



**PREFECTURE
REGION ILE DE
FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°IDF-038-2023-03

PUBLIÉ LE 14 MARS 2023

Sommaire

Agence Régionale de Santé / Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation numérique

IDF-2023-03-03-00004 - ARRETE N° DIRNOV-2023/01 RELATIF AU PROJET D'EXPERIMENTATION "MAM'EN FORME : un parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis" (57 pages)

Page 3

Agence Régionale de Santé / Secrétariat - Direction de la Sécurité sanitaire et protection des populations

IDF-2023-02-06-00012 - Décision N°DVSS-NM-2023-002?? Portant habilitation à dispenser la formation prévue à l'article R.1311-3 du ?? code de la santé publique (2 pages)

Page 61

Agence Régionale de Santé

IDF-2023-03-03-00004

ARRETE N° DIRNOV-2023/01 RELATIF AU PROJET
D'EXPERIMENTATION "MAM'EN FORME : un
parcours coordonné pour les femmes enceintes
vulnérables en situation d'obésité en
Seine-Saint-Denis"

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

ARRÊTÉ N° DIRNOV-2023/01

relatif au projet d'expérimentation

« Mam'en forme : Un parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis »

LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

- VU** la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;
- VU** le décret du 31 juillet 2021 portant nomination de Madame Amélie VERDIER, Directrice générale de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, à compter du 9 août 2021 ;
- VU** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;
- VU** la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;
- VU** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé notifié le 22 février 2023 concernant le projet d'expérimentation Mam'en forme pour la région Ile-de-France ;
- VU** le cahier des charges de l'expérimentation annexé au présent arrêté ;

ARRÊTE

- ARTICLE 1 :** Le projet innovant « Mam'en forme : Un parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis » est autorisé à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées dans le cahier des charges et son annexe régionale.
- ARTICLE 2:** L'expérimentation est mise en œuvre par le :
Le réseau Naître dans l'est francilien (NEF)
32 boulevard Paul Vaillant Couturier
93100 Montreuil

SIREN : 518796883
Et le CH Delafontaine
2 rue du Dr Delafontaine
93200 Saint-Denis
FINESS : 930000328

ARTICLE 3 :

La durée de l'expérimentation est fixée à cinq ans à compter de la première inclusion réalisée.

ARTICLE 4 :

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

La Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.

ARTICLE 5 :

ARTICLE 6 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr.

Fait à Saint-Denis, le 3 mars 2023

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France

SIGNE

Amélie VERDIE



PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

Projet MAM'EN FORME

Un parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis

NOM DU(DES) PORTEUR(S)^o et son statut juridique : Réseau Naître dans l'Est Francilien (NEF), association (loi 1901) et CH Delafontaine (établissement public de santé)²

PERSONNES CONTACTS : ALBERT Nathalie, BEOSIERE Aurélie, BOUNAN Stéphane, HEDHILI Sabrina, MABIALA Martine et VIOSSAT Léa.

Résumé du projet : Mise en place d'un parcours ville-hôpital coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité.

A qui s'adresse ce projet ?

Ce projet s'adresse aux **femmes enceintes** qui présentent des facteurs de **précarité ou de vulnérabilité** (parcours migratoires, psycho-traumatismes, violences...) en situation d'**obésité**. Le suivi médical de la grossesse se compose de plusieurs consultations successives permettant le repérage et le suivi des facteurs de risque (obésité fréquemment associée à du diabète, de l'hypertension...) et de vulnérabilités identifiées.

Les femmes avec des facteurs de vulnérabilité tendent à avoir un moins bon suivi gynécologique et obstétrical mais également un moins bon suivi en ce qui concerne leur diabète ou leur obésité.

Il est proposé à ces patientes une prise en charge coordonnée et pluridisciplinaire tout au long de leur grossesse et jusqu'à 1 an après l'accouchement.

Les objectifs du programme

Durant leur grossesse, les femmes sont plus sensibles aux messages de prévention concernant leur santé et la santé de leur enfant à naître. Il s'agit de :

1. Améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de la grossesse et du post-partum des femmes précaires et/ou vulnérables en situation d'obésité, en vue de diminuer la morbi mortalité périnatale
2. Réduire les ruptures de parcours pour garantir la continuité et la cohérence du parcours périnatal et intégrer les femmes en situation de vulnérabilité dans le système de santé

Le projet vise à renforcer le lien entre les acteurs de la ville et de l'hôpital qui contribuent à suivre ces femmes enceintes, à corriger les ruptures de soins et à mobiliser l'ensemble des actions mises en place sur le territoire pour accompagner les femmes autant d'un point de vue médical, social que psychologique.



CHAMP TERRITORIAL : CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Local	X
Régional	
National	

	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

DATE DES VERSIONS :

V1 : 1/07/2022

V2 : 19/09/2022

V3 : 29/09/2022

V4 : 14/10/2022

V5 : 28/10/2022

V6 : 15/11/2022

V7 : 19/01/2023

Table des matières

I	PRESENTATION des porteurs.....	7
II	Présentation des expérimentateurs et des partenaires.....	7
II.1	Expérimentateurs.....	7
II.2	Partenaires.....	8
III	Contexte et Constats	9
IV	Objectifs et effets attendus.....	15
V	Description du projet	15
V.1	Objet de l'expérimentation.....	15
V.2	Population cible	16
V.2.a	Critères d'inclusion	16
V.2.b	Critères d'exclusion.....	17
V.3	Professionnels concernés par la mise en œuvre de l'expérimentation.....	17
V.4	Parcours du patient / usager	19
V.5	Organisation de la prise en charge / Intervention	28
V.6	Formation, communication et information	30
V.7	Terrain d'expérimentation.....	30
V.8	La durée de l'expérimentation.....	31
V.9	Effectifs	31
V.10	Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre	33
VI	Les outils nécessaires pour l'expérimentation.....	35
VI.1	Les outils de la prise en charge patient	35
VI.1.a	Les outils non numériques.....	35
VI.1.b	Les outils numériques.....	35
VI.2	Le système d'information (SI) général de l'expérimentation	36
	Le GRADeS Sesan a apporté les réponses suivantes :	36
VI.3	Obligations règlementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de SI et des données de santé à caractère personnel	36
VII	Informations recueillies sur les patientes incluses dans l'expérimentation.....	36
VIII	Financement de l'expérimentation.....	37
VIII.1	Modalités de financement de la prise en charge proposée	37
VIII.1.a	Les dépenses de prestations de santé et de coordination : les forfaits destinés aux patientes	37
VIII.1.b	Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)	43
VIII.1.c	Besoin total de financement	45
VIII.2	Autres sources de financement.....	45
VIII.3	Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités.....	45
IX	Evaluation de l'expérimentation	45



IX.1	Des indicateurs de résultats.....	45
IX.2	Des indicateurs de suivi d'activité et de processus	47
X	Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	48
X.1	Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS).....	48
X.2	Aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP)	48
X.3	Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)	48
XI	Liens d'intérêts	48
XII	Elements bibliographiques.....	48
XIII	Annexe 1 – Coordonnées du porteur et des partenaires	50
XIV	Annexe 2 : Convention de co-portage NEF - CHSD	51
XV	Annexe 3 – Catégories d'expérimentations.....	55
XVI	Annexe 4 – grille RéPAP	57



I PRESENTATION DES PORTEURS

Deux co-porteurs

(1) L'association Naître dans l'Est Francilien

L'association naître dans l'Est Francilien est un dispositif spécifique régional. Connue et reconnue sous le nom de réseau NEF, il regroupe l'ensemble des professionnels travaillant auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants. Il travaille en collaboration avec les professionnels médico-psycho-sociaux travaillant dans le champ de la périnatalité sur le territoire du 93 et du Nord 77 parmi lesquels 15 maternités (représentant 29 305 naissances pour 2021), dont celle du Centre Hospitalier de Saint-Denis et les Conseils Départementaux du 93 et du 77.

L'équipe est composée de deux sages-femmes coordinatrices, d'une puéricultrice coordinatrice, d'une coordinatrice administrative, de deux chargées de mission et de trois assistantes de coordination.

(2) Le Centre hospitalier Delafontaine de Saint-Denis (CHSD)

La maternité du CHSD dispose d'un plateau technique permettant de prendre en charge des nouveau-nés prématurés à partir de 24 semaines d'aménorrhées (SA) (6 mois de grossesse). Le CHSD dispose également de plusieurs spécialités adultes (endocrinologie, maladies infectieuses, médecine interne, chirurgie bariatrique, réanimation adulte...) permettant la prise en charge des grossesses à haut risque pour pathologies maternelles.

La mise en lumière du risque supplémentaire de l'obésité sur la morbi-mortalité périnatale a fait émerger la nécessité de développer un parcours spécifique au sein du CHSD. Depuis la fin de l'année 2019, le CHSD a expérimenté un parcours de prise en charge des femmes enceintes en situation d'obésité (IMC >35 ou >30 associé à des facteurs de risque (HTA, diabète pré existant et gestationnel sous insuline) ou ATCD de chirurgie bariatrique), en leur proposant un bilan pluridisciplinaire dans le cadre d'un hôpital de jour (consultations sage-femme, diététicienne, psychologue et gynécologue échographiste), puis un programme d'éducation thérapeutique expérimental sous forme d'ateliers collectifs.

II PRESENTATION DES EXPERIMENTATEURS ET DES PARTENAIRES

II.1 EXPERIMENTATEURS

(1) La ville de Saint-Denis

Les habitants de Saint-Denis (plus de 111 000 habitants) sont extrêmement concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé. L'indice de développement humain (IDH)¹ y est de 0.34 (0.36 pour le département, 0.65 pour la Région Ile de France). La Ville s'est donc inscrite dès 2013 dans la signature de contrats locaux de santé, dont l'enjeu est la lutte contre les inégalités de santé et a réaffirmé à cette occasion sa volonté de poursuivre des politiques publiques de prévention et d'accès aux soins accessibles aux publics les plus vulnérables.

Partenaire du parcours expérimental mis en œuvre par le CHSD, la ville de Saint-Denis dispose de ressources déjà existantes pour le suivi du public cible :

- 6 PMI municipales et 4 CMS qui suivent des femmes enceintes et des jeunes enfants
- Médiation dans les 6 PMI pour l'accompagnement de l'ouverture de droits
- Suivis diététiques et psychologique gratuits pour les femmes enceintes et jusqu'à un an après l'accouchement (y compris pour leurs bébés) dans le cadre d'un projet financé par le Contrat de

¹ L'IDH-2, reprend les trois dimensions de l'IDH (santé, éducation, niveau de vie) mais avec des indicateurs mieux adaptés à la situation française et disponibles à l'échelle communale.

Ville depuis 2020 et inscription dans la généralisation du programme MRTC² (prévention du surpoids pour les enfants 3 ans/12 ans)

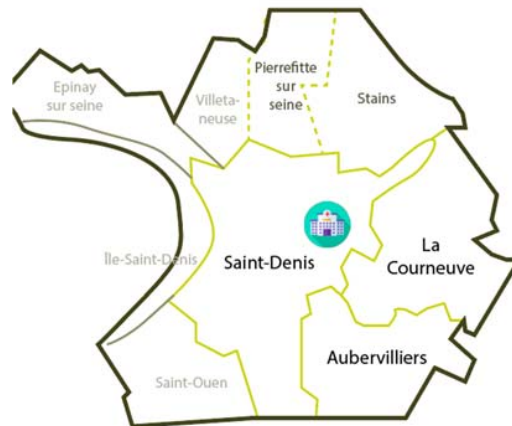
- Consultations psycho traumatiques individuelles et ateliers de relaxation pour femmes victimes de violence
- CRR Prescri'form – centre référence ressources en sport-santé au sein du centre médico-sportif de Saint Denis : consultations médicales, diététiques et conseiller médico-sportif avec un enjeu de renforcement des ressources sport santé
- Intégré dans la gouvernance de la CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) du territoire de Saint-Denis, porté par la Maison de la Santé. La CPTS a intégré ce parcours dans une fiche action « périnatalité » de son projet de santé et pourra en faire la promotion aux professionnels de santé du territoire à travers des dispositifs existants (midi-santé...)

(2) Les villes du territoire

Ce projet a pour ambition de proposer une offre de soins de proximité en associant d'autres villes du bassin du CHSD, et en particulier les villes limitrophes.

- Les villes voisines d'Aubervilliers et la Courneuve sont également volontaires pour s'associer au dispositif
- Des discussions sont en cours avec d'autres villes notamment Stains et Pierrefitte.

A noter que la ville d'Epina-sur-Seine, qui ne dispose pas de CMS à ce jour, reste à l'écoute du projet pour les années à venir, notamment dans le cadre de la préfiguration de sa CPTS et en lien avec 2 MSP.



(3) Le réseau ROMDES

Le réseau ROMDES, Réseau de Santé Régional de l'Obésité dédié aux professionnels de santé et aux patients adultes en Île-de-France, est également partenaire du programme d'ateliers éducatifs collectifs mis en œuvre par le CHSD :

- Accompagnement méthodologique et expertise sur la thématique de l'obésité
- Co-construction et mise en place du programme d'ateliers éducatifs collectifs

II.2 PARTENAIRES

Dans une dynamique de coordination territoriale, ce projet implique plusieurs partenaires.

² <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/mission-retrouve-ton-cap-prevention-obesite-infantile>, novembre 2022

Agence Régionale de Santé - IDF-2023-03-03 - ARRETE DIRNOV-2023-01 relatif au projet d'expérimentation "Mam'en forme - Un parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis »



- (1) **L'association du sport santé** (la Courneuve) (label Maison du sport santé) Partenaire du programme d'ateliers éducatifs collectifs, l'association du Sport Santé propose aujourd'hui :
 - Des ateliers d'activités physiques pour les femmes enceintes suivies au CHSD
 - L'animation d'un atelier du programme d'ateliers éducatifs collectifs
 - ETP destiné aux femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité
 - Des cycles de remise à l'activité physique régulière de 12 semaines pour les adultes (Défi-Forme Santé)
 - Des stages sport-santé durant les vacances scolaires pour les enfants (7-10 ans) en surpoids ou en obésité

- (2) **La Fondation Santé Service**
Elle intervient dans l'accompagnement en hospitalisation à domicile (HAD) des patientes en situation complexe en ante-partum (surveillance grossesse à risque, ETP diabète) et post-partum.

- (3) **Les CPTS du bassin hospitalier** pour contribuer à la promotion du dispositif auprès des professionnels.

- (4) **Les professionnels de santé des territoires expérimentateurs**, pouvant être impliqués dans le repérage et l'orientation des patientes vers le dispositif, ainsi que dans le suivi des patientes en sortie de parcours (PMI et CMS, libéraux, maison des femmes de Saint-Denis pour la prise en charge des femmes victimes de violence, la maison du bébé du CH de Saint-Denis...).

A noter que dans cette optique, les porteurs s'appuient également sur la sage-femme territoriale (PMI) coordinatrice du réseau ville-hôpital de proximité pour animer un réseau de professionnels sur la thématique de la périnatalité.

Les professionnels médico-psycho-sociaux et les associations du territoire se sont adaptés à la population qu'ils soignent. Ils ont développé un savoir-faire et une expertise pour la prise en charge des populations précaires qui cumulent les facteurs de vulnérabilités.

III CONTEXTE ET CONSTATS

Problématique de départ : la non-adaptation du suivi de grossesse des femmes en situation d'obésité et en situation de précarité ou de vulnérabilité

1. La Seine Saint Denis, un territoire jeune et marqué par une forte précarité de sa population

Les habitants de la Plaine Commune (Aubervilliers, Epinay-sur-Seine, La Courneuve, L'Île Saint-Denis, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Saint-Ouen, Stains, Villetaneuse), par leurs caractéristiques sociales et économiques sont extrêmement concernés par les inégalités sociales et territoriales de santé, comme en témoigne l'indice de développement humain (IDH28) en 2015 de 0.25 (0.57 pour la Région Ile de France).

La Seine-Saint-Denis est un territoire jeune qui présente le taux de natalité le plus important de France métropolitaine : 18,5 naissances pour 1000 habitants. Les familles nombreuses (soit trois enfants et plus) et les familles monoparentales y sont plus fréquentes (respectivement 18% et 15%). Dans le même temps, le taux de mortalité infantile de Seine Saint-Denis est le plus mauvais de la région (4.8 en Seine-Saint- Denis vs 3.8 en Ile de France pour 1000 naissances vivantes³) ; ainsi que pour le taux de prématurité. Cela a conduit à la mise en place d'un programme spécifique pour réduire la morbi-mortalité infantile sur le territoire (RéMI).

³ INSEE, taux de mortalité infantile 2014-2016 ; PMSI ; périnat ARS IDF



Les résultats des études menées dans le cadre de RéMI⁴ (INSERM, 2014) mettent en évidence des problèmes de suivi de la grossesse, avec un suivi « inadéquat » se caractérisant par le retard dans la prise en charge et des décrochages⁵. Les résultats renvoient aussi à la composition sociale du département : les femmes étrangères de Seine-Saint-Denis, plus nombreuses que dans les autres départements d'IDF ne bénéficient pas, pour un quart d'entre elles, de connaissances en santé et d'un suivi suffisant de la grossesse⁶.

Les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2021⁷ montrent une augmentation préoccupante de l'IMC chez les mères : en 2021, 23,0% des femmes sont en surpoids contre 19,9% en 2016 et plus de 14 % sont obèses en 2021 versus 11,8% en 2016.

La Seine-Saint-Denis affiche une prévalence de l'obésité deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine. Ainsi, 22,4% de la population du 93 est en situation d'obésité, en progression de dix points depuis 2003 (INSERM, 2012). L'obésité touche en particulier plus fortement les femmes que les hommes à Saint-Denis avec 33,9% des femmes de Saint-Denis en situation d'obésité. Pour rappel :

- Obésité : indice de masse corporelle (IMC) compris entre 30 et 34,9 kg/m².
- Obésité morbide : IMC supérieur à 40 kg/m² ou IMC supérieur à 35 kg/m² associé à deux comorbidités de l'obésité.

Ce constat est à corréliser avec l'indice de développement humain. En effet, la HAS rappelle que l'obésité est presque 4 fois plus fréquente pour les populations défavorisées que pour les plus favorisées, ceci quel que soit l'indicateur utilisé : profession, niveau d'étude ou revenu du foyer, et cela de façon plus marquée chez les femmes et les enfants⁸.

Les résultats de travaux menés dans le cadre de l'étude RéMI⁹ (INSERM, 2014) évoqués plus haut, indiquent également l'impact important et indépendant de l'obésité et du surpoids sur le risque de mortalité périnatale et néonatale.

2. Des vulnérabilités sources de rupture de parcours ou de renoncement aux soins

Le parcours de grossesse classique est composé d'une multitude de consultations et de séances de préparation à la naissance. En cas de grossesse avec pathologies, le nombre de rendez-vous et d'exams médicaux ainsi que les interlocuteurs augmentent pour surveiller l'apparition et la prise en charge précoce de complications. De même, les professionnels du suivi de grossesse et du post-natal sont nombreux : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, pédiatres, puéricultrices... et les portes d'entrée dans le parcours de grossesse peuvent se faire à différents niveaux : en PMI, en centre de santé, en libéral, à l'hôpital...

Au suivi médical, s'ajoutent les démarches administratives auprès de l'employeur et des différentes institutions comme la CPAM, la CAF ainsi que les problématiques de garde d'enfant.

Ces multiples possibilités peuvent conduire à un **manque de lisibilité du parcours** pour des femmes, à une errance médicale pour trouver le bon interlocuteur et ce d'autant plus pour des patientes ayant une mauvaise connaissance du système de santé et des difficultés de compréhension liées à la barrière de la langue.

⁴ Audit des décès périnataux et néonataux. Rapport du volet épidémiologique du projet RéMI. Inserm. 2016.

La grossesse et ses malentendus. Rapport du volet anthropologique du projet RéMI. Observatoire du Samusocial de Paris. 2016. <https://www.perinat-nef.org/public/vulnerabilites/projet-remi/>

⁵ L'analyse des facteurs sous-optimaux en lien avec les décès indique que la coordination des soins entre les différentes structures est mentionnée comme facteur sous-optimal dans 1/3 des dossiers

⁶ Carayol, M., Bucourt, M., Cuesta, J., Blondel, B., & Zeitlin, J. Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015, Mars).

⁷ INSERM (2021), Enquête nationale périnatale – Rapport 2021

⁸ HAS (2011), Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de 1er recours

⁹ INSEE, taux de mortalité infantile 2014-2016 ; PMSI ; périnat ARS IDF



Par ailleurs, les **frais médicaux** (en rapport ou non avec la grossesse) ne sont pris en charge à 100% par l'Assurance maladie qu'à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour de post-partum. Cela signifie qu'avant le 6^e mois, certains examens non obligatoires mais recommandés comme les échographies, ne sont pas pris en charge à 100% mais à 60% et 70%. Ce reste à charge peut être un frein aux soins et à la bonne **observance du parcours** de suivi de grossesse pour les femmes n'ayant pas de complémentaire santé, ou à un retard de prise en charge, alors que les femmes en situation de précarité sont également le plus sujettes à des grossesses à haut risque.

3. L'obésité, facteur de risque de la grossesse

L'obésité est un facteur de risque médical « repérable » qui doit alerter sur des vulnérabilités associées notamment la précarité sociale. L'obésité, ainsi que les antécédents de chirurgie bariatrique, sont identifiés comme des facteurs de risque et de complications de la grossesse. **Ils augmentent les risques de : diabète gestationnel (x3), hypertension et pré éclampsie (x3), pathologie thromboembolique (x5), morts fœtales in utero (1,6 à 2,2), malformations (x3), macrosomie (x1,7 à 2 pour la macrosomie > 4 000g et x 2 à 2,7 pour la macrosomie > 4 500g) ¹⁰...**

Le risque de décès maternel (à partir du 1^{er} j de grossesse jusqu'à 42j après la naissance) augmente avec l'indice de masse corporelle (risque multiplié de 2,22 à 3,4 pour les IMC > 30)¹¹.

La malnutrition consécutive à une chirurgie bariatrique, liée à des phénomènes de malabsorption secondaire, peut entraîner des carences vitaminiques responsables de malformations fœtales. Bien que la chirurgie bariatrique soit associée à une réduction significative des pathologies de la grossesse pour la femme, elle est associée à une augmentation significative du risque de prématurité, de petit poids de naissance pour l'âge gestationnel et de possibles complications chirurgicales pouvant être fatales pour la mère et l'enfant¹².

Au Centre hospitalier de Saint-Denis (CHSD), sur les femmes ayant un IMC >30 ou des antécédents de chirurgie bariatrique (n=767), sur l'année 2019, les pathologies associées à l'obésité les plus fréquentes sont :

- 40,3% diabète gestationnel
- 11,7% rupture prématurée des membranes
- 3,1% diabète préexistant
- 3,3% éclampsie sévère

L'obésité nécessite donc d'être prise en charge de façon spécifique durant le parcours de grossesse d'une patiente. Or, il n'existe actuellement aucun accompagnement spécifique prévu par le droit commun.

La femme enceinte en situation d'obésité se voit proposer un dépistage systématique du diabète gestationnel, des conseils diététiques lui sont apportés par le professionnel en charge du suivi de grossesse et elle peut être invitée à consulter une diététicienne, voire un médecin nutritionniste. Selon l'organisation de son suivi, cette femme peut rentrer dans un parcours hospitalier qui lui permet de rencontrer une diététicienne hospitalière sans reste à charge, mais si elle est suivie en ville, elle doit financer les séances de diététicienne. De plus, ces rendez-vous s'ajoutent à un suivi médical de grossesse déjà intense. La multiplicité des interlocuteurs et des lieux de rendez-vous complexifie le suivi en termes de compréhension du parcours et de compliance.

¹⁰ Obésité et Grossesse. Gabriel, R., Bonneau, S., & Raimond, E. (2019, Janvier 12).

¹¹ CNEMM study group & Catherine Deneux-Tharoux, 2020

¹² Grossesses après chirurgie bariatrique : recommandations pour la pratique clinique (groupe BARIA-MAT)



L'impact de la précarité est alors important, puisque pour des raisons financières, des femmes présenteront des difficultés pour mettre en œuvre les recommandations faites, voire renonceront aux actes générant des restes à charge. Ces femmes enceintes précaires et en situation d'obésité, cumulent ainsi des facteurs de risques de mauvais pronostic d'issue de grossesse.

4. Ce qui est recommandé

Suite au rapport de la commission des 1000 premiers jours¹³, allant du 4ème mois de grossesse aux deux ans de l'enfant, des actions sont menées pour développer le repérage des parents en situation de vulnérabilité et leur accompagnement. Ainsi, des travaux sont en cours côté HAS¹⁴ en vue de :

- Proposer un outil qui permette l'identification et la prise en charge de ces situations de vulnérabilité au moment de la grossesse et un accompagnement lors du retour à domicile
- Affiner le positionnement des différents acteurs des secteurs médical et social et leur coordination (notamment développement de staffs médico-psycho-sociaux)

En outre, quatre territoires français hors Seine-Saint-Denis expérimentent actuellement dans le cadre du dispositif article 51 de la LFSS 2018 la mise en place de fonction de référent parcours périnatalité (RéPaP)¹⁵, choisi par les parents en situation de vulnérabilité. Celui-ci a notamment pour mission d'accompagner, rappeler/informer la femme/le couple aux différentes étapes du suivi de grossesse et d'accompagner la parentalité.

Concernant l'obésité, la HAS précise dans une publication¹⁶ :

« Pour une femme enceinte en excès de poids, il est recommandé d'encourager vivement l'activité physique, en particulier pour diminuer le risque de diabète gestationnel. » Après l'accouchement, en cas d'IMC >30, il s'agit « d'expliquer aux femmes les risques associés à l'obésité pour elles-mêmes et pour les futures grossesses, et de les encourager à perdre du poids. »

En cas d'obésité associée à un diabète : la prise en charge est fondée sur les conseils diététiques, l'activité physique, une approche psychologique et, si nécessaire, le recours aux diététiciens ou aux médecins spécialisés en nutrition, endocrinologues, psychologues, psychiatres, enseignants en activité physique adaptée.

Une activité physique adaptée, pendant la grossesse et en post-partum, doit ainsi être encouragée après une évaluation médicale et obstétricale et en l'absence de contre-indications objectives.

Plus généralement, pour les adultes en situation d'obésité, parce que la démarche éducative est indissociable de toute prise en charge, la HAS préconise la mise en œuvre d'actions en ce sens. Cette action figure d'ailleurs parmi l'une des 7 mesures de la feuille de route interministérielle¹⁷ sur l'obésité pilotée par la DGOS, la DGS et la Cnam (2019-2022). Celle-ci priorise notamment la mise en place de programmes dans les zones à forte prévalence d'obésité, le fait de s'appuyer sur les expériences locales en donnant des moyens de coordination pour la programmation.

Ces constats sont partagés au niveau européen. Le programme Contrepoids Maternité¹⁸ visant à accompagner les femmes enceintes, en situation de surpoids ou obèses, a ainsi vu le jour en 2017 aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Il s'agit d'une prise en charge multidisciplinaire, personnalisée et au long cours. En effet, l'équipe intervient durant la grossesse, le séjour à la maternité, puis auprès de

¹³ Instruction n°SGMCAS/2021/74 autour de la politique des 1000 premiers jours de l'enfant

¹⁴ Accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveaux nés (note de cadrage), pp.8-11, HAS, mai 2021

¹⁵ Arrêté et Cahier des charge de RéPAP, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/repap-arrete_et_cdc.pdf

¹⁶ Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de 1er recours, pp. 16-17, HAS, 2011

¹⁷ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>

¹⁸ <https://www.hug.ch/obstetrique/programme-contrepoids-maternite>, actualisation octobre 2022

Agence Régionale de Santé - IDF-2023-03-03 - ARRETE DIRNOV-2023-01 relatif au projet d'expérimentation "Mam'en forme - Un parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis »



la famille. L'établissement s'est ainsi engagé sur un suivi de l'enfant jusqu'à ses 5 ans, en ayant recours à un pédiatre du même établissement (un formulaire partagé avec l'équipe permettant de suivre les évolutions).

Un entretien téléphonique avec l'équipe projet a mis en exergue des facteurs clés de succès :

- Un référent par patient en charge de l'accompagnement à chaque étape du parcours, pour encourager l'assiduité, souligner les avancées et relancer en cas d'absence à un rendez-vous
- Un besoin de déconcentrer les activités en proximité du lieu de vie de la patiente
- Une formation spécifique des professionnels de santé impliqués
- Un temps de concertation régulier entre les professionnels en charge du parcours

A noter que la crèche de l'établissement est accessible ponctuellement pour les femmes suivies. L'établissement a observé une baisse sensible de la participation peu de temps après l'accouchement : en cause, la faible disponibilité des femmes dans les premières semaines post-accouchement et la fin de la prise en charge financière à 100% par le programme.

Les indicateurs de santé publique ayant été concluants, il a été décidé de pérenniser le programme, financé comme une mission d'intérêt public.

5. La genèse de l'expérimentation proposée

L'amélioration de l'accès à une couverture sociale pour les femmes enceintes sur la Seine-Saint-Denis est un axe prioritaire qui a mobilisé l'ensemble des acteurs du territoire intervenant dans le parcours de la femme enceinte dès 2012 (RÉMI), et qui a nécessité une nouvelle démarche dans le cadre d'un diagnostic territorial réalisé en 2019 sous l'impulsion du conseil départemental de la Seine Saint-Denis, de l'ARS IDF et du réseau NEF. Ce diagnostic a permis de mettre en évidence les éléments de blocage et de rupture dans le parcours, qui entraînent un retard ou l'absence d'ouverture des droits dans des délais raisonnables¹⁹, ainsi que de rechercher des pistes pour lever les freins, et accélérer les procédures d'ouverture de droits en début de grossesse.

Par ailleurs, un travail a été mené depuis plusieurs années à l'initiative du Centre Hospitalier de Saint Denis, du réseau NEF, en partenariat avec la ville de Saint-Denis et avec l'expertise du réseau ROMDES, pour améliorer le suivi de grossesse des femmes en situation de précarité et d'obésité.

Le CHSD expérimente depuis quelques années un dispositif d'Hospitalisation de Jour (HDJ) pour les femmes enceintes en situation d'obésité. Cette HDJ propose une journée de consultations pluridisciplinaires à la prise en charge de l'obésité durant la grossesse.

Un programme d'éducation thérapeutique dédié a vu le jour à titre expérimental (Fond d'Investissement Régional ARS Ile de France non pérenne) dans l'attente de la mise en place de l'expérimentation Mam'en Forme. Ce programme d'éducation thérapeutique est composé de 4 ateliers collectifs construits sur la base d'un focus group mené en mars 2019 auprès de femmes enceintes en situation d'obésité, volontaires, suivies au CHSD. Il a permis de mettre en avant les difficultés rencontrées par les femmes qui ont pu exprimer leurs difficultés :

- Leur combat au quotidien pour lutter contre l'obésité et le sentiment de culpabilité associé ;
- Les grossesses comme accélérateurs de la prise de poids au cours de leur vie ;
- Le regard accusateur de certains professionnels de santé ;
- L'inquiétude des femmes quant à la santé, la nutrition de leurs enfants pour qu'ils ne soient pas eux aussi obèses ;
- Les contraintes financières et de temps comme obstacles à la préparation des repas ;

¹⁹ Parcours de la femme enceinte – Résultats de la phase diagnostic Janvier – Novembre 2019



- Le besoin d'être accompagnées et conseillées pour des recettes accessibles avec des prix abordables et un temps limité de préparation ;
- Une relation au sport qui fait peur (expériences négatives, mésestime de soi, peur de ne pas y arriver...);
- Une relation au corps et à l'image de soi dégradée et qui empêche de vivre pleinement la grossesse.

En 2021, 70 femmes ont pu bénéficier de ces ateliers collectifs. La crise sanitaire ayant eu un impact important sur le maintien des ateliers et la participation des femmes.

En complément, la ville de Saint-Denis propose à ces patientes une offre d'accompagnement diététique gratuite jusqu'à un an de l'enfant en centre de santé ainsi qu'un suivi psychologique si besoin. Les patientes sont également orientées vers le Défi Forme Santé proposé par l'Association du Sport Santé.

L'expérimentation menée a souligné la complexité de ce parcours, qui s'explique par l'intrication :

- Du suivi de la grossesse et du suivi en post-natal pour la femme et le nouveau-né ;
- Des facteurs de vulnérabilité souvent cumulés qui limitent les moyens d'actions ou mobilisent des ressources et des partenaires supplémentaires ;
- Du sur-risque de la morbi-mortalité périnatale lié à l'ensemble de ces facteurs.



IV OBJECTIFS ET EFFETS ATTENDUS

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : Améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de la grossesse et du post-partum des femmes précaires et/ou vulnérables en situation d'obésité, en vue de diminuer la morbi mortalité périnatale

<i>Objectif opérationnel 1</i>	Faire prendre conscience des risques de morbi-mortalité périnatale liés à l'obésité (chez la femme et le nouveau-né) ainsi que des risques liés à l'obésité intra-familiale, aux professionnels et aux femmes.
<i>Objectif opérationnel 2</i>	Favoriser l'intégration précoce des patientes dans un suivi pluridisciplinaire
<i>Objectif opérationnel 3</i>	Prévenir l'apparition et/ou l'aggravation de comorbidités liées à la grossesse et pouvant avoir un impact sur les patientes et les nourrissons

OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : Réduire les ruptures de parcours pour garantir la continuité et la cohérence du parcours périnatal et intégrer les femmes en situation de vulnérabilité dans le système de santé

<i>Objectif opérationnel 1</i>	Améliorer l'accès aux soins des femmes précaires pendant leur grossesse et après
<i>Objectif opérationnel 2</i>	Améliorer la prise en compte des difficultés sociales des femmes enceintes et de leurs nouveaux-nés dans leur parcours de santé
<i>Objectifs opérationnels 3</i>	Améliorer le lien sur le territoire entre l'hôpital et la ville et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

La formulation des objectifs pourra être ajustée en lien avec les travaux liés à l'évaluation, de même que les indicateurs présentés dans la rubrique dédiée.

V DESCRIPTION DU PROJET

V.1 OBJET DE L'EXPERIMENTATION

Les besoins remontés par les femmes enceintes, obèses, en situation de précarité et/ou rencontrant des vulnérabilités sociales, nécessitent la mise en place d'un programme spécifique intégrant des prestations dérogoratoires au droit commun, dont l'articulation entre elles et avec le suivi de grossesse de droit commun assurera le succès. Ce programme comprend :

- Un temps de coordination important pour structurer une prise en charge globale, limiter les ruptures de parcours et améliorer le partage d'informations entre les professionnels :
 - Un recours à la médiation en santé pour l'accès aux soins et des actions de prévention

Agence Régionale de Santé - IDF-2023-03-03 - ARRETE DIRNOV-2023-01 relatif au projet d'expérimentation "Mam'en forme - Un parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis »



- Des actions d'aller-vers avec notamment un suivi rapproché de la patiente avec des échanges téléphoniques réguliers et la centralisation du parcours en un lieu unique au plus proche du domicile de la patiente.
- Un parcours pluridisciplinaire avec des consultations plus longues notamment en diététique et psychologie permettant de mieux repérer tous les facteurs de risque et de co-construire avec la patiente une prise en charge adaptée à ses besoins et ses priorités :
 - La mise en place d'un accompagnement diététique avec une adaptation des conseils donnés aux patientes en difficultés financières et/ou en hébergement précaire tout en tenant compte de leur culture culinaire ;
 - L'accompagnement psychologique de la souffrance psychique, du stress chronique et de psycho-traumatismes fréquents dans les populations en situation de précarité et qui cumulent d'autres vulnérabilités.
- La promotion de l'activité physique pour améliorer le bien-être physique et psychique (lutte contre la sédentarité et l'isolement) ;
- Un recours facilité à l'interprétariat pour inclure les patientes allophones
- Des orientations adaptées vers des partenaires existants (assistante sociale, dispositif obésité et selon le souhait de la patiente, dispositif violences faites aux femmes...)

Cette expérimentation a pour objet de proposer un parcours d'accompagnement coordonné **tout au long de leur parcours de grossesse et jusqu'aux 12 mois de l'enfant**. Il s'agit de s'appuyer sur une coordination rapprochée et individualisée de chaque parcours et de lutter contre les renoncements aux soins et les inégalités sociales de santé en renforçant les opportunités de médiation en santé.

V.2 POPULATION CIBLE

V.2.a Critères d'inclusion

Le dispositif Mam'en Forme s'adresse aux femmes enceintes répondant aux critères suivants :

- Être enceinte de moins de 34 semaines d'aménorrhée (<34 SA) et être inscrite à la maternité du CHSD,
- Avoir un IMC supérieur ou égal à 30 et/ou un antécédent de chirurgie bariatrique
- Être en situation de **précarité ou de vulnérabilité**
- Habiter dans le département de Seine-St-Denis dans l'une des villes expérimentatrices y compris les femmes au 115 (Samu social), OU être suivie par un professionnel de santé de ces territoires

L'évaluation de la vulnérabilité de la patiente est réalisée par les professionnels adresseurs dans un premier temps lors du suivi classique de la patiente, puis par le coordinateur lors de l'étude du dossier de la patiente. Le repérage des différentes situations de précarité et de vulnérabilité de la patiente se fait à travers l'observation de différents indicateurs :

- Patiente avec des droits (AME ou PUMA)
- Patiente avec logement/hébergement précaire
- Patiente avec des difficultés financières
- Patiente avec des troubles du comportement alimentaire
- Patiente avec un psycho traumatisme



- Patiente victime de violences

Une fiche d'adressage claire sera élaborée à partir de la grille RÉPAP pour faciliter le repérage de ces facteurs (cf. Annexe 4).

L'inclusion dans le parcours Mam'en Forme peut avoir lieu jusqu'à 33SA+6j. **Néanmoins il est préférable d'effectuer les inclusions à la fin du 1^{er} trimestre ou au début du T2, entre la 18 SA et la 24 SA**, afin de synchroniser l'inclusion dans le parcours et les examens importants à réaliser au début du T2 (échographie T2 et consultation gynécologique notamment).

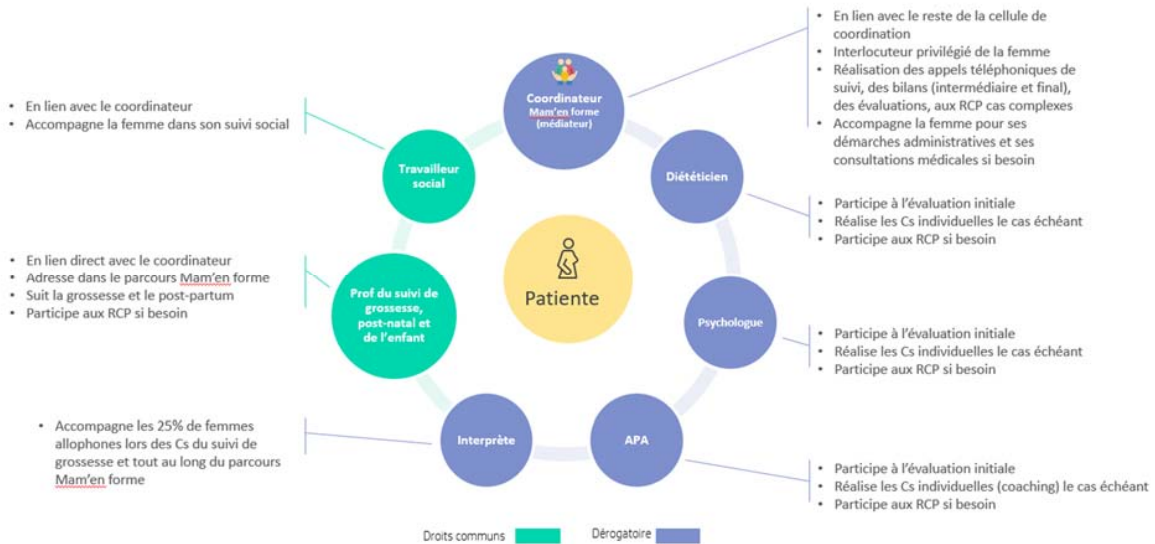
V.2.b Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion du dispositif sont les suivants :

- **Femmes en errance** : les femmes sans domicile fixe ne peuvent pas être incluses dans le dispositif du fait de l'instabilité à rester sur un parcours local. Elles seront adressées vers le dispositif UPE (Urgences Patientes en Errance) de la maternité du CHSD, pour une prise en charge médico-psychosociale adaptée, avec inclusion possible dans le parcours Mam'en Forme après stabilisation de l'hébergement.
- **Femmes sans droits ouverts** : conformément à la réglementation des Articles 51, les femmes sans droits ouverts ne peuvent pas être incluses dans une expérimentation. Ces femmes seront adressées vers les dispositifs d'accompagnement pour l'ouverture des droits (PASS, dispositifs PMI ou ville). L'inclusion dans Mam'en Forme sera toutefois possible à l'issue de l'ouverture des droits si la situation de la patiente le permet. Les expérimentateurs pourront s'appuyer sur les dispositifs existants avec la CPAM 93 pour faciliter l'ouverture des droits des femmes enceintes
- **Femmes en situation d'obésité sans précarité ou vulnérabilité** : orientation vers l'hôpital de jour (HDJ) en début de grossesse, puis vers les dispositifs existants de prise en charge de l'obésité comme OBEPAR ou le défi Forme santé, selon le besoin vers un CSO
- **Femmes ayant dépassé 33SA+6j** (*trop proche du terme, pour permettre la mise en œuvre suffisante du début du programme avant l'accouchement*)

V.3 PROFESSIONNELS CONCERNES PAR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

Les besoins précédemment cités en termes de **prise en charge** impliquent de nombreux métiers qui constituent le cercle de soins de la patiente (diététicien, psychologue, APA...).



L'ensemble du cercle de soins est coordonné par :

- **Le coordinateur Mam'en Forme avec un profil de médiateur en santé** ayant une expérience dans le sanitaire ou le médico-social. L'accompagnement et les compétences spécifiques propres au métier de médiation en santé sont ici primordiaux compte tenu des spécificités de la population visée, particulièrement éloignée du parcours de soins et de la prévention²⁰. Le coordinateur est l'interlocuteur principal de la patiente et des professionnels durant son parcours dans le dispositif, ses missions sont les suivantes :
 - Informe et inclut la patiente dans le parcours
 - Élabore la synthèse globale de la situation de la patiente
 - Co-construit avec la patiente son accompagnement individuel et de groupe en s'appuyant sur les préconisations des professionnels ayant réalisé les évaluations au préalable
 - Etablit un lien de confiance et garde le contact avec la patiente tout au long du parcours par des appels téléphoniques ou SMS au moins avant chaque consultation médicale de grossesse, pour une meilleure compréhension ainsi qu'une meilleure acceptation et observance du suivi proposé
 - Accompagne individuellement les femmes dans leurs démarches administratives nécessaires à leur prise en charge et à celle de leur nouveau-né en lien avec une assistante sociale et/ou les structures compétentes
 - Réalise les bilans de prise en charge (initial, intermédiaire et final)
 - Réalise des entretiens de prévention auprès des patientes ne pouvant bénéficier des offres collectives
 - Centralise les informations relatives au parcours de la patiente
 - Assure le lien entre les professionnels du cercle de soins, il est l'interlocuteur privilégié au quotidien des professionnels de santé des territoires pour leurs patientes dans Mam'en Forme
 - Réalise une coordination étroite avec l'assistant administratif afin d'assurer la remontée des données nécessaire à la facturation et au suivi de l'activité
 - Assiste au RCP
 - Organise la sortie du dispositif de la patiente en réalisant les orientations nécessaires à la poursuite de sa prise en charge

²⁰ Santé Publique France, « La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention », La Santé en action, et prévention » La Santé en action – n460, Juin 2022

En cas de généralisation de la fonction de RéPaP, le coordinateur Mam'en Forme pourra prendre cette fonction.

Pour son bon fonctionnement le projet est **piloté par une équipe projet** composée de :

- Un **chef de projet médical**, (sage-femme, psychologue, diététicien, infirmière ou tout autre professionnel ayant une légitimité à s'inscrire dans le parcours Mam'en Forme), qui a la charge de manager et d'animer la cellule de coordination du dispositif, d'assurer la mise en œuvre du projet et d'animer les relations avec les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire. Le chef de projet est l'interlocuteur privilégié des partenaires du territoire. Il porte également la responsabilité hiérarchique des professionnels de l'équipe projet.
- Un **chef de projet administratif**, chargé de mettre en place le dispositif en partenariat avec le chef de projet médical. Il assurera la gestion financière et administrative du dispositif. Il co-animera la cellule de coordination sur les temps d'absence du chef de projet médical.
- Un **assistant administratif**, qui saisira les prestations et activités des patientes réalisées dans le cadre de Mam'en Forme dans l'outil de coordination partagé ainsi que les indicateurs de suivi nécessaires au suivi de l'expérimentation. L'assistant administratif assurera, en collaboration étroite avec les coordinateurs, la logistique du dispositif (réservation des salles, établissement des calendriers, gestion des intervenants, etc.) ainsi que la permanence téléphonique du dispositif.

La **cellule de coordination** qui rassemble l'ensemble des personnes intervenant dans le bon déroulé du fonctionnement du parcours des patientes est constituée de l'équipe projet auxquels s'ajoutent :

- Un **médecin référent**, qui interviendra lors des RCP cas complexes si besoin, et constituera un appui de la cellule de coordination en cas de nécessité d'expertise médicale renforcée.
- **Des coordinateurs Mam'en Forme** : Outre leurs missions de référent auprès des patientes, ils assurent le suivi ville/hôpital de la patiente (ajustement parcours, RCP) et, à ce titre, sont également les interlocuteurs privilégiés au quotidien des professionnels de santé des territoires pour leurs patientes dans Mam'en Forme.

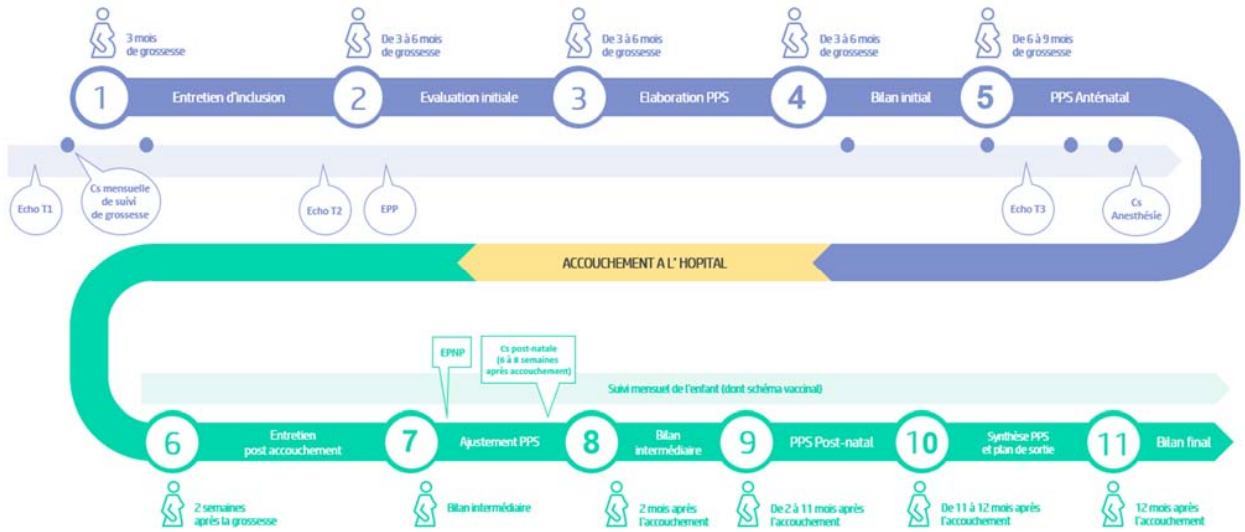
V.4 PARCOURS DU PATIENT / USAGER

Le dispositif Mam'en Forme s'articule autour de deux axes principaux parallélisés dans le schéma ci-après :

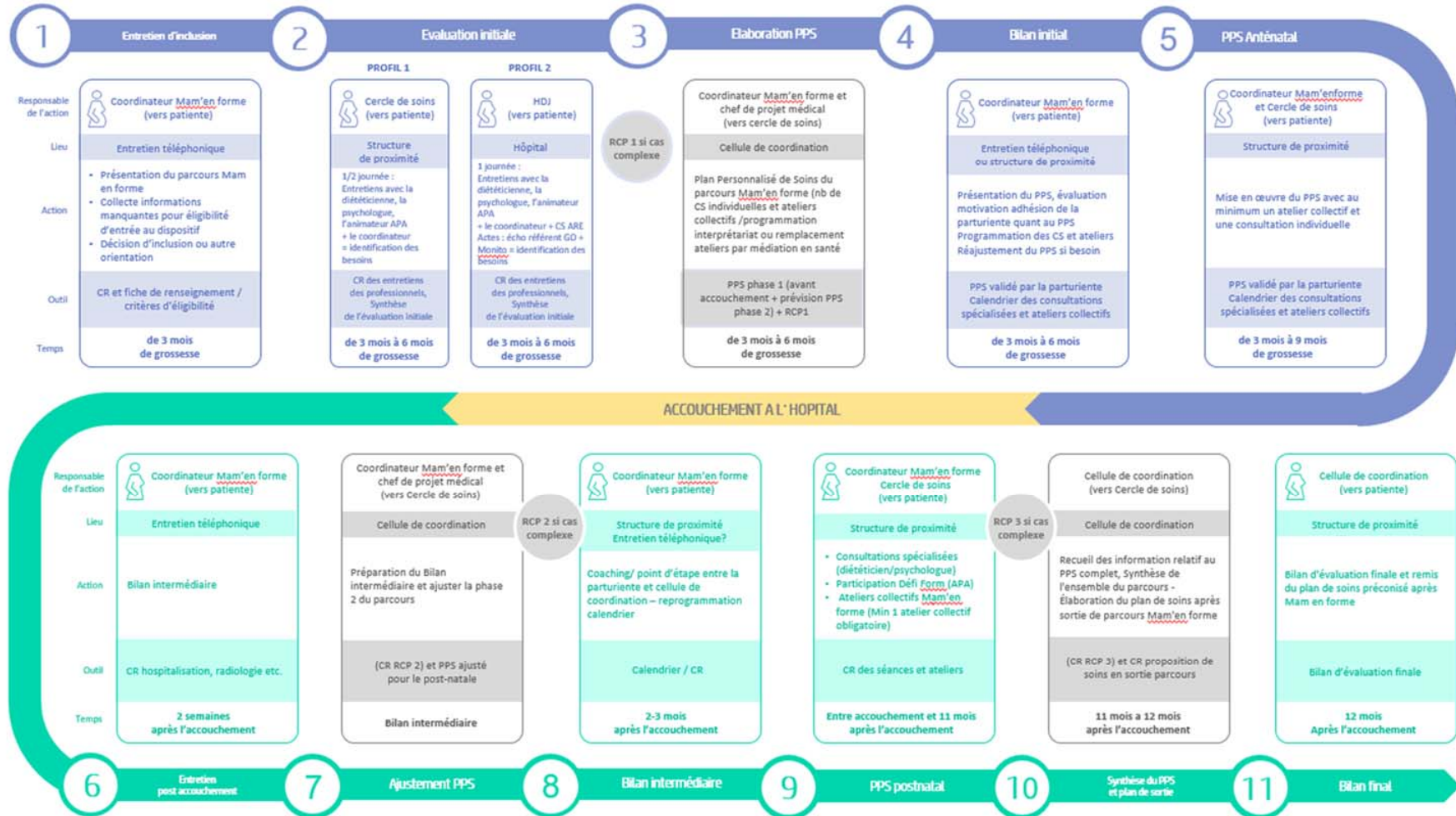
- Un **parcours périnatal de long terme** qui s'étend jusqu'aux 12 mois de l'enfant et financé par des prestations dérogatoires :
 - Un parcours découpé en différentes séquences, anténatal et postnatal en complément du parcours de grossesse classique
 - Un parcours organisé autour de deux modalités d'accompagnement, collectif et individuel
- Un **accompagnement attentif de chaque patiente** par les coordinateurs Mam'en Forme et rendu possible par le maillage territorial étroit avec les professionnels de ville et d'hôpital qui suivent les patientes. Cet accompagnement doit permettre au maximum d'éviter toute rupture de parcours.

En clair : parcours classique ; en foncé : parcours dérogatoire

Agence Régionale de Santé - IDF-2023-03-03 - ARRETE DIRNOV-2023-01 relatif au projet d'expérimentation "Mam'en forme - Un parcours coordonné pour les femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité en Seine-Saint-Denis »



Détail du déroulé du parcours patient innovant Mam'en Forme :



NB : sont indiqués avec un fond gris les étapes auxquelles les patientes ne sont pas présentes, qui seront détaillées dans la partie V.5.



1. L'adressage et l'inclusion vers le dispositif Mam'en Forme

Cf. étape 1

L'adressage des patientes vers le dispositif Mam'en Forme est réalisé par les professionnels médicaux et paramédicaux de ville et/ou de l'hôpital qui suivent les femmes : médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes, kinésithérapeutes, diététiciens (libéraux ou salariés de centres de santé, PMI).

L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) est un moment clé du parcours de la grossesse. Il peut être l'occasion de repérer des patientes et de les orienter vers le dispositif. Néanmoins, il ne peut ni se substituer à l'entretien téléphonique d'inclusion, ni à la séquence d'évaluation de définition du PPS.

Les demandes d'inclusion sont adressées à la cellule de coordination *via* un formulaire dédié reprenant les critères d'adressage et permettant d'identifier les facteurs de vulnérabilités.

A l'issue de **l'analyse du dossier de la patiente**, le coordinateur propose à la patiente un **entretien téléphonique pour présenter le parcours, confirmer l'éligibilité et son intérêt pour le parcours, et le cas échéant recueillir son consentement**. Si l'entretien est concluant, **la patiente est incluse dans le dispositif**. Elle démarre alors la séquence d'évaluation, en ville ou à l'hôpital selon son profil, afin de déterminer son projet personnalisé de soins.

Le professionnel adresseur est informé des suites données à sa demande par messagerie sécurisée de santé ou pour une autre modalité respectant la réglementation relative à la protection des données.

Deux profils de patientes distincts sont mis en place pour Mam'en Forme afin d'adresser au mieux les patientes selon leur pathologie et de définir le projet de soins personnalisé le plus pertinent :

- **Soit en proximité, en ville, pour les patientes précaires ayant un IMC compris entre 30 et 35, sans comorbidités et grossesse physiologique (Profil 1)**
- **Soit au CHSD, pour les patientes ayant un IMC supérieur à 30 avec comorbidités ou des antécédents obstétricaux, ou pour les patientes précaires ayant un IMC supérieur à 35 ou les patientes présentant un antécédent de chirurgie bariatrique (Profil 2)**

Il est estimé qu'environ **40% des patientes seront de profil 1 et 60% des patientes de profil 2**.

2. L'évaluation initiale dans Mam'en Forme

Cf. étape 2

La différence entre les profils ne se fait qu'au moment de l'évaluation des patientes à l'occasion de leur entrée dans le dispositif. **Les patientes de profil 1 auront une évaluation d'une demi-journée en ville tandis que les patientes de profil 2 auront une journée entière d'évaluation au CH Delafontaine de Saint-Denis en unité d'hospitalisation de jour (HDJ).**

Le contenu de l'HDJ est similaire à celui existant actuellement, à l'exception de l'entretien avec le coordinateur et de l'évaluation par un éducateur APA réalisés en complément. L'évaluation par le coordinateur sera concomitante à la journée de l'HDJ et celle réalisée par l'éducateur APA se fera à distance (proche de la journée d'HDJ) pour des raisons organisationnelles.

Tableau récapitulatif des prestations proposées aux femmes lors de l'évaluation initiale pluriprofessionnelle d'inclusion :

Profil 1 - ½ journée d'évaluation		Profil 2 - 1 journée d'évaluation	
Entretien avec le coordinateur	60 min	Entretien avec le coordinateur* (concomitant à l'HDJ)	60 min
Entretien avec le diététicien	60 min	Entretien avec le diététicien	60 min
Entretien avec le psychologue	60 min	Entretien avec le psychologue	60 min
Entretien avec l'éducateur APA	60 min	Entretien avec l'éducateur APA *(à distance de l'HDJ)	60 min
		Temps collectif d'information avec le médecin anesthésiste	30 min
		Temps de coordination sage-femme (accueil, synthèse, compte-rendu)	30 min
		Echographie et CS gynécologue-obstétricien	60 min

Aussi l'HDJ continuera à être facturée via le PMSI et ces deux nouveaux entretiens seront facturés en sus* (cf. tableau). A noter que la programmation en HDJ s'appuie sur un temps dédié d'assistante médico-administrative basée à l'hôpital.

Le coordinateur de parcours effectue la synthèse de l'évaluation, et s'assure de l'effectivité du suivi de grossesse en lien avec les professionnels du cercle de soins en ville ou à l'hôpital. De par son profil de médiateur en santé, il accompagne les femmes dans leurs démarches administratives et s'assure de leur bonne compréhension du parcours de soins.

Les prestations complémentaires

Les femmes allophones qui souhaitent intégrer le suivi bénéficieront d'une prestation d'interprétariat pour l'ensemble des temps d'entretien. (Hypothèse de recours = 15%)

Les échographies réalisées chez des femmes en situation d'obésité sont plus complexes et nécessitent un temps plus long, du matériel adapté et des professionnels formés. Dans le cadre **de l'objectif d'assurer aux patientes un 0 reste à charge**, les échographies du deuxième trimestre des patientes de profil 1, jusqu'à présent réalisées en ville et pour lesquelles un reste à charge de 30% subsistait



(prise en charge à 70% par l'Assurance Maladie), pourront être prises en charge par le dispositif Mam'en Forme au titre de prestation dérogatoire (les échographies du deuxième trimestre étant les plus onéreuses). (Hypothèse de recours = 25%)

Celles-ci seront alors réalisées au CH Delafontaine pour garantir une réalisation optimale. Par la suite, et selon l'évolution, une recherche de partenaires en ville correspondant aux critères évoqués pourrait permettre de réaliser l'échographie T2 en extrahospitalier.

3. Elaboration et partage du projet personnalisé de soins

Cf. Etapes 3-4

A l'issue de cette évaluation, un projet personnalisé de soins (PPS) est co-construit avec la femme par le coordinateur, au cours du **bilan initial**, en s'appuyant sur les évaluations réalisées en amont.

En effet, la patiente décide des accompagnements qu'elle souhaite engager, à partir de la proposition thérapeutique émise par les professionnels. Le PPS récapitule les différents suivis proposés à la patiente :

- **Les séances d'accompagnement individuel** que la patiente a choisi en collaboration avec les professionnels ayant réalisé l'évaluation et le coordinateur. Ainsi que leur répartition.
- **Les ateliers collectifs** importants pour rompre l'isolement, favoriser la communication entre les patientes de Mam'en Forme, et ainsi construire une dynamique de groupe.

Le coordinateur s'assure de la planification de l'ensemble du projet de soins : Mam'en forme et suivi prénatal de la patiente afin de garantir la lisibilité du parcours global. (Cf. VI les outils nécessaires pour l'expérimentation). Il s'assure également de regrouper autant que possible les rendez-vous dans un même lieu et une même journée pour limiter les déplacements et favoriser l'adhésion au parcours.

4. La mise en œuvre du PPS

Cf. à partir étape 5

SUIVI INDIVIDUEL

PRESTATIONS		HYPOTHÈSES DE RECOURS
Suivi psychologique	4 séances de suivi psy et/ou d'accompagnement diététique <i>avec possibilité de visite à domicile (VAD) pour les patientes en HAD</i>	75% des patientes feront 4 séances (diet et/ou psy)
Suivi diététique		
Renouvellement possible 1 fois		30% des patientes
Accompagnement promotion activité physique	4 séances individuelles	50% des femmes auront recours à l'accompagnement APA vers le Défi-Forme Santé disponible sur le territoire (séances collectives)
A chacune de ces prestations peut s'ajouter une prestation de traduction pour les patientes allophones		15% des patientes

ACCOMPAGNEMENT COLLECTIF

COMPOSÉ D'ATELIERS :

Il est recommandé pour les patientes de suivre au minimum 4 ateliers collectifs (de 6 participantes).

- 2 ateliers collectifs sont obligatoires : 1 en anténatal et 1 en postpartum. L'atelier anténatal obligatoire porte sur les complications liées à la grossesse.
- Les patientes peuvent choisir de suivre plus de 4 ateliers si elles le souhaitent (quand il reste de la place).
- Les thématiques proposées sont issues des ateliers proposés dans le cadre du programme des ateliers éducatifs collectifs actuel, déterminés sur la base d'un focus group et en lien avec les professionnels intervenant sur le parcours. De nouveaux ateliers viendront compléter l'offre existante sur des thèmes de promotion de la santé. Les patientes pourront choisir parmi une liste proposée. Ce suivi n'est pas renouvelable.
- Hypothèse de recours = 75%

Les taux de recours ont été estimés sur la base de l'observance actuelle des femmes dans le parcours existant (qui ne comprend pas de coordination individuelle).

Ces taux de recours pourront être réévalués à l'issue de la première année grâce à une analyse des comportements afin de mettre en concordance le montant du forfait avec la réalité.

a. Le suivi individuel

A l'issue du 1^{er} temps de bilan, il est proposé à la patiente de suivre un premier pack de quatre séances. **La patiente est libre de choisir les séances qu'elle souhaite, psychologue, diététicien ou les deux, afin de construire un parcours le plus proche de ses besoins et ainsi maximiser ses chances d'observance du parcours.**

Le cas échéant, la patiente peut réaliser les entretiens par des séances à distance pour limiter les déplacements, le coordinateur facilitant la prise en main des outils.

Les patientes peuvent demander à bénéficier **d'un renouvellement de leur pack**, afin de bénéficier au total de huit séances d'accompagnement individuel. Une fois encore, les patientes peuvent choisir l'un ou l'autre des accompagnements ou effectuer un mélange.

L'accompagnement diététique :

La patiente peut bénéficier d'un accompagnement diététique adapté à ses pathologies médicales (obésité, diabète, HTA...), à sa situation sociale et à son hébergement/logement. Les diététiciennes du projet sont habituées/formées à adapter leurs recommandations aux traditions culinaires des patientes, aux difficultés financières (ex : équivalence d'aliment pour l'apport en protéines, recettes faciles et pas chères), aux paniers repas distribués par les banques alimentaires. En effet, la précarité de ces femmes entraîne une alimentation de mauvaise qualité souvent industrielle et hypercalorique.

Le suivi diététique permet de prévenir la survenue d'un diabète gestationnel chez des femmes à risque ou l'aggravation d'un diabète et un travail autour de l'obésité.

Selon la situation de la patiente et la pertinence dans l'accompagnement diététique, il pourra être proposé à la patiente de bénéficier de consultations à distance ou de bénéficier d'un temps à domicile afin d'ajuster les recommandations en tenant compte des conditions de vie (ustensiles de cuisine,



équipement de cuisson ou de stockage réfrigéré, habitudes culinaires...). Cette démarche « d'aller vers » est essentielle pour l'adhésion dans la durée d'un changement d'habitudes de vie.

NB : En cas d'antécédent de chirurgie bariatrique, la patiente est orientée vers le service compétent du CHSD afin d'évaluer les carences et mettre en place une prise en charge adaptée.

L'accompagnement psychologique :

La femme peut bénéficier d'un accompagnement personnalisé selon les besoins qu'elle exprime ou qui sont dictés par son parcours de vie. Ces consultations permettent un soutien et un étayage de la parentalité pour leur permettre d'investir leur parcours de vie de manière plus active. Ces temps d'accompagnement peuvent se faire par des consultations directes ou des séances à distance pendant la grossesse et en post-natal. En cas de psycho traumatisme, la femme est orientée vers une prise en charge spécialisée en psycho-trauma.

L'accompagnement à la promotion de l'activité physique adaptée :

L'activité physique adaptée est identifiée comme un levier majeur du dispositif Mam'en Forme.

En plus du pack des 4 séances diet/psy, il est proposé à la patiente de bénéficier **d'un accompagnement pour la promotion de l'activité physique**. Dans ce cadre, les femmes peuvent bénéficier d'un pack de 4 séances individuelles par un éducateur APA.

Ses séances individuelles auprès des femmes vulnérables visent à améliorer leur image et leur estime de soi dégradées par des parcours de vie chaotique et contribuent à rompre leur isolement en les encourageant à s'engager dans les séances collectives proposées dans le cadre du Défi-Forme Santé organisé par l'association du Sport-Santé (hors parcours).

Ce défi forme santé se compose, d'un cycle de 12 semaines permettant aux femmes de participer à des activités hebdomadaires adaptées à leur condition. Ces 12 semaines permettent d'ancrer une nouvelle hygiène de vie liée à l'activité sportive. Le défi forme santé, destiné à toute la population adulte, représente également un vecteur de lien social important, les séances collectives permettant d'entretenir une dynamique de groupe importante à la motivation des participants.

Le volet motivationnel sera particulièrement pris en compte pour initier et/ou accompagner le Défi-Forme santé.

b. Les propositions collectives de prévention

En complément du suivi individuel, il est proposé aux patientes de Mam'en Forme de participer à des ateliers collectifs qui abordent des thématiques en lien avec les suivis individuels, comme les complications médicales de la grossesse chez la femme en situation d'obésité, l'alimentation, l'activité physique, le bien être, la parentalité, la promotion de la santé nutritionnelle (activité physique, alimentation), de la famille...

Il est recommandé pour chaque patiente de suivre au minimum 4 ateliers collectifs (de 6 participantes). 2 ateliers collectifs sont obligatoires, dont à minima un au cours de la grossesse (sur les complications médicales liées à la grossesse chez les femmes atteintes d'obésité) et un autre en postpartum.

Le sujet des autres ateliers est au choix, l'objectif restant de définir avec la patiente la sélection d'ateliers pertinente selon sa situation. Les patientes qui le souhaitent pourront suivre plus d'ateliers.

Les thèmes des ateliers identifiés s'appuient sur le programme d'ateliers collectifs proposé en perspective de Mam'en Forme par le CHSD. Ces ateliers sont animés en binôme par des intervenants réguliers (diététiciennes, sage-femmes, psychologue, sophrologue, éducateur APA) afin de garantir une attention optimale pour l'ensemble des femmes présentes :

- 1/ quels risques pour mon bébé et moi ?
- 2/ Enceinte, bien dans mon corps, bien dans ma tête



- 3/ Qu'est-ce qu'on mange ?
- 4/ Gestion du stress et émotions
- 5/ Enceinte bien dans mes baskets
- 6/ Maman et bébé : comment mieux manger ?

Cette liste d'ateliers pourra être complétée par les expérimentateurs pour compléter l'offre proposée aux femmes du parcours Mam'en Forme suivant les besoins identifiés au long de l'expérimentation.

Le co-parent sera invité à participer aux ateliers collectifs dédiés à la promotion de la santé et à la parentalité afin de favoriser l'acculturation de l'ensemble de membres de la famille.

Les ateliers auront lieu dans des lieux conventionnés pour Mam'en Forme (en ville ou à l'hôpital). Ils seront exclusivement réservés aux patientes de Mam'en Forme afin de favoriser le lien social et la création d'un esprit et d'une dynamique de groupe entre les patientes. Ils seront programmés au maximum durant les horaires scolaires et d'ouverture des crèches pour limiter les problèmes de garde d'enfants. Un binôme d'animateurs est prévu pour 6 participantes pouvant être accompagnées par leur nouveau-né (pour les ateliers en post-partum) et/ ou **par le co-parent**.

S'agissant des femmes allophones, les ateliers pourront soit, lorsque cela est possible, être traduits par un interprète (plusieurs femmes parlant la même langue sur un même atelier), soit être remplacés par des séances individuelles de sensibilisation avec le coordinateur Mam'en Forme, accompagné par un interprète.

5. Les temps d'échange avec le coordinateur en post-partum

Cf. étapes 6/8/11

Entretien post-accouchement : après son accouchement, la patiente bénéficie d'un entretien (téléphonique ou en présentiel) pour faire un point d'étape sur le déroulement de son PPS.

Bilan intermédiaire - 2 à 3 mois après l'accouchement : cet entretien permet de réorganiser si besoin l'accompagnement individuel et collectif post-natal jusqu'au premier anniversaire de l'enfant. Le coordinateur s'assure qu'un médecin traitant a bien été identifié pour les femmes n'en ayant pas à l'entrée du dispositif. Dans le cas contraire, le coordinateur identifie un professionnel de santé du territoire de proximité et s'assure qu'il/elle peut devenir le médecin traitant de la patiente.

Le coordinateur s'assure que le suivi post natal de la patiente, dont l'EPNP (entretien post natal précoce) est bien programmé, notamment pour le dépistage de la dépression post-natale. En cas d'impossibilité à orienter vers un EPNP, le coordinateur peut lors de l'entretien intermédiaire ou à tout moment transmettre à la femme le questionnaire EPDS et orienter la femme vers un professionnel compétent en cas de score élevé.

Le dispositif Mam'en forme pourra s'appuyer sur l'unité de psychiatrie périnatale et la maison du bébé du CH de Saint-Denis et l'unité d'accueil parent enfant de Saint-Denis pour les patientes relevant de cette prise en charge.

L'enquête nationale périnatale de 2021 révèle que 16,7 % des femmes interrogées 2 mois après l'accouchement ont un risque très élevé de dépression du post-partum²¹. Des travaux récents ont montré que le suicide maternel était la première cause de mortalité maternelle en France, dans l'année qui suit l'accouchement²².

Le coordinateur s'assure également que le suivi de l'enfant et l'accompagnement de la parentalité sont bien programmés en PMI. Dans le cas contraire, la patiente est orientée vers le centre de PMI le plus proche de chez elle et vers les autres ressources adéquates.

²¹ INSERM : Enquête nationale périnatalité-Rapport 2021

²² ENCM : Rapport de la mortalité maternelle 2012-2017 (Epopé - INSERM)



Bilan final : il est réalisé par le coordinateur du parcours dans le mois qui suit le premier anniversaire de l'enfant en vue de préciser les besoins de la patiente et d'orienter vers des ressources et partenaires dans une continuité de prise en charge (dispositifs municipaux décrits plus haut, CINFO, dispositifs obésité hors grossesse). Cet entretien acte la sortie de la patiente du parcours.

V.5 ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE / INTERVENTION

Il s'agit ici de recenser les actions qui vont permettre de faciliter le bon déroulé du parcours.

1. Accompagnement au plus près des patientes

Le dispositif Mam'en Forme sera déployé dans des lieux dédiés au sein des villes expérimentatrices, afin de permettre aux patientes d'accéder au parcours au plus près de leur lieu d'habitation :

Dans la mesure du possible, chaque structure disposera d'un coordinateur identifié, intégré à la cellule de coordination, qui assurera le suivi des patientes tout au long de leur parcours dans le dispositif. Les coordinateurs qui suivront des patientes de profil 2 en anténatal continueront à les suivre en ville lors de passage en postnatal. Le coordinateur pourra être mutualisé et effectuer un **exercice multisite** selon la répartition géographique des patientes.

Les professionnels participant au suivi diététique, psychologique et sportif des patientes pourront être soit mis à disposition de l'un des expérimentateurs, du CHSD ou de l'HAD, soit libéraux. Ils pourront constituer une équipe mobile afin de faciliter la continuité du cercle de soins de la patiente et la coordination entre ces professionnels.

2. Dispositif d'adressage

L'adressage vers le dispositif s'effectue comme suit : un professionnel de ville ou de l'hôpital ayant une patiente enceinte et rassemblant les critères d'inclusion dans Mam'en Forme oriente sa patiente vers le dispositif. Pour ce faire, celui-ci renseigne une fiche de recueil des données minimales qu'il transmet à la cellule de coordination (guichet unique).

Afin de faciliter l'adressage des patientes vers le dispositif, **il est impératif d'informer et de communiquer régulièrement auprès des professionnels de l'existence du dispositif et de ses finalités.** Il est important que tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux soient sensibilisés aux spécificités du dispositif et des patientes Mam'en Forme afin qu'ils puissent orienter leurs patientes et suivre leur accompagnement (*cf. Rubrique Formation, Communication ci-après*).

Cela implique également de mettre en place le cadre nécessaire à une coordination importante avec le territoire pour faciliter les échanges sur les patientes entre le dispositif Mam'en Forme et les professionnels de santé qui les suivent en ville. La prise en compte de ces temps consacrés à l'adressage et à l'articulation, dans le forfait de base, joue un rôle incitatif pour favoriser les inclusions.

3. Temps de coordination entre les professionnels suivant les patientes

Cf. Etapes 3/7/10

Suivi du PPS : Avant chaque bilan auprès de la patiente, le coordinateur Mam'en Forme et les professionnels du cercle de soins se concertent pour préparer le PPS. Cette phase d'évaluation se situe avant chaque bilan entre le coordinateur Mam'en Forme et la patiente.

Il existe trois évaluations :

- Elaboration du PPS après l'évaluation initiale (décrit précédemment)
- Ajustement du PPS juste après l'accouchement
- Synthèse de PPS et plan de sortie à la fin de l'accompagnement de la patiente, pour préparer le bilan de sortie.

La réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP) : elle vise à améliorer la prise en charge des patientes considérées comme « complexes » au sein du dispositif.

Elle se déroule au moins trois fois durant le parcours, un peu avant des bilans avec le coordinateur Mam'en Forme (initial, intermédiaire et final), mais elle peut être déclenchée autant que de besoin. La fréquence dépend de la complexité de la prise en charge et de la temporalité du suivi (ante ou post-natal). La RCP est animée par la cellule de coordination en lien avec les professionnels engagés dans le parcours (coordinateur du parcours, gynécologue-obstétricien, sage-femme, diététicien psychologue, conseiller médico-sportif, médiateur en santé). Elle permet de suivre le parcours et de préciser les besoins spécifiques des patientes incluses dans le parcours Mam'en Forme.

Les professionnels qui suivent les patientes Mam'en Forme dans le cadre de son suivi de grossesse classique et/ou de son parcours de santé (médecin traitant, gynécologue, sage-femme, travailleur social ou autres) sont conviés à chaque RCP. Bien que leur participation ne soit pas obligatoire, les éléments importants pour la prise en charge globale pourront être collectés par le coordinateur et transmis lors de la RCP.

Elle peut avoir lieu en présentiel ou en visioconférence.

4. Accompagnement personnalisé et renforcé pour favoriser l'adhésion au programme en limitant les ruptures de parcours

La patiente et le coordinateur ont la possibilité de se contacter tout au long du parcours en plus des temps dédiés d'entretiens/bilans.

Ces temps pourront être mobilisés pour :

- Accompagner la femme dans l'utilisation des outils numériques
- Accompagner les professionnels dans le développement de séances à distance
- Répondre aux demandes de la patiente et la tenir informée des avancées de son dossier
- Rappeler les différentes étapes du parcours et relancer en cas d'absence au programme
- Maintenir le lien de confiance et la motivation dans le suivi du programme.

En complément de l'action du coordinateur Mam'en Forme auprès de la patiente, l'ensemble des rendez-vous du parcours de grossesse et de l'accompagnement individuel et collectif du parcours Mam'en Forme feront l'objet d'un rappel par l'assistant administratif ou par la solution numérique envisagée.

La programmation des rendez-vous fera l'objet d'une attention particulière afin de limiter les déplacements.

A noter que la problématique de la garde d'enfants (fratries) est identifiée comme pouvant être un frein majeur au suivi des parcours. Face à cela, les coordinateurs Mam'en Forme seront vigilants à conseiller les femmes sur les possibilités de garde (municipales, familiales, associatives) afin d'encourager la participation à l'ensemble des rendez-vous du suivi de grossesse. Ils pourront proposer des séances à distance le cas échéant.

Compte tenu de l'importance de cet aspect et de la multiplicité des lieux de consultations, les co-porteurs et expérimentateurs se rapprochent en parallèle des partenaires institutionnels (CD93, CAF) afin d'étudier la nécessité et la possibilité d'un partenariat généralisé sur le territoire



d'expérimentation, afin de financer un mode de garde, notamment pour le volet d'accompagnement collectif.

Par ailleurs la cellule de coordination Mam'en Forme réalise auprès des acteurs du territoire une animation dédiée au projet.

V.6 FORMATION, COMMUNICATION ET INFORMATION

1^{er} objectif : Faciliter la création d'une dynamique Mam'en Forme dans le territoire pour les professionnels

- **Créer un socle de connaissances communes sur Mam'en Forme en direction de tous les acteurs** qui peuvent entrer dans l'accompagnement et le suivi de grossesse afin de faciliter les orientations vers les prescripteurs et les inclusions dans le dispositif des femmes qui y sont éligibles. Mais également pour sensibiliser à la prise en charge bienveillante de ce public particulièrement vulnérable.
- **Mettre en place une communication régulière auprès des professionnels du territoire** grâce aux différentes modalités d'info entre la ville et l'hôpital comme :
 - Le lundi scientifique de la maternité du CH de Saint Denis
 - Les midis santé de la maison de la santé/CPTS de Saint-Denis
 - La reprise des EFGH (projet de la CPTS de Saint-Denis)
 - Newsletters écrites par un médecin de CMS
 - Le déploiement d'outils spécifiques Mam'en Forme sur le territoire
- **Favoriser l'utilisation d'outils d'échanges et de coordination entre les professionnels :**
 - Impulser l'utilisation de messageries sécurisées de santé entre professionnels, y compris entre la ville et l'hôpital
 - Améliorer l'utilisation de logiciels de coordination entre les professionnels, y compris entre la ville et l'hôpital
 - Privilégier la centralisation des informations au niveau de la cellule de coordination
- **Encourager la pratique télésuivi**
 - Tester la faisabilité de mettre en place des séances à distance tant côté professionnel que patient

2^e objectif : Créer une communauté Mam'en Forme

Les patientes intégrées dans le dispositif Mam'en Forme pourront si elles le souhaitent utiliser des canaux de communication spécifiquement mis en place pour elles afin de pouvoir interagir entre elles et avec l'aide des professionnels du dispositif. Le but de ces groupes est de permettre une émulation parmi les patientes afin de les inciter à suivre le parcours avec assiduité. Les initiatives personnelles des patientes en faveur de la dynamique de groupe seront encouragées.

V.7 TERRAIN D'EXPERIMENTATION

Le terrain d'expérimentation choisi est le bassin de recrutement de la maternité du Centre Hospitalier Delafontaine, qui connaît une forte prévalence de l'obésité ainsi que des forts taux de précarité.



Les liens entre les villes de ce bassin de proximité et le CHSD sont forts avec une dynamique renforcée par le **projet RéMI**²³ qui a sensibilisé l'ensemble des professionnels médico-psycho-sociaux du territoire sur la nécessité de coordonner et de fluidifier les parcours des femmes enceintes, notamment des femmes précaires et des femmes en obésité grade 3 et/ou avec un antécédent de chirurgie bariatrique.

D'autres programmes sont également en cours d'expérimentation sur le territoire et constituent des ressources sur lesquelles le dispositif Mam'en Forme peut s'appuyer en cas de besoin :

- **Défi-Forme Santé** : programme passerelle porté par l'association du Sport Santé labélisée « maison du sport santé », basée à la Courneuve. L'objectif est de limiter le développement des maladies métaboliques liées à la sédentarité en proposant un cycle d'accompagnement vers l'activité physique régulière.
- Les femmes peuvent être orientées vers des **ateliers sociolinguistiques** " InFAU Préca Périnat" mis en place par SOLIPAM et Le Radya pour sensibiliser et informer ces femmes sur les questions de santé sexuelle et reproductive, les faire gagner en compétences linguistiques en français autour d'un vocabulaire spécifique à la périnatalité et la santé des femmes, pour mieux appréhender différentes démarches sociales ou liées à leur grossesse. Ce dispositif va également être proposé sur les PMI de Saint-Denis en lien avec la médiatrice santé de la Ville. De plus, des ateliers d'APS (Apprentissage Socio Linguistique) sont mis en place dans toutes les maisons de quartier.

De plus les structures d'exercice coordonné (MSP et CDS) de la Ville de Saint-Denis vont continuer de s'inscrire dans le dispositif mission retrouve ton cap, expérimentation article 51 entrée dans le droit commun fin 2022 (dispositif de prévention du surpoids et de prise en charge pluri-professionnelles de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans, élargi aux 3/12 ans au moment de sa généralisation).

V.8 LA DUREE DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation est envisagée pour une durée maximale de 5 ans à compter de la première inclusion. Cette durée permet de pouvoir inclure et suivre une patiente sur une grossesse et également d'évaluer l'impact du programme sur la grossesse suivante pour une partie des patientes incluses sur les deux premières années.

La durée de prise en charge d'une femme varie donc entre 15 et 18 mois (de l'inclusion autour de la déclaration de grossesse jusqu'au premier anniversaire de l'enfant). Compte tenu de cette durée de suivi, **la fin des inclusions serait prévue en fin du 1er semestre de l'année 4, au plus tard en début de 3ème trimestre**, afin de permettre aux patientes incluses de suivre un parcours complet.

En amont de la phase d'expérimentation, une phase d'amorçage de 6 mois débutera lors du recrutement des chefs de projet. Elle sera dédiée à la préparation opérationnelle du dispositif (recrutement des professionnels du cercle de soins, formation et sensibilisation des acteurs, préparation des outils de suivi...), afin de permettre un démarrage optimal sur l'ensemble du territoire et d'atteindre au plus tôt les objectifs d'inclusions fixés.

V.9 EFFECTIFS

Le nombre de femmes à inclure dans l'expérimentation a été fixé à **1 007 patientes** sur la durée de l'expérimentation.

²³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/programme-regional-de-reduction-de-la-mortalite-infantile>

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
Estimation d'inclusion	244	305	305	153
Total	1007			

Le nombre pouvant potentiellement bénéficier de l'expérimentation est évalué à 481 par an (Source : PMSI 2021 du CH de Saint-Denis selon lieu d'habitation des femmes ayant accouché sur place)

Ville de domicile	Nombre de patientes avec un IMC>30
Saint-Denis	183
Aubervilliers	85
La Courneuve	66
Stains	57
Epinay sur Seine	49
Pierrefitte sur Seine	41
Total	481

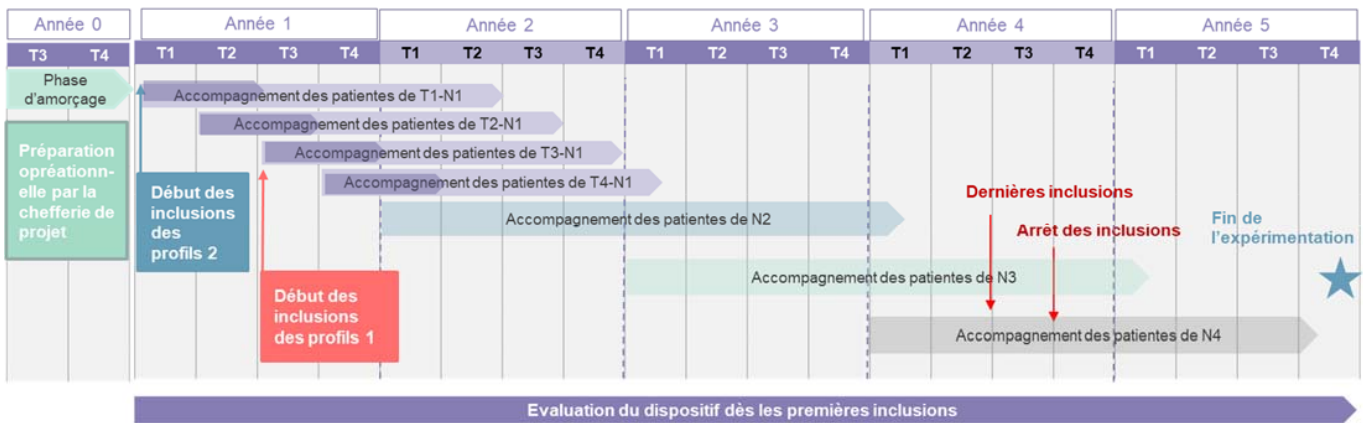
Dans la pratique, le nombre de femmes qui bénéficieront du programme dans le cadre de l'expérimentation est estimé à près de 70% pour les communes citées ci-dessus (hors Epinay qui a décliné de participer), soient **1007 patientes cumulées**.

Ce nombre résulte de la prise en compte de :

- La répartition des femmes entre les profils 1 et 2 (40% vs 60%)
- Le refus possible des femmes de participer au programme et de la capacité à mobiliser les professionnels adresseurs (taux d'acceptation estimé autour de 70% parmi les femmes éligibles)
- Les capacités d'accueil en HDJ pour l'évaluation des profils 2
- La nécessité d'organiser une montée en puissance du dispositif :
 - o En année 1 les inclusions s'échelonnent différemment :
 - Les patientes de profil 2 seront incluses dès le 1^{er} semestre
 - Les patientes de profil 1 seront admises à partir du 2^e semestre
- **La nécessité d'achever dans la période de 5 ans la totalité des parcours engagés dont la durée varie de 15 à 18 mois (en fonction de la date d'entrée avant l'accouchement), soit une fin des inclusions en milieu de l'année 4**

La répartition sera donc de **366 patientes de profil 1** effectuant la totalité du parcours en ville, et de **641 patientes de profil 2** commençant le parcours au CHSD et le poursuivant en ville.

PLANNING PREVISIONNEL DES GRANDES PHASES DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION



V.10 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE

10.1. Description de l'organisation globale de la gouvernance

• **Co-portage**

Le réseau NEF et le centre hospitalier de Saint-Denis sont identifiés comme les co-porteurs de l'expérimentation (cf. I). Ils seront tous deux désignés dans l'arrêté d'autorisation de cette dernière.

Le co-portage est défini comme suit :

- (1) Le réseau NEF assure le portage administratif et financier de l'expérimentation
Le réseau NEF sera la structure concentratrice financière et sera donc signataire de la convention avec l'ARS IDF pour les frais d'ingénierie et d'amorçage (FIR) et de la convention avec la CNAM pour le FISS.
- (2) Le CHSD assure le pilotage opérationnel de l'expérimentation

Ce co-portage est défini dans une convention entre les partenaires qui précise le rôle des différents co-porteurs (voir annexe 2).

• **Organisation des moyens humains**

Les moyens humains de l'expérimentation seront sous la responsabilité des co-porteurs et financés par les dotations perçues par le Réseau Nef :

La cellule de coordination :

- o Les professionnels en charge du **pilotage de l'expérimentation** :
 - Le chef de projet médical.
Il assurera le management de la cellule de coordination
 - Le chef de projet administratif
 - L'assistant administratif

Ces profils seront financés d'une part par la dotation d'ingénierie et d'amorçage et d'autre part, pour le chef de projet médical et l'assistant administratif, par le FISS au regard de leur intervention dans le parcours des patientes et ses fonctions support.



- Les professionnels **intervenant dans le parcours Mam'en Forme**:
 - Le médecin référent
 - Les coordinateurs

Ces professionnels seront entièrement financés par le FISS.

Les professionnels participants à la prise en charge directement auprès des patients :

- Diététicien
- Psychologue
- Educateur APA

Les interventions/ les prestations délivrées par ces professionnels seront également entièrement financées par le FISS.

Compte tenu des profils recherchés et du temps de travail dédié au parcours Mam'en Forme ainsi qu'à la réalité du territoire, le portage contractuel des professionnels recherchés se veut souple. Les professionnels pourront être libéraux, recrutés spécifiquement par l'un des co-porteur ou mis à dispositions par l'un des partenaires de l'expérimentation.

Ainsi les villes partenaires ainsi que l'HAD pourront être conduits à mettre à disposition de l'expérimentation un ou plusieurs professionnels. L'ensemble des acteurs projets participeront activement à proposer les profils les plus adaptés au parcours Mam'en Forme.

Selon les profils retenus, des conventions mises en place par le Réseau Nef préciseront les modalités de portage des postes concernés ainsi que la compensation financière prévue.

- **Organisation des moyens matériels**

Les moyens matériels et notamment les locaux nécessaires à recevoir les femmes prises en charge ainsi que l'équipe de coordination seront organisés et mis à disposition par les partenaires expérimentateurs, notamment les villes.

Les moyens matériels nécessaires au suivi de l'activité seront en partie pris en charge par les co-porteurs (messageries, accès au SI, outils informatiques...) selon la constitution de la cellule de coordination afin de maximiser l'insertion de l'équipe sur le territoire expérimental.

10.2. Les instances

Deux instances permettront d'assurer le pilotage, la gouvernance et le suivi de la mise en œuvre du dispositif :

- **Le Comité de Pilotage (COPIL)** sera composé de l'équipe projet Mam'en Forme (chef de projet médical, chef de projet administratif), du médecin référent, des tutelles, des représentants des expérimentateurs et des partenaires.

Le comité de pilotage se réunira 4 fois par an les deux premières années afin de suivre de la manière la plus fine le déploiement du projet dans les quatre territoires. La fréquence du COPIL baissera à 2 fois par an pour les années 3 à 5.

Le COPIL permettra de :

- Prendre les décisions stratégiques liées au déploiement du dispositif ;
- Suivre l'évolution de la mise en œuvre du dispositif dans chacun des territoires et les grandes orientations du dispositif ;
- Assurer la cohérence et l'articulation de Mam'en Forme avec les diverses politiques liées à l'obésité, la périnatalité et la précarité, existantes dans le territoire ;
- Définir le budget du dispositif chaque année



Le COPIL constituera le temps d'animation du projet avec les tutelles et permettra d'assurer un lien continu et fluide.

- **Le Comité Technique (COTECH)** sera composé du chef de projet médical, du chef de projet administratif, des représentants des co-porteurs du projet, des membres de l'équipe Article 51. Il permettra de suivre le déploiement du dispositif de façon régulière et de traiter toutes les problématiques rencontrées sur la mise en œuvre et le suivi du dispositif.

Le COTECH aura lieu 1 fois par mois en 1^E et 2^E année puis 2 fois par trimestre entre l'année 3 et 5.

Outre ces deux instances de pilotage, des temps d'animation continue du dispositif sont prévus :

- **L'animation de la cellule de coordination**, assurée par le chef de projet médical afin de permettre le suivi du déploiement
- **La coordination territoriale**, également assurée par le chef de projet médical afin de réunir les professionnels de santé partenaires du dispositif dans le territoire.

VI LES OUTILS NECESSAIRES POUR L'EXPERIMENTATION

VI.1 LES OUTILS DE LA PRISE EN CHARGE PATIENT

VI.1.a Les outils non numériques

Ils comprennent :

- Les documents de communication créés pour diffuser la mise en place de l'expérimentation auprès des femmes mais également des professionnels (flyer, poster...)
- Les documents à destination des usagères incluses dans le dispositif (livret avec les étapes du parcours, dates des RDV programmés, professionnels du cercle de soins...)
- Les documents relatifs à la coordination du parcours pour permettre aux usagères et aux professionnels qui seraient en difficultés pour accéder aux outils numériques (par exemple : fiche d'inclusion, échelle EPDS, repérage des vulnérabilités...)
- Les supports permettant l'harmonisation des pratiques pour les professionnels engagés dans l'expérimentation, pour l'animation des ateliers collectifs ou des séances individuelles...

Liste non exhaustive

VI.1.b Les outils numériques

Ils comprennent :

- Les systèmes d'informations des partenaires et expérimentateurs utilisés pour le suivi des femmes incluses (logiciels métiers, logiciels administratifs)
- Le formulaire d'adressage
- L'utilisation de l'échelle EPDS (dépistage de la dépression périnatale) du site internet du Réseau NEF (traduite en plusieurs langues) : <https://www.perinat-nef.org/reperage-de-la-depression-perinatale-echelle-epds/> ou de l'application des 1000 premiers jours
- Les enquêtes nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation



- Les outils nécessaires à l'animation territoriale des professionnels, aux ateliers collectifs..., communauté des femmes incluses dans l'expérimentation

Liste non exhaustive

L'ensemble des outils à destinations des femmes sera conçu pour être facile à lire et à comprendre, voir traduit en plusieurs langues.

VI.2 LE SYSTEME D'INFORMATION (SI) GENERAL DE L'EXPERIMENTATION

Le GRADeS Sesan²⁴ a apporté les réponses suivantes :

- Utilisation de Terr'e-form, sur les parties parcours et agenda, plus flexible pour créer des formulaires avec des possibilités d'importer des documents PDF et d'exporter des données détaillées pour le suivi du projet et la facturation.
- Création d'un site internet par Atomes qui sera un portail d'entrée auprès des professionnels et des patientes, en conformité avec la réglementation relative à la protection des données, permettant de :
 - Informer et sensibiliser le grand public et les professionnels sur l'expérimentation
 - Sur un accès sécurisé :
 - Recenser les professionnels de santé partenaires
 - Concentrer les actualités sur l'expérimentation
 - Centraliser les outils numériques et non numériques permettant le bon déroulement du projet (adressage, suivi...)

Le développement des outils démarrera à la validation de l'expérimentation (cible validation : début 2023)

VI.3 OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN MATIERE DE SI ET DES DONNEES DE SANTE A CARACTERE PERSONNEL

Toutes les conventions signées avec les partenaires expérimentateurs et les professionnels comporteront des clauses rappelant l'obligation des mises en œuvre des traitements dans le respect de la réglementation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques notamment d'exactitude, de mise à jour et de sécurité des données.

Les données seront partagées pour et par la cellule de coordination. Les professionnels participant à la prise en charge des patients et faisant partie de leur équipe de soins pourront également accéder aux données selon les règles en vigueur d'échange et de partage de données de santé.

Chaque patiente et chaque professionnel participant à la prise en charge recevra une information relative au.x traitement.s de données nécessaire.s à la mise en place et au suivi de l'expérimentation.

Une attention particulière sera apportée auprès du ou des sous-traitant(s) mettant à disposition le ou les SI nécessaire à l'expérimentation.

VII INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTES INCLUSES DANS L'EXPERIMENTATION

²⁴ <https://www.sesan.fr/>



Les données échangées dans Mam'en Forme

Les données échangées dans Mam'en Forme seront :

- Les données d'identification ainsi que les coordonnées des patientes
- Les données de santé des patientes
- Les données d'identification des professionnels prenant en charge les patientes
- Les indicateurs d'évaluation et de suivi des parcours nécessaires à l'évaluation du dispositif mais aussi à la facturation

Les données nécessaires à la facturation sont toutes les données de suivi des parcours des patientes :

- Le numéro de sécurité sociale (NIR) de la patiente ainsi que sa date de naissance
- Les activités et consultations médicales liées à Mam'en Forme et qui relèvent de la dérogation (pas les consultations médicales de suivi de grossesse classique)
- La date des soins et activités
- Le numéro d'Assurance Maladie ou FINESS du professionnel qui réalise l'activité ou le soin

Ces données sont nécessaires et à remonter mensuellement sur la plateforme facturation art51 Cnam (au plus tard le cinquième jour calendaire du mois) afin de verser les financements adéquats liés aux forfaits Mam'en Forme aux acteurs.

Ces données pourront être extraites du SI Mam'en Forme qui sera mis en place afin de faciliter l'organisation. Il est nécessaire pour cela de définir quel outil est mis en place et qui remplit l'outil

VIII FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

VIII.1 MODALITES DE FINANCEMENT DE LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

Le modèle de financement proposé pour le dispositif Mam'en Forme est un forfait substitutif et complémentaire à la séquence de soins, financé par différents forfaits par patiente pour une durée de 18 mois. Il comprend des actes déjà nomenclaturés dans le droit commun, ainsi que des prestations hors panier de soins, pour lesquelles une dérogation à la nomenclature est nécessaire.

Les besoins de financement sont constitués de deux catégories de dépenses :

- **Les dépenses de prestations de santé et de coordination.**
- **Les dépenses d'amorçage** devant être mises en œuvre avant le recrutement des premières patientes et **d'ingénierie**, induites par le pilotage et le suivi de l'expérimentation

VIII.1.a Les dépenses de prestations de santé et de coordination : les forfaits destinés aux patientes

Sont prévus des forfaits correspondant à chaque phase de l'accompagnement de la patiente. Leur montant est essentiellement déterminé par les prestations des professionnels de santé et le coût précis de la coordination pour chacune des phases.

Nature des dépenses intégrées aux forfaits :



- Temps d'intervention et de coordination des professionnels salariés du dispositif : coordinateurs, chef de projet médical, médecin référent.
- Rémunération des actes et prestations réalisés par les professionnels de santé libéraux ou salariés des villes partenaires intervenant dans le parcours Mam'en Forme : psychologue, diététicien, médecins traitants, sages-femmes, éducateur APA.
- Rémunération des autres professionnels intervenant dans le dispositif : équipe d'interprètes.

Pour rappel, l'hospitalisation de jour réalisée au CH Delafontaine de Saint-Denis est bien intégrée au parcours mais **est hors forfait** (reste financée par le droit commun).

Coûts unitaires

♦ **Coûts des prestations** des professionnels de santé et accompagnement :

- Autres interventions de professionnels de santé adresses vers Mam'en Forme (points de suivi de grossesse, RCP...) (15-20 mn) → 25€
- Psychologue : séances en présence du patient (présentiel ou à distance) et temps de coordination hors présence du patient → 44€/heure (prix d'une séance « Mon Psy » de 40 minutes à 30€ + financement de temps de coordination)
- Diététicien : séances en présence du patient (présentiel ou à distance) et temps de coordination hors présence du patient → 45€/heure (prix d'une consultation + temps de coordination)
- Ateliers collectifs → 120€/professionnel
- Educateur APA → 45€/heure
- Interprète → Acte de traduction à 21€ pour 15 min - Traduction de chaque séance pour les patientes allophones qui représentent 15% des patientes.

♦ **Coûts des rémunérations** des professionnels de santé et personnels salariés (prestations de soins ou coordination) – **Coût annuel employeur** en temps plein :

- Coordinateur → 45k€
- Chef de projet médical → 75k€
- Médecin référent → 120k€
- Assistant administratif → 40k€

Le modèle économique repose sur quatre types de forfaits :

- **Un forfait évaluation et inclusion** couvrant les frais liés à l'évaluation des patientes au moment de leur inclusion dans le dispositif
- **Un forfait suivi du parcours**, sur 18 mois, couvrant les frais liés au suivi de la patiente au long de son parcours (entretiens téléphoniques réguliers, bilans, RCP, coût de déplacements pour réaliser les bilans, etc.)
- **Un forfait appui individuel** finançant les différentes séances d'accompagnement de la patiente sur 18 mois
- **Un forfait appui collectif** permettant de financer les ateliers collectifs des patientes

• **Le forfait Evaluation et inclusion**

L'évaluation étant différente en fonction du profil de la patiente, il existe donc **deux forfaits distincts**.

Par ailleurs, ces forfaits intègrent un montant de temps de coordination transverse, assuré par les chefs de projet et l'assistant administratif, composé des activités suivantes :



- Création d'un lien de confiance avec la patiente
- Planification des rendez-vous des patientes
- Organisation des évaluations patientes et RCP
- Saisie des données patients/prestations
- Gestion de la permanence téléphonique du dispositif
- Gestion logistique du dispositif (salles, intervenants, etc.)
- Assurer le lien avec les acteurs du territoire

Détail des prestations :

Par défaut le nombre de prestations est de 1, sinon, le nombre est précisé entre parenthèses.

PATIENTES DE PROFIL 1 (patientes suivies intégralement en ville)

Professionnels	Prestations	Coûts
Coordinateur Mam'en Forme	Entretien téléphonique motivationnel d'inclusion	114,34€ (Temps de coordinateur calculé pour chaque prestation)
	Entretien d'évaluation initiale	
	Bilan initial : explication du PPS	
	Temps de formalisation/coordination lié au PPS	
Psychologue	Entretien d'évaluation avec le psychologue comprenant un temps de coordination	67,5€ Durée moyenne 1h30
Diététicien	Entretien d'évaluation avec le diététicien comprenant un temps de coordination	67,5€ Durée 1h30
Educateur APA	Entretien d'évaluation APA comprenant un temps de coordination	67,50€ Durée 1h30
Echographiste spécialisé pour les patientes obèses- Ville ou Hôpital	Echographie du 2 ^e trimestre - Pour 25% des patientes	37,58€ Acte dérogatoire à la nomenclature (tarif tenant compte de la complexité et de la durée de l'acte ainsi que de l'équipement nécessaire)
Interprétariat	Traduction des prestations (15) - Pour 15% des patientes	29,93€
Frais transverses d'organisation et de coordination		244,83€
TOTAL (arrondi)		629€



PATIENTES DE PROFIL 2 (patientes avec évaluation à l'hôpital)

Professionnels	Prestations	Coûts
Coordinateur Mam'en Forme	Entretien téléphonique motivationnel d'inclusion	114,34€ (Temps de coordinateur calculé pour chaque prestation)
	Entretien d'évaluation	
	Bilan initial : explication du PPS	
	Temps de formalisation/coordination lié au PPS	
Educateur APA	Entretien d'évaluation APA comprenant un temps de coordination	67,50€ Durée 1h30
Interprétariat	Traduction des prestations (15) - Pour 15% des patientes	29,93€
Frais transverses d'organisation et de coordination		244,83€
TOTAL (arrondi)		457€

- **Le forfait suivi du parcours**

Le forfait intègre toutes les **actions nécessaires au suivi du parcours** de la patiente durant ses 18 mois dans le dispositif ainsi que les prestations de traduction pour les femmes allophones.

Professionnels	Prestations	Coûts
Coordinateur	Entretiens téléphoniques avec l'utilisateur (5 a minima)	237,74€
	Entretien téléphonique post-accouchement	
	Accompagnement démarches administratives	
	Entretien du lien de confiance	
	Bilans de suivi avec la patiente (2)	
	Evaluation de déploiement du PPS et final (2) (avec le chef de projet médical)	
	RCP cas complexes (3) (avec le chef de projet médical et le médecin référent pour 33% des patientes)	
Chef de projet médical	Evaluation de déploiement du PPS et final (2) (avec le coordinateur)	38,74€
	RCP cas complexes (3) (avec le coordinateur et le médecin référent) – Pour 33% des patientes	
Psychologue		22,50€
Diététicien		22,50€
Educateur APA		22,50€
Interprétariat	Traduction des bilans (3) - Pour 15% des patientes	44,10€



Professionnels adresseurs dans le dispositif	Couverture de la participation aux RCP et du temps de coordination de suivi du parcours	149,50€
TOTAL (arrondi)		538€

- **Le forfait appui individuel**

Ce forfait permet de prendre en charge quatre séances individuelles psychologique ou diététique ou les deux, selon le besoin.

Et 4 séances d'accompagnement APA

Professionnels	Prestations	Coûts
Pack de suivi individuel – Multi professionnels	Séances de psychologie et Séances de diététique dont 1 domicile si nécessaire (4 recommandées - pour 75% des patientes)	225,00€ Inclut des coûts de déplacement à domicile pour la consultation diététique à domicile
Educateur APA	Pack accompagnement promotion activité physique (4 séances individuelles - pour 50% des patientes)	78,75€
Interprétariat	Traduction des séances – Pour 15% des patientes	33,08€
TOTAL (arrondi)		337€

Le pack de suivi individuel peut être déclenché une seconde fois (c'est un forfait à part dans le cadre d'un renouvellement).

On estime que 30% des patientes renouvelleront leur forfait « appui individuel » (pour les forfaits diét et psy), soit **302 patientes sur les quatre années d'inclusion**.

	TOTAL	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4
Renouvellement - Nombre de patientes	302	73	92	92	46

A noter : Les chiffres indiqués sont des arrondis (les décimales sont masquées). Les totaux intègrent les décimales.

- **Le forfait appui collectif**

Les patientes ont la possibilité de suivre 4 ateliers, dont au minimum 1 en anténatal et 1 en postnatal.

Les patientes peuvent choisir une thématique ou suivre différentes thématiques sur les cinq ateliers.

Professionnels	Prestations	Coûts
Binôme de professionnels	4 ateliers collectifs au choix – pour 75% des patientes	120€ Séances d'une heure
TOTAL		120€

- En synthèse, les 4 forfaits à la séquence de soins couvrent les dépenses de prestations de santé et de coordination :

Forfait 1 - Evaluation/inclusion	profil 1 – femmes suivies en ville (n=366)	629,00 €
	profil 2 – femmes suivies à l'hôpital (n=641)	457,00 €
Forfait 2 - Suivi du parcours (entretiens téléphoniques réguliers, bilans, RCP, coût de déplacements pour réaliser les bilans)		538,00 €
Forfait 3 - Appui individuel (accompagnements diététique, psychologique, social et promotion de l'activité physique) -- <i>Renouvellement (30% des patients)</i>		337,00 € 225,00 €
Forfait 4 - Appui collectif (ateliers collectifs)		120,00 €

En sommant les quatre forfaits :

Coût pondéré d'un forfait patient profil 1	40% d'inclusion
Forfait par patiente de profil 1	1 624 €
Avec renouvellement	1 849 €
Coût pondéré d'un forfait patient profil 2	60% d'inclusion
Forfait par patiente de profil 2	1 452 €
Avec renouvellement	1 677 €



Le montant total des dépenses de FISS liées au financement des forfaits s'élève à :

		TOTAL	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
Forfait patient		1 593 089 €	285 938 €	458 636 €	484 432 €	303 340 €	60 744 €
TOTAL	Forfait évaluation inclusion	523 151 €	91 500 €	150 777 €	160 369 €	100 402 €	20 103 €
	Forfait suivi du parcours	541 766 €	98 454 €	155 886 €	164 090 €	102 758 €	20 579 €
	Forfait appui individuel	339 359 €	61 671 €	97 646 €	102 785 €	64 367 €	12 890 €
	Forfait appui collectif	120 840 €	21 960 €	34 770 €	36 600 €	22 920 €	4 590 €
	Forfait renouvellement - Hypothèse de renouvellement de 30% des patientes	67 973 €	12 353 €	19 558 €	20 588 €	12 893 €	2 582 €

VIII.1.b Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

Les frais relatifs à l'ingénierie humaine :

L'amorçage implique de recruter avant le début des inclusions :

Le/les chef(s) de projet six mois en amont (soit 0.5 ETP annuel)

Un coordinateur un mois au préalable (soit 0.08 ETP)

Trois métiers participent à l'ingénierie, les deux chefs de projet et l'assistant administratif.

M-6 (Amorçage)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
36 250 €	47 193 €	41 798 €	22 610 €	22 610 €	22 829 €	193 289 €

Frais de fonctionnement et de gestion :

Les frais de fonctionnement couvrent les différents frais de déplacement ainsi que les dépenses de communication (information à destination des professionnels de santé, des patients), et des frais divers (frais de réception) correspondant aux journées d'animation des professionnels mobilisés dans le projet.

Les frais de gestion concernent les différents frais administratifs (outils bureautiques, téléphonie, ...), juridiques (contrats de travail, mise en conformité RGPD, évolution des systèmes d'information...) et financiers (frais bancaires, comptabilité, certification des comptes, gestion des forfaits et rémunération des professionnels).

	M-6 (Amorçage)	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total
Frais de réception	750,00 €	1 500,00 €	1 500,00 €	1 500,00 €	1 500,00 €	1 500,00 €	8 250 €
Frais de déplacement	1 350,00 €	2 700,00 €	2 700,00 €	2 700,00 €	2 700,00 €	2 700,00 €	14 850 €

Petit matériel	1 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	11 000 €
Communication	1 500,00 €	3 000,00 €	3 000,00 €	3 000,00 €	3 000,00 €	3 000,00 €	16 500 €
Banque	225,00 €	450,00 €	450,00 €	450,00 €	450,00 €	450,00 €	2 475 €
Expertise comptable	3 600,00 €	7 200,00 €	7 200,00 €	7 200,00 €	7 200,00 €	3 600,00 €	36 000 €
Gestion de paie	540,00 €	1 800,00 €	2 160,00 €	2 160,00 €	1 080,00 €	1 080,00 €	8 820 €
Commissaire aux comptes	1 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	2 000,00 €	11 000 €
Accompagnement	15 000,00 €						15 000 €
Equipement informatique et téléphone	4 000,00 €	3 000,00 €					7 000 €
Logiciel adaptation et déploiement + maintenance	40 000,00 €						40 000 €
TOTAL de fonctionnement et gestion	68 965 €	23 650 €	21 010 €	21 010 €	19 930 €	16 330 €	170 895 €

Synthèse des dépenses :

TOTAL FIR (personnel et fonctionnement/gestion)						
Amorçage (M-6)	N1	N2	N3	N4	N5	TOTAL
105 215 €	70 843 €	62 808 €	43 620 €	42 540 €	39 159 €	364 184 €

VIII.1.c Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'expérimentation s'élève à un maximum de 1 957 273 € sur l'ensemble de sa durée de 5 ans pour l'accompagnement de 1007 patientes.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Total pour 5 ans
Nb patients inclus	244	305	305	153	Pas d'inclusion	1007
Prestations dérogatoires - Au titre du FISS	285 938 €	458 636 €	484 432 €	303 340 €	60 744 €	1 593 089 €
Coûts d'ingénierie - Au titre du FIR	176 058 €	62 808 €	43 620 €	42 540 €	39 159 €	364 184 €
Total général	461 995 €	521 444 €	528 051 €	345 879 €	99 903 €	1 957 273 €

A noter : Les chiffres indiqués sont des arrondis (les décimales sont masquées). Les totaux intègrent les décimales.

VIII.2 AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT

- Droit commun pour l'HDJ
- Defi Sport (FIR)
- Coordination et portage NEF (FIR)

VIII.3 ESTIMATION DES COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTUELLE ET DES COÛTS EVITES

IX EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

L'évaluation de l'expérimentation sera réalisée par une équipe externe au projet et supervisée par la Cellule d'évaluation (CELEVAL) pilotée par la DREES et la Cnam. La méthodologie de l'évaluation sera élaborée par cette équipe dans le cadre d'échanges répétés avec les porteurs et la CELEVAL.

IX.1 DES INDICATEURS DE RESULTATS

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : Améliorer la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de la grossesse et du post-partum des femmes précaires et/ou vulnérables en situation d'obésité, en vue de diminuer la morbi mortalité périnatale

<i>Objectif opérationnel 1</i>	Faire prendre conscience des risques de morbi-mortalité périnatale liés à l'obésité (chez la femme et le nouveau-né) ainsi que des risques liés l'obésité intra-familiale, aux	Evolution du poids de la patiente : avant la grossesse / accouchement/sortie de parcours Evolution des comportements et habitudes alimentaires si prise en charge diététique Evolution de l'activité physique si coaching APA
--------------------------------	--	---

	professionnels et aux femmes.	Repérage des autres membres de la famille obèses. Si d'autres membres sont obèses, part de membres de la famille ayant initié un parcours de prise en charge d'obésité
<i>Objectif opérationnel 2</i>	Favoriser l'intégration précoce des patientes dans un suivi pluridisciplinaire	<p>Répartition des termes de grossesse à l'entrée dans le parcours</p> <p>Taux de femmes ayant un diabète de type I</p> <p>Taux de femmes ayant un diabète de type II préexistant : soit connu / soit glycémie à jeun au T1 supérieure à 1,26 /soit faisceau d'arguments</p> <p>Terme de la mise sous insuline</p> <p>Taux de patientes diabétiques (diabète T2 préexistant) dépistées précocement à qui il est proposé une prise en charge adaptée</p> <p>Nombre de femmes qui auraient accouché ailleurs qu'au CHSD</p>
	Prévenir l'apparition et/ou l'aggravation de comorbidités liées à la grossesse et pouvant avoir un impact sur les patientes et les nourrissons	<p>Taux de césarienne des patientes MEF</p> <p>Taux de malformations fœtales</p> <p>Taux d'hypertension artérielle</p> <p>Taux de prééclampsie</p> <p>Taux de HELLP Syndrome</p> <p>Taux de macrosomie</p> <p>Taux d'hospitalisation en cours de grossesse</p> <p>Taux de naissances prématurées</p> <p>Taux d'HRP</p> <p>Taux d'accidents thrombo-emboliques</p> <p>Taux de MFIU</p> <p>Taux de décès maternels</p> <p>Taux de prééclampsies et taux de retard de croissance intra-utérin dépisté</p>

OBJECTIF STRATEGIQUE 2 : Réduire les ruptures de parcours pour garantir la continuité et la cohérence du parcours périnatal et intégrer les femmes en situation de vulnérabilité dans le système de santé

<i>Objectif opérationnel 1</i>	Améliorer l'accès aux soins des femmes précaires pendant leur grossesse et après	Respect du suivi « classique » périnatal tel que recommandé par la HAS et respect des échéances recommandées
--------------------------------	--	--

		Taux de suivi d'un parcours complet
		Part des patientes ayant eu un suivi optimal selon les critères du suivi de grossesse classique par rapport à la cohorte PreCare
<i>Objectif opérationnel 2</i>	Améliorer la prise en compte des difficultés sociales des femmes enceintes et de leurs nouveaux-nés dans leur parcours de santé	Taux d'orientation des patientes vers un accompagnement social (assistantes sociales, épiceries solidaires etc.) Nombre de patientes ayant eu au moins un télé-suivi
<i>Objectif opérationnel 3</i>	Améliorer le lien sur le territoire entre l'hôpital et la ville et les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux	Nombre de réunions d'information et de formation à destination des professionnels de ville dans dispositif MEF Taux de satisfaction des partenaires vis-à-vis de l'expérimentation

IX.2 DES INDICATEURS DE SUIVI D'ACTIVITE ET DE PROCESSUS

INDICATEURS DE SUIVI TRANSVERSES AUX DIFFÉRENTS OBJECTIFS	Objectif n°1	Objectif n°2
Nombre d'ateliers, d'évaluations, d'entretiens téléphoniques réalisés	X	
Nombre de patientes participant aux ateliers collectifs	X	
Nombre de patientes ayant un suivi diététique	X	
Nombre de patientes ayant un suivi psychologique	X	
Nombre de patientes présentées en RCP	X	
Nombre de patientes ayant un suivi APA	X	
Part de patientes incluses arrivant à la fin du dispositif		X
Part de patientes accompagnées en échec de prise en charge (échec de prise en charge dans MEF)		X
Part de patientes accompagnées n'ayant jamais eu de prise en charge (avant l'inclusion dans MEF)		X
Part de patientes ayant réalisé l'ensemble des rendez-vous compris dans le parcours périnatal		X
Taux de décrochage par étape du parcours : inclusion/accouchement/milieu du parcours post natal		X
Nombre moyen d'ateliers suivis par patiente		X
Nombre de partenaires de ville adresseurs		X
Nombre de professionnels adresseurs aux bilans et RCP des patientes		X

X DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

Cf. Annexe 3

- X.1 AUX REGLES DE FACTURATION, DE TARIFICATION ET DE REMBOURSEMENT RELEVANT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE (CSS)
- X.2 AUX REGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS RELEVANT DES DISPOSITIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (CSP)
- X.3 AUX REGLES DE TARIFICATION ET D'ORGANISATION APPLICABLES AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MENTIONNES A L'ARTICLE L.312-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES (CASF)

XI LIENS D'INTERETS

Pas de liens d'intérêts à déclarer

XII ELEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

ANAP. (Juin 2016). *Suivi des grossesses et organisation des acteurs*.

Carayol, M., Bucourt, M., Cuesta, J., Blondel, B., & Zeitlin, J. (2015, Mars). Les femmes de Seine-Saint-Denis ont-elles un suivi prénatal différent de celui des autres femmes d'Île-de-France ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*.

Commission nationale des 1000 premiers jours. (2020, Septembre). *Les 1000 premiers jours*, <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

Et Instruction n°SGMCAS/2021/74 du 1er avril 2021

DGOS, DGS et CNAM (actualisation mars 2022), *Feuille de route Prise en charge de l'obésité 2019-2022*, <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/obesite/article/feuille-de-route-2019-2022>

DREES. (Juillet 2020). *Les inégalités sociales face à l'épidémie de COVID – 19 – Etat des lieux et perspectives*.

Gabriel, R., Bonneau, S., & Raimond, E. (2019, Janvier 12). *Obésité et Grossesse*. Récupéré sur em-consulte.com : <https://www.em-consulte.com/article/1268680/obesite-et-grossesse>

Groupe BARIA-MAT. (2019, Novembre). Grossesses après chirurgie bariatrique, Recommandations pour la pratique clinique. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, pp. 254-264.

HAS, (Mai 2021), *Accompagnement personnalisé du retour à domicile après accouchement des mères en situation de vulnérabilité et de leurs nouveaux nés (note de cadrage)*, pp.8-11



HAS. (Mai 2016). *Recommandations professionnelles – Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.*

HAS (2011), *Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de 1er recours*, pp. 16-17

HAS (2009), *Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement*, p.12

Hôpitaux Universitaires de Genève (dossier de presses janvier 2017), *Contrepoids Maternité - Un suivi spécial pour les femmes enceintes souffrant d'obésité ou de surpoids*

INSERM - SPF. (Septembre 2017). *Les morts maternelles en France : Mieux comprendre pour mieux prévenir ; 5ème rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2010-2010.*

INSERM. (2012). *Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité - Obépi.*

INSERM. (2014). *Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis - Volet épidémiologique et audit des décès périnataux et néonataux.*

INSERM. (2021). *Enquête Nationale Périnatale.*

Monica Saucedo, A. P.-P.-H.-C.-T. (2020, Octobre 22). *Understanding maternal mortality in women with obesity and the role of care they receive: a national case-control study.* Récupéré sur International Journal Of Obesity: <https://www.nature.com/articles/s41366-020-00691-4>

XIII ANNEXE 1 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur coordonnateur (si plusieurs porteurs)	Association Naître dans l'Est Francilien (association loi 1901) 32 boulevard Paul Vaillant Couturier 93 100 Montreuil SIREN : 518 796 883	Aurélie Béosière, coordinatrice administrative aurelie.beosiere@perinat-nef.org 06 16 20 24 74 Sabrina Hedhili, sage-femme coordinatrice Sabrina.hedhili@perinat-nef.org 06 84 27 41 18	
Co-Porteur	Centre Hospitalier de Saint Denis 2 rue du Docteur Delafontaine 93 200 Saint-Denis Finess 93 000 032 8	Léa Viossat, Directrice adjointe aux finances Lea.viossat@ghtpdfr.fr Nathalie Albert, Directrice déléguée à la recherche, aux coopérations et à la stratégie territoriale nathalie.albert@ghtpdfr.fr Stéphane Bounan, Gynécologue obstétricien Chef De service Maternité stephane.bounan@ch-stdenis.fr Martine Mabilia, Sage-femme coordinatrice responsable du pôle femme-enfant. : martine.mabialamoussirou@ch-stdenis.fr	
Partenaires expérimentateurs engagés	Ville de Saint Denis BP 269 93 205 Saint-Denis Cedex	Delphine Flourey, Cheffe de service Santé publique delphine.flourey@ville-saint-denis.fr	
Partenaires expérimentateurs	Romdes – Association Gresmo 25 rue de Schio 91350 Grigny	Jocelyne Raison, Directrice drjaison@gmail.com	
Autres partenaires	Association Sport Santé	Anne-Louise Avronsart, Présidente Lamine Camara lamine.camara@lacoms.fr	



XIV ANNEXE 2 : CONVENTION DE CO-PORTAGE NEF - CHSD

CONVENTION DE CO-PORTAGE Relative à la mise en œuvre du parcours Mam'en Forme dans le cadre de l'expérimentation article 51

ENTRE LES SOUSSIGNES

L'Association Naître dans l'Est Francilien

Sise 32 boulevard Paul Vaillant Couturier – 93 100 MONTREUIL

Numéro SIREN

Représentée par son Président, Docteur Patrick DAOUD,

Ci-après « **le Réseau NEF** », ou « **le co-porteur** »

ET

Le Centre Hospitalier de Saint-Denis

Sis 2 rue du Docteur Delafontaine – 93 200 SAINT-DENIS

Numéro FINESS

Représentée par son Directeur, Jean PINSON,

Ci-après « **le CHSD** », ou « **le co-porteur** »

Visas

Vu le décret n° 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux ;

Vu l'instruction DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative aux missions des réseaux de santé en périnatalité ;

Vu la convention constitutive et la charte du réseau ;

Vu l'article 51 LFSS 2018

Vu le cahier des charges du projet Mam'en Forme validé le xx/xx/2022 ;

Vu l'arrêté de xxx en date de ;

PREAMBULE

Au regard de ses missions notamment de coordination des liens ville-hôpital et d'accompagnement des initiatives locales de son territoire aux fins d'améliorer l'accès aux soins, le réseau NEF collabore



avec le CHSD sur le parcours et la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité depuis plusieurs années.

Le projet Mam'en Forme vise à renforcer le maillage territorial ville-hôpital dans le suivi de grossesse des femmes en situation d'obésité et de vulnérabilité. Ce programme a pour objectifs d'une part, de diminuer la morbi-mortalité des grossesses concernées en adaptant une prise en charge spécifique et d'autre part, d'assurer l'intégration de ces femmes dans le système de santé par un accompagnement adapté et personnalisé.

Ce projet a été retenu au titre du dispositif dit Article 51 en référence à l'article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2018. Cet outil, qui permet de déroger aux règles de financement de droit commun, permet de mettre en œuvre des propositions d'organisation innovantes afin d'améliorer le parcours des patients, l'efficacité du système de santé et l'accès aux soins.

Ce dispositif comprend une phase d'amorçage de préparation du programme de 6 mois et un programme de 5 ans à l'issue duquel une évaluation permettra de mesurer son impact et son éventuelle généralisation au droit commun

Ce programme ayant été porté par le CHSD accompagné par le réseau NEF dans sa mise en œuvre, les parties ci-dessus présentées co-portent donc le programme Mam'en Forme dans son expérimentation.

Il a été convenu ce qui suit

ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de définir les conditions de co-portage de l'expérimentation du parcours Mam'en Forme dans le cadre du dispositif expérimental porté par l'article 51 de Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2018.

Ce portage est nécessaire aux fins d'assurer la mise en œuvre :

- De l'usage des financements publics reçus au titre de la phase d'amorçage et de l'expérimentation pour la mise en œuvre des moyens humains et matériels nécessaires
- La prise en charge des patientes selon les critères d'inclusions définis dans la parcours expérimental Mam'en Forme
- La remontée des données et l'évaluation par le dispositif article 51
- Le pilotage auprès des expérimentateurs, partenaires et instances de l'expérimentation.

ARTICLE 2 – MODALITES PORTAGE DE L'EXPERIMENTATION

Les modalités de portage de l'expérimentation sont définies de la manière suivante :

2.1 Les parties assurent conjointement :

- Le recrutement des profils nécessaires à la constitution de l'équipe projet et des professionnels intégrant le parcours Mam'en Forme.
- L'animation des instances de l'expérimentation.
- La mise en place du dispositif lors de la phase d'amorçage.



- La définition des moyens organisationnels et techniques notamment l'organisation de la collecte des données.

2.2 Le réseau NEF assure le portage administratif et financier de l'expérimentation à savoir :

- Le conventionnement avec les structures expérimentatrices, les professionnels libéraux nécessaires à la définition des partenariats et la mise à disposition de moyens humains et matériels par l'équipe projet sous la responsabilité du réseau NEF,
- Le cas échéant, le portage financier des contrats de travail à la mise en œuvre de l'expérimentation
- La gestion des financements/forfaits Mam'en Forme et de les flécher vers les structures ou professionnels partenaires du dispositif par l'équipe projet,
- Le fléchage) des financements auprès des structures ou partenaires du dispositif expérimental
- La responsabilité des traitements des données à caractère personnel mis en œuvre et des formalités associées
- L'établissement du rapport financier à remettre au dispositif de l'article 51 conjointement avec l'équipe projet

2.3 Le CHSD assure le pilotage opérationnel de l'expérimentation à savoir :

- Les décisions stratégiques dans la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation,
- La responsabilité fonctionnelle de l'équipe projet et de la mise en œuvre des moyens nécessaires à la réalisation de l'expérimentation avec notamment mais pas exclusivement :
 - o La bonne organisation de la programmation des prises en charge en lien avec les différents partenaires du dispositif et de s'assurer de la mise en œuvre des prestations par les coordinateurs
 - o D'assurer l'organisation logistique du dispositif sur son territoire en collaboration avec l'équipe projet (mise à disposition des locaux, planning...)
 - o La bonne application par l'équipe projet ainsi que des professionnels participant au dispositif du respect de la confidentialité des données à caractère personnel traitées dans le cadre de l'expérimentation.
 - o La rédaction et la validation des rapports d'étape à remettre au dispositif 51, par l'équipe projet
- Le cas échéant, la mise à disposition de moyens humains et matériels nécessaires à la mise en place de l'équipe projet et la prise en charge du parcours expérimental Mam'en Forme
- Le suivi et la transmission des indicateurs aux évaluateurs désignés par le dispositif article 51, par l'équipe projet.

ARTICLE 3 – MODALITES FINANCIERES

Le réseau NEF est la structure concentratrice financière dans le cadre de l'expérimentation. A ce titre, il reçoit les financements de fonds d'investissement régional de l'Agence Régionale de Santé Ile de France et des Fonds d'investissement de la Sécurité Sociale. I

Il versera par virement au co-porteur les fonds nécessaires à la bonne mise en œuvre sur présentation de facture.

ARTICLE 4 – GOUVERNANCE

La gouvernance de l'expérimentation répond du cahier de charges remis au dispositif article 51. Elle est composée d'un Comité de Pilotage et d'un Comité technique dont les co-porteurs assurent conjointement l'animation conformément aux dispositions de l'article 2.1.



A l'instar de cette gouvernance et aux fins de suivi de la présente convention, les co-porteurs se réuniront autant que nécessaire et a minima deux fois par an.

ARTICLE 5 – MODIFICATION DE LA CONVENTION

Toute modification de la présente convention requiert l'accord des parties et est réalisée par voie d'avenant.

ARTICLE 6 – DUREE ET ENTREE EN VIGUEUR

Le contrat est conclu pour la durée de l'expérimentation à compter de la signature par le réseau NEF de la convention de financement d'amorçage avec l'Agence Régionale de Santé

En tout état de cause, la convention ne produira plus d'effet à compter de la fin de l'expérimentation.

ARTICLE 7 – RESILIATION DE LA CONVENTION

Dans le cas, où :

- L'une des parties ne seraient plus en mesure d'assurer les responsabilités qui leurs incombent dans le cadre du co-portage, la présente convention pourra être résiliée de manière anticipée. La partie en difficulté en informera sans délai son co-porteur par courriel avec accusé de réception.
- Un désaccord sur l'interprétation ou l'exécution de la convention persisterait malgré les moyens mis en œuvre afin de résoudre le différend à l'amiable, tout ou partie des co-porteurs pourra résilier par courriel avec accusé de réception la présente convention.
- L'absence de moyens humains nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation, les parties conviendront d'un commun accord de résilier la présente convention via un addendum à la convention.

Toute résiliation anticipée entrainera de facto l'arrêt de l'expérimentation.

L'effectivité de la résiliation sera définie d'un commun accord des parties au regard des actions

Fait en deux exemplaires, le xx/xx/2022

Pour le Réseau Nef
Dr Patrick DAOUD,
Président

Pour le CHSD
Jean PINSON,
Directeur

XV ANNEXE 3 – CATEGORIES D'EXPERIMENTATIONS

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	<i>Les échographies du 2^{ème} trimestre réalisées avant la 24^{ème} semaine d'aménorrhée sont incluses dans le forfait d'évaluation des patients prises en charge en ville.</i>
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	x	<i>Le financement des actions supports (diététicienne, psychologue, assistante sociale...) nécessaires à une prise en charge de qualité de l'obésité ne sont actuellement pas pris en charge par l'assurance maladie</i> <i>La prise en charge couvre le parcours de grossesse jusqu'au 12 mois de l'enfant.</i> <i>La coordination du suivi de grossesse et du post-partum n'est actuellement par rémunérée. Elle est indispensable pour assurer la continuité et coordonner l'ensemble des partenaires d'autant plus en cas de pathologies ou vulnérabilité surajoutées.</i>
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	x	<i>La prise en charge en ambulatoire du suivi de grossesse stabilisé et du post-partum accompagné par une prise en</i>

coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences		<i>charge pluridisciplinaire (diététicienne, psychologue, APA...) à proximité de son domicile ou à son domicile pour les patientes les plus à risque est primordiale dans une démarche d'aller vers pour les populations précaires</i>
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	<i>Mise à disposition d'un outil numérique partagé entre les professionnels en ville et l'hôpital permettant la mise en commun des données relatives à un suivi global de la patiente en vue d'éviter les ruptures de parcours</i>

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)²⁵ :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		

²⁵ 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)

Repérage des situations de vulnérabilité

L'évaluation de la vulnérabilité par le référent 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 **deux types d'indicateurs** :

1. **Des indicateurs prioritaires** : la présence d'un seul de ces indicateurs 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.
2. **Des indicateurs de repérage, utilisés uniquement en l'absence d'indicateurs prioritaires**: 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.

Indicateurs prioritaires	
Conduites addictives (alcool, drogues, médicaments psychotropes)	Parcours renforcé
Handicap (visuel, auditif, mental et cognitif, psychique, moteur)	Parcours renforcé
Violences : tous types de violence (notamment intrafamiliales), actuelles ou antérieures	Parcours renforcé
Vulnérabilité psychique : suivie pour pathologie psychiatrique, antécédent de dépression, tentative de suicide, traumatisme psychologique dans l'enfance ou récent (deuil, accident, licenciement, grossesse antérieure difficile...), EPDS ¹ >10	Parcours renforcé
Indicateurs secondaires – à ne compléter qu'en l'absence d'indicateur prioritaire	
Age	
Moins de 18 ans	2
40 ans et plus	1
18-39 ans	0
Barrière linguistique	
Ne parle pas français (même si compréhension)	2
Parle français, ne sait ni lire, ni écrire	1
Parle français, sait lire et écrire	0
Environnement	
Isolée sans personne ressource	2
Conjoint absent, soutien familial ou réseau social restreint	1
En couple ou séparée mais conjoint présent, soutien familial et réseau social	0
Ressources du foyer	
Aucune ressource	2
Ressources : prestations sociales et autres	1
Salaire ou autres rémunérations	0
Ouvertures des droits	
PUMa (Protection Universelle Maladie) sans complémentaire santé ou AME (Aide Médicale Etat)	1
PUMa avec complémentaire santé	0
Logement	
Aucun logement ou hébergement instable (hôtel, hébergement d'urgence ...)	2

¹ EPDS : Echelle de dépression postnatale d'Edinburgh

Agence Régionale de Santé

IDF-2023-02-06-00012

Décision N°DVSS-NM-2023-002

Portant habilitation à dispenser la formation
prévue à l'article R.1311-3 du
code de la santé publique

Service émetteur :DVSS

Académie Nationale des Compétences
60 rue François 1er
75008 Paris

Affaire suivie par :Natacha Meulan
Courriel : natacha.meulan@ars.sante.fr
Téléphone: 01 44 02 07.31

Réf :
PJ :

Saint Denis, le 6/02/2023

Décision N°DVSS-NM-2023-002

Portant habilitation à dispenser la formation prévue à l'article R.1311-3 du code de la santé publique

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

Vu l'article R.1311-3 du code de la santé publique ;

Vu l'article R.6351-1 du code du travail ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2008 modifié, pris en application de l'article R.1311-3 du code de la santé publique et relatif à la formation des personnes qui mettent en œuvre les techniques de tatouage par effraction cutanée et de perçage corporel ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2008 fixant les modalités de déclaration des activités de tatouage par effraction cutanée, y compris le maquillage permanent et de perçage corporel ;

Vu l'arrêté n° DS/2020-54 du 23 décembre 2020 portant délégation de signature à Madame Cécile SOMARRIBA, Directrice de la veille et sécurité sanitaires, à effet de signer tous les actes relevant de sa direction ;

Vu la demande d'habilitation de l'organisme de formation « **académie nationale des compétences,60 rue François 1er, 75008 Paris, du 3 février 2023;**

Vu les pièces du dossier, notamment la production du numéro d'enregistrement 11756468775 déclaration d'activité de l'organisme de formation.

DECIDE

Article 1^{er} : « académie nationale des compétences » 60 rue François 1er, 75008 Paris, placé sous la responsabilité de son représentant légal Yohav Azan est habilitée à dispenser la formation prévue à l'article R.1311-3 du code de la santé publique en région Ile-de-France.

Article 2 : La présente habilitation est valable à compter de la notification de cette décision. En cas de non-respect constaté par l'administration des engagements pris dans le cadre du dossier déposé pour l'autorisation (qualification de l'équipe pédagogique ou du contenu de la formation), l'habilitation peut être suspendue ou retirée.

Article 3 : La Directrice de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au recueil des actes administratifs de la région d'Ile-de-France.

Fait à Saint-Denis, le 6/02/2023

Pour la Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé
Ile-de-France

La Directrice de la veille et sécurité
sanitaires

SIGNÉ

Cécile SOMARRIBA