

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 27 février 2023 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « RéPAP : Référent Parcours Périnatalité »

NOR : SPRS2305925A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « RéPAP : Référent Parcours Périnatalité » ;

Vu l'arrêté du 24 janvier 2023 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2023 ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date de janvier 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'article 2 de l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « RéPAP : Référent Parcours Périnatalité » est modifié comme suit :

Les mots : « 18 mois » sont remplacés par les mots : « 24 mois ».

Art. 2. – Le cahier des charges figurant en annexe I de du même arrêté est remplacé par le cahier des charges figurant en annexe au présent arrêté.

Art. 3. – Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 février 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général adjoint de la santé,
G. EMERY

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

F. VON LENNEP

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES RÉVISÉ RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

Projet d'expérimentation d'innovation en santé*Version janvier 2023***Projet RéPAP : Réfèrent Parcours périnatalité**

Nom du porteur :

Le portage national du projet est assuré par la direction générale de la santé (ministère de la santé et de la prévention).

L'expérimentation s'inscrit dans une démarche partenariale articulée autour de trois territoires métropolitains et un DROM.

Personnes contacts :

- Nathalie RABIER-THOREAU, nathalie.rabier-thoreau@sante.gouv.fr, 01-40-56-47-40 ;
- Clara LINARD : clara.linard@sante.gouv.fr.

Résumé du projet :

Priorité en termes de prévention précoce et de lutte contre les inégalités, le chantier des 1 000 premiers jours de l'enfant – lancé en novembre 2020 suite à la remise du rapport de la commission présidée par Boris Cyrulnik – a pour objectif de renforcer de façon transversale et en synergie, les politiques de santé publique autour de cette période des « 1 000 premiers jours ». Depuis des années, les recherches montrent que cette période, qui va de la grossesse – voire de la conception – aux deux ans de l'enfant, constitue « une période sensible pour le développement et la sécurisation de l'enfant, qui contient les prémises de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie », motivant son inscription au cœur de cette politique publique.

La mise en œuvre, à l'échelle nationale, d'un « parcours 1 000 premiers jours » proposant aux parents un accompagnement personnalisé et sécurisant constitue l'un des axes phares du chantier. Au sein des 1 000 premiers jours, la période de la grossesse, de l'accouchement et des premiers mois de vie de l'enfant a été identifiée comme particulièrement cruciale car fragile et le suivi ante et post-natal doit être décloisonné afin d'offrir un parcours cohérent et adapté aux besoins de la mère, du couple et de l'enfant.

Cette expérimentation vise ainsi à construire un **parcours personnalisé de périnatalité coordonné, de la grossesse aux trois mois révolus de l'enfant**, grâce à l'accompagnement par un Réfèrent Parcours Périnatalité (RéPAP). Ce RéPAP sera un interlocuteur privilégié de la femme et du couple ainsi que des professionnels hospitaliers, libéraux et/ou de PMI intervenant lors de la grossesse et des premiers mois de vie, qu'ils soient professionnels des champs somatique, psychique ou social. Ce référent, qui s'assurera de la continuité du parcours ante et *post-partum*, contribuera ainsi à limiter les ruptures de suivi dans la prise en charge, qui peuvent s'avérer particulièrement néfastes pour l'enfant et la mère, en particulier lorsque cette dernière présente des facteurs de risques et/ou de vulnérabilités avérés.

Conduite pour une durée de dix-huit mois, l'expérimentation propose donc une prise en charge innovante des femmes/ couples pendant et après la grossesse en proposant un accompagnement personnalisé ante et post-natal, au plus près de leurs besoins et dans une approche bienveillante, pluri-professionnelle et pluridisciplinaire. Elle s'articulera bien évidemment avec les modes d'organisation et les dispositifs déjà présents sur les territoires.

Champ territorial :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	X

Catégorie de l'expérimentation :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
<i>Financement innovant</i>	X
Pertinence des produits de santé	

Renseigner le tableau en annexe 2.

Date des versions :

V1 : 20/01/2021.

V18 : 12/07/2021.

V19 : 29/11/2022.

V20 : 11/01/2023.

Mise à jour du cahier des charges :

L'expérimentation RéPAP a inclus ses premiers patients le 20 janvier 2022.

Le cahier des charges initial prévoyait 18 mois d'expérimentation et une période d'inclusions de 12 mois.

Les cibles fixées étaient de 6 000 inclusions, réparties entre les 4 territoires expérimentateurs.

Sur la base des constats de 11 mois de mise en œuvre de l'expérimentation, plusieurs éléments du cahier des charges doivent être adaptés, et font donc l'objet de modifications dans cette nouvelle version, notamment :

- les cibles d'inclusion ;
- les cibles de parcours renforcés ;
- la durée des inclusions ;
- la durée de l'expérimentation.

L'ensemble de ces modifications se traduit par un montant total de financement du projet révisé, tant concernant les forfaits (moins d'inclusions que prévu) que les CAI (coordination initialement sous-estimée).

Description du porteur :

Le projet est porté au niveau national par la direction générale de la santé.

Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation :

L'expérimentation s'inscrit dans une démarche partenariale articulée autour des territoires et partenaires suivants :

Territoires	Partenaires territoriaux
Guyane (Ile de Cayenne et littoral – Communes du fleuve Ouest)	Réseau de santé périnatalité : Réseau Périnat Guyane <i>ARS Guyane</i>
Territoire de Pays Loire Touraine (37-Centre-Val-de-Loire)	Représentants des porteurs du projet 1000 jours sur le nord-est de l'Indre-et-Loire : – CHIC Amboise-Château-Renault – Contrat Local de Santé Pays Loire Touraine – CAF Touraine <i>ARS Centre Val de Loire</i>
Territoire de la CPTS Centre Essonne (91- Ile-de-France)	CPTS Centre Essonne Réseau de santé périnatalité : Périnat IF Sud <i>ARS Ile-de-France</i>
Territoire de la Drôme (26 – Auvergne Rhône Alpes)	CH Valence – en lien avec le CH Montélimar et CH Romans <i>ARS Auvergne Rhône Alpes</i>

Les périmètres des territoires retenus sont présentés en annexe 3.

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en annexe 1.

La terminologie « porteur national » désigne dans ce cahier des charges et annexes la direction générale de la santé.

La terminologie « territoires partenaires » de l'expérimentation désigne dans ce cahier des charges et annexes les porteurs/animateurs territoriaux tels que décrits dans la colonne de droite du tableau ci-dessus. L'identification de ces porteurs/animateurs s'est faite pour chaque territoire en lien avec l'agence régionale de sante concernée

Table des matières

1. Contexte et constats

- 1.1. *Le parcours périnatal, de la grossesse au post-partum*
- 1.2. *Un parcours périnatal encore cloisonné et pouvant entraîner des ruptures, en particulier chez les femmes présentant des facteurs de vulnérabilités*
- 1.3. *La nécessité de mieux accompagner les femmes de la grossesse au post-partum et de renforcer la coordination du parcours périnatal*

2. Objet de l'expérimentation (résumé)

- 2.1. *Objectifs stratégiques*
- 2.2. *Objectifs opérationnels*

3. Description du projet

- 3.1. *Conditions fixes de l'expérimentation*
 - 3.1.1. *Public cible et critères d'inclusion*
 - 3.1.2. *Critères de vulnérabilité*
 - 3.1.3. *Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation*
 - 3.1.4. *Missions du référent parcours périnatalité RÉPAP*
 - 3.1.5. *Information et inclusion dans le parcours*
 - 3.1.6. *Parcours coordonné de la grossesse aux trois mois révolus de l'enfant*
 - 3.1.7. *Maillage et position dans le territoire*
 - 3.1.8. *Système d'information*
- 3.2. *Conditions souples de l'expérimentation*
 - 3.2.1. *Modalités d'identification des RÉPAP et d'information des professionnels de santé*
 - 3.2.2. *Maillage territorial, partenariats*
 - 3.2.3. *Modalité de déploiement territorial du système d'information*
 - 3.2.4. *Articulation de l'expérimentation avec d'autres actions conduites par les équipes et autres financements*
- 3.3. *Effectifs concernés par l'expérimentation*
- 3.4. *Durée de l'expérimentation*
- 3.5. *Gouvernance et suivi de la mise en œuvre*

4. Financement de l'expérimentation

- 4.1. *Modèle de financement*
- 4.2. *Modalité de financement de la prise en charge proposée : méthode de calcul utilisée*
- 4.3. *Besoin de financement*
 - 4.3.1. *Volumétrie et profil des femmes incluses*
 - 4.3.2. *Crédits d'amorçage et d'ingénierie*
- 4.4. *Synthèse du besoin de financement*

5. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

- 5.1. *Aux règles de financements de droit commun*

6. Impacts attendus

- 6.1. *En termes d'amélioration du service rendu aux patients*
- 6.2. *Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services*
- 6.3. *Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé*

7. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

- 7.1. *Critères de succès*
- 7.2. *Indicateurs associés*

8. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

9. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

10. Liens d'intérêts

11. Éléments bibliographiques

Annexe 1. – Coordonnées du porteur et des partenaires

Annexe 2. – Catégories d'expérimentations

Annexe 3. – Présentation des territoires partenaires

1. Contexte et constats

1.1. *Le parcours périnatal, de la grossesse au post-partum*

La santé périnatale est un enjeu de santé publique majeur. A l'aube des « 1 000 premiers jours » de l'enfant, la grossesse est une période délicate et de grande fragilité qui nécessite pour les professionnels de santé de prendre un soin particulier des femmes engagées, seules comme accompagnées, dans un parcours qui leur est le plus souvent inconnu.

Ainsi, le parcours périnatal est jalonné de rendez-vous permettant une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement, tel que prévu par l'article L. 2122-1 du code de la santé publique.

Le suivi des femmes enceintes (1), la préparation à la naissance et à la parentalité (2), ainsi que les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés à la sortie de maternité (3) font l'objet de recommandations de bonne pratique par la Haute Autorité de santé (HAS) depuis de nombreuses années.

Le parcours « classique » comporte en anténatal :

- 7 consultations prénatales obligatoires – dont la première avant la fin du troisième mois de grossesse – effectuées par un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) ou une sage-femme, en libéral, dans un établissement de santé ou dans un centre de protection maternelle et infantile (PMI) ;
- 3 échographies recommandées (1 par trimestre) ;
- 1 entretien prénatal précoce (EPP), obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020 (4) et réalisé par un médecin ou une sage-femme dès que la déclaration de grossesse est effectuée ;
- 1 bilan de prévention prénatal proposé et réalisé par une sage-femme si possible avant la 24^e semaine d'aménorrhée (mis en place depuis 02/2019) ;
- 1 bilan bucco-dentaire ;
- 1 consultation d'anesthésie obligatoire ;
- des bilans sanguins mensuels ;
- 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Le parcours post-natal après le retour à domicile comporte :

- la possibilité de visites à domicile par une sage-femme à la sortie de la maternité : en cas de sortie précoce (5), ces visites sont organisées dans le cadre du dispositif PRADO maternité ;
- la possibilité de 2 séances de suivi post-natales par une sage-femme en cas de besoin, entre J8 et la consultation post-natale obligatoire (peu utilisées actuellement) ;
- une consultation post-natale obligatoire 6-8 semaines après l'accouchement ;
- des séances de rééducation périnéale et abdominale post-accouchement ;
- pour l'enfant : 11 examens obligatoires au cours de la première année de vie, dont 6 avant 4 mois ;
- création de l'entretien postnatal précoce obligatoire, depuis le 1^{er} juillet 2022 : avec un entretien 4 à 8 semaines après l'accouchement et, pour les femmes primipares ou ayant des facteurs de risque de dépression du *post-partum*, un second entretien est proposé 10 à 14 semaines après l'accouchement.

En prénatal comme en post-natal, et outre le PRADO maternité en cas de sortie précoce, des visites à domicile sont possibles selon les besoins (en post-natal, prise en charge à 100 % jusqu'à J12).

La femme enceinte bénéficie d'une prise en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais (tiers payant) au titre de l'assurance maternité pour :

- les examens obligatoires liés à la grossesse et ce dès la déclaration de grossesse (6) : examens prénataux et postnataux obligatoires, bilans prénataux obligatoires ou selon des facteurs de risque, entretien prénatal précoce et sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- l'ensemble des frais médicaux en lien ou non avec sa grossesse, du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement (7).

Enfin, dans le cadre de ses recommandations, la HAS distingue le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, avec une gradation du suivi. Ainsi, la préexistence ou l'apparition de facteurs de risque sont susceptibles d'intensifier le suivi (nombre de consultations, d'examens complémentaires, de consultations spécialisées...).

Tout au long de la grossesse et selon les besoins de la femme enceinte, pour des raisons médicales, psychologiques ou sociales, le médecin ou la sage-femme peuvent orienter la femme vers d'autres professionnels : médecin spécialiste, infirmier, psychologue, assistante sociale, masseur kinésithérapeute...

La dernière enquête nationale périnatale de 2016 (8) porte sur un échantillon représentatif de 14 142 naissances survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans les 517 maternités de France. Elle révèle la diversité des professionnels rencontrés par la femme au cours de sa grossesse, qu'ils exercent en libéral, en établissement de santé ou encore en centre de protection maternelle et infantile (PMI). Pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal reste un gynécologue-obstétricien en ville. Néanmoins, les sages-femmes en maternité ou en secteur libéral sont responsables de la surveillance dans les six premiers mois de grossesse de près

d'un quart des femmes, ce qui renforce leur rôle majeur dans le suivi des six premiers mois de la grossesse sans complications. Ainsi, l'entretien prénatal précoce (EPP) est essentiellement réalisé par une sage-femme (47,2 % en libéral et 42,7 % en maternité), faisant de ce professionnel un acteur de première ligne dans le repérage des situations de précarité et des risques psycho-sociaux. A l'issue de cet entretien, encore peu réalisé en 2016 (28,5 % des femmes), 14,6 % des femmes disent avoir été orientées vers un autre professionnel pour des raisons particulières (difficultés sociales, difficultés psychologiques, tabagisme, etc.).

Par ailleurs près de 18,4 % des femmes ont eu au moins une visite à domicile par une sage-femme, dont 4,7 % par une sage-femme de PMI et 8,8 % des femmes ont eu un entretien avec un(e) assistant(e) de service social durant la grossesse.

Certains parcours en périnatalité, y compris en l'absence de pathologie médicale, peuvent s'avérer complexes, en particulier au moment de la transition ante et post-natal. Confrontée à une multiplicité et une richesse de professionnels, de surcroît souvent rencontrés pour la première fois, en ville comme à l'hôpital, la femme enceinte (tout comme la jeune maman) peut se trouver en difficulté pour trouver l'interlocuteur adéquat. Cette difficulté à se repérer dans le parcours peut être source d'incertitudes, voire de perte de confiance pour la femme, augmentant de fait le risque de rupture du parcours de soins en périnatalité et s'avérant particulièrement préjudiciable, pour sa santé et celle de son enfant.

1.2. *Un parcours périnatal encore cloisonné et pouvant entraîner des ruptures, en particulier chez les femmes présentant des facteurs de vulnérabilités*

La grossesse est un moment où les **vulnérabilités médico-psycho-sociales** peuvent apparaître, voire être exacerbées, et être sources de ruptures du parcours périnatalité et/ou d'un recours accru aux urgences.

En 2014, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant a rappelé que les femmes peuvent éprouver des difficultés à s'orienter et à organiser leur propre suivi de grossesse et que ces difficultés sont majorées lorsque des événements de vie provoquent des ruptures dans cette période (9).

La dernière enquête nationale périnatale (10) (2016) a permis de collecter des données au sein de toutes les maternités publiques et privées de l'ensemble du territoire français (DOM compris) ainsi que dans des maisons de naissances. Elle met en évidence l'existence de facteurs de risque pour la santé de la mère et de l'enfant à la fois en termes de facteurs d'ordre socio-économique et de déterminants de la santé et met en lumière l'extrême variété de ces facteurs de fragilités révélés par la période de la grossesse :

- les **complications médicales liées à la grossesse** peuvent être à l'origine de situations difficiles pour les femmes concernées : par exemple, 5,4 % des femmes ont ainsi connu une menace d'accouchement prématuré ayant nécessité une hospitalisation tandis qu'une HTA a été diagnostiquée pendant la grossesse chez 4,3 % des femmes. En outre, une femme sur dix s'est vue porter un diagnostic de diabète gestationnel ;
- la permanence de **comportements défavorables à la santé de l'enfant à naître** chez un nombre relativement important de femmes enceintes : 17 % de femmes ont ainsi fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse tandis que 2,1 % des femmes déclarent qu'il leur est arrivé de consommer du cannabis au cours de celui-ci ;
- un autre facteur répandu de vulnérabilité est lié **au contexte socio-économique des ménages attendant la venue d'un enfant** et notamment leur situation au regard de l'emploi et du logement : ainsi, 28 % des ménages ont reçu des aides publiques ou d'autres aides liées au chômage ou à un faible revenu pendant la grossesse (par exemple allocation d'aide au retour à l'emploi, RSA, ou prime d'activité) tandis que près de 45 % des femmes enceintes ont un niveau d'étude inférieur au baccalauréat. En outre, 11 % d'entre elles bénéficient de la Couverture maladie universelle (CMU) et 1,1 % de l'aide médicale d'Etat. La part des femmes ne vivant pas en couple est également beaucoup plus importante chez les femmes en situation précaire (31,3 % versus 1,8 % des femmes non précaires) et près de 6 % des femmes en situation précaire n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse pour la prise en charge des soins médicaux. Enfin, une maternité sur six déclare accueillir au moins une fois par mois des femmes sans hébergement à la sortie de la maternité ;
- **une santé mentale dégradée** et peu prise en compte : l'enquête révèle que 23,6 % des femmes enceintes ont déclaré qu'il leur était arrivé de vivre au cours de leur grossesse « une période d'au moins deux semaines consécutives pendant laquelle elles se sentaient tristes, déprimées, sans espoir » et 18,2 % ont connu « une période d'au moins deux semaines pendant laquelle elles avaient perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui leur donnent habituellement du plaisir ». Au total 29,6 % des femmes, soit près de 3 femmes sur 10, ont déclaré l'un ou l'autre de ces symptômes. Enfin, 1,7% des femmes rapportent avoir subi des violences physiques durant leur grossesse. Pour autant le recours à des consultations pour les mères auprès de professionnels de la santé mentale est faible (4,4 %) ;
- une situation de violences conjugales : comme mis en exergue par le Pr Henrion dans son rapport de 2001 (11), la période de la grossesse et la période périnatale constituent des situations à risque notable de violences au sein du couple, entre 3 et 8 % des femmes subissent de la part du partenaire des actes de violences pendant cette période. La Haute Autorité de santé souligne également, dans ses recommandations de bonnes pratiques (12), que les femmes exposées à des violences pendant leur grossesse représentent environ 10 % des femmes en âge de procréer et que la grossesse constitue une période à risque accru de survenance ou d'aggravation de telles violences. Ces actes de violence envers les femmes au cours de la grossesse affectent directement et indirectement la mortalité et la morbidité de l'enfant et de la mère. Les professionnels de la

santé périnatale ont en conséquence un rôle primordial dans le repérage et la prise en charge des femmes victimes de violences.

Ces facteurs de fragilités sont souvent **cumulatifs** et peuvent entraîner des complications importantes chez les femmes qui y sont confrontées et sur l'enfant à naître.

Ainsi l'ENP 2016 a mis en évidence que des facteurs de risque médicaux sont plus fréquemment identifiés chez les femmes vivant dans un ménage dont aucun des deux partenaires n'a d'emploi : plus d'obésité (16,2 % vs 11,2 %), un contexte psychologique plus défavorable, et plus de tabagisme. Malgré ces facteurs de risque, près de 30 % d'entre elles ont eu moins des huit consultations prénatales recommandées par la HAS (vs. 20 % des femmes enceintes en métropole) et ces femmes étaient plus souvent hospitalisées pendant leur grossesse.

De même après l'accouchement, la dépression du *post-partum* est une pathologie fréquente et sous-diagnostiquée, qui peut entraîner des effets potentiellement graves sur la mère et l'enfant, notamment en termes de développement. Sa prévalence est de l'ordre de 10 à 15 % selon les études, ce qui en fait un enjeu de santé publique majeur de la période périnatale (13).

La crise sanitaire exceptionnelle liée à la Covid-19 a mis en exergue l'attention particulière à porter à la continuité du suivi des femmes enceintes et du suivi postnatal (14) et à maintenir une prise en charge adaptée (15). L'étude Covimater (16) s'est d'ailleurs intéressée à l'impact de la situation sur la santé mentale des femmes enceintes (dégradation de l'état psychologique pendant le confinement, sentiment d'être peu ou pas entourée notamment).

Au regard des différents rapports et suivi des indicateurs périnataux, le repérage des facteurs de risque et situations de vulnérabilité, aussi bien dans le champ social et psychique, que somatique, est à renforcer afin d'agir précocement et de limiter le renoncement aux soins et les ruptures de parcours qui peuvent avoir des conséquences aussi bien sur la santé de la mère que de l'enfant (17) (18).

La prise en charge spécifique et la continuité du suivi pré et post-natal de ces femmes et de leur entourage proche apparaissent donc primordiales.

1.3. *La nécessité de mieux accompagner les femmes de la grossesse au post-partum et de renforcer la coordination du parcours périnatal*

La grossesse est un moment révélateur de vulnérabilités. Le Plan Priorité Prévention, déclinant la Stratégie nationale de santé 2018-2022 a comme premier objectif la grossesse en pleine santé et les 1 000 premiers jours garants de la suite. Le référent parcours périnatalité, proposé dans le cadre de la présente expérimentation, vise à permettre un accompagnement personnalisé et gradué et à renforcer la continuité du suivi ante et post-natal afin de proposer un parcours décloisonné, cohérent et coordonné, centré sur les besoins de la femme, du couple et de l'enfant.

Une volonté inscrite dans le Plan des 1 000 premiers jours :

La feuille de route gouvernementale des « 1 000 premiers jours », élaborée suite à la remise du rapport de la commission d'experts présidée par B. Cyrulnik à l'automne 2020 (19), a fait du renforcement du parcours des 1 000 premiers jours l'un de ses piliers.

Ce parcours est construit autour de trois moments clés :

- l'entretien prénatal précoce (EPP) au 4^e mois de grossesse : temps d'écoute privilégié permettant d'aborder et de repérer notamment les éléments de l'environnement de vie de la femme/du couple, les antécédents de la femme, familiaux, l'isolement social/familial/professionnel ou encore les facteurs de risque dans le champ des addictions et de la santé mentale. Cet entretien, devenu obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020, est la porte d'entrée privilégiée du parcours ;
- le séjour à la maternité : afin que l'accouchement soit un moment pivot et non de rupture ;
- le retour à domicile : avec le renforcement des visites à domicile et du repérage de la dépression du *post-partum*.

Ces trois moments clés soulignent la diversité et la multiplicité des professionnels pouvant intervenir dans ce parcours :

- professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmier[e]s, puéricultrices...), du secteur social ou médico-social ;
- avec des modalités d'exercice variées : libéral, PMI, hôpital, réseau de santé, associatif ;
- avec des temporalités et modalités d'intervention différentes : consultations, entretiens, staffs psychosociaux, visites à domicile, certains intervenant pendant la grossesse et/ou à la maternité et/ou au retour à domicile, d'autres suivant la femme depuis longtemps, par exemple en cas de pathologie chronique ou de situation de handicap.

Cette multiplicité des professionnels dans le suivi de la femme enceinte et en post-natal nécessite une coordination des interventions afin d'en garantir la cohérence et la gradation au regard des besoins des parents, mais aussi la lisibilité pour tous, femmes, couples et professionnels. Cette coordination est d'autant plus importante qu'il existe des facteurs de risque ou de vulnérabilités, que ce soit dans le champ sanitaire, social et/ou psychique (20).

2. Objet de l'expérimentation (résumé)

L'expérimentation vise à proposer à toutes les femmes enceintes et, en particulier aux plus vulnérables, un accompagnement personnalisé et gradué par un référent parcours périnatalité, de la grossesse aux trois mois de l'enfant, en complémentarité et en coordination avec les dispositifs existants (ville/hôpital/PMI).

Cette expérimentation est une mesure du chantier interministériel des 1 000 premiers jours de l'enfant, lancé en septembre 2020 suite à la remise du rapport de la commission des 1 000 premiers jours.

L'objectif général est d'améliorer la santé globale des femmes et des enfants en permettant un accompagnement continu du parcours de la grossesse au *post-partum*, au plus près des besoins, et ce jusqu'aux trois mois de l'enfant, en lien et coordination avec les autres professionnels qui suivent la grossesse.

2.1. Objectifs stratégiques

Le dispositif du **RéPAP (référént parcours périnatalité)** s'articule autour des objectifs suivants :

- améliorer la santé de la femme et du couple mère-bébé ;
- améliorer la lisibilité du parcours périnatal ;
- contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'expérimentation s'articulera avec les autres programmes de suivi actuellement mis en place dans le champ de la périnatalité (ex : PRADO maternité), les autres expérimentations en cours ainsi que des dispositifs à destination des femmes enceintes et des jeunes parents prévus dans le cadre du chantier des 1 000 premiers jours.

2.2. Objectifs opérationnels

OBJECTIFS STRATÉGIQUES	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS
Améliorer la santé de la femme et du couple mère-bébé	Proposer un accompagnement sécurisant des femmes/parents par un référent parcours, de la grossesse aux 3 mois de l'enfant favorisant la prévention précoce
	Garantir la continuité et la cohérence du parcours périnatal (suivi de grossesse, suivi des préconisations EPP, suivi de la mise en œuvre des prescriptions...)
Améliorer la lisibilité du parcours périnatal	Fluidifier le parcours ante et post-natal et en limiter les ruptures et les redondances
	Améliorer la coordination des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité : somatique, psychique et social
	Améliorer la visibilité de l'offre sur le territoire et les conditions d'accès aux services et professionnels
Contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé	Améliorer le repérage, l'accès aux soins et le suivi des femmes présentant des facteurs de risque et/ou de vulnérabilités identifiés
	Graduer l'accompagnement en fonction des facteurs de risques et/ou vulnérabilités identifiés.

Une organisation innovante

- un accompagnement personnalisé et gradué de la grossesse au *post-partum* assuré par un professionnel référent du parcours ;
- une continuité du parcours ante et post-natal, au plus près des besoins de la femme/ du couple ;
- une mise en relation et une coopération ville/hôpital/ PMI renforcée dans le champ de la périnatalité sur un territoire.

Un mode de financement innovant

- un mode de financement mixte du parcours fondé sur un **forfait** par femme accompagnée lorsque sa grossesse ne présente pas de difficulté particulière, auquel vient s'ajouter un **complément additionnel** dans le cas où le parcours de la femme est renforcé et nécessite un accompagnement accru du référent.

3. Description du projet

3.1. Conditions fixes de l'expérimentation

3.1.1. Public cible et critères d'inclusion

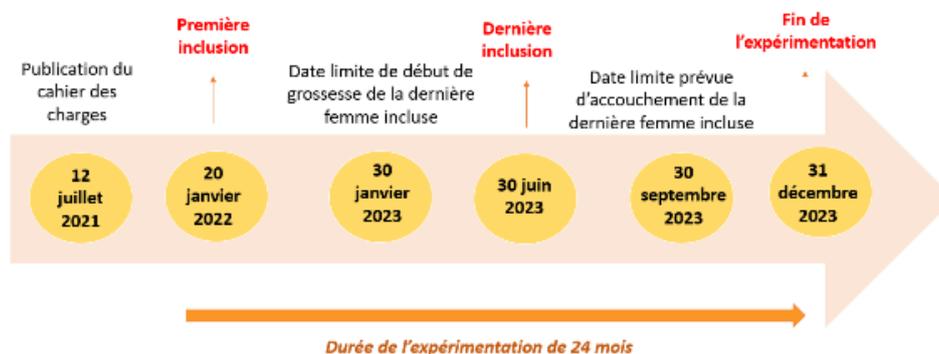
L'expérimentation s'adresse, au sein des territoires partenaires, à toutes les femmes enceintes volontaires domiciliées au sein de ces territoires (cf. annexe 3), ayant des droits ouverts (21) dans ces territoires au cours de la période d'inclusion, y compris les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité ou de fragilité (cf. section 3.1.2 ci-dessous).

- parmi elles, sont éligibles au dispositif : Toutes les femmes, enceintes de moins de 7 mois au jour de leur entrée dans le dispositif, pendant la période d'inclusion ;
- **et** dont la date prévue d'accouchement se situe au moins 3 mois avant la fin de l'expérimentation, afin de permettre l'accompagnement complet de ces femmes jusqu'aux 3 mois de l'enfant.

Les premières inclusions ont eu lieu le 20 janvier 2022 et se poursuivront jusqu'au 30 juin 2023.

L'expérimentation est mise en œuvre jusqu'au 31 décembre 2023, afin de permettre l'intégration de suffisamment de femmes dans le dispositif pour évaluer cet accompagnement innovant.

Figure 1. – Modélisation du calendrier des inclusions



En revanche, l'inclusion dans le dispositif ne sera pas proposée aux femmes :

- faisant déjà l'objet d'un parcours coordonné en raison de critères médicaux et pour lesquelles il existe une prise en charge explicite par une équipe hospitalière référente. A titre d'exemples, cela peut être le cas de certains parcours de PMA ou dans certaines situations suite à un diagnostic prénatal précoce ;
- ou bénéficiant déjà d'un accompagnement et parcours dédié dans le cadre d'une autre expérimentation (ex : référent parcours des grossesses compliquées chez les adolescentes en Guyane).

Point de vigilance : Dans l'hypothèse où l'entrée en vigueur du dispositif « sage-femme référente » tel que précisé dans l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes et les caisses d'assurance maladie serait effective avant la fin des inclusions RÉPAP, le cumul des deux dispositifs sera exclu.

3.1.2. Critères de vulnérabilité

Les critères de vulnérabilité (22) à retenir pour la gradation du parcours sont communs à tous les territoires partenaires.

L'évaluation de la vulnérabilité par le RÉPAP sera faite lors du premier entretien faisant suite à l'inclusion de la femme enceinte dans le dispositif. Elle pourra être renouvelée en tant que de besoin tout au long du parcours, afin d'étayer une évolution de l'accompagnement par le référent parcours périnatalité.

Le repérage des situations de vulnérabilité repose sur plusieurs types d'indicateurs :

- **des indicateurs prioritaires** : la présence d'un seul de ces indicateurs (comme le handicap, les conduites addictives, la vulnérabilité psychique, les violences) suffit pour justifier une inclusion directe ou secondaire dans le parcours renforcé, et nécessite un accompagnement coordonné en lien avec le staff médico-psycho-social ;
- **des indicateurs secondaires de repérage** (liés au contexte social, logement, âge...) : organisés sous la forme d'un outil permettant de dégager un score, ces indicateurs cumulés permettent d'aider le référent parcours périnatalité à repérer des situations de vulnérabilité.

Un outil commun permettant le repérage des situations de vulnérabilité est mis à disposition des territoires partenaires et a vocation à être utilisé par tous les RÉPAP.

3.1.3. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation

Au regard des missions qui lui sont confiées, le référent parcours périnatalité sera prioritairement un professionnel de santé (y compris paramédical) intervenant dans le champ de la périnatalité, quel que soit son mode d'exercice (libéral, hôpital, PMI). Il peut être également un professionnel du secteur social, médico-social ou un médiateur en santé ayant bénéficié d'une formation et/ou ayant une expérience confirmée dans le champ de la périnatalité et impliqué sur cette thématique dans le territoire concerné.

L'objectif étant de ne pas favoriser les doublons, la femme peut choisir un RÉPAP parmi les professionnels assurant son suivi médical, avec son accord, à condition que ce professionnel soit référencé en tant que tel au sein du territoire.

Les territoires partenaires s'engagent à identifier en amont du démarrage des inclusions une liste de professionnels candidats et éligibles aux missions de référent parcours périnatalité telles que définies dans ce cahier des charges et qui devra être portée à la connaissance des professionnels de santé susceptibles d'adresser les femmes.

Cela n'exclut pas la candidature de nouveaux professionnels au cours de l'expérimentation dans un souci d'adéquation de l'offre aux besoins du territoire. Chaque partenaire territorial s'engage à actualiser en conséquence la liste et à la communiquer aux professionnels concernés (RÉPAP et adresseurs) du territoire selon un circuit d'information défini localement.

Une session de sensibilisation aux missions et place du RéPAP, tels que définis dans le présent cahier des charges, permettant également la présentation des ressources du territoire, sera organisée par chaque territoire partenaire à l'attention de tous les professionnels identifiés RéPAP.

Tous les professionnels identifiés comme « référent parcours périnatalité » signent une charte d'engagement garantissant le respect du cadre du parcours, leur participation à la session de sensibilisation organisée dans chaque territoire et, avant la fin de l'expérimentation, à un module de formation dédié.

Une attention particulière sera portée au respect du secret professionnel partagé.

Cette charte fera l'objet d'un travail de co-construction avec les territoires partenaires.

3.1.4. Missions du référent parcours périnatalité RéPAP

Les missions du référent parcours périnatalité sont des missions d'accompagnement de la femme/du couple et de coordination/facilitation du parcours ante et post-natal, en lien avec les professionnels et dispositifs existants sur le territoire.

Afin de créer une culture commune, compte-tenu de la diversité des professionnels pouvant exercer les missions de RéPAP et de leurs modes d'exercice variés, il est prévu que les porteurs territoriaux co-construisent pendant la durée de l'expérimentation un module de formation commun type e-learning destiné à l'ensemble des RéPAP.

Dans le cadre de ses missions d'accompagnement de la femme/du couple, le RéPAP s'engage à :

- assurer un accompagnement bienveillant jusqu'aux 3 mois de l'enfant et contribuer au soutien à la parentalité ;
- répondre aux sollicitations de conseil et réassurance de la femme/du couple/des parents ;
- rappeler/informer la femme/le couple aux différentes étapes du suivi de grossesse (rendez-vous, examens...) telles que précisées dans les dernières recommandations professionnelles et rappeler les comportements favorables à la santé ;
- assurer le suivi des orientations et préconisations, issues notamment de l'entretien prénatal précoce ;
- alerter ou orienter vers le professionnel qui suit la grossesse (s'il est différent du RéPAP) voire un autre professionnel compétent selon les besoins ;
- adapter l'accompagnement en fonction des facteurs de risques et/ou vulnérabilités identifiées (notamment conduites addictives, situation de handicap, précarité, vulnérabilité psychique, violences intrafamiliales [23], etc. ; cf. section 3.1.2) : dans ce dernier cas, le RéPAP assurera les mêmes missions mais avec un accompagnement renforcé. Cet accompagnement renforcé pourra se traduire de multiples façons : entretien(s) supplémentaire(s), disponibilité accrue du RéPAP, prise de rendez-vous (somatique, psychique, social), coordination accrue notamment en lien avec le staff médico-psychosocial de la maternité... ;
- renseigner un document de suivi personnalisé permettant de formaliser les accompagnements prévus en fonction des situations de fragilité rencontrées et de faciliter la coordination avec les autres acteurs de la prise en charge en périnatalité.

L'accompagnement par le RéPAP vise la cohérence et la gradation des propositions adaptées aux besoins et à la temporalité des familles.

Dans le cadre de ses missions de coordination/facilitation du parcours ante et post-natal, le RéPAP s'engage à :

- travailler en réseau avec les partenaires du champ de la périnatalité du territoire et notamment les maternités (y compris les staffs psycho-médicosociaux), le réseau de santé périnatal et les services de PMI ;
- connaître et s'appuyer sur les ressources du territoire ;
- assurer le suivi des orientations et préconisations, issues notamment de l'entretien prénatal précoce, et retracer les fragilités et actions entreprises dans le document de suivi personnalisé, pour faciliter l'information des professionnels en charge de la personne (24) ;
- faciliter la coordination des professionnels des champs somatique, social et psychique en lien avec le médecin traitant le cas échéant ;
- contacter dès le début de l'accompagnement le professionnel de santé qui suit la grossesse, le cas échéant, ainsi que le médecin traitant si la femme en a un.

Le référent parcours périnatalité est garant de l'articulation ville-hôpital pendant la durée de l'accompagnement. Le RéPAP assurera la traçabilité des accompagnements effectués (parcours et actions entreprises).

Pour réaliser ces missions, le RéPAP s'appuiera :

- sur des entretiens présentiels et/ou téléphoniques avec la femme dont il assure l'accompagnement tout au long du parcours. Le premier entretien, réalisé en présentiel, est essentiel pour établir un lien de confiance avec la femme /le couple, expliquer concrètement en quoi va consister l'accompagnement et ses modalités et établir le document de suivi personnalisé ;
- sur les dernières recommandations professionnelles ;
- sur sa connaissance des dispositifs et ressources du champ de la périnatalité sur son territoire (y compris systèmes d'information), sur les acteurs prenant en charge les vulnérabilités identifiées.

A contrario, les entretiens réalisés dans le cadre des missions du RéPAP :

- sont distincts des consultations de suivi de grossesse ;

- ne donnent pas lieu à la réalisation d’actes de soins pendant l’entretien (25).

Point d’attention : il sera porté une attention particulière à la bonne articulation du dispositif avec le suivi médical de la grossesse et à la lisibilité du parcours coordonné pour la femme/le couple.

3.1.5. Information et inclusion dans le parcours

Dans les territoires partenaires, l’inclusion dans le dispositif sera proposée par un professionnel de santé (26) à toutes les femmes dont la grossesse a démarré au plus tôt 6 mois avant la date de la première inclusion (marquant le début de l’expérimentation) et au plus tard 6 mois après cette même date, soit un an avant la fin de l’expérimentation (cf. figure 1 et selon les critères définis au paragraphe 3.1.1).

Une information sur l’existence du dispositif sera réalisée par les territoires partenaires auprès des professionnels de santé du territoire susceptibles d’assurer le suivi d’une femme enceinte, ainsi qu’auprès des partenaires du champ de la périnatalité. De même, il leur sera communiqué la liste des RÉPAP du territoire, tel qu’indiqué en 3.1.3, afin de permettre l’information et l’orientation les plus adéquates en fonction de la situation.

A l’issue de la réception de la déclaration de grossesse par la CPAM, une information ciblée sur l’existence du dispositif d’accompagnement sera faite par la CPAM à l’attention des femmes enceintes vivant sur le territoire défini dans l’expérimentation.

Le cadre privilégié de l’inclusion des femmes dans le dispositif s’inscrit dans la suite de **l’entretien prénatal précoce** obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020, conformément à l’article L. 2112-1 du code de la santé publique.

En effet, l’entretien prénatal précoce (EPP), qui se déroule à partir du quatrième mois de grossesse, constitue le 1^{er} moment clé du parcours 1 000 jours et est donc le moment idéal pour proposer à la femme enceinte l’accompagnement par un RÉPAP, que cet accompagnement soit ou non réalisé par le professionnel de santé chargé de l’EPP. Cependant, et afin de prendre en compte la montée en charge du déploiement de l’EPP, ainsi que la diversité des parcours de grossesse, si l’EPP est le moment d’entrée privilégié dans le dispositif d’accompagnement par un référent parcours périnatalité, d’autres modalités d’entrée sont possibles, à l’occasion de rendez-vous relatifs au déroulé de la grossesse et notamment :

- l’inscription à la maternité ;
- le bilan prénatal de prévention ;

Voire à tout autre moment de la grossesse avant le début du 7^e mois, par exemple du fait de fragilités antérieures connues, ou de passages répétés aux urgences.

C’est à ces occasions que le professionnel de santé pourra présenter à la femme les missions du RÉPAP et les objectifs recherchés et lui proposer l’entrée dans le dispositif.

Sauf opposition (27) ou non-respect des critères d’inclusion cités en 3.1.1, et afin de bénéficier du premier entretien dans un délai préconisé de 15 jours, la femme enceinte est alors :

- soit invitée par le professionnel de santé à choisir un RÉPAP sur la base de la liste établie par le territoire partenaire dans lequel elle est suivie, et orientée vers ce RÉPAP ;
- soit accompagnée, si elle le souhaite, par le professionnel de santé assurant également le suivi médical de sa grossesse (médecin ou sage-femme), s’il est identifié comme « référent parcours périnatalité ».

En cas de vulnérabilités sociales ou psycho-sociales à l’inclusion, et selon l’offre en RÉPAP du territoire, une orientation vers un RÉPAP exerçant en PMI pourra être privilégiée.

Dès lors que la femme enceinte est incluse dans le dispositif, son accompagnement personnalisé est mis en place.

3.1.6. Parcours coordonné de la grossesse aux trois mois révolus de l'enfant

L'accompagnement se déroulera en plusieurs étapes qui pourront varier en fonction des facteurs de vulnérabilités/fragilités existants ou pouvant apparaître ou être repérés à tout moment du parcours, conformément au schéma suivant :

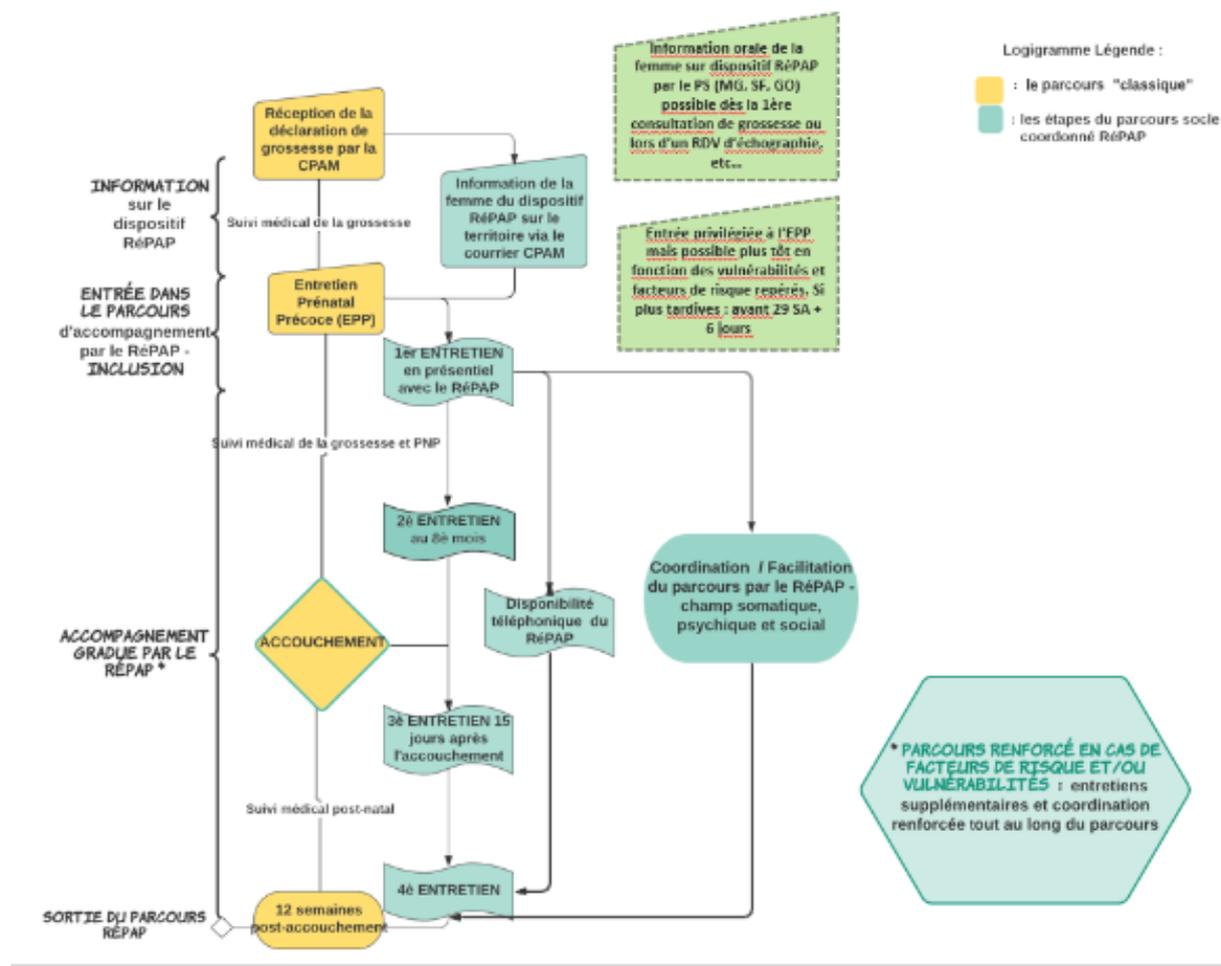


Figure 2. – Schématisation du parcours coordonné par le RéPAP - De l'information à la sortie du dispositif

A minima, les étapes du parcours sont les suivantes :

3.1.6.1. Un premier entretien avec le référent parcours périnatalité- RéPAP

Cet entretien, qui devra se dérouler en présentiel, permettra au référent d'établir un lien de confiance avec la femme enceinte et de :

- présenter à la femme en quoi consiste l'accompagnement proposé (et préciser notamment que celui-ci est complémentaire et ne se substitue pas aux consultations médicales de suivi de grossesse), les étapes du suivi et les modalités de recours au référent (par téléphone dès que besoin) ;
- s'assurer de la planification du suivi de grossesse en lien avec le professionnel adreuteur le cas échéant et du suivi (médecin ou sage-femme) en ville ou à l'hôpital ;
- recueillir avec l'accord de la femme les informations nécessaires à l'accompagnement tout au long de la grossesse et à la coordination du parcours : antécédents, coordonnées des professionnels impliqués dans son suivi (somatique, psychique, social...), son médecin traitant etc. ainsi que des éléments relatifs à son environnement familial et socio-professionnel (cf. section 3.1.2 critères de vulnérabilité), établir le document de suivi personnalisé.

A l'issue de ce premier entretien, le référent parcours périnatalité effectue les premières actions de coordination avec notamment les prises de contact indispensables à ce stade, notamment pour informer de l'entrée de la femme dans le dispositif et communiquer ses coordonnées : professionnel chargé du suivi médical de la grossesse, médecin traitant, maternité prévue du lieu d'accouchement. Il s'assure du recueil des données utiles à l'accompagnement de la femme dans le cadre de l'expérimentation, dans le respect des règles du Règlement général sur la protection des données (RGPD).

Ce premier entretien permettra de formaliser l'inclusion de la femme dans le dispositif.

Si le RéPAP est différent du professionnel de santé (médecin ou sage-femme) en charge du suivi médical de la grossesse, il prend systématiquement contact avec ce dernier afin de connaître les orientations de parcours préconisées et de l'informer de l'accompagnement initié.

D'autres actions de coordination seront réalisées pour les situations de vulnérabilités en fonction des besoins de la femme enceinte et des orientations préconisées notamment à l'issue de l'EPP.

3.1.6.2. Pendant toute la durée du suivi par le référent parcours périnatalité : un accompagnement bienveillant et gradué

Après le premier entretien, le RéPAP peut exercer ses missions en distanciel, afin d'éviter des déplacements supplémentaires à la femme tout en gardant la possibilité de présentiel selon les besoins de la femme et selon les situations.

Entre ses entretiens, et pendant toute la durée de l'accompagnement, en ante comme en post-natal, la femme peut contacter par téléphone son référent « parcours » en cas de besoin. De même, le RéPAP peut contacter la femme pour s'assurer du suivi des orientations préconisées dans le cadre de son parcours (selon les modalités définies en 3.1.4).

Cette disponibilité téléphonique sera assurée sur des créneaux horaires que le RéPAP communiquera à la femme (par téléphone, mail...) selon les modalités définies dans le territoire partenaire garantissant une disponibilité minimale commune (amplitude, rythme, etc.).

Le RéPAP assurera les mêmes missions mais avec un **accompagnement renforcé** auprès des femmes présentant des facteurs de risques ou de vulnérabilités identifiés.

3.1.6.3. Un entretien dans le mois précédant la date prévue de l'accouchement, au 8^e mois

Cet entretien est l'occasion pour le référent parcours périnatalité d'aborder avec la femme les éléments nécessaires pour le séjour à la maternité (la préparation d'un projet de naissance notamment) et d'anticiper les conditions envisagées du retour à domicile à la sortie de la maternité, y compris le suivi médical de l'enfant.

Cet échange donne lieu à la rédaction, avec la femme, de transmissions pour la maternité contenant *a minima* l'organisation prévue pour le retour à domicile après l'accouchement et les coordonnées des professionnels dont la sage-femme (libérale ou de PMI) et le référent parcours périnatalité. Ce dernier sera prévenu par la maternité de l'accouchement de la femme, *a minima* pour les situations de vulnérabilités et selon des modalités à définir au sein du territoire. Dans tous les cas, la femme est invitée à informer le RéPAP de son accouchement.

Dans la mesure du possible, ces transmissions sont communiquées à la maternité par le RéPAP et conservées aussi par la femme afin qu'elle puisse les présenter à son arrivée à la maternité, et être actrice de son parcours.

3.1.6.4. Un entretien 15 jours après l'accouchement

Lors de cet entretien, le référent parcours périnatalité :

- s'assure des conditions de retour à domicile ;
- s'assure de la planification des rendez-vous de suivi médicaux et paramédicaux aussi bien pour la jeune maman que pour son/ses enfant(s) ;
- aborde avec la jeune maman/le couple parental son vécu de la grossesse et de l'accouchement, les changements liés à l'arrivée du bébé et leurs ressentis de jeunes parents ;
- contribue au dépistage de la dépression du *post-partum* via notamment l'échelle EPDS (28), avec orientation si besoin ;
- s'assure que la femme a un médecin traitant identifié si ce n'était pas le cas en anténatal ;
- fait le point sur les actions prévues au titre du document de suivi personnalisé et le cas échéant, sur les actions toujours en cours, en indiquant quelles ressources peuvent être mobilisées pour la suite.

Dans le cas où le suivi de l'enfant n'est pas programmé, le référent oriente la mère/les parents vers le centre de PMI le plus proche de chez elle et vers les autres ressources adéquates du territoire. Il fait le lien avec les professionnels des structures concernées, et si besoin, accompagne la mère/les parents dans leur démarche.

3.1.6.5. Un entretien de sortie du dispositif

Au cours des deux semaines précédant le 4^e mois de l'enfant, le RéPAP contacte la femme pour un entretien de sortie du dispositif. Cet entretien permettra de :

- s'assurer de l'état de santé de la femme/du couple et de l'enfant trois mois après l'accouchement et le retour à domicile ;
- s'assurer que la femme a un médecin traitant identifié et de la continuité de la prise en charge ;
- s'assurer de la mise en œuvre du suivi de l'enfant (réalisation des examens médicaux obligatoires, désignation d'un médecin traitant de l'enfant) ;
- de renouveler le dépistage de la dépression du *post-partum* via l'échelle EPDS ;

- préciser les besoins de la femme et de son enfant et organiser l'orientation vers les ressources et partenaires adéquats (y compris du champ social ou de la santé mentale) pour assurer le suivi, en lien avec le médecin traitant et si facteur de risque et/ ou vulnérabilité identifiés en lien avec la PMI le cas échéant ;
- prévenir la femme de la fin du suivi par le référent et établir un bilan du dispositif (notamment conformément aux engagements initiaux et aux actions mises en place dans le document de suivi personnalisé) permettant de disposer de premiers éléments d'évaluation de l'expérimentation.

L'accompagnement par le référent parcours périnatalité dans le cadre du dispositif expérimental s'achève le jour où l'enfant atteint l'âge de 4 mois.

Points d'attention :

- dans l'hypothèse où le droit commun inscrirait pendant la durée de la présente expérimentation de nouveaux jalons sous forme d'entretien(s) dans le parcours post-natal, il sera apporté une attention particulière à l'optimisation de l'articulation des entretiens avec ceux de l'expérimentation RéPAP. Le rapport d'évaluation intermédiaire pourra permettre de clarifier et préciser l'articulation en fonction des situations et d'éviter toute éventuelle redondance dans l'accompagnement ;
- pour les besoins de modélisation de l'expérimentation, la temporalité des entretiens après l'accouchement est calibrée pour un accouchement à terme. En cas de naissance prématurée, la temporalité de l'accompagnement sera adaptée en fonction de l'âge corrigé de l'enfant. L'évaluation devra tenir compte de ces éléments ;
- s'agissant d'une expérimentation, elle ne préjuge en rien des suites qui y seront données, ni des orientations et des évolutions du droit commun en cours.

3.1.7. Maillage et position dans le territoire

La direction générale de la santé est le pilote national de l'expérimentation, qui est menée au sein des territoires partenaires par des professionnels volontaires (expérimentateurs) acceptant d'exercer les missions de référent.

Ces territoires ont été identifiés en fonction de leurs particularités afin de tester différentes hypothèses dans le cadre de l'expérimentation et pour mieux anticiper une éventuelle généralisation. La diversité recherchée portait notamment sur le profil sociodémographique des territoires (urbain/ rural/mixte, métropolitain/ultra-marin etc.), sur la diversité des dynamiques territoriales existantes et des modalités de relais ainsi que d'animation au sein du territoire envisagé.

Au sein de chaque territoire partenaire, le territoire du projet doit être défini clairement, en tenant compte du besoin de proximité.

Les territoires partenaires disposent sur leur terrain d'expérimentation d'une capacité à mobiliser *a minima* les partenaires intervenant dans le champ de la périnatalité sur leur territoire : la ou les maternités et leur staff médico-psychosocial, les professionnels libéraux, la PMI et le réseau de santé en périnatalité, mais également les acteurs du secteur social, du soutien à la parentalité, ainsi que les partenaires du champ de la santé mentale périnatale, de l'addictologie et les structures d'aides aux femmes victimes de violences. Pour les situations de handicap, ils seront à même de mobiliser les structures médico-sociales adéquates.

Pour améliorer le recours au dispositif et pour permettre des orientations vers d'autres professionnels/structures en fonction des besoins repérés, les partenaires territoriaux et les RéPAP devront faire connaître les missions du RéPAP aux acteurs du territoire précité.

De même les partenaires territoriaux lors de la sensibilisation des RéPAP sur leurs missions devront les appuyer dans la connaissance des autres acteurs précités du territoire.

L'ensemble des moyens mobilisés pour faire connaître le dispositif RéPAP et les résultats de ce travail de connaissance réciproque (nombre et typologie d'orientation) seront étudiés.

En outre, chaque territoire disposera, à la hauteur de sa cible d'inclusion, d'une charge d'ETP consacrée à la coordination administrative territoriale du projet ainsi qu'à la promotion et à la communication autour de l'expérimentation (cf. section 4. 3. 2 ci-dessous). Ces missions, qui pourront être exercées par une seule personne ou par plusieurs personnes distinctes, pourront être portées par des collaborateurs déjà en place dans les territoires partenaires, ou donner lieu à un recrutement spécifique en fonction des situations dans chaque territoire.

Sur le volet administratif, ce temps sera notamment consacré à la gestion des données de facturation des RéPAP et à la remontée des informations utiles à l'évaluation sur chaque territoire. Sur le volet coordination et communication, le professionnel mobilisé assurera notamment, dès l'amont de la première inclusion, l'information et la promotion de l'expérimentation RéPAP auprès des différents partenaires de l'expérimentation (RéPAP, autres professionnels de santé etc.), en lien avec les outils et documents mis à disposition ; l'organisation des sessions de sensibilisation et le suivi du déploiement de l'expérimentation sur le territoire.

3.1.8. Système d'information

Afin de mettre en œuvre l'expérimentation, les participants à l'expérimentation ont besoin de disposer d'un outil informatique permettant d'assurer la collecte des données structurées nécessaires au suivi des femmes, à la facturation de ce suivi auprès de l'assurance maladie et à l'évaluation de l'expérimentation dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles (RGPD).

3.2. Conditions souples de l'expérimentation (29)

Cette partie décrit des aspects de l'expérimentation sur lesquels les territoires devront s'engager sans que les résultats attendus et les moyens à déployer soient fixés *a priori*. Ils devront donc particulièrement être force de propositions sur ces points. Des échanges entre les partenaires territoriaux retenus seront organisés au cours de l'expérimentation pour mutualiser les réflexions et favoriser la production de résultats.

Les partenaires territoriaux transmettront au porteur national une feuille de route précisant les modalités de déclinaison opérationnelle de l'expérimentation prévues sur leur territoire.

3.2.1. Modalités d'identification des RéPAP et d'information des professionnels de santé

La mise en œuvre de l'expérimentation nécessite dans chaque territoire partenaire et en amont du démarrage des inclusions, d'identifier les professionnels volontaires pour assurer les missions de référent parcours périnatalité/RéPAP dans le respect du présent cahier des charges (profil du RéPAP, missions, parcours...). Cela implique une information et communication préalables larges du dispositif sur le territoire auprès des acteurs concernés.

A cette fin, les partenaires territoriaux préciseront dans la feuille de route l'organisation retenue sur leur territoire pour la phase d'information/communication, d'identification des RéPAP, de validation, actualisation et diffusion de la liste aux acteurs du territoire. Ils feront également part des modalités d'adressage retenues.

Les profils des RéPAP retenus (professionnel médical, paramédical, travailleur social...) seront précisés et tiendront compte des spécificités territoriales et de l'existant.

Les modalités d'organisation de la session de sensibilisation seront également transmises au porteur national. Il est encouragé, dans la mesure du possible, une mutualisation des supports entre les différents territoires.

3.2.2. Maillage territorial, partenariats

L'accompagnement des femmes/parents par les RéPAP nécessite un ancrage du dispositif dans le maillage des partenaires du territoire. En effet, selon la nature du territoire (urbain, rural, mixte) et l'offre de soins existante dans le champ de la périnatalité, les partenariats ville/hôpital/PMI et la possibilité de faire appel à des services spécialisés en proximité sont variables.

Ainsi les porteurs territoriaux seront particulièrement vigilants à inscrire la mise en œuvre du dispositif RéPAP en articulation et complémentarité avec les ressources existantes sur leur territoire, y compris les dispositifs de coordination, et communiqueront au porteur national l'organisation retenue et les partenariats envisagés.

3.2.3. Modalité de déploiement territorial du système d'information

L'accompagnement par le RéPAP et la coordination du parcours nécessitent la mise en place d'un système d'information plus complet permettant le partage et l'échange d'informations entre professionnels dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles (RGPD), en s'appuyant notamment sur les services existants tels que la messagerie sécurisée de santé (MSSanté) ou encore l'outil numérique régional e-parcours, dans le cadre de la stratégie régionale e-santé.

C'est dans ce cadre qu'il sera réfléchi au sein de chaque territoire aux modalités de partage et d'échange d'informations nécessaires à l'accompagnement du parcours en périnatalité ainsi que des modalités de recueil de certaines données utiles pour l'évaluation (ex : préconisations issues de l'entretien prénatal précoce, transmission d'informations RéPAP/maternité...)

3.2.4. Articulation de l'expérimentation avec d'autres actions conduites par les équipes et autres financements

L'expérimentation vise à mettre en place un accompagnement individuel et gradué des femmes, de la grossesse aux trois mois de l'enfant. Les missions du RéPAP peuvent impliquer des moyens ou compétences utiles pour d'autres types d'actions (information, sensibilisation ou formation de médiateurs en santé par exemple).

Les partenaires territoriaux rapporteront au porteur national les autres actions conduites et la mobilisation d'autres financeurs pour la réalisation de ces autres actions conduites, en veillant à ne pas se substituer à des actions assurées par d'autres institutions.

Point d'attention : Le chantier interministériel des 1 000 premiers jours prévoit la mise en œuvre de plusieurs mesures – simultanément ou après le démarrage de la présente expérimentation – pouvant venir en appui de l'accompagnement des femmes et familles par le RéPAP.

Le porteur national de l'expérimentation sera attentif à informer les territoires partenaires des nouveaux outils ou ressources pouvant être mis à disposition des RéPAP dans ce cadre, tels que le déploiement des groupes naissance et le guide parents par la CAF, l'application mobile 1 000 premiers jours, ou encore l'appui de dispositifs d'accompagnement à la périnatalité des personnes en situation de handicap.

3.3. Effectifs concernés par l'expérimentation

Cahier des charges initial 2021 : l'expérimentation concernera environ 6 000 femmes au sein des quatre territoires partenaires, dont une collectivité d'outre-mer (cf. annexe 3 présentant les territoires) réparties comme suit :

- en Guyane et dans le territoire de la CPTS Centre Essonne : 1 500 femmes par territoire ;
- dans le territoire de la Drôme : 2 500 femmes ;
- dans le territoire du Pays Loire Touraine : 500 femmes.

Cahier des charges révisé 2023 :

Au vu des inclusions réelles entre janvier et novembre 2022, le cahier des charges initial est modifié. Le tableau suivant présente les cibles d'inclusions revues de l'expérimentation :

Territoire	Nombre de naissances 2019 sur le territoire partenaire	Inclusions réalisées entre le 20/01/2022 et le 30/11/2022	Hypothèse d'inclusions entre le 01/12/2022 et le 30/06/2023	TOTAL
Guyane (île de Cayenne Littoral et commune du fleuve Maroni)	2800	130	250	380
Drôme	4700	636	820	1 456
Pays Loire Touraine	945	84	145	229
Territoire de la CPTS Centre Essonne	2575	28	85	113
TOTAL	11 020	878	1300	2178

Tableau 1 – Hypothèses d'inclusions dans le dispositif dans les 4 territoires.

3.4. Durée de l'expérimentation

Les premières inclusions ont eu lieu le 20 janvier 2022 et se poursuivront jusqu'au 30 juin 2023.

L'expérimentation est mise en œuvre jusqu'au 31 décembre 2023, afin de permettre l'intégration de suffisamment de femmes dans le dispositif pour évaluer cet accompagnement innovant.

3.5. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre

La direction générale de la santé est le porteur national de l'expérimentation, qui est menée au sein des 4 territoires partenaires par des professionnels volontaires acceptant d'exercer les missions de référent.

Chaque territoire partenaire identifie une structure chargée de l'animation territoriale de l'expérimentation (information et diffusion des appels à candidature, constitution et suivi du réseau des référents, etc.).

La gouvernance de l'expérimentation repose sur la mise en place, pendant toute la durée de l'expérimentation, d'un comité opérationnel, constitué du pilote et des partenaires territoriaux du projet.

Ce comité est composé :

- du porteur national du projet (direction générale de la santé) ;
- d'un référent national article 51 ;
- d'un représentant des ARS des 4 territoires partenaires ;
- d'un représentant des structures chargées de l'animation territoriale sur les 4 territoires ;
- d'un responsable de l'évaluation – selon l'ordre du jour ;
- des autres partenaires impliqués selon l'ordre du jour.

Il a vocation à se réunir *a minima* tous les trois mois pendant la durée de l'expérimentation. L'objectif de ce comité est de faire le point sur la mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les difficultés rencontrées, les points forts, les modifications éventuelles à apporter et les éventuels points d'attention à remonter au Comité technique de l'innovation en santé (CTIS).

4. Financement de l'expérimentation

4.1. Modèle de financement

Le modèle de financement proposé est un modèle financé au **forfait par femme** comprenant :

- pour chaque femme accompagnée par un RéPAP : un **forfait socle** construit en fonction de la modélisation du temps-heure investi par le RéPAP.

Les modalités de versement de ces forfaits seront fixées lors de la signature de la convention de financement.

- pour les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité (cf. section 3.1.2 critères de vulnérabilité) et donc nécessitant un accompagnement renforcé du RéPAP : il existe un **forfait renforcé additionnel**. Ce dernier

peut être déclenché au début ou au cours du parcours en fonction du moment où la vulnérabilité de la femme est décelée.

4.2. Modalité de financement de la prise en charge proposée : méthode de calcul utilisée

Le modèle de financement repose sur un forfait socle et un complément additionnel en cas de vulnérabilité avérée (30).

Pour fixer le montant de ce forfait, les temps de mobilisation nécessaires pendant le parcours ont été estimés en fonction d'un socle de prestations minimales et du parcours spécifique de la femme :

1. Pour toutes les femmes, un forfait socle global de 165 € (198 € en Guyane avec la majoration DROM) correspondant à un parcours global modélisé de 5 heures de mobilisation (31) dont :

- 4 entretiens, dont la durée a été estimée à 45 minutes chacun tout au long du parcours (2 entretiens en pré-natal et 2 entretiens en post-natal tel que décrits en section 3.1.6) ;
- du temps consacré à la coordination du parcours : estimation d'1 heure ;
- et, pendant toute la durée du parcours, des entretiens téléphoniques pour toutes questions relevant des compétences du référent : estimé à 1 heure sur l'ensemble de la période de l'accompagnement.

2. Si la femme présente des facteurs de risques et/ou de vulnérabilités nécessitant un accompagnement accru (cf. section 3.1.2 critères de vulnérabilité), un forfait renforcé à hauteur estimée de 3 heures supplémentaires vient s'ajouter, soit 99 € supplémentaires (119 € en Guyane avec la majoration DROM) : consacrée à la réalisation d'entretien(s) supplémentaire(s) et des activités de coordination renforcées, et répartie selon la situation pendant toute la durée de l'accompagnement par le référent, cette mobilisation accrue du référent **justifie la majoration du forfait.**

Ce forfait additionnel peut être déclenché au début ou au cours du parcours si la vulnérabilité de la femme est décelée, mais une seule fois par femme (non renouvelable).

Conformément au droit commun en vigueur, une majoration est prévue pour les professionnels exerçant leurs missions en Guyane.

4.3. Besoin de financement

4.3.1. Volumétrie et profil des femmes incluses

La projection permet de déterminer un volume d'inclusion correspondant à **2 178 femmes** réparties au sein des 4 territoires partenaires comme suit (cf. section 3.3) :

- en Guyane : 380 femmes ;
- dans le territoire de la CPTS Centre-Essonne : 113 femmes ;
- dans le territoire de la Drôme : 1 456 femmes ;
- dans le Pays Loire Touraine : 229 femmes.

Le calcul de la volumétrie a été réalisé en prenant en compte plusieurs facteurs :

- le nombre de femmes suivies sur l'ensemble du territoire pendant la période d'inclusion ;
- les critères d'inclusion et d'exclusion décrits précédemment ;
- les estimations d'acceptabilité du dispositif par les femmes, en fonction des résultats d'autres expérimentations similaires intervenues dans le champ de la périnatalité (environ une femme sur 2 hors DROM) ;
- les inclusions réalisées entre janvier et fin novembre 2022.

Après analyse du profil des femmes accueillies dans le territoire (cf. annexe 3) et prise en compte des parcours renforcés débutés entre janvier et novembre 2022, ce total se décompose comme suit :

- pour la Drôme et la Guyane (32), il est estimé que 40 % des femmes présenteront des critères de vulnérabilités justifiant le suivi renforcé ;
- pour la CPTS Centre Essonne, il est estimé que 30 % des femmes bénéficieront de parcours renforcés ;
- pour le Pays Loire Touraine, il est estimé qu'environ 20 % des femmes suivront un parcours renforcé.

En outre, nous estimons, en se fondant sur d'autres expérimentations en cours que 10 % des femmes (soit 218 femmes) seront considérées comme « perdues de vue » dans le cadre de l'expérimentation, c'est-à-dire ne contacteront et/ou ne répondront pas au référent après l'accouchement.

4.3.2. Crédits d'amorçage et d'ingénierie

Pour le déploiement de cette expérimentation, un financement par le FISS est nécessaire à la mise en œuvre, couvrant les postes de dépenses suivants :

- Une charge de coordination administrative territoriale (33), de promotion et de communication autour de l'expérimentation, pondérée en fonction du nombre de femmes à inclure dans le territoire (cf. section 3.3) et dont les missions sont précisées dans la section 3.1.7 :
- pour la Guyane et le territoire de la CPTS Centre-Essonne : **0,35** (34) **ETP par territoire** pour les 6 premiers mois de l'expérimentation (afin d'accompagner sa montée en charge) et **0,5 ETP** pour les 18 mois suivants, sur la base d'un salaire brut chargé de 50 000€, soit un coût de 55 000 € chargé sur 24 mois pour ces 2 territoires = **110 000 €** ;
- pour le territoire de la Drôme : **0,5 ETP** (35) pour les 6 premiers mois de l'expérimentation et **0,8** pour les 18 mois suivants, sur la base d'un salaire brut chargé de 50 000 €, soit un coût de **85 000 €** ;
- pour le Pays Loire Touraine : **0,25 ETP** (36) pour les 6 premiers mois de l'expérimentation et **0,3 ETP** pour les 18 mois d'après, soit un coût de **37 500 €**.
- **Soit un sous-total de 232 500 € pour l'ensemble des 4 territoires**

Communication et coordination du projet	Nb d'ETP sur 6 mois	Nb d'ETP sur 18 mois	Salaire annuel brut chargé pour 1 ETP	soit sur 6 mois	soit sur 12 mois	A verser pour prolonger de 6 mois (*)	Total sur 24 mois
Territoire de la CPTS Centre Essonne	0,35	0,5	50 000 €	17 500 €	25 000 €	12 500 €	55 000 €
Territoire de la Drôme	0,5	0,8	50 000 €	25 000 €	40 000 €	20 000 €	85 000€
Territoire du Pays Loire Touraine	0,25	0,3	50 000 €	12 500 €	15 000 €	10 000 €	37 500€
Guyane	0,35	0,5	50 000 €	17 500 €	25 000 €	12 500 €	55 000 €
Total				72 500 €	105 000 €	55 000 €	232 500 €

Tableau 2 – Synthèse des besoins par territoires pour la communication et la coordination du projet RÉPAP

(*) Compte tenu de la date de recrutement de la coordination.

- des frais de production de supports de communication de l'expérimentation à hauteur de 750 € pour la Guyane, la CPTS Centre Essonne et le territoire du Pays Loire Touraine et 1 200 € pour le territoire de la Drôme = **3 450 €** ;
- la mise en place d'un module de e-learning accessible en ligne sur une plateforme préexistante (de la conception à l'évaluation) à hauteur de **26 250 €** (37) ainsi qu'une estimation de la charge prévue pour l'indemnisation des professionnels libéraux participant à ce module, à une hauteur de **22 716 €** pour l'ensemble des 4 territoires (38).
- **Soit un sous-total de 48 966 €**

En outre, l'accompagnement au déploiement de systèmes d'information sera pris en charge par le fonds d'intervention régional. Son montant a été calculé en fonction des besoins remontés des territoires :

- pour le territoire de la Drôme : **30 000 €** (39) ;
- pour la Guyane : **21 062 €** (40) ;
- pour le territoire de la CPTS Centre Essonne : **90 000 €** (41) ;
- pour le territoire du Pays Loire Touraine : **55 000 €** (42).
- **Soit un sous-total SI de 196 062 €**

En conséquence, les crédits d'amorçage et d'ingénierie sont estimés à hauteur de 480 978 € pour l'ensemble de l'expérimentation. Ces crédits pourront être mis à disposition **dès la phase d'amorçage** de l'expérimentation, soit préalablement à la première inclusion (celle-ci marquant le début des 24 mois de l'expérimentation).

	Territoire de la Drôme	Guyane	Territoire de la CPTS Centre Essonne	Territoire du Pays Loire Touraine	Total
Charge de coordination administrative territoriale (43), de promotion et de communication (FISS)	85 000 €	55 000 €	55 000 €	37 500 €	232 500 €
Frais de production de supports de communication (FISS)	1 200 €	750€	750€	750€	3 450 €
Mise en place d'un module de e-learning et indemnisation de la participation des professionnels à ce module (FISS)					48 966 €

	Territoire de la Drôme	Guyane	Territoire de la CPTS Centre Essonne	Territoire du Pays Loire Touraine	Total
Total FISS					284 916 €
Accompagnement au déploiement de systèmes d'information (FIR)	30 000 €	21 062 €	90 000 €	55 000 €	196 062 €
TOTAL (FISS + FIR)					480 978 €

(43) Cette coordination administrative est assurée dans chaque territoire par un des partenaires territoriaux (ou répartie) indiqués en p. 3 – hors ARS.

Tableau 3 – Synthèse des besoins en crédits d'amorçage et d'ingénierie

Sur les 228 766 € de CAI initialement prévus dans le cadre de l'expérimentation, 208 796 € ont déjà été versés en 2021 :

- 48 679 € à la CPTS Centre-Essonne ;
- 79 880 € à la Drôme ;
- 31 558 € au Pays Loire Touraine ;
- 48 679 € à la Guyane.

Au-delà des 20 % manquants dans la Drôme, il reste donc 56 150 € à verser en 2023 pour prolonger l'expérimentation jusqu'en décembre 2023 :

- 12 750 € à la CPTS Centre-Essonne ;
- 20 400 € à la Drôme ;
- 10 250 € au Pays Loire Touraine ;
- 12 750 € à la Guyane.

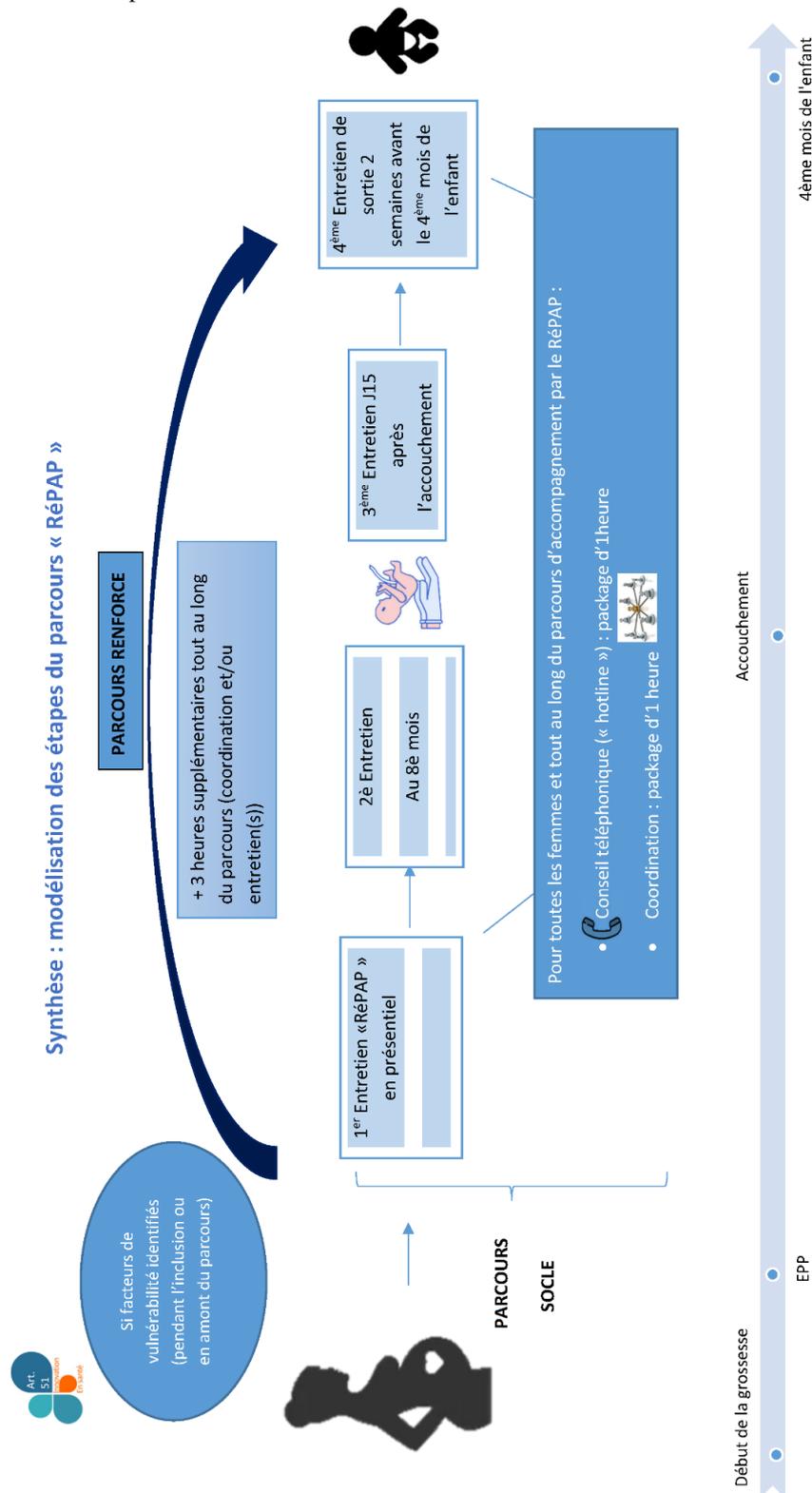
4.4. Synthèse du besoin de financement

Le besoin de financement s'élève pour les 24 mois de l'expérimentation à **930 053 €** qui correspondent :

- à un montant de **449 075 €** au titre de la prestation dérogatoire, soit pour la rémunération des missions de RéPAP (entretiens et coordination) ;
- auquel s'ajoutent **480 978 €** de crédits d'amorçage et d'ingénierie non pérennes, soit **284 916 €** financés au titre du FISS et **196 062 €** au titre du FIR.

		Année 1 : du 01/01/2022 au 30/11/2022 (observé)	Année 2 : du 01/12/2022 au 31/12/2023 (estimations)	Total
Nombre d'inclusions forfaits socles	Essonne Drôme Pays Loire Touraine Guyane TOTAL	21 397 79 109 606	59 492 116 150 817	80 889 195 259 1423
Nombre d'inclusions forfaits renforcés	Essonne Drôme Pays Loire Touraine Guyane TOTAL	7 239 5 21 272	26 328 29 100 483	33 567 34 121 755
Forfaits socles	Essonne Drôme Pays Loire Touraine Guyane TOTAL	3 465€ 65 505 € 13 035 € 21 582 € 103 587€	9 735 € 81 180 € 19 140€ 29 700 € € 139 755€	13 200 € 146 685 € 32 175 € 51 282 € 243 342 €
Forfaits renforcés	Essonne Drôme Pays Loire Touraine Guyane TOTAL	1 848 € 63 096 € 1 320€ 6 657 € 72 911 €	6 864 € 86 592 € 7 656 € 31 700€ 132 812€	8 712 € 149 688 € 8 976 € 38 357 € 205 733 €
Total prestations dérogatoires (FISS)	Essonne Drôme Pays Loire Touraine Guyane TOTAL	5 313 € 128 601 € 14 355 € 28 239 € 176 508 €	16 599€ 167 772 € 29 796 € 51 150 € 262 317 €	21 912 € 296 373 € 41 151 € 89 6399 € 449 075 €
		Versé selon CDC initial	A verser pour la prolongation de 6 mois	
Total CAI (FIR)		196 062 €	/	196 062 €
Total CAI (FISS)		228 766 (44) €	56 150 €	284 916€
Total CAI (FISS + FIR)		424 828 €	56 150€	480 978 €
Total Expérimentation (FISS)		405 274 €	328 717 €	733 991€
TOTAL expérimentation (FISS + FIR)		601 336 €	328 717 €	930 053€

(44) Dont 208 796€ versés en septembre 2021.



5. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

5.1. Aux règles de financements de droit commun

Le projet soumis modifie les règles de financement des établissements, professionnels de santé et déroge aux règles de frais couverts par l'Assurance maladie. Les missions du REPAP, financée sous forme de forfait, peuvent en effet être portées par des professionnels non conventionnés à l'AM.

A ce titre, il déroge notamment aux articles L. 160-8, L. 162-1-7, L. 162-9, L. 162-22-6, L. 162-26.

6. Impacts attendus

6.1. En termes d'amélioration du service rendu aux patients

- accompagnement personnalisé tout au long de la grossesse et dans les semaines suivant le retour à domicile afin de limiter les ruptures de parcours et d'éviter le renoncement aux soins ;
- amélioration de la visibilité de l'offre sur le territoire et des conditions d'accès aux services ou aux professionnels.

Ce qui contribue à diminuer les inégalités sociales et territoriales et permet une meilleure adhésion des familles au parcours en périnatalité.

Cela devrait se traduire en termes de gains de santé :

- pour la femme accompagnée :
 - meilleur suivi de la grossesse grâce au recours aux consultations de suivi obligatoires de la grossesse et réalisation des examens (notamment échographies), et suivi des prescriptions issues de l'entretien prénatal précoce ;
 - diminution de l'isolement ;
 - diminution du stress lié à la grossesse, à l'accouchement ou aux premiers mois de l'enfant ;
 - prévention des facteurs de risques liés à la grossesse (notamment dépression *post-partum*).
- pour l'enfant et la famille :
 - amélioration du suivi de l'enfant et de l'observance des consultations obligatoires ;
 - amélioration du sentiment de bien-être ;
 - soutien à la parentalité, lien parent-enfant favorisé.

6.2. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

- amélioration de la coordination des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité (décloisonnement ville/hôpital/PMI) ;
- meilleure articulation entre les dispositifs de suivi de la grossesse existants sur un territoire ;
- possibilité pour les professionnels de se former et d'exercer dans une approche pluri-professionnelle et pluridisciplinaire ;
- limitation du recours aux urgences.

6.3. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé

- amélioration de la détection précoce des vulnérabilités sociales, psychologiques ou médicales pour une prise en charge en amont ;
- prévention des ruptures de parcours pouvant entraîner à terme des prises en charge complexes et coûteuses.

7. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées

7.1. Critères de succès

Le dispositif permet la réalisation du parcours classique et de l'ensemble des prescriptions et contribue à améliorer la lisibilité du parcours pour les femmes/couples ainsi que pour les autres acteurs intervenant dans le suivi de la grossesse (médecin traitant, sage-femme, PMI, maternité) et sa fluidité.

L'accompagnement apporte une plus-value pour les situations de vulnérabilités avec notamment moins de ruptures de parcours et contribue à mieux dépister la dépression du *post-partum*.

Taux d'acceptabilité des femmes (indice de satisfaction/ simplification) – Le référent a été identifié par les parents comme une ressource de confiance.

Acceptabilité par les autres professionnels de santé (plus-value/absence de redondance).

7.2. Indicateurs associés

L'évaluation de l'expérimentation RÉPAP sera réalisée sous le pilotage de la DREES et de la CNAM.

La liste des indicateurs envisagés ci-après est non exhaustive et fera l'objet d'un travail de finalisation en lien avec l'équipe d'évaluation :

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs envisagés
Améliorer la santé de la femme et du couple mère-bébé	Proposer un accompagnement sécurisant des femmes/parents par un référent parcours, de la grossesse aux 3 mois de l'enfant favorisant la prévention précoce	Taux d'accompagnement : nombre de femmes/parents accompagné(e)s ÷ nombre de naissances totales respectant les critères d'inclusion de l'expérimentation Nombre de refus d'accompagnement et motifs Taux de satisfaction des femmes ayant bénéficié d'un accompagnement socle exclusif Taux de satisfaction des femmes ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé Nombre de femmes identifiant des plus-values au dispositif sur la totalité des femmes incluses / Typologie des plus-values identifiées

OBJECTIFS STRATEGIQUES	OBJECTIFS OPERATIONNELS	Indicateurs envisagés
		<p>Nombre de femmes perdues de vue après inclusion – dont nombre de femmes perdues de vue bénéficiant du parcours renforcé - motifs et nombre d'entretiens du parcours socle RéPAP réalisés</p> <p>Nombre de dépression du <i>post-partum</i> repérées / Nombre prises en charge</p> <p>Nombre de femmes déclarant une diminution ou l'arrêt de la consommation de l'alcool ou tabac pendant l'accompagnement</p>
	Garantir la continuité et la cohérence du parcours périnatal (suivi de grossesse, suivi des préconisations EPP, suivi de la mise en œuvre des prescriptions...)	<p>Taux de femmes ayant bénéficié de la totalité du parcours grossesse règlementairement défini / Taux de réalisation du parcours grossesse et variabilité selon l'existence de vulnérabilités et profil référent</p> <p>Taux de réalisation du parcours de suivi de l'enfant au cours des 3 premiers mois</p> <p>Taux d'inclusion à l'issue de l'EPP et stade moyen de grossesse à l'entrée dans le dispositif</p> <p>Taux de femmes ayant bénéficié d'un suivi des préconisations EPP par le RéPAP</p> <p>Taux de couples mère/enfant ayant bénéficié de la totalité du parcours règlementairement défini (grossesse + consultations <i>post-partum</i> mère et NRS)</p> <p>Nombre de femmes incluses dans le dispositif ayant bénéficié de la totalité de l'accompagnement socle</p> <p>Dont nombre de femmes ayant bénéficié également de l'accompagnement renforcé</p> <p>Taux de femmes pour lesquelles le RéPAP est le PS assurant le suivi médical de la grossesse – Profil des professionnels assurant le suivi médical de la grossesse</p>
Améliorer la lisibilité du parcours périnatal	Fluidifier le parcours ante et post-natal et en limiter les ruptures et les redondances	<p>Nombre de passage aux urgences des femmes incluses pendant la grossesse et en <i>post-partum</i></p> <p>Nombre de consultations non obligatoires pendant la grossesse</p> <p>Nombre de femmes ayant eu un EPP</p> <p>Taux d'utilisation du package téléphonique de 1h de l'accompagnement socle</p>
	Améliorer la coordination des professionnels intervenant dans le champ de la périnatalité : somatique, psychique et social	<p>Taux de satisfaction des RéPAP</p> <p>Profil des RéPAP et taux respectifs</p> <p>Temps de coordination hors accompagnement nécessaire au projet</p> <p>Nombre et types de professionnels/structures en lien avec le RéPAP dans le cadre des accompagnements réalisés</p>
	Améliorer la visibilité de l'offre sur le territoire et les conditions d'accès aux services et professionnels	<p>Taux de satisfaction des partenaires à l'expérimentation</p> <p>Typologie des structures du champ de la périnatalité identifiées et connues du RéPAP</p>
Contribuer à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé	Améliorer le repérage, l'accès aux soins et le suivi des femmes présentant des facteurs de risque et/ou de vulnérabilités identifiés	<p>Nombre moyen d'entretiens réalisés par le RéPAP dans le cadre du forfait renforcé et temporalité</p> <p>Taux de femmes en situations de vulnérabilité accompagnées / nature des vulnérabilités / profil des RéPAP</p> <p>Nombre de femmes orientées par le RéPAP à l'occasion de l'accompagnement, typologie d'orientation (PS, psychologue, TS, ...)</p> <p>Nombre de femmes et de couples mères-enfants adressés à la PMI par le RéPAP pendant l'accompagnement</p> <p>Taux de feuilles de route personnalisées élaborées</p>
	Grader l'accompagnement en fonction des facteurs de risques et/ou vulnérabilités identifiés.	<p>Nombre de femmes ayant bénéficié d'un accompagnement renforcé</p> <p>Dont nombre de femmes pour lesquelles le parcours renforcé a été déclenché en cours d'accompagnement par le RéPAP</p> <p>Nombre de situations accompagnées présentées au staff psycho-médicosocial</p> <p>Nombre de participation du RéPAP aux staffs psycho-médicosociaux (+ selon le profil des référents)</p>

Tableau 4 – Proposition d'indicateurs de suivi pour l'expérimentation RéPAP

Le rapport intermédiaire d'évaluation à mi-parcours pourra permettre d'analyser les accompagnements constatés pour un éventuel réajustement du calibrage du forfait socle ainsi qu'en cas de vulnérabilités.

8. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

Le décret n° 2019-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 163-31-1 du code de la sécurité sociale dispose que le patient est informé de l'existence de l'expérimentation et du partage éventuel des données le concernant entre les acteurs de l'expérimentation, concourant à sa prise en charge.

Sur ce partage de données, l'absence d'opposition (exprimée par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée) de la femme accompagnée dûment informée vaudra consentement. Dès lors, il conviendra que soit tracé le fait que la femme ait bien reçu l'information, lors de son inclusion dans le dispositif.

Le consentement résultant de la non-opposition et tel que défini ci-dessus, est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, dans la limite de la durée de l'expérimentation.

Le partage des données nominatives et d'ordre médical nécessaire au suivi de la femme enceinte se fera par le biais d'outils sécurisés en conformité avec les obligations règlementaires.

9. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel

Les systèmes d'information et de partage des données retenus dans le cadre de l'expérimentation sont ceux déjà utilisés par les partenaires territoriaux. De ce fait, ils respectent d'ores et déjà les obligations réglementaires.

Les hébergements de données externalisés devront respecter les obligations relatives à l'hébergement de données de santé.

10. Liens d'intérêts

L'accompagnement par le RÉPAP n'étant pas de l'ordre de la consultation médicale, il ne fait pas intervenir l'utilisation de médicaments, de matériel ou de dispositifs médicaux spécifiques. Il n'y a donc a priori pas de déclarations d'intérêt.

11. Éléments bibliographiques

Rapport de la Commission des 1 000 premiers jours, *Les 1 000 premiers jours. Là où tout commence*, ministère des solidarités et de la santé, septembre 2020.

Rapport INSERM-DREES, *Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*, octobre 2017.

Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, *Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité*, 2014.

Haute Autorité de santé, *Comment mieux informer les femmes enceintes*, 2005.

Haute Autorité de santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité*, 2005.

Haute Autorité de santé, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, mise à jour mai 2016.

Haute Autorité de santé, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*, 2014.

Haute Autorité de santé, *Continuité du suivi postnatal des femmes et de leur enfant*, réponses rapides dans le cadre de la Covid-19, mai 2020.

(1) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf - mise à jour mai 2016.

(2) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.

(3) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf.

(4) Créé par la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007. Rendu obligatoire par l'article 62 de la LFSS du 24/12/2019.

(5) Sortie dans les 72 heures suivant l'accouchement par voie basse ou dans les 96 heures suivant une césarienne. Première visite SF dans les 24 heures suivant le retour à domicile. Le PRADO maternité comporte 2 visites obligatoires + 1 facultative. En dehors de l'organisation du parcours avec Prado, la mère et le nouveau-né peuvent bénéficier du « forfait journalier de surveillance à domicile » entre J1 et J12.

(6) La déclaration de grossesse est transmise automatiquement à la CPAM et à la CAF. Cette dernière assure la transmission aux services de protection maternelle et infantile (*article L. 2122-4 du code de la santé publique*).

(7) Prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité fixée par l'arrêté du 23 décembre 2004.

(8) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_enp_2016.pdf.

(9) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_prekarite_ou_de_vulnerabilite.pdf.

(10) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>.

(11) <https://www.vie-publique.fr/rapport/24751-les-femmes-victimes-de-violences-conjugales-le-role-des-professionnels>.

(12) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/170919_reperage_des_femmes_victimes_de_violence_s_au_sein_du_couple_texte_recommandations.pdf.

(13) *Les maladies mentales pendant la grossesse et le post-partum* - http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/10/J-Van-Der-Waerden_3-oct.pdf.

(14) https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168584/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-de-la-covid-19-continue-du-suivi-des-femmes-enceintes.

(15) <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/soins-hors-covid-19.pdf>.

(16) Enquête COVIMATER - Impact de la pandémie de SARS-CoV-2 et du premier confinement sur la santé mentale des femmes enceintes en France, santé publique France.

(17) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf.

(18) <https://www.ccomptes.fr/en/documents/28993> - décembre 2014

(19) Rapport de la Commission des 1 000 premiers jours, *Les 1 000 premiers jours. Là où tout commence*, ministère des solidarités et de la santé, septembre 2020.

(20) https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xfujc2/vademecum_secret_violences_conjugales.pdf.

(21) Rattachement à la CPAM du territoire partenaire. Les communes des territoires partenaires figurent en annexe 3.

(22) Une saisine de la HAS relative aux critères de vulnérabilité permettant d'identifier les couples mère-enfant ne répondant pas à un bas risque à la sortie de maternité est en cours. En cas de publication de recommandations par la HAS dans le cadre de

cette saisine au cours de l'expérimentation, les critères de vulnérabilité tels que définis actuellement seront si besoin à adapter en conséquence.

(23) https://www.has-sante.fr/jcms/p_3104867/fr/reperage-des-femmes-victimes-de-violences-au-sein-du-couple.

(24) Selon les conditions précisées dans la section 8.

(25) Ni examen clinique, ni acte coté.

(26) Soit celui réalisant l'EPP soit celui rencontré à l'occasion de l'un des rendez-vous de suivi de grossesse.

(27) Conformément à l'article R. 162-50-11 du code de la sécurité sociale.

(28) EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale – Echelle validée et sous forme d'un auto-questionnaire traduit en plusieurs langues.

(29) Conditions spécifiques à chaque territoire.

(30) Dans le cas où le RéPAP est salarié d'une structure, conformément au droit commun, le forfait sera versé à la structure employant le RéPAP.

(31) Ce qui correspond à un coût horaire modélisé de 33 €/heure/femme (39,60 € pour la Guyane).

(32) En Guyane, les femmes sans droits sociaux représentent presque un tiers des femmes enceintes et sont parmi les plus vulnérables. L'ARS Guyane a étendu via un financement FIR le dispositif RéPAP pour les femmes enceintes non assurées des communes du fleuve Maroni. En conséquence, le taux cible de parcours renforcé du RéPAP a été abaissé de 50 % à 40 %.

(33) Cette coordination administrative est assurée dans chaque territoire par un des partenaires territoriaux (ou réparti) indiqués en p. 3 – hors ARS.

(34) Soit, rapporté à 1 an, 0,7 ETP.

(35) Soit, rapporté à 1 an, 1 ETP annuel.

(36) Soit, rapporté à 1 an, 0,5 ETP.

(37) Ce chiffrage ne couvre que le coût de la mise en place du module de formation et non les éventuelles indemnités du temps dédié au suivi de la formation.

(38) Pour une durée de formation en distanciel estimée à 6 heures (indemnisée à hauteur de 18,93 €/h).

(39) Estimation du déploiement de la solution Mespatients, adossée au e-parcours régional pour le parcours RéPAP.

(40) Estimation comprenant les coûts d'implémentation et paramétrage du service numérique, de paramétrage d'un parcours de soins structurés, d'homologation du service, du coût de licence et du forfait hébergement et de support. Le SI utilisé sera celui choisi par la région dans le cadre du Programme e-parcours.

(41) Estimation du déploiement pour le parcours RéPAP sur la base du e-parcours régional Terr-eSanté (développement complémentaire sur la base de la plateforme, mise en place de protocoles dédiés au projet (questionnaires, fiches de suivi) et outils d'évaluation de l'action.

(42) Estimation du déploiement de la solution SPHERE pour le parcours RéPAP. SI du e-parcours régional.

ANNEXE 1

COORDONNÉES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées	Nature du partenariat
Porteur	Direction générale de la Santé 14 avenue Duquesne 75007 Paris	-Dr RABIER-THOREAU Nathalie Nathalie.rabier-thoreau@sante.gouv.fr 01.40.56.47.40 - Mme LINARD Clara clara.linard@sante.gouv.fr 01.40.56.41.63		
Partenaires	Pour le territoire de la CPTS CENTRE ESSONNE			
	CPTS Centre Essonne 3 Rue Jules Guesde 91130 Ris-Orangis	-M. ALIROL Christophe tofort36@gmail.com 06.76.95.76.29 -M. MBONGO Hermann hermannbongo77@g- mail.com 06.99.14.88.14		
	Réseau Périnat IF Sud 3 Rue Jules Guesde 91130 Ris-Orangis	Dr GRANIER Michèle michele.granier@chsf.fr 06.20.94.31.59		
	ARS ILE-DE-FRANCE 13 Rue du Landy, 93200 Saint- Denis	Dr DESPLANQUES Laurence Laurence.desplanques@ars.sante.fr CAZE Cécile cecile.caze@ars.sante.fr		
	PMI DE L'ESSONNE Boulevard de France 91012 Evry-Courcouronnes	Dr BUISSON Claudette cbuisson@cd-essonne.fr		Soutien au projet
	Pour le territoire de la DRÔME			
	CH VALENCE 179 Boulevard Maréchal Juin26000 Valence	M. RUST Thiebaud TRUST@ch-valence.fr 04.75.75.72.66		
	CH ROMANS (Hôpitaux Drôme Nord) 607 Avenue Geneviève de Gaulle-Anthonioz 26100 Romans-sur-Isère	secretariat.direction.rms@ch-hdn.fr		Soutien au projet
	CH Montélimar Quartier Beusseret, Route de Sauzet, 26200 Montélimar	direction@gh-portesdeprovence.fr		Soutien au projet
	ARS AUVERGNE RHONE ALPES 241 Rue Garibaldi 69003 Lyon	- Mme PALAYRET CARILLION Chloé chloe.palayretcarillion@ars.sante.fr		
	Pour le territoire de la GUYANE			
	Réseau PERINAT GUYANE 59, avenue Voltaire 97300 CAYENNE	Mme BERNARD Stéphanie reseaperinatguyane@gmail.com 05 94 27 16 01		
	ARS GUYANE 66, avenue des Flamboyants C. S 40696 - 97336 CAYENNE Cedex	Mme COUPRA Shirley shirley.coupra@ars.sante.fr		
	Pour le territoire du PAYS LOIRE TOURAINE			
	Centre Hospitalier Intercommu- nal Amboise Château- Renault Rue des Ursulines – 37 403 AMBOISE	-M. MAZURIER Frédéric fmazurier@chicacr.fr 02 47 23 33 41 -Mme NISHIMWE Marie-Charlotte mc.nishimwe@gmail.com 02 47 23 33 27		
	CAF Indre et Loire TSA 47444 – 37 929 TOURS Cedex 9	Mme PALMENTY-MALLET Nathalie nathalie.palmentymallet@caftours.cnafmail.fr 02 46 67 10 60		
	Contrat Local de Santé Pays Loire Touraine Place de la Mairie – 37 530 POCE SUR CISSE	Mme TRAVOUILLOIN Aurélie sante@paysloiretouraine.fr 02 47 57 30 83		

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées	Nature du partenariat
	ARS CENTRE VAL DE LOIRE Cs 1820, 41 Rue d'Auvergne, 41000 Blois	Dr OYER-AL NAKIB Maryam maryam.oyer-alnaki- b@ars.sante.fr		

ANNEXE 2

CATÉGORIES D'EXPÉRIMENTATIONS

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

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher	Si oui, préciser
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 projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences		
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		

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°) (45) :	Cocher	Si oui, préciser
1° 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		
2° 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		
3° 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.		

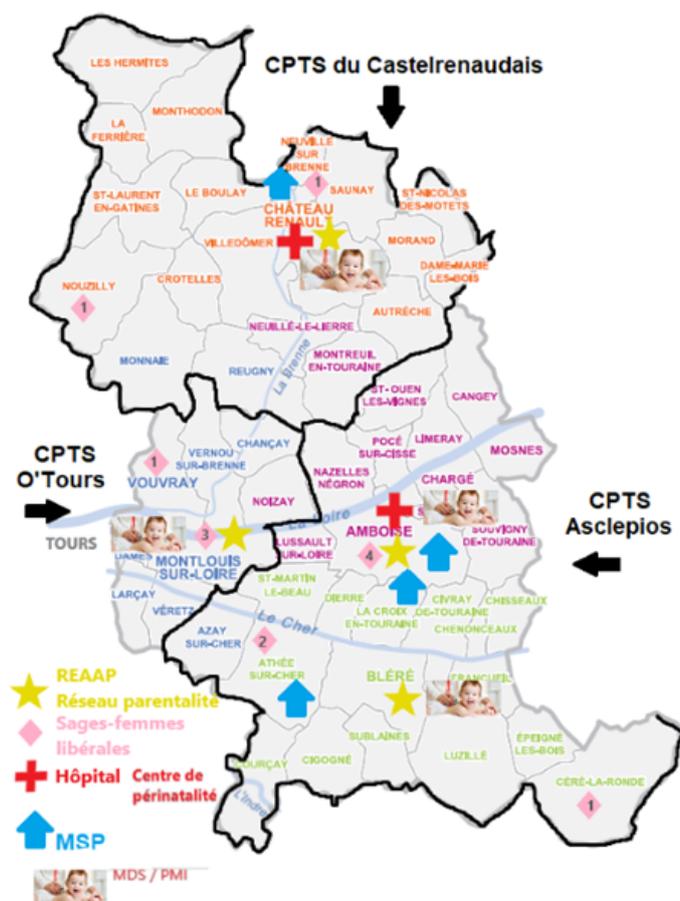
(45) Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1).

ANNEXE 3

PRÉSENTATION DES TERRITOIRES PARTENAIRES

1. Territoire du Pays Loire Touraine (37-Centre-Val de Loire)

Périmètre géographique : Le territoire retenu est celui du Pays Loire Touraine, en Indre-et-Loire, qui comprend quatre communautés de communes (soit un ensemble de 55 communes) et totalise **105 967 habitants** (46).



Les 4 EPCI concernés sont Val d'Amboise (28000 hab), Castelrenaudais (16925 hab), Bléré Val de Cher (21436 hab) et Touraine Est Vallées (39116 hab).

Caractéristiques sociodémographiques du territoire : Le territoire présente des caractéristiques **semi-rurales**, avec une densité moyenne (99 hab./km²) plus faible que la moyenne nationale (47). La ville la plus peuplée du territoire est Amboise avec 13 000 habitants.

Au sein du territoire, 11 229 familles sont allocataires CAF et MSA dont 2 865 avec des enfants de 0 à 2 ans. Parmi ces dernières, les principaux indicateurs de fragilité constatés sont les suivants :

- presque 10 % sont monoparentales ;
- 13 % sont en situation de fragiles financièrement (bas revenus) ;
- 17 % sont en situation précaire (RSA) ;
- 7 % sont « travailleurs pauvres » (PPA).

Données périnatalité : Avec près de 6 000 naissances en moyenne chaque année, l'Indre-et-Loire est le deuxième département qui enregistre le plus grand nombre de naissances dans la région Centre-Val de Loire, après le Loiret. En 2019, le Pays Loire Touraine a enregistré un total de **941 naissances**, un chiffre en légère baisse par rapport aux années précédentes.

Concernant la densité de l'offre de soins en périnatalité, le département se situe dans la moyenne nationale avec un chiffre reporté de 155 sages-femmes actives pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (48), notamment concernant le nombre de sages-femmes libérales (904 pour 100 000 naissances domiciliées [49]). Le territoire dispose également de 89 infirmières libérales actives sur tout le territoire.

L'expérimentation RéPAP prend place et sens dans un projet collectif territorial nommé « les 1 000 premiers jours en Pays Loire Touraine ». Ce collectif partenarial est composé des professionnels, ressources locales : le centre hospitalier intercommunal de périnatalité Château-Renault / Amboise, le Contrat Local de Santé, le Conseil Départemental (notamment service PMI), une CPTS, les REAAP (Réseau d'Ecoute, d'Appui et d'Accompagnement des Parents) des quatre communautés de communes, la CAF, les centres sociaux, des relais assistants maternels...

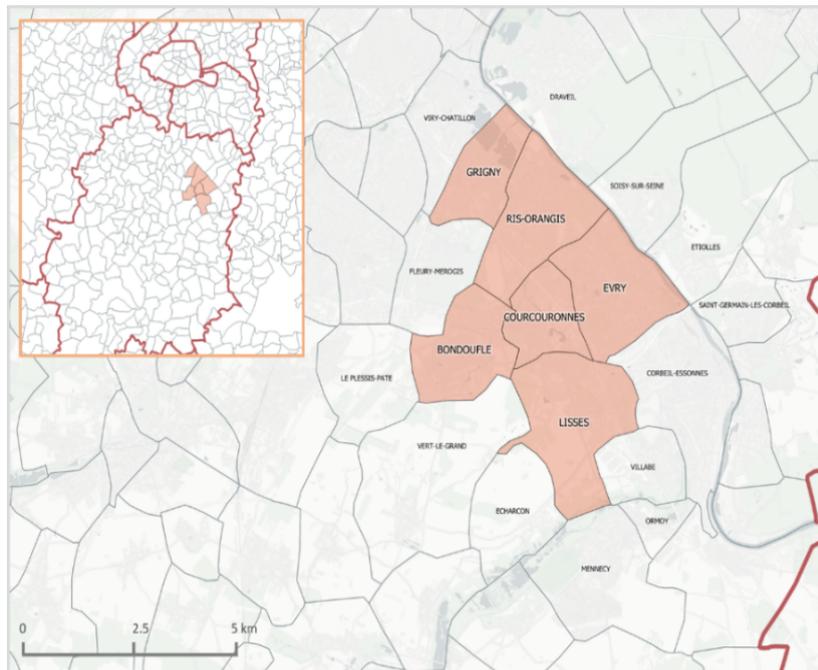
Le projet poursuit plusieurs objectifs au-delà de l'expérimentation RéPAP :

- proposer un parcours d'accompagnement aux futurs parents et parents d'un jeune enfant en développant une offre locale répondant aux besoins des 1 000 premiers jours, en animant un travail de réseau et de collaboration, en créant une culture commune aux professionnels du territoire ;
- créer une Maison des 1 000 premiers jours.

Le RéPAP s'inscrit dans un environnement systémique favorisant la fluidité des parcours et l'accessibilité aux ressources du territoire.

2. Territoire de la CPTS Centre Essonne (Essonne 91)

Périmètre géographique : Le périmètre retenu est celui couvert par la CPTS Centre Essonne qui regroupe les territoires de 5 communes : Evry-Courcouronnes, Grigny, Ris-Orangis, Bondoufle et Lisses qui totalisent **142 912 habitants**.



Caractéristiques sociodémographiques du territoire : Le territoire considéré est un territoire urbain qui présente une forte densité de population, mais il existe de grandes disparités, les villes de Grigny, Ris-Orangis et surtout Evry-Courcouronnes étant beaucoup plus densément peuplées que celles de Lisses et Bondoufle.

Le territoire dispose d'une population jeune (31,2 % de moins de 40 ans) même si les personnes âgées ne sont pas absentes (10,8 % de plus de 65 ans). Par ailleurs, le territoire dénombre 12 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), dont 9 à Evry-Courcouronnes, 1 à Ris-Orangis et 2 à Grigny.

Quelques chiffres sur l'état de santé de la population et l'accès aux soins :

- 21,1 % de la population souffre d'une ALD ;
- 17,1 % de la pop est couverte par une complémentaire santé solidaire ;
- 13,4 % des 17 ans et plus ne disposent pas de médecin traitant.

Offre de soins : Le zonage ARS indique la présence de territoires faiblement dotés en praticiens libéraux intervenant dans le premier recours. Parmi les communes considérées, plusieurs sont répertoriées comme « zones d'intervention prioritaire » (ZIP) [Grigny, Ris-Orangis] ou en « zones d'action complémentaire » (ZAC) [Lisses, Bondoufle et Evry-Courcouronnes]. La CPTS Centre-Essonne est implantée sur le territoire de 3 établissements de santé disposant d'une maternité :

- le CHSF, maternité de type III, à Corbeil-Essonnes ;
- l'Hôpital privé d'Evry, maternité de type I ;
- le CMCO d'Evry, maternité de type I.

Concernant l'offre de soins en périnatalité, le territoire de la CPTS comptabilise 13 sages-femmes actives et 13 Gynécologues-Obstétriciens pour 26072 femmes âgées de 15 à 39 ans. De plus, 76 médecins généralistes (dont 28 de plus de 60 ans et 16 de plus de 65 ans), 134 autres médecins spécialistes (dont 64 de plus de 60 ans et 29 de plus de 65 ans), 119 infirmiers sont recensés sur ce territoire.

Données et ressources périnatalité : En 2019, les 5 communes concernées ont enregistré un total de **2 575 naissances** dont 1 292 sur la seule commune d'Evry-Courcouronnes. La part des enfants nés prématurément est de l'ordre de 10,5 %. Le niveau de fécondité est très supérieur à la moyenne francilienne pour les communes de Ris-Orangis et de Grigny, supérieur pour Evry et Bondoufle et très inférieur pour Lisses. En Essonne, la mortalité néonatale (moins de 28 jours) est supérieure à la moyenne régionale tout comme la mortalité infantile (moins d'un an).

Le territoire s'appuie sur le réseau Périnat IF Sud qui dispose de 7 sages-femmes libérales adhérentes et sur la PMI de l'Essonne disposant quant à elle de 4 sages-femmes et de 24 puéricultrices sur ce même territoire : chaque ville de la CPTS Centre-Essonne dispose d'un centre de planification maternelle et infantile.

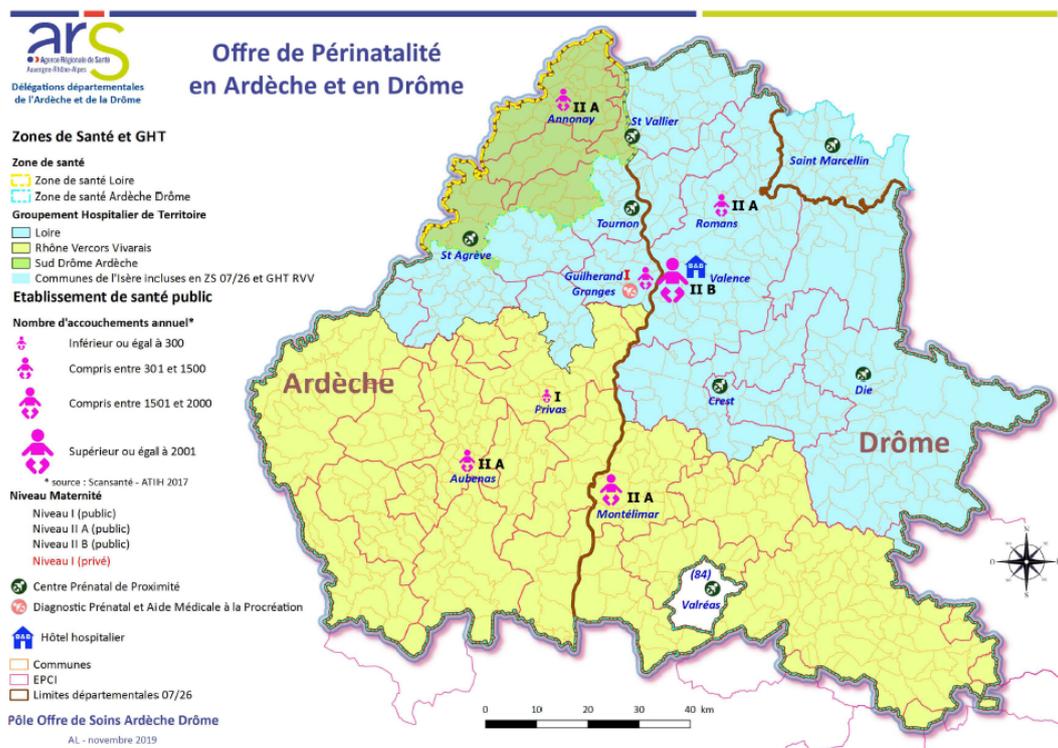
3. Territoire de la Drôme (26)

Périmètre géographique : L'expérimentation sera menée à l'échelle départementale auprès des femmes domiciliées et suivies dans le territoire. La Drôme est un département de la région Auvergne-Rhône-Alpes totalisant 528 015 habitants (50) dont, du nord au sud, 51 000 dans l'aire urbaine de Romans, 176 295 dans l'aire

urbaine de Valence et 71 000 dans celle de Montélimar, soit 57 % de la population concentrée le long de la vallée du Rhône à l'ouest du département, tandis que le reste de la population à dominante rurale est très dispersé à l'est.

Caractéristiques sociodémographiques du territoire : La Drôme est un département aux caractéristiques démographiques rurales, moins peuplé et plus âgé que les autres départements de l'ex région Rhône-Alpes : la densité moyenne de la population est de 75 hab/km² (51), largement au-dessous de la moyenne nationale.

Offre de soins :



NB : La Drôme est limitrophe de l'Ardèche, un département aux caractéristiques sociodémographiques proches.

Il existe ainsi sur le territoire des zones particulièrement enclavées, où des femmes enceintes habitent à plus d'une heure d'une maternité. Par ailleurs sur ce territoire, la pratique de l'accouchement à domicile est particulièrement répandue dans certaines zones.

Données et ressources périnatalité :

5 360 accouchements ont été recensés dans les 3 maternités du département (centre hospitalier de Valence, hôpitaux Drôme Nord à Romans et groupement Hospitalier des Portes de Provence à Montélimar) en 2020, dont 4 800 concernant des femmes habitants dans le département. Le territoire compte également 4 centres périnataux de proximité ou CPP (Crest, Die, Tournon et St Vallier) (52) (cf. cartographie plus haut).

Le CH de Valence a conduit depuis 2016 une expérimentation de parcours renforcé des femmes enceintes vulnérables, portée par le réseau ville hôpital jusqu'en 2021 (Projet Valeriane sur financement FIR) et impliquant les professionnels libéraux et la PMI. Par ailleurs, sur l'hôpital de Romans existe depuis 2008 une Permanence d'Accès aux Soins (PASS) spécifique périnatalité, ainsi qu'une prise en charge coordonnée des femmes en situation de vulnérabilité articulée autour d'un staff pluridisciplinaire, dont l'action a été prolongée récemment par la mise en place d'une équipe mobile périnatalité qui intervient aussi en post-natal. A l'hôpital de Montélimar, une unité de psychopérinatalité a été mise en place en 2014.

4. Territoire de Guyane (Ile de Cayenne et littoral – Communes du fleuve Ouest)

Périmètre géographique : Le territoire retenu se concentre autour de l'île de Cayenne, le littoral ainsi que de certaines communes concentrées autour de la zone ouest du fleuve Saint-Laurent-du Maroni. Elle couvre une population générale de 159 000 habitants.



Les communes concernées par l'expérimentation sont les suivantes : Cayenne, Remire, Matoury, Macouria, Kourou, Montsinéry, Saint Laurent, Grand Santi, Taluen et Papaïchton.

Caractéristiques sociodémographiques du territoire : Avec 294 100 habitants (53), la Guyane se distingue par une démographie très dynamique, comportant de nombreux territoires, présentant une croissance démographique de 3,8 % par an, et un taux de natalité de 26,4‰ en 2018. En dehors de la zone d'agglomération de Cayenne (58 000 hab), la Guyane présente les caractéristiques d'un territoire rural, avec des facteurs de vulnérabilités sociales et économiques accrues, en particulier à l'intérieur du territoire et le long du fleuve St Laurent du Maroni. Plus du tiers des habitants est de nationalité étrangère (35,1%) (54).

Les indicateurs de précarité sont particulièrement marqués en Guyane. Selon les derniers indicateurs de l'INSEE, la pauvreté est marquée sur le territoire, la moitié de la population Guyanaise vivant avec au moins 920 € par mois et par UC. Ce niveau de vie médian correspond à la moitié du niveau de vie national (1 700 euros par mois et UC). La Guyane comporte une forte proportion de familles monoparentales (20 %), plus souvent touchées par les difficultés sociales et économiques.

De surcroît, 30 % des patients ne disposent pas de droits au titre de la sécurité sociale (55).

Par ailleurs la Guyane est également marquée par des problématiques environnementales spécifiques, tels que le défaut d'accès à l'eau potable et l'insalubrité de l'habitat (15 % de la population) ou encore l'exposition de certains groupes à l'intoxication alimentaire par les métaux lourds (mercure, plomb, aluminium...).

Offre de soins : L'essentiel de l'offre de soins (densité d'équipements et de personnel) se concentre dans et à proximité des centres-villes du littoral (notamment Cayenne, Kourou et St Laurent du Maroni), induisant de fortes inégalités territoriales dans l'accès à la prévention et aux soins. Le taux de recours aux soins est inférieur au national.

Dans le territoire d'expérimentation, outre l'offre libérale (dont 42 sages-femmes), il existe 3 centres de santé ou Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) et 7 centres de PMI. Il est à noter que pour certains CDPS, l'accessibilité se fait par la route et pour d'autres par pirogue.

Par ailleurs et compte-tenu de la diversité communautaire existant sur le territoire, il existe de nombreux projets de prévention s'appuyant sur des dispositifs de femmes relais (femmes issues des communautés rurales enclavées et formées à la prévention et l'accompagnement périnataux par le RP Guyane) ou encore sur des médiateurs en santé favorisant une meilleure compréhension des enjeux de santé et du système de santé, afin de faciliter le recours aux services de prévention et de soins.

Données et ressources périnatalité : Le territoire retenu dans le cadre de l'expérimentation totalise 7019 naissances dont 30 % de femmes sans droits ne pouvant être incluses dans le cadre de l'expérimentation RÉPAP, soit un total de 4 900 femmes potentiellement éligibles au dispositif (dont 1 827 pour la seule ville de Cayenne).

Les morbidités associées à la grossesse (HTA, diabète, anémie, intoxication aux métaux lourds), ainsi que la proportion extrêmement élevée de naissances prématurées (13,5 %), associées à un retard des consultations pré natales, et aux difficultés d'accès aux soins, contribuent à un ratio de mortalité maternelle très élevé (4,5 fois plus élevé qu'en métropole).

La Guyane présente en 2018 une proportion d'enfants nés de mères de moins de 20 ans de 10,2 %, soit 10 fois supérieure à la France métropolitaine. Une expérimentation en cours visant à accompagner le parcours de grossesse chez les adolescentes en situation de vulnérabilité – projet porté par le réseau Périnat Guyane en lien avec les équipes éducatives et sanitaires du territoire - concerne un total de 200 femmes qui ne seront pas incluses dans le dispositif RÉPAP.

La maille territoriale pour la présente expérimentation RÉPAP a été définie en cohérence avec les ressources humaines et l'offre de soins sur ce territoire, afin d'atteindre effectivement l'objectif d'inclusion maximal de 1 500 femmes sur ce territoire. Les référents potentiellement mobilisables seront en effet essentiellement des

professionnels de santé libéraux sur le littoral (Ile de Cayenne et Kourou), et des professionnels des CDPS ainsi que les médiatrices en santé sur les communes du fleuve à l'Ouest. Les sages-femmes des PMI et des hôpitaux seront intégrées dans le parcours, mais leur charge de travail en lien avec le fort taux de natalité et la faiblesse des ressources humaines sur le territoire risque de limiter la participation de ces sages-femmes à cette expérimentation en qualité de RÉPAP.

(46) Données 2019.

(47) 105,1 hab./km²(données 2017).

(48) Moyenne nationale : 159 (source : CNOSF 2017 et INSEE 2016).

(49) Moyenne nationale : 871 (source : CNOSF 2017 et INSEE 2016).

(50) Source INSEE, Population légale en vigueur au 1^o janvier 2021, source RP 2018.

(51) France : 105,1 hab./km²(données 2017).

(52) Communautés professionnelles territoriales de santé.

(53) Source INSEE, 2018, source RP 2018.

(54) PRS2 Guyane – PRAPS.

(55) Chiffres fournis par l'ARS.