

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude BERNARD Lyon 1
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Préparation à la Naissance et à la Parentalité : Impact
de la sophrologie sur le déroulement de
l'accouchement



*Mémoire présenté et soutenu par
Camille DEVEER,
née le 26 mars 1992,
en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme*

Promotion 2010-2015

Université Claude BERNARD Lyon 1
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
Site de Formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Préparation à la Naissance et à la Parentalité : Impact
de la sophrologie sur le déroulement de
l'accouchement

*Mémoire présenté et soutenu par
Camille DEVEER,
née le 26 mars 1992,
en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme*

Promotion 2010-2015

Remerciements

A Bérangère SEVELLE, pour m'avoir conseillée et soutenue jusqu'à la dernière lettre de ce mémoire

A Véronique GONNET, pour m'avoir donné l'envie de mener une recherche sur ce sujet et m'avoir aidée dans sa réalisation

A Florence CHICHOUX-MARGA, pour son aide dans le lancement de cette étude

A Geoffrey, présent depuis le début, qui sans le savoir m'a transmis l'envie d'être sage-femme

A ma famille, pour leur soutien durant ces 5 années

A mes amis et à cette promotion, qui m'ont permis de sourire quelles que soient les difficultés

A Clémentine, mon pion pion pion en toutes circonstances

Table des matières

Abréviations.....	4
Introduction.....	5
Première partie : Cadre théorique.....	6
1 Sophrologie Caycedienne.....	7
1.1 Définition.....	7
1.2 Théorie des niveaux et états de conscience.....	8
1.2.1 Les états de conscience.....	8
1.2.2 Les niveaux de conscience.....	9
1.3 Les principes fondamentaux.....	9
1.3.1 Le schéma corporel comme réalité vécue.....	9
1.3.2 L'action positive.....	10
1.3.3 Réalité objective.....	10
1.4 La méthode Alfonso Caycedo.....	11
1.5 Les applications.....	12
2 Préparation à la naissance et à la parentalité.....	13
2.1 La PNP en France.....	13
2.1.1 De la psychoprophylaxie obstétricale (PPO) à la PNP.....	13
2.1.2 Objectifs.....	14
2.1.3 Organisation.....	15
2.2 Bénéfices de la PNP : données de la littérature.....	16
2.2.1 Santé des femmes.....	16
2.2.2 Allaitement maternel.....	16
2.3 Préparation sophrologique à la naissance.....	17
2.3.1 Objectifs.....	17
2.3.2 Organisation.....	17
2.3.3 Déroulement des séances.....	18
Deuxième partie : Etude.....	20
1 Présentation de l'étude.....	21
1.1 Objectifs.....	21
1.2 Hypothèses.....	21
1.3 Matériel et méthode.....	21

1.3.1	Population et échantillons.....	21
1.3.2	Méthode.....	23
1.4	Recueil des données.....	23
1.4.1	Facteurs de confusion	23
1.4.2	Critères de jugement.....	24
1.5	Analyse des données.....	25
2	Résultats	26
2.1	Facteurs de confusion	26
2.1.1	Parité	26
2.1.2	Antécédent d'extraction instrumentale.....	27
2.1.3	Âge maternel.....	27
2.1.4	IMC.....	28
2.1.5	Consommation de toxiques.....	29
2.1.6	Pathologie gravidique.....	30
2.1.7	Âge gestationnel à l'accouchement	31
2.1.8	Mode d'entrée en travail.....	32
2.1.9	Poids néonatal	33
2.2	Critères de jugement.....	35
2.2.1	Dilatation cervicale à l'admission.....	35
2.2.2	Recours à l'APD	35
2.2.3	Survenue d'une dystocie cervicale.....	36
2.2.4	Durée du travail.....	37
2.2.5	Durée des efforts expulsifs	37
2.2.6	Mode d'accouchement.....	38
2.2.7	Score d'Apgar	39
2.2.8	Appel du pédiatre	40
2.2.9	pH artériel	40
Troisième partie : Analyse et discussion.....		41
1	Analyse critique de l'étude	42
1.1	Forces de l'étude.....	42
1.2	Les limites	43
1.3	Les difficultés rencontrées	44
2	Analyse des résultats.....	45

2.1	Dilatation à l'admission.....	45
2.2	Recours à l'APD.....	46
2.3	Dystocies cervicales	47
2.4	Durée du travail et durée d'expulsion	48
2.4.1	Durée du travail	48
2.4.2	Durée des efforts expulsifs	49
2.5	Mode d'accouchement.....	50
2.6	Etat néonatal	50
3	Discussion.....	52
3.1	Gestion du stress	52
3.2	Gestion de la douleur	55
3.3	Obstacles à la pratique de la PNP sophrologie.....	57
3.4	Propositions.....	59
	Conclusion	61
	Références bibliographiques	
	Bibliographie	
	Annexes	

Abréviations

APD : Analgésie Péridurale

ASD : Accouchement Sans Douleur

AVB : Accouchement Voie Basse

IMC : Indice de Masse Corporelle

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

NS : Non Significative

NSL : Niveau Sophro-Liminal

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PPAG : Petit Poids pour l'Age Gestationnel

PPO : Psychoprophylaxie Obstétricale

PRC : Péridurale-Rachianesthésie Combinée

RDC : Relaxation Dynamique de Caycedo

SA : Semaines d'Aménorrhée

Introduction

Pour les femmes enceintes qui souhaitent suivre une Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP), il y a aujourd'hui en France un vaste choix. Il existe, en effet, de nombreuses PNP ayant chacune leur spécificité et qui se rejoignent autour d'objectifs communs.

Parmi les différents types de PNP, la sophrologie se distingue par son travail sur la conscience. Celle-ci est fondée sur une introspection qui va permettre de développer les capacités individuelles de celui qui la pratique. Même si elle est souvent enseignée en groupe, il s'agit d'une démarche personnelle qui nécessite un investissement de la part de l'élève, ou dans notre contexte, de la patiente.

La PNP sophrologie est couramment associée au bien-être et à la détente, et nous lui accordons assez aisément des vertus en termes de gestion de la douleur. Cependant, les bénéfices éventuels de cette PNP sur l'accouchement restent encore flous. Peu d'études se sont penchées sur cette question. De ce fait, l'évaluation de l'impact de la PNP sophrologie est incomplète à l'heure actuelle. Notre démarche de recherche a émergé de ce constat.

Le choix de suivre une PNP sophrologie pendant la grossesse étant courant et financé par la sécurité sociale, il nous a semblé pertinent de nous préoccuper de ses bienfaits du point de vue de la santé publique. L'objectif principal de notre travail sera de déterminer s'il est possible d'établir un lien entre la participation à une PNP sophrologie au cours de la grossesse et le déroulement du travail et de l'accouchement. Pour cela, nous nous baserons sur des critères médicaux objectifs afin que notre enquête soit la plus juste possible. Quelles que soient les résultats que nous obtiendrons, nous souhaitons surtout, au travers de cette étude, amorcer une réflexion sur ce sujet.

Première partie : Cadre théorique

1 Sophrologie Caycedienne

1.1 Définition

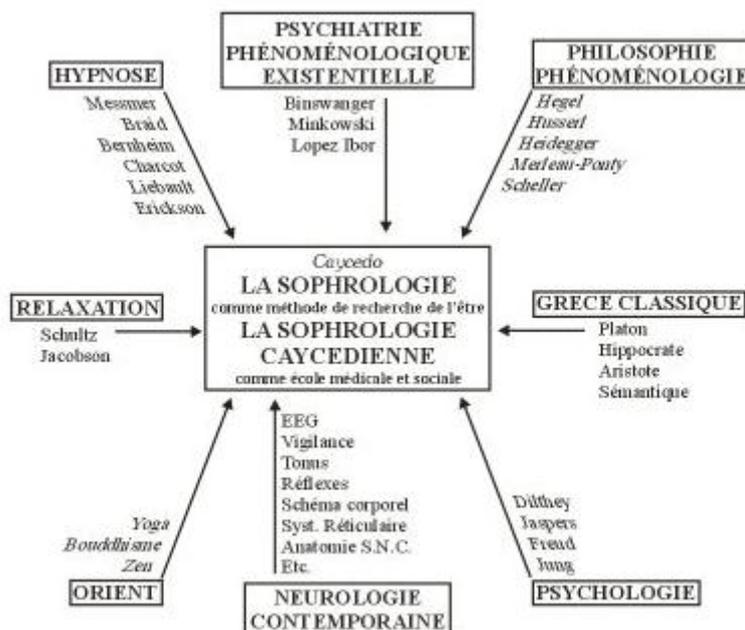
L'étymologie du mot « sophrologie » vient du grec :

- sos = Equilibre, Harmonie
- phren = Conscience, Esprit
- logos = Science, Etude

La sophrologie a été fondée en 1960 par le Docteur Alfonso Caycedo, un neuropsychiatre espagnol. Elle est définie comme la « discipline qui étudie la conscience de l'être, par des procédés propres et originaux ». (1) Pour créer la sophrologie, le Docteur Caycedo s'est inspiré de ses différents voyages : (2)

- Suisse allemande : L'enseignement du Docteur Ludwig Binswanger lui a permis de poser la psychiatrie phénoménologique et existentielle comme base fondatrice de la sophrologie.
- Orient : La pratique du yoga en Inde, du thumo au Tibet et du zen au Japon l'a aidé dans son exploration de la conscience et de ses états.

La sophrologie est, par conséquent, le fruit de plusieurs influences :



Sources et origines de la sophrologie caycedienne (3)

Le but principal de la sophrologie est de permettre à celui qui la pratique d'atteindre un équilibre entre le corps et l'esprit, l'harmonie intérieure, en explorant sa propre conscience. Sa devise est « ut conscienta noscatur » qui signifie « Pour que la conscience soit connue ». (3)

Suite à l'utilisation du mot « sophrologie » par des institutions qui ne suivaient pas sa méthode, le Dr Caycedo a labélisé sa discipline sous l'appellation « sophrologie caycédienne® ». Tout au long de mon mémoire, l'emploi du terme sophrologie fera référence à la sophrologie caycédienne®.

1.2 Théorie des niveaux et états de conscience

Le Dr Caycedo a sa propre définition de la conscience : « La conscience est la force responsable de l'intégration existentielle de l'Être, et le facteur essentiel, indivisible, original, dynamique et transcendantal de l'Homme. ». (2) Il propose de l'appréhender à travers des niveaux et des états.

1.2.1 Les états de conscience

Les états de conscience correspondent aux variations qualitatives de la conscience. Il existe 3 états :

- Conscience ordinaire : Elle est en lien avec une vie quotidienne normale. La majorité de la population a un niveau de conscience ordinaire.
- Conscience pathologique : C'est une conscience déstructurée, qui définit des troubles psychiques.
- Conscience sophronique : C'est un état de conscience qui s'oppose à la maladie, en lien avec une intégration positive de l'être. Acquérir cet état de conscience au quotidien est le but ultime de la sophrologie.

1.2.2 Les niveaux de conscience

Les niveaux de conscience sont des variations quantitatives de la conscience qui sont le reflet de la vigilance d'un individu. 4 niveaux sont décrits :

- Le niveau de veille
- Le niveau de sommeil
- Le niveau sophro-liminal (NSL) : C'est la jonction entre le niveau de veille et le niveau de sommeil. C'est cette zone qui est utilisée lors de la pratique de la sophrologie.

A ces 3 niveaux de conscience on peut ajouter un 4^{ème} , le niveau de conscience Isocay, qui a été découvert plus tardivement par le Dr Caycedo. C'est un niveau atteint grâce à un entraînement régulier et qui permet de pratiquer la sophrologie de façon quotidienne et habituelle. Il se situe au-dessus du NSL, entre les couches infraliminale et supraliminale, ce qui le rend plus difficile à maîtriser. (3)

A partir de la théorie des niveaux de conscience, on peut définir la sophronisation comme étant le processus qui permet de modifier son niveau de conscience et d'atteindre le NSL. A l'inverse, la désophronisation est le processus faisant revenir l'individu à un niveau de veille. (4)

Le Dr Caycedo récapitule sa théorie des niveaux et des états de conscience dans un schéma. (Annexe I)

1.3 Les principes fondamentaux

1.3.1 Le schéma corporel comme réalité vécue

Le schéma corporel est l'image que l'on a de son propre corps. Elle se construit grâce à nos multiples expériences sensorielles. (5) Le schéma corporel comprend une dimension physique, une dimension affective et une dimension psychique,

intellectuelle et intuitive. La sophrologie se base sur l'assimilation de l'image du corps par la conscience. Le principe de schéma corporel comme réalité vécue, c'est intégrer que la conquête du corps est aussi la conquête de l'esprit. (3) Il renvoie à la notion de corporalité. (6)

1.3.2 L'action positive

« Toute action positive dirigée vers la conscience se répercute positivement sur tous les éléments psychiques de l'être » (3) Les méthodes utilisées en sophrologie font appel à l'optimisme du sujet à travers des images, sensations ou autres faisant partie de son histoire personnelle. Le but est de stimuler et renforcer le positif au quotidien afin d'atteindre l'harmonie et acquérir une conscience sophronique.

1.3.3 Réalité objective

Le sophrologue, pour être en capacité de guider son élève dans sa pratique de la sophrologie, doit avoir la perception de l'état de sa propre conscience. C'est le principe de réalité objective. Cette condition est indispensable pour l'établissement de l'alliance sophronique.

L'alliance sophronique est la relation entre le sophrologue et son disciple. Elle repose sur un échange d'adulte à adulte, le but étant que l'élève soit guidé mais garde une autonomie dans sa démarche sophrologique. Ainsi, la réalité objective s'applique au sophrologue qui doit prendre en compte sa propre réalité existentielle. (3)

1.4 La méthode Alfonso Caycedo

A partir des principes fondamentaux et de sa théorie de la conscience, le Dr Caycedo a mis au point une méthode appelée Relaxation Dynamique de Caycedo (RDC). La RDC comprend 3 cycles divisés en 12 degrés de relaxation : (Annexe II)

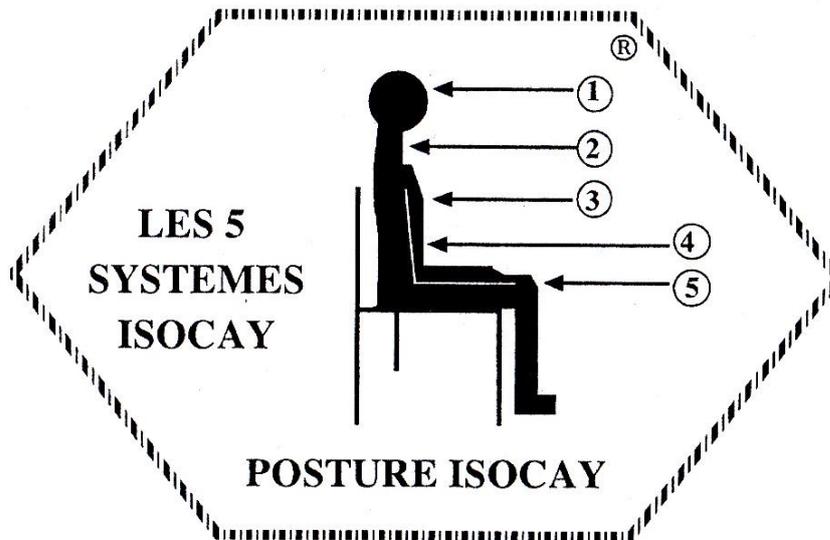
- Le cycle réductif ou fondamental : Comprend les degrés I à IV de la RDC.
- Le cycle radical : Comprend les degrés V à VIII de la RDC.
- Le cycle existentiel : Comprend les degrés IX à XII de la RDC.

Les cycles sont des étapes de la formation en sophrologie. Le premier cycle, cycle réductif, est le plus couramment enseigné et s'adresse à tous. Les deuxième et troisième cycles sont destinés à ceux qui souhaitent approfondir leurs connaissances et leur pratique de la sophrologie. Atteindre la fin du dernier cycle permet de devenir sophrologue caycédien reconnu par l'académie internationale de sophrologie caycédienne et donc de pratiquer la sophrologie à titre professionnel. (7)

Les degrés sont des notions théoriques. Pour passer au suivant, l'élève doit acquérir le concept du degré où il se situe. A chaque degré est associé un protocole particulier qui s'appuie sur des techniques de relaxation, de respiration et sur des postures. (Annexes III) Celles-ci prennent en compte certaines zones du corps humain qui facilitent la pratique de la RDC. Ces zones sont appelées systèmes Isocay et sont au nombre de 5 : (2)

- La tête
- Le cou et la face externe des membres supérieurs
- Le thorax et la face interne des membres supérieurs
- La région sus ombilicale et la région épigastrique
- La région sous ombilicale et la région hypogastrique

La posture Isocay est une position particulière qui prend en compte ces 5 systèmes Isocay. C'est une aide pour maîtriser la conscience Isocay. Elle permet en effet de trouver l'équilibre entre la couche infraliminale et la couche supraliminale. (3)



Théorie caycedienne
des 5 systèmes
Isocay (3)

1.5 Les applications

La sophrologie est une discipline qui peut être sollicitée dans de nombreux domaines.

On distingue 3 branches : (1)

- Branche clinique : Elle regroupe les utilisations de la sophrologie dans le milieu médical. Les sophrologues de cette branche sont des professionnels de santé.
- Branche socio-prophylactique : Elle est spécifiquement employée dans la prophylaxie sociale, par exemple la résolution d'une dépendance. Les sophrologues sont des pédagogues ou professionnels des sciences humaines.
- Branche de la prévention et contrôle du stress et du développement personnel : Elle s'adresse à tout public.

2 Préparation à la naissance et à la parentalité

2.1 La PNP en France

2.1.1 De la psychoprophylaxie obstétricale (PPO) à la PNP

3 courants sont à l'origine de la PPO :

- Accouchement sous hypnose : Initié par Charcot en 1880 (8)
- Accouchement sans craintes : Créé en 1933, l'accouchement sans craintes repose sur le principe d'éducation des femmes enceintes. En effet, selon le Dr Read, l'information faite aux femmes permet de déjouer la triade Peur-Tension-Douleur et donc de supprimer la souffrance de l'accouchement. (9) (10)
- Accouchement sans douleur (ASD) : Introduit en France par le Dr Lamaze en 1952. (11) Celui-ci définit l'ASD comme étant le « résultat d'une éducation physique et psychique de la femme enceinte pendant les derniers temps de la grossesse ». (9) Le Dr Lamaze s'est inspiré des travaux de Pavlov sur l'activité nerveuse pour mettre au point sa méthode. (9)

En mai 1968, la PPO est dénoncée par les féministes qui la considèrent comme un moyen de faire accepter aux femmes le caractère aliénant de la maternité. L'analgésie péridurale (APD) voit le jour peu de temps après et se généralise. (8) Dans ces circonstances où la douleur n'est plus la préoccupation principale des femmes, les attentes évoluent. Les femmes recherchent un accompagnement humain qui prend en compte les besoins de chacune.

C'est à partir de ce contexte qu'apparaît la PNP, alternative à la PPO, qui propose une prise en charge personnalisée de la femme enceinte. (8) Aujourd'hui il existe de nombreux types de PNP, par exemple la PNP classique ou encore l'haptonomie, la sophrologie, la piscine.

2.1.2 Objectifs

Les objectifs de la PNP sont fixés dans les recommandations professionnelles de l'HAS de 2005 : (12)

Encadré 1. Objectifs généraux de la PNP

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel.
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile.
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent.
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur.
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du *post-partum*.
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance.

Ainsi, la PNP représente un accompagnement global de la femme, du couple et du nouveau-né et se base sur un lien sécurisant avec les professionnels de santé.

L'avenant à la convention nationale des sages-femmes libérales datant de 2003 donne une ligne de conduite sur les thèmes à aborder lors des séances de PNP : (13)

- Informations sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, du post-partum, sur l'allaitement maternel, les droits sociaux inhérents à la périnatalité.
- Education des futurs parents à un mode de vie sain : Hygiène, alimentation...

- Mise en place d'un temps de parole pour la femme enceinte ou le futur couple afin de détecter des éventuelles situations de vulnérabilité

2.1.3 Organisation

La PNP comprend plusieurs étapes qui s'étendent du début de la grossesse jusqu'au retour à domicile.

Ces étapes sont les suivantes :

- L'entretien dit « du 4^{ème} mois » individuel ou en couple : Il doit être proposé à toute femme enceinte. Il a pour objectifs principaux d'évaluer les besoins de la femme enceinte, de rechercher d'éventuels facteurs de vulnérabilité et d'informer la patiente au sujet de son parcours de soins. (14)
- 7 séances prénatales de PNP (14)
- Soutien à la parentalité en post partum immédiat : Il est effectué par les différents professionnels de santé à la maternité et à domicile après la sortie de la maternité. (14) Il est mis en place de façon systématique en cas de sortie précoce de la maternité. Dans tous les autres cas, il est réalisé en fonction des facteurs de vulnérabilité ou sur demande de la patiente. De la sortie de la maternité jusqu'au 7^{ème} jour après l'accouchement, ces visites sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie. (12)
- Séances postnatales : Ce sont des séances complémentaires adaptées aux besoins particuliers de la patiente qui se situent entre le 7^{ème} jour du post partum et la visite médicale postnatale. La sécurité sociale prend en charge 2 de ces consultations. (14)

2.2 Bénéfices de la PNP : données de la littérature

2.2.1 Santé des femmes

Une étude randomisée réalisée au Royaume-Uni en 1990 a comparé la prise en charge classique des femmes en post-partum avec un nouveau modèle de soins. Le nouveau modèle proposait, entre autres, une visite à J10 et à J28 de la sage-femme qui adaptait la prise en charge de la femme en fonction de ses besoins. L'étude a permis de conclure que les femmes incluses dans le nouveau système de soins présentaient moins de dépressions du post-partum et avaient moins recours au système de soins. (15)

2.2.2 Allaitement maternel

Une méta-analyse publiée en 2000 a permis d'étudier l'impact des actions prénatales de soutien à l'allaitement maternel. Elle met en évidence un taux plus élevé de femmes débutant un allaitement parmi celles qui ont bénéficié des démarches de soutien. (16)

Une seconde méta-analyse publiée en 2005 arrive à une conclusion similaire. Elle étudie l'impact des interventions éducatives prénatales et conclut à une augmentation du taux de femmes débutant un allaitement, plus particulièrement chez les femmes évoluant dans un milieu précaire. (17)

Les bénéfices de la PNP sont encore méconnus car il n'existe que peu d'études sur le sujet. Les éventuels effets sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et sur la santé générale de la mère et de l'enfant attendent d'être explorés.

2.3 Préparation sophrologique à la naissance

2.3.1 Objectifs

La PNP sophrologique a ses propres objectifs qui s'ajoutent à ceux fixés par l'HAS. (18) Elle touche en effet d'autres domaines : (18) (4)

- Prise de conscience du nouveau schéma corporel de la femme
- Gestion du stress
- Valorisation de la confiance en soi, d'une attitude positive face à l'accouchement
- Gestion de la douleur

La grande limite à l'atteinte de ces objectifs est la méconnaissance des bases de la sophrologie par la plupart des femmes qui souhaitent la PNP sophrologique. (18) Le professionnel dirigeant la PNP sophrologique doit s'adapter au niveau de ses patientes ainsi qu'au nombre limité des séances.

2.3.2 Organisation

Si la formation initiale des sophrologues est la même (1), il n'y a pas de consensus dans l'organisation des séances. Elisabeth Raoul est une sage-femme diplômée en sophrologie qui a créé un service de préparation sophrologique à l'accouchement dans les maternités de Notre-Dame de bon secours et de Saint Antoine à Paris. Elle propose la chronologie suivante : (19)

- 1^{ère} séance : Présentation de la sophrologie, initiation à la relaxation et conseils hygiéno-diététiques.
- 2^{ème} séance : Techniques de respiration et abord de la notion de gestion de la douleur.

- 3^{ème} séance : Connaissance du corps de la femme, du corps de la femme enceinte, du périnée et du mécanisme de l'accouchement.
- 4^{ème} séance : Abord du thème de l'expulsion, de la poussée
- 5^{ème} séance : Place du père dans l'accompagnement lors du travail, de l'accouchement et de ses suites
- 6^{ème} séance : Conseils en matière d'allaitement maternel et de sa mise en route
- 7^{ème} séance : Récapitulatif des postures et techniques apprises lors des précédentes séances

A chaque séance, il y a un temps théorique et un temps consacré à la pratique. Il est demandé aux femmes suivant cette PNP de répéter les exercices entre les séances. En effet, dans la pratique de la sophrologie, la régularité est indispensable. De plus, le nombre restreint de séances de PNP entraîne une nécessité d'optimiser l'efficacité de chacune d'elles.

2.3.3 Déroulement des séances

La partie pratique des séances dure environ 15 à 20 minutes. Elle est constituée de plusieurs étapes : (18)

- Sophronisation
- Activation intra sophronique : C'est la durée pendant laquelle la patiente maintient sa conscience au NSL. C'est pendant cet intervalle de temps que le sophrologue met en place les différentes techniques qui composent l'entraînement sophrologique.
- Désophronisation
- Dialogue post sophronique : Discussion libre en lien avec la séance. Il peut se présenter sous différentes formes écrites ou verbales, être orienté par le sophrologue ou complètement libre.

La patiente est guidée par le « terpnos logos » qui est défini comme la voix utilisée par le sophrologue. Celle-ci doit être régulière et calme pour inciter la patiente à se décontracter. (18)

L'objectif de l'entraînement sophrologique est de permettre à la patiente d'atteindre le 3^{ème} degré de la RDC. C'est grâce à la maîtrise du 3^{ème} degré de la RDC que la femme enceinte parviendra à se mettre dans des conditions psychiques adéquates lors de l'accouchement et pourra en être actrice. (19)

La PNP fait partie intégrante du parcours de soins de la femme enceinte. Ses objectifs visent à améliorer la santé globale des femmes, des nouveau-nés et de la triade mère-père-enfant. Cependant, la PNP n'est que peu documentée et certains de ses aspects restent encore à explorer. Il en va de même pour la sophrologie à laquelle on associe principalement la gestion de la douleur sans évaluer d'autres bénéfices éventuels. Mon étude va s'intéresser à la PNP sophrologie et à son impact sur le déroulement de l'accouchement d'un point de vue mécanique et médical.

Deuxième partie : Etude

1 Présentation de l'étude

1.1 Objectifs

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- Etablir s'il existe un lien entre le suivi d'une PNP sophrologie et le déroulement du travail et de l'accouchement.
- Evaluer l'impact de la PNP sophrologie sur la mécanique obstétricale, sur la survenue d'une dystocie.
- Apprécier un lien éventuel entre la PNP sophrologie et l'état néonatal.

1.2 Hypothèses

Les femmes ayant suivi une PNP sophrologie :

- Consultent à un travail plus avancé
- Ont moins recours à l'APD
- Ont moins de dystocies dynamiques
- Présentent une durée du travail et d'expulsion plus courte
- Ont moins d'accouchements dystociques
- Présentent un meilleur état de leur nouveau-né à la naissance

1.3 Matériel et méthode

1.3.1 Population et échantillons

La population de cette étude est constituée des femmes multipares ayant accouché au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. L'étude est monocentrique afin de limiter

les différences de prise en charge qui pourraient biaiser l'étude du déroulement de l'accouchement.

A partir de cette population, deux échantillons ont été sélectionnés formant ainsi deux groupes qui vont être comparés :

- Groupe 1 : Constitué de 157 patientes ayant suivi une PNP sophrologie au cours de la grossesse. Tout au long de l'étude, il sera nommé « Groupe PNP sophrologie ».
- Groupe 2 : Constitué de 88 patientes n'ayant suivi aucune PNP au cours de la grossesse. Tout au long de l'étude, il sera nommé « Groupe sans PNP ».

1.3.1.1 Critères d'inclusion

- Femme multipare ayant accouché au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
- Age gestationnel à l'accouchement ≥ 37 SA

Pour le groupe PNP sophrologie :

- Suivi d'une PNP sophrologie au cours de la grossesse avec V. GONNET, sage-femme exerçant au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse et formée à la sophrologie caycédiennne. L'étude n'inclut qu'un seul praticien pour éviter les différences inter-opérateurs.

Pour le groupe sans PNP :

- Aucun suivi de PNP au cours de la grossesse

1.3.1.2 Critères d'exclusion

- Primiparité
- Grossesse multiple
- Utérus cicatriciel

- Siège
- Césarienne prophylactique

1.3.2 Méthode

Pour les deux groupes le recueil des données s'est fait à l'aide des dossiers obstétricaux des patientes.

La sélection des patientes du groupe PNP sophrologie s'est faite à partir du planning des séances de PNP sophrologie organisées sur le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. C'est une étude rétrospective qui s'étend du 1^{er} janvier 2012 au 31 mai 2014.

L'étude du groupe sans PNP est prospective. En effet, la notion de suivi d'une PNP au cours de la grossesse n'étant que très peu renseignée dans les dossiers obstétricaux, il a fallu recueillir cette information directement auprès des patientes. Ainsi pour ce groupe, la sélection s'est faite par tirage systématique dans le service des suites de couche du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse.

1.4 Recueil des données

L'outil utilisé pour le recueil des données est un tableau du logiciel Excel®.

1.4.1 Facteurs de confusion

- La parité
- L'antécédent d'extraction instrumentale
- L'âge maternel
- L'IMC

- La consommation de toxiques :
 - tabac
 - alcool
 - drogue
- La survenue de pathologies gravidiques au cours de la grossesse
- L'âge gestationnel à l'accouchement
- Le mode d'entrée en travail
- Le poids néonatal

1.4.2 Critères de jugement

- La dilatation à l'admission des patientes
- Le recours à l'APD
- La survenue d'une dystocie dynamique :
 - dystocie de démarrage
 - stagnation
- La durée du travail
- La durée des efforts expulsifs
- Le mode d'accouchement :
 - AVB eutocique
 - AVB instrumental
 - césarienne
- Le score d'Apgar à 3 minutes et 5 minutes de vie du nouveau-né
- Le recours au pédiatre de garde
- Le pH artériel

1.5 Analyse des données

La comparaison des variables qualitatives est réalisée à l'aide de deux tests statistiques :

- Test du Chi deux : lorsque les effectifs théoriques sont supérieurs à 5
- Test de Fisher : lorsque les effectifs théoriques sont inférieurs à 5

Un risque alpha de 5% est admis ce qui place le seuil de significativité à $p \leq 0.05$.

La comparaison des variables quantitatives est réalisée à l'aide de la loi normale centrée réduite. Un risque alpha de 5% est admis ce qui place le seuil de significativité à $p \leq 0.05$.

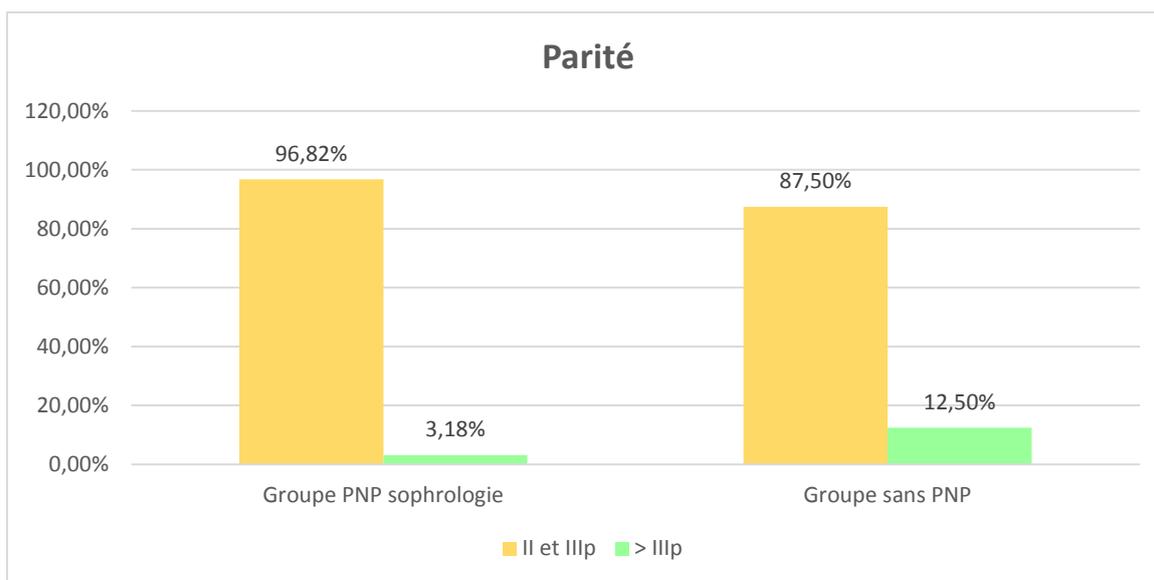
2 Résultats

2.1 Facteurs de confusion

2.1.1 Parité

Deux sous-groupes ont été créés pour mettre en évidence la grande multiparité :

- Les femmes avec une parité II ou III
- Les femmes avec une parité IV et plus



Graphique 1 : Comparaison des groupes en fonction de la parité

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.0046$ donc la différence entre les deux groupes est significative.

2.1.2 Antécédent d'extraction instrumentale

Les antécédents d'accouchements instrumentaux regroupent les extractions par forceps et par ventouse. Il nous a paru pertinent de récolter cette donnée pour maîtriser un éventuel risque de récurrence.

18.47% des femmes du groupe PNP sophrologie ont un antécédent d'un ou plusieurs accouchements instrumentaux.

17.05% des femmes du groupe sans PNP ont un antécédent d'un ou plusieurs accouchements instrumentaux.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.7803$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.1.3 Âge maternel

Le recueil de ce critère se base sur l'âge des femmes incluses dans l'étude au moment de la déclaration de la grossesse.

Il nous a paru judicieux de former des sous-groupes car la morbi-mortalité périnatale augmente avec l'âge maternel. (20) Ils sont au nombre de deux :

- Les femmes ayant moins de 35 ans
- Les femmes ayant 35 ans et plus

Dans le groupe PNP sophrologie, 83.44% des femmes ont moins de 35 ans et 16.56% des femmes sont âgées de 35 ans ou plus.

Dans le groupe sans PNP, 81.82% des femmes ont moins de 35 ans et 18.18% des femmes sont âgées de 35 ans et plus.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.747$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.1.4 IMC

L'IMC recueilli est celui calculé à partir de la taille des femmes incluses dans l'étude et de leur poids avant le début de la grossesse.

2.1.4.1 IMC < 25

71.97% des femmes du groupe PNP sophrologie ont un IMC < 25.

61.36% des femmes du groupe sans PNP ont un IMC < 25.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.0872$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.1.4.2 $25 \leq \text{IMC} \leq 30$

21.02% des femmes du groupe PNP sophrologie ont un IMC entre 25 et 30.

28.41% des femmes du groupe sans PNP ont un IMC entre 25 et 30.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.1917$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.1.4.3 IMC > 30

7.01% des femmes du groupe PNP sophrologie ont un IMC > 30.

10.23% des femmes du groupe sans PNP ont un IMC > 30.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.3770$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.1.5 Consommation de toxiques

2.1.5.1 Tabac

Nous avons étudié la consommation de tabac au cours de la grossesse, quel que soit le terme.

Il est à noter que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement n'a pas été recueilli car cette donnée ne nous paraissait pas assez fiable. En effet, celle-ci est récoltée directement auprès des patientes qui ont tendance à sous évaluer leur consommation.

11.46% des femmes du groupe PNP sophrologie consomment du tabac pendant la grossesse.

22.73% des femmes du groupe sans PNP consomment du tabac pendant la grossesse.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.0195$ donc la différence entre les deux groupes est significative.

2.1.5.2 Alcool

L'étude tient compte de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, quel que soit le terme.

Il n'y a pas de sous-groupes créés en fonction des alcools consommés car cette information n'apparaît que de façon très inconstante dans les dossiers obstétricaux.

La dose quotidienne absorbée n'a pas été recueillie pour des raisons de fiabilité. En effet il en va de même que pour la consommation quotidienne de tabac, cette information est recueillie directement auprès des patientes qui sous-évaluent souvent leur consommation.

1.27% des femmes du groupe PNP sophrologie consomment ou ont consommé de l'alcool pendant la grossesse.

1.14% des femmes du groupe sans PNP consomment ou ont consommé de l'alcool pendant la grossesse.

En appliquant le test de Fisher, $p = 1$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.1.5.3 Drogue

L'étude tient compte de la consommation de drogue au cours de la grossesse, quel que soit le terme.

Dans le groupe PNP sophrologie comme dans le groupe sans PNP, il n'y a aucun cas recensé de consommation de drogue pendant la grossesse.

2.1.6 Pathologie gravidique

Dans le groupe PNP sophrologie, 30 femmes ont présenté une ou plusieurs pathologies au cours de la grossesse.

Dans le groupe sans PNP, 18 femmes ont présenté une ou plusieurs pathologies au cours de la grossesse.

Il ne nous a pas semblé pertinent de comparer les taux de survenue d'une ou plusieurs pathologies gravidiques car celles-ci ne sont pas les mêmes d'une femme à l'autre.

Ainsi, une étude par pathologie a été réalisée. Elle est résumée par le tableau suivant :

	Groupe PNP sophrologie	Groupe sans PNP	
Diabète gestationnel	17 (10,83%)	13 (14,77%)	p = 0,3662 (NS)
MAP	5 (3,18%)	2 (2,27%)	p = 1 (NS)
Pré éclampsie	3 (1,91%)	0	p = 0,5549 (NS)
Séroconversion toxoplasmose	2 (1,27%)	0	p = 0,5378 (NS)
Lupus	0	1 (1,14%)	p = 0,3592 (NS)
Pyélonéphrite	1 (0,64%)	0	p = 1 (NS)
Thrombopénie	1 (0,64%)	0	p = 1 (NS)
MAP + cholestase gravidique	1 (0,64%)	0	p = 1 (NS)
Oligoamnios + PPAG	0	1 (1,14%)	p = 0,3592 (NS)
Diabète gestationnel + béta thalassémie mineure	0	1 (1,14%)	p = 0,3592 (NS)

Tableau 1 : Comparaison des pathologies gravidiques dans les deux groupes

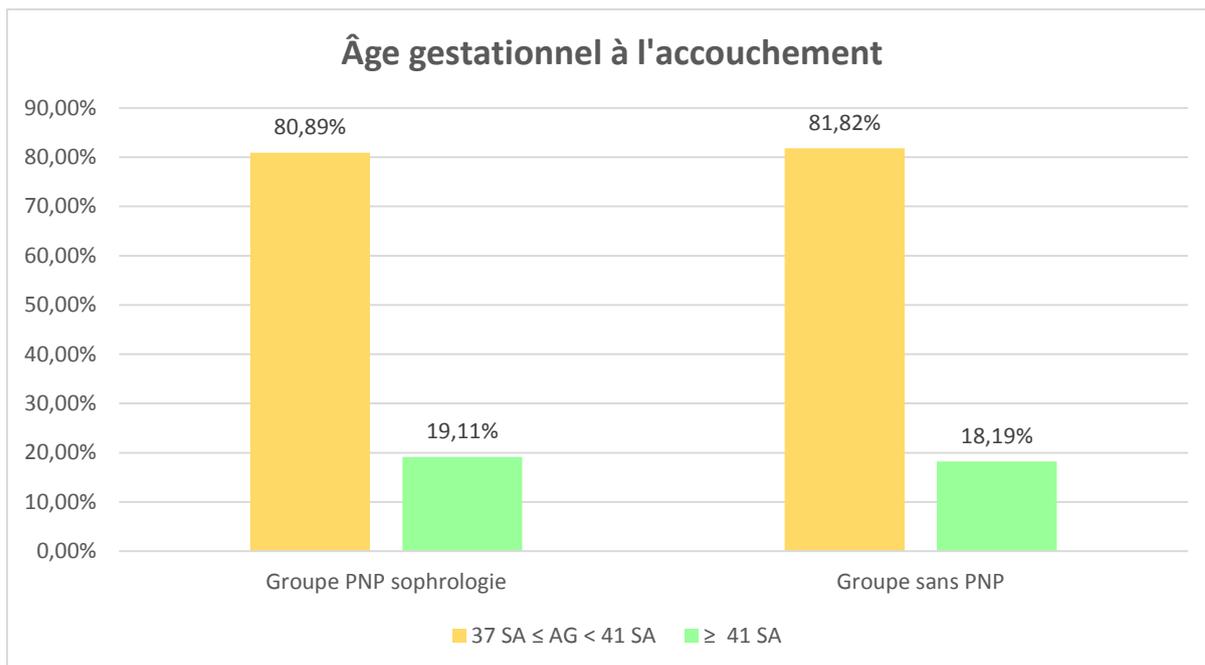
Quelle que soit la pathologie, la différence n'est pas significative, les deux groupes sont comparables.

2.1.7 Âge gestationnel à l'accouchement

Le recueil de ce critère se base sur l'âge gestationnel le jour de l'accouchement et non le jour de l'admission des patientes.

Un âge gestationnel avancé au moment de l'accouchement étant un facteur de risque de complication obstétricale, deux sous-groupes ont été créés :

- Les femmes ayant accouché à un âge gestationnel entre 37 SA et 40 SA + 6 jours
- Les femmes ayant accouché à un âge gestationnel supérieur ou égal à 41 SA



Graphique 2 : Comparaison des âges gestationnels à l'accouchement dans les deux groupes

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.8586$ donc la différence n'est pas significative.

2.1.8 Mode d'entrée en travail

Le déclenchement est un facteur de risque de complications obstétricales. En effet, il représente une prise en charge médicale et artificielle du travail et il s'adresse à des femmes présentant des pathologies ou nécessitant une naissance dans des délais brefs. C'est pour cela qu'il nous a paru pertinent de faire deux sous-groupes. Ceux-ci sont les suivants :

- Les femmes entrées en travail spontanément
- Les femmes entrées en travail suite à un déclenchement

Dans le groupe PNP sophrologie, 79.62% des femmes sont entrées en travail spontanément et 20.38% des femmes sont entrées en travail suite à un déclenchement.

Dans le groupe sans PNP, 78.41% des femmes sont entrées en travail spontanément et 21.59% des femmes sont entrées en travail suite à un déclenchement.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.8336$ donc la différence n'est pas significative.

2.1.9 Poids néonatal

Le poids retenu est celui mesuré dans les deux heures suivant la naissance, avant le transfert en suites de couche.

Le poids de naissance élevé comme le petit poids de naissance étant tous deux des facteurs de risque de complications obstétricales et périnatales, trois sous-groupes ont été créés :

- Poids de naissance < 2800g
- Poids de naissance entre 2800g et 3800g
- Poids de naissance > 3800g

2.1.9.1 Poids de naissance < 2800g

Dans le groupe PNP sophrologie, 8.28% des nouveau-nés ont un poids de naissance <2800g.

Dans le groupe sans PNP, 6.82% des nouveau-nés ont un poids de naissance < 2800g.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.6814$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.1.9.2 Poids de naissance entre 2800g et 3800g

Dans le groupe PNP sophrologie, 72.61% des nouveau-nés ont un poids de naissance entre 2800g et 3800g.

Dans le groupe sans PNP, 72.73% des nouveau-nés ont un poids de naissance entre 2800g et 3800g.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.9844$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.1.9.3 Poids de naissance > 3800g

Dans le groupe PNP sophrologie, 19.11% des nouveau-nés ont un poids de naissance > 3800g.

Dans le groupe sans PNP, 20.45% des nouveau-nés ont un poids de naissance > 3800g.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.7989$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

Les facteurs de confusion qui ont été relevés vont nous permettre de maîtriser les biais qui pourraient fausser l'interprétation des résultats. Nous allons maintenant nous intéresser aux différents critères de jugements de l'étude car c'est à partir de ces données que seront validées ou non les hypothèses posées au départ.

2.2 Critères de jugement

2.2.1 Dilatation cervicale à l'admission

Le recueil de ce critère prend en compte la dilatation cervicale constatée à l'admission des patientes.

Dans le groupe PNP sophrologie, la dilatation cervicale moyenne à l'entrée dans le service de salle de naissance est de 3.25 cm.

Dans le groupe sans PNP, la dilatation cervicale moyenne à l'entrée dans le service de salle de naissance est de 3.17 cm.

En appliquant la loi normale centrée réduite, $p = 0.7608$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.2 Recours à l'APD

Dans le groupe PNP sophrologie, 73.89% des femmes ont eu recours à l'APD au cours de leur accouchement.

Dans le groupe sans PNP, 80.68% des femmes ont eu recours à l'APD au cours de leur accouchement.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.2299$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.3 Survenue d'une dystocie cervicale

2.2.3.1 Dystocie de démarrage

La définition utilisée pour le recueil de ce critère est la suivante :

La dystocie de démarrage se définit par la phase de latence qui dure plus de 14 heures chez une femme multipare.

Dans le groupe PNP sophrologie comme dans le groupe sans PNP, il n'y a aucun cas recensé de dystocie de démarrage.

2.2.3.2 Stagnation de la dilatation

La stagnation est définie par un arrêt de progression de la dilatation cervicale supérieure ou égale à 2 heures constaté pendant la phase active du travail. (21)

Nous avons étudié la survenue d'une stagnation de la dilatation cervicale au cours de l'accouchement.

Dans le groupe PNP sophrologie, 3.18% des femmes ont présenté une stagnation de la dilatation au cours du travail.

Dans le groupe sans PNP, 2.3% des femmes ont présenté une stagnation de la dilatation au cours du travail.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.6913$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.4 Durée du travail

Afin d'estimer cette durée de façon rigoureuse, nous avons considéré comme en travail les patientes à 3 cm de dilatation cervicale, ayant une dynamique utérine régulière et ne présentant pas de dystocie de démarrage.

Le recueil de cette donnée repose ainsi sur la durée entre le début du travail et l'heure de la naissance.

Dans le groupe PNP sophrologie, la durée moyenne du travail est de 206.04 minutes.

Dans le groupe sans PNP, la durée moyenne du travail est de 275.11 minutes.

En appliquant la loi normale centrée réduite, $p = 0.001$ donc la différence entre les deux groupes est significative.

2.2.5 Durée des efforts expulsifs

Le recueil utilise la durée entre le début des efforts expulsifs et la naissance chez les femmes ayant accouché par voie basse. Il n'y a pas de distinction faite entre les AVB eutociques et les AVB instrumentaux car ces données seront croisées plus tard.

Dans le groupe PNP sophrologie, la durée moyenne des efforts expulsifs est de 7.6 minutes.

Dans le groupe sans PNP, la durée moyenne des efforts expulsifs est de 9.42 minutes.

En appliquant la loi normale centrée réduite, $p = 0.0774$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.6 Mode d'accouchement

2.2.6.1 AVB eutocique

Chez 96.82% des femmes appartenant au groupe PNP sophrologie, l'issue est un AVB eutocique.

Chez 94.32% des femmes appartenant au groupe sans PNP, l'issue est un AVB eutocique.

En appliquant le test de Fisher, $p = 0.3382$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.6.2 AVB instrumental

Chez 1.27% des femmes appartenant au groupe PNP sophrologie l'issue est un AVB instrumental.

Chez 2.27% des femmes appartenant au groupe sans PNP l'issue est un AVB instrumental.

En appliquant le test de Fisher, $p = 0.6238$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.6.3 Césarienne

Chez 1.91% des femmes appartenant au groupe PNP sophrologie l'issue est une césarienne.

Chez 3.41% des femmes appartenant au groupe sans PNP l'issue est une césarienne.

En appliquant le test de Fisher, $p = 0.6698$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.7 Score d'Apgar

2.2.7.1 Score d'Apgar à 3 minutes

Dans le groupe PNP sophrologie, le score d'Apgar moyen chez les nouveau-nés à 3 minutes de vie est de 9.87.

Dans le groupe sans PNP, le score d'Apgar moyen chez les nouveau-nés à 3 minutes de vie est de 9.88.

En appliquant la loi normale centrée réduite, $p = 0.8946$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.7.2 Score d'Apgar à 5 minutes

Dans le groupe PNP sophrologie, le score d'Apgar moyen chez les nouveau-nés à 5 minutes de vie est de 9.94.

Dans le groupe sans PNP, le score d'Apgar moyen chez les nouveau-nés à 5 minutes de vie est de 9.98.

En appliquant la loi normale centrée réduite, $p = 0.2626$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.8 Appel du pédiatre

Le recueil se base sur la présence du pédiatre auprès du nouveau-né en post partum immédiat, c'est-à-dire dans les deux heures suivant la naissance.

Dans le groupe PNP sophrologie, 3.82% des nouveau-nés ont nécessité la présence du pédiatre en post partum immédiat.

Dans le groupe sans PNP, 9.09% des nouveau-nés ont nécessité la présence du pédiatre en post partum immédiat.

En appliquant le test du Chi deux, $p = 0.0882$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

2.2.9 pH artériel

Le pH artériel est mesuré à partir du sang prélevé au cordon ombilical directement après la naissance.

Dans le groupe PNP sophrologie, le pH artériel moyen est de 7.30.

Dans le groupe sans PNP, le pH artériel moyen est de 7.29.

En appliquant la loi normale centrée réduite, $p = 0.2845$ donc la différence entre les deux groupes n'est pas significative.

Au travers de cette deuxième partie, nous avons exposé les résultats issus du recueil des données en lien avec notre enquête. Nous allons à présent les analyser, afin de déterminer s'il est possible ou non d'établir une relation entre la PNP sophrologie et les paramètres propres à l'accouchement

Troisième partie : Analyse et discussion

1 Analyse critique de l'étude

Nous avons traité en première partie les bénéfices de la PNP ainsi que les objectifs spécifiques de la PNP sophrologie. Au travers de cette enquête nous n'avons pas cherché la validation de ces objectifs. Le but principal était de déterminer s'il n'existait pas d'autres bénéfices. Ainsi l'étude s'est intéressée aux effets de la sophrologie sur le déroulé de l'accouchement d'un point de vue mécanique, sur la gestion de la douleur et sur l'état du nouveau-né à sa naissance.

1.1 Forces de l'étude

Le déroulement d'une grossesse et d'un accouchement dépend de nombreux facteurs. Pour maîtriser le plus de biais possible, l'étude a été réalisée dans un seul établissement, le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Ainsi, toutes les patientes incluses dans l'étude ont côtoyé les mêmes équipes, ont bénéficié des mêmes installations et ont a priori reçu le même type de prise en charge. Ce point est à noter car certains paramètres recueillis dans l'enquête peuvent varier en fonction du lieu et de l'équipe qui s'occupe de la patiente, par exemple le taux d'extractions instrumentales, le taux césarienne, ou encore le recours au pédiatre de garde.

Pour le recueil du groupe PNP sophrologie, l'étude s'étend de Janvier 2012 à Juin 2014 et a permis l'analyse de 157 dossiers.

Pour le recueil du groupe sans PNP, l'étude a commencé en Septembre 2014 s'est terminée en Janvier 2015. 88 dossiers ont pu être récoltés dans ce groupe.

Au total 245 dossiers ont été comptabilisés, ce qui apporte de la crédibilité à notre enquête.

Si les bénéfices apportés par la PNP sont aujourd'hui de plus en plus analysés, la sophrologie n'est, quant à elle, que peu étudiée dans le domaine de la périnatalité. De ce fait, l'impact direct de la PNP sophrologie sur l'accouchement est un sujet très peu exploré dans la littérature. Ainsi, notre enquête soulève un questionnement original puisque les recherches dont il fait l'objet sont très minces.

1.2 Les limites

Dans une volonté de limiter les biais, l'étude inclus uniquement dans le groupe PNP sophrologie les patientes ayant suivi le programme des séances au Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse. Seule une sage-femme anime ce type de PNP sur l'établissement, ce qui implique que l'enquête ne s'est intéressée qu'à une seule pratique. Ce choix représente en lui-même un biais car la PNP sophrologie étudiée n'est pas représentative. Il nous semblait cependant nécessaire de procéder ainsi car dans le cas contraire le groupe PNP sophrologie n'aurait pas été homogène, les praticiens étant libres d'organiser la PNP qu'ils animent comme ils le souhaitent.

Entre les groupes PNP sophrologie et sans PNP, nous noterons une démarche différente dans la sélection des dossiers. En effet, le recueil du groupe PNP sophrologie est rétrospectif et s'étend sur plus de 2 ans, tandis que le recueil du groupe sans PNP est prospectif et concerne une durée de quelques mois. Cette différence de procédé s'explique par :

- La nécessité d'un recueil rétrospectif du groupe PNP sophrologie afin de comptabiliser un nombre suffisant de dossiers.
- Le besoin de devoir rencontrer les patientes du groupe sans PNP. puisque le suivi ou non d'une PNP au cours de la grossesse n'est pas renseigné de façon fiable dans les dossiers obstétricaux.

Le fait de comparer deux groupes qui n'ont pas eu le même type de recueil diminue la fiabilité de l'étude. De plus, les recueils ne concernent pas la même période, il peut donc y avoir des différences de pratiques et de prise en charge entre les deux groupes même si les patientes ont été admises dans le même établissement pour leur accouchement.

1.3 Les difficultés rencontrées

Les facteurs d'exclusion qui ont été appliqués lors de la mise en œuvre de cette étude concernent un nombre important de patientes. En effet, la primiparité, l'antécédent de césarienne et la césarienne prophylactique permettent une comparabilité des groupes mais ont fortement limité le nombre de dossiers entrés dans l'étude. C'est ce qui explique que sur l'étude prospective de 4 mois, seulement 88 dossiers ont été sélectionnés.

Le déroulement et les issues de l'accouchement peuvent être influencés par de multiples éléments. C'est pour cela que cette étude prend en compte un nombre important de facteurs de confusion. De plus, l'analyse nécessite beaucoup de critères de jugements car la validation ou non d'une hypothèse repose sur divers paramètres. Ainsi la multiplicité des données recueillies a rendu leur traitement et leur étude difficiles à réaliser. Dans la suite de la discussion, un certain nombre de données seront croisées entre elles afin de rendre les conclusions les plus pertinentes possibles. Malgré cela, les facteurs de confusion étant nombreux, l'interprétation de nos résultats se devra d'être nuancée.

2 Analyse des résultats

2.1 Dilatation à l'admission

Nous avons posé comme hypothèse que les femmes ayant suivi une PNP sophrologie pendant la grossesse consultaient à un travail plus avancé. Cette supposition émergeait des objectifs spécifiques de la PNP sophrologie parmi lesquels figurait la gestion de la douleur. Il nous semblait intéressant d'observer si la PNP sophrologie remplissait ou non les buts qui lui étaient fixés. Afin de répondre à cette interrogation, nous avons relevé la dilatation cervicale des patientes à leur admission.

L'étude montre que la dilatation cervicale moyenne des femmes ayant suivi une PNP sophrologie est comparable à celle des femmes n'ayant suivi aucune PNP.

Il nous a semblé judicieux de croiser les données de la dilatation cervicale à l'admission avec celles de la parité, car nous pensions que les expériences répétées de l'accouchement pouvaient aider les femmes à distinguer plus aisément le véritable début du travail et donc pouvaient les pousser à consulter plus tardivement. Nous avons donc comparé la dilatation cervicale moyenne des femmes de parité II et III à l'admission avec celle des femmes de parité supérieure à III. La différence n'est pas significative ($p=0,815$), nous pouvons donc en conclure que la parité n'a pas influencé le stade de dilatation auquel les patientes ont consulté.

Ainsi, les résultats de notre étude tendent à réfuter notre idée de départ. Nous pouvons donc nous interroger au sujet de l'efficacité de la PNP sophrologie sur la gestion de la douleur à l'accouchement.

2.2 Recours à l'APD

De même que pour la dilatation cervicale à l'admission des patientes, nous avons supposé au début de notre étude que les femmes ayant suivi une PNP sophrologie géraient mieux leur douleur que les femmes non préparées. C'est pour cela que nous avons examiné le taux de recours à l'APD dans les deux groupes.

Il s'avère que dans le groupe PNP sophrologie et le groupe sans PNP, les taux de recours à l'APD sont comparables.

Face à ce constat, nous avons jugé utile de croiser le taux d'utilisation de l'APD avec la durée du travail. En effet, il est possible que la PNP sophrologie permette de se substituer à l'APD un certain temps mais qu'elle ne suffise pas lorsque le travail se prolonge.

Pour étudier ce lien éventuel, nous avons calculé la durée moyenne du travail chez les femmes ayant accouché sous APD et celle des femmes ayant accouché sans. Les résultats montrent que la durée du travail chez les femmes ayant accouché sous APD est plus longue que chez celles qui n'en ont pas fait usage. Cette différence est significative ($p=4,42 \cdot 10^{-31}$).

Cette constatation pose question. Un travail long est associé à un taux plus élevé d'APD et nous avons pu constater que la durée du travail est significativement plus longue dans le groupe sans PNP. Il aurait donc été logique de retrouver un taux d'utilisation de l'APD plus important dans le groupe sans PNP que dans le groupe PNP sophrologie. Or ce n'est pas le cas puisque les proportions sont les mêmes. Ces résultats ne corroborent pas notre hypothèse, au contraire, la tendance serait à un emploi plus faible de l'APD dans le groupe sans PNP étant donné que malgré une durée du travail plus longue, les femmes n'ont pas eu plus recours à l'APD que les femmes du groupe PNP sophrologie.

Il est à noter que la plupart des indications médicales de l'APD ont été écartées de notre étude puisque les grossesses gémellaires, les présentations du siège ainsi que les accouchements prématurés ont été exclus. Les déclenchements et les

pathologies gravidiques qui peuvent pousser les équipes à encourager la mise en place d'une APD ont été croisés avec l'emploi de l'APD au cours du travail et n'ont pas révélé de différence significative. Ainsi, les taux de recours à l'APD que nous observons s'inscrivent bien dans une problématique de gestion de la douleur.

2.3 Dystocies cervicales

La littérature n'a pour le moment pas étudié le lien direct entre la pratique de la PNP sophrologie et la diminution des dystocies cervicales au cours du travail. Il nous semblait cependant intéressant de vérifier cette éventuelle corrélation. En effet, la survenue d'une dystocie cervicale est un critère incontournable dans l'analyse du déroulé d'un accouchement puisqu'elle représente 16 à 38% des indications de césarienne. (22) (23)

Nous avons donc comparé la survenue d'une dystocie cervicale au cours du travail entre les deux groupes.

Parmi les 245 dossiers recensés par l'étude, aucun cas de dystocie de démarrage n'a été décelé. Il n'est donc pas possible d'examiner ce paramètre.

En ce qui concerne la stagnation, nous avons confronté son taux de survenue dans le groupe PNP sophrologie au taux de survenue dans le groupe sans PNP. L'enquête a déterminé qu'il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Nous ne pouvons pas nous reporter à la littérature scientifique pour apprécier la pertinence de nos résultats. Toutefois, les causes de dystocie cervicale étant multiples, il ne nous paraît pas étonnant de ne pas être en mesure de valider notre hypothèse de départ.

2.4 Durée du travail et durée d'expulsion

Il nous a paru important d'opposer la durée du travail et la durée des efforts expulsifs dans les groupes PNP sophrologie et sans PNP. Là encore, l'impact de la PNP sophrologie sur ces critères n'a pas occasionné d'enquête scientifique. Néanmoins, chacun de ces paramètres étant le reflet du déroulement de l'accouchement, nous les avons inclus dans notre démarche de recherche.

2.4.1 Durée du travail

L'enquête a révélé une durée du travail environ 1,34 fois plus courte chez les femmes du groupe PNP sophrologie. Cette différence est significative.

En effectuant le croisement avec les données qui pourraient biaiser ce résultat, nous avons repéré un lien entre le mode de mise en travail et la durée du travail. Ainsi, les femmes qui ont été déclenchées ont eu en moyenne un travail plus long que les femmes entrées en travail spontanément ($p=3,44.10^{-9}$).

Suite à cette observation, nous avons voulu déterminer à quel niveau se situait cette différence. Nous avons de ce fait composé quatre sous-groupes que nous avons comparés de la façon suivante :

- Les femmes entrées en travail spontanément : la durée du travail des femmes du groupe PNP sophrologie a été confrontée à celle des femmes du groupe sans PNP.
- Les femmes dont on a déclenché le travail : la durée du travail des femmes du groupe PNP sophrologie a été comparée à celle des femmes du groupe sans PNP.

Dans les deux cas, les résultats indiquent une différence significative.

Ces opérations nous permettent de conclure que quel que soit le mode de mise en travail, les femmes du groupe PNP sophrologie ont eu un travail plus court que les

femmes du groupe sans PNP. Dans la discussion, nous essaieront d'apporter des éléments pouvant expliquer ce bénéfice fourni par la PNP sophrologie.

2.4.2 Durée des efforts expulsifs

Concernant la durée des efforts expulsifs, nous nous attendions à une durée plus courte chez les patientes du groupe PNP sophrologie. Nous pouvions en effet penser que les exercices de respiration pratiqués tout au long du parcours de PNP sophrologie ainsi que les informations données sur le travail et l'accouchement permettraient aux participantes d'être plus efficaces au moment du dégagement.

Pourtant, l'étude n'a pas mis en évidence de différence significative entre la durée des efforts expulsifs des patientes issues du groupe PNP sophrologie et celle des patientes issues du groupe sans PNP.

Ces résultats tendent à montrer que la PNP sophrologie ne permet pas à l'heure actuelle de diminuer la durée d'expulsion. Cependant, il serait pertinent de mener une autre enquête concernant cette fois les femmes primipares car l'accouchement étant pour elles une première expérience, l'impact de la sophrologie sur la durée d'expulsion serait peut-être plus marqué.

Afin de conclure, nous avons pu mettre en évidence un lien entre la PNP sophrologie et la durée du travail mais pas avec la durée des efforts expulsifs. Notre hypothèse de départ n'est donc que partiellement validée et nécessiterait de nouvelles explorations.

2.5 Mode d'accouchement

En regard des différents paramètres recueillis dans notre étude, il semblait logique de nous préoccuper ensuite de l'issue de l'accouchement. Notre enquête mettant en évidence une durée du travail plus courte chez les patientes du groupe PNP sophrologie, nous pouvions également espérer un bénéfice sur le mode d'accouchement.

Ce n'est pourtant pas ce que les résultats de notre enquête indiquent puisque dans les deux groupes, les taux d'AVB eutocique, d'AVB avec extraction instrumentale et de césarienne sont comparables. Après prise en compte des facteurs de confusion, un retentissement de l'âge gestationnel avancé sur le taux d'extraction instrumentale et de césarienne se dégage mais il est maîtrisé car les proportions de femmes ayant accouché à un terme supérieur à 41 SA sont les mêmes dans les deux groupes.

Ainsi, même si la PNP sophrologie semble avoir un certain impact sur le déroulement de l'accouchement, elle n'en modifie cependant pas le dénouement, ce qui ne nous permet pas de valider notre idée de départ.

2.6 Etat néonatal

Après avoir traité les issues maternelles de l'accouchement, occupons-nous des finalités néonatales pour clore notre analyse.

De même que pour les issues de l'accouchement, la baisse de la durée du travail chez les femmes du groupe PNP sophrologie nous incite à imaginer aussi un meilleur état des nouveau-nés de ce groupe à la naissance.

L'analyse de cette supposition implique d'étudier plusieurs variables : le score d'Apgar à 3 et 5 minutes de vie, le recours au pédiatre de garde et le pH artériel prélevé au cordon au moment de la naissance.

Pour tous ces critères, nos résultats n'avaient pas mis en évidence de différence significative entre les deux groupes. Une fois leur croisement effectué avec les données qui pourraient biaiser leur interprétation, nous en arrivons aux mêmes conclusions.

Face à ce constat, nous pouvons conclure que notre étude n'a pas permis de faire ressortir de bénéfice attribué à la PNP sophrologie sur l'état général du nouveau-né à la naissance.

3 Discussion

Notre étude n'a pas permis de valider les hypothèses que nous avons formulées au départ.

Nous allons désormais confronter nos résultats aux données récoltées dans la littérature scientifique. Cette démarche nous permettra de renforcer ou au contraire de débattre autour des tendances qui se dégagent de notre enquête. La discussion aura pour but d'essayer de percevoir les éléments qui ont conduit à nos conclusions.

3.1 Gestion du stress

Notre étude nous a permis de mettre en évidence que les femmes ayant suivi une PNP sophrologie au cours de la grossesse ont un travail plus court que les femmes n'ayant suivi aucune PNP.

Nous allons maintenant essayer de comprendre par quel mécanisme la sophrologie pourrait avoir une influence sur la durée du travail. Pour cela, nous allons revenir sur les trois 1^{ers} degrés de la RDC qui sont ceux mis en pratique lors de la PNP sophrologie :

La RDC I vise en premier lieu à renforcer de manière pratique le schéma corporel, c'est-à-dire renforcer la présence du corps dans la conscience. Elle s'appuie sur la concentration pour faire percevoir à la patiente les diverses informations provenant des différentes parties de son corps. (3)

La RDC II met surtout en jeu l'esprit. Il s'agit de contempler notre schéma corporel de l'extérieur pour se rendre compte que le corps est circonscrit alors que la conscience est illimitée. (3)

La RDC III a pour but de réunir le corps et l'esprit dans la conscience. Elle permet d'acquérir la notion de corporalité, c'est-à-dire la projection du corps dans l'existence, par la méditation. (3)

Nous remarquons que la PNP sophrologie s'appuie surtout sur la perception que les patientes ont de leur propre corps. Elle les initie à des exercices de concentration, de contemplation et de méditation afin de leur permettre de prendre du recul et de vivre différemment les sensations qu'elles reçoivent de leur corps. Nous pouvons alors nous demander si ces apprentissages ne permettraient pas de mettre en jeu des processus organiques qui expliqueraient les résultats de notre étude. Parmi les objectifs spécifiques de la PNP sophrologie, il nous a semblé intéressant de nous pencher sur la gestion du stress car elle pourrait peut-être légitimer la durée du travail plus courte chez les femmes du groupe PNP sophrologie.

Une étude publiée dans le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie en 2012 a évalué l'impact de la sophrologie sur le stress des mères dans la période périnatale, particulièrement pendant le travail et l'accouchement (24). Ce stress était évalué par le dosage de la biopyrine, un métabolite dont la valeur augmente face à une situation de tension. Son taux urinaire a donc été mesuré pendant et après l'accouchement chez les patientes réparties en 3 groupes : les femmes pratiquant la sophrologie, les femmes ayant recours à une anesthésie et les femmes du groupe contrôle qui n'utilisaient ni l'un ni l'autre. Les résultats ont montré une baisse du taux de biopyrine chez les femmes pratiquant la sophrologie par rapport aux femmes du groupe contrôle. La diminution du stress psychologique de ces patientes était plus importante que dans le groupe des femmes employant une anesthésie.

Cette enquête étaye notre idée selon laquelle la PNP sophrologie a permis aux patientes du groupe de mieux gérer leur stress que les femmes non préparées. Intéressons-nous maintenant aux effets d'un stress non géré au cours du travail et de l'accouchement.

Selon Carole Osborne-Sheets, une massothérapeute reconnue par l'AMTA (American Massage Therapy Association), le stress est à l'origine d'une contraction des fibres du col utérin. Ce spasme rendrait la première phase du travail non productive. (25)

Brownridge, médecin anesthésiste qui a actualisé la PRC, présente quant à lui que le stress peut induire une libération de catécholamines, qui sont responsables de plusieurs phénomènes biologiques (26) :

- Augmentation du débit cardiaque
- Vasoconstriction
- Hypertension artérielle
- Stimulation des fibres du col utérin limitant sa dilatation
- Stimulation des récepteurs utérins entraînant des phases d'hypercinésie et d'hypocinésie

Cette dernière constatation expose un lien entre la sécrétion hormonale et une dynamique utérine de mauvaise qualité. Ainsi, un stress mal géré aurait un impact direct sur le déroulé de l'accouchement. Pour étayer cette thèse, nous avons recherché les effets de l'adrénaline sur le muscle utérin :

L'adrénaline est une catécholamine produite par la médullosurrénale en réponse à de l'épuisement ou du stress. (27) Par l'intermédiaire des récepteurs β_2 adrénergiques, l'adrénaline provoque la relaxation de la musculature lisse, dont fait partie l'utérus. (28) Cette propriété pharmacologique induit un relâchement du muscle utérin et inhibe les contractions utérines. (29)

La littérature scientifique nous oriente donc vers l'établissement d'une relation entre le stress et deux phénomènes, qui sont la contraction du col utérin et l'inhibition des contractions utérines.

Notre enquête n'a pas permis de recueillir le niveau de stress chez les femmes au cours du travail et de l'accouchement. Il n'est donc pas possible de vérifier la corrélation entre le stress, la durée du travail et la survenue d'une dystocie dynamique au travers de nos deux groupes. De plus, nous n'avons pas constaté de lien entre la PNP sophrologie et la diminution des dystocies cervicales.

Cependant, les objectifs de la PNP sophrologie, les enseignements dispensés aux participantes et la littérature scientifique sur ce sujet nous laissent penser que la gestion du stress pourrait avoir influé sur la durée du travail des patientes de notre

étude. Nous pouvons de ce fait formuler une supposition : les femmes ayant bénéficié d'une telle préparation auraient-elles mieux gérer leur stress que les femmes non préparées ?

3.2 Gestion de la douleur

L'un des objectifs spécifiques de la PNP sophrologie est la gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement, le but étant que la sophrologie soit une alternative à l'APD. De plus, l'intégration du schéma corporel comme une réalité vécue fait partie des principes fondamentaux de la sophrologie.

Les résultats de notre étude sont allés à l'encontre de nos hypothèses de départ puisque ni la dilatation cervicale à l'admission des patientes ni le taux de recours à l'APD n'ont été impactés par la PNP sophrologie. On peut donc s'interroger sur le réel impact de la sophrologie sur la gestion de la douleur.

Une étude a été menée au sujet de l'influence de la préparation à la naissance par la sophrologie sur la réponse négative à la douleur des patientes pendant le travail (30). Elle n'a pas permis de conclure au vu des effectifs et de la méthodologie mais les résultats tendaient à démontrer qu'il y avait une diminution des réponses négatives à la douleur chez les patientes ayant suivi une préparation à la naissance par sophrologie.

L'impact de la PNP sophrologie sur la douleur de l'accouchement n'est que peu documenté. Pour étudier les bénéfices de la sophrologie en termes de gestion de la douleur, nous avons donc été contraints de nous référer aux effets de la sophrologie sur les douleurs rencontrées en médecine de façon générale.

L'équipe de la Clinique Urologique de Nantes s'est intéressée en 2006 aux effets de la sophrologie sur le stress pré opératoire et les douleurs post opératoires de l'enfant (31). Elle montre une diminution de la consommation d'antalgiques dans les 30 premières minutes post opératoires.

Une recherche publiée en 2009 par le service de réanimation adulte du CHU de Clermont-Ferrand a comparé la tolérance des séances de ventilation non invasive chez des patients bénéficiant d'un accompagnement standard et des patients bénéficiant d'une séance de sophrologie (32). Les conclusions indiquent qu'une séance de sophrologie de 30 minutes diminue significativement la gêne respiratoire, l'inconfort et la douleur du patient et donc pourrait également réduire le taux d'échec des séances de ventilation. Cette étude a cependant des effectifs réduits, elle ne peut donc pas être applicable à l'ensemble de la population.

Notre étude ne permet pas de mettre en lien la PNP sophrologie et une meilleure tolérance des contractions utérines. Néanmoins, ce constat va à l'encontre des résultats issus des données de la littérature. En effet, celles-ci tendent au contraire à mettre en évidence que la sophrologie est un moyen non pharmacologique efficace pour lutter contre la douleur. Nous pouvons alors nous interroger à propos de ces divergences de résultats. Nous remarquons que dans la plupart des enquêtes sur le sujet, les patients bénéficient de façon certaine des séances de sophrologie. Ce n'est pas le cas dans notre protocole de recherche puisque cette donnée n'est pas renseignée dans les dossiers obstétricaux. Ainsi, il est possible qu'une partie des patientes du groupe PNP sophrologie n'ait pas assisté à toutes les séances prévues au programme. L'assiduité et la pratique régulière étant des critères de réussite indispensables en sophrologie, nous pouvons supposer une intervention de ces paramètres dans la contradiction entre notre étude et la littérature scientifique.

3.3 Obstacles à la pratique de la PNP sophrologie

Au travers de notre enquête, nous avons pu mettre en avant que la sophrologie pourrait avoir un impact sur le déroulement de l'accouchement, même si celui-ci est modéré. Cependant certains bienfaits qui étaient attendus ne se sont pas dégagés de nos résultats. Nous allons maintenant travailler à comprendre pourquoi ces conclusions divergent.

Tout d'abord, nous remarquons que les études citées pour étayer les intérêts de la sophrologie dans le domaine de la médecine sont issues de la littérature étrangère. Nous pouvons donc nous interroger sur les conditions dans lesquelles est dispensé le programme de PNP sophrologie en France. Rappelons que les praticiens peuvent organiser la PNP qu'ils pratiquent comme ils le souhaitent, cependant ceux-ci sont confrontés à un certain nombre de difficultés communes :

- Les patientes qui optent pour la PNP sophrologie n'ont, pour la très grande majorité, jamais pratiqué de séance de sophrologie au cours de leur vie. Cela implique qu'elles ne connaissent pas les principes de base théoriques et pratique de la discipline. Or pour que la sophrologie soit la plus efficace possible, il faut en connaître les fondements car il s'agit d'explorer sa propre conscience. Les sages-femmes dispensant la PNP sophrologie sont donc contraintes à établir une planification des séances adaptées au niveau des patientes, ce qui ne leur permet peut être pas d'atteindre tous les objectifs de leur discipline.
- Cette difficulté est renforcée par un autre obstacle qui est le nombre de séances de PNP remboursées par la sécurité sociale. La législation n'en prévoit en effet que 8, en sachant que la gestion de la douleur et la mobilisation des patientes pendant le travail ne sont pas les seules cibles de la PNP. Ainsi, la multiplicité des thèmes à aborder combinée au temps restreint qui est imparti n'autorisent pas complètement la progression dans le domaine de la sophrologie en elle-même.

- De plus, rappelons que la sophrologie nécessite pour progresser une pratique quotidienne. Les patientes sont encouragées à répéter les exercices vus entre chaque séance afin de pouvoir les assimiler et être disponible pour en apprendre d'autres à la séance suivante. Nous pouvons nous demander si cette exigence est respectée par les patientes et dans quelles mesures, car c'est un point essentiel dans leur apprentissage.
- Enfin, afin de pouvoir répondre au mieux à la demande des patientes, la PNP est régulièrement planifiée en groupe. Cette organisation présente des avantages puisque les participantes peuvent partager leurs expériences et s'inscrire dans une dynamique collective. Cependant, ce choix montre aussi ses limites. En effet, une séance en groupe laisse moins de place à l'individualité et à la personnalisation du parcours de la patiente alors que cette dimension pourrait être intéressante dans un domaine où la progression dépend d'un travail sur soi avant tout.

Par ailleurs, il nous paraît important de nous pencher sur l'environnement dans lequel se trouvent les patientes au cours du travail et de l'accouchement. La sophrologie se base en effet sur de la relaxation, qui nécessite un certain niveau de concentration. Nous pouvons donc considérer que la mise en place des exercices appris lors de la PNP pourrait être compromise par des éléments perturbateurs tels qu'une forte activité en salle de naissance ou encore le besoin d'une prise en charge de l'accouchement. Notre étude n'a pas permis d'examiner ce point, toutefois il est possible que certaines patientes aient été gênées dans la réalisation des techniques de sophrologie.

Ainsi, même si les recherches actuelles sont en faveur d'un certain nombre de bénéfices attribués à la pratique de la sophrologie, l'accès des femmes enceintes à cette discipline, de même que sa mise en place en salle de naissance, ne sont pas toujours optimum. Ceci pourrait expliquer la difficulté à atteindre les objectifs fixés au départ.

3.4 Propositions

Suite à cette discussion, il nous semblait important de réfléchir à des axes d'amélioration.

Tout d'abord, il pourrait être intéressant de mener une autre enquête avec un protocole de recueil plus performant. En effet, la sélection des dossiers de nos deux groupes oppose un recueil prospectif à un recueil rétrospectif. Malgré la nécessité pour nous de procéder ainsi, il serait plus pertinent de mener une autre étude avec la même sélection des dossiers pour les deux groupes. De plus, l'analyse d'un nombre plus important de pratiques permettrait de pouvoir plus facilement appliquer les résultats à la population générale de l'étude.

Pour revenir sur ce qui a trait à l'environnement des patientes en salle de naissance, il est difficile d'émettre des points à perfectionner étant donné que l'activité du service ainsi que les nécessités de prise en charge ne peuvent pas s'anticiper. Néanmoins, il pourrait être envisageable de réfléchir à un soutien plus accru des patientes par la formation des sages-femmes ou des auxiliaires puéricultrices de salle de naissance à la sophrologie.

Concernant la PNP sophrologie, il ne nous paraissait pas pertinent de proposer plus de séances de PNP car celles-ci ont un coût et cette requête ne correspond pas à la politique actuelle qui se veut axée sur la prévention mais aussi sur la gestion des dépenses de santé.

Nous pouvons cependant soumettre quelques idées afin d'optimiser l'enseignement de la sophrologie aux femmes enceintes :

Il semble déjà important de revenir sur la régularité de la pratique des patientes. Il pourrait être utile de s'intéresser à l'assiduité des participantes à répéter les exercices entre les séances de PNP. Cette recherche pourrait permettre d'adapter le discours des praticiens envers leurs patientes et d'insister si besoin sur le caractère personnel de leur progression.

Du reste, afin de fournir à toutes les patientes un niveau théorique minimum, il pourrait être envisageable de réfléchir à l'élaboration d'un document à leur intention. Ce document pourrait reprendre les objectifs de la PNP sophrologie ainsi que ses principes fondamentaux et serait remis au moment de l'inscription des patientes aux séances de PNP sophrologie. Cela permettrait peut-être d'obtenir des participantes une meilleure connaissance en amont de ce qu'est la sophrologie et donc une meilleure observance au niveau des séances en elles-mêmes et du travail effectué à titre personnel.

La sophrologie, dans le cadre de la PNP, a une portée et des possibilités qui sont limitées. En effet, elle s'inscrit dans un programme de santé publique, ce qui implique une limite de moyens et de temps. Le but des propositions qui ont été soumises n'est pas de modifier les fondements de cette PNP, mais d'optimiser au mieux la prise en charge des patientes tout en respectant les principes qui s'appliquent à un projet de soins.

Conclusion

La PNP sophrologie permet de faire le lien entre les enjeux de la PNP et ceux de la sophrologie. Elle réunit, en effet, un programme axé sur l'accompagnement des femmes enceintes et la promotion de la santé d'une part, une démarche plus personnelle, basée sur une progression individuelle d'autre part.

Tout au long de ce mémoire, nous avons tenté de déterminer s'il était possible d'attribuer à ce type de PNP des bénéfices en rapport avec le déroulement de l'accouchement, d'un point de vue obstétrical.

S'il nous est impossible de démontrer de façon formelle que la PNP sophrologie a eu un réel impact sur le travail et l'accouchement des patientes incluses dans l'étude, nos résultats laissent malgré tout à penser que le suivi d'une PNP sophrologie pourrait influencer la durée du travail des parturientes. De plus, la littérature scientifique, bien que pauvre dans ce domaine, semble discerner certains bienfaits qui pourraient être octroyés à la pratique de la sophrologie. Si notre enquête n'a pas permis de les mettre en évidence, la PNP sophrologie pourrait tout de même présenter quelques intérêts modifiant des paramètres obstétricaux.

Dans tous les cas, le sujet que nous avons abordé dans ce mémoire nécessiterait de nouvelles explorations. En effet, la sophrologie et la PNP sophrologie ont fait l'objet d'un nombre encore limité d'enquêtes scientifiques, ce qui rend leurs véritables vertus méconnues à ce jour.

Et qu'elles que soient nos conclusions suite à ce travail, nous ne pouvons réfuter le fait que la PNP sophrologie puisse apporter d'autres bénéfices aux femmes en salle de naissance. Notre étude s'étant intéressée à l'accouchement d'un point de vue purement obstétrical, rien n'indique qu'il n'y a pas d'autres intérêts à suivre une PNP sophrologie et à appliquer ses enseignements pendant le travail et l'accouchement.

Références bibliographiques

1. Caycedo A. Code déontologique de la sophrologie et de la sophrologie caycedienne ® [Internet]. [cité 29 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.sofrocay.com/sites/default/files/image-upload/code-deontologique.pdf>
2. Verne P. Force vitale. Paris: Desclée de Brouwer - La méridienne; 2000. 11-12; 58; 132; 229-231 p.
3. Chéné P-A. Initiation à la sophrologie caycédienne. 12^e éd. Paris: Ellébore; 2012. 22-25; 32; 42; 46-47; 75-77; 82; 114; 126 p.
4. Raoul E. Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité. 3^e éd. Paris: Maloine; 1983. 12-15 p.
5. La grande encyclopédie [Internet]. Larousse; 1971 [cité 29 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/archives/grande-encyclopedie/page/3713>
6. Etchelecou B. Manuel de sophrologie pédagogique et thérapeutique. 2^e éd. Paris: Maloine; 1990. 19 p.
7. Académie Internationale de Sophrologie Caycédienne. Sofrocay® [Internet]. [cité 8 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.sofrocay.com/fr>
8. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone; 2011. Disponible sur: <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/pnp/site/html/cours.pdf>
9. Revault d'Allones C. Le mal joli, accouchements et douleur. Paris: Plon; 1991. 21-22; 30-31 p.
10. Caron-Leulliez M. L'accouchement sans douleur. Un enjeu politique en France pendant la guerre froide. Bull Can D'histoire Médecine [Internet]. 2006 [cité 11 nov 2014];23. Disponible sur: www.cbmh.ca/index.php/cbmh/article/view/1289/1280
11. Burdan C, Perron A. Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité. Paris: E.L.P.E.A.; 2006. 11 p.
12. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité, Recommandations professionnelles [Internet]. 2005 [cité 3 nov 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
13. Avenant à la convention nationale des sages-femmes [Internet]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000601793>

14. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. INPES; [cité 3 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3l.pdf>
15. MacArthur C, Lewis M, Knox EG, Crawford JS. Epidural anaesthesia and long term backache after childbirth. *BMJ*. 7 juill 1990;301(6742):9-12.
16. Fairbank L, Lister-Sharp D, O'Meara S, Renfrew M, Sowden A, Woolridge M. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technol Assess* [Internet]. 2000 [cité 4 nov 2014];4(25). Disponible sur: http://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0003/64947/Full_Report-hta4250.pdf
17. Dyson L, McCormick F, Renfrew M. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2005 [cité 4 nov 2014]; Disponible sur: <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD001688.pdf>
18. Chéné P-A. *Sophrologie, Préparation à l'accouchement*. Paris: Ellébore; 2012. 38 ; 47-55 ; 105 ; 113-114 p.
19. Raoul E. *Préparation sophrologique à la naissance*. Paris: InterEditions; 2010. XI ; 9-11 p.
20. Khoshnood B, Bouvier-Colle M, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. déc 2008;37(8):733-47.
21. Marpeau L. *Traité d'obstétrique*. Elsevier Masson. 2010. 395 p.
22. Macara LM, Murphy KW. The contribution of dystocia to the cesarean section rate. *Am J Obstet Gynecol*. 1994;(171):71-7.
23. McNiven P, Williams J, Hodnett E, Kaufman K, Hannah M. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth*. 1998;(25):5-10.
24. Suzuki M, Isonishi S, Morimoto O, Ogawa M, Ochiai K. Effect of sophrology on perinatal stress monitored by biopyrrin. *Open J Obstet Gynecol*. 2012;2:176-81.
25. Osborne-Sheets C. *Pre-and Perinatal Massage Therapy*. Body Therapy Associates; 1998.
26. Brownridge P. Pain relief anaesthesia in childbirth. *Ashwood House Med*. 1994;205.

27. Adrénaline - Vidal.fr [Internet]. [cité 7 mars 2015]. Disponible sur: <http://www.vidal.fr/substances/1356/adrenaline/>
28. Hanoune J. Adrenaline. Encycl Universalis [Internet]. [cité 7 mars 2015]; Disponible sur: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/adrenaline/>
29. Satoskar RS, Bhandarkar & nirmala SD, Rege N, Bhandarkar SD. Pharmacology and Pharmacotherapeutics. Popular Prakashan. 1973.
30. Kim H, Nava-Ocampo A, Kim S, Kim S, Kim Y, Han J, et al. Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. Acta Biomed. avr 2008;79:18-22.
31. Pellerin A, Detcheverry J, Piot X, Tocqueville C, Le Coguic G. Intérêt de la sophrologie dans la prévention et l'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur aiguë péri-opératoire de l'enfant. 2006.
32. Constantin J-M, Perbet S, Futier E, Cayot-Constantin S, Gignac V, Bannier F, et al. Impact de la sophrologie sur la tolérance des séances de ventilation non invasive chez des patients en insuffisance respiratoire aiguë. Elsevier Masson France;

Bibliographie

Livres

Burdan C, Perron A. Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité. Paris: E.L.P.E.A.; 2006

Chéné P-A. Initiation à la sophrologie caycédiennne. 12^e éd. Paris: Ellébore; 2012

Chéné P-A. Sophrologie, Préparation à l'accouchement. Paris: Ellébore; 2012

Etchelecou B. Manuel de sophrologie pédagogique et thérapeutique. 2^e éd. Paris: Maloine; 1990

Marpeau L. Traité d'obstétrique. Elsevier Masson. 2010

Osborne-Sheets C. Pre-and Perinatal Massage Therapy. Body Therapy Associates; 1998

Raoul E. Manuel pratique de préparation sophrologique à la maternité. 3^e éd. Paris: Maloine; 1983

Raoul E. Préparation sophrologique à la naissance. Paris: InterEditions; 2010

Revault d'Allones C. Le mal joli, accouchements et douleur. Paris: Plon; 1991

Satoskar RS, Bhandarkar & nirmala SD, Rege N, Bhandarkar SD. Pharmacology and Pharmacotherapeutics. Popular Prakashan. 1973

Verne P. Force vitale. Paris: Desclée de Brouwer - La méridienne; 2000

Articles

Batallan A, Goffinet F, Paris-Llado J, Fortin A, Bréart G, Madelenat P, Bénifla JL. Macrosomie foetale : pratiques, conséquences, obstétricales et néonatales. Enquête multicentrique cas-témoins menée dans 15 maternités de Paris et d'Ile de France. Gynécol Obstet Fertil. 2002

Boulay G, Simon L, Hamza J. Analgésie et anesthésie au cours de l'accouchement. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2002

Brink Henriksen T, Hedegaard M, Secher NJ. The Relation between Psychosocial Job Strain, and Preterm Delivery and Low Birthweightfor Gestational Age. International Journal of Epidemiology. 1994

Brownridge P. Pain relief anaesthesia in childbirth. Ashwood House Med. 1994

- Caron-Leulliez M. L'accouchement sans douleur. Un enjeu politique en France pendant la guerre froide. Bull Can D'histoire Médecine. 2006
- Constantin J-M, Perbet S, Futier E, Cayot-Constantin S, Gignac V, Bannier F, et al. Impact de la sophrologie sur la tolérance des séances de ventilation non invasive chez des patients en insuffisance respiratoire aiguë. Elsevier Masson
- Copper RL, Goldenberg RL, Das A, Elder N, Swain M, Norman G, Ramsey R. the National Institute of Child and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network et al The preterm prediction study: Maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. Am J Obstet Gynecol. 1996
- Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. J Affect Disord. 2000
- Dudoit E, Lheureux E, Dany L, Duffaud F. Psychologie et sophrologie en oncologie : les voies d'un possible travail d'articulation. Psycho-Oncol. 2012
- Dyson L, McCormick F, Renfrew M. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database Syst Rev. 2005
- Fairbank L, Lister-Sharp D, O'Meara S, Renfrew M, Sowden A, Woolridge M. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. Health Technol Assess. 2000
- Gagnon AJ, Sandall J. Individual or group antenatal education for childbirth or Macrparenthood, or both (review). The Cochrane Library. 2007
- Gunter LM. Psychopathology and stress in the life experience of mothers of premature infants. A comparative study. Am J Obstet Gynecol. 1963
- Hamon C, Fanello S, Catala L, Parot E. Conséquences de l'obésité maternelle sur le déroulement du travail et de l'accouchement, A l'exclusion des autres pathologies pouvant modifier la prise en charge obstétricale. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005
- Heffner L, Elkin E, Fretts R. Impact of Labor Induction, Gestational Age, and Maternal Age on Cesarean Delivery Rates. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2003
- Heymès O, Forges T, Guillet-May F, Zaccabri A, Dandachi N, Monnier P. La sophrologie caycédienne : une autre approche du couple infertile. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2006
- Hodnett ED, Fredericks S, Weston J. Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies (Review). The Cochrane Library. 2010
- Homer CJ, James SA, Siegel E. Work-related psychosocial stress and risk of preterm, low birthweight delivery. Am J Public Health. 1990

Khoshnood B, Bouvier-Colle M, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2008

Kim H, Nava-Ocampo A, Kim S, Kim S, Kim Y, Han J, et al. Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. *Acta Biomed.* avr 2008

Léophonte P, Delon S, Dalbiès S, Fontes-Carrère M, Gonçalves de Carvalho E, Lepage S. Effets de la préparation sur l'anxiété avant la fibroscopie bronchique. *Recherche en soins infirmiers.* 2000

Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2014

Macara LM, Murphy KW. The contribution of dystocia to the cesarean section rate. *Am J Obstet Gynecol.* 1994

MacArthur C, Lewis M, Knox EG, Crawford JS. Epidural anaesthesia and long term backache after childbirth. *BMJ.* 7 juill 1990

Mamelle N, Gerin P, Measson A, Munoz F, Collet P. Assessment of psychological modifications during pregnancy : contribution of Derogatis Symptom check-list (SCL 90-R). *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1987

Mamelle N, Measson A, Munoz F, Audras de la Bastie, Gerin P, Hanauer MT, Collet P, Guyotat J. Development and use of a self-administered questionnaire for assessment of psychologic attitudes toward pregnancy and their relation to a subsequent premature birth. *American Journal of Epidemiology.* 1989

Mamelle N, Méasson A, Munoz F, Audras de la Bastie M. Identification of psychosocial factors in preterm birth. *Prenatal and Neonatal Medecine.* 1998

McNiven P, Williams J, Hodnett E, Kaufman K, Hannah M. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth.* 1998

Newton RW, Hunt LP. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. *BMJ.* 1984

Newton RW, Webster PA, Binu PS, Maskrey N, Phillips AB. Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *BMJ.* 1979

Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. *La revue sage-femme.* 2004

Pellerin A, Detcheverry J, Piot X, Tocqueville C, Le Coguic G. Intérêt de la sophrologie dans la prévention et l'amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire de la douleur aiguë péri-opératoire de l'enfant. 2006

Sendon S, Salleron J, Bourzoufi K, Dutoit P, Vaast P, Houfflin-Debargue V. Evaluation de l'anxiété, de la douleur, et de leur prise en charge dans les gestes de diagnostic anténatal. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011

Sentilhes L, Bouet PE, Mezzadri M, Combaud V, Madzou S, Biquard F, Gillard P, Descamps P. Evaluation de la balance bénéfique/risque selon l'âge gestationnel pour induire la naissance en cas de grossesse prolongée. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011

Suzuki M, Isonishi S, Morimoto O, Ogawa M, Ochiai K. Effect of sophrology on perinatal stress monitored by biopyrrin. Open J Obstet Gynecol. 2012

Vahratian A, Zhang J, Troendle JF, Sciscione AC, Hoffman MK. Labor Progression and Risk of Cesarean Delivery in Electively Induced Nulliparas. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2005

Vrouenraets F, Roumen F, Dehing C, Van den Akker E, Aarts M, Scheve E. Bishop Score and Risk of Cesarean Delivery After Induction of Labor in Nulliparous Women. The American College of Obstetricians and Gynecologists. 2005

Wadhwa PD, Sandman CA, Porto M, Dunkel-Schetter C, Garite TJ. The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. Am J Obstet Gynecol. 1993

Zhang J, Bernasko JW, Leybovich E, Fahs M, Hatch MC. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta analysis. Obstet Gynecol. 1996

Sites internet

Académie Internationale de Sophrologie Caycédienne :

<http://www.sofrocay.com/fr>

Avenant à la convention nationale des sages-femmes :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000601793>

Encyclopædia Universalis :

<http://www.universalis.fr/encyclopedie/>

La grande encyclopédie. Larousse :

<http://www.larousse.fr/archives/grande-encyclopedie>

Vidal : <http://www.vidal.fr/>

Mémoires

Bohler J. La dystocie cervicale et la stagnation de la dilatation, Positionnement de la sage-femme dans la prise en charge de ces pathologies ? [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme]. Nancy. 2011

Brunet M. La préparation à la naissance et à la parentalité en secteur hospitalier, Pour une meilleure prise en charge des femmes enceintes primipares. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme]. Nancy. 2011

Christophe S. Le faux début de travail : faux problème ?, Identification de facteurs de risque et de complications. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme]. Nancy. 2012

Lajarige C. Conséquences obstétricales et néonatales de la dystocie de démarrage, Etude de deux thérapeutiques : Nalbuphine versus analgésie péridurale précoce. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme]. Paris. 2001

Ottaviani M. Les séances postnatales : un soutien à la parentalité ? [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme]. Nancy. 2011

Rambaud J. Sophrologie et maternité. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme]. Bourg-en-Bresse. 2003

Autres documents

Caycedo A. Code déontologique de la sophrologie et de la sophrologie caycedienne ®

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXI. Vingt Et Unièmes Journées Nationales. Paris. 1997

HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité, Recommandations professionnelles. 2005

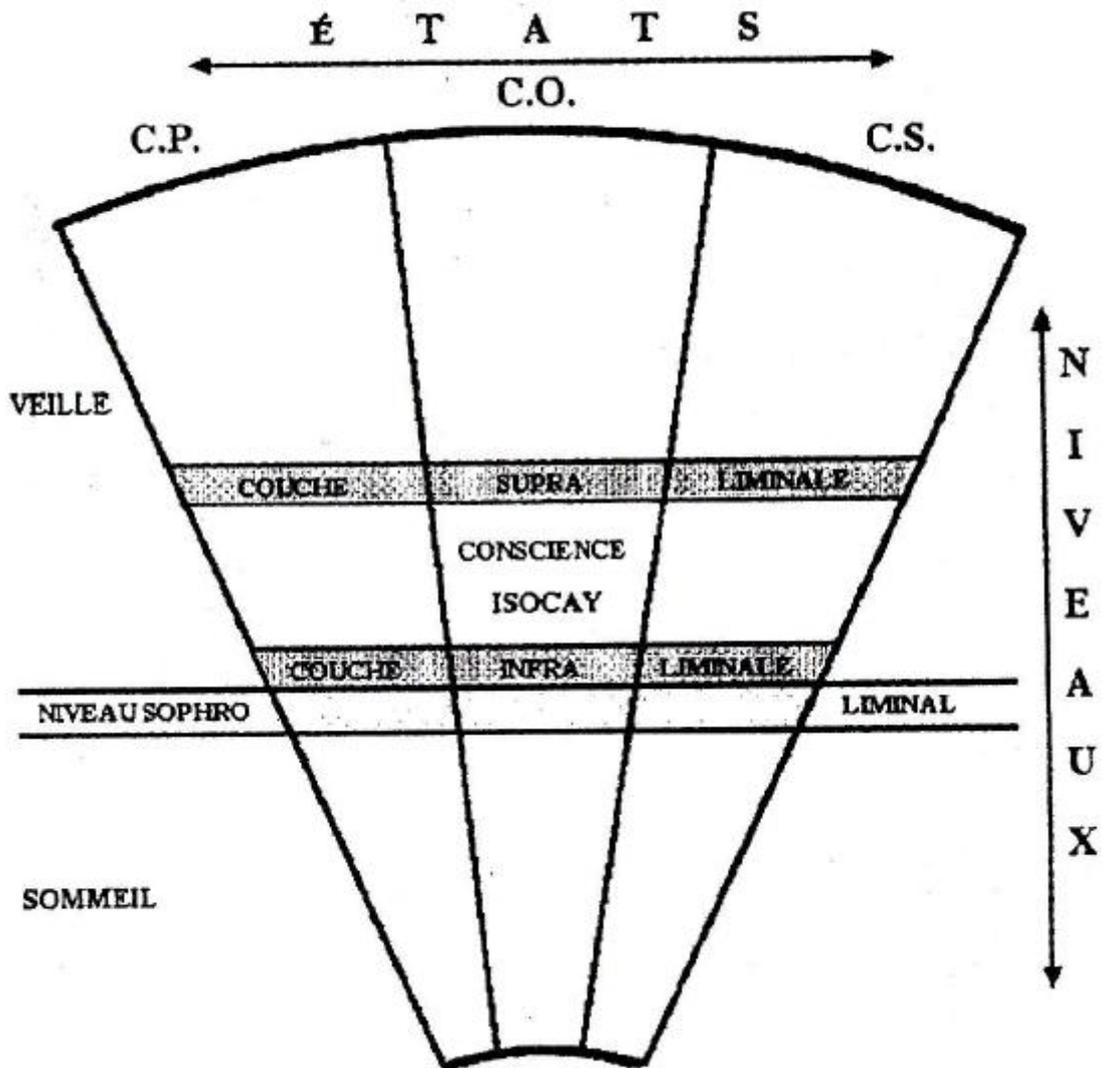
INPES. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004

Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. Préparation à la naissance et à la parentalité

Annexes

Annexe I



Théorie caycedienne de la conscience Isocay (3)

Annexe II

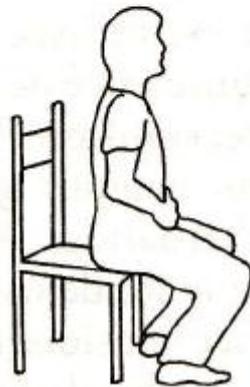
Isocay



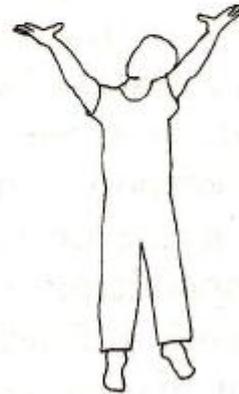
PII



PIII



PIV



Les quatre postures de base de la RDC actualisée (2)

Annexe III



Les 3 cycles de la méthode Alfonso Caycedo (2)

RESUME :

Il existe en France de nombreux types de Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Parmi eux, la sophrologie se distingue par son travail sur la conscience. La PNP étant couramment suivie pendant la grossesse et remboursée par la sécurité sociale, il nous a paru intéressant d'analyser ses bénéfices du point de vue de la santé publique.

Notre enquête a recherché s'il était possible d'établir une relation entre le suivi d'une PNP sophrologie au cours de la grossesse et le déroulement du travail et de l'accouchement. Pour cela, notre étude s'est basée sur des critères médicaux objectifs, recueillis dans les dossiers obstétricaux.

Au travers de ce mémoire, nous souhaitons avant tout entamer une réflexion sur ce sujet car celui-ci n'est que peu documenté.

TITRE :

Préparation à la Naissance et à la Parentalité : Impact de la sophrologie sur le déroulement de l'accouchement

MOTS-CLES : Préparation à la Naissance et à la Parentalité – Sophrologie – Accouchement

Adresse de l'auteur :

DEVEER Camille

34 rue Bourgmayer

01000 Bourg-en-Bresse

Promotion 2010-2015