

PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE

**Expérimentation CoPa – Coaching Parental v2 :
Organisation visant à favoriser la qualité de vie et la prise en charges des parents et des enfants en apportant, dès les premiers jours de l'enfant, un soutien à la parentalité.**

NOM DU(DES) PORTEUR(S)° et son statut juridique : Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Résumé du projet :

L'organisation de **CoPa – Coaching Parental v2** consiste à proposer aux parents un accompagnement à domicile dans les jours qui suivent la naissance du bébé sur :

- l'interaction parents-enfant ;
- l'éducation et la prévention des incidents et accidents de la vie quotidienne et des problématiques en santé.

Cet accompagnement doit également permettre l'évaluation des ressources sociales et familiales du foyer et la constitution d'un réseau de prise en charge autour des parents.

Cet accompagnement est fait par des auxiliaires de puériculture (AP) qui interviennent au domicile en lien avec les équipes médicales et paramédicales de la maternité et avec les autres professionnels de ville, le cas échéant. Lorsque la situation psycho-sociale ou clinique le justifie, une orientation est proposée aux parents par l'équipe médicale et paramédicale de la maternité (ou de la PMI le cas échéant).

Les objectifs de ce dispositif sont :

- apporter un soutien à la parentalité au domicile dès les premiers jours de l'enfant ;
- améliorer le parcours de prévention et de santé des enfants ;
- valoriser la coordination entre les acteurs de la périnatalité ;
- travailler sur le métier d'AP avec la possibilité d'un accompagnement au domicile, en lien avec les équipes médicales et paramédicales de la maternité (ou de la PMI le cas échéant).

L'expérimentation CoPa v2 est une nouvelle expérimentation à visée nationale qui s'inscrit dans la continuité de l'expérimentation CoPa qui a débuté le 1^{er} janvier 2021 dans la région Grand-Est. Le principe fondamental de l'expérimentation, soit la visite à domicile d'une AP après l'accouchement, reste identique. Pour autant, la composition du parcours proposé, le portage, le modèle économique ainsi que les objectifs et les indicateurs de CoPa v2 ont été revus afin de mieux s'adapter à des territoires plus divers et ainsi pouvoir mieux évaluer l'opportunité d'une généralisation.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	
National	X

CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

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

Table des matières

I	Contexte et constat	3
I.1	Contexte de la proposition	3
I.2	L'articulation de ce nouveau dispositif dans le maillage territorial existant	4
II	Description du projet.....	6
II.1	Objectifs	6
II.2	Population et cible	6
II.3	Porteurs de Copa	7
II.4	Parcours CoPa	7
III	Organisation de l'expérimentation sur un territoire.....	11
III.1	Les étapes de mises en place de l'expérimentation	11
III.2	Gouvernance.....	11
III.3	Organisation en équipe d'accompagnement à la parentalité	12
III.4	Périmètres d'intervention des professionnels.....	13
IV	Déploiement national de l'expérimentation.....	14
IV.1	Terrains d'expérimentation	14
IV.2	Durée de l'expérimentation.....	14
IV.3	Catégorie d'expérimentation.....	14
IV.4	Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation	15
V	Financement de l'expérimentation	16
V.1	Modalités de financement de l'expérimentation	16
V.2	Besoins en crédits d'amorçage et d'ingénierie de projet	17
V.3	Synthèse des besoins de financement FISS estimés.....	17
VI	Evaluation de l'expérimentation	17
	Annexe 1 : Compte rendu de visites des auxiliaires de puériculture	19
	Annexe 2 : Référentiel 2021 de compétences des auxiliaires de puériculture 2021	20
	Annexe 3 : Appel à candidature	21

I CONTEXTE ET CONSTAT

I.1 CONTEXTE DE LA PROPOSITION

L'offre de soins en périnatalité est confrontée depuis plusieurs années à des difficultés se traduisant par **des indicateurs de santé perfectibles**, la France étant placée aux 21^{ème} et 22^{ème} rangs européens en matière de mortinatalité spontanée et de mortalité infantile¹.

La première cause de mortalité en périnatalité chez la femme est le suicide la première année qui suit la naissance de l'enfant : 15 décès par an sont recensés. La dépression post-partum touche environ 1 femme sur 5 et 1 homme sur 10² dans l'année de l'accouchement. Ce premier constat au niveau national montre la nécessité d'accompagner les parents dans les premières semaines de vie de leur enfant.

Les constats du rapport sur la surveillance de la santé périnatale en France produit par Santé Publique France en septembre 2022³ et du rapport de l'enquête nationale de périnatalité (ENP) de 2021 plaident également en faveur d'un renforcement des actions de prévention et de promotion de la santé périnatale, d'un meilleur accompagnement des parents tout au long de la grossesse et en post-partum et d'un meilleur accès aux droits et aux soins.

En France, le projet gouvernemental des « 1 000 premiers jours », ainsi que les entretiens prénataux précoces et post-natals obligatoires s'inscrivent dans cette dynamique⁴. Ces suivis restent pour autant peu développés avec, entre septembre 2022 et décembre 2023, moins de 15% des femmes ayant accouché qui ont bénéficié de l'entretien post natal précoce et en 2021 seules 36,5% des femmes ayant accouché ont déclaré avoir bénéficié d'un entretien pré natal précoce en 2021⁵.

Selon l'enquête d'opinion réalisée par l'institut Consumer Science Analytics (CSA)⁶ à la demande de la mission sénatoriale sur « L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale », 21% des femmes déclarent ne pas avoir bénéficié d'un suivi post-natal à leur retour à domicile et 35% auraient souhaité bénéficier de davantage de visites post-natales.

L'absence de suivi des parents et plus particulièrement des femmes après l'accouchement est également visible par le biais de l'ENP 2021 : 17 % des femmes ont déploré ne pas avoir eu de soutien à l'allaitement par un professionnel de santé et deux mois après l'accouchement, un quart de ces femmes n'allaitaient plus.

La HAS souligne que le dépistage des situations de vulnérabilité doit être réalisé systématiquement chez toutes les femmes enceintes sans critères ou conditions particulières. Or, selon les données de l'ENP, l'accès aux dispositifs facilitant la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité ne s'est pas significativement amélioré entre 2016 et 2021 : seules 35% des maternités ont un accès systématique aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; parallèlement l'accès à un autre dispositif facilitant la prise en charge des femmes vulnérables a baissé, passant de près de 53% en 2016 à moins de 29% en 2021.

Pour toutes les raisons évoquées *supra*, l'accompagnement en périnatalité et en particulier lors de la période du postpartum s'impose. Il est important pour faciliter l'adaptation des compétences

¹ Rapport d'information sénatorial de la mission « L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale » <https://www.senat.fr/rap/r23-753-1/r23-753-11.pdf>

² Idem

³ SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Rapport de surveillance de la santé périnatale en France. Septembre 2022

⁴ Doncarli A, Gorza M, Gomes E, Cardoso T, Vacheron MN, Regnault N, *et al.* Suicide en période périnatale : données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(3-4):68-76. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/3-4/2023_3-4_4.html

⁵ Données de l'enquête nationale périnatale 2021.

⁶ Étude sur la santé périnatale pour le Sénat, Institut CSA, mai 2024.

parentales, l'établissement des liens de parentalité et *in fine*, le bon développement de l'enfant et la santé globale de l'adulte qu'il deviendra.

Le dispositif CoPa ne constitue pas une offre axée spécifiquement sur la santé des femmes, mais s'inscrit pleinement dans les politiques de périnatalité en mettant l'accent sur le renforcement de la parentalité, via une meilleure coordination des professionnels de santé concernés. En complément des soins postnataux dédiés aux mères, CoPa vise à soutenir les familles dans leur globalité, notamment par l'accompagnement des parents dans leurs nouvelles responsabilités, la prévention des risques pour l'enfant et l'établissement d'un environnement favorable à son développement.

I.2 L'ARTICULATION DE CE NOUVEAU DISPOSITIF DANS LE MAILLAGE TERRITORIAL EXISTANT

La nécessité de renforcer l'accompagnement des femmes après l'accouchement est bien documentée, et ces dernières années, de nouveaux dispositifs ont émergé à cette fin.

➤ **Renforcement du suivi médical proposé à toutes les femmes :**

De manière systématique, après l'accouchement, les femmes et les nouveau-nés bénéficient d'un suivi médical.

Pour la mère, **l'entretien postnatal précoce (EPNP)**, obligatoire depuis le 1^{er} juillet 2022⁷, peut-être réalisé par un médecin ou une sage-femme et permet de détecter les premiers signes de la dépression post-partum, les facteurs de risques et les parents qui ont besoin d'un accompagnement. Cet entretien se déroule entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement⁸.

En plus du nouvel entretien postnatal obligatoire, une **consultation médicale postnatale** est prévue dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement. Elle permet d'aborder divers thèmes : contraception, alimentation, troubles urinaires, etc. Cette consultation est obligatoire et peut être réalisée par un médecin ou par une sage-femme. Elle est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

Pour le nouveau-né, un examen approfondi doit être réalisé par un médecin dans les 8 jours qui suivent sa naissance. Cette consultation est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sans avance de frais.

Deux autres examens médicaux obligatoires de l'enfant sont également prévus à 15 jours de vie et à un mois de vie.

D'autres rendez-vous médicaux et paramédicaux peuvent également être proposés selon l'état de santé de la mère et du nouveau-né et des souhaits des parents mais ils ne sont pas obligatoires :

- **Un suivi à domicile par une sage-femme lors de la sortie de la maternité jusqu'au 12^{ème} jour de l'enfant** : ces séances, non-limitées en nombre, sont prises en charge par l'Assurance Maladie à 100 % ;
- **2 séances de suivi postnatal avec une sage-femme** : ces séances peuvent être réalisées, en cas de besoin, du 8^{ème} jour jusqu'à la 14^{ème} semaine après l'accouchement, au cabinet ou à domicile en individuel ou en collectif. Elles sont prises en charge par l'Assurance Maladie à 100 % jusqu'au 12^{ème} jour après la naissance et à 70 % au-delà ;
- **Des séances de rééducation périnéale et abdominale**, qui peuvent être prescrites à la mère après l'accouchement. Ces séances sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

⁷ Article L2122-1 du Code Santé Publique

⁸ En réalité, peu de femmes bénéficient de cet entretien (voir partie sur les indicateurs de santé préoccupants). Cet entretien est pris en charge par l'assurance maladie à une hauteur de 70%.

Des dispositifs supplémentaires sont venus compléter au fur et à mesure l'offre médicale existante afin de parvenir à mieux accompagner les femmes à la suite de l'accouchement.

- **PRADO** : le dispositif PRADO consiste à proposer un accompagnement à domicile par une sage-femme libérale prioritairement aux femmes qui ont accouché sans complication et qui peuvent bénéficier d'une sortie précoce de maternité (24 à 72h après un accouchement par voie basse, ou 96h après une césarienne). La 1^{ère} visite a lieu dans les 24 heures suivant la sortie ; la 2^{ème} est planifiée selon l'appréciation de la sage-femme ; enfin, une 3^{ème} visite optionnelle peut être proposée selon l'appréciation de la sage-femme.

Ce dispositif est de moins en moins déployé⁹, conséquence de la démographie en tension des sage-femmes et des contraintes liées au déplacement à domicile.

- **PMI¹⁰** : les centres de protection maternelle et infantile (PMI) sont des services de santé publique gérés par les Départements. Lieux gratuits, ouverts à tous, ils accueillent les parents et les enfants de moins de 6 ans et permettent le suivi de grossesse et des consultations pour la mère et l'enfant sans reste à charge pour les familles. Les PMI organisent également des visites à domicile réalisées par des infirmières puéricultrices mais qui pour des raisons d'effectifs et de moyens, ne concernent que les femmes vulnérables¹¹ qui auraient été détectées, généralement en anténatal.

- **Des interventions de prévention précoce à domicile¹² telles que PANJO** : il s'agit d'un programme d'accompagnement à domicile renforcé en pré et postnatal pour des familles en situation de vulnérabilités psychosociales et économiques. Cet accompagnement est réalisé par des sages femmes et puéricultrices de PMI formées à cet effet et supervisées. Ce dispositif est expérimental et prendra fin en 2025.

Il consiste en 6 visites longues à domicile minimum (2 en anténatal et 4 minimum en postnatal). Les inclusions se font sur proposition des maternités, des caisses d'allocation familiale, des professionnels de santé de ville, sur décision des services de PMI, etc.

Cet accompagnement place les préoccupations des familles au centre des accompagnements.

Enfin, d'autres types d'accompagnements possibles (social, juridique, sanitaire, etc.) existent et peuvent rendre nécessaire une coordination des intervenants.

La participation à l'expérimentation CoPa dans différents territoires doit donc s'articuler avec les dispositifs et offre existants. En effet, il est nécessaire que les différentes offres à destination des parents sur un territoire donné soient complémentaires et lisibles afin d'apporter un accompagnement personnalisé pertinent et adapté à chaque situation.

CoPa présente certaines particularités : contrairement au suivi médical et paramédical ou à PRADO qui font intervenir des professionnels de santé, CoPa est centré sur le développement du lien parents-enfant par une AP et ne concerne pas l'accompagnement médical de la mère. Son rôle est d'aider les parents dans le quotidien avec leur enfant, d'adapter l'environnement, de favoriser l'éveil du nouveau-né, de conseiller les parents sur des mesures de prévention et d'orienter la famille vers les professionnels compétents selon les besoins identifiés. Les AP jouent un rôle de soutien et de référence pour les parents qui pourront lui signaler les problématiques rencontrées avec leur enfant. Ils pourront bénéficier de conseils, et d'une orientation adaptée (cf. annexe 2). Elles exercent sous la

⁹ D'après l'ENP de 2021, 47,4 % des visites à domicile par une sage-femme en postpartum était réalisée dans le cadre du dispositif PRADO.

¹⁰ Article L2112-1 et 2 du CSP

¹¹ Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : Organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence. Académie Nationale de Médecine, 2024

¹² Intervention de prévention précoce à domicile (IPPAD) soutenant la relation parents-enfants : quels sont les repères pour favoriser leur implantation en France ?

responsabilité de l'équipe médicale à laquelle elles sont rattachées, en coordination avec la sage-femme libérale de la patiente.

De plus, CoPa est une offre universelle proposée à toutes les familles, sans condition de vulnérabilité.

De fait, par les acteurs concernés et la cible souhaitée, CoPa est bien complémentaire des autres dispositifs proposés aux parents et futurs parents de nouveau-nés.

II DESCRIPTION DU PROJET

L'organisation de CoPa v2 consiste à proposer à toutes les femmes venant d'accoucher et le cas échéant au co-parent, un accompagnement à domicile par des AP hospitalières, de centre périnatal de proximité (CPP) ou de PMI dans les jours qui suivent la naissance du bébé, en complément des dispositifs énoncés *supra*. Les AP sont en lien avec les équipes médicales de la structure en charge du parcours COPA (maternité, CPP ou PMI).

Cet accompagnement est proposé et peut être renforcé lorsque la situation psycho-sociale ou clinique le justifie, par une visite complémentaire organisée en lien avec la PMI du territoire ou par une orientation vers un professionnel de santé ou d'autres professionnels compétents (par exemple, psychologue) par l'équipe médicale et paramédicale de la maternité, du CPP ou de la PMI.

Par ailleurs, cet accompagnement peut être proposé dans le cadre d'une sortie précoce ou ultra-précoce de maternité et en l'absence de problématiques cliniques identifiées, avec des durées de visite à domicile adaptées et complémentaires à celles d'une sage-femme.

Le déploiement de CoPa sur un territoire est piloté par un binôme composé d'une sage-femme de maternité appelée la sage-femme coordinatrice et d'un médecin de PMI. Ils organiseront l'ensemble du parcours et le lien entre les différents professionnels et structures intervenant dans l'expérimentation et peuvent mettre en place des partenariats en fonction des besoins, avec l'appui de l'ARS. Ce binôme pourra être complété par un autre professionnel selon les besoins et l'organisation du territoire. Par exemple, si dans un territoire, un CPP participe au projet et souhaite s'investir dans son pilotage général, il peut rejoindre le binôme.

II.1 OBJECTIFS

Les objectifs de CoPa v2 ont été redéfinis afin d'avoir des ambitions claires et mettre en avant la singularité du dispositif.

CoPa v2 poursuit 4 objectifs principaux :

- soutenir la parentalité ;
- améliorer le parcours de prévention et de soins des enfants ;
- améliorer la coordination entre les acteurs de la périnatalité ;
- valoriser le métier d'auxiliaire de puériculture.

II.2 POPULATION ET CIBLE

Le dispositif s'adresse à toutes les femmes venant d'accoucher et à leur nouveau-né dans les territoires participants, quelles que soient leurs caractéristiques (primipares, multipares, allaitantes, non allaitantes, vulnérabilité identifiée ou non).

Taux d'adhésion attendu : au moins 70 % des femmes à qui CoPa est proposé, basé sur l'évaluation du dispositif pilote CoPa v1.

Objectifs quantitatifs : 20 000 accouchements annuels ciblés, ou 60 000 au total sur l'ensemble de l'expérimentation de 3 ans, répartis sur les territoires sélectionnés.

II.3 PORTEURS DE COPA

Les structures qui peuvent participer en tant que candidates sur leur territoire en répondant à l'AAC¹³:

- Un établissement de santé autorisé en gynécologie-obstétrique
- Une PMI ayant/prévoyant d'avoir des AP au sein de son équipe
- Un CPP ayant des AP au sein de son équipe CPP ou ayant une convention de partenariat avec une maternité de référence¹⁴.

Quelle que soit la ou les structures chargées du parcours, à l'échelle territoriale, le projet reste piloté par un binôme constitué par une sage-femme de la maternité du territoire, désignée comme sage-femme coordinatrice et par le médecin de la PMI de ce même territoire. Ce binôme peut être complété par un professionnel de CPP.

Dès lors qu'un centre périnatal de proximité (CPP) ou un service de protection maternel infantile (PMI) dispose d'une équipe composée d'AP (ou en volonté de recruter des AP), il a la possibilité de candidater à l'AAC CoPa V2 en mettant en place une organisation en lien avec une ou plusieurs maternité(s) de son territoire. Cette organisation commune doit faire l'objet d'un partenariat formalisé permettant de répondre à l'ensemble des exigences contenues dans le présent cahier des charges.

II.4 PARCOURS COPA

Modalités d'intervention

Le dispositif s'adapte à toutes les situations des parents (primipare, multipare, allaitement, vulnérabilité psycho-sociale ou clinique). L'équipe médicale de référence (maternité, CPP ou PMI) ainsi que la sage-femme libérale qui réalise le suivi post-partum sont informés du déroulement et de l'évolution du parcours CoPa.

- Parcours standard :

Le parcours standard se compose de 2 visites d'1h15 chacune, réalisées par une AP dans les 3 semaines suivant l'accouchement, en articulation avec les visites de la sage-femme libérale.

- Visite facultative :

Une 3^e visite d'1h15 peut être ajoutée si nécessaire au cours des 3 semaines post-accouchement (vulnérabilité ou demande des parents), en collaboration avec la PMI pour assurer un relais sans interruption. Cette visite pourra se faire conjointement, lorsque c'est possible, avec un membre de la PMI.

Lorsque la visite facultative de CoPa est réalisée, l'équipe médicale de référence (maternité, CPP ou PMI) et la sage-femme libérale qui réalise le suivi du post-partum en sont informées.

Chaque équipe médicale de référence (maternité, CPP ou PMI) a la charge du suivi des équipes d'AP, par l'organisation de réunions régulières. En cas de difficultés rencontrées par l'AP ou en cas d'urgence, cette dernière en réfère systématiquement et immédiatement à l'équipe médicale référente afin de trouver la solution adéquate dans les meilleurs délais.

- Prise en charge renforcée :

En cas de vulnérabilité détectée qui nécessiterait un accompagnement renforcé, l'AP CoPa en lien avec l'équipe médicale et à tout moment du parcours, orientera la femme et/ou le conjoint vers la PMI pour mettre en place des prises en charges adaptées à la situation (suivi psychologique, équipe de psychiatrie périnatale, technicien d'intervention sociale et familiale (TISF), aides à domicile, lieux

¹³ Le GHT Cœur Grand Est – pilote de l'expérimentation CoPa v1 – sera intégré à l'expérimentation CoPa v2

¹⁴ Cf. nouveau cahier des charges des CPP

d'accueil enfants parents, IDE, assistantes sociales, professionnels de la rééducation (par exemple, diététicien), équipe d'addictologie, etc).

Cette orientation devra également faire l'objet d'une information auprès de la sage-femme libérale qui réalise le suivi post-partum.

- Prise en charge renforcée en cas de sortie ultra-précoce :

En cas de sortie ultra précoce, réalisée dans le cadre des recommandations HAS et accord médical de la maternité, une visite supplémentaire à domicile de l'AP peut être proposée à la patiente, en coordination avec la sage-femme libérale ou de PMI chargée de faire le suivi à domicile de la mère et de l'enfant dans les jours suivant immédiatement la sortie. Cette visite, d'une durée de 2h15 doit avoir lieu le jour ou le lendemain de la sortie de la maternité et doit être organisée en coordination avec la SF. Sa rémunération, forfaitaire, sera décrite dans la version finalisée du cahier des charges.

Présentation du parcours CoPa



Zoom sur la prise en charge spécifique en cas d'identification d'une situation de vulnérabilité¹⁵ :

En cas d'identification d'une situation de vulnérabilité, deux cas de figure sont possibles :

1/ En fin de parcours, la visite facultative conjointe avec la PMI peut être déclenchée :

- Pour les femmes à risque(s) psycho-social, repérées au moyen de la grille de repérage des situations de vulnérabilité, de l'échelle de dépression d'Edimbourg¹⁶ par exemple. Cette 3^{ème} visite peut donner

¹⁵ Cf. Recommandations de la HAS de 2024 « *Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal* ». https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202402/reco411_grossesse_vulnerabilite_recommandations_cd_2024_01_11_vd.pdf

¹⁶ Le test réalisé avec l'échelle de dépression d'Edimbourg sera réalisé à la 2^{ème} visite lorsqu'il s'agit d'un parcours CoPa « socle », et à la 3^{ème} visite lorsque le besoin d'une visite complémentaire a été identifié en amont.

lieu à une prise en charge par la PMI et/ou une orientation vers des professionnels de santé (psychologue, psychiatre, équipe de psychiatrie périnatale, équipe CMP...).

- Pour les parents qui sont en demande d'un accompagnement supplémentaire après les deux premières visites de l'auxiliaires de puériculture.

2/ À tout moment du parcours, sans nécessairement attendre la visite facultative avec la PMI, et dans le cadre des échanges entre l'AP et l'équipe médicale de référence (maternité, CPP ou PMI), une orientation peut être proposée vers la PMI, vers des professionnels de santé ou vers tout autre dispositif du territoire identifié sur la prise en charge des personnes vulnérables.

L'intégration de la PMI dans le parcours CoPa est un point essentiel pour assurer un relai et un suivi de la mère et de l'enfant sur le long terme. La possibilité de suivre les enfants jusqu'à leurs 6 ans garantit un suivi périnatal complet sur les plans médical et social. Les PMI sont des structures comprenant des professionnels de santé (médecin, sage-femme, paramédicaux) pouvant intervenir si besoin. Il est donc essentiel d'introduire ces structures dès le début de CoPa afin d'informer les parents sur l'appui disponible.

Les AP du parcours CoPa informent les parents dès le début du parcours de l'ensemble des professionnels de santé compétents qui peuvent les accompagner. Une explication du déroulement du parcours et des possibilités de suivi et de relai par la PMI sera faite afin que les parents puissent adapter leur accompagnement périnatal selon leurs besoins. Les AP CoPa exercent sous la responsabilité de l'équipe médicale à laquelle elles sont rattachées (équipe médicale référente de maternité, de CPP ou de PMI), en coordination avec la sage-femme libérale de la patiente.

Les étapes de l'accompagnement sont les suivantes :

ÉTAPE 1 : informer les futurs parents du dispositif coordonné CoPa, du suivi à domicile par une sage-femme et de la possibilité de solliciter la PMI du secteur

Le dispositif CoPa est présenté aux parents par une sage-femme (hospitalière, libérale ou PMI) lors de l'entretien prénatal précoce (EPP), en consultation ou pendant la préparation à la naissance, quel que soit le type de maternité (publique ou privée) ou le niveau de celle-ci.

Cette présentation inclut également le suivi par une sage-femme libérale et l'accompagnement proposé par la PMI, en insistant sur leur complémentarité. Elle aide les parents à envisager différents scénarios de sortie avec l'assurance d'un suivi médical et si nécessaire, psycho-social.

Si le dispositif n'a pas été présenté avant l'accouchement, la sage-femme et les auxiliaires de puériculture de la maternité le proposeront pendant l'hospitalisation d'accouchement.

ÉTAPE 2 : identifier les femmes à intégrer à l'expérimentation et préparer leur sortie

Le recueil du consentement est assuré par la sage-femme avant la naissance lors de l'EPP, lors des consultations de suivi de grossesse ou par l'AP CoPa au cours du séjour à la maternité.

L'AP CoPa se déplace en chambre pour se présenter à la patiente, pour recueillir ses coordonnées et celles de la sage-femme libérale pressentie pour le suivi à domicile. Elle planifie les deux visites prévues par l'expérimentation, en s'adaptant au mieux à la visite de la sage-femme libérale.

Les patientes non incluses dans le dispositif sont celles qui refusent l'accompagnement proposé. En fonction de la situation, une transmission pourra être assurée à la PMI du secteur de la patiente.

L'identification et l'intégration des femmes/parents à l'expérimentation lorsque les AP réalisant les visites seront rattachées à un CPP ou une PMI doivent être prévues dans le cadre du partenariat avec la maternité et répondre aux exigences décrites ci-dessus.

ÉTAPE 3 : réaliser le parcours

Il est rappelé qu'entre chaque visite, les parents peuvent communiquer par messagerie sécurisée avec les AP sur leurs heures de travail. Un lien téléphonique ou par sms est possible si nécessaire.

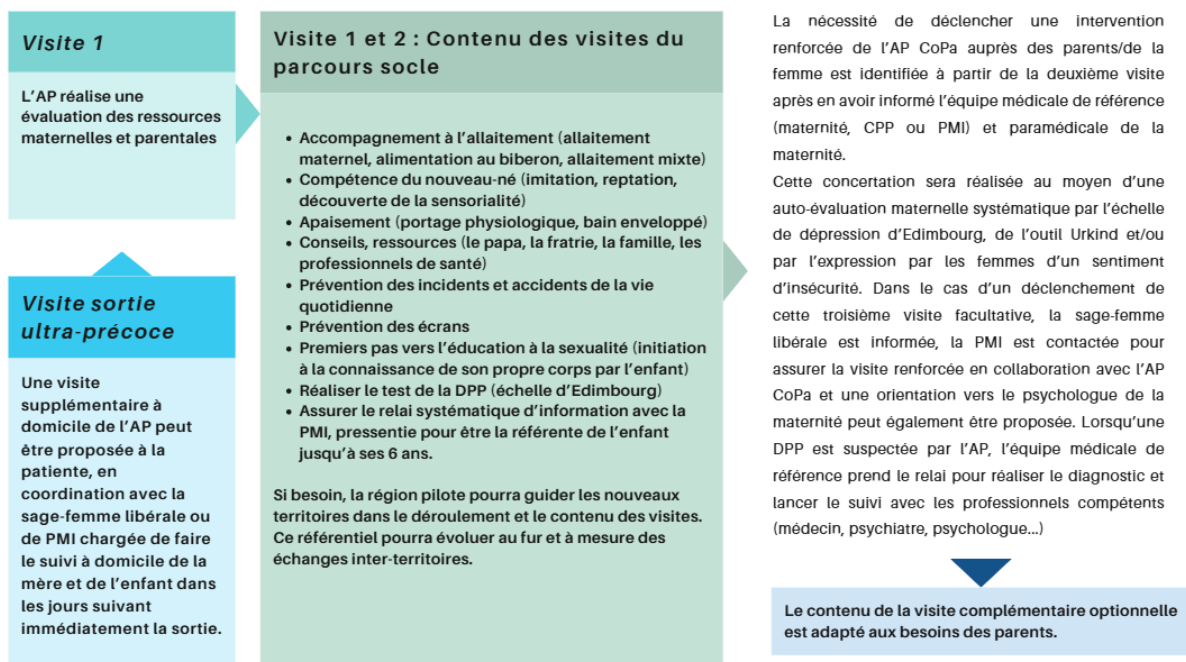
Les visites ont lieu du lundi au dimanche.

→ En cas de situation urgente, l'AP fait le lien avec l'équipe médicale de référence de l'AP (maternité, CPP ou PMI), qui prend les dispositions nécessaires. L'AP en informe également la sage-femme libérale qui réalise le suivi post-partum.

Pendant toute la durée du parcours, l'AP tient informés par le biais de compte rendus les différents professionnels de santé intégrés au suivi post-partum (équipe médicale de référence et sage-femme libérale, médecin traitant, pédiatre).

Lorsque l'AP provient d'une PMI, le relais par la PMI réalisé à l'issu du parcours CoPa est facilité. Toutefois, il est possible de réaliser si nécessaire, la visite facultative avec un autre professionnel de la structure (puéricultrice, médecin...) ¹⁷ qui assurera le relais au sein de la PMI.

Illustration du parcours :



¹⁷ Selon la configuration et les capacités de la PMI de secteur

III ORGANISATION DE L'EXPERIMENTATION SUR UN TERRITOIRE

III.1 LES ETAPES DE MISES EN PLACE DE L'EXPERIMENTATION

La mise en œuvre de l'expérimentation s'adaptera aux spécificités de chaque territoire. Ainsi, l'organisation des réunions de lancement, l'analyse des freins et des leviers, ainsi que toute autre étape clé, seront définies en fonction des particularités et des besoins propres à chaque territoire concerné.

Certaines étapes et fonctionnements se retrouveront en revanche de manière systématique dans l'ensemble des territoires sélectionnés :

- **Identification dans chaque territoire candidat d'un binôme composé d'une sage-femme d'une maternité¹⁸ (sage-femme coordinatrice) et d'un médecin responsable de la PMI, ou leurs représentant, pour assurer le bon fonctionnement de l'expérimentation** : ce binôme sera responsable de l'organisation globale du dispositif et veillera à son bon fonctionnement, en garantissant notamment un suivi continu pour les parents et une communication efficace entre les différents professionnels impliqués et notamment la bonne concertation et coordination avec les sage-femmes qui assurent le suivi post-partum.
- **Présentation de l'expérimentation aux AP de la structure candidate (maternités, PMI, CPP) et mise en place de sessions de formation¹⁹ pour qu'elles puissent démarrer les visites à domiciles** : les AP intervenant dans le cadre du dispositif CoPa auront toutes suivi des formations socle et des formations spécialisées couvrant les différents aspects de l'intervention.
- **Création d'un comité de suivi** au sein du territoire expérimentateur afin de réunir les acteurs impliqués dans le dispositif sur le territoire.
- **Organisation matérielle et pratique du dispositif avec la mise à disposition d'un système d'information sécurisé²⁰ et avec une large communication aux différents professionnels de santé** : l'outil²¹ doit notamment disposer d'une application mobile ainsi que d'une messagerie sécurisée. Il permet entre autres l'envoi des comptes-rendus de visite à l'équipe de la maternité (ou du CPP ou de la PMI) dans les 24h et un accès dans le cas de situations de vulnérabilité aux comptes-rendus de réunions pluridisciplinaires, organisées en cas de déclenchement de la troisième visite facultative. Des formulaires pour le post-partum sont à disposition de chaque intervenant, à compléter au domicile de la patiente. L'outil permet ainsi une coordination sécurisée et réactive.

III.2 GOUVERNANCE

Le pilotage du projet sera assuré dans chaque territoire par un binôme composé de la sage-femme coordinatrice, issue de la maternité du territoire et d'un médecin responsable de la PMI, ou leurs représentants. Ce binôme sera chargé de structurer en collaboration le dispositif CoPa sur le territoire, de définir les modalités communes de fonctionnement et de garantir une organisation permettant un suivi sécurisé de toutes les patientes entrant dans le parcours.

¹⁸ Aussi appelée « sage-femme coordinatrice »

¹⁹ Le contenu des formations destiné aux AP CoPa pourront être construites avec l'appui de la région pilote.

²⁰ L'objectif est d'avoir un outil permettant à l'ensemble des acteurs du territoire impliqués dans CoPa d'échanger facilement sur le suivi d'une famille et de suivre l'évolution des besoins qui sont identifiés.

²¹ L'ARS Grand Est met à disposition des territoires retenus le cahier des charges du SI déployé dans la première partie de l'expérimentation CoPa

Ce binôme pourra être complété par un autre professionnel selon les besoins et l'organisation du territoire. Par exemple, si dans un territoire, un CPP participe au projet et souhaite s'investir dans son pilotage général, il peut rejoindre le binôme.

Un comité de suivi national CoPa sera mis en place dans l'objectif de se réunir deux fois par an. Ce comité rassemblera l'ensemble des acteurs et partenaires impliqués dans le déploiement du projet ainsi que les tutelles nationales (DACs, Cnam) et régionales (ARS, DCGDR).

Un comité de suivi territorial CoPa sera organisé à *minima* 2 fois par an pour chaque région expérimentatrice. Ce comité territorial associera l'ensemble des acteurs du territoire impliqués, ainsi que les tutelles régionales.

Sur la base du volontariat et selon l'organisation souhaitée par les différents territoires et leurs besoins, il sera également possible d'envisager l'organisation d'une communauté de pratiques, regroupant les équipes pilotes de chaque territoire expérimentateur. Cette communauté de pratiques pourra permettre le partage d'expériences et d'outils dans le cadre de la mise en œuvre du projet, ainsi que des échanges sur les difficultés rencontrées. Au sein de cette communauté, le territoire pilote de la v1 pourra mettre son expérience à disposition pour soutenir les territoires qui en expriment le besoin.

III.3 ORGANISATION EN EQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT A LA PARENTALITE

Le dispositif CoPa repose sur une organisation coordonnée entre la ville, l'hôpital et la PMI, pour accompagner la mère, les parents (si besoin) et l'enfant.

Composition de l'équipe CoPa :

- Auxiliaires de puériculture (AP) salariées de la maternité, de CPP ou de PMI.
- Sage-femme(s) coordinatrice(s) de la maternité.
- Médecin(s) de la PMI.
- Sage-femme libérale ou de PMI en charge du suivi post-partum.

Organisation :

- Les visites à domicile doivent pouvoir être planifiées 7j/7.
- Les AP doivent avoir une formation adaptée pour assurer l'accompagnement post-natal immédiat.
- Les AP accompagnent les parents sur l'éveil du nouveau-né, la guidance parentale, et d'autres besoins spécifiques (cf. annexe 2).

Rôle des AP :

- Les AP travaillent sous la responsabilité de l'équipe médicale de référence de l'AP (maternité, CPP ou PMI).
- Elles transmettent des comptes rendus précis à la sage-femme coordinatrice du dispositif et à l'équipe concernée (maternité ou PMI)²².
- Un temps de coordination est prévu pour partager les retours d'expérience sur chaque famille accompagnée.

Formation et compétences des AP :

- Les AP CoPa suivent des formations de base et spécialisées (psychologie périnatale, gestion des risques, connaissances de la cartographie des acteurs de périnatalité de leur territoire).
- Elles ont une expérience solide dans le soutien immédiat post-partum, qui constitue une période critique pour la mère sur les plans physique et émotionnel.

Encadrement des AP :

²² Cf. annexe 1

Les AP participant au projet sont encadrées par les équipes médicales de leur structure de rattachement et interviennent dans le cadre de leurs compétences²³.

La coordination et les échanges via un outil numérique :

- Un outil numérique de coordination permet de centraliser les informations transmises par l'AP et d'assurer des échanges sécurisés avec la mère.
- Le compte rendu de chaque visite, saisi par l'AP, est accessible aux professionnels impliqués (équipe médicale de référence et éventuellement, médecin traitant, pédiatre, sage-femme libérale, sage-femme coordinatrice), pour informer sur le suivi et l'historique des interactions avec la famille.

Relai avec la PMI :

Quelle que soit la configuration (AP issue d'une maternité, d'une PMI ou d'un CPP), l'AP transmet les informations à la puéricultrice de la PMI, tout au long du parcours. Une troisième visite facultative, si possible conjointe avec la PMI peut être organisée pour qu'à l'issue de cette dernière visite, la PMI organise si besoin un suivi renforcé.

Appui d'autres professionnels si besoin :

Le rôle de l'AP inclut la surveillance et l'identification de situations à risque :

- Pour l'enfant : si une anomalie (pâleur, hypotonie, etc.) est détectée, l'AP contacte directement l'équipe médicale de référence (maternité, CPP ou PMI) qui se chargera d'orienter la patiente vers les professionnels de santé compétents (pédiatre, médecin traitant ou sage-femme libérale qui s'occupe du suivi post-partum.
- Pour la mère : en cas de problème nécessitant un avis médical, l'AP informe l'équipe médicale de référence (maternité, CPP ou PMI), la sage-femme libérale de suivi et, si nécessaire, sollicite un professionnel adapté (gynécologue, médecin traitant, psychologue, psychiatrie périnatale, etc.).

En fonction des situations et à tout moment du parcours, l'AP peut solliciter des acteurs complémentaires pour une prise en charge adaptée : TISF, aides à domicile, diététicien(ne), infirmier(ère), assistante sociale, équipe d'addictologie, lieux d'accueil enfants-parents, etc.

III.4 PERIMETRES D'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS

L'AP a plusieurs compétences directement liées au bien-être de l'enfant²⁴.

L'équipe médicale de référence ainsi que la sage-femme libérale ou de PMI en charge du suivi post-partum sont tenues informées par l'AP de la situation des parents et des enfants accompagnés après chaque visite à domicile réalisée. En cas d'intervention nécessaire, la sage-femme libérale ou l'équipe médicale de référence (maternité, CPP ou PMI) pourra directement intervenir et prodiguer les soins médicaux à la femme.

Les sage-femmes libérales ont la compétence en termes de suivi médical post-partum de la mère et le suivi des nourrissons dans les trois semaines suivant leur naissance. Le suivi de l'allaitement et du bien-être mère-enfant peuvent également être assurés par la sage-femme libérale ou de PMI lorsque cela

²³ Article 1 de l'arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture. - Article R4311-4 du Code de la santé publique.

²⁴ Cf. annexe 2

est possible compte tenu des tensions sur le métier. Ce suivi vise à être complété par l'intervention d'une AP, en coordination avec la sage-femme libérale.

IV DEPLOIEMENT NATIONAL DE L'EXPERIMENTATION

IV.1 TERRAINS D'EXPERIMENTATION

Les territoires expérimentateurs sont situés en France hexagonale ou en Outre-Mer. Ces territoires feront l'objet d'une sélection par un comité composé de représentants des directions d'administration centrale (DGOS, DGS, DSS, DGCS) et de la CNAM, dans le cadre d'un appel à candidatures dédié adossé au cahier des charges de la présente expérimentation.

Les territoires pouvant accueillir l'expérimentation ne doivent pas répondre à des critères prédéfinis, si ce n'est le seuil d'accouchements annuels déterminés dans le cahier des charges fixé à 20 000 accouchements par an conformément à l'analyse des résultats de CoPa v1. Par conséquent, un territoire candidat devra au maximum prendre en charge 10 000 accouchements par an, sous réserve que le nombre d'accouchements anticipé dans les autres territoires candidats permettent de rester dans le seuil des 20 000.

Nombre cible de territoires sélectionnés :

Le nombre cible sera de 3 à 4 territoires maximum afin de permettre l'atteinte d'une volumétrie cible de 20 000 accouchements annuels.

Champ d'application territorial :

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local		
Régional		
Interrégional		
National	OUI	Sélection des territoires expérimentateurs par un appel à projets

IV.2 DUREE DE L'EXPERIMENTATION

L'expérimentation est proposée pour une **durée de 36 mois** à partir du mois de décembre 2025. Cette durée est jugée adéquate pour permettre une montée en charge réaliste des nouveaux territoires expérimentateurs ainsi que pour offrir un recul suffisant et faciliter le recueil des indicateurs d'évaluation.

Il est prévu un **lancement de l'expérimentation au plus tard le 1^{er} décembre 2025**.

IV.3 CATEGORIE D'EXPERIMENTATION

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 -I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X

b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico- administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projets d'expérimentation	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	

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

IV.4 DEROGATIONS ENVISAGEES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

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

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

V FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

V.1 MODALITES DE FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

Dans la continuité de l'approche développée avec CoPa v1, le financement de l'expérimentation reposera sur une dotation annuelle par région versée aux structures, calculée sur la base du parcours décrit précédemment (nombre de visites socles et facultatives, frais de déplacement etc, ...), du nombre de naissances annuelles et du taux d'adhésion prévu. En complément, une dotation « zone isolée » sera mise en place, visant à compenser le trajet supplémentaire lié à la densité de la zone géographique. Ce complément a notamment été nécessaire en Grand Est dans le cadre de CoPa V1.

Tableau 1 : Montants unitaires ayant servi à construire la dotation :

Parcours standard (2 visites)	200,77 €
Prise en charge renforcée (3 visites)	293,78€
Sortie ultra-précoces (visite de 2h15)	111,68€
Dotation zone isolée par parturiente pour temps de trajet d'une heure (soit 40 km environ)	27,63€ pour le forfait socle 41,45€ pour le forfait renforcé

Baromètre kilométrique appliqué aux frais de déplacement	0,407 €/km ²⁵
--	--------------------------

V.2 BESOINS EN CREDITS D'AMORÇAGE ET D'INGENIERIE DE PROJET

Les besoins en crédits d'amorçage et d'ingénierie concernent tous les éléments qui relèvent du cadre expérimental. Ces crédits visent à financer :

- Le pilotage, la chefferie de projet ;
- L'appui au démarrage ;
- Les formations, la communication et les équipements (téléphones pro...)

Tableau 2 : Crédits d'amorçage et ingénierie

	Année 1	Année 2	Année 3
Site pilote GHT Cœur Grand Est			344 000 €
Pilotage, chefferie de projet			
Pilotage du projet (animation communauté d'acteurs, partage de pratiques, appui individualisé aux nvx territoires) :	65 000 €	32 500 €	32 500 €
0,8 ETP gestion administrative et financière (recueil données, uniformisation outils, gestion factu, rapports activité)	54 000 €	54 000 €	54 000 €
Appui au démarrage*			
Phase de lancement (réunions hôpital, PMI, SFL / outils et SI, mise en place gouvernance)	2 000 €	- €	- €
Déplacements dans les autres régions expérimentatrices en appui au démarrage	12 000 €	- €	- €
Formation, communication, équipement			
Formation nvelles AP	5 000 €	- €	- €
Communication (brochures, réunion lancement, réunions de suivi, réunion de clôture sur le territoire concerné)**	10 000 €	10 000 €	10 000 €
Equipement (téléphones pro, tablettes, ...)	3 000 €	- €	- €
sous total région pilote	151 000 €	96 500 €	96 500 €
Nouveaux territoires expérimentateurs : pour 3 territoires			423 000 €
Chefferie de projet			
Chefferie de projet (COPI, recueil données, factu, rapport activité)	29 000 €	29 000 €	29 000 €
Déplacements pour le projet (1/an dans territoire pilote)	3 000 €	3 000 €	3 000 €
Appui au démarrage*			
Phase de lancement (réunions hôpital, PMI, SFL / outils et SI, mise en place gouvernance)	2 000 €	- €	- €
Formation, communication, équipement			
Formation (nouvelles équipes)	5 000 €	- €	- €
Communication (brochures, réunion lancement, réunion de suivi, réunion de clôture sur le territoire concerné)**	12 000 €	10 000 €	10 000 €
Equipement (téléphones pro, tablettes, ...)	6 000 €	- €	- €
sous total par territoire expérimentateur	57 000 €	42 000 €	42 000 €
Total par territoire expérimentateur			141 000 €
TOTAL CAI pour 1 région pilote et 3 nvx territoires			767 000 €

V.3 SYNTHÈSE DES BESOINS DE FINANCEMENT FISS ESTIMÉS

Pour 60 000 accouchements, le besoin de financement au titre de la prise en charge par le FISS est estimé à **13,9M€**, sur toute la durée de l'expérimentation, couvrant 13,1 M€ de prestations dérogatoires et 767 K€ de crédits d'amorçage et d'ingénierie. Ce montant sera ajusté sur la base des projections d'inclusions des régions volontaires, qui seront retenus dans l'appel à candidature.

VI EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION

Plusieurs indicateurs sont définis ci-dessous. Ils seront évalués tenant compte des spécificités de chaque territoire et notamment :

- Typologie du territoire : urbain, rural ou mixte

²⁵ [Baromètre kilométrique, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique](#)

- Démographie de certaines professions : sage-femmes, puéricultrices, etc.
- Maillage territorial : dispositifs de soutien à la parentalité et à l'accompagnement post partum existant sur le territoire

Dans l'objectif de renforcer le soutien à la parentalité (objectif 1), trois indicateurs sont proposés :

- le taux de satisfaction des parents ;
- l'analyse du ressenti au retour à domicile après le parcours
- le taux de femmes souhaitant allaiter ayant atteint leur objectif.

Pour améliorer le parcours de soins des enfants (objectif 2), quatre indicateurs sont proposés :

- le respect des étapes du suivi médical de l'enfant ;
- l'identification de la PMI de proximité
- la connaissance des recommandations de couchage de l'enfant
- le remplissage des certificats de santé.

Pour valoriser la coordination entre les acteurs (objectif 3), deux indicateurs seront évalués :

- le renforcement des échanges entre les acteurs de la périnatalité ;
- le nombre de problématiques de santé repérées ayant fait l'objet d'une orientation et d'un suivi par un professionnel de santé

Et enfin, dans le but de travailler sur le métier d'AP (objectif 4), un indicateur pourra être évalué :

- la diversification des tâches des auxiliaires de puériculture.

ANNEXE 1 : COMPTE RENDU DE VISITES DES AUXILIAIRES DE PUERICULTURE

Un format standardisé de compte-rendu permettant de recenser toute l'activité des auxiliaires de puériculture à domicile sera construit et communiqué aux structures candidates avant le lancement de la v2.

ANNEXE 2 : REFERENTIEL 2021 DE COMPETENCES DES AUXILIAIRES DE PUERICULTURE 2021²⁶

Blocs de compétences	Compétences
Bloc 1 - Accompagnement et soins de l'enfant dans les activités de la vie quotidienne et de la vie sociale	1 - Accompagner l'enfant dans les actes essentiels de la vie quotidienne et de la vie sociale, personnaliser cet accompagnement à partir de l'évaluation de sa situation personnelle et contextuelle et apporter les réajustements nécessaires
	1bis - Elaborer et mettre en œuvre des activités d'éveil, de loisirs, d'éducation et d'accompagnement à la vie sociale adaptées à l'enfant ou au groupe
	2 – Identifier les situations à risque lors de l'accompagnement de l'enfant et de son entourage, mettre en œuvre les actions de prévention adéquates et les évaluer
Bloc 2 - Evaluation de l'état clinique et mise en œuvre de soins adaptés en collaboration	3- Evaluer l'état clinique d'une personne à tout âge de la vie pour adapter sa prise en soins
	4- Mettre en œuvre des soins adaptés à l'état clinique de l'enfant
	5 – Accompagner la personne dans son installation et ses déplacements en mobilisant ses ressources et en utilisant les techniques préventives de mobilisation
Bloc 3 - Information et accompagnement des personnes et de leur entourage, des professionnels et des apprenants	6- Etablir une communication adaptée pour informer et accompagner la personne et son entourage
	7 – Informer et former les pairs, les personnes en formation et les autres professionnels
Bloc 4 - Entretien de l'environnement immédiat de la personne et des matériels liés aux activités en tenant compte du lieu et des situations d'intervention	8- Utiliser des techniques d'entretien des locaux et du matériel adaptées en prenant en compte la prévention des risques associés
	9 - Repérer et traiter les anomalies et dysfonctionnements en lien avec l'entretien des locaux et des matériels liés aux activités de soins
Bloc 5 - Travail en équipe pluriprofessionnelle et traitement des informations liées aux activités de soins, à la qualité / gestion des risques	10 - Rechercher, traiter et transmettre, quels que soient l'outil et les modalités de communication, les données pertinentes pour assurer la continuité et la traçabilité des soins et des activités
	11- Organiser son activité, coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et améliorer sa pratique dans le cadre d'une démarche qualité / gestion des risques

²⁶ Retrouvez le référentiel complet sur le lien suivant : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/10_juin_2021_-_vf_annexe_ii_referentiel_certification_ap.pdf

ANNEXE 3 : APPEL A CANDIDATURE

A définir

