



Réseau Périnatal
de Champagne-Ardenne

Amphithéâtre
Lycée Roosevelt
REIMS

8ème

journée

régionale

Scientifique

Périnatalité

Résumés des interventions



Avec le soutien de l'Agence régionale de santé
de Champagne-Ardenne

Vendredi 05 juin 2015

8h50 Introduction à la journée, Pr Patrice Morville, Président RPCA

Modérateur Pr R. Gabriel, gynécologue-obstétricien CHU

9h00 Clampage tardif du cordon enjoux et mise en œuvre

Pr Patrice Morville, pédiatre CHU REIMS

9h20 Recommandations régionales : Prise en charge des prématurissimes
(24-26 SA)

Dr Elodie Tisserand, pédiatre CHU REIMS, Dr Aurore Thollot, pédiatre, CH TROYES

9h55 Actualités de la prise en charge des hémorragies du post-partum

Dr Quentin Destoop anesthésiste CHU REIMS

Modérateur Dr I. Arnault, pédiatre CH TROYES

10h50 Accouchement du fœtus macrosome

Pr René Gabriel, gynécologue-obstétricien CHU REIMS

11h25–12h40 Assemblée Générale de l'association

Bilan 2014 et élections au conseil d'administration (CA) et au conseil scientifique (CS)

***** **Déjeuner** *****

13h50 Résultats des élections CA – CS

**Modérateurs S. Lorena cadre puéricultrice CH CHARLEVILLE-M., L. Aupetit
psychologue CAMSP REIMS**

14h00 Naissance sous le secret : quelle prise en charge de la femme et de l'enfant ?

Mme Françoise Hutteau responsable et Mme Catherine Biron éducatrice, Service Aide Sociale à l'Enfance (ASE) Marne

14h40 Addiction et périnatalité

Dr Béatrice Cherrih-Pavec, Addictologue CH Bélair CHARLEVILLE-M.

Modérateur M. Zanardi Sage-femme Directrice Ecole régionale de SF REIMS

15h10 L'entretien motivationnel

Mme Marie Schmitt-Petit, psychologue ANPAA 52 CSAPA 52

15h55 Bilan de 10 ans de dépistage auditif en Champagne-Ardenne

Pr Marc Labrousse, ORL CHU REIMS (Modérateur Dr I. Arnault)

16h15 Sortie de maternité après accouchement : quel accompagnement des patientes ?

Le PRADO, retour sur le dispositif - CPAM de la Marne

Partage d'expériences autour de la mise en œuvre :

Sage-femme libérale M Sourdet Châlons-en-C., **Etablissement de santé** CH Saint-Dizier M Gouverneur sage-femme, **Pédiatre** Dr C. Sommer GCS Epernay, **PMI** F. Flan sage-femme, V. Pedroni puéricultrice PMI 08, **Médecin généraliste** Dr Ingrid Hecht

17h30 Conclusion de la journée, Pr René Gabriel, Trésorier RPCA

La circulation transitionnelle à la naissance est un bouleversement unique dans la vie de l'homme. Cette transition inclut des modifications hémodynamiques majeures initiées par l'aération du poumon. Cela comporte une augmentation majeure du débit pulmonaire qui de 20 ml/kg/min in utero, passe à plus de 200 ml/kg/min. Ce débit est nécessaire aux échanges gazeux pulmonaires et se substitue au retour veineux ombilical comme source de précharge ventriculaire gauche. Le clampage du cordon avant l'augmentation du flux artériel pulmonaire réduit la précharge gauche et induit une diminution du débit cardiaque. Ainsi, si le début de la ventilation est retardé après clampage du cordon, cela met l'enfant à risque de lui imposer une agression ischémique, par bas débit cardiaque, en situation d'asphyxie. De nombreux débats concernent le moment de clampage du cordon à la naissance surtout focalisés sur le potentiel d'une transfusion placentofœtale dépendante du délai de clampage. Cela a conduit à des recommandations pour retarder le clampage d'un temps défini après la naissance chez des enfants ne nécessitant pas de réanimation. Des évidences récentes montrent que l'initiation de la ventilation avant le clampage limite les conséquences cardiovasculaires délétères causées par un clampage immédiat du cordon. Tout cela montre que le clampage du cordon devrait plus être basé sur la physiologie de l'enfant que sur une période de temps arbitraire et que le clampage tardif peut être d'un intérêt très bénéfique chez l'enfant qui naît sans respiration.

Contexte régional des recommandations

Si en 2008 et 2009, la Champagne-Ardenne présentait encore des chiffres de mortalité infantile (1) et néonatale (2) défavorables, la situation s'est améliorée en 2010 (source Insee). Ainsi, en 2010, le taux de mortalité infantile régional n'est que très légèrement supérieur à la moyenne France métropolitaine et situe la région au 11^{ième} rang sur les 22 concernées au lieu du 22 et 21^{ième} rang en 2008 et 2009. De la même façon, le taux de mortalité néonatale a fortement diminué entre 2009 et 2010 pour descendre ainsi, et pour la première fois depuis 4 ans, au-dessous de la moyenne France métropolitaine.

Compte-tenu des taux 2009 de mortalité infantile et néonatale élevés en Champagne-Ardenne, **des réunions de morbi-mortalité régionales ont été mises en place au printemps 2012, proposant la relecture systématique de tout dossier d'enfant décédés dans le premier mois de vie et nés dans un établissement de la région.** A l'issue de ces réunions, des questionnements sur nos pratiques, sur nos modalités de prise en charge, sur l'annonce faite aux parents, ont émergé.

Objectifs des recommandations

- ⇒ Parvenir dans la région Champagne-Ardenne à une cohérence sur l'annonce et l'information à délivrer aux couples et sur la prise en charge des mères et des enfants. **La première information est très souvent celle qui est retenue par le couple, d'où l'importance de celle-ci.** A savoir que la décision sera réactualisée en fonction du temps et des évènements marquants.
- ⇒ Aider chaque professionnel, pédiatres, gynécologues-obstétriciens en collaboration avec les sages-femmes et les puéricultrices, face à chaque situation, à décider d'une conduite à tenir par l'apport de connaissances actualisées et de résultats dans la région Champagne-Ardenne. **Ces recommandations offrent un cadre pour faciliter la réflexion et la décision de chaque équipe qui reste responsable de son choix, d'autant que chaque cas est particulier.**

Actualités sur les HPP

L'axe d'amélioration pour agir sur l'incidence des HPP et de leur complication dans la pratique est :

Prévention de l'HPP à l'accouchement :

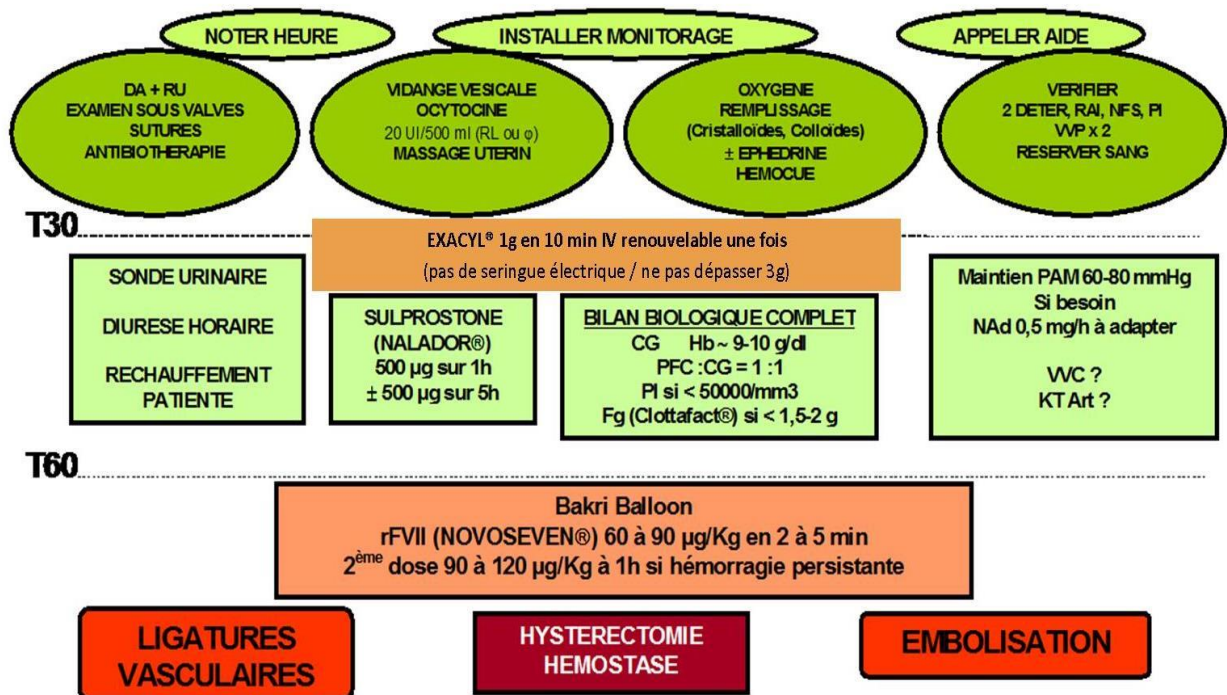
- Systématisation de la prophylaxie par ocytocine
- Surveillance clinique minimale après l'accouchement

Prise en charge initiale de l'HPP :

- Systématisation de la quantité des pertes sanguines au diagnostic
- Réalisation d'un geste endo-utérin

La rapidité, la qualité de la prise en charge initiale et coordonnée de l'hémorragie du post-partum immédiat par l'ensemble des professionnels (Gynécologues-obstétriciens, Anesthésistes réanimateurs et sage-femme) permettent de diminuer le risque de complications graves secondaires à l'hémorragie.

Proposition de protocole (source CHU REIMS)



Le principal risque de la macrosomie fœtale (10% des nouveau-nés à terme) est la dystocie des épaules (1% des accouchements) et sa complication majeure, la paralysie du plexus brachial. Le risque de dystocie des épaules est inférieur à 2% chez le fœtus de mère non diabétique ayant un poids compris entre 4000 et 4500g (80% des macrosomies). Il est supérieur à 5% dans deux situations : la macrosomie supérieure à 4500g et la macrosomie même modérée chez le fœtus de mère diabétique.

Cependant, on doit tenir compte de la faible performance de l'échographie fœtale. L'échographie ne détecte que la moitié des macrosomies >4000g et, quand elle prédit une macrosomie, elle se trompe une fois sur deux. Pour cette raison, un poids fœtal estimé compris entre 4000 et 4500g chez une femme non diabétique annonce en réalité un risque de dystocie des épaules inférieur à 1%.

Une césarienne programmée n'est recommandée par l'HAS qu'en cas de poids fœtal estimé supérieur à 5000g chez la femme non diabétique, et supérieur à 4500g chez la femme diabétique. Chez la femme non diabétique à terme, un poids fœtal entre 4000 et 4500g est relativement banal et ne constitue pas, en soi, une indication de césarienne programmée.

Pendant le travail, l'association suspicion de macrosomie + dystocie de la descente dans l'excavation annonce un risque accru de dystocie des épaules. Une césarienne est recommandée si le fœtus est à la partie moyenne de l'excavation. Les extractions instrumentales se limitent à la partie basse de l'excavation.

Devant une dystocie des épaules, la manœuvre de Mac Roberts est la manœuvre la plus connue, la plus simple, et habituellement tentée en premier. Cependant, elle est potentiellement dangereuse en raison de la traction exercée sur l'épaule antérieure. De plus, elle n'est pas adaptée à la dystocie bilatérale des épaules, que l'on doit suspecter immédiatement devant une tête scotchée à la vulve, qui se cyanose rapidement. Deux autres manœuvres doivent être parfaitement connues des sages-femmes et des obstétriciens :

- **La manœuvre de Couder.** Dans certaines équipes, elle est pratiquée systématiquement pour tous les accouchements. Elle mériterait probablement d'être tentée en premier devant une dystocie unilatérale des épaules.
- **La manœuvre de Jacquemier.** Elle s'impose d'emblée devant une dystocie bilatérale des épaules, après échec des autres manœuvres dans la dystocie unilatérale. Cette manœuvre doit être anticipée par la lecture, la réflexion, et l'entraînement sur mannequin.

Naissance sous le secret : quelle prise en charge de la femme et de l'enfant ?

Mme Françoise Hutteau responsable et Mme Catherine Biron éducatrice,
Service Aide Sociale à l'Enfance (ASE) Marne

La femme qui envisage ou qui prend la décision de confier son enfant à la naissance doit nécessairement/obligatoirement être accompagnée.

Elle doit être informée de ses droits, des conséquences de sa décision pour elle-même et pour l'enfant. Un accompagnement psychologique doit également lui être proposé. Cet accompagnement global est encadré par la législation.

L'enfant, quant à lui, séparé de sa mère à la naissance subit un réel « traumatisme psychique », avec perte de repères et de liens.

Il a alors besoin d'être pris en charge, rassuré, soutenu, accompagné et respecté pour lui permettre de trouver la sérénité, lui donner l'envie de vivre et l'aider à patienter dans l'attente d'une appartenance à une famille et de la création de liens affectifs forts, réels.

Ainsi, notre service, responsable de la prise en charge des enfants qui ne peuvent pas ou plus vivre dans leur famille, gardien des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance par leur(s) parent(s) en vue de leur adoption, a pris l'orientation d'une prise en charge individualisée au travers d'un accueil chez une assistante familiale spécialisée.

L'objectif est d'offrir un lieu de qualité au bébé pour lui permettre d'attendre dans les meilleures conditions possible ses futurs parents adoptifs ou éventuellement préparer son retour auprès de sa mère (et/ou son père) si celle-ci revient sur sa décision.

Addiction et périnatalité : « Grossesse et conduites addictives »

Dr Béatrice Cherrih-Pavec, addictologue CH Bélair CHARLEVILLE-M.

La prise en charge des femmes enceintes usagères de drogue(s) a changé dans de nombreuses équipes en France. Les changements de pratique portent sur plusieurs points.

1. la prise en charge de ces grossesses en tant que grossesses à risques de complications périnatales, pour les drogues licites et illicites
2. la mise en place d'équipes pluridisciplinaires, obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, psychologues, addictologues, assistantes sociales
3. la prise en compte réelle de la dépendance physique et psychologique aux produits consommés et de la réalité du risque fœtal majeur :
 - souffrance fœtale aigüe voire mort in utero induite par des sevrages brutaux
 - prescription de MSO et prise en charge globale pour les femmes dépendantes des opiacés
4. fonctionnement en RVH qui permet de tisser des liens avec les médecins généralistes, la PMI, la pédopsychiatrie, l'addictologie permettant un soutien avant pendant et après l'accouchement, en modifiant les représentations négatives bilatérales

Il existe très peu d'études épidémiologiques chez la femme enceinte (baromètre santé 2005).

- Cohorte GEGA
- Toutes les drogues ont un effet délétère

Grossesse et cannabis :

- 500 000 usagers quotidiens dont 1/3 de femmes
- risque de diverses complications obstétricales et du développement

Grossesse et cocaïne :

- la mère et le fœtus sont exposés à de fortes concentrations de cocaïne et de norcocaïne
- toxicité importante par effet direct de vasoconstriction, hypoxie, acidose
- complications obstétricales majeures
- tératogène ++
- syndrome de sevrage du nouveau-né

Grossesse et héroïne :

- on estime entre 500 et 2 500 grossesses de femmes héroïnomanes menées à terme par an
- diagnostic tardif de grossesse
- souvent précarité, poly consommation
- toutes les complications sont diminuées par un traitement de substitution dès que possible en maintenant des taux stables plasmatiques pour éviter les syndromes de manque
- le sevrage pendant la grossesse n'est pas recommandé, voire contre-indiqué
- syndrome de sevrage du nouveau-né

Grossesse et tabac :

- 22% des femmes enceintes fument
- Première cause de prématurité
- Message à délivrer "arrêt complet du tabac". Ne pas culpabiliser

Grossesse et alcool :

- 32% des femmes enceintes continuent à boire de l'alcool de façon occasionnelle
- Malgré le message "alcool zéro", une femme enceinte sur 10 consomme régulièrement de l'alcool

Grossesse et médicaments psychotropes

- 45% des femmes versus 28% des hommes ont consommé des médicaments psychotropes au cours de leur vie

L'enjeu repose sur les représentations de la femme et de la mère usagère de SPA (Pr Laurence SIMMAT-DURAND – université Paris-Descartes)

"La maternité serait à la fois un risque pour les enfants et une chance pour leur mère. Celle-ci ne peut donc jamais être considérée comme à la bonne place, toujours trop distante ou nuisible, ou trop proche et engagée".

« L'entretien motivationnel est une méthode de communication directive, centrée sur la personne, et visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence. »

William R. Miller et Stephen Rollnick, psychologues américains, définissent ainsi cette approche de la relation d'aide.

L'entretien motivationnel est en lien avec le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Di Clemente. Selon eux, toute personne aux prises avec un changement de comportement passe par différentes étapes au fil de son parcours. Ces étapes sont : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action, le maintien et la rechute et elles définissent un cycle.

Initialement développé dans le champ de l'addictologie, l'entretien motivationnel se diffuse à tous les domaines où un changement de comportement est à envisager, l'accompagnement des maladies chroniques par exemple.

La pratique de l'entretien motivationnel repose sur les compétences essentielles de poser des questions ouvertes, valoriser, faire preuve d'empathie, pratiquer une écoute réflexive.

- William R. Miller et Stephen Rollnick (trad. Dorothee Lécallier, Philippe Michaud), *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement* [« Motivational Interviewing: Helping People Change, 3rd Edition »], Paris, InterEditions, 2013, 434 p. ISBN 978-2-7296-1361-7.
- Prochaska, JO, DiClemente, CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin ; 1984. [ISBN 087094438X](#).

Du mois de janvier 2004 à celui de janvier 2014 un programme de dépistage systématique de la surdité à la naissance a été mis en place au niveau de la Champagne-Ardenne. Cette région de quatre départements compte 1,3 million d'habitants, et 16500 naissances y sont recensées en moyenne par an. Après obtention d'un financement régional il a donc été décidé de mettre en place un dépistage dans les 17 initiales puis 14 actuelles maternités de la région, après formation des différentes équipes (sages-femmes, infirmières, aide-puéricultrices) s'étant engagées à réaliser ce dépistage.

De janvier 2004 à janvier 2014 ce dépistage a permis de tester à la naissance 160 196 nouveau-nés, soit 99,04 % des enfants nés durant ces dix ans en Champagne-Ardenne. Seulement 1 596 enfants (1%) ont nécessité un deuxième test par le médecin référent de leur maternité. Au total 116 diagnostics de surdité ont été posés sur l'ensemble des nourrissons adressés au centre d'Audiophonologie du CHU de Reims pour un troisième test. L'âge moyen de diagnostic est de 3 à 4 mois, alors qu'il est d'au moins 20 mois en l'absence de dépistage systématique. Les surdités retrouvées se répartissent en 25% de surdités profondes, 10% de surdités sévères, 40% de surdités moyennes, et 25% de surdités légères.

Après dix ans de réalisation en Champagne-Ardenne, ces résultats montrent qu'un dépistage systématique à la naissance de la surdité est possible, sûr, fiable permettant un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée pour chaque nourrisson et sa famille.

Protocole de dépistage de la surdité en Champagne-Ardenne :

- **Premier test réalisé dans les trois premiers jours** de vie utilisant soit des oto-émissions acoustiques provoquées (OEAp) en maternité, soit des potentiels évoqués auditifs automatisés (PEAa) en service de réanimation et unités de soins intensifs néonataux. Pour chaque nouveau-né les résultats des tests quels qu'ils soient sont transmis au Centre Régional de Dépistage Néonatal (ARCAMMHE) à l'aide du carton de Guthrie. Sur ce carton l'équipe de la maternité ou de la réanimation note « + » ou « - » les résultats des OEAp et/ou des PEAa obtenus pour chaque oreille selon qu'ils aient été trouvés ou non. Nous avons décidé de ne « pister » que les enfants ayant un test échoué aux 2 oreilles. Dans les autres cas (+/- ou +/+) le résultat est simplement enregistré par le CRDN et ces enfants relèvent d'un suivi normal par la suite, le dépistage ayant permis d'attirer l'attention des parents quant à la nécessité de surveiller l'audition de leur enfant et de consulter au moindre doute. Un dépliant spécifique leur est ensuite délivré décrivant schématiquement les grandes étapes de l'acquisition du langage d'un enfant en fonction de l'âge.
- **Pour les enfants ayant un premier test échoué aux 2 oreilles un deuxième test (test 2 ou retest) est réalisé au quinzième jour** soit par OEAp soit par PEAa par le médecin référent de la maternité vers qui l'enfant est alors dirigé, ceci afin de ne pas laisser les familles trop longtemps dans le doute. L'ARCAMMHE qui a connaissance en temps réel de ce résultat -/- est alors en mesure de joindre le médecin référent si le résultat du deuxième test tarde à lui être transmis. Ceci est une méthode efficace pour éviter toute perte de vue.
- **En cas de deuxième test échoué** le nouveau-né est alors adressé au centre d'Audiophonologie du CHU de Reims pour un troisième test, cette fois diagnostique, parfois réalisé sous anesthésie générale. Couplé ensuite à une audiométrie comportementale, il précède l'éventuelle annonce diagnostique.

Sortie de maternité après accouchement : quel accompagnement des patientes ?

Le PRADO, retour sur le dispositif

Hélène Van Compagnol, Responsable du service en santé Prado, CPAM de la Marne

Inscrit dans la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) avec l'Etat, le Programme d'accompagnement au retour à domicile (Prado) est un objectif prioritaire de l'Assurance Maladie. Initié en 2010, il a pour but d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et de fluidifier le parcours hôpital-ville, tout en réduisant les dépenses inutiles.

En 2010, l'Assurance Maladie a souhaité développer son service de retour à domicile Prado sur le champ de la maternité, pour permettre aux femmes ayant accouché sans complication d'un enfant unique de quitter la maternité dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante et de bénéficier d'un suivi à domicile assuré par une sage-femme libérale de son choix.

Après une phase d'expérimentation de deux ans, Prado Maternité est généralisé sur tout le territoire Français et également accessible aux parturientes qui ont accouché par césarienne sans complication. Quatre types d'acteurs sont identifiés autour de la patiente : l'équipe médicale de l'établissement, la sage-femme, le médecin traitant et le conseiller de l'Assurance Maladie (CAM).

Lors de sa visite auprès du lit de la patiente, le CAM lui présente l'offre, recueille son adhésion, lui propose de choisir une sage-femme libérale, organise son premier rendez-vous avec elle et en assure le suivi. La patiente reste bien évidemment libre d'accepter ou de refuser ce service, sans incidence sur son niveau de remboursement. En complément, le CAM met à jour le dossier administratif de la patiente (rattachement des enfants à l'un ou aux deux parents) et l'informe des autres offres de service : mon compte-ameli, ameli-santé, etc.

Plus de 460 000 jeunes mères ont pu profiter du service ... et plus de 99% le conseilleraient à un proche! Aujourd'hui, l'Assurance Maladie propose l'accompagnement Prado également sur 2 autres champs d'intervention : l'orthopédie et l'Insuffisance cardiaque.

Sortie de maternité après accouchement : quel accompagnement des patientes ?

Partage d'expériences autour de la mise en œuvre

M Sourdet, sage-femme libérale CHALONS-EN-C.

Le dispositif PRADO, mis en place depuis environ 2 ans, a pour objectif de soutenir les jeunes parents lors de leur retour à la maison après la naissance de leur enfant dans un contexte périnatal rendu tendu par la fermeture d'un certain nombre de maternités de proximité et par le raccourcissement des durées de séjours hospitaliers.

Il s'adresse aux couples mère- enfant à bas risque et ne réduit pas (du moins pour le moment) la durée du séjour en maternité.

La sage-femme est le pivot de son organisation au plan médical depuis l'inclusion de la patiente dans le service de maternité jusqu'aux visites à domicile de la sage-femme libérale.

Avec l'accord confirmé de la patiente, la première visite au domicile de la famille est programmée dans les 48 heures suivant la sortie. Une 2^e visite est possible si nécessaire.

Les points forts du dispositif sont la possibilité d'accompagner le retour à la maison avec l'enfant, particulièrement pour les primi-parents, et le repérage de situations de vulnérabilité notamment psychiques.

Les points faibles sont liés aux critères d'inclusion : grossesse unique, patiente majeure et à une certaine inutilité du dispositif auprès de patientes multipares (rapport coût/efficacité ?).

Une bonne organisation au sein du dispositif est indispensable pour assurer une prise en charge de qualité permettant à la fois de répondre aux objectifs institutionnels et aux attentes des patientes.

Sortie de maternité après accouchement : quel accompagnement des patientes ?

Partage d'expériences autour de la mise en œuvre

Dr C Sommer, pédiatre GCS Maternité d'Épernay

Le dispositif PRADO, mis en place depuis environ 2 ans, a pour objectif de soutenir les jeunes

Les sorties grâce au dispositif PRADO sont en place depuis une petite année à la maternité d'Épernay. Le nombre de couples mère-enfant éligible est de 59% et le nombre d'acceptation du dispositif est de 61%. Les patientes et les professionnels semblent satisfaits.

Intervention de le PMI en post-natal

Nous intervenons dès la maternité, pour rencontrer toutes les mamans qui accouchent dans les Ardennes. Au cours de nos échanges avec celles-ci, elles indiquent que le service de PMI est mal connu et qu'il y a une confusion entre le rôle de chacun : sage-femme libérale / IDE puéricultrice PMI.

De plus, les avis de naissances et les certificats de santé sont reçus en PMI pour une exploitation épidémiologique. Nous sommes informées de toutes les naissances de notre secteur et envoyons aux mères soit :

- Un courrier de mise à disposition avec nos coordonnées pour qu'elles nous sollicitent si elles le désirent
- Un rendez-vous pour une visite à domicile pour les personnes nécessitant une attention particulière. Des critères sont définis au niveau départemental (naissances multiples, signalement de la maternité ou de la néonate, état dépressif, mère mineure...).

Problèmes/solutions :

Le service de PMI constate une diminution significative des demandes de visite à domicile en post-natal immédiat, mais aussi à plus long terme lorsque le suivi de la sage-femme libérale s'arrête. Les mères ont des difficultés à comprendre l'intérêt de notre intervention dans la mesure où un suivi par la SF libérale leur a déjà été proposé par la sécurité sociale dans le cadre du PRADO. Nous précisons donc que notre suivi peut se faire en parallèle de celui de la SF ou en relai, lorsque son intervention s'interrompt. Le lien avec les sages-femmes libérales est insuffisant aujourd'hui et mérite d'être développé. Les critères d'intervention de la PMI sont mal connus des sage-femmes libérales et doivent leur être précisés.

En cas de nécessité, une visite conjointe semble être une bonne solution pour faire la transition. En cas d'impossibilité, la sage-femme libérale peut informer elle-même la patiente du relais PMI. Par expérience, lorsque ce relais est établi, nous sommes bien acceptées par la patiente et le suivi se poursuit.

Pour faciliter la coordination avec les maternités, il a été mis en place récemment avec le centre hospitalier de Charleville, une boîte mail qui permet au service de maternité de nous transmettre les informations sur des situations particulières où notre intervention est demandée. Cependant quand la situation est délicate, l'échange téléphonique entre les professionnels de PMI et de maternité est essentiel. Il est également envisagé que les professionnels de PMI puissent participer aux ateliers PRADO organisés par la CPAM. Avec le centre hospitalier de Sedan, une réunion mensuelle est organisée pour échanger sur les situations problématiques.

Le passage des puéricultrices a été renforcé au sein des deux maternités, ce qui permet des échanges directs.

Il est important de rappeler que **la PMI est un service accessible à tous**. La sage-femme ou la puéricultrice de PMI ne peuvent intervenir qu'avec l'accord de la famille. Dans certaines situations, il est important de pouvoir anticiper en intervenant avant la naissance, pour favoriser l'établissement d'un lien de confiance nécessaire à notre intervention.