



# RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS



*Édition du 30 Décembre 2019*

# PRÉFECTURE DE LA RÉGION GRAND EST

ÉDITION DU 30 DÉCEMBRE 2019

-----  
**Cliquez sur l'acte souhaité pour y accéder  
directement**  
-----

**Arrêté conjoint d'autorisation DGARS N° 2019-3892 / CD54 N° 2019-386 en date du 16/12/2019** portant transfert au Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) « Grandir et vieillir en pays de Colombey et du Sud-Toulois » de l'autorisation de l'établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « Les Grands Jardins » de Colombey-les-Belles détenue par le Groupement d'Intérêt Public (GIP) « Grandir et Vieillir en Pays de Colombey et du Sud Toulinois » N° FINESS EJ : 54 002 568 , N° FINESS ET : 54 001 299 4

**Arrêté conjoint d'autorisation DGARS N°2019-2848 / CD54 N°2019-303 en date du 17/10/2019** portant autorisation de création, sans extension de capacité, d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) de 14 places à l'EHPAD « Résidence Les Cygnes » sis à 54000 Nancy N° FINESS EJ : 92 003 015 2, N° FINESS ET : 54 001 419 8

**Arrêté n° 2019-3983 du 26/12/2019** fixant le bilan quantitatif de l'offre de soins pour la période de dépôt des demandes d'autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ouverte du 20 janvier au 20 mars 2020 pour la région Grand Est

**Décision d'autorisation ARS N° 2019-2311 du 23/12/2019** portant autorisation d'extension de 618 à 675 places du service de soins infirmiers à domicile multi site ABRAPA par transfert et fusion de l'autorisation relative au service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de Sarre-Union, géré par l'Association Centre de Soins à Domicile Sarre-Union, au profit de l'Association Bas-Rhinoise d'Aide aux Personnes Âgées (ABRAPA), N° FINESS EJ ABRAPA: 67 079 234 0, N° FINESS ET SARRE-UNION: 67 079 666 3

**Arrêté conjoint CD / ARS N° 2019-3964 du 20/12/2019** portant transfert, par fusion absorption, de l'autorisation des 90 places d'hébergement, dont 30 en Unité de Vie Protégée, pour personnes âgées dépendantes gérées par l'EHPAD public autonome « Schauenburg » à HOCHFELDEN vers l'EHPAD multi-sites de BOUXWILLER / VAL DE MODER / HOCHFELDEN N° FINESS EJ: 67 078 035 2 N° FINESS ET: 67 079 369 4 (Bouxwiller) 67 001 515 5 (Val de Moder) 67 078 107 9 (Hochfelden)

**Arrêté ARS n°2019-3985 du 26 décembre 2019** portant transfert partiel de l'autorisation de gestion du CSAPA des Ardennes géré par le GCSMS « Addictions et réduction des risques 08 » au bénéfice de l'association ANPAA

**Annexe 1- Arrêté ARS n°2019-3985** du 26 décembre 2019

**Arrêté ARS n°2019/3986 du 26 décembre 2019** portant transfert partiel de l'autorisation de gestion du CSAPA des Ardennes géré par le GCSMS « Addictions et réduction des risques 08 » au bénéfice de l'association OPPELIA

**Annexe 1 – Arrêté ARS n°2019-3986** du 26 décembre 2019

**Arrêté ARS/DT du Bas-Rhin n°2019-3966** du 20/12/2019 Fixant le tableau de garde départementale des ambulanciers pour les mois de Janvier 2020

**Tableau de garde ADRU67** (Association Départementale de Réponse à l'Urgence 67)

**Arrêté ARS n°2019-3989 du 30/12/2019** Portant autorisation de l'expérimentation innovante en santé intitulée « CoPa : Coaching Parental »

Lettre d'intention et de projet de cahier des charges pour les projets d'expérimentation d'innovation en santé Projet CoPa : Coaching Parental

Direction Générale

**ARRETE ARS n°2019-3989 du 30/12/2019**

**Portant autorisation de l'expérimentation innovante en santé intitulée  
« CoPa : Coaching Parental »**

**Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé Grand Est**

**VU** la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

**VU** le décret en date du 8 décembre 2016 portant nomination de Monsieur Christophe LANNELONGUE en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Grand Est ;

**VU** le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

**VU** la circulaire N° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

**VU** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 26 décembre 2019 concernant le projet d'expérimentation dénommé « CoPa : Coaching Parental » ;

**VU** le cahier des charges sur l'expérimentation article 51 portant le projet d'expérimentation « CoPa : Coaching parental » annexé.

---

**ARRETE**

---

**Article 1 :**

L'expérimentation innovante en santé intitulée « CoPa : Coaching Parental » et portée par le Groupement Hospitalier de Territoire Cœur Grand Est Filière périnatalité est autorisée à compter de la date de publication du présent arrêté, dans les conditions précisées par le cahier des charges en annexe.

**Article 2 :**

La durée d'expérimentation est fixée à 36 mois, à compter de l'inclusion de la première parturiente, avec un périmètre géographique couvrant le territoire du Groupement Hospitalier de Territoire Cœur Grand Est.

**Article 3 :**

La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence Régionale de Santé et Assurance Maladie).

**Article 4 :**

Le Directeur de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à l'intéressé et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

**Article 5 :**

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification. La juridiction peut notamment être saisie via une requête remise ou envoyée au greffe du Tribunal Administratif ou aussi par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr).

Le Directeur Général de l'ARS Grand Est

Christophe LANNELONGUE

P/ Le Directeur Général  
Le Directeur de la Qualité, de la  
Performance et de l'Innovation

**Laurent DAL MAS**

## Lettre d'intention et de projet de cahier des charges pour les projets d'expérimentation d'innovation en santé

### **Projet CoPa : Coaching Parental**

Ou

«**Proposer un accompagnement par des auxiliaires de puériculture lors de la sortie de la maternité, en coordination avec les dispositifs existants (PRADO, Sage-femme libérale, PMI) : organisation visant à favoriser la qualité de vie des mères, des enfants, des familles et contribuant à l'effcience et à l'application en situation réelle des conseils à la parentalité - GHT Cœur Grand Est**»

*Cahier des charges 14.0 – 20 décembre 2019*

#### **1. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation**

##### **1.1. Enjeux du projet**

###### **Un coaching parental, nécessaire pour tous**

Notre société cultive l'individualisme ainsi que la performance. L'isolement des jeunes mamans à leur retour à domicile est une situation fréquente et récurrente à plusieurs générations désormais. Il est la conséquence de la mobilité professionnelle qui éloigne des familles, des enjeux professionnels qui ne facilitent ou ne permettent pas toujours un congé parental par le père ou des liens sociaux insuffisamment étayés, voire développés. Cette situation nous concerne tous. Le milieu social ne constituant pas un déterminant spécifique de la nécessité d'un coaching parental.

A ce jour, les différents modes de sortie post accouchement des patientes sont les suivants :

- **Dispositif PRADO (PRogramme d'Accompagnement au retour à Domicile) sorties précoces et standard**

En France la HAS prévoit depuis mars 2014 des critères d'éligibilité aux sorties précoces de maternité, c'est-à-dire avant 72 heures pour un accouchement par voie basse et 96 heures pour une césarienne<sup>1</sup>. A la sortie de la maternité, quand la mère et le nouveau-né ne présentent pas de facteur de risque, leur prise en charge médicale peut être effectuée par une sage-femme libérale et par le médecin généraliste : c'est le dispositif PRADO maternité, proposé depuis 2010 pour accompagner les femmes à domicile après leur accouchement. Ce service est proposé en priorité aux mères quittant la maternité dans le cadre d'une sortie précoce. 60% des naissances en France en 2018 ont donné lieu à un accompagnement PRADO, ce qui correspond à 454 000 mères accompagnées.

- **Dispositif standard hors PRADO**

---

<sup>1</sup> HAS : Sortie de maternité après accouchement, conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014

Les mères non éligibles au dispositif PRADO, non éligibles à un accompagnement PMI peuvent toutefois bénéficier d'un suivi par une sage-femme libérale.

▪ **Dispositif PMI situations de vulnérabilité psycho-sociale**

L'accompagnement des femmes vulnérables en périnatalité repose quant à lui essentiellement sur les services de Protection Maternelle et Infantile, puisqu'elles n'ont pas accès au PRADO.

L'intervention de la PMI est ouverte à toutes, gratuite, elle se fait le plus souvent à domicile.

Les femmes fragiles sont repérées à partir des critères de vulnérabilité identifiés sur les certificats de grossesse et grâce aux liens réalisés avec les maternités et aux certificats du 8<sup>ème</sup> jour. Les mises à disposition des sages-femmes et des puéricultrices de PMI sont systématiques. Des visites à domicile sont effectuées autant que de besoin.

Ce dispositif comporte cependant plusieurs limites :

- Malgré la vocation universaliste de la PMI, les interventions concernent le plus fréquemment les femmes identifiées comme vulnérables
- Le repérage des situations est parfois tardif en raison d'une transmission des informations qui peut être lente ou incomplète.
- L'image de la PMI est trop souvent pénalisée par son rôle dans la protection de l'enfance (rôle dans l'évaluation des informations préoccupantes par exemple). Cette étiquette conduit ainsi à des refus d'accompagnement ; notamment par les plus en difficulté.

En outre, les accompagnements actuellement proposés et effectués par les sages-femmes sont principalement centrés sur des aspects médicaux de la prise en charge ; examen de l'accouchée et du bébé, actions relatives à la sécurité de la prise en soins.

L'organisation au domicile, la prévention des incidents et accidents de la vie quotidienne, l'accompagnement dans les soins de puériculture, les soins aux aînés le cas échéant, n'entrent pas dans les dispositifs suscités dans le post-partum immédiat : que ce soit PRADO avec/ou accompagnement par la PMI hors PRADO. Ces actions relèvent pourtant d'un travail essentiel d'acquisition ou d'accompagnement psycho-social participant à la prévention des troubles de l'attachement (émergence de comportements autistiques) et des dépressions du post-partum<sup>2</sup>.

Le suivi de l'allaitement et du bien être mère-enfant, déjà assurés par la sage-femme libérale, peuvent également être renforcés par l'intervention d'une AP.

Par ailleurs, les professionnels libéraux ne disposent pas du temps nécessaire à ce travail d'accompagnement et la prise en charge de ces besoins n'est pas inscrite dans la nomenclature des actes tarifés.

## 1.2. Proposition

**Un projet proposant un accès à un accompagnement post-natal par des auxiliaires de puériculture pour tous, complémentaire et coordonné avec les dispositifs existants (PRADO, Sage-femme libérale, PMI)**

En France, contrairement aux pays nordiques présentant d'excellents indicateurs de périnatalité, il n'existe pas, aujourd'hui, de proposition d'aide à domicile systématique et gratuite.

---

<sup>2</sup> INPES : Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf>

Or, dans certains de ces pays (Pays-Bas, Suède...) le déploiement d'une aide à domicile pour toutes les familles a permis de réduire la durée d'hospitalisation après un accouchement et d'améliorer le vécu des suites de la naissance<sup>3, 4, 5</sup>.

La littérature documente largement les inégalités de santé dès l'enfance. Le rapport IGAS, 2011, soulignait déjà que le soutien à la parentalité pouvait avoir un impact considérable sur la santé des enfants. Et notamment sur le développement satisfaisant de leur personnalité<sup>6</sup>.

**Au regard de ces constats, nous proposons une offre de soins globaux spécifiques à destination des femmes accouchant dans le territoire du GHT Cœur Grand Est.**

Cette offre de coaching parental sera proposée sur le GHT « Cœur Grand Est ». Espace de vie matérialisé en bleu ciel sur la carte ci-après.

Elle consiste en l'intervention d'une Auxiliaire de Puériculture (AP) au domicile de la patiente dans les jours qui suivent la naissance. Intervention complémentaire et coordonnée avec les dispositifs PRADO, suivi sage-femme libérale et accompagnement PMI.

Le retour des professionnels de terrain font état d'un temps dédié à l'accompagnement maternel trop limité en établissement de santé.

En moyenne, le temps passé par les différents professionnels est estimé à 3h00 sur 3 jours.

L'expérimentation CoPa propose une durée de coaching parental à domicile par une même professionnelle plus importante et de fait personnalisée.

Deux parcours sont proposés dans le cadre de l'expérimentation CoPa. Le contenu de ces parcours est personnalisé et adapté aux patientes, en fonction d'une éventuelle situation de vulnérabilité.

Le minimum de l'accompagnement est fixé à 5h pour les patientes non vulnérables. En outre, un parcours d'accompagnement renforcé est proposé pour les femmes en situation de vulnérabilité psycho-sociale ou clinique pour l'enfant en sortie du service de néonatalogie. En effet, ces dernières nécessitent un accompagnement adapté à leurs besoins, sur une durée plus importante.

Ces deux typologies de parcours sont détaillées en pages 7 à 9 du cahier des charges.

Ce coaching parental comporte trois axes :

- **Travail sur l'interaction mère-enfant**, (actes supports : portage, bain confort, toucher bienveillant et allaitement)
- **Education et prévention des incidents et accidents de la vie quotidienne** (passant par la prévention des écrans, communication sur la place et le rôle de chacun au sein de la famille, les conseils sur les bons gestes à adopter, l'adaptation de l'environnement...).

---

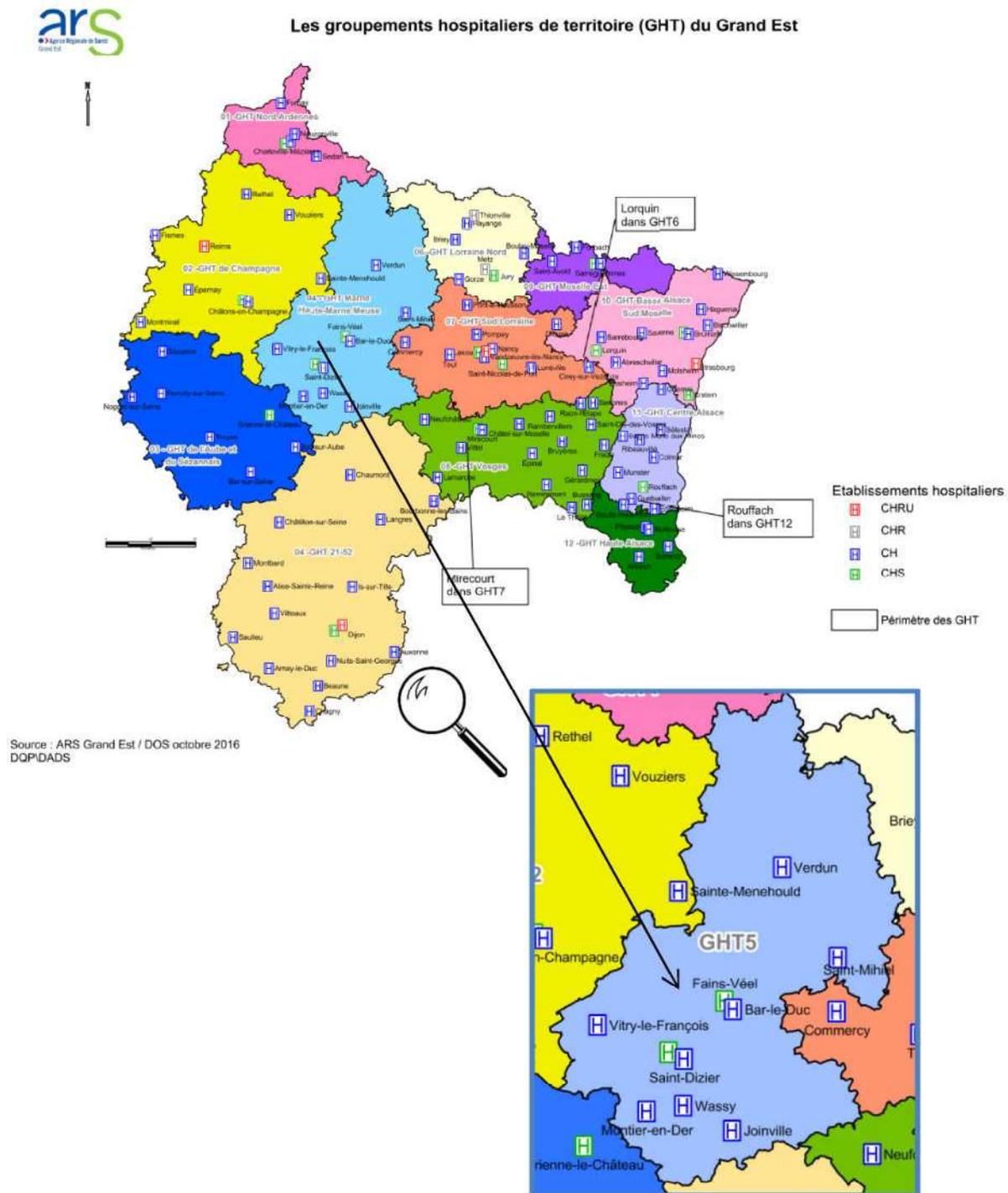
3 Parental experiences of early postnatal discharge: A meta-synthesis. Midwifery Nilsson I, Danbjørg DB, Agaard H, Strandberg-Larsen K, Clemensen J, Kronborg H. oct 2015

4 Home-based versus hospital-based postnatal care: A randomized trial : Boulvain M, Perneger TV, Othenin-Girard V, Petrou S, Berner M, Irion O. BJOG. août 2004

5 Schedules for home visits in the early postpartum period : Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Cochrane Database Syst Rev.,02 2017

6 Rapport Les inégalités sociales dans l'enfance. Santé physique, santé mentale, conditions de vie et développement de l'enfant, Inspection Générale des Affaires Sociales, mai 2011

- Evaluation des ressources sociales et familiales et constitution d'un réseau.



L'expérimentation de coaching parental assure, en plus du parcours socle, un parcours personnalisé centré sur la relation parent-enfant.

L'intervention, bénéficiant à toutes les femmes volontaires, est adaptée à leur situation quelle qu'elle soit : primipare ou multipare, situation de vulnérabilité psycho-sociale et/ou clinique.

Deux parcours CoPa peuvent être déployés fonction d'une éventuelle situation de vulnérabilité :

- « **Accompagnement standard** » pour les patientes ne présentant pas de risque et patientes avec un score de risque minimale (inférieur à 8 selon la grille de repérage des situations de vulnérabilité, cf § 1.4) :

- « **accompagnement renforcé** » pour les femmes à risque(s), psycho-social et/ou clinique (score minimum de 8 selon la grille de repérage des situations de vulnérabilité, cf § 1.4)

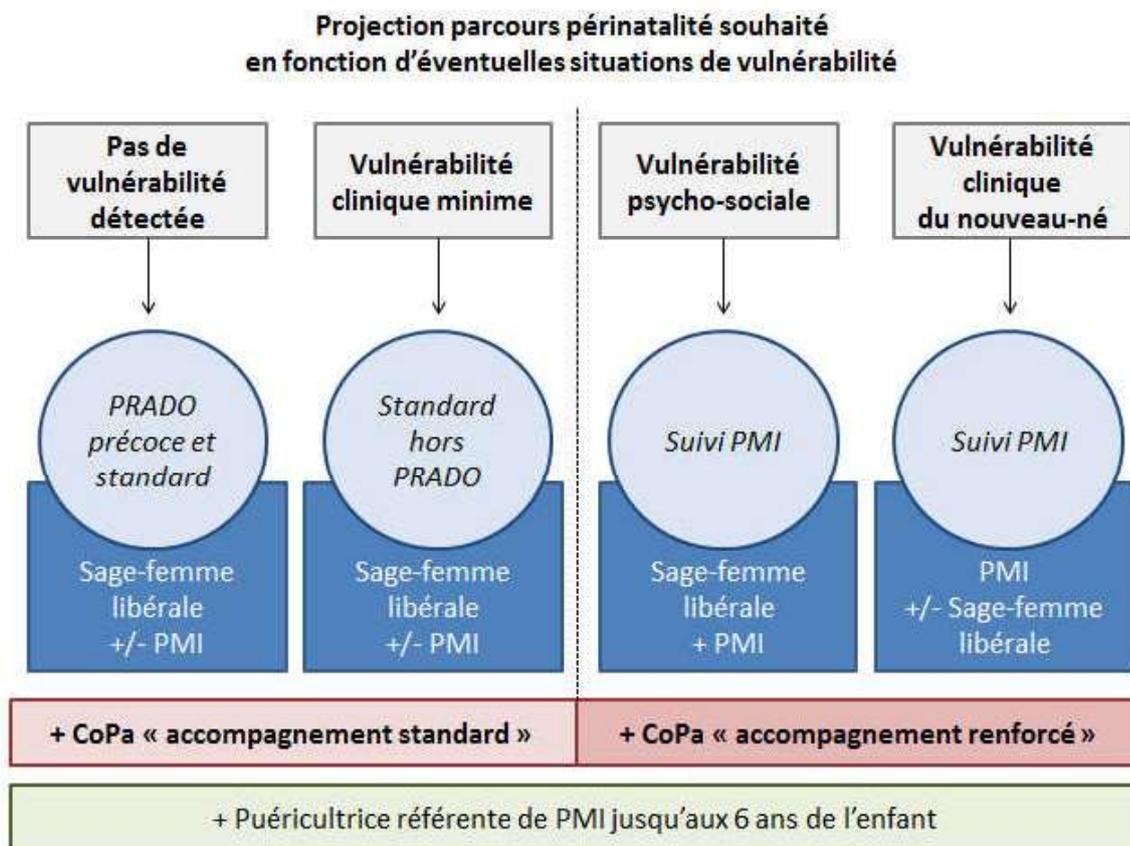
Au-delà de sa mission de soutien des jeunes parents, l'AP est ainsi le pivot de la coordination des différents professionnels dans le post-partum immédiat : hôpital, PMI, libéraux.

### 1.3. Objectifs

Plus précisément, l'accompagnement CoPa s'articule autour des objectifs suivants :

#### Objectif stratégique :

Améliorer la qualité du parcours périnatal des femmes sur le territoire GHT Cœur Grand Est, par l'inscription de cet accompagnement dans une complémentarité des dispositifs existants (cf. schéma ci-après, intervention CoPa en rose, dispositifs existants en bleu)



#### Objectifs spécifiques :

- **Améliorer la coordination des acteurs en périnatal par :**
  - La fluidification du parcours de santé, décloisonnement hôpital/ville/PMI en complémentarité du dispositif PRADO lorsqu'il est applicable
  - Le renforcement de l'accessibilité aux soins et la détection des ruptures de parcours (médecin traitant, pédiatre, gynécologue, psychologue, ...), facilitation

- de l'articulation avec les dispositifs existants (relais puéricultrice de la PMI)  
→ Le positionnement de la puéricultrice de PMI, comme référente de l'enfant jusqu'à ses 6 ans
- **Accompagner /coacher les jeunes parents, en particulier les jeunes mères** (cf. ANNEXE 1 : objectifs des AP CoPa) :
    - Favoriser le lien mère/père/enfant/fratrie
    - Améliorer la santé de la mère et de l'enfant
      - o pour la mère :
        - diminution de l'isolement
        - diminution du nombre de syndromes dépressifs du post partum
      - o pour l'enfant :
        - prévention des troubles du comportement
        - diminution de la survenue d'accidents domestiques
  - **Améliorer l'efficacité de la prise en charge**
    - Diminuer la durée moyenne de séjour (DMS)

#### 1.4. Modalités opérationnelles de l'intervention

Le dispositif s'appuie sur les AP hospitalières pour les raisons suivantes :

- Les missions de l'AP CoPa relèvent toutes de son rôle propre ;
- L'AP CoPa appartient à l'équipe hospitalière, elle est présente dès la naissance et dispose d'un réseau médical et paramédical et territorial solide.

#### ► ÉTAPE 1 : Informer les futures mamans du dispositif coordonné CoPa, PRADO, suivi sage-femme libérale, PMI

Le dispositif CoPa est présenté par la sage-femme (hospitalière, libérale ou PMI) aux femmes, quelle que soit la typologie d'établissement concerné (maternité publique ou privée) :

- lors de l'entretien prénatal individuel (EPI) ou en couple ;
- en consultation ;
- en préparation à la naissance ;

Cette présentation est simultanée à la présentation des dispositifs existants : PRADO, le suivi par la sage-femme libérale et l'accompagnement PMI.

La présentation simultanée des 4 dispositifs, de leur articulation et complémentarité, projette la femme dans différents modes de sortie avec un dénominateur commun : le coaching parental pour tous, avec ou sans risque de vulnérabilité (psychosociales, cliniques).

Un flyer de présentation du dispositif coordonné CoPa, PRADO, suivi sage-femme libérale, PMI est remis aux parents (cf. ANNEXE 2 : flyer de présentation du dispositif coordonné (face 1 et face 2) et ANNEXE 3 : flyer de description du dispositif à destination des professionnels).

Cette information en amont de l'hospitalisation concernant le retour à domicile laisse au couple/ à la patiente un temps de réflexion. Au cas où le dispositif n'a pas été proposé en anténatal, il le sera en cours de l'hospitalisation par la sage-femme.

En complément, il est convenu avec la CPAM, que les Conseillers d'Assurance Maladie (CAM) présentent également aux patientes le dispositif CoPa lors de leur visite PRADO maternité. Le dispositif, validé par les CAM de Haute-Marne, pourra être envisagé pour

les CAM de Meuse.

## ► ÉTAPE 2 : Identifier les femmes à intégrer à l'expérimentation et préparer leur sortie

Pour rappel, le dispositif CoPa est proposé en anténatal à toutes les femmes du GHT Cœur Grand Est.

Au préalable de toute intervention en chambre, l'AP CoPa recueille les informations utiles (critères de vulnérabilité - selon grille en Annexe, présence ou non de facteurs de risque) auprès de la sage-femme et de l'AP hospitalière.

Le recueil de consentement est assuré par l'AP CoPa au cours de l'hospitalisation. Pour les sorties PRADO, le CAM recueille le consentement pour les deux dispositifs PRADO et CoPa.

L'AP CoPa, quel que soit le dispositif, se déplace en chambre pour se présenter à la patiente, pour recueillir ses coordonnées et celles de la sage-femme libérale pressentie pour le suivi à domicile. Elle planifie les différentes rencontres, de façon coordonnée avec la sage-femme libérale.

## ► ÉTAPE 3 : Réaliser un bilan éducatif au domicile

Lors de la première rencontre au domicile, l'AP réalise une évaluation des ressources maternelles et parentales.

A partir de ce bilan, le programme précis de l'accompagnement et son volume seront estimés. A noter que des notions de base sont, quel que soit le bilan, travaillées de fait avec la maman. (Cf. ANNEXE 1 et ANNEXES 4 et 5 : Profil de poste AP à domicile et grille de repérage des situations de vulnérabilité)

Les AP intervenant dans le cadre du dispositif CoPa auront toutes suivi des formations socle et des formations spécialisées couvrant les différents aspects de l'intervention :

- la coordination des soins à domicile avec l'ensemble des acteurs libéraux, PMI, hospitaliers
- le coaching ; portage, toucher relationnel, compétences du nouveau-né, prévention, éducation, ...

Cf. un exemple de programme de formation en ANNEXE 6.

Il est également prévu des modules de formation « coaching positif ».

## ► ÉTAPE 4 : Mettre en œuvre les accompagnements auprès des mamans

Il est identifié plusieurs parcours CoPa, cf. schéma d'intervention ci-après :

- « **Accompagnement standard** » pour les patientes ne présentant pas de risque et patientes avec un score de risque minime (inférieur à 8) :
  - o PRADO sortie précoce
  - o sortie standard (PRADO et hors PRADO)
- « **accompagnement renforcé** » pour les femmes à risque(s) psycho-social et/ou clinique (score minimum de 8) :
  - o Vulnérabilité psycho-sociale

- o Vulnérabilité clinique (sortie de néonatalogie)

La fréquence d'intervention de l'AP CoPa est définie à partir du bilan réalisé en étape 3.

La visite de l'AP en complément de la visite médicale de la sage-femme libérale complète le travail éducatif de la jeune mère, initié à la maternité. La prestation AP CoPa est définie plus haut (Cf. partie 1.2 Proposition et ANNEXE 1).

Les visites ont lieu du lundi au samedi de 8h15 à 17h45, éventuellement le dimanche si un besoin est exprimé.

Un contact est pris avec l'équipe de PMI pour fixer la date de la consultation conjointe avec la puéricultrice à J+15, pressentie pour être la référente de l'enfant jusqu'à ses 6 ans, facilitant ainsi son intervention. La présence systématique de la PMI lors de ce dernier entretien sera fonction de ses capacités d'intervention.

Cet accompagnement CoPa permet également la mise en lien des jeunes parents avec les dispositifs d'aide disponibles pour cette période périnatale et pour les mois qui suivent (Technicien d'Intervention Sociale et Familiale (TISF), aides à domicile, lieux d'accueil enfants parents...).

### Description des parcours :

- **Parcours CoPa « Accompagnement standard »** pour les patientes ne présentant pas de risque et patientes avec un score de risque minime (inférieur à 8) :

- o PRADO sortie précoce

La sortie précoce (inférieur à 72H après la naissance) : patiente présentant une grossesse physiologique évaluée à bas risque pour la naissance (encore appelée sortie PRADO Précoce) sans fragilité psycho sociale.

La patiente est informée des modalités de sortie en anténatal et des possibilités d'accompagnement qui s'offrent à elle : par la sage-femme libérale, par l'AP CoPa, et par le relais puéricultrice de PMI.

En choisissant ce mode de sortie, elle adhère d'emblée à un accompagnement par la sage-femme libérale et par l'auxiliaire à domicile. Le conseiller de la sécurité sociale du PRADO, en post natal immédiat, assure l'inscription de la patiente dans le dispositif, présente la sage-femme libérale et l'AP CoPa.

La sage-femme libérale et l'AP CoPa organisent leurs passages.

L'AP CoPa présente, lors des séances de coaching parental version standard, les missions de la puéricultrice de PMI et propose aux parents de la rencontrer soit dans le cadre d'une visite conjointe, soit à distance en fonction de leurs besoins.

Une liaison écrite avec la puéricultrice de PMI est réalisée.

- o Sortie standard (PRADO et hors PRADO)

La sortie à 72 heures PRADO : patiente éligible au dispositif PRADO sans complication. Le dispositif diffère uniquement du précédent par le fait que le coaching parental de l'auxiliaire de puéricultrice n'est pas automatique. La patiente peut ne pas adhérer à ce service.

La sortie standard hors PRADO :

-La patiente présente des complications médicales inhérentes à la grossesse ou à l'accouchement.

-L'enfant nécessite une surveillance accrue.

La sortie est alors organisée par la sage-femme hospitalière : elle met en place un dispositif d'accompagnement sage-femme libérale et AP CoPa. Le relais avec la puéricultrice de PMI se fait par l'AP CoPa soit dans le cadre d'une visite conjointe soit par une liaison écrite en fonction de la situation.

- **Parcours CoPa « Accompagnement renforcé »** pour les femmes à risque(s) psycho-social et/ou clinique (score minimum de 8) :

- o Vulnérabilité psycho-sociale

Identification de la situation de fragilité en anténatal par le secteur de PMI et/ou hospitalier et/ou libéral.

La situation est présentée au sein d'un staff médico-psycho-social en présence de la puéricultrice de PMI, la sage-femme hospitalière, l'AP CoPa...

Lors de ce staff un projet d'accompagnement est élaboré.

En fonction de la sévérité de la situation, le type d'accompagnement varie ainsi :

-si la situation est très préoccupante, la puéricultrice de PMI se rend d'emblée à la sortie de la maternité chez la patiente et assure la totalité de l'accompagnement psycho social. La sage-femme libérale assure la surveillance médicale.

-Si la sévérité de la situation est moindre, l'auxiliaire de puériculture assure un accompagnement de type « accompagnement renforcé » avec visite conjointe organisée vers le 20<sup>ème</sup> jour après la naissance de l'enfant. La sage-femme libérale assure la surveillance médicale.

La puéricultrice de PMI et l'AP CoPa se présentent en anténatal au couple afin de tisser des liens avant la naissance de l'enfant et en postnatal dans le cadre d'une visite conjointe.

Identification de la situation de fragilité en postnatal :

La sage-femme hospitalière découvre la situation de fragilité et organise la sortie : passage de la sage-femme libérale, passage de l'AP CoPa, et appel des services de PMI.

Une liaison est réalisée entre l'AP CoPa, la sage-femme libérale et la puéricultrice de PMI.

L'AP CoPa organise une rencontre à domicile avec la puéricultrice de PMI après avoir préparé les parents.

- o Vulnérabilité clinique (sortie de néonatalogie)

L'enfant a été hospitalisé pour prématurité par exemple. Le lendemain de sa sortie ses parents peuvent bénéficier d'un coaching renforcé par l'AP CoPa sur quelques jours. Les services de PMI sont prévenus, Une visite conjointe est organisée avec la puéricultrice de PMI au domicile des parents si la situation le nécessite, une liaison écrite pour la puéricultrice est rédigée.

Des exemples de situations rencontrées et des différentes typologies d'accompagnement sont présentés en ANNEXE 7.

## **Tout au long de l'expérimentation : Participer aux temps de coordination**

→ L'AP prend les informations et/ou fait le lien avec le staff médico-social mensuel de l'établissement pour les patientes en situation de vulnérabilité.

→ Une fois par semaine, l'AP bénéficie d'un staff sage-femme/ PMI pour réaliser un

« suivi des sorties ».

→ Le lien avec la sage-femme libérale se fait via des transmissions écrites au domicile, et téléphoniques.

→ Le lien avec la puéricultrice de PMI se fait via des transmissions écrites, orales et/ou lors de la visite conjointe au domicile de la patiente.

→ Le lien avec les médecins (médecin traitant, pédiatre), se fait dans le cadre du staff hebdomadaire « suivi des sorties ». Un compte-rendu leur est envoyé, dans l'attente de la solution numérique (cf. paragraphe ci-après).

→ En situation urgente, l'AP fait le lien avec la sage-femme coordinatrice, qui prend les dispositions nécessaires. L'AP en informe la sage-femme libérale.

→ Le cas échéant, l'intervention permettra également de faciliter le recours et la mise en lien ou l'intervention d'autres professionnels de santé tels que diététicienne ou psychologue.

### **Optimiser la mise en œuvre à l'aide de la e-santé**

Un outil e-santé va être déployé en cohérence avec la politique SI sur le territoire (SI GHT, e-parcours, projet TI E Meuse santé) afin d'optimiser l'organisation et la prise en charge des patientes, ainsi que leur mobilisation et responsabilisation, dans le cadre de cette expérimentation (tablette pour le suivi des patientes à domicile, pèse-bébé, tensiomètre et thermomètre connectés, etc.)

Il est à noter que l'installation de la solution connectée ne constitue pas un pré-requis pour déployer et mettre en œuvre l'expérimentation.

Cette technologie vient se greffer et renforcer l'organisation et la coordination des professionnels partie prenante.

### **1.5. Population concernée**

Dans une démarche d'universalisme proportionné, la population concernée par l'expérimentation est constituée de toutes les femmes accouchées et de leur nouveau-né dans le territoire du GHT Cœur Grand Est, vulnérables ou non. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont explicités en partie 5.



## **2. Impacts attendus**

En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation sont les suivants :

- **En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers :**
  - Sécurisation des sorties de maternité
  - Développement de l'offre de soutien à la parentalité à disposition des parents
  - Amélioration de la visibilité de l'offre sur le territoire et des conditions de l'accès aux services (centres sociaux, dispositifs de garde, lieux d'accueil enfant parent (LAEP)...)
  - Accompagnement dans les démarches (demandes d'aides, modes de garde...)
  - Amélioration du sentiment de bien-être et de la qualité de vie des mères, des enfants et des familles
  
- **En termes de gain en santé**
  - pour l'enfant :
    - prévention des troubles du comportement
    - diminution la survenue d'accidents domestiques
  - pour la mère :
    - diminution de l'isolement,
    - prévention des dépressions du post-partum,
    - prévention des complications de l'allaitement
    - renforcement de l'estime de soi maternel
  
- **En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services**
  - Amélioration des liens entre les acteurs et de l'articulation avec les dispositifs existants (Maternités, PMI, professionnels libéraux)
  - Positionnement et facilitation de l'acceptation de la puéricultrice de PMI, comme référente de l'enfant jusqu'à ses 6 ans
  
- **En termes d'efficience pour les dépenses de santé**
  - Diminution des recours aux soins des jeunes accouchées pour elles-mêmes ou pour leur enfant dans les semaines suivant l'accouchement
  - Poursuite de la réduction de la DMS des accouchées avec la réduction du coût de leur séjour.

## **3. Durée de l'expérimentation envisagée**

Une durée de trois ans est envisagée afin d'intégrer suffisamment de familles dans le dispositif et d'évaluer ce nouvel accompagnement.

#### **4. Champ d'application territorial proposé**

##### **a- Eléments de diagnostic :**

#### **Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation.**

##### **1. Constats sociétaux**

Les constats font écho aux enjeux exposés en parties 1.1 et 1.2 du présent cahier des charges. En outre, la pauvreté des échanges interactifs entre mère et enfant, accrue par l'environnement aujourd'hui entièrement numérisé (tablettes, smartphones, télévision) et auxquels s'ajoutent potentiellement des critères de vulnérabilité, sont propices au développement de troubles du comportement et comportements de type autistiques chez l'enfant.

##### **2. Constats liés au territoire**

La zone d'intervention faisant l'objet de l'expérimentation article 51 est un territoire rural avec une faible densité de population. L'accès aux soins, notamment dans le domaine de la périnatalité, y est parfois difficile du fait de l'éloignement des structures de soins, de l'absence de moyens de transport en commun, des difficultés en rapport avec l'évolution de la démographie médicale. L'offre de soins est fragile avec notamment une densité faible de professionnels médicaux généralistes et spécialistes et des perspectives de départ en retraite importants. Parmi les spécialistes, gynécologues obstétriciens et pédiatres sont très peu nombreux.

Différents secteurs du GHT Cœur Grand Est sont identifiés comme des zones relativement précaires, avec un taux de pauvreté élevé. La prévalence de facteurs de vulnérabilité est également importante (comportements addictifs, consommation d'alcool).

En Meuse, les appels pour des renseignements, des inquiétudes, par les accouchées dans les services de salle de naissance et d'obstétrique sont en moyenne de 6 par jour. Ces appels sont reportés dans les services et désorganisent les soins. Les réponses sont évaluées comme insatisfaisantes par les professionnels du fait de la non-connaissance de la situation et de l'absence de temps dédié pour répondre correctement.

Ces appels mettent notamment en exergue une éducation à la parentalité insuffisante : apprentissage des compétences des nouveaux nés, conseils en nursing et puériculture, absence de conseils concernant les accidents de la vie...

#### **Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation ?**

- Le territoire bénéficie d'interventions à domicile de la part de la PMI autant pour les suivis de grossesse (par les sages-femmes) que pour l'accompagnement en périnatalité (par les puéricultrices). Mais les capacités d'intervention sont limitées. A noter qu'un projet périnatalité a été développé par le Département de la Meuse. Ce projet innovant permettra de renforcer les capacités d'intervention et l'articulation avec l'intervention des AP et les infirmières puéricultrices de PMI.
- Le maillage du territoire par les sages-femmes libérales s'est développé au

cours des 10 dernières années.

- Les acteurs du territoire sont favorables à l'expérimentation et ont contribué à son élaboration: les sages-femmes libérales, les médecins de PMI, l'Assurance maladie.

### **Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?**

Le territoire du GHT Cœur Grand Est est identifié comme un territoire « vulnérable » et « isolé ».

Le Lien ville Hôpital est insatisfaisant, les professionnels en ville sont saturés par les demandes (médecins, sages-femmes, pédiatres),

Les évaluations des situations cliniques sont essentiellement médicales et non psychosociales du fait du temps dédié et en regard de la tarification financière.

Le relai PMI est insatisfaisant du fait de l'image contrôle.

En outre, la proposition d'accompagnement CoPa répond aux enjeux du PRS dans son volet "améliorer le parcours de santé en périnatalité" (cf. ANNEXE 8).

#### **b- Champ d'application territorial**

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	oui	Territoire GHT Cœur Grand Est
Régional		
Interrégional		
National		

L'objet, le contenu de l'expérimentation ainsi que les acteurs impliqués contribuent à rendre le modèle organisationnel proposé aisément répliquable.

**5. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de L'expérimentation (ou groupe d'acteurs)**

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet
Porteur :	GHT Filière périnatalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jérôme GOEMINNE (directeur GHT)</li> <li>- Eric LHUIRE (directeur filière GHT périnatalité)</li> <li>- Fabienne GALLEY-RAULIN (GHT)</li> <li>- Céline ROUYER (CH Bar-le-Duc)</li> <li>- Mylène GOUVERNEUR (CH St Dizier)</li> <li>- Nadège HALBUTIER (CH de Verdun)</li> </ul>	
Partenaire(s) du projet D'expérimentation :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARS Grand Est</li> <li>- DCGDR</li> <li>- CPAM</li> <li>- CD 55 : DR. Denis AMBROISE</li> <li>- CD 51 : Dr HEMMERLING</li> <li>- SF Libérales GHT Cœur Grand Est</li> <li>- Centre Périnatal de Proximité (CPP) de Vitry-le-François</li> </ul>		

**Identification de l'équipe :**

Les AP sont hospitalières et appartiennent à l'équipe du GHT et notamment au Centre périnatal de BAR et à la maternité de saint DIZIER. Elles sont encadrées par les Sages-femmes coordinatrices : Mylène GOUVERNEUR et Céline ROUYER et pour le GHT : Fabienne GALLEY-RAULIN.

De nombreux acteurs soutiennent le projet : PMI, Réseau périnatal de Champagne-Ardenne, Réseau Périnatal Lorrain, sages-femmes libérales de Saint-Dizier, CPAM de Haute-Marne cf. ANNEXES 9 à 12.

## 6. Catégories d'expérimentations

- A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ?  
*Il est possible de combiner les catégories.*

<b>Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 -I-1°)</b>	<b>Cocher</b>
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico- administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

<b>Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 - I-2°)</b>	<b>Cocher</b>
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	

<b>Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 - II°)<sup>1</sup> :</b>	<b>Cocher</b>
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, Notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et	

Prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	

## 7. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

*Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.*

<b>I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites du financement actuel	<p><i>L. 162-22-6, L162-22-10 et L162.26 relatifs au fonctionnement hospitalier</i>  <i>L.162-1-7 relatif à l'exercice libéral</i></p> <p><i>Pas d'incitation à la coordination de la prise en charge</i>  <i>Pas d'intervention des AP au domicile</i></p>
<p><u>Dérogations de financement</u> envisagées (<u>article L162-31-1-II- 1° et 3°</u>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Facturation,</i></li> <li>• <i>Tarifification,</i></li> <li>• <i>Remboursement,</i></li> <li>• <i> Paiement direct des honoraires par le malade</i></li> <li>• <i>Participation de l'assuré</i></li> </ul>	<p>Définition d'un forfait pour le coaching parental à domicile, incluant prise en charge, transports, installation, encadrement et coordination des équipes d'AP, temps de coordination pour les AP, et incitation des sages-femmes libérales</p>

<b>II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites des règles d'organisation actuelles	<p><i>L. 162-22-6, L162-22-10 et L162.26 relatifs au fonctionnement hospitalier</i>  <i>L.162-1-7 relatif à l'exercice libéral</i></p> <p><i>Pas d'incitation à la coordination de la prise en charge</i>  <i>Pas d'intervention des AP au domicile</i></p>
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (<u>article L162-31-1-II- 2°</u>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i></li> </ul>	<p>Définition d'une organisation permettant l'intervention d'AP au domicile des patientes, pour la réalisation d'actions de coaching parental, en coordination avec</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i></li> <li>• <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i></li> <li>• <i>Dispensation à domicile des dialysats</i></li> </ul>	les dispositifs existants
--	---------------------------

## **8. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement**

### **Volumétrie (patientes) :**

Le GHT Cœur Grand Est a comptabilisé 2 065 séjours/séances pour accouchements par voie basse et césariennes en 2018. Parmi ceux-ci, 1 213 en Meuse et 852 sur le site de Saint Dizier (données ARS Grand Est / PMSI).

Environ 1500 accouchements, soit près des trois quarts des accouchements devraient être inclus dans le cadre de l'expérimentation sur le territoire du GHT Cœur Grand Est.

**Périmètre d'action :** GHT Cœur Grand Est (cf. carte page 3)

### **Critères d'inclusion :**

Le dispositif de coaching parental CoPa est proposé à l'ensemble des femmes dont l'accouchement est prévu dans le territoire d'intervention, quel que soit leur niveau de vulnérabilité identifié

### **Critère de non-inclusion :**

L'absence de consentement de la patiente à bénéficier de l'intervention CoPa.

## 9. Modalités de financement de l'expérimentation\*

		CoPa "accompagnement standard"		CoPa "accompagnement renforcé"	
		Durée/fréquence par patiente	Coût chargé par patiente	Durée/fréquence par patiente	Coût chargé par patiente
Installation, encadrement animation de l'expérimentation et des équipes d'AP	PEC soins, y compris frais de déplacement par l'AP *	4h30 (soins) + 1h30 (déplacement)	Intégrés dans les montants présentés ci-après 150 €		Intégrés dans les montants présentés ci-après 250 €
	Coordination par l'AP *	20 min	8,33 €	20 min	8,33 €
	Temps de recrutement administratif	1h/jour/pour 3 patientes / 3 fois par patiente	25 €	1h40/jour/pour 3 patientes / 5 fois par patiente	41,67 €
	Temps de concertation	15 min + 10 min (staff de sortie)	10,42 €	1h (staff dont 30 min en ante et 30 min en post) + 1h30 de liaison avec les autres acteurs en dehors des staffs	62,50 €
<b>AP** : Forfait (y compris 10% de charge de structure) / patiente</b>			213 €		399 €
<b>SF libérale : forfait cluster incitatif / patiente***</b>			30 €		30 €
<b>FORFAIT TOTAL / PATIENTE**</b>			<b>243 €</b>		<b>429 €</b>

\*une révision de ce modèle économique sera réalisée à mi-parcours, sur la base d'une comptabilité analytique mise en place dès l'initiation du déploiement du projet

\*\*les forfaits incluent le temps de coordination assuré par la sage-femme coordinatrice GHT Cœur Grand Est

\*\*\*versement conditionné à la mise en place d'une charte co-signée entre le porteur et la sage-femme, et traduisant l'implication de la sage-femme dans le dispositif

Base charge moy. annuelle : 40 000 € (cf. Grilles indiciaires)      Coût horaire chargé : 25€

Le besoin de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) s'élève à 1.219.050 euros pour la durée de l'expérimentation, à raison de 406.350€ pour chacune des trois années de mise en œuvre (cf. tableau ci-dessous).

### Besoin de financement au titre de la prise en charge par le FISS :

	Année 1	Année 2	Année 3	TOTAL
Nombre de parturientes	1 500	1500	1500	4500
<i>dont cas estimés</i> « accompagnement standard » = 85%	1 275	1275	1275	3 825
<i>dont cas estimés</i> « accompagnement renforcé » = 15%	225	225	225	675
Accompagnement standard (FISS)	309 825€	309 825€	309 825€	929 475 €
Accompagnement renforcé (FISS)	96 525€	96 525€	96 525€	289 575 €
<b>TOTAL FISS</b>	<b>406 350€</b>	<b>406 350€</b>	<b>406 350€</b>	<b>1 219 050€</b>

L'ARS a déjà approvisionné 200 000€ de FIR pour lancer l'expérimentation dans le sud du GHT Cœur Grand Est en amont (le financement couvre les ressources RH, l'équipement automobile et mobilier, et le lancement opérationnel). Ce montant sera complété afin de permettre de financer et maintenir la solution SI dont le montant est estimé à 200 K€ qui correspond à des coûts d'achat de licence et d'outils, tels que les tablettes pour les AP CoPa.

## **10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées**

### **Quels sont les indicateurs de suivi proposés pour l'évaluation :**

#### **- Indicateurs de résultats et d'impacts**

- Typologie des plus-values identifiées (sentiment de sécurité, augmentation de la confiance en soi...)
- Nombre de femmes déclarant avoir acquis des connaissances lors de cet accompagnement
- Typologie des connaissances acquises
- Nombre de femmes déclarant mieux identifié les ressources du territoire disponibles pour les parents
- Evolution T0/T1 du nombre d'hospitalisations de la mère ou de l'enfant dans les 6 mois suivant la naissance
- Evolution T0/T1 du nombre de consultations en médecine générale dans le mois post natal
- Evolution du pourcentage de patientes ayant accepté le suivi PMI dans les situations vulnérables

- Pourcentage d'allaitement poursuivi et durée moyenne d'allaitement
- Pourcentage de dépression du post partum à 2 mois révolus (échelle validée de la dépression)
- Taux d'IP pour la population vulnérable suivie dans les 6 mois
- Réduction de la DMS

**-Indicateurs de satisfaction et «expérience» des patients (et/ou de leurs aidants) ;**

- Taux de satisfaction des patientes
- Nombre de femmes identifiant des plus-values au dispositif
- Typologie des points forts et points faibles du dispositif identifiés par les patientes
- Taux de satisfaction des AP
- Difficultés rencontrées par les AP dans la mise en œuvre des accompagnements
- Taux de satisfaction des partenaires de l'expérimentation (sages-femmes libérales, agents PMI)

**-Indicateurs de processus : ils permettront de suivre le déploiement du projet d'expérimentation ;**

- Taux de suivi (nb de naissances accompagnées / nb de naissances total respectant les critères d'inclusion à l'expérimentation)
- Profil des parents concernés (référence aux codages de vulnérabilité)
- Pourcentage de parents informés à la sortie de la maternité
- Nombre de refus d'accompagnement et motifs de refus
- Nombre de visites et d'heures nécessaire en moyenne
- Répartition dans les jours qui suivent la naissance
- Nombre total de visites / d'heures réalisées à domicile
- Nombre de mesures d'aides déployées
- Nature des tâches effectuées
- Nombre de liens AP/PMI réalisés au domicile
- Nombres de participation au staff PMI/Hôpital et nombre de dossiers présentés.

**-Indicateurs de moyens (financiers, humains...).**

- Budget prévu/réalisés
- Nombre d'AP impliquées dans le projet
- Temps de coordination (hors accompagnement) nécessaire au projet

**11. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées**

Le consentement libre et éclairé de la patiente se fait après information, cf. 1.4 Modalités opérationnelles de l'intervention, Étape 2.

## **12. Liens d'intérêts**

Les différents partenaires n'ont aucun lien d'intérêt en rapport avec le projet d'expérimentation.

## **13. Références**

Cf. notes de bas de page.

## Objectifs des Auxiliaires de puériculture : 3 axes

- Travailler L'interaction primaire = prévention du comportement autistique
- Assurer la sécurité par des mesures préventives = prévention des incidents et accidents
- S'assurer du réseau et des ressources maternelles = prévention isolement

Coaching  
POSITIF : Faire  
émerger les  
forces  
maternelles

Travail sur l'interaction mère-enfant via le toucher, le portage, le bain enveloppé et les compétences du nouveau-né (les sons, décodage des pleurs, exercices toniques), l'allaitement

Adaptation à l'environnement, conseils hygiène et sécurité ( couchage, les signes de détresse..), prévention des écrans (CF Support), premiers pas vers l'éducation à la sexualité, évaluer les ressources maternelles internes (qui appeler, quand appeler...)

Evaluer les ressources externes, le réseau familial, médical et Ou social

Présenter la puéricultrice de PMI (CF Support) = référent de l'enfant jusqu'à ses 6 ans

Organiser une visite conjointe

Le parcours est personnalisé

Evaluation du Parcours en anténatal/ périnatal/postnatal

# L'ACCOMPAGNEMENT PAR L'ÉQUIPE DE PÉRINATALITÉ

Grossesse

Je rencontre régulièrement ma sage-femme\* et /ou mon gynécologue.

\*hospitalière, libérale ou PMI

**Le suivi médical**  
Consultations et échographies de grossesse

**Préparation à la naissance et à la parentalité**

- Prendre soin de soi
- S'approprier son nouveau corps

- Communiquer avec son bébé
- Se projeter dans la naissance de son enfant



1<sup>er</sup> = Naissance

Je rencontre mon équipe de maternité. Elle organise ma sortie.

Je bénéficie à mon domicile, dans les 48h, du passage de ma sage-femme et de mon auxiliaire de puériculture pour notre bien-être, notre sécurité, nos apprentissages.

**Le suivi médical**  
Accouchement, suivi clinique de la maman et du bébé / Examens

**Apprendre à connaître son enfant**

- Mise en place de l'allaitement au sein ou au biberon
- Peau à peau et ses bienfaits

- Le premier bain / Les soins de change
- Le portage à bras

**Les conseils de sortie**

- Contraception / reprise de la sexualité
- Rééducation du périnée
- Programmation des visites néonatales

de J+2 à J+15

Je rencontre ma sage-femme et mon auxiliaire de puériculture à mon domicile.

Elles interviennent pour s'assurer de notre bien-être et nous accompagnent selon nos besoins.

**Le suivi médical**  
Surveillance clinique de la maman et du bébé

**Créer une relation avec son bébé**

- L'allaitement au sein ou au biberon
- Les compétences du nouveau-né

- Le couchage
- Le bain détente et le toucher bienveillant
- Le portage
- L'adaptation de l'environnement
- La prévention des accidents domestiques
- Tout savoir sur les écrans
- Premiers pas vers une éducation à la sexualité

J+20

Je rencontre la puéricultrice référente de mon enfant

Elle nous accompagnera jusqu'à ses 6 ans

**Poursuite et renforcement des apprentissages**

- Les besoins fondamentaux de l'enfant
- La parentalité et l'accompagnement éducatif
- L'observation du développement psychomoteur et sensoriel
- Le suivi des apprentissages

**Répondre aux besoins de la famille**



ANNEXE 2: flyer de présentation du dispositif coordonné à destination des patientes (face 2)

## À LA PARENTALITÉ

- Accompagner le couple durant la grossesse,** préparer les parents à la naissance de leur enfant.
- Accompagner la naissance,** assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, accompagner les parents dans les débuts de leur parentalité.
- Accompagner les parents et le Bébé à leur sortie de la maternité,** assurer leur sécurité.
- S'assurer du bien-être du Bébé,** Poursuivre et renforcer les apprentissages

**DEVENIR PARENT**

Je choisis cet accompagnement

Date \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Avec \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**Contact par SMS :**  
**06 XX XX XX XX**

*Service gratuit*

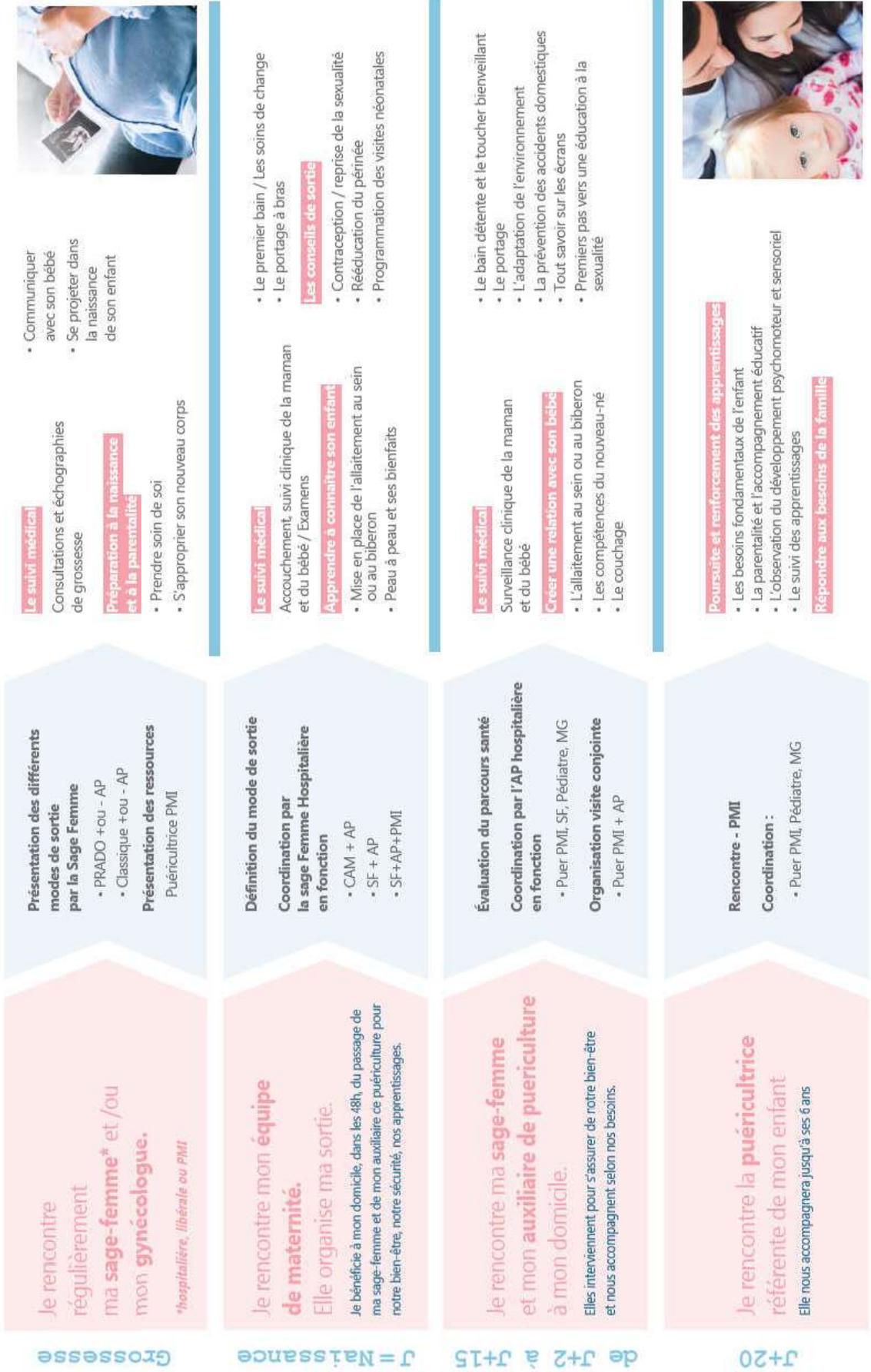
CENTRE MEDICAL DE LA FEMME ET DE L'ENFANT



# DEVENIR PARENT

## ANNEXE 3 : flyer de description du dispositif à destination des professionnels

# L'ACCOMPAGNEMENT PAR L'ÉQUIPE DE PÉRINATALITÉ



**ANNEXE 4 : Profil de poste AP à domicile**

	<b>GHT 5</b>	<b>Profil de poste Auxiliaire de puériculture Périnatalité Domicile</b>	Date de création : 01 / 05/ 2019
			Date de mise à jour :
Date d'application : / /	Codification du document: <b>DRH - DS</b>		Page : 1

**Intitulé du poste :**

AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

**Service d'affectation et orientation :**

Pôle mère enfant Filière territoriale GHT 5

**Place dans l'organigramme du service :**

<b>Liaisons hiérarchiques</b>	<b>Liaisons fonctionnelles</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Directeur des soins infirmiers</li><li>• Sages-femmes coordinatrices</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les services de soins</li><li>• Les services logistiques</li><li>• Secrétariat</li><li>• PMI</li></ul>

**Missions spécifiques et exigences du poste :**

Accompagnement à la parentalité  
Education à la parentalité  
Déplacement à domicile (permis B exigé)

**Thématiques :**

Aide au décodage du comportement du Nouveau-né  
Accompagnement des rythmes de la mère et de l'enfant  
Alimentation de la mère et de l'enfant, Accompagnement de l'allaitement maternel  
Soin de nursing et de confort : Bain, portage, massage, hygiène environnementale  
Conseils, mise en œuvre de comportements d'adaptation à l'environnement  
Prévention du bébé secoué  
Identification des personnes ressources à proximité : médicales et non médicales  
Travail sur les accidents de la vie courante  
Accompagnement de la fratrie si besoin  
Prévention des écrans  
Premiers pas vers l'éducation à la sexualité

**Aptitudes requises :**

- Patience, empathie, amabilité et compétence pédagogiques

- Mise à niveau régulière des connaissances en allaitement maternel en psycho périnatalité
- Capacité à évaluer, à transmettre,
- Capacité à se remettre en question
- Bonne résistance physique et morale,
- Sens de l'organisation,
- Sens des responsabilités,
- Autonomie dans le travail, Prise d'initiative,
- Respect du travail des autres

### **Conditions de travail**

- Cycle de travail hebdomadaire : 35 heures par semaine, 7 heures par jour
- Temps de travail annuel déterminé au début de l'année par la DRH
- Horaires journaliers : conforme aux horaires validés pour l'organisation du service

### **Particularités du poste :**

- Ouverture d'esprit et capacité d'écoute quelle que soit la situation,
- Travail en étroite collaboration avec les sages-femmes et AP hospitalières, les puéricultrices et médecins de PMI, les sages-femmes libérales et les médecins traitants , les pédiatres

Version 2019

ANNEXE 5 : Grille de repérage des situations de vulnérabilité



**Réseau Périnatal**  
de Champagne-Ardenne

**Repérage**  
**Situations vulnérabilité et périnatalité**  
*Réf : Rapport CNINSE 2014 annexe 5*

**Identité de la mère**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cet outil doit pouvoir guider les professionnels à repérer les patientes enceintes en situation de vulnérabilité afin d'appréhender le plus en amont possible l'organisation du parcours à dérouler avec l'ensemble des acteurs impliqués. Il se base sur des indicateurs dont certains sont prioritaires -si ils impactent directement la grossesse- et nécessitent un accompagnement coordonné voire une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en Périnatalité et Parentalité (RC3P) pour formaliser le parcours de soin.

Cet outil n'est qu'un guide, il ne doit pas effacer l'appréciation des professionnels qui reste prioritaire !

**Objectif : repérer-anticiper-personnaliser-évaluer-réévaluer-autonomiser**

**Synthèse : Appréciation du professionnel -Indicateur prioritaire- Scoring**

date :    /    / 201

---

---

---

---

---

---

---

---



**INDICATEURS PRIORITAIRES IMPACTANT LA GROSSESSE**  
**Au moins un indicateur prioritaire coché**  
⇒ **Envisager RC3P pour coordonner le parcours médicosychosocial**

Antécédents de placements éducatifs ou judiciaires d'enfants ou signalements	
Conduites addictives (Tabac, alcool, médicaments, toxicomanie, jeux, alimentaires...)	
Handicap (niveau compréhension limité, Handicap physique...)	
Pathologie mentale	
Perception négative de la santé (état de santé général, défaut compliance, carence ou obésité, suivi irrégulier médical et gynécologique...)	
Violences : tout type de violences actuelles ou antérieures	
Vulnérabilité psychique	

## SCORING ET CONDUITE A TENIR

### AGE

Moins de 18 ans	2
40 ans et plus	1
18-39 ans	0

### RESSOURCES DU FOYER

Aucune ressource ou difficultés financières	2
Ressources en prestations sociales, pensions...	1
Salaire	0

### OUVERTURE DES DROITS

Aucune couverture médicale	2
Couverture médicale incomplète (dont PUMa) ou AME et CMUC	1
Couverture médicale complète ou assurance	0

### LOGEMENT

Aucun logement	2
Logement précaire ou inadapté	1
Logement adapté	0

### ENVIRONNEMENT

Isolée sans personne ressource	2
Père absent, soutien familial ou réseau social restreint	1
En couple ou séparée mais père présent, soutien familial et réseau social	0

### MOYENS DE TRANSPORT

Aucun moyen de transport propre ou en commun	2
Possibilité de transport en commun, mais difficultés financières pour payer ou aide entourage aléatoire	1
Accès aux transports pour se rendre aux consultations sans difficultés	0

### BARRIERE LINGUISTIQUE

Ne parle pas français (même si compréhension)	2
Parle français, ne sait ni lire, ni écrire	1
Parle français, sait lire et écrire	0

### SUIVI DE GROSSESSE

Pas de suivi	2
Déclaration tardive de grossesse ou suivi irrégulier	1
Suivi régulier de grossesse	0

TOTAL \_\_\_\_\_ / 16

<b>Scoring ≥ 12</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de la bonne information, communication et coordination des acteurs impliqués</li> <li>RC3P pour coordonner le parcours médicopsychosocial</li> </ol>
<b>8 ≤ Scoring ≤ 11</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>S'assurer de la bonne information, communication et coordination des acteurs impliqués</li> <li>Suivi avec attention particulière</li> <li>Réévaluer et si besoin RC3P</li> </ol>
<b>4 ≤ Scoring ≤ 7</b>	Suivi normal et réévaluation
<b>Scoring ≤ 4</b>	Suivi normal

# PROGRAMME FORMATION

## «Coordination des professionnels à domicile»

F. GALLEY-RAULIN, sage-femme coordonnatrice du GHT Cœur Grand Est

### 30 SEPTEMBRE & 1<sup>ER</sup> OCTOBRE 2019



**Lieu : CH DE BAR-LE-DUC, maternité**  
1 boulevard d'Argonne, 55000 BAR-LE-DUC

**Public :** Auxiliaires de puériculture, sages-femmes libérales, sages-femmes hospitalières, sages-femmes de PMI, puéricultrices de PMI

**Objectifs :**

- Rappeler les fondamentaux concernant les soins de base
- Intervenir de façon coordonnée au domicile de la jeune mère

### LUNDI 30 SEPTEMBRE

**8h00** - Accueil des participants

**8h30-12h**

Accompagner l'allaitement maternel  
le premier mois

Alimentation artificielle

Virginie LEPAGE, SF Verdun

**13h-14h30**

Atelier Portage du Nouveau-né,

Alexandra BOULARD, SF Bar-le-Duc

**15h-18h**

Les rythmes du nouveau-né

La gestion des pleurs du nouveau-né :  
prévention du bébé secoué

Prévention des accidents et des incidents  
de la vie courante

Adaptation à l'environnement

Virginie LEPAGE, SF Verdun

Fabienne GALLEY-RAULIN, SF Verdun

### MARDI 1<sup>ER</sup> OCTOBRE

**8h00-9h15**

Atelier Toucher Bienveillant

Nathalie MASSET, SF Bar-le-Duc

**9h30-10h30**

Le Bain enveloppe

Valérie SCHWEITZER, AP Bar-le-Duc

**10h30-12h**

Education à la sexualité des enfants

Fabienne GALLEY-RAULIN, SF Verdun

**13h-16h**

Évaluation et actions correctives du dispositif  
Amélioration des outils

**16h-16h30**

Évaluation de la formation

## ANNEXE 7 : Exemples de parcours d'accompagnement CoPa

### **Exemple 1 : « accompagnement renforcé » vulnérabilité clinique**

**Jessica, maman de Louane née le 03/10/2019, née prématurément à 35 SA +6j, césarienne en urgence pour hématome rétroplacentaire, poids de naissance 1820g. Pas de contexte social**

**Hospitalisée en néonatalogie, sortie à J18 avec consignes du pédiatre de surveiller quotidiennement la prise de poids en regard de l'allaitement maternel.**

1er RDV le 22/10 puis pesée quotidienne jusqu'au 14/11.

Thématiques abordées : coaching pour le bain, le couchage, soutien allaitement maternel, séance de portage à bras, prévention des sorties (attention virus, lieux publics, collectivités, lavage de mains...), mode de conservation du lait maternel tiré, positions d'allaitement, accompagnement des coliques, identification des compétences du nouveau-né.

Visite à domicile conjointe avec la Puéricultrice de PMI le 04/11, A noter que le père était opposé à l'entrée des services de PMI jusqu'à la proposition d'une visite à domicile conjointe.

A noter : si pas de passage AP CoPa à domicile, pas d'entrée possible de la PMI ; pas de SF Prado car patiente non éligible, pas de passage SF type sortie hors PRADO car mère accompagnant son enfant en néonatalogie

### **Exemple 2 : « accompagnement standard » PRADO**

**Florence, III pare, maman de Bertrand né le 08/10, poids de naissance 3130g, allaitement maternel,**

**Eligible au PRADO, passage de la sage-femme libérale acté**

**Sortie de la maternité le 11/10**

1er RDV Sage-femme le 12/10 : accompagnement allaitement maternel, examen médical de la mère et de l'enfant, évocation du vécu de la naissance

1er RDV AP CoPa le 13/10 : accompagnement allaitement maternel (fréquence des tétées), contrôle poids, prévention écrans et accidents domestiques, prévention pour le couchage, le sommeil et les pleurs de l'enfant, éducation à la sexualité

2eme RDV sage-femme le 14/10 : suivi allaitement maternel, examen médical de la mère et de l'enfant

2ème RDV AP CoPa le 26/10 : séance portage physiologique

Durée d'intervention AP CoPa : 2H15

RAS, pas de liaison PMI réalisée du fait de la parité et de l'expérience maternelle.

### **Exemple 3 : « accompagnement renforcé » vulnérabilité clinique**

**Eliane, II Pare, maman de Morgane, née le 22/09, poids de naissance 2020g, parents identifiés comme « angoissés », pas de situation de précarité**

**Allaitement artificiel, enfant hospitalisé en néonatalogie pour prématurité**

Situation non éligible à la SF Prado, Sortie de néonatalogie le 23/10, demande d'accompagnement AP par l'équipe de néonatalogie :

1er RDV le 24/10 pesée, alimentation, traitement, prévention animaux domestiques, travail sur la relation mère-enfant,

2ème RDV le 26/10 pesée, prévention des écrans (ainé de 8 ans présent au domicile ce jour-là) - services PMI prévenus par les AP de la sortie de l'enfant

3ème RDV le 27/10, pesée, évaluation relation mère-enfant, prévention incidents et accidents

4eme RDV le 28/10 : séance de portage

30/10, Hospitalisation de jour pour transfusion en néonatalogie  
5ème RDV le 31/10, pesée -travail relation mère-enfant, liaison infirmière puéricultrice dans le secteur Joinville (secteur éloigné et rural)  
6ème RDV le 02/11 : pesée et évaluation de la relation mère-enfant, séance de toucher bienveillant, rôle du père  
04/11 Liaison IDE PMI  
7ème RDV le 12/11 : Visite conjointe PMI/AP CoPa  
8ème RDV le 16/11 puis arrêt du coaching AP CoPa  
Relais PMI pour la suite : visite programmée le 19/11  
Durée d'intervention AP CoPa : 6H30

**Exemple 4 : « accompagnement standard » PRADO**

**Elisabeth, IP, maman de Noelle née le 04/ 11, allaitement maternel, grossesse et accouchement sans particularité, pas de contexte social**

**Sortie de la mère et de l'enfant le 7/11**

**Eligible au passage de la sage-femme PRADO**

1er RDV le 8/11 Sage-femme libérale : accompagnement allaitement maternel, examen médical de la mère et de l'enfant, évocation du vécu de la naissance, lien avec AP domicile,  
1er RDV AP CoPa le 9/11 : Accompagnement allaitement maternel, séance de bain enveloppé, prévention couchage, application des prescriptions médicamenteuses, évocation de la puéricultrice de PMI

2ème RDV le 10/11 sage-femme libérale : accompagnement allaitement maternel, examen médical de la mère et de l'enfant- lien avec AP domicile

2ème RDV AP CoPa le 14/11 : séance de portage, prévention des écrans, accompagnement allaitement maternel, évocation de la puéricultrice de PMI

3ème RDV AP CoPa le 20/11 : séance de toucher bienveillant, vérification du réseau, premiers pas vers une éducation à la sexualité, proposition d'une visite conjointe PMI/AP CoPa

4ème RDV le 28/11 : visite conjointe PMI/AP CoPa

Durée d'intervention AP CoPa : 4H

**Exemple 5 : « accompagnement renforcé » vulnérabilité psycho-sociale**

**Catherine, IIP Toxicomane sous Traitement de substitution, maman de Mathis né le 12/08, allaitement artificiel, contexte social défavorisé, enfants non placés**

**Situation de Catherine présentée au staff psycho-médico-social : projet d'un coaching parental à la sortie de la mère et de l'enfant. Services de PMI présents au staff**

**Sortie le 18/08 car pas de sevrage. Passage de la sage-femme libérale et des AP domicile prescrits**

1er RDV sage-femme libérale le 20/08 : examen médical clinique mère et enfant- lien AP Domicile

1 er RDV AP CoPa le 19/08 : séance de portage, les pleurs et le sommeil de l'enfant, travail sur la relation mère-enfant,

2ème RDV AP CoPa le 22/08 : séance bain enveloppé, hygiène, prévention des écrans, accidents et incidents, travail avec la fratrie (en congés scolaires), préparation à une visite conjointe AP CoPa/PMI

3ème RDV AP le 24/ 08 : séance toucher relationnel, préparation à une visite conjointe AP/PMI pour un relai-lien PMI

4 ème RDV le 30/08 : visite à domicile conjointe AP CoPa/PMI

Durée d'intervention AP CoPa : 5H30



### 3/ AMÉLIORER LE PARCOURS DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

#### /// CONSTATS ET ENJEUX

Selon la Haute autorité de santé, « le parcours de santé en périnatalité doit être organisé dès le projet de grossesse et se poursuivre jusqu'au retour au domicile. Il se structure en cinq étapes : la période anténatale (avec l'entretien prénatal précoce, les séances de préparation à l'accouchement, le suivi clinique et paraclinique...), l'accouchement et le séjour à la maternité, le suivi post-natal précoce à domicile et enfin, l'accompagnement de la mère et de l'enfant dans les mois suivant la naissance ». La prise en charge du couple mère-bébé est assurée tout le long du parcours par de nombreux intervenants et des équipes pluridisciplinaires, dans le cadre de « communautés périnatales » définies comme l'ensemble des professionnels qui œuvrent pour la prise en charge des femmes, des couples et des nouveau-nés. L'enjeu de ce parcours est de faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, et de prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance.

La prise en charge périnatale présente de nombreux points forts en région Grand Est avec des résultats en termes de mortalité désormais comparables à la moyenne nationale, une offre structurée de maternités en niveaux de prise en charge, une offre diversifiée d'assistance médicale à la procréation (AMP). Toutefois, des marges de progrès sont possibles au vu des constats suivants :

- Une coordination opérationnelle entre les professionnels de la périnatalité insuffisante empêchant l'harmonisation des pratiques. Il manque notamment un outil de coordination et de partage d'information entre professionnels ;
- Une répartition inégale des ressources médicales et un nombre de professionnels (sages-femmes et gynécologues obstétriciens) inférieur à la moyenne nationale ;
- En matière de qualité des prises en charge :
  - Une offre de soins qui ne respecte pas dans certains territoires les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins (équipes incomplètes, vétusté des équipements, activité insuffisante à la limite des seuils réglementaires, distances importantes parcourues par les parturientes, taux de césariennes en augmentation, taux de nouveaux nés « out-born<sup>30</sup> ») ;
  - Une durée moyenne de séjour encore trop élevée par rapport aux pays de l'OCDE et des points de rupture dans l'accompagnement lors du retour à domicile ;
  - Des indicateurs de périnatalité qui se dégradent (exemple : taux de naissances prématurées) en raison des situations de précarité et de conduites addictives en augmentation.
- En termes de prévention du handicap, un repérage et une prise en charge des encéphalopathies hypoxiques ischémiques des nouveau-nés peu développés conduisant à de lourdes complications (mortalité et invalidité à long terme) ;
- En matière d'accessibilité aux soins, une prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) non optimale car non assurée à certaines périodes de l'année.

<sup>30</sup> Nouveau-né « out-born » est un enfant né vivant et prématuré dans une maternité d'un niveau inférieur à celui attendu compte tenu des facteurs de risques observés.



## /// CE QUE NOUS ALLONS FAIRE

Il s'agit de faciliter l'organisation de parcours adaptés aux besoins de santé de la mère et de l'enfant par la mise en œuvre de **huit objectifs opérationnels** :

- L'amélioration de la coordination des acteurs en périnatalité notamment par la constitution de communautés périnatales au sein des zones d'implantation du niveau de soins de référence **[Objectif 1]** ;
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins grâce à la consolidation d'une offre de maternités :
  - Respectant les exigences en matière de qualité, de sécurité et de continuité des soins **[Objectif 2]** ;
  - Assurant l'adéquation entre le niveau de risque, pour la mère et l'enfant, et l'offre de prise en charge graduée des femmes enceintes et des nouveau-nés ainsi qu'une bonne organisation des transferts néonataux **[Objectif 3]** ;
- L'amélioration de l'accompagnement global du couple à travers un parcours de santé coordonné, notamment lors du retour à domicile des mères, avec une attention particulière au soutien à la parentalité **[Objectif 4]** ;
- Le renforcement et la coordination des offres de prévention, de repérage à travers le dépistage et la prise en charge des grossesses à risques médico-psycho-sociaux **[Objectif 5]**, la prévention du handicap avec une prise en charge neuro-protectrice des nouveau-nés à risque et l'amélioration du suivi des nouveau-nés prématurés **[Objectif 6]** ;
- La garantie de l'accessibilité aux soins, d'une part en matière d'IVG pour les grossesses avancées et en période estivale **[Objectif 7]** et, d'autre part, en matière de préservation de la fertilité pour les personnes atteintes du cancer **[Objectif 8]**.

## /// OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

### **Objectif 1 Assurer un parcours de soins coordonné en constituant les « communautés périnatales » dans chaque zone d'implantation**

Beaucoup de professionnels interviennent dans le champ de la périnatalité et agissent souvent de façon non coordonnée. Afin d'assurer un parcours de soins et un accompagnement global, l'identification de communautés périnatales par zone d'implantation du niveau de soins de référence est nécessaire.

Une communauté périnatale s'entend comme l'ensemble des professionnels œuvrant pour la prise en charge des femmes, des couples et des nouveau-nés (réseaux de santé périnatale, sages-femmes, médecins généralistes, médecins spécialistes de ville et hospitaliers, psychologues, professionnels intervenant dans les services de protection maternelle infantile, des caisses d'allocations familiales, des services sociaux, etc.).

En appui de l'atteinte de cet objectif, la mise à disposition d'un outil, tel qu'un dossier médical informatisé communicant, permettra de renforcer les liens entre tous les professionnels de la périnatalité (établissements, acteurs de proximité et autres acteurs) et leur coordination.

En outre, le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est à compléter suite à l'identification des ressources locales dédiées à la périnatalité via une rubrique spécifique.



- ▶ Mettre en place un comité de pilotage de la communauté périnatale sur chaque zone d'implantation du niveau de soins de référence impliquant les réseaux de périnatalité fonctionnant sur la base d'un cahier des charges et d'un règlement intérieur ;
- ▶ Disposer d'un outil régional informatisé communicant et création d'une rubrique spécifique à la périnatalité au sein du ROR.

🔗 En lien avec « Agir sur et au sein du système de santé grâce à la e-santé » (page 185)

### Objectif 2 100% des maternités doivent respecter les exigences en matière de qualité, de sécurité et de continuité des soins

---

Les décrets de périnatalité du 9 octobre 1998 ont mis en place une activité obstétricale et périnatale graduée en fonction des niveaux de soins à apporter aux nouveau-nés (maternités de niveau 1, 2A, 2B et 3). La Cour des comptes, dans son rapport de décembre 2014, relatifs aux maternités constatait que « seize ans après la parution des décrets du 9 octobre 1998, la qualité et la sécurité des prises en charge restent imparfaitement assurées, faute en particulier que les normes alors instituées soient partout respectées ». Aussi, le renforcement de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins nécessite de faire évoluer l'offre en périnatalité afin que la totalité des maternités du Grand Est respectent la réglementation, notamment de disposer d'une équipe médicale complète permettant d'assurer la couverture médicale et la permanence des soins 24h sur 24.

Les visites de conformité, les missions d'inspection et leur suivi permettent de vérifier le respect de la réglementation des maternités. Elles seront organisées de façon synchronisée avec le calendrier des visites de certification de la Haute autorité de santé (HAS). Il s'agira également d'optimiser l'organisation des transferts néonataux et des transferts in utero.

- ▶ Formaliser, dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire et dans la charte de fonctionnement, des modalités de prises en charge des femmes admises en secteur naissance via les différentes filières possibles et les circuits de transfert in utero ou lors du post-partum ;
- ▶ Organiser la continuité des soins obstétricaux, anesthésiques, chirurgicaux et pédiatriques, selon la réglementation, en prenant en compte les urgences, les pics d'activité, les remplacements de personnel durant les congés ou en cas d'absence ;
- ▶ Susciter l'adhésion au réseau de santé périnatale ;
- ▶ Formaliser des collaborations avec le SMUR adulte, pédiatrique, néonatal, et le SAMU local.

### Objectif 3 Atteindre un taux égal ou inférieur à 5% de prématurés de moins de 30 semaines d'aménorrhée

---

La part des grands prématurés (avant 30 semaines d'aménorrhée) nés vivants dans une maternité de niveau inférieur à 3 est un indicateur reconnu pour évaluer l'organisation de la filière de soins. On parle ainsi de nouveau-né « out-born » pour un enfant né vivant et prématuré dans une maternité d'un niveau inférieur à celui attendu compte tenu des facteurs de risques observés. En région Grand Est, le taux de nouveau-nés « out-born » est de 16,6%, pour les grossesses de moins de 30 semaines d'aménorrhée.



Afin de ramener ce taux à moins de 5% en 2023, les réseaux et les acteurs devront prioritairement :

- ▶ Harmoniser les critères de transferts in utero (d'une femme enceinte d'une maternité vers une autre) ;
- ▶ Définir et analyser les parcours des nouveau-nés « out-born » selon la méthodologie régionale définie par la Coordination périnatale Grand Est (CoPéGE) ;
- ▶ Poursuivre la tenue des revues de morbi-mortalité (RMM) territoriales et partager au niveau régional les analyses des RMM territoriales ;
- ▶ Proposer des formations communes.

#### **Objectif 4 100% des parturientes bénéficient d'un accompagnement global et adapté au retour à domicile grâce aux dispositifs de proximité**

L'organisation de la prise en charge continue et coordonnée à la sortie de la maternité permet un soutien à la parentalité et à l'allaitement par un accompagnement du retour à domicile et un accompagnement spécifique aux situations à risque. Cette organisation sera portée par l'ensemble des professionnels de la périnatalité. On peut projeter une diminution des durées moyennes de séjour en obstétrique de -20% de la valeur initiale pour le post-partum à -25% de la valeur initiale pour les accouchements par voie basse sans complication pour l'enfant.

- ▶ Organisation de la prise en charge continue et coordonnée à la sortie de la maternité pour un soutien à la parentalité par l'ensemble des professionnels (protection maternelle infantile, sages-femmes libérales, praticiens libéraux, etc.) :
  - Anticipation lors de l'entretien prénatal précoce,
  - Mise en place d'une fiche de liaison entre la puéricultrice et la sage-femme de la maternité et celles de ville,
  - Accompagnement au retour à domicile,
  - Soutien à l'allaitement,
  - Cours de puériculture et rencontres de jeunes parents,
  - Accompagnement des situations à risques.
- ▶ Organisation du suivi à domicile de la mère et de l'enfant en cas de séjour sans complication dans le cadre du service de retour à domicile des patients hospitalisés (PRADO) pour les sorties précoces, voire très précoces ;
- ▶ Organisation du suivi à domicile en cas de complication, avec, notamment, les structures d'hospitalisation à domicile à destination de la mère et/ou de l'enfant ;
- ▶ Faire adhérer toutes les maternités aux dispositifs d'accompagnement du retour à domicile de la région : PRADO et PRADO sorties précoces, hébergement dans les hôtels hospitaliers ou autres structures d'accueil, prise en soins dans les structures d'hospitalisation à domicile (filiales obstétricale et néonatale) y compris pour les problématiques d'addictions ;
- ▶ Expérimenter une filière de prise en charge néonatale par une structure d'hospitalisation à domicile rattachée à un service de néonatalogie ;
- ▶ Expérimenter les accouchements en ambulatoire.





### Objectif 5 Au moins 80% des femmes enceintes bénéficient d'un entretien prénatal individuel afin de repérer les grossesses à risque médico-psycho-social

Le dépistage et la prise en charge des grossesses à vulnérabilité médicale et/ou sociale doivent être améliorés, en particulier pour les facteurs de risque tels que le surpoids, l'obésité, le diabète, le tabac, l'alcool, l'usage de substances psychoactives, l'hypertension artérielle, la précarité, les violences conjugales, les fragilités psychologiques et les pathologies psychiatriques.

- ▶ Mener des actions de sensibilisation des professionnels de santé à l'entretien prénatal individuel et aux indicateurs de risque médico-psycho-social<sup>31</sup> ; ces indicateurs devront être évalués et suivis dans leur évolution lors de tout entretien prénatal individuel (EPI) y compris lors de l'entretien prénatal précoce (EPP), quel que soit le professionnel qui le mène ;
- ▶ Identifier des référents (pédo) psychiatres pour chaque maternité ;
- ▶ Mettre en place les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en périnatalité selon la méthodologie de la Haute autorité de santé (HAS) pour les situations identifiées à risque, notamment en cas de précarité : formalisation et mise en œuvre d'un cahier des charges Grand Est des « RCP en Périnatalité » pour l'ensemble des maternités, analyse de la totalité des situations à risque repérées lors des EPI en RCP « périnatalité », mise en place du plan d'actions décidé pour chaque cas.

### Objectif 6 100% des nouveau-nés à risque bénéficient d'une prise en charge neuro-protectrice optimale et d'un suivi formalisé

La prise en charge neuro-protectrice chez les nouveau-nés à risque représente un enjeu dans le cadre de la prévention du handicap. L'encéphalopathie hypoxique-ischémique (EHI), trouble dû à une lésion cérébrale au moment de la naissance suite à un trop faible apport de sang ou d'oxygène, demeure une cause importante de mortalité et d'invalidité à long terme chez les nouveau-nés nés à terme.

- ▶ Faire bénéficier aux nouveau-nés, nés à terme, d'un accès à l'hypothermie thérapeutique au sein des unités de réanimation néonatale en accord avec les recommandations nationales et internationales ;
- ▶ Dispenser, dans le cadre des naissances prématurées, des soins de développement centrés sur la famille pour développer des stratégies d'adaptation aux facteurs environnementaux dont le but est d'aider au développement harmonieux de l'enfant né avant terme ;
- ▶ Former les professionnels intervenant auprès des nouveau-nés à risque (prématurés essentiellement) au niveau 1 (bases théoriques des soins de développement) et passage progressif au niveau 2 (soutien à l'implantation des soins de développement) par les réseaux de santé périnataux qui mettront en place une organisation permettant le suivi des enfants vulnérables.

### Objectif 7 Garantir l'accès à l'IVG pour les grossesses au terme avancé (12 à 14 semaines d'aménorrhée) dans un délai de 5 jours, avec une vigilance particulière en période estivale

L'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) dans un délai habituel (5 jours maximum) pour les grossesses au terme avancé (12 à 14 semaines d'aménorrhée (SA)) et en période estivale doit faire l'objet d'actions de sensibilisation des professionnels et des établissements de santé.

<sup>31</sup> Notamment ceux développés par Michel Soulé, un des pionniers de la pédopsychiatrie en France.



- ▶ Poursuivre les actions de sensibilisation à la sexualité et à la contraception dans les établissements scolaires, collèges et lycées ;
- ▶ Former des médecins de ville (gynécologues obstétriciens et médecins généralistes) et des sages-femmes libérales à la réalisation des IVG médicamenteuses en ville afin d'améliorer l'accès à l'IVG ;
- ▶ Effectuer des actions de sensibilisation des professionnels et des établissements de santé sur la prise en charge des IVG tardives ; formation des professionnels de tous les centres d'orthogénie et mise à disposition des professionnels des protocoles de prise en charge.

### Objectif 8 Permettre l'accès à la préservation de la fertilité à toute personne atteinte de cancer

---

L'objectif n°8 du troisième plan cancer 2014-2019 prévoit de systématiser la prévention et la prise en charge des séquelles liées à la maladie et aux traitements, avec notamment un accès à la préservation de la fertilité pour toute personne dont la prise en charge médicale est susceptible d'altérer la fertilité. Les professionnels de santé travaillent ensemble afin d'organiser cette activité au niveau de la région Grand Est.

- ▶ Élaborer des protocoles communs aux différents centres autorisés pour cette activité ; charte et fiche de liaison communes à la région Grand Est pour tous les patients ;
- ▶ Finaliser la « Charte régionale cancer et fertilité » promouvant les bonnes pratiques en oncofertilité qui engage les établissements autorisés en cancérologie signataires de cette charte.

🔗 *En lien avec « Améliorer le parcours de santé des personnes atteintes d'un cancer » (page 77)*

🔗 *Objectifs complémentaires à ce parcours : Mettre en place un programme de sensibilisation sur les perturbateurs endocriniens notamment en direction des futurs parents et notamment des femmes enceintes (page 24)*



**Réseau Périnatal**  
de Champagne-Ardenne

Nathalie LELOUX  
Sage-femme Coordinatrice  
Tél : 03 26 78 78 69  
@ : [sfcoord.rpca@orange.fr](mailto:sfcoord.rpca@orange.fr)

Béatrice CHRÉTIEN  
Coordinatrice  
Tél : 03 26 78 38 38  
@ : [coord.rpca@orange.fr](mailto:coord.rpca@orange.fr)

Claire GRISVARD  
Assistante de coordination  
@ : [secretariat.rpca@orange.fr](mailto:secretariat.rpca@orange.fr)

[www.reseaperinat-ca.org](http://www.reseaperinat-ca.org)

**G H T Cœur Grand EST**  
**Madame Fabienne GALLEY-RAULIN**  
**Sage-femme coordinatrice**

Réf. : RPCA-2019.127

Objet : Engagement du RPCA dans le projet AP CoPA

Reims, le 13/09/2019

Madame,

Le Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne soutient le projet AP CoPA (coaching Parental) présenté par l'équipe de la filière périnatalité GHT Cœur Grand EST, dans le cadre des projets Innovation en Santé, Article 51.

En effet, ce nouveau dispositif est une véritable plus-value dans le post partum immédiat, à la sortie de maternité de la mère et de l'enfant. La possibilité d'établir un continuum sage-femme/auxiliaire de puériculture à domicile comme il existe en établissement de santé sur des séjours plutôt courts est une opportunité à saisir pour les parents afin de développer un accompagnement de qualité.

Le coaching réalisé par L'AP sur les interactions mère-enfant devrait diminuer le stress maternel, faciliter le développement psychomoteur affectif de l'enfant, réduire l'isolement des couples et d'autre part, améliorer la coordination des acteurs en périnatalité tout en satisfaisant aux exigences de diminution des durées de séjours.

Par ailleurs, le positionnement de l'AP en tant que coordonnatrice entre les différents acteurs PMI et médecine de ville sera facilitateur dans le parcours de santé de la femme et de l'enfant.

Les modalités d'appui du Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne dans la mise en œuvre de ce projet feront l'objet d'une consultation ultérieure.

Pr René GABRIEL

Président de l'association  
du Réseau Périnatal Champagne-Ardenne

*Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne*  
Alix de Champagne – 47, rue Cognacq Jay – 51092 REIMS Cedex Tél : 06 46 63 11 87

:

## ANNEXE 10 : Courrier de soutien Réseau Périnatal Lorrain



Nancy le 13 septembre 2019

A l'attention de Fabienne GALLEY-RAULIN

Bonjour Fabienne

Nous avons lu avec attention le projet CoPa ou Coaching Parental qui vise à renforcer l'accompagnement du retour à domicile lors de la sortie de la maternité, favorisant ainsi l'éducation et le soutien à la parentalité.

Ce projet s'inscrit bien dans la réflexion attendue sur l'organisation d'une offre de soins graduée et répond à plusieurs des objectifs visant à améliorer le parcours de santé en périnatalité.

La prise en charge et l'accompagnement des familles par un ensemble de professionnels, véritable « communauté périnatale », leur assure un parcours coordonné qui répond bien à la configuration du GHT5 en terme de patientèle comme de démographie médicale. A ce sujet, le passage de relais vers la PMI est des plus intéressants.

Les mères et les enfants bénéficient d'un accompagnement global et adapté au retour à domicile qui s'appuie sur les dispositifs de proximité, les compétences existantes et celles à développer.

Concernant les auxiliaires de puériculture, le projet est parfaitement en adéquation avec leur référentiel métier et les formations prévues (allaitement et puériculture).

Le Réseau Périnatal Lorrain ne peut que soutenir cette expérimentation qui renforce le maillage autour des familles en complétant et assurant le lien indispensable entre les dispositifs PRADO, suivi sage-femme libérale et accompagnement PMI.

Bien cordialement

Dr Emmanuel Eicher, président du RPL  
Pascale Basset, SF coordinatrice  
Dr Margaux Creutz-Leroy, médecin coordinateur

ANNEXE 11 : Courrier de soutien sages-femmes libérales de Saint Dizier

Cabinet de sages-femmes  
5 rue Paul Cézanne- Imm Saint-Ciergues- RDC N°1  
52100 Saint-Dizier  
03.25.06.44.28 – 07.68.12.27.58  
[E.LIGNOT-RECKTENWALD@medical52.apicrypt.org](mailto:E.LIGNOT-RECKTENWALD@medical52.apicrypt.org)  
[Charlotte.PEUDON@medical52.apicrypt.org](mailto:Charlotte.PEUDON@medical52.apicrypt.org)  
<https://www.clicrdv.com/sages-femmes-st-dizier>

Elisabeth Recktenwald  
Sage-femme  
525000014

Charlotte Peudon  
Sage-femme  
525001681

Marie Tran-Ruhland  
Sage-femme  
525001723

Le 13/09/2019

Madame,

Ce courrier pour adresser un soutien positif quant au projet AP CoPA mis en place récemment dans le secteur Grand Est, dans le cadre des projets Innovation en Santé.

En effet, en tant que sages femmes libérales installées sur le secteur de Saint Dizier, ce projet semble être un véritable atout tant pour les patientes en post partum que pour nous, qui sommes tout autant actrices dans ce projet.

Faisant déjà parties du dispositif PRADO mis en place par la CPAM il y a plusieurs années, ce nouveau projet vient le compléter, et offre un accompagnement plus complet, et ce, sur du plus long terme pour toutes les patientes.

Les auxiliaires de puériculture jouent un rôle d'accompagnement, de soutien et de réassurance qui vient compléter nos conseils et nos examens médicaux à domicile, ce qui permet aux jeunes mères – et moins jeunes – de prendre confiance en elles et en leurs bébés, dans leur propre environnement personnel.  
Ainsi, elles apprennent à découvrir leur enfant dès les premiers instants à l'aide de personnes qualifiées, à reconnaître leur besoins pour un meilleur développement psychomoteur et affectif de l'enfant.

Dans l'attente que ce projet se développe et porte ses fruits, nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

BP Les sages femmes de SAINT DIZIER  
Mme TRAN-RUHLAND Marie.

**Mme TRAN-RUHLAND Marie**  
Sage Femme  
Bât. St Ciergues - 5 rue Paul Cézanne  
52100 SAINT-DIZIER  
10101256476 - 525001723

## ANNEXE 12 : Echanges avec CPAM de Haute-Marne

**De:** HERBULOT CATHERINE (CPAM HAUTE-MARNE) <catherine.herbulot@assurance-maladie.fr>  
**Envoyé:** vendredi 30 août 2019 10:23  
**À:** fgalleyraulin@ch-verdun.fr; BECK, Morgane (ARS-GRANDEST/ARS ACAL)  
**Cc:** MANSION PALAORO SYLVIE (CPAM BAS-RHIN); KIRSTETTER TAYANA (CPAM BAS-RHIN); BYOT SABRINA (CPAM BAS-RHIN); BLANCHARD ODILE (DRSM ALSACE-MOSELLE); DIDIER CORINNE (DRSM NORD-EST); ROBERT DOMINIQUE (DRSM NORD-EST); AUBERT DAMIEN (CPAM MEUSE); GREGOIRE JEAN-MARC (CPAM HAUTE-MARNE); GARNIER NATHALIE (CPAM HAUTE-MARNE); secretariat de direction-CPAM521; CHAMPION FABIENNE (CPAM HAUTE-MARNE)  
**Objet:** Projet Accompagnement sorties maternité GHT5  
**Indicateur de suivi:** Assurer un suivi  
**État de l'indicateur:** Terminé

Mesdames,  
Bonjour,

Dans la perspective de la réunion du 5 septembre (*Accélérateur national – accompagnement sortie maternité GHT5*) et comme convenu suite à nos échanges téléphoniques récents, je vous communique le retour terrain de l'assurance maladie Haute-Marne que je peux formuler à ce stade, en lien avec le service médical, sur le dispositif qui a démarré le 1<sup>er</sup> juillet dans le secteur de St-Dizier.

Il peut être posé un constat général positif sur la bonne articulation de ce nouveau service et celui de l'assurance maladie, Prado maternité : nous sommes sur deux dispositifs qui ne se percutent pas et qui peuvent au contraire fonctionner en pleine complémentarité. L'intérêt, du point de vue de notre dispositif Prado, serait de favoriser le développement des sorties précoces, dès lors que les mamans seraient consolidées et sécurisées par ce nouveau service, après leur sortie de l'établissement.

Il peut être mis en avant deux points d'attention, qui sont déjà a priori intégrés au projet (nous ne disposons pas de la dernière version).

Il est important que ce service se réalise dans le cadre d'une logique de parcours global qui assure une continuité dans l'enchaînement des différentes étapes, de l'accouchement au suivi post sortie, de manière articulée entre les différents intervenants, en mettant en liaison l'établissement, le médecin traitant, la sage-femme, l'auxiliaire de puériculture et le pédiatre s'il y a.

Concernant le public visé, si le démarrage se fera logiquement sur le « tout public », il semble y avoir une vraie plus-value d'orienter à terme et principalement ce dispositif vers les publics les plus vulnérables pour qui le besoin est sans doute le plus évident.

Restant à votre disposition pour tout besoin de précision ou complément,

Bien cordialement,



AGIR ENSEMBLE, PROTÉGER CHACUN

**FABIENNE CHAMPION**

DIRECTEUR - 03 25 02 85 04

/D/R

CPAM de la Haute-Marne

18 bd du Maréchal de Lattre de Tassigny

CS 22028 – 52915 CHAUMONT Cedex 9