



**HAL**  
open science

**Impact des éléments repérés par la cartographie  
URKIND© sur la grossesse et l'accouchement : étude  
épidémiologique, quantitative, descriptive par recueil de  
données a posteriori sur 30 dossiers de patientes ayant  
accouché au CHR de Metz-Thionville en 2020**

Léana Borean

► **To cite this version:**

Léana Borean. Impact des éléments repérés par la cartographie URKIND© sur la grossesse et l'accouchement : étude épidémiologique, quantitative, descriptive par recueil de données a posteriori sur 30 dossiers de patientes ayant accouché au CHR de Metz-Thionville en 2020. Médecine humaine et pathologie. 2021. hal-03870493

**HAL Id: hal-03870493**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870493>**

Submitted on 24 Nov 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

*Impact des éléments repérés  
Par la cartographie URKIND©  
Sur la grossesse et l'accouchement*

Étude épidémiologique, quantitative, descriptive par recueil de données a posteriori  
sur 30 dossiers de patientes ayant accouché au CHR de Metz-Thionville en 2020

Mémoire présenté et soutenu par  
BOREAN Léana

Directeur de mémoire : Mergen-Morel Catherine, Sage-Femme enseignante

Expert : Sanviti Laure, Sage-Femme libérale

Promotion 2017-2021



Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

*Impact des éléments repérés  
Par la cartographie URKIND©  
Sur la grossesse et l'accouchement*

Étude épidémiologique, quantitative, descriptive par recueil de données a posteriori  
sur 30 dossiers de patientes ayant accouché au CHR de Metz-Thionville en 2020

Mémoire présenté et soutenu par  
BOREAN Léana

Directeur de mémoire : Mergen-Morel Catherine, Sage-Femme enseignante

Expert : Sanviti Laure, Sage-Femme libérale

Promotion 2017-2021

## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont soutenue dans la réalisation de ce mémoire.*

*Particulièrement, Mme Catherine Mergen-Morel ma directrice de mémoire qui a cru en ce sujet et qui m'a soutenue jusqu'à son terme.*

*Mme Laure Sanviti, mon experte de mémoire pour son enthousiasme et son soutien tout au long de ce travail.*

*Je tiens à remercier également Mme Nathalie Piquée de m'avoir permis d'utiliser son outil innovant qu'est la cartographie URKIND©.*

*Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont facilitée l'accès aux diverses sources scientifiques utilisées dans le cadre de la rédaction de ce mémoire.*

*Enfin, je remercie chaleureusement ma famille, et mes ami(e)s pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études.*

## SIGLAIRE

ARS : Agence régionale de santé

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CSP : Code de la Santé Publique

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

OCDE : Organisation de Coordination et de Développement Économique

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PMI : Protection Maternel et Infantile

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

SA : Semaines d'Aménorrhées

Se : Sensibilité

Sp : Spécificité

VN : Vrais Négatifs

VP : Vrais positifs

VPN : Valeur Prédictive Négative

VPP : Valeur Prédictive Positive

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>ARGUMENTAIRE ET JUSTIFICATION</b> .....	<b>9</b>
<b>1. ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE : HISTOIRE, EVOLUTION ET PLACE DE LA SAGE-FEMME</b> .....	<b>9</b>
1.1. PLAN PÉRINATALITÉ 1995-2000 .....	10
1.2. PLAN PERINATALITE 2005-2007 .....	10
1.3. ENQUÊTE NATIONALE PERINATALE 2010 .....	11
1.4. ENQUÊTE NATIONALE PERINATALE 2016 .....	11
1.5. EVOLUTION DE L'EPP .....	12
<b>2. ORGANISATION DE L'EPP</b> .....	<b>12</b>
2.1. DEFINITION, CADRE LEGISLATIF .....	12
2.2. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE .....	13
<b>3. EPP : OUTILS DE PREVENTION</b> .....	<b>14</b>
3.1. OBJECTIFS DE L'EPP .....	14
3.2. TRANSMISSION DES DONNÉES ENTRE PROFESSIONNELS .....	15
<b>4. CARTOGRAPHIE URKIND®</b> .....	<b>15</b>
4.1. EXEMPLE DE REMPLISSAGE D'UNE CARTOGRAPHIE .....	16
4.2. OPTIMISER L'EPP .....	19
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>20</b>
<b>1. PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>20</b>
<b>2. OBJECTIFS</b> .....	<b>20</b>
2.1. BENEFICE ATTENDU .....	20
2.2. OBJECTIF PRINCIPAL .....	20
2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES .....	20
<b>3. HYPOTHESES</b> .....	<b>20</b>
<b>4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES</b> .....	<b>21</b>
4.1. TYPE D'ETUDE .....	21
4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILTE .....	21
4.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE .....	21
4.4. RECUEIL DE DONNES .....	21
4.5. GESTION DES DONNEES .....	21
4.6. LIEUX DE L'ETUDE .....	21
4.7. PERIODE DE L'ETUDE .....	21
<b>RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
<b>1. CARACTÉRISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION</b> .....	<b>22</b>
1.1. LA PARITE .....	22
1.2. AGE MATERNEL .....	22
1.3. SITUATION MATRIMONIALE .....	22
1.4. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE .....	22
1.5. PREPARATION A LA NAISSANCE .....	23
<b>2. RESULTATS CONCERNANT LA PÉRIODE D'ACCOUCHEMENT *</b> .....	<b>23</b>
2.1. TERME DE L'ACCOUCHEMENT .....	23
2.2. ENTREE EN TRAVAIL .....	24
2.3. MODE D'ACCOUCHEMENT .....	24
2.4. POST-PARTUM IMMEDIAT .....	24
2.5. ADAPTATION NEONATALE .....	24
<b>3. RESULTATS CONCERNANT LE POTENTIEL D'ENERGIE</b> .....	<b>24</b>
3.1. RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE URKIND® .....	24

3.2.	PREAMBULE EXPLICATIF ET CHOIX DU SEUIL DU POTENTIEL ENERGETIQUE .....	25
3.3.	LA REPARTITION DES COTATIONS DES ITEMS EN FONCTION DU POTENTIEL D'ENERGIE MATERNEL .....	25
3.4.	LA REPARTITION DU POTENTIEL D'ENERGIE MATERNEL EN FONCTION DE LA MISE EN TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT .....	26
<b>DISCUSSION .....</b>		<b>29</b>
<b>1.</b>	<b>FORCE DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>29</b>
<b>2.</b>	<b>LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>29</b>
<b>3.</b>	<b>ANALYSE DES RÉSULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHÈSES .....</b>	<b>30</b>
3.1.	FIABILITE DES RESULTATS .....	30
3.2.	EXAMEN DES HYPOTHESES .....	31
3.3.	CONCLUSION DES HYPOTHESES .....	33
<b>4.</b>	<b>AXES DE PROGRESSION .....</b>	<b>34</b>
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>35</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>36</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>39</b>

# INTRODUCTION

En France, il y a eu en 2016 environ 783 640 naissances vivantes. Parmi eux, on distingue 67,7% d'accouchement voie basse normal soit 530 524 naissances, 11,8% d'accouchement instrumental soit 92 469 naissances et 20,2% de césariennes soit 158 295 naissances selon les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) [1].

La sage-femme a toutes les compétences pour suivre les grossesses physiologiques mais aussi de dépister la pathologie et de la prévenir.

Un enjeu de santé publique serait plutôt de prévenir ce qui pourrait être évitable. Ces pathologies médicales ou non, amplifiées par un environnement défavorable prédisposent à des conduites à tenir non physiologiques.

Les accouchements instrumentaux et par césarienne sont source de morbidité non négligeable à la fois pour la mère et le nouveau-né. À ce titre, l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) a été créé avec pour objectif de dépister les vulnérabilités maternelles et de les prendre en charge.

J'ai eu l'occasion au cours de mes stages d'observer différentes techniques d'animation de l'EPP et l'une d'elles a en particulier retenu mon attention. Il s'agit de la cartographie URKIND®, méthode d'entretien interactif qui a été élaborée par Nathalie Piquée, sage-femme.

En 4<sup>e</sup> année, les sages-femmes m'ont interpellée sur le fait qu'elles retrouvaient en salle de naissance les cartographies dans les dossiers des patientes et qu'elles présentaient un lien avec l'accouchement sans toutefois pouvoir le définir. C'est ainsi qu'est née mon envie de travailler sur cette cartographie dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. La problématique mon mémoire est : En quoi les éléments de risque repérés par la cartographie URKIND® impactent-ils la grossesse et l'accouchement, avec pour objectif principal de faire un état des lieux des risques identifiés par la cartographie d'URKIND® et de leur prise en charge lors de la grossesse et de l'accouchement en 2020-2021.

Afin d'y répondre, il a été nécessaire de retracer l'évolution de la place de la sage-femme au fil des années dans la prise en charge des femmes enceintes ainsi que la création et l'amélioration de l'EPP. Ainsi, dans une première partie sera traitée l'EPP, son histoire, son évolution et la place que tient la sage-femme dans sa réalisation, ainsi l'organisation de l'EPP, la place de l'EPP en tant qu'outil de dépistage et de prévention. Dans une seconde partie, la méthodologie a été expliquée, puis les résultats de l'étude ont été présentés dans une troisième partie. Ensuite, ils ont été discutés dans une dernière partie.

# ARGUMENTAIRE ET JUSTIFICATION

## 1. ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE : HISTOIRE, EVOLUTION ET PLACE DE LA SAGE-FEMME

La Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en 2016 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles concernant le « suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ». L'objectif est d'améliorer le suivi de la grossesse normale et d'identifier des situations à risque de complications maternelles, fœtales et obstétricales.

D'après le rapport de la commission des 1000 premiers jours de septembre 2020, l'environnement dans lequel se trouve la patiente et dans lequel le nouveau-né va évoluer, tient un rôle majeur dans son développement. [2] Ainsi, afin de garantir un suivi adapté à chaque patiente suivant l'environnement dans lequel elle se trouve, il est primordial de repérer les situations à risque de complications. Pour cela, les sages-femmes ont un rôle décisif, dont les compétences permettent de suivre toutes les grossesses physiologiques mais aussi de dépister les pathologies. Leur rôle de repérage des situations à risque au fil des consultations mais plus particulièrement lors de l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) font d'elles des actrices indispensables dans la chaîne de soins qui se crée autour des patientes.

L'HAS propose une liste non exhaustive de risques à rechercher tel que :

- **Des facteurs de risque généraux** (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- **Des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non** (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ;
- **Des antécédents personnels liés à une grossesse précédente** (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- **Une exposition à des toxiques** (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- **Des facteurs de risque médicaux** (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- **Des maladies infectieuses** (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ;
- **Des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle, etc.

Mais il faut également rechercher les patientes à risque de pathologies psychiques, ou plus particulièrement les antécédents de dépression du post-partum.

Cependant, l'intérêt est bien de prendre en charge la patiente dans sa globalité. Pour cela, il faut inclure son environnement et son parcours de vie afin de lui proposer un suivi personnalisé.

Ce repérage peut être fait tout au long de la grossesse, mais plus il est réalisé précocement, meilleur sera le suivi. L'EPP réalisé par les sages-femmes est un temps d'échange intéressant qui ne porte pas uniquement sur le parcours médical mais sur l'ensemble des préoccupations de la patiente. Après le repérage des risques, il convient d'identifier la prise en charge adéquate et solliciter l'avis de différents professionnels en fonction du niveau de risque. Ce réseau peut se mettre en place autour de la patiente qu'à condition de posséder une formation théorique et pratique adaptée à la périnatalité ainsi qu'une

collaboration ville-hôpital étroite. [3]

### 1.1. PLAN PÉRINATALITÉ 1995-2000

Le plan de périnatalité 1995-2000, intitulé « La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance », tirait plusieurs constats. En effet, la France n'était pas bien classée dans ce domaine, selon l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE). Elle était retrouvée au 10<sup>e</sup> rang mondial concernant la mortalité infantile, au 12<sup>e</sup> rang mondial concernant la mortalité périnatale. Ce classement était relativement en dessous des attentes en matière de santé pour un pays comme la France où les dépenses de santé. Ce plan révèle de grosses variations inter-régionales en termes de prise en charge.

Les principaux facteurs de risques relevés à cette époque étaient :

- L'âge gestationnel à la naissance
- Le poids de naissance
- Le rang de naissance
- La catégorie socioprofessionnelle du père
- L'inactivité de la mère
- Le caractère illégitime de l'union des parents (qui paraît aujourd'hui un critère archaïque).

Pour permettre une naissance dans de bonnes conditions, ce plan mettait en avant la nécessité de se mettre à l'écoute des femmes et des familles qui souhaitaient un suivi moins médicalisé de la grossesse, mais plus orienté sur la relation et l'accompagnement. Les femmes et les familles étaient en demande d'écoute durant la grossesse, qui était une période propice pour instaurer un soutien maternel, mais cette dimension était reléguée au séjour en suites de couches à la maternité. Ce plan mettait en avant le rôle des gynécologues-obstétriciens mais également des pédiatres dans la prise en compte de l'état psycho-affectif de la mère au cours de la grossesse. Ces derniers déploraient cependant le manque de formation et de moyen pour parvenir à cette prise en charge. Les sages-femmes n'étaient pas du tout mises en avant alors qu'elles étaient pourtant les mieux placées pour répondre à cette demande.

Ce plan révélait aussi la nécessité d'apporter une meilleure formation aux professionnels de la périnatalité afin qu'ils puissent recentrer l'aspect psychoaffectif dans la prise en charge de la grossesse, qui était vécue comme trop médicalisée par les patientes. [4] Mais l'arrêté du 25 avril 2000 se concentrait plutôt sur la sécurité, notamment vis-à-vis des locaux, du matériel et du nombre de professionnels nécessaires pour une naissance en toute sécurité au détriment de l'aspect psychoaffectif. [5]

### 1.2. PLAN PERINATALITE 2005-2007

Le plan périnatalité « Humanité, proximité, sécurité, qualité » de 2005-2007 a pointé le besoin d'accorder plus d'importance aux émotions ressenties par la femme enceinte, le couple plutôt que de se focaliser sur la sécurité médicale. Ce constat faisait déjà partie du plan périnatalité 1995-2000 mais avait été insuffisamment pris en compte à l'époque. Le plan de 2005-2007 avait à cœur de remettre « l'humain » au centre de la prise en charge de la grossesse, qui était jusque-là reléguée au second plan derrière la prise en charge purement médicale.

Pour cela, les sages-femmes allaient avoir un rôle prépondérant. En effet, il leur était confié la réalisation

de l'EPP appelé au départ « Entretien individuel du 4<sup>e</sup> mois ». Il devait être systématiquement proposé à la patiente qui pouvait à l'époque, choisir de le réaliser ou non et avait la possibilité d'être accompagnée de son conjoint. Cet entretien avait pour objectif de favoriser l'expression des attentes de la patiente/du couple, de leur donner des informations sur les ressources dont ils disposaient à proximité de leur lieu de vie, de créer un lien sécurisant avec les acteurs du réseau périnatal et plus généralement, d'aborder tout ce qui préoccupait la future mère.

La réalisation de cet entretien a été principalement attribuée aux sages-femmes, qu'elles soient libérales, hospitalières ou travaillant en Protection Maternelle et Infantile (PMI) mais pouvait également être réalisé par tout professionnel ayant une expertise au sein du réseau de périnatalité.

Cet entretien devait permettre une meilleure prise en compte des vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période, comme un facteur influençant le bon déroulement du processus naturel de la naissance. [6]

### 1.3. ENQUÊTE NATIONALE PERINATALE 2010

L'enquête nationale périnatale de 2010 avait pour objectif de décrire l'état de santé des enfants, des soins et des caractéristiques des mères en 2010 et leur évolution depuis 2003. L'enquête relevait une forte hausse de la consultation des sages-femmes pour le suivi de la grossesse depuis 2003. En effet, au cours des sept années, la part de patientes ayant consulté une sage-femme au cours de la grossesse est passée de 26,6% à 39,4% en maternité et de 5% à 19,8% en cabinet libéral. L'enquête révélait que la hausse des consultations sage-femme se faisait au détriment des médecins généralistes mais pas des gynécologues-obstétriciens dont le taux de consultation restait stable. Deux hypothèses pouvaient expliquer la hausse des consultations sage-femme, soit un changement de professionnel lors de la 1<sup>ère</sup> consultation prénatale, soit la réalisation de l'entretien prénatal. En effet, depuis 2004, et la modification de l'article L.2122-1 du code de la santé publique, une sage-femme peut réaliser le premier examen prénatal et, par conséquent, effectuer la déclaration de grossesse ce qui n'était pas le cas auparavant car la déclaration devait être faite par un médecin [7]. Ce changement ne bouleverse pas les habitudes des patientes en termes de suivi de grossesse, car seules 5,4% des grossesses ont été déclarées via la consultation d'une sage-femme. L'apparition de l'EPP en 2007 pourrait avoir conduit les patientes à s'orienter vers une sage-femme pour le suivi de leur grossesse. En effet, seules 21,4% des patientes interrogées déclaraient avoir eu un EPP. Pour 49,8% des patientes, l'entretien a été réalisé lors d'une consultation avec une sage-femme hospitalière contre 35,3% par une sage-femme en cabinet libéral. Toutefois, l'apparition de l'EPP n'expliquait pas non plus le changement de professionnel consulté pendant la grossesse puisque 37% des patientes ayant eu recours à une consultation sage-femme déclaraient ne pas avoir eu d'EPP. Les patientes se sont donc dirigées vers les sages-femmes pour le suivi de leur grossesse sans pour autant en modifier le suivi. [8]

### 1.4. ENQUÊTE NATIONALE PERINATALE 2016

L'enquête nationale périnatale de 2016 parue presque 10 ans après la création de l'EPP révélait que celui-ci était encore peu réalisé. En effet, seules 28,5% des patientes déclaraient avoir eu un EPP ce qui était une très faible augmentation depuis 2010. On notait toutefois que les sages-femmes libérales se sont saisies de l'importance de cette consultation de dépistage puisqu'elles ont réalisé 47,2% des

entretiens. Bien que l'entretien soit proposé à toutes les patientes enceintes, les primipares étaient plus intéressées que les multipares. En effet, 39,5% des primipares ont réalisé l'EPP contre seulement 20,5% des multipares, ces dernières se sentant certainement moins concernées. Il était intéressant de renforcer la diffusion de l'EPP car à l'issue de cette consultation, 14,6% des patientes ont été réorientées vers un autre professionnel (diététicienne, psychologue, assistante sociale etc.), ce qui fait de l'EPP un bon outil de dépistage des risques. [9]

## 1.5. EVOLUTION DE L'EPP

Aujourd'hui, l'EPP reste peu effectué, il ne concerne de 28% des grossesses d'après le Collège National des Sages-Femmes (CNSF). [10] C'est pourquoi, il a été rendu obligatoire le 1<sup>er</sup> mai 2020 par l'amendement n°1963 lors du suivi de la grossesse. Cependant, il est intéressant de se demander pourquoi un outil de dépistage qui a fait ses preuves n'était pas plus utilisé par les professionnels de santé. Le fait de rendre l'EPP obligatoire ne laisse plus aux patientes le choix d'apprécier elles-mêmes si elles ressentent le besoin ou non de cet entretien. Précédemment, les patientes, notamment multipares, pouvaient ne pas comprendre l'intérêt de cet entretien et avoir un a priori stigmatisant à son propos. Les professionnels ont remarqué que la part des femmes réalisant l'EPP ne sont pas celles qui en ont le plus besoin. Rendre l'EPP obligatoire dans le suivi de la grossesse corrige l'inégalité de dépistage des vulnérabilités psychosociales et non plus seulement médicales. Cependant, la faible proportion d'EPP réalisés ne dépend pas seulement des patientes mais également de la faible adhésion des professionnels de santé. En effet, selon un rapport du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), nombre de professionnels de la périnatalité déplorent le manque de coordination entre professionnels du suivi de la grossesse autour de cet entretien.[11] Il n'y a pour l'instant pas d'outil fédérateur qui permettent la transmission des données recueillies au cours de l'EPP. Certains réseaux du secteur périnatal proposent un outil de communication entre professionnels mais cela reste inadapté à la réalité des échanges. Il s'agit souvent de plusieurs feuillets sous forme de tableaux à compléter. [12]

## 2. ORGANISATION DE L'EPP

### 2.1. DEFINITION, CADRE LEGISLATIF

Au cours de la grossesse, l'aspect psychologique / psychique est souvent relayé au second plan, perdu au milieu de toutes les données médicales du suivi de grossesse.

L'EPP redonne ainsi toute sa place au vécu de la grossesse. Cet entretien est connu sous différents noms « prénatal précoce », « prénatal individuel », « du 4<sup>e</sup> mois », mais quelle que soit sa dénomination, il regroupe toutes ces caractéristiques. En effet, c'est un entretien réalisé de manière précoce au cours de la grossesse pour dépister le plus tôt possible les difficultés rencontrées par la patiente et son conjoint. [7] Il est individuel et singulier car il ne répond à aucune norme stricte, il n'y a pas de trame type, il est fait pour et avec la patiente bien qu'il réponde aux mêmes objectifs de repérage systématique des vulnérabilités pour toutes les patientes.

L'amendement n°1963 de l'article L. 2122-1 rend l'EPP obligatoire à partir du 1<sup>er</sup> mai 2020 et retire la notion de 4<sup>ème</sup> mois du Code de la Santé Publique (CSP). [13] Il doit être réalisé dès lors que la

déclaration de grossesse a été effectuée par le professionnel de santé et non plus simplement proposé. L'article de loi ne fait plus mention du terme de la grossesse auquel cet entretien doit être réalisé.

L'EPP est majoritairement réalisé par une sage-femme, qu'elle soit hospitalière, libérale ou territoriale de PMI, il dure 45 minutes à une heure et est intégralement pris en charge par la sécurité sociale. L'entretien prénatal précoce fait partie de la nomenclature des actes professionnels comme première séance de préparation à la naissance mais il possède une cotation spécifique qui est le SF15 pour la rémunération des actes réalisés par la sage-femme. [14] L'entretien peut être effectué par une personne qui ne suit pas la grossesse, ce qui est souvent le cas pour les patientes dont la grossesse est suivie par un médecin. [15]

Cet entretien a pour objectif de repérer les problématiques médicales et psychosociales à travers un échange avec la patiente mais également d'inclure l'autre parent qui mène le projet de naissance. [16] Il est personnalisé en fonction des besoins liés à la patiente et à son environnement.

## 2.2. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

L'EPP est majoritairement réalisé par des sages-femmes qui reçoivent au cours de leur études une formation théorique et pratique, qui les rendent aptes à mener cette consultation particulière. Il pourrait cependant être réalisé par un professionnel de santé spécialisé dans la périnatalité, qu'il soit médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien. [13]

Mener un EPP est enseigné au cours de la formation initiale en école de sages-femmes à travers des mises en situations et apports théoriques autour de la conduite de réunions et d'entretien, les séances de préparations à la naissance et à la périnatalité. L'enjeu est d'apprendre à trouver le juste équilibre entre écoute, empathie et orientation pour aider la patiente à traverser au mieux les questionnements que la grossesse lui fait se poser. Une grande partie de la formation se fait également sur le terrain auprès des professionnels de santé, les étudiants sages-femmes apprennent à trouver les mots et à s'adapter à chaque situation, développant ainsi le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

Des formations complémentaires et apprentissages à différentes techniques d'entretien peuvent être réalisés auprès des différents réseaux de périnatalité présents dans les régions mais également par des organismes indépendants. Par exemple, le réseau périnatal Lorrain qui est organisé par des acteurs de la périnatalité tels que des médecins, des sages-femmes et infirmières puéricultrices a pour mission de :

- Mettre en œuvre la politique nationale et régionale en santé périnatale et d'apporter son expertise à l'Agence Régionale de Santé (ARS).
- Aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale.

Plus concrètement, le réseau a pour but de mener des missions concrètes concernant la périnatalité parmi lesquelles :

- Soutenir les parents ayant un enfant né prématurément dans organisation des soins et les rendez-vous avec le réseau RAFAEL
- Promouvoir le dépistage des troubles auditif dans les maternités dès 24h de vie avec Audition Lorraine
- Garantir l'accès à l'IVG et l'accompagnement en Lorraine
- Prévenir et accompagner les femmes et les enfants victimes de violence

- Accompagner des personnes souffrant d'addiction.

Cette liste est non exhaustive de toutes les missions que mène le réseau périnatal Lorrain, il accompagne notamment les mères en ante-partum et les guide dans l'offre de soin de la région. [16]

### **3. EPP : OUTILS DE PREVENTION**

#### **3.1. OBJECTIFS DE L'EPP**

L'EPP est une séance distincte d'une consultation médicale de suivi de la grossesse. Dorénavant obligatoire, dès lors que la déclaration de grossesse a été effectuée, il s'agit d'un entretien de 45 minutes réalisé avec la femme enceinte accompagnée de son conjoint si elle le souhaite. [13] L'entretien peut être renouvelé, si une seule séance n'a pas été suffisante pour aborder tous les thèmes. L'intérêt de cette rencontre est d'instaurer une relation de confiance afin d'aborder le plus librement possible les difficultés de la patiente. Il faut lui permettre de se sentir dans des conditions favorables pour se livrer sans que cela relève de l'interrogatoire.

L'objectif majeur de l'EPP est d'identifier les facteurs de vulnérabilité rencontrés par la patiente. Pour cela, la HAS a listé des thématiques à aborder au cours de l'entretien [18]:

- Qui est la femme enceinte, le couple ?
- Ce que vit et a vécu la patiente, son conjoint ?
- Ce qu'elle ressent
- Ce qu'elle fait
- Ce qu'elle sait
- Ce qu'elle croit
- Se sent-elle menacée et par quoi ?
- Ce qu'elle veut connaître est apprendre
- Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire

Ces thèmes et questionnements doivent permettre au professionnel de santé menant l'entretien de dépister les principaux facteurs de vulnérabilité regroupés dans la liste suivante :

- Problème de type relationnel
- Antécédents obstétricaux mal vécus
- Violence domestique
- Stress, anxiété, troubles du sommeil
- Épisode dépressif
- Addictions
- Précarité, risque social (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale)
- Naissance d'un enfant à haut risque psycho-affectif (maladie, malformation ou handicap)

Bien entendu, ceci permet à la sage-femme de guider l'entretien qui sera construit en collaboration étroite avec la patiente en fonction de la relation de confiance, qui aura été préalablement établie. D'autre part, un même facteur de vulnérabilité, rencontré chez deux patientes différentes, ne constituera pas forcément une situation de vulnérabilité. L'objectif étant de pouvoir orienter au mieux les patientes en fonction de leur vécu, et de pouvoir les aider à trouver les clés afin d'améliorer leur qualité de vie. Chaque entretien s'inscrit dans la singularité de chaque patiente. L'environnement global doit donc être

pris en compte.

De manière plus large, l'EPP constitue un temps d'échange et d'écoute pour les futurs parents. En effet, cet entretien sert d'introduction aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité qui interviendront plus tard dans la grossesse. [15; 19]

### 3.2. TRANSMISSION DES DONNÉES ENTRE PROFESSIONNELS

La transmission des données est un enjeu important de l'EPP. La HAS recommande la rédaction d'une fiche de synthèse à la fin de chaque entretien prénatal précoce. [18] Cette fiche réalisée avec la patiente a plusieurs objectifs. D'une part, elle permet à la sage-femme de réaliser le bilan de l'entretien avec la patiente et de faire ressortir les éléments clés ainsi mis en évidence. D'autre part, cette fiche de synthèse permet une transmission des données entre professionnels, avec l'accord de la patiente afin, d'assurer sa prise en charge globale. L'intérêt de l'EPP étant le dépistage des vulnérabilités afin d'orienter au mieux la patiente vers les professionnels les plus qualifiés pour l'aider, la réalisation d'une synthèse est un élément majeur de l'exercice. C'est cette fiche de synthèse qui va permettre de faire fonctionner le réseau de professionnels autour de la patiente et d'assurer ainsi une coordination interprofessionnelle efficace.

Enfin, la rédaction de cette fiche synthèse permet à tout moment de la grossesse lors du suivi médical de reprendre un temps pour savoir où la patiente en est dans ses interrogations depuis l'entretien prénatal précoce, mettre en avant le travail accompli et ce qu'il reste à envisager pour que la patiente puisse vivre pleinement sa grossesse et accueillir son enfant dans les meilleures conditions possibles. C'est cette difficulté majeure que mettent en avant de nombreux professionnels de la périnatalité, il n'existe à ce jour pas de fiche synthèse type, validée, permettant une transmission des données fiables entre professionnels. [11]

Toutefois, la transmission de ces données doit se faire de manière éthique. Pour cela, il faut recueillir l'accord de la patiente et définir avec elle ce qui peut être transmis et ce qui ne le peut pas. La patiente reste propriétaire de son dossier médical et donc de son contenu. De ce fait, cette fiche synthèse doit être rédigée avec la patiente et elle seule décidera des personnes qui y auront accès. Bien entendu, l'EPP est couvert par le secret médical. [20]

## 4. CARTOGRAPHIE URKIND©

Ce concept d'EPP regroupe à la fois une méthode d'entretien interactif mais également une cartographie autour de laquelle l'entretien va se construire. Cette méthode unique a été développée par Nathalie Piquée, Sage-femme et Gestalt thérapeute, c'est-à-dire qui s'intéresse aux interactions de l'individu avec ses environnements, qu'ils soient personnels, professionnels ou sociaux. « URKIND » signifie en allemand « *l'enfant primordial* », l'idée centrale est que « *la base de notre sécurité se tisse dans nos interactions* » et notamment les interactions précoces qui se font entre une mère et son enfant. [21]

La cartographie URKIND© est une méthode d'entretien interactif et efficace car il facilite les échanges entre la sage-femme et la patiente. La cartographie permet d'illustrer à la patiente tous les sujets et préoccupations qu'elle peut aborder au cours de l'entretien. [22]

En effet, la cartographie URKIND© consiste, en collaboration avec la patiente, à mettre en avant

« l'énergie disponible qu'elle peut investir dans la grossesse » et donc à identifier les éléments de vulnérabilité qui la mettent en difficulté dans son environnement. La cartographie URKIND©, permettant le repérage des risques, se présente sous forme de diagramme en étoile. Chaque branche représente un item parmi les suivants :

- La grossesse actuelle (vécu)
- La matrice de soutien (la patiente se sent-elle entourée ?)
- Le vécu gynéco-obstétrical antérieur
- Les moteurs de stress dans l'environnement (éléments qui viennent perturber la patiente...)
- La mobilisation corporelle (rapport avec le corps avant la grossesse)
- La dimension socio-économique
- La confirmation paternelle (transmission par le père)
- La transmission maternelle
- L'histoire de vie (parcours global de la patiente au cours de sa vie)
- Le ressenti du soignant dans l'interaction (perception du soignant vis-à-vis de la patiente)

La patiente place un curseur à l'item qui va de « 1 » grand soleil, c'est source d'énergie à « 5 » orageux et chagrin, c'est consommateur d'énergie.

Le résultat final donne un potentiel énergétique sous forme de pourcentage qui représente l'énergie disponible que la patiente possède pour investir dans sa grossesse. Ainsi, elle peut se rendre compte visuellement des éléments qui ajoutent une charge mentale à sa vie et éventuellement les corriger. La patiente n'a pas à justifier auprès de la sage-femme la cotation qu'elle attribue, mais elle est libre de lui faire part de ses craintes. Cet outil permet de construire l'entretien en collaboration avec la patiente qui est au cœur de l'entretien et qui visualise ce qu'elle peut y aborder.

La cartographie URKIND© présente l'avantage d'avoir une double lecture, l'une destinée à la patiente et la seconde destinée au soignant. La lecture patiente est représentée par la zone colorée en jaune dans l'exemple ci-dessous. Il s'agit du potentiel énergétique que la patiente a à investir dans sa grossesse. Un potentiel énergétique élevé représente un seuil de vulnérabilité faible. La patiente a donc une majorité d'énergie à investir dans sa grossesse. À contrario, un potentiel énergétique faible est représenté par une zone jaune moins importante et donc un seuil de vulnérabilité plus élevé.

La lecture soignante est représentée par la zone colorée en bleue. Il s'agit du score de vulnérabilité de la patiente, plus la zone est importante et plus la patiente est vulnérable.

#### 4.1. EXEMPLE DE REMPLISSAGE D'UNE CARTOGRAPHIE

Une sage-femme libérale reçoit Mme S dont elle ne suit pas la grossesse pour l'EPP. La patiente à 35 ans, c'est une 4<sup>e</sup> geste, primipare à 16 SA.

Première étape de l'entretien consiste à élaborer avec la patiente la cartographie :

**Item « Grossesse actuelle »** : cotation 4 donc consommateur d'énergie

Mme S, explique qu'elle vient de déménager à 900 km de chez elle à la suite d'une mutation professionnelle. Elle occupe désormais un poste à responsabilités dans une entreprise à 30 km de son lieu d'habitation. La route la fatigue énormément. Elle décrit sa grossesse comme tourmentée par le

déménagement qui l'éloigne de sa famille et notamment de sa maman dont elle est très proche. Elle se sent seule, désemparée et se demande comment sa fille de 8 ans va accueillir l'arrivée d'un nouvel enfant.

**Item « Matrice de soutien »** : cotation 5 donc consommateur d'énergie

Normalement très proche de sa maman et de ses sœurs, Mme S perd tous ses repères à 900km de celles-ci. Elle dit ne connaître personne dans la région et appréhende la gestion de l'accouchement pour faire garder sa fille. Elle se dit également inquiète car elle trouve que son mari ne s'investit pas dans cette grossesse alors qu'il l'était pour la précédente mais elle admet ne pas lui avoir fait part de ses craintes.

**Item « Vécu gynéco-obstétrical antérieur »** : cotation 1 donc source d'énergie

Aucun problème, la précédente grossesse s'était parfaitement déroulée et Mme S garde un bon souvenir de l'accouchement malgré une extraction par ventouse.

**Item « Moteurs de stress dans l'environnement »** : cotation 4 donc consommateur d'énergie

Mme S se dit perdue dans son nouvel environnement avec une installation peu aboutie. Elle dit ne pas savoir où accoucher ni même par qui faire suivre la grossesse désormais et être venue voir la sage-femme libérale sur les conseils du gynécologue obstétricien ayant réalisé l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre.

**Item « Mobilisation corporelle »** cotation 1 donc source d'énergie

Mme S dit aimer être enceinte mais culpabilise de ne pas en profiter.

**Item « Dimension socio-économique »** : cotation 1 donc source d'énergie

Mme S ne rencontre aucun problème d'ordre socio-économique, elle et son mari occupent des postes en CDI avec de bonnes rémunérations.

**Item « Confirmation paternelle »** : cotation 1 donc source d'énergie

La patiente se dit très proche de son père et le voit comme un modèle.

**Item « Transmission maternelle »** : cotation 1 donc source d'énergie

La patiente est très proche de sa maman, elle regrette qu'elle ne soit pas à ses côtés durant cette grossesse mais est en contact tous les jours avec elle, c'est elle réel soutien pour la jeune femme.

**Item « Histoire de vie »** : cotation 4 donc consommateur d'énergie

Mme S se met à pleurer en évoquant ce sujet. Elle dit ne pas avoir à se plaindre et tout avoir pour être heureuse mais regrette de ne pas avoir fait médecine sous l'influence de ses parents. Elle dit y penser très souvent et se demande ce qu'aurait été sa vie. Elle s'étonne de faire de tels confessions à la sage-femme car elle n'en a jamais parlé à personne.

**Item « Ressenti du soignant dans l'interaction »** : cotation 4 donc consommateur d'énergie

La sage-femme dit expliquer à la patiente, qu'elle la sent à fleur de peau mais que sa situation ne

l'inquiète pas car la patiente possède les clés pour reprendre confiance en elle et reprendre de l'énergie.

Deuxième étape de l'entretien consiste à revenir sur les éléments évoqués par la patiente :

La sage-femme et la patiente évoquent les solutions qui pourraient permettre à Mme S de mieux appréhender cette grossesse. La patiente retrouve peu à peu le sourire et confie à la sage-femme se sentir en confiance et souhaite poursuivre le suivi de sa grossesse avec elle.

La troisième étape de l'entretien consiste à faire le point à la fin du rendez-vous suivant sur les améliorations ou détériorations de la cartographie.

Mme S a désormais une cotation de 1 pour la « confirmation paternelle » en effet, après discussion avec son conjoint, ses craintes se sont révélées infondées ce qui l'a rassuré. La matrice de soutien est cotée à 3 car ses sœurs ont senti la détresse de la future maman et ont prévu de la rejoindre le temps d'un weekend. La cotation de la grossesse actuelle et donc passée à 2, la patiente est toujours préoccupée sur la gestion de sa fille au moment de l'accouchement mais dit être beaucoup plus sereine pour tout le reste. Avoir pu poser ses craintes sur le papier avec la sage-femme lui a permis de réaliser que les préoccupations qu'elle voyait comme une montagne à gravir n'était finalement pas si conséquentes que cela.

La cotation « ressenti du soignant dans l'interaction » passe à 2, Mme S est beaucoup plus souriante et dynamique qu'à la consultation précédente, elle semble plus confiante en elle.

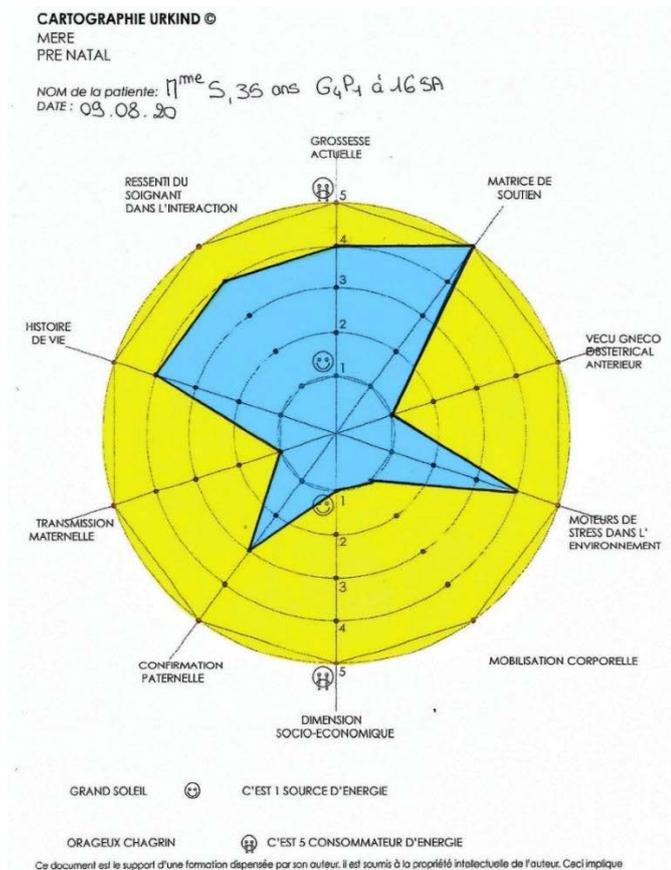


Figure 1 : Cartographie URKIND© de Mme S

## 4.2. OPTIMISER L'EPP

La cartographie URKIND© peut être un excellent outil d'optimisation de l'EPP. En effet, simple d'utilisation, elle peut aider la sage-femme à mener l'entretien tout en atteignant l'objectif principal de dépistage des risques rencontrés par la future mère au cours de sa grossesse. La patiente score son ressenti concernant des éléments clés de son environnement, la sage-femme repère ce qui à risque de compromettre le bon déroulement de la grossesse et enfin identifie la prise en charge adaptée. Cet outil dont la lecture est simple mais nécessite tout de même une formation peut être mis dans le dossier médical de la patiente afin que tout professionnel de santé la prenant en charge ait une idée globale de ce que vit la patiente dans son environnement en dehors de question médicale. Cet outil a toute sa place dans une démarche holistique autour de la patiente et de l'enfant à naître.

# METHODOLOGIE

## 1. PROBLÉMATIQUE

En quoi les éléments de risque repérés par la cartographie URKIND© impactent-ils la grossesse et l'accouchement ?

## 2. OBJECTIFS

### 2.1. BENEFICE ATTENDU

Inciter les sages-femmes à réaliser les EPP à l'aide de la cartographie URKIND© afin d'optimiser la consultation et la prise en charge des patientes.

Identifier les difficultés et les leviers rencontrés par la patiente en dehors de tout problème d'ordre strictement médical et ainsi prendre en compte son environnement afin d'améliorer la prise en charge globale de la patiente.

### 2.2. OBJECTIF PRINCIPAL

Faire un état des lieux des risques identifiés par la cartographie d'URKIND© et de leur prise en charge lors de la grossesse et de l'accouchement en 2020-2021.

### 2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES

Coter le ressenti de la patiente concernant des éléments clés de son environnement selon la méthode URKIND©

Repérer les facteurs de risques liés à l'environnement de la patiente

Identifier les mesures correctives prises

## 3. HYPOTHESES

**H1** : La cartographie URKIND© est un outil qui permet de cibler l'environnement de la patiente dès l'EPP et d'organiser une prise en charge holistique/globale de la patiente .

**H2** : La cartographie URKIND© est un véritable outil de dépistage des risques obstétricaux pour les SF qui l'utilisent

**H3** : Les facteurs de vulnérabilités sont facilement identifiés grâce à la cartographie URKIND ©

**H4** : Il existe une relation entre la cartographie et l'issue de l'accouchement

**H5** : Les femmes dont la cartographie montre une grossesse sans risque ont un accouchement normal à terme

**H6** : Les patientes avec un potentiel énergétique inférieur ou égal à 80% sont plus à risque d'accouchement pathologique

## **4. MATERIEL ET METHODES ENVISAGES**

### **4.1. TYPE D'ETUDE**

Étude épidémiologique, quantitative, descriptive par recueil de données à postériori sur dossiers des patientes ayant accouché au CHR Metz-Thionville entre 2020 et 2021.

### **4.2. POPULATION D'ETUDE : ETAPE D'ELIGIBILITE**

#### **4.2.1. Critères d'inclusion**

- Dossier de patiente dont la grossesse a été suivie par une sage-femme.
- Dossier de patiente à bas risque obstétrical
- Patiente ayant eu une utilisation de la cartographie d'URKIND© lors de l'EPP,
- Patiente sans antécédents médicaux particuliers antérieurs à la grossesse et ayant accouché.

#### **4.2.2. Critères de non-inclusion**

- Césarienne programmée
- Hospitalisation au cours de la grossesse

#### **4.2.3. Critères d'exclusion**

- Dossiers remplis à moins de 80%

### **4.3. CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAL ET SECONDAIRE**

- Potentiel d'énergie disponible suffisant
- Apgar du nouveau-né à la naissance
- Type d'accouchement (Normal à terme, instrumentalisation, césarienne)
- Correction des critères de vulnérabilité au cours de la grossesse
- Identification des pathologies émaillant la grossesse

### **4.4. RECUEIL DE DONNES**

Grille de recueil de données disponible en annexe 2

### **4.5. GESTION DES DONNEES**

Données anonymisées traitées avec le logiciel Excel et détruites après analyses.

### **4.6. LIEUX DE L'ETUDE**

CHR Metz-Thionville

### **4.7. PERIODE DE L'ETUDE**

Octobre 2020 à mars 2021

# RESULTATS

Les résultats ont été recueillis sur **30** dossiers de patientes ayant accouché au CHR Metz-Thionville au cours de l'année 2021 et ayant eu une utilisation de la cartographie URKIND© lors de l'EPP. Parmi ces patientes, 20 étaient suivies par une sage-femme libérale et **10** par une sage-femme hospitalière.

## 1. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA POPULATION

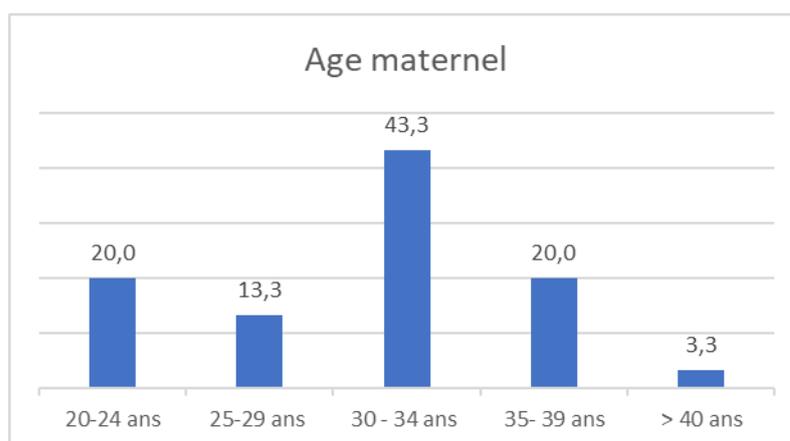
Au sein des dossiers médicaux recueillis, il a été décidé d'exploiter les données socio-démographiques suivantes : la parité, l'âge maternel, la situation matrimoniale, la situation socio-professionnelle et terme de l'accouchement.

### 1.1. LA PARITE

L'étude comportait 50% de primipare, 46.6 % de deuxième parité et 3.4% de troisième parité.

### 1.2. AGE MATERNEL

L'âge moyen de ces 30 patientes était de 30,9 ans. La tranche d'âge 30 – 34 ans était la plus représentée avec 43,3% des patientes.



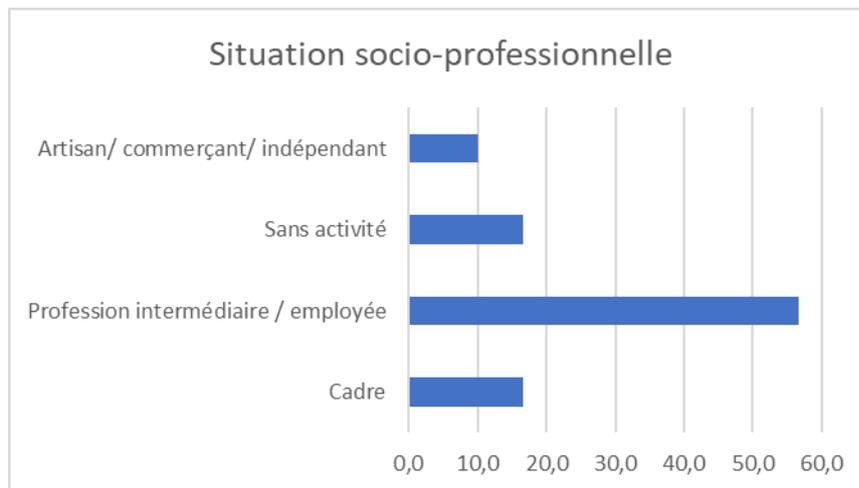
**Figure 2 : Représentation de l'âge maternel par tranche d'âge en pourcentage. Étude quantitative URKIND© EPP- Accouchement CHR-2020/2021 (n=30)**

### 1.3. SITUATION MATRIMONIALE

Dans la population, 93,3% des patientes vivaient en couple (mariée, pacsée, vie commune).

### 1.4. SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

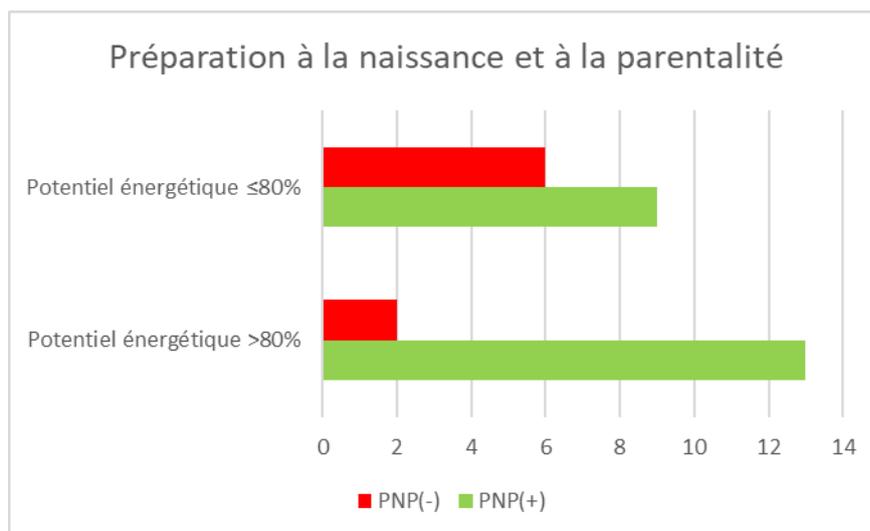
Dans la population, 73,3% des patientes avaient une activité professionnelle, la catégorie socio-professionnelle la plus représentée est la catégorie « intermédiaire », suivie par la catégorie « sans emploi ».



**Figure 3 : Catégories socio-professionnelles en pourcentage. Étude quantitative URKIND© EPP- Accouchement CHR-2020/2021 (n=30)**

### 1.5. PREPARATION A LA NAISSANCE

Concernant les séances de PNP, 22 patientes ont choisi d'y participer, tout type de PNP confondu soit 73,3% de la population étudiée.



**Figure 4 : Participation à de la PNP. Étude quantitative URKIND© EPP Accouchement CHR-2020/2021 (n=30).**

## 2. RESULTATS CONCERNANT LA PÉRIODE D'ACCOUCHEMENT \*

### 2.1. TERME DE L'ACCOUCHEMENT

Le déroulement physiologique de la grossesse faisait partie des critères de l'étude, de ce fait toutes les patientes étaient dans la période du terme. De ce fait, dans l'étude 80% des patientes ont accouché entre 37 et 39 SA+6 jours. Les patientes ayant dépassé leur date de terme représentaient 20% de la population étudiée.

## 2.2. ENTREE EN TRAVAIL

La majorité des patientes se sont mises en travail spontanément. Parmi les 9 patientes déclenchées selon leur score de Bishop, 4 l'ont été pour dépassement de terme et 2 ont finalement eu un travail dirigé. Soit 66,6% des patientes qui se sont mises en travail spontanément contre 34,4% des patientes dont il a fallu déclencher le travail.

## 2.3. MODE D'ACCOUCHEMENT

Dans la population, 60% des patientes ont eu un accouchement normal, 20% ont eu une extraction instrumentale à l'accouchement et 20% ont eu une césarienne au cours du travail.

## 2.4. POST-PARTUM IMMEDIAT

Parmi les patientes ayant accouché par voie basse, toutes ont eu une période de post-partum immédiat physiologique. Parmi les patientes ayant eu une césarienne au cours du travail, étant donné le mode d'accouchement, toutes ont bénéficié d'une délivrance artificielle avec révision utérine. Une patiente césarisée a présenté une hémorragie du post-partum immédiat, soit 3,3% de la population globale.

## 2.5. ADAPTATION NEONATALE

Dans la population étudiée, tout type d'accouchement confondu, 96,6 % des nouveau-nés présentaient un score d'Apgar strictement supérieur à 7 à la naissance contre 3,4% un score inférieur ou égal à 7.

## 3. RESULTATS CONCERNANT LE POTENTIEL D'ENERGIE

### 3.1. RESULTATS DE LA CARTOGRAPHIE URKIND©

Pour rappel, la cartographie URKIND© présentait 10 items qu'il fallait coter de 1 « faible préoccupation » à 5 « consommateur d'énergie ».

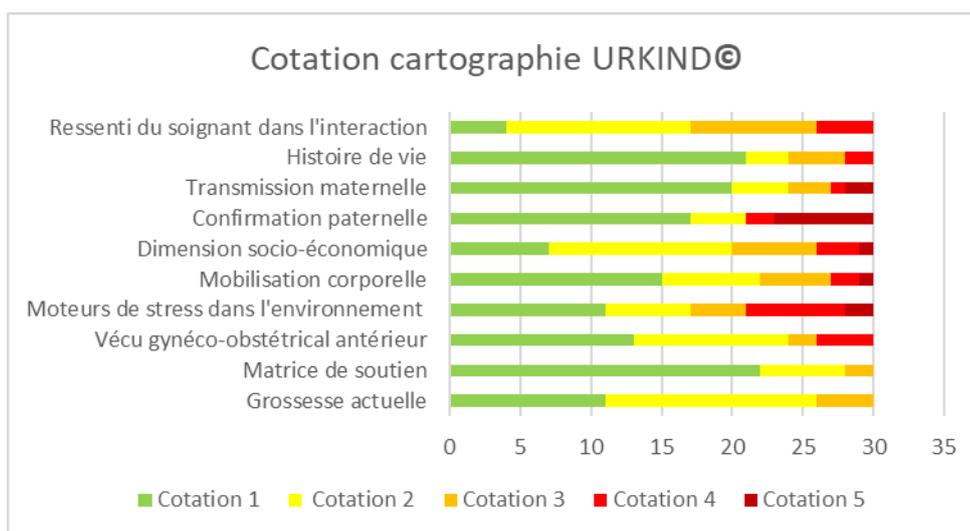
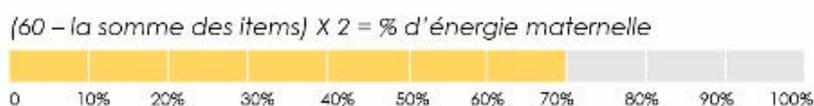


Figure 5 : Répartition des cotations au sein de la population. Étude quantitative URKIND© EPP-Accouchement CHR-2020/2021 (n=30).

Cette figure décrit la répartition des cotations en fonction de l'item concerné. Tout d'abord, dans la population, 50% des patientes avaient un potentiel énergétique strictement supérieur à 80%, et 50% des patientes avaient un potentiel énergétique inférieur ou égal à 80%. D'une part, certains items présentaient une répartition homogène au sein de la population. En effet, les items « grossesse actuelle » et « matrice de soutien » étaient majoritairement cotés à 1 ou 2. D'autres items avaient une répartition plus contrastée des résultats avec des cotations allant de 1 à 3. Il s'agissait des items « vécu gynéco-obstétrical antérieur », « histoire de vie » et « ressenti du soignant dans l'interaction ». Enfin, les items « moteurs de stress dans l'environnement », « mobilisation corporelle », « confirmation paternelle » et « transmission maternelle » avaient des cotations réparties entre 0 et 5.

### 3.2. PREAMBULE EXPLICATIF ET CHOIX DU SEUIL DU POTENTIEL ENERGETIQUE

Pour rappel, la cartographie URKIND© a pour objectif d'établir le risque de vulnérabilité maternelle en fonction du potentiel énergétique maternel disponible. Une fois le potentiel énergétique obtenu, il est reporté sur l'échelle ci-dessous afin de connaître le niveau de vulnérabilité maternelle.



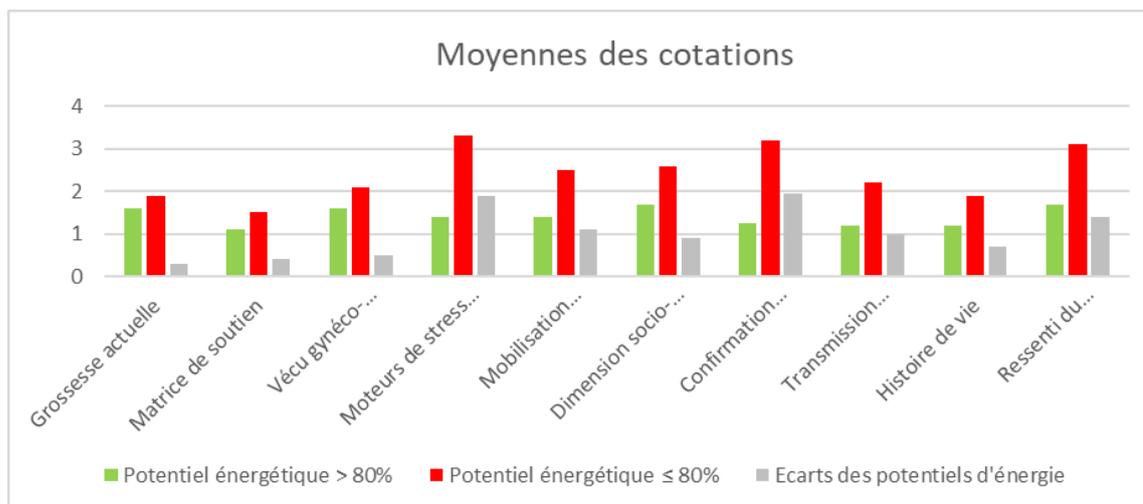
**Figure 6 : Échelle de vulnérabilité maternelle tiré de la Cartographie URKIND© lors de la formation réalisée par Nathalie Piquée, sage-femme.**

D'une part, le seuil de vulnérabilité établi avec la cartographie URKIND© démarre à partir d'un potentiel d'énergie maternelle à 70%. Dans cette étude, il était mis en lien avec des variables concrètes telles que « la mise en travail » ou « la modalité d'accouchement ». Ainsi pour l'étude et afin d'inclure le plus de patientes les catégories « supérieure au seuil fixé » et « inférieur au seuil fixé », il a été fixé arbitrairement le seuil de 80% qui faisait apparaître deux catégories de patientes : celles qui avaient un potentiel d'énergie maternelle inférieur ou égal à 80% et celles pour qui il était supérieur à 80%.

D'autre part, étant donné que dans cette population la proportion de patiente ayant eu un potentiel d'énergie strictement supérieur à 80% et inférieur ou égal à 80% était la même, cela a permis de valider le seuil de 80%.

### 3.3. LA REPARTITION DES COTATIONS DES ITEMS EN FONCTION DU POTENTIEL D'ENERGIE MATERNEL

Certains items de la cartographie s'écartaient plus de la moyenne de la population que d'autres.



**Figure 7 : Moyennes des cotations en fonction du potentiel d'énergie maternel. Étude quantitative URKIND© EPP- Accouchement CHR-2020/2021 (n=30).**

Réaliser la moyenne des cotations en fonction du potentiel d'énergie maternel disponible a permis d'obtenir le résultat suivant. Les patientes pour qui quatre items au moins de la cartographie URKIND© avaient une cotation 1, obtenaient un potentiel d'énergie maternel disponible strictement supérieur à 80%. L'écart entre les moyennes des potentiels d'énergie strictement supérieur à 80% et inférieur ou égal à 80% étaient supérieur ou égal à 1 pour les items suivants : « moteurs de stress dans l'environnement », « mobilisation corporelle », « confirmation paternelle », « transmission maternelle » et « ressenti du soignant dans l'interaction ».

#### 3.4. LA REPARTITION DU POTENTIEL D'ENERGIE MATERNEL EN FONCTION DE LA MISE EN TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT

Le potentiel d'énergie moyen de la population étudiée était de 81,4 (répartit de 52 à 100). L'hypothèse émise était : si le potentiel d'énergie maternel était strictement supérieur à 80 alors il y avait davantage de chance pour que le travail soit spontané et que l'accouchement soit voie basse sans instrumentalisation. Inversement, si le potentiel d'énergie était inférieur ou égal à 80 alors il y avait davantage de chance que le travail soit déclenché et que l'accouchement ne soit pas voie basse sans instrumentalisation.

Pour réaliser un tableau de contingence à partir des résultats obtenus, il a été déterminé que :

- Les vrais positifs (VP) étaient l'absence d'intervention médicale (soit un travail naturel et un accouchement normal) et un potentiel d'énergie maternel supérieur à 80.
- Les faux positifs (FP) étaient une intervention médicale (lors de la mise en travail ou de l'accouchement) et potentiel d'énergie maternel supérieur à 80.
- Les vrais négatifs (VN) étaient une intervention médicale (lors de la mise en travail ou de l'accouchement) et potentiel d'énergie maternel inférieur ou égal à 80.
- Les faux négatifs (FN) étaient l'absence de médicalisation (lors de la mise en travail ou de l'accouchement) et un potentiel d'énergie maternel inférieur ou égal à 80.

**Tableau 1 : Tableau de contingence de la mise en travail. Étude quantitative URKIND© EPP**  
**Accouchement CHR-2020/2021 (n=30)**  
**Mise en travail**

Potentiel d'énergie maternel	Spontanée	Déclenchée ou dirigée	Total
>80 (Test +)	11 (VP)	4 (FP)	15
≤80 (Test -)	9 (FN)	6 (VN)	15
<b>Total</b>	20	10	30

Propriétés intrinsèques du potentiel d'énergie maternel:

- La sensibilité (Se) =  $VP / (VP+FN) = (11/20) \times 100 = 55\%$   
 La sensibilité est la probabilité d'avoir un potentiel d'énergie maternel > 80 chez des patientes qui se sont mises en travail spontanément.
- La spécificité (Sp) =  $VN / (VN+FP) = (6/10) \times 100 = 60\%$   
 La spécificité est la probabilité d'avoir un potentiel d'énergie maternel ≤ 80 chez des patientes qui ne se sont pas mise en travail spontanément.

Propriétés extrinsèques du potentiel d'énergie maternel :

- La Valeur Prédictive Positive (VPP) =  $VP / (VP+FP) = (11/15) \times 100 = 73\%$   
 La VPP est la probabilité d'avoir une mise en travail spontanée lorsque le potentiel d'énergie maternel est > 80.
- La Valeur Prédictive Négative (VPN) =  $VN / (VN+FN) = (6/15) \times 100 = 40\%$   
 La VPN est la probabilité d'avoir une mise en travail non spontanée lorsque le potentiel d'énergie maternel est ≤ 80.

**Tableau 2 : Tableau de contingence de la modalité d'accouchement. Étude quantitative URKIND© EPP-**  
**Accouchement CHR-2020/2021 (n=30)**  
**Accouchement**

Potentiel d'énergie maternel	Normal	Instrumental ou césarienne	Total
>80 (Test +)	12 (VP)	3 (FP)	15
≤80 (Test -)	6 (FN)	9 (VN)	15
<b>Total</b>	18	12	30

Propriétés intrinsèques du potentiel d'énergie maternel :

-  $Se = (12/18) \times 100 = 67\%$

La sensibilité est la probabilité d'avoir un potentiel d'énergie maternel  $> 80$  chez des patientes qui ont accouché normalement.

-  $Sp = (9/12) \times 100 = 75\%$

La spécificité est la probabilité d'avoir un potentiel d'énergie maternel  $\leq 80$  chez des patientes qui n'ont pas accouché normalement.

Propriétés extrinsèques du potentiel d'énergie maternel :

-  $VPP = (12/15) \times 100 = 80\%$

La VPP est la probabilité d'avoir un accouchement normal lorsque le potentiel d'énergie maternel est  $> 80$ .

-  $VPN = (9/15) \times 100 = 60\%$

La VPN est la probabilité d'avoir un accouchement non normal lorsque le potentiel d'énergie maternel est  $\leq 80$ .

# DISCUSSION

## 1. FORCE DE L'ÉTUDE

D'une part, cette étude permet de valider l'utilisation de la cartographie URKIND© lors de l'EPP. L'utilité de cet outil de dépistage des vulnérabilités maternelles a déjà été démontré par l'étude de Margaux Thiebaut concernant l'Apgar à la naissance du nouveau-né, il l'est désormais vis-à-vis de la voie d'accouchement. [23]

D'autre part, l'outil étant relativement récent, il s'agit de la première étude qui a permis son évaluation en condition réelle d'utilisation en faisant le lien avec l'accouchement et le post-partum immédiat. Cela permet d'encourager le travail des nombreuses sages-femmes déjà formées à la cartographie URKIND© et qui l'utilisent au quotidien pour la réalisation des EPP de leurs patientes.

De plus, cette étude est en phase avec les recommandations du rapport de la commission des 1000 premiers jours initiée par le président de la République. La préparation du parcours 1000 jours s'appuie sur une commission de 18 experts, présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik. Elle regroupe des experts de spécialités différentes avec une conviction commune : l'importance décisive des 1000 premiers jours de l'enfant. Ils sont neuropsychiatres, spécialistes de l'éducation ou de l'éveil des enfants, acteurs de terrain de l'accompagnement social des parents, pédiatres et praticiens hospitaliers, sages-femmes. Ce rapport préconise de recentrer les acteurs de la périnatalité à travers une prise en charge holistique de la patiente. Ceci fait de la cartographie URKIND© un outil de choix dans la réalisation systématique des EPP qui a été rendue obligatoire à partir du 1er mai 2020 par l'amendement n°1963 de l'article L. 2122.

Enfin, il est important de souligner que malgré un nombre restreint de patientes incluses dans l'étude, la population étudiée est comparable à la population générale décrite lors de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016.[9] Ceci apporterait une potentielle fiabilité aux résultats présentés lors de cette étude malgré des critères d'inclusions restreints car basés sur une grossesse physiologique avec un suivi exclusivement fait par une sage-femme. Cela représente un biais de sélection.

## 2. LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

Ce travail a été marqué par la pandémie de COVID19 à plusieurs niveaux ce qui a limité le recrutement donc la puissance de l'étude. Tout d'abord un manque d'adhésion des sages-femmes libérales formées à la cartographie URKIND©, déjà très sollicitées durant la crise sanitaire du fait de la réduction du temps d'hospitalisation de leurs patientes. En effet, seule Laure Sanviti a accepté, malgré la pandémie, de prendre part à l'étude en tant qu'experte de mémoire, mais également en y incluant ses patientes. Ainsi, moins de patientes ayant eu un suivi sage-femme libérale ont pu être incluses dans l'étude. D'autre part, les sages-femmes formées au CHR ne le sont que depuis octobre 2020, ce qui réduit le nombre d'EPP réalisés sur la période d'étude. Enfin, la cartographie URKIND© est un outil qui permet de recenser les vulnérabilités maternelles, de ce fait il est influencé par l'environnement de la patiente et par extension, influencé par la pandémie. En effet, les sages-femmes ont observé une augmentation du stress ressenti par les patientes notamment au début de la crise sanitaire en raison des restrictions concernant

l'accompagnement du père dans les différents services au cours de l'hospitalisation et de l'accouchement.

Par ailleurs, le manque de référence bibliographiques traitant la cartographie URKIND© empêche toute comparaison des résultats de cette étude avec la littérature.

De plus, les critères d'inclusion de l'étude ont entraîné un biais de recrutement. En effet, les inclusions étaient limitées à des grossesses physiologiques, suivies exclusivement par des sages-femmes. De ce fait, l'échantillon de patientes disponible était restreint ce qui n'a pas permis une étude à grande échelle avec l'élaboration d'un test de corrélation. D'autre part, huit patientes ont dû être exclues pendant l'étude, quatre l'ont été car la grossesse est devenue pathologique et ne répondait plus aux critères d'inclusion. Les quatre autres patientes n'ont pas accouché dans les délais impartis par l'étude ou ont finalement accouché en dehors du CHR-Metz-Thionville.

Ce mémoire est en fait une ouverture à une étude à grande échelle de la cartographie URKIND© qui pourra être mis en lien avec les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 qui est réalisé auprès de 15 000 femmes venant d'accoucher jusqu'au 2<sup>e</sup> mois de vie de l'enfant. [24]

### **3. ANALYSE DES RÉSULTATS ET VALIDATION DES HYPOTHÈSES**

#### **3.1. FIABILITE DES RESULTATS**

Afin de s'assurer de la fiabilité de l'étude qui a été menée, tous les résultats obtenus ont été comparés à ceux de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 qui a servi de référence. [9]

Premièrement, cela a concerné les caractéristiques de la population. Vis-à-vis de la parité, l'étude comportait environ 50% de primipare, cette donnée est comparable à celles de la population générale qui en 2016 comportait 42,2% de primipares. La tranche d'âge la plus représentée dans la population générale et dans l'étude est de 30 à 34 ans avec une moyenne d'âge respective de 30,4 ans et de 30,9 ans. Vis-à-vis de la situation matrimoniale des patientes, elles étaient majoritairement en couple pour 93,3% dans cette étude et pour 91,6% dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2016. Concernant la situation socio-professionnelle des patientes, dans cette étude tout comme dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, la profession intermédiaire est la plus rencontrée suivi par la situation « sans emploi ».

Deuxièmement, concernant les données obstétricales de la population. Vis à vis du terme au moment de l'accouchement, 80% des patientes ont accouché entre 37SA et 40 SA +6 jours dans cette étude contre 81,87% dans la population générale et 20% ont accouché après terme dans la population étudiée contre 18,13% dans la population générale. Vis-à-vis des modalités de mise en travail, il a démarré spontanément dans 66,6% des cas dans la population étudiée et dans 68,1% dans la population générale. Enfin, concernant l'accouchement, 60% des patientes de l'étude ont accouché normalement et 67,7% pour la population générale, respectivement 20% et 11,8% concernant l'accouchement instrumental (indépendamment de l'instrument utilisé que ce soit une ventouse, des forceps ou des spatules), enfin 20% et 20,2% pour les césariennes. Le score d'Apgar à la naissance était supérieur à 7 pour 96,6% des patientes de l'étude et pour 98,8 % de la population générale.

Les données recueillies concernant la cartographie URKIND© ne peuvent pas être comparées à la

population générale. En effet, il n'existe pour l'instant pas de ressources bibliographiques permettant le rapprochement avec la population générale à ce sujet.

On peut conclure que la population étudiée est un échantillon quasi représentatif de la population générale en termes de proportion et de caractéristiques.

## 3.2. EXAMEN DES HYPOTHESES

### 3.2.1. Lien entre la cartographie URKIND et la participation à de la PNP.

En France chaque patiente a le droit à sept séances de PNP prises en charge à 100% par l'assurance maladie. Ces séances sont principalement animées par des sages-femmes et peuvent être réalisées individuellement ou en groupe ce qui permet de favoriser les échanges entre les futurs parents. Ces séances de PNP s'adressent autant aux primipares qu'aux multipares car il en existe plusieurs types : séances dites « classiques » qui traitent de l'accouchement, des exercices corporels, des maux de la grossesse, des suites de couches, des soins de nursing et mode d'alimentation et du retour à la maison. Puis il y a les séances plus spécialisées : en piscine, en sophrologie, en hypnose, en acupuncture, en haptonomie etc. Chaque patiente est libre de prendre part aux séances qui lui semblent intéressantes et d'effectuer le nombre qu'elle veut. La PNP n'est pas obligatoire au cours de la grossesse mais peut servir de levier pour les couples présentant des vulnérabilités afin de conforter la patiente dans ses capacités à accoucher et à accueillir un enfant, le couple à devenir parents. Au cours de cette étude, 73,3% des patientes ont choisi d'effectuer de la PNP. Parmi les patientes ayant eu un potentiel d'énergie inférieur ou égal à 80%, 60% ont effectué de la PNP contre 86,7% des patientes dont le potentiel d'énergie était supérieur à 80%. Ce résultat peut sembler paradoxal puisque les patientes qui auraient le plus besoin de PNP sont celles qui présentent un potentiel énergétique plus bas donc le plus de vulnérabilité. Cette incohérence peut être expliquée par le fait qu'il est laissé le libre arbitre aux patientes de participer ou non à de la PNP. Ainsi, bien que dépistées, les vulnérabilités nécessitent d'être comprise par la patiente afin que celle-ci adhère à la prise en charge qui lui est proposée.

### 3.2.2. Lien entre la cartographie URKIND© et la mise en travail

Les tableaux de contingences réalisés permettent d'obtenir certaines les conclusions.

La sensibilité qui représente la probabilité d'obtenir un potentiel d'énergie maternel strictement supérieur à 80 quand la patiente s'est mise en travail spontanément, est de 55%.

La spécificité qui est la probabilité d'obtenir un potentiel d'énergie maternel inférieur ou égal à 80 quand la patiente ne se met pas en travail spontanément, est de 60%.

La VPP qui représente la probabilité que le potentiel énergétique soit strictement supérieur à 80 lorsque la patiente se met en travail spontanément est de 73%. Donc dans 73% des cas les patientes se mettront en travail spontanément quand le potentiel d'énergie maternel est strictement supérieur à 80.

La VPN qui représente la probabilité que le potentiel énergétique soit inférieur ou égal à 80 lorsque la patiente ne se met pas en travail spontanément est de 40%. Donc dans 40% des cas, les patientes ne se mettront pas en travail spontanément lorsque le potentiel d'énergie maternel est  $\leq 80$ .

Les résultats concernant la fiabilité de la cartographie URKIND© concernant la mise en travail spontanée de la patiente sont donc modérés. Il n'est pas possible de conclure que la cartographie URKIND© permet de prévenir les risques de dystocie de la mise en travail. Ceci peut être expliqué par

les facteurs extérieurs qui conduisent à un déclenchement du travail (Retard de Croissance Intra Utérin, Rupture Prématuroe des Membranes, Macrosomie foetale, etc.) qui ne sont pas directement liés à l'environnement maternel.

### 3.2.3. Lien entre la cartographie URKIND et l'accouchement

Les hypothèses formulées lors de cette étude supposaient qu'il existait une relation entre la cartographie URKIND© et l'issue de l'accouchement, et que les femmes pour qui la Cartographie URKIND© montrait une grossesse sans risque ont eu un accouchement normal à terme. Inversement, l'hypothèse qu'un potentiel d'énergie inférieur ou égal à 80% diminuait les chances d'accouchement voie basse non instrumental.

D'après la sensibilité calculée, la probabilité d'obtenir un potentiel d'énergie maternel strictement supérieur à 80 quand la patiente accouche normalement est de 67%. Selon la VPN calculée, dans 60% des cas, les patientes n'auront pas un accouchement normal lorsque le potentiel d'énergie maternel est inférieur ou égal à 80. Ce sont des valeurs modérées qui ne permettent pas à ce stade de conclure mais qui nécessite des résultats d'études à plus grande échelle.

Cependant, la spécificité conclut que la probabilité d'obtenir un potentiel d'énergie maternel inférieur ou égal à 80 quand la patiente n'accouche pas normalement est de 75% et la VPP conclut que dans 80% des cas, les patientes accouchent normalement quand le potentiel d'énergie maternel est strictement supérieur à 80.

Il est donc possible de conclure qu'il existe probablement un lien entre la cartographie URKIND© et l'accouchement puisque qu'une cartographie avec un potentiel maternel strictement supérieur à 80 est un facteur protecteur concernant l'accouchement.

### 3.2.4. Identification des facteurs de vulnérabilité par la cartographie URKIND©

Concernant l'hypothèse émise selon laquelle, les facteurs de vulnérabilités sont facilement identifiés grâce à la cartographie URKIND©. Il apparait distinctement dans les résultats que certains items influencent plus les résultats du potentiel d'énergie que d'autres. En effet, selon la figure 5 lorsque moins de quatre items obtiennent une cotation 1, le potentiel d'énergie disponible de la patiente diminue significativement. D'autre part, bien que chaque item tienne la même proportion dans le calcul du potentiel d'énergie, il apparait que certains sont plus décisifs vis-à-vis de la diminution du potentiel énergétique de la patiente. Il s'agit des items ayant un écart supérieur à 1, c'est-à-dire avec des variations plus importantes dans les cotations, sont ceux qui influencent le plus le potentiel d'énergie. Par extension des résultats précédents, il est possible de conclure que les items « moteurs de stress dans l'environnement », « mobilisation corporelle », « confirmation paternelle », « transmission maternelle » et « ressenti du soignant dans l'interaction » sont ceux qui influencent le plus l'accouchement. Ceci permet de démontrer que les facteurs de vulnérabilité sont facilement identifiés grâce à la cartographie URKIND©.

La possibilité de dépister les vulnérabilités émanant de l'environnement maternel font de la cartographie URKIND© un véritable outil de dépistage des risques obstétricaux pour les sages-femmes qui l'utilisent. Il permet par extension des résultats précédents de placer la patiente dans une catégorie à risque

d'accouchement pathologique. Une fois les vulnérabilités dépistées, la sage-femme qui a mis en lien l'environnement de la patiente avec le vécu de la grossesse, l'accouchement à venir, a toutes les clés pour organiser une prise en charge holistique de la patiente. Cette prise en charge se voudra complètement personnalisée et construite avec la patiente sous réserve que cette dernière y adhère pleinement.

### 3.3. CONCLUSION DES HYPOTHESES

L'étude des 30 cartographies URKIND© mises en lien avec les dossiers d'accouchement associés, a permis de répondre aux hypothèses formulées précédemment.

Premièrement, il a été démontré que si le potentiel énergétique obtenu par la patiente après remplissage de la cartographie URKIND© est strictement supérieur à 80%, elle a alors 80% de chance d'accoucher normalement. Deuxièmement, quand la patiente présente un accouchement pathologique, il y a 75% de chance pour que son potentiel énergétique soit inférieur ou égal à 80%.

**Ainsi, les hypothèses n°4, 5 et 6 qui étaient respectivement « Il existe une relation entre la cartographie et l'issue de l'accouchement », « Les femmes dont la cartographie montre une grossesse sans risque ont un accouchement normal à terme » et « Les patientes avec un potentiel énergétique inférieur ou égal à 80% sont plus à risque d'accouchement pathologique » sont toutes les trois validées.**

Puisque qu'il est possible de placer la patiente dans un groupe à risque d'accouchement pathologique, cela fait de la cartographie URKIND© un outil de dépistage des risques obstétricaux et ce dès l'EPP. **Ainsi les hypothèse n°2 et n°3, respectivement «La cartographie URKIND© est un véritable outil de dépistage des risques obstétricaux pour les SF qui l'utilisent » et «Les facteurs de vulnérabilités sont facilement identifiés grâce à la cartographie URKIND © » sont également validées.**

Cette possibilité qui est donné grâce à cet outil de dépister au plus tôt dans la grossesse les vulnérabilités maternelles, permet à la sage-femme d'orienter et d'organiser la prise en charge de la patiente afin de lever les freins présents dans son environnement. Cette prise en charge globale et singulière de la patiente permet d'assurer une stabilité à la mère pour l'arrivée de son nouveau-né. La grossesse est un moment propice pour le repérage des vulnérabilités maternelles qui au-delà de la grossesse et de l'accouchement impacte toute la vie future de l'enfant à naître et plus ou moins celle des enfants déjà présents. Toutefois, il est à noter que le dépistage de certaines vulnérabilités ne peut pas être pris en charge sans une forte adhésion de la patiente. La relation de confiance entre la patiente et la sage-femme tient une place considérable dans la possibilité ou non d'apporter des leviers face aux vulnérabilités dépistées. En cela, la loi n°2021-502 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, promulguée le 26 avril 2021 est une avancée considérable [25]. En effet, elle va permettre à la patiente de déclarer une sage-femme référente dont le rôle est de coordonner la prise en charge périnatale au sein du réseau ville-maternité. Cette nouveauté va permettre de simplifier le parcours des femmes enceintes [26].

**Ainsi, l'hypothèse n°1 « La cartographie URKIND© est un outil qui permet de cibler**

**l'environnement de la patiente dès l'EPP et d'organiser une prise en charge globale de la patiente. » est validée sous réserve que celle-ci comprenne l'intérêt et adhère à la prise en charge.**

#### **4. AXES DE PROGRESSION**

Afin d'améliorer encore la prise en charge des patientes et favoriser le déroulé physiologique de la grossesse et de l'accouchement pour le bien des femmes et de leur nouveau-né, certains axes de progression peuvent être proposés.

Tout d'abord, le nombre de patientes incluses dans l'étude ayant été limité, il serait intéressant de la poursuivre afin de collecter plus de données. Une population plus importante permettrait d'obtenir une étude plus fiable. À cet effet, solliciter d'autres sages-femmes libérales et d'autres sages-femmes effectuant des EPP au sein de structure hospitalières pourrait permettre d'accroître l'effectif de l'étude. Une étude cas-témoin comparant le parcours d'une patiente ayant eu une cartographie URKIND© lors de son EPP à une autre n'en n'ayant pas bénéficié tout le long de sa grossesse et ce jusqu'à l'accouchement serait pertinent pour permettre des comparaisons sur l'utilisation. Cela pourrait permettre d'établir une comparaison aussi entre les proportions de vulnérabilités dépistées avec et sans la cartographie URKIND© et ainsi attester de son efficacité.

D'autre part, la validation de l'étude à grande échelle pourrait permettre de généraliser l'utilisation de la cartographie URKIND© de manière systématique pour tous les EPP. L'usage de cet outil de repérage des vulnérabilités maternelles étendu sur toute la France harmoniserait les synthèses d'EPP, quel que soit le réseau périnatal concerné. Bien entendu, afin d'en faire un outil au centre de la prise en charge périnatale, il faudrait former à grande échelle tous les acteurs gravitant autour de la femme enceinte et de son nouveau-né afin qu'ils puissent s'en saisir. Le but ultime de cet outil est de dépister les vulnérabilités maternelles en ante-partum afin de les prendre en charge et de s'assurer de l'arrivée du nouveau-né dans un environnement stable. Ceci en adéquation avec le projet ministériel concernant le rapport des 1000 jours mettant l'accent sur l'importance de l'environnement dans le développement de l'enfant.

Une étude concernant le lien entre l'Apgar du nouveau-né à la naissance et le score de vulnérabilité maternelle calculé à partir de la cartographie URKIND© a déjà été réalisée par Margaux Thiebaut. Ici l'enjeu était de démontrer le lien entre le score de vulnérabilité maternelle et le déroulé de l'accouchement. Il serait intéressant d'étudier à présent le lien entre la cartographie URKIND© et les suites de couches jusqu'au retour à domicile.

## CONCLUSION

Dans l'esprit du projet du ministériel mené par Adrien Taquet, secrétaire d'état chargé de la protection de l'enfance, concernant le rapport des 1000 jours, il paraît désormais évident que l'environnement de la patiente est un enjeu majeur concernant la périnatalité. Pour cela, il ne s'agit plus de se limiter au dossier strictement médical et d'appliquer les recommandations obstétricales pour donner toutes ses chances à l'être en devenir porté par la future mère. La volonté de prendre en charge nos patientes dans leur globalité doit être au centre de nos préoccupations. C'est en se basant sur cet objectif majeur que la cartographie URKIND© élaborée par Nathalie Piquée est innovante. Pour cela, essayer de comprendre qui est la patiente, quelles sont ses préoccupations, ses forces, son parcours de vie rendent la prise en charge singulière. La cartographie permet d'étudier la vulnérabilité maternelle à travers toutes les dimensions qui gravitent autour d'une personne : la dimension sociale, affective, physique, médicale, économique, et familiale. Mais une deuxième lecture permet égale de redonner confiance en elle à la patiente en valorisant ce qu'il y a de positif chez elle. Marquer un temps d'arrêt, pendant la grossesse au moment de l'EPP, permet de redonner du sens là où la patiente se sent dépasser et, de mettre en avant les ressources qu'elle a à sa disposition au moment où elle pense en posséder le moins. En effet, la grossesse donne lieu à de grands bouleversement émotionnels et hormonaux, en partie liés à un remaniement psychique. Afin d'accompagner au mieux la future mère, il est indispensable de prendre en compte son environnement, son entourage, la place du futur père, ainsi que son vécu antérieur. Dépister les vulnérabilités maternelles permet donc de s'assurer de l'arrivée du nouveau-né dans un milieu stable et sécurisé permettant le développement du lien mère-enfant. L'étude avait pour problématique de savoir en quoi les éléments de risque repérés par la cartographie URKIND© impactait la grossesse et l'accouchement.

L'étude épidémiologique, quantitative, descriptive par recueil de données à postériori sur 30 dossiers réalisée en 2021 au CHR-Metz-Thionville pourrait permettre d'établir qu'il existe un lien entre la cartographie URKIND© et l'accouchement. Cette introduction à une étude de plus grande envergure a établi qu'une patiente avec un énergie disponible à plus de 80% a également 80% de chance d'avoir un accouchement normal. La réalisation de la cartographie URKIND© étant construite grâce au ressenti de la patiente concernant son environnement, il est donc désormais clair que l'environnement, dans lequel elle évolue, a un impact direct sur les modalités de son accouchement et donc sur l'arrivée du nouveau-né.

Dans un souci de toujours améliorer la prise en charge des patientes mais également celle de leur nouveau-né, il paraît nécessaire de réaliser une nouvelle étude, à plus grande échelle afin de pouvoir généraliser ces conclusions à la population générale. Ce nouveau travail pourrait permettre de valider définitivement la cartographie URKIND© et de permettre une utilisation systématique lors de l'EPP si les sages-femmes prennent possession de cet outil.

Ainsi, chaque patiente en France pourrait bénéficier d'un suivi de grossesse singulier au sein du réseau périnatal de son lieu d'habitation et complètement adapté à ses besoins.

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Naissances et taux de natalité : Données annuelles de 1982 à 2020. [En ligne]. 29 Mars 2021. (Consulté le 02/05/2021). Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-figure1>

[2] Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport de la commission des 1000 premiers jours. [En ligne]. Sept 2020. (Consulté le 04/02/2021). Disponible sur :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

[3] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandation de bonne pratique. [En ligne]. 18 Mai 2016 (consulté le 17/09/2020). Disponible sur :

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)

[4] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité. Jan 1994.

[5] Légifrance. Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique. Avr 2000. [En ligne]. (Consulté le 15/05/2020). Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000582539&categorieLien=id>

[6] Solidarité Santé. PLAN « périnatalité » 2007-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. Nov 2004. [En ligne]. (Consulté le 22/04/2020). Disponible sur :

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)

[7] Légifrance. Code de la santé publique Article L2122-1. [En ligne]. (Consulté le 22/04/2020). Disponible sur :

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4B3D30F4D011F80E6474EF93468B94AB.tplgfr24s\\_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032207516&dateTexte=20200429&categorieLien=id#LEGIARTI000032207516](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4B3D30F4D011F80E6474EF93468B94AB.tplgfr24s_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000032207516&dateTexte=20200429&categorieLien=id#LEGIARTI000032207516)

[8] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Enquête périnatale 2010. Mai 2011. [En ligne]. (Consulté le 22/04/2020). Disponible sur :

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)

- [9] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 – Les naissances et les établissements – Situation et évolution depuis 2010. Oct 2017. [En ligne]. (Consulté le 15/06/2020). Disponible sur : [http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
- [10] Collège National des Sages-Femmes. Psychiatrie et santé périnatale : des mesures annoncées. Oct 2020. [En ligne]. (Consulté le 23/04/2020). Disponible sur : <https://www.cnsf.asso.fr/psychiatrie-et-sante-perinatale-des-mesures-annoncees/>
- [11] Collège National des Gynécologue-Obstétriciens Français. L'entretien prénatal précoce: objectifs, avancées, obstacles et dérives. État des lieux qualitatif des pratiques depuis le lancement du plan périnatalité 2005-2007. Fev 2013. [En ligne]. (Consulté le 14/05/2020). Disponible sur : [www.cngof.fr/journees-nationales/aperçu?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2013%252F2013\\_GO%252Fobstetrique%252FL%25E2%2580%2599entretien\\_prenatal\\_precoce\\_%253A\\_objectifs%252C\\_avancees%252C\\_obstacles\\_et\\_derives.\\_etat\\_des\\_lieux\\_qualitatif\\_des\\_pratiques\\_depuis\\_le\\_lancement\\_du\\_plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://www.cngof.fr/journees-nationales/aperçu?path=MAJ%2Ben%2BGO%252F2013%252F2013_GO%252Fobstetrique%252FL%25E2%2580%2599entretien_prenatal_precoce_%253A_objectifs%252C_avancees%252C_obstacles_et_derives._etat_des_lieux_qualitatif_des_pratiques_depuis_le_lancement_du_plan_perinatalite_2005-2007.pdf)
- [12] Réseau Périnatal de Franche-Comté. Support pour l'entretien prénatal précoce. Juin 2011. [En ligne]. (Consulté le 23/04/2020). Disponible sur : <http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/GuideetsupportEPPRPFC.pdf>
- [13] Assemblée Nationale. Amendement n°1963. Oct 2019. [En ligne]. (Consulté le 22/04/2020). Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/2296/AN/1963>
- [14] Améli.fr. Réglementation : actes et examens facturables. Déc 2016. [En ligne]. (Consulté le 25/08/2020). Disponible sur : [https://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Support\\_Sages\\_Femmes-Facturation\\_actes-06.12.2016\\_.pdf](https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Support_Sages_Femmes-Facturation_actes-06.12.2016_.pdf)
- [15] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Nov 2005. [En ligne]. (Consulté le 15/05/2020). Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
- [16] Agence Régionale de Santé Bourgogne Franche Comté. Entretien Prénatal Précoce. [En ligne]. 17 Fév 2020. (Consulté le 28/09/20). Disponible sur : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/entretien-prenatal-precoce?parent=6389>
- [17] Réseau Périnatal Lorrain. [En ligne]. 19 juil 2018 (Consulté le 28/09/2020). Disponible sur : <https://www.reseauperinatallorrain.fr/>

[18] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et la parentalité. Nov 2005. [En ligne]. (Consulté le 22/04/2020). Disponible sur :  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_fiche.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_fiche.pdf)

[19] Ameli.fr. Se préparer à l'arrivée de bébé tout au long de la grossesse. Aout 2020. [En ligne]. (Consulté le 25/08/2020). Disponible sur :  
<https://www.ameli.fr/moselle/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>

[20] Isserlis C, Sutter-Dallay AL, Dugnat M et al. L'entretien prénatal précoce, dans Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères. Quercy : ERES ; 2008, p97-104.

[21] Piquée N. Espaces URKIND©. [En ligne] (Consulté le 22/04/2020). Disponible sur :  
<https://www.gestalt-piquee.fr/espaces-urkind>

[22] Piquée N. Cartographie URKIND©. [En ligne] (Consulté le 22/04/2020). Disponible sur :  
<https://cartographie-urkind.fr/>

[23] Thiebaut M. Impact de la vulnérabilité maternelle sur l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine. Étude rétrospective auprès de 64 couples mères-nouveaux-nés à la maternité du CHRU de Nancy de Juin à Aout 2019. Sep 2020. p. 28-9.

[24] Santé Publique France. Enquête Nationale Périnatale 2021. Mars 2021. [En ligne] (Consulté le 01/05/2021). Disponible sur :  
<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>

[25] Légifrance. LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. 26 Avr 2021 [En ligne]. (Consulté le 04/05/2021). Disponible sur :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566?r=HWjpcWeYrr>

[26] Collège National des Sages-Femmes. PPL Rist : des avancées pour la santé des femmes et les sages-femmes. 18 Fev 2021. [En ligne]. (Consulté le 04/05/2021). Disponible sur :  
[http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/ppl-rist-des-avancees-pour-la-sante-des-femmes-et-les-sages-femmes/.](http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/ppl-rist-des-avancees-pour-la-sante-des-femmes-et-les-sages-femmes/)

# ANNEXES

## Annexe 1 : Dossier obstétrical

Informations générales			
Patiente		Conjoint	
Âge		Âge	
Emploi		Emploi	
Addictions		Antécédents	
Violences		Allergies	
Allergies		Addiction	
Taille			
Poids			
Groupe sanguin			
Nombre d'enfant à charge			
Soutien familial			
Antécédents familiaux			
	Patiente	Conjoint	
Cardiovasculaire			
Maladie métabolique			
Maladie génétique			
Cancer			
Antécédents personnels de la patiente			
Médicaux			
Chirurgicaux			
Traitement préexistant			
Antécédents gynécologiques			
Suivi régulier			
Régularité des cycles			
Contraception avant la grossesse			
Frottis			
Autres pathologies			
Antécédents obstétricaux			
IVG/ fausses couches/GEU			
Mode d'accouchement			
Année			
Lieu d'accouchement			
Terme d'accouchement			
Déroulé de la grossesse (physiologique/pathologique)			
Analgésie			
État du périnée			
Délivrance			
Apgar du nouveau-né			
Poids			
Taille			
Gestes de réanimations			
Type d'allaitement			
Immunoprophylaxie Anti RhD			
Suivi de la grossesse			
Professionnel qui suit la grossesse			
Date de début de grossesse			
Date de terme			
Sérologies	Toxoplasmose :	Rubéole	HIV :
	Hépatite C :	Hépatite B :	Syphilis :
Dépistages	Glycémie à jeun :	HGPO :	NF :
	Trisomie 21 :	Streptocoque B :	RAI :
Échographies	Nombre :	Morphologie :	Liquide amniotique
	EPF à l'échographie du 3 <sup>e</sup> trimestre :		
Traitement au cours de la grossesse			
Génotypage			
Préparation à la naissance (type, nombre de séance)			
Hospitalisations			
Autres éléments à préciser			

Accouchement	
Mode d'accouchement	
Terme d'accouchement	
Déclenchement	
Analgésie	
Instrumentalisation	
État du périnée	
Délivrance	
Pertes sanguines	
Apgar du nouveau-né	
Poids	
Taille	
Périmètre crânien	
Gestes de réanimations	

Suites de couches			
Patiente		Nouveau-né	
Évaluation de la douleur		Évaluation de la douleur	
Localisation de la douleur		État général du nouveau-né	
État générale de la patiente		Alimentation	
Involution utérine		Élimination	
Lochies		Réactivité	
Si allaitement : gestion de la montée de lait		Dépistage de l'ictère	
Œdème : localisation		Présence du père	
État psychologique de la mère		Jour de sortie de la maternité	

Cartographie URKIND	
Terme lors de la réalisation	
Cotation « grossesse actuelle »	
Cotation « matrice de soutien »	
Cotation « Vécu gynéco-obstétrical antérieur »	
Cotation « moteurs de stress dans l'environnement »	
Cotation « mobilisation corporelle »	
Cotation Dimension socio-économique »	
Cotation « confirmation paternelle »	
Cotation « transmission maternelle »	
Cotation « histoire de vie »	
Cotation « ressenti du soignant dans l'interaction »	
Aire totale disponible	

**Annexe 2 : Grille de recueil de données**

Caractéristique de la population	<ul style="list-style-type: none"><li>- Parité</li><li>- Age maternel</li><li>- Situation matrimoniale</li><li>- Situation socio-professionnelle</li><li>- Terme d'accouchement</li></ul>
Grossesse	<ul style="list-style-type: none"><li>- Antécédents obstétricaux</li></ul>
Travail	<ul style="list-style-type: none"><li>- Spontané</li><li>- Déclenché</li><li>- Dirigé</li></ul>
Accouchement	<ul style="list-style-type: none"><li>- Voie basse sans intervention</li><li>- Voie basse avec instrumentalisation</li><li>- Césarienne (non programmée)</li></ul>
Post-partum immédiat	Mère : <ul style="list-style-type: none"><li>- Post-partum physiologique</li><li>- Rétention placentaire</li><li>- Hémorragie du post-partum immédiat</li></ul>
	Nouveau-né : <ul style="list-style-type: none"><li>- Apgar &gt; 7</li><li>- Apgar &lt; 7</li></ul>
Cartographie URKIND ©	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aire &gt; 50%</li><li>- Aire &lt; 50%</li></ul>

Impact des éléments repérés par la cartographie URKIND©  
sur la grossesse et l'accouchement

Étude épidémiologique, quantitative, descriptive par recueil de données à postériori sur dossiers en Moselle en 2020

**Introduction :** L'entretien Prénatal précoce (EPP) a été rendu obligatoire en mai 2020. Il a pour but de dépister les vulnérabilités maternelles afin de les prendre en charge précocement au cours de la grossesse. Il existe plusieurs méthodes pour réaliser l'EPP dont la cartographie URKIND© qui s'appuie sur le ressenti des patientes sur leur environnement, ce qui permet un suivi holistique de la grossesse. Pour cela, il faut inciter les sages-femmes à réaliser les EPP à l'aide de cette cartographie, et à chaque consultation, afin d'optimiser le suivi et la prise en charge des patientes.

**Méthode :** Une étude épidémiologique, quantitative, descriptive par recueil de données à postériori sur 30 dossiers de patientes ayant accouché au CHR-Metz-Thionville en 2020 a été réalisée. Les critères de jugement étaient un potentiel énergétique disponible suffisant, le type d'accouchement, l'Apgar du nouveau-né à la naissance, la correction des critères de vulnérabilité au cours de la grossesse et l'identification des pathologies émaillant la grossesse.

**Résultats :** Les femmes dont la cartographie URKIND© établit un potentiel d'énergie strictement supérieur à 80%, ce qui traduit un risque faible de vulnérabilité, ont un accouchement normal à terme. Ainsi, la cartographie URKIND© peut être mise en lien avec les modalités de l'accouchement et devenir un outil de dépistage des risques obstétricaux pour les sages-femmes qui l'utilisent.

**Conclusion :** L'environnement dans lequel évolue la patiente a un impact direct sur les modalités de son accouchement et donc sur l'arrivée du nouveau-né.

Grossesse ; Entretien Prénatal Précoce ; Cartographie URKIND© ; Dépistage ; Vulnérabilité

**Introduction:** The early prenatal interview was made compulsory in May 2020. It aims at detecting maternal vulnerabilities so as to deal with them early in pregnancy. There are several methods to conduct those interviews. Among them, the use of the URKIND mapping which relies on patients' impressions on their environments, allowing a holistic follow-up of pregnancies. In this regard, at all appointments with their patients, midwives should be encouraged to carry out those interviews using that mapping, in order to provide the best medical care during pregnancy.

**Method:** A study was made. It was epidemiological, quantitative, and descriptive and it collected, after delivery, the data of 30 female patients of the hospital of Metz-Thionville. There were four criteria: a sufficient available energetic potential, the type of delivery, the Apgar score of the newborn, the correction of vulnerability criteria during pregnancy and the identification of illnesses during pregnancy.

**Outcome of the study:** The women whose URKIND mapping revealed an energy potential superior to 80%, meaning little risk of vulnerabilities, had a normal delivery at full term. As a consequence, a parallel can be drawn between the URKIND mapping and the conditions of delivery. The mapping shall thus become a screening tool for obstetric risks.

**Conclusion:** The environment in which a patient lives does have a direct impact on the delivery and to a further extent, on the newborn baby.

Pregnancy; Early prenatal interview; URKIND© mapping; Screening; Vulnerabilities