui a bénéficié d'une formation réseau, va acquérir progressivement le statut de médecin référent, au fur et à mesure qu'il se familiarise avec les outils et qu'il maîtrise la connaissance de l'environnement réseau. Durant cette phase de perfectionnement, il bénéficie d'une part de l'appui de la coordinatrice de pôle, déjà parfaitement au fait des caractéristiques du contexte local de par sa pratique du réseau depuis plusieurs années, d'autre part de l'aide théorique et logistique de la cellule centrale, en particulier de la part du médecin coordinateur central. Ainsi, on peut anticiper que, de manière variable selon les individus, le réseau pourra compter au terme des 3 premières années de fonctionnement, sur une trentaine de médecins référents pleinement opérationnels, capables

- de dépister les cas relevant du trouble spécifique des apprentissages
- d'orienter l'enfant vers les différentes options de prise en charge possible : pour les cas de sévérité courante, par exemple un orthophoniste, lorsque l'enfant n'en a pas

encore, un psychomotricien, etc...) et pour les cas de sévérité moyenne, vers une équipe pluridisciplinaire : CMP/CMPP lorsque la problématique paraît prioritairement de nature psycho-comportementale, ou autres équipes pluridisciplinaires dans les autres cas. L'orientation vers des structures plus spécialisées d'enfants souffrant des formes les plus sévères (centre référent, SESSAD, etc...) relèverait encore des experts hospitaliers.

Enfin, parmi cette trentaine de médecins référents, certains pourraient acquérir un statut d'experts, au même titre que les médecins du CHU ou de centres spécialisés, leur permettant de faire, au vu de l'ensemble des examens réalisés, un diagnostic de sévérité globale qui permettra, entre autres, aux MDPH de prendre sur leur seul avis des décisions de compensation du handicap.

Toutefois, la majorité des médecins référents devraient se concentrer sur leur double rôle de médecin praticien de l'enfant, en charge du suivi de chaque enfant entré dans le réseau, et de "médecin régulateur", apte à organiser, en lien avec la coordinatrice de pôle, des réunions et confrontations entre les différents acteurs, voire l'encadrement de médecins nouvellement formés. A cet égard, les médecins référents pourraient être incités à accepter de prendre des stagiaires étudiants en médecine en quête de lieu d'accueil pour leur stage obligatoire chez le praticien, participant ainsi à la pérennisation de l'action.

#### **V/ Actions menées en parallèle à l'action principale**

1°) *Dans l'optique de rechercher des moyens financiers d'appoint* pour la prise en charge des actes non pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie (p.e. : psychomotricien, ergothérapeute, etc...), le réseau devra trouver des solutions alternatives, par exemple le remboursement de certains frais par les mutuelles (dont certaines offrent déjà ce type d'avantage à leurs adhérents). Nous avons demandé un devis à une société avec pour mission de mener, en tant qu'intervenant extérieur, cette recherche de fonds.

2°) *Dans l'optique des liens avec l'Education nationale*, et pour répondre à une des missions de la lettre de cadrage qui a mené à la réflexion actuelle, soit de faire participer le réseau à l'action de dépistage, nous souhaitons prolonger dans ses fonctions actuelles un psychologue qui agit au nom de Résodys auprès des établissements scolaires, au titre de deux projets jusqu'ici financés par le PRSP ("six pour dys" et "souffrance psychique de l'adolescent"), avec dans les deux cas une mission principale de formation et d'établissement de liens ponctuels avec des établissements scolaire du premier ou du second degré qui en manifestent le souhait. Dans cette mission de dépistage pourraient également prendre place des travaux initiés par la PMI, qui a manifesté, lors des réunions du comité de pilotage, le souhait de bénéficier du dispositif de suivi (comparant par exemple le repérage de petite section de maternelle avec les résultats des études en cours par la médecine scolaire).

3°) *Concernant enfin nos coordinatrices de pôles*, actuellement salariées à hauteur d'1/2 ETP par le FIQCS, complété d' 1/4ETP par une subvention complémentaire du Conseil Général (pour les pôles des Bouches du Rhône), ce pour des fonctions qui occupent actuellement la totalité de leur 3/4 temps et au-delà, il nous est apparu indispensable, eu égard à la charge de travail supplémentaire induite par le nouveau dispositif à l'échéance de 2011, de prévoir une augmentation d'1/4 de temps par rapport à l'actuel. Soulignons que quelle que soit l'évolution ultérieure du dispositif actuel des UdB (unités de Bilans), le travail des coordinatrices de pôles restera du même ordre, à savoir la réception des demandes (qui ne pourront que croître) et le recueil des informations administratives de tous les enfants entrant dans le réseau.

4°) *Concernant les liens avec le centre de référence du CHU de Marseille*, la restitution des fonctions de type centre de référence souhaitée par les tutelles (par exemple l'organisation du DU troubles d'apprentissage) se fait dès la rentrée 2009. En outre, un projet a été déposé auprès des instances de financement de renforcement du centre de référence sous la forme

d'une unité de rééducation comportant une classe de l'Education nationale, à l'instar de ce qui se passe dans d'autres CHU (Paris-Kremlin-Bicêtre; Toulouse, ...).

#### **VI/ Modalités de mise en œuvre du dispositif.**

Dans un premier temps, le réseau continue sa fonction actuelle qui est de fournir des bilans multidisciplinaires pour les dyslexiques et autres troubles d'apprentissage de sévérité moyenne. La part du budget précédent correspondant à cette mission est donc reconduite sans modification, sachant que la part correspondant aux actes dérogatoires (neuropsychologues et psychomotriciens) diminuera dès lors que des solutions alternatives seront mises en route (ce qui devrait pouvoir se faire par exemple dès l'année 2010 pour le pôle de Martigues).

La première année de fonctionnement du nouveau dispositif correspond à la formation des praticiens. Concernant les CMPP/CMP, les réunions sont prévues dans chaque discipline au cours du premier trimestre 2010 et interdisciplinaires au cours du 2eme trimestre. La rédaction de la partie de la convention constitutive correspondant au rôle de ces établissements dans le réseau commence dès la fin 2009 dans la perspective d'une signature, après échanges entre tous les partenaires concernés, avant fin mars 2010.

Parallèlement, les praticiens déjà formés commenceront à constituer les premiers médecins référents, et seront impliqués dans la création d'un nouveau dossier patient, devant comporter en particulier une fiche de liaison avec le milieu scolaire (l'une des missions nouvelles qui ont été confiées au nouveau réseau), outil considéré comme indispensable par le Comité de Pilotage, et une fiche de suivi qui constitue l'autre mission nouvelle du réseau.

Dès 2011, les premiers médecins référents entreront en fonction : 30 la première année, 8 de plus chaque année suivante. Le dispositif pourra du reste commencer à se mettre en place dès le dernier trimestre 2010 si des médecins déjà formés acceptent de prendre les premières places de médecins référents (par exemple médecins scolaires)

En annexes :

figure 1 : nouvel organigramme des salariés de Résodys

figure 2 : nouveau parcours patient